

Методические рекомендации для студентов к занятию 8

Занятие 8. Тема: Гиперемия пульпы. Острый пульпит, гнойный пульпит.

Общее время занятий – 135 минут.

Мотивационная характеристика темы. Пульпит является широко распространённым заболеванием, ближайшим осложнением кариеса зуба. Врач-стоматолог ежедневно принимает пациентов с диагнозом «пульпит». Заболевание имеет много различных вариантов клинических проявлений, часто имеющих сходство с другими стоматологическими и нестоматологическими заболеваниями. Поэтому данный диагноз является непростым для постановки и требует от врача твёрдых знаний и устойчивых навыков для дифференциальной диагностики данного заболевания. Умение проводить диагностику и дифференциальную диагностику пульпитов относится к первично необходимым навыкам для работы врача-стоматолога, особенно для начинающего врача.

Цель занятия. Изучить классификацию, клинические проявления, диагностику и дифференциальную диагностику гиперемии пульпы и острых форм пульпита.

Задачи занятия:

1. Изучить клинические проявления гиперемии пульпы и острых форм пульпита.
2. Изучить основные и дополнительные методы диагностики острых форм пульпита.
3. Уметь проводить обследование пациента с острым пульпитом.
4. Научится проводить дифференциальную диагностику острых пульпитов с другими неотложными состояниями.

Требования к исходному уровню знаний:

1. Анатомические особенности строения разных групп зубов.
2. Знать анатомию, гистологию и физиологию пульпы зуба.
3. Знать этиологию, патогенез и классификации пульпитов (МКБ-10 С (1997), Гофунга Е.М. (1927), Форда П. (1997)).
5. Знать методы диагностики кариеса зубов.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Анатомо-гистологическое строение и физиология пульпы зуба.
2. Дать патоморфологическую картину воспалительного процесса.
3. Дать патоморфологическую картину острого пульпита.
4. Виды и фазы развития воспалительного процесса.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Преимущества и недостатки разделов классификаций «острые формы» пульпита (МКБ-С – 10, 1997; Гофунг Е.М., 1927; Форда П.,1997). Возможности применения в клинике, сопоставление.
2. Дать определение острого пульпита, указать экзо- и эндогенные этиологические факторы способствующие его развитию.
3. Диагностика острых форм пульпита. Основные и дополнительные методы обследования пациента.
4. Клиническая картина острого пульпита (МКБ-10).
5. Клиническая картина гнойного пульпита (МКБ-10).
6. Дифференциальная диагностика острых форм пульпита (МКБ-10).

Задания для самостоятельной работы студентов. Для усвоения темы занятия необходимо знать анатомию и топографическую анатомию зуба. Строение и функции пульпы зуба, патоморфологическую характеристику острого воспаления. Повторить план обследования стоматологического больного, основные и дополнительные методы обследования. Знать патоморфологические и патогенетические процессы, проходящие в пульпе зуба при кариесе дентина. Составить таблицу дифференциальной диагностики острых форм пульпита.

Реферирование статей по теме занятия в научной периодической литературе, изданной в Республике Беларусь и за рубежом.

Краткое содержание учебного материала

ГИПЕРЕМИЯ ПУЛЬПЫ

Это наиболее легко протекающая форма начального пульпита, характеризующаяся общей разлитой гиперемией пульпы, покрывающий пульпу слой размягчённого дентина легко снимается в виде пластин с помощью ручного инструмента - экскаватора. Клинически определяют кариозную полость, чаще всего глубокую; зондирование равномерно болезненно. При воздействии на зуб холодового раздражителя наблюдают непродолжительную болевую реакцию больного. Пациенты, как правило, отмечают болезненные явления в зубе при употреблении холодной или сладкой пищи, сохраняющиеся на протяжении 1-15 мин после устранения пищевого раздражителя. Некоторые пациенты отмечают кратковременные (молниеносные) болевые приступы протяжённостью до 1 мин. Явления дискомфорта могут сохраняться после одонтопрепарирования (проведённого по ортопедическим или терапевтическим показаниям), однако спонтанные болевые приступы могут больше не повторяться.

ОСТРЫЕ ФОРМЫ ПУЛЬПИТА

Для острых форм пульпита характерны следующие симптомы:

1. *Острая боль.* Болевое ощущение достигает значительной силы, становится нестерпимым.
2. *«Самопроизвольная» боль*— болевое ощущение, которое возникает вне зависимости от действия внешних раздражителей. Интенсивность болевого приступа, его периодичность зависят от остроты клинического течения воспалительного процесса. До сих пор остаётся открытым вопрос, с чем связана боль при остром пульпите, почему она обычно непродолжительная и исчезает также внезапно, как и появилась.

В литературе к причинам возникновения самопроизвольных болей относят: нарушения кровообращения, раздражение нервных окончаний бактериальными токсинами и продуктами распада органической субстанции дентина и пульпы, изменение рН в очаге воспаления.

Увеличение местного давления, вероятно, необходимо для начала болевого синдрома при пульпите. Это может быть результатом действия внешних факторов или внутрипульпарных изменений, вызванных вазоактивными медиаторами воспаления. Боль-продуцирующие медиаторы воспаления могут оказывать прямое воздействие на нервные волокна, вызывая боль, а могут косвенно влиять, понижая порог болевой чувствительности и, тем самым, увеличивая степень болевой реакции на внешние раздражители.

Болевой симптом острого пульпита связан с активностью медленно реагирующих нервных С-волокон в пульпе зуба в отличие от проявлений гиперчувствительности зуба, связанных со стимуляцией быстро реагирующих нервных А-волокон в пульпе.

Действие раздражителей (механических, химических и термических) приводит к продолжительному болевому приступу, который сохраняется некоторое время и после устранения раздражителя. Внешнее раздражение является лишь провоцирующим агентом, вызывающим болевой приступ. Длительность приступа определяется не только силой раздражителя, но и реактивными свойствами воспалённой пульпы, зависящими от локализации поражения, характера инфекции и др.

Болевая реакция при пульпите возникает обычно и от воздействия весьма слабых раздражителей. Так, если здоровая пульпа воспринимает тепло при температуре 50-60 °С и ощущает холод при 15-20 °С, то диапазон температурных колебаний, на который отвечает воспаленная пульпа, значительно сужается, и вода температуры 28-30 °С уже вызывает боль.

«Ночная» боль. Боли появляются нередко во время сна.

Приступообразный характер болей с безболевыми промежутками. Продолжительность и частота болевых приступов и безболевых промежутков (интермиссий) находятся в определённой связи друг с другом. В начальной стадии острого пульпита отмечаются короткие приступы самопроизвольных болей (от нескольких минут до 1-2 часов) и продолжительные безболевые промежутки (в течение многих часов и суток). По мере распространения воспалительного процесса длительность и частота болевых приступов постепенно нарастают. Однако, как бы продолжительны не были болевые приступы, при любой форме пульпита сохраняются интервалы между приступами.

Такое чередование связано, вероятно, с адаптационной способностью организма к восприятию длительной боли, переутомляемостью нервной системы, периодическим сдавлением нервных рецепторов в результате отека пульпы и т. д. Иногда в промежутках между приступами боли отмечается гиперестезия определенных участков кожи лица и шеи, соответствующих поражённым зубам. Повышенная чувствительность зон Гедда при острых формах пульпита встречается в 65-67 % случаев. Нередко боль иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва.

ОСТРЫЙ ПУЛЬПИТ (МКБ-С, 1997)

(Острый частичный пульпит, острый общий пульпит, Гофунг Е.М., 1927 г.)

Начальной стадией острого воспаления пульпы является **«острый частичный пульпит»**. Очаг воспаления локализуется в участке пульпы, наиболее близко прилежащем к кариозной полости. Поэтому чаще воспалительный процесс начинается в области рога пульпы. Длительность заболевания не более 2 суток.

Основные методы обследования. Больной жалуется на интенсивные боли от всех видов раздражителей, боли сохраняются и после устранения раздражителей. Болевой приступ также может возникать самопроизвольно — без воздействия видимой причины. В начале заболевания частота и продолжительность приступов болей

непостоянны: они могут длиться 10-30 мин, в большинстве случаев не более часа. Приступ боли сменяется достаточно длительным безболевым периодом («светлым промежутком»), продолжающимся несколько часов. Больной обычно правильно указывает на беспокоящий его зуб, что свидетельствует об отсутствии иррадиации боли. В ночное время боли носят более интенсивный характер.

При осмотре определяется глубокая кариозная полость с большим количеством размягчённого дентина. Зондирование дна кариозной полости резко болезненно в точке, прилегающей к рогу пульпы. Сообщения с полостью зуба, как правило, нет. Перкуссия зуба безболезненна. Пальпация переходной складки в области проекции верхушки корня зуба безболезненна.

Дополнительные методы обследования. Температурные раздражители вызывают интенсивный болевой приступ, который продолжается долго и проходит медленно. Электровозбудимость пульпы чаще понижена, но лишь с того бугра, в области которого локализуется очаг воспаления. Одновременно могут выявляться и нормальные показатели электровозбудимости. Рентгенографическое исследование показано лишь для определения *локализации* кариозной полости, если она находится на контактной поверхности и её не удаётся обнаружить с помощью зондирования. Рентгенография целесообразна также для выявления других скрытых для осмотра очагов, способных вызвать воспаление пульпы (периодонтальный карман, очаг воспаления в периапикальных тканях и т. д.).

При дальнейшем развитии острого воспалительного процесса (что по классификации Гофунга Е.М. (1927 г.) соответствует **«острому общему пульпиту»**) больные предъявляют жалобы на длительные болевые приступы с небольшими безболезненными промежутками — интермиссиями, длящимися не более 30-40 мин. Больной указывает, что ещё недавно приступы боли были короткими, а периоды между ними — длинными. Иногда боль не исчезает, а только затихает. Характерна упорная ночная боль, усиливающаяся в положении «лёжа», а также длительная боль от раздражителей. Продолжительность боли от 2 до 14 суток. Больной обычно не может указать причинный зуб, так как боль не локализована, а иррадирует по ветвям тройничного нерва: при пульпите зубов верхней челюсти — в висок, надбровную, скуловую области, в зубы нижней челюсти; при пульпите зубов нижней челюсти — в затылок, ухо, подчелюстную область, в висок, в зубы верхней челюсти. При пульпите фронтальных зубов возможна иррадиация боли в противоположную сторону челюсти. Возможно ухудшение общего состояния.

Основные методы обследования. При осмотре определяется глубокая кариозная полость. Зондирование резко болезненно по всему дну. Сообщения с полостью зуба, как правило, нет. Вертикальная перкуссия может быть слегка болезненной.

Дополнительные методы обследования. Все виды раздражителей вызывают усиление боли. По данным рентгенографии часто определяется кариозная полость, прилежащая к полости зуба. Изменения периодонта в области верхушки корня отсутствуют.

Электровозбудимость пульпы снижена по всему дну кариозной полости и со всех бугров до 30—40 мкА, а иногда даже до 50-60 мкА.

В международной классификации (МКБ-С, 1997) начальная и последующая фазы острого воспаления пульпы зуба не разделены и объединены в единый диагноз «Острый пульпит».

Дифференциальный диагноз. Острый пульпит необходимо дифференцировать с гиперемией пульпы, папиллитом, острым апикальным периодонтитом, невралгией тройничного нерва, синуситом (гайморитом) и луночковыми болями (альвеолитом).

От *гиперемии пульпы* острый пульпит отличается наличием самопроизвольных приступообразных болей, усиливающихся ночью, а также продолжительной болевой реакцией на внешние раздражители.

При *папиллите* всегда имеется отёчный, гиперемированный десневой сосочек, болезненный и кровоточащий при прикосновении. Кариозной полости может и не быть, а при её наличии не выявляются признаки воспаления пульпы.

Для *острого апикального периодонтита*, в отличие от острого пульпита, характерны следующие признаки: локализованная постоянная ноющая боль в области причинного зуба, резкая боль при накусывании на больной зуб, а также боль при перкуссии. Иногда наблюдаются гиперемия и отёчность переходной складки, боль при пальпации в области проекции верхушки корня зуба. Реакция на температурные раздражители при апикальном периодонтите безболезненна, а на электроток — резко снижена (свыше 100 мкА).

Для *невралгии тройничного нерва* характерна резкая приступообразная боль, возникающая при приёме пищи, разговоре, касании кожи лица. В ночное время боль отсутствует, а если и возникает приступ ночью, то лишь при случайном прикосновении одеяла, подушки и других предметов к больному участку кожи лица. Зубы при этом могут быть интактны.

Для *синусита (гайморита)* характерны следующие симптомы: ухудшение общего самочувствия, повышение температуры тела, головные боли, затруднение носового дыхания и выделение гнойного экссудата, тяжесть и распирание в области верхнечелюстной пазухи при наклоне головы вперёд. В диагностике помогают: характерная рентгенологическая картина придаточных пазух носа, другие методы обследования, применяемые в оториноларингологической практике.

О *луночковых болях (альвеолите)* свидетельствует недавнее удаление зуба в анамнезе. При этом в лунке не обнаруживается кровяной сгусток, а её стенки покрыты серым налётом с характерным гнилостным запахом. Пальпация десны в области лунки резко болезненна.

Если определять диагноз пульпита по классификации Гофунга Е.М. (1927 г.), то острый частичный пульпит отличается от острого общего пульпита тем, что при остром частичном пульпите не бывает иррадиирующих болей, болевой приступ всегда менее длительный по сравнению с безболевым периодом. Для острого общего пульпита характерна болезненная реакция на перкуссию.

ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПУЛЬПИТ (МКБ-С, 1997; ГОФУНГ Е.М., 1927 г.)

Острый гнойный пульпит развивается обычно из острого пульпита и свидетельствует о формировании абсцесса в полости зуба.

Основные методы обследования. Больные жалуются на почти непрерывную самопроизвольную боль рвущего или пульсирующего характера с тенденцией к усилению. Во время очень коротких интермиссий она не успокаивается совершенно, а только незначительно ослабевает. Болевой приступ может продолжаться от нескольких часов до целого дня или ночи. Прикосновение к больному зубу болезненно (начальные симптомы апикального периодонтита). Характерна иррадиация боли. При формировании абсцесса холод успокаивает боль. Такой же эффект в этом случае даёт перфорация свода полости зуба, сопровождающаяся выделением экссудата. Отмечается усиление боли от горячего. Иногда наблюдается повышение температуры тела.

При осмотре обнаруживается глубокая кариозная полость. Дно её покрыто размягчённым пигментированным дентином и легко прободается зондом или острым экскаватором. При этом из полости зуба появляется капля гнойного экссудата. После этого боль постепенно успокаивается, пульсация прекращается. Перкуссия зуба болезненна. Пальпация переходной складки в области проекции верхушки корня — безболезненна.

Дифференциальный диагноз. Острый гнойный пульпит необходимо дифференцировать с острым пульпитом, острым апикальным периодонтитом.

В отличие от *острого пульпита* при остром гнойном пульпите очень характерной является жалоба на усиление боли при приёме горячей пищи и облегчение боли от холодного. Интенсивность и продолжительность болевых приступов больше. Зондирование дна кариозной полости, как правило, слабо болезненно. При этом часто происходит вскрытие полости зуба, и появляется капля гноя. Перкуссия, как правило, болезненная. У пациента может наблюдаться повышение температуры тела, слабость, быстрая утомляемость.

При проведении дифференциальной диагностики с *острым апикальным периодонтитом* важно помнить, что при остром гнойном пульпите больной будет указывать на иной характер боли.

При остром апикальном периодонтите, как правило, более выражены изменения в костной ткани на рентгенограмме.

Литература:

1. Эндодонтия: учеб. пособие / Базикян, Эрнест Арамович, Волчкова, Людмила Васильевна, Лукина, Галина Ильхамовна [и др.]; под общ. ред. Э. А. Базикяна. – Москва: Гэотар-Медиа, 2023. – 153 с.

2. Харгривз, Кеннет М. Эндодонтия / Харгривз, Кеннет М., Берман, Луис Г.; веб- И. Ротштейн; науч. ред. пер. А. В. Митронин. - Москва: ГэотарМедиа, 2022. - 1030 с.
3. Терапевтическая стоматология: учебник / О. О. Янушевич, Ю. М. Максимовский, Л. Н. Максимовская, Л. Ю. Орехова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 768 с.
4. Терапевтическая стоматология: национальное руководство / под ред. Л. А. Дмитриевой, Ю. М. Максимовского. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с.
5. Васильев, В. И. Терапевтическая стоматология: учебное пособие для вузов / В. И. Васильев. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 448 с.
6. Пропедевтика стоматологических заболеваний: учебник для студентов ВУЗов/ под ред. И.И.Аболмасова, А.И.Николаева. – М.: МЕДпрессинформ., 2015.