



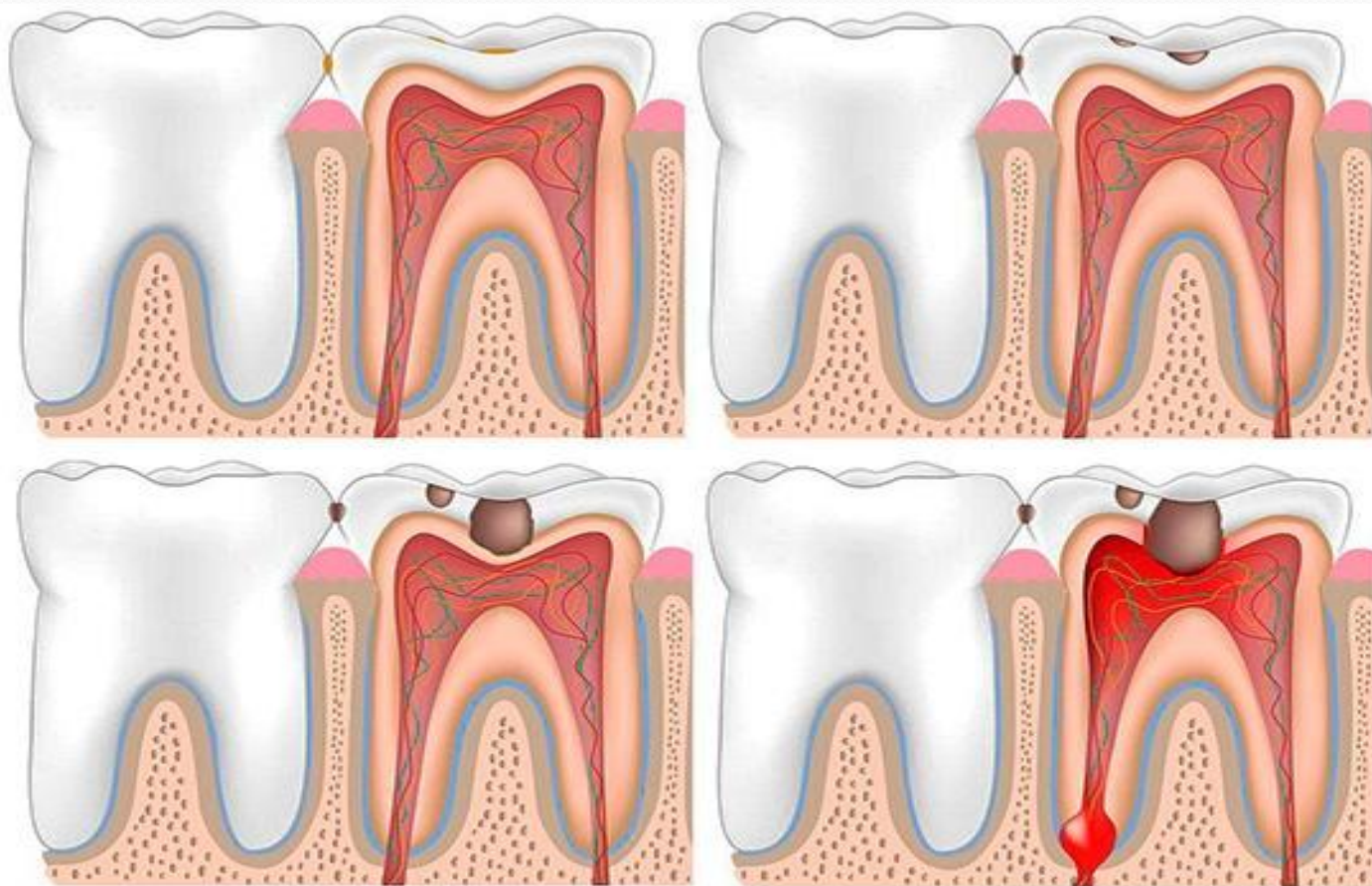
Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика острых форм пульпита

Подготовил: Ким Б.Г
Группа: СТР-106

Введение

- При остром воспалении так называемого зубного «нерва» в результате попадания инфекции в закрытую пульповую камеру из кариозной полости, диагностируют острую форму пульпита.

- В свою очередь, острый пульпит, как заболевание, подразделяется на две формы: очаговый и диффузный.



Острый ограниченный пульпит

(*Pulpitis acuta circumscripta*)

- Проявляется острой приступообразной, самопроизвольной болью. Спровоцировать приступ могут различные раздражители. Приступ боли сначала продолжается 15-30 мин, но с развитием воспалительных явлений его продолжительность увеличивается до 1-2 ч. Светлые промежутки обычно длятся 2-3 ч, но со временем сокращаются.
- Обычно пациенты указывают на причинный кариозный зуб, так как болевые явления в первоначальный период их развития еще локализованы и не иррадируют. Характерны также жалобы на боль под влиянием разных раздражителей, которая продолжается от 30 мин и больше после их устранения. Болевые приступы усиливаются и учащаются ночью.
-

- При объективном исследовании выявляется кариозная полость, которая присуща для глубокого, реже среднего, кариеса. Дно полости содержит деминерализованный, мягкий (при остром кариесе) или пигментированный, более плотный дентин (при хроническом). Зондирование болезненно на значительных участках дна полости. резко проявляется боль в одной точке, обычно соответствующей размещению воспаленного рога пульпы. Иногда через тонкий слой дентина просвечивает пульпа ярко-красного цвета. Электровозбудимость пульпы в области бугра, где проявляется ограниченное воспаление в пульпе, снижена до 8-10 мкА.
- При патологоанатомическом исследовании пульпы определяется расширение сосудов, последние переполнены кровью. Целостность стенок сосудов чаще сохранена. Лишь в отдельных участках иногда выявляются мелкие надрывы и кровоизлияние в ткань пульпы, которая пропитана серозным экссудатом. Местами в ней есть отдельные скопления лейкоцитов. С повышением проницаемости сосудистой стенки увеличивается воспалительный инфильтрат. Слой одонтобластов остается морфологически неизменным



Острые диффузные

пульпит

- Клиника: продолжительные болевые приступы, короткие светлые промежутки. Интенсивные боли иррадирующего характера, усиливающиеся в лежачем положении. Зоны иррадиации различны, что зависит от принадлежности зуба к верхней или нижней челюсти.
- Диагностика: обычно определяется глубокая кариозная полость или дефект пломбы. Зондирование глубокой кариозной полости болезненно по всему дну. Реакция на температурные раздражители болезненна, продолжительна, но возможно уменьшение боли от холодного. Электровозбудимость пульпы снижена при исследовании со всех бугорков и дна кариозной полости. Перкуссия зуба может быть безболезненна.

Ниже на фото показан пример того, как выглядит зубной ряд, в котором один из зубов поражен гнойным пульпитом. Однако какой именно?



Острый гнойный пульпит

(Pulpitis acuta purulenta)

Характеризуется резкой выраженной самопроизвольной болью, волнообразно нарастающей, иррадиирующей по ходу всех ветвей тройничного нерва. Нередко болевой приступ постепенно усиливаясь становится пульсирующим, непрерывным и лишь частично слабеет на несколько минут (ремиссия), после чего снова возобновляется. Ночью боль значительно интенсивней. Реактивная боль возникает и усиливается под влиянием тепловых раздражителей (боль от горячей пищи при температуре выше 37 °С). Холодовой раздражитель несколько уменьшает силу приступа.

Объективно выявляется глубокая кариозная полость с размягченным пигментированным дентином на дне, пульповая полость в таких зубах обычно закрыта. Поверхностное зондирование безболезненно. Легко перфорируя свод полости зуба зондом или экскаватором, можно выявить каплю гноя, а затем крови, глубокое зондирование болезненно. После раскрытия рога полости зуба болевые приступы становятся реже и менее интенсивны или прекращаются. Перкуссия болезненна, она проявляется как следствие трифокального воспаления. Реакция пульпы на ток выше 40-50 мкА подтверждает диффузный характер воспаления.

Микроскопическое исследование пульпы выявляет значительное скопление экссудата, на некоторых участках наблюдается накопление лейкоцитов и образование абсцессов. Сосуды резко расширены на всем протяжении, стаз в капиллярах. В центральной части органического поражения пульпы образуется гнойник с поясом коллатерального воспаления вокруг него в виде переполненных кровью капилляров и эмиграции лейкоцитов. В динамике наблюдения прослеживается прогрессирование процесса, наступает картина диффузного гнойного воспаления ткани пульпы. Развитие процесса сопровождается расплавлением ткани в участках образования множественных мелких абсцессов, в центре которых находится скопление микроорганизмов. Слой одонтобластов^В области абсцесса дистрофически изменен или полностью расплавлен

Острый травматический пульпит

(Pulpitis-acute traumatica)

- При остром травматическом пульпите в зависимости от характера травматического фактора возникают три основные формы клинического проявления.
- 1. Случайно обнаженный (или вскрытый) участок пульпы. Причиной такого пульпита может быть препарирование кариозной полости, которое приводит к вскрытию полости, даже без механического ранения пульпы инструментом. Достаточно часто это бывает при остром течении кариеса, неосторожном препарировании кариозной полости или снятии пластообразного слоя деминерализованного дентина экскаватором. Признаком обнажения пульпы является точкоподобное отверстие, окруженное ободком белого предентина. Сквозь перфорированный участок иногда просвечивает розовая пульпа. Зондирование ее очень болезненное, может привести к механической травме, поэтому оно не рекомендуется.
- Обычно патологоанатомические отклонения не наступают, лишь при остром течении кариеса наблюдаются признаки реактивных изменений, которые проявляются расширением сосудов и переполнением их кровью в прилежащих к перфорационному отверстию участках пульпы.
-

- 2. Случайное ранение пульпы. При этом происходит проникновение инструмента в ткань пульпы и ее ранение. В этих случаях пульпа всегда инфицируется микрофлорой кариозной дентина. Первым признаком ранения является острая кратковременная боль, наступающая в момент нанесения травмы. На дне кариозной полости соответственно раскрытому участку пульпы визуально видна оголенная раненая пульпа. Однако ее вид характерен для обычного ее функционального состояния. При ранении пульпы в область перфорации медленно выходит капля серознокровянистой жидкости.
- 3. Обнажение пульпы при переломе или отломе коронки зуба. Такая клиническая картина возможна вследствие неожиданной острой травмы. Клиническая картина зависит от линии перелома коронки зуба, она может проходить через уровень полости зуба (по экватору зуба, в области шейки зуба и т.д.). В таких случаях ткань пульпы оголена на значительном протяжении, быстро инфицируется. Больной при этом страдает от боли, которая возникает под влиянием тех или иных внешних раздражителей, иногда даже от движения воздуха, особенно при травме центральных резцов.
- Патологоанатомическая картина соответствует изменениям, характерным для острого воспаления пульпы, и зависит от срока травмы и возникновения воспаления.

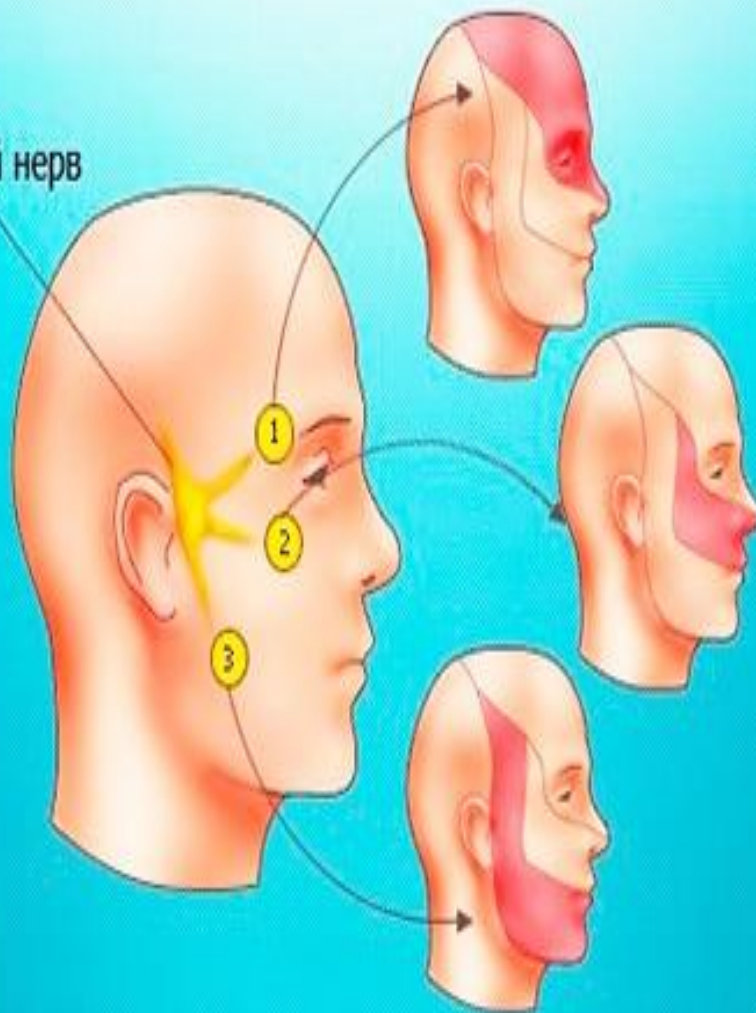
Дифференциальная диагностика

- ***Острый очаговый пульпит*** необходимо дифференцировать от глубокого кариеса, острого диффузного, хронического фиброзного пульпита, папиллита — заболевания, сопровождающегося наличием боли.
- Глубокий кариес характеризует отсутствие самопроизвольных болей (без видимых внешних раздражителей) и быстрое прекращение боли после устранения внешних раздражителей.
- Для диффузного острого пульпита характерны большая продолжительность болевого приступа и короткие периоды интермиссий, наличие ирради-ирующих болей; вероятно болевая реакция со стороны периодонта при вертикальной перкуссии зуба. При хроническом фиброзном пульпите коронковая полость чаще вскрыта, при ее зондировании определяется болезненная и кровоточащая пульпа; самопроизвольные боли отсутствуют и бывают выражены лишь при проявлении обострения. При папиллите десневой сосочек воспален, зуб нередко интактен.

- **Острый диффузный пульпит** дифференцируют от острого очагового пульпита, обострения хронических форм, острого верхушечного периодонтита и папиллита, невралгии тройничного нерва, острого гайморита и альвеолита.
- Дифференциальная диагностика острого диффузного и острого очагового пульпита и папиллита рассмотрена выше. При дифференцировании от обострения хронического пульпита следует учитывать как анамнез, так и симптоматику указанных форм воспаления пульпы. Для острого верхушечного периодонтита характерно резкое снижение электровозбудимости пульпы (свыше 100 мкА), не приступообразная, а постоянная боль самопроизвольного характера, отсутствие боли и кровоточивости пульпы при зондировании полости зуба.

- Острый гайморит характеризуется выделением секрета из носа и ощущением тяжести в соответствующей области головы. На рентгенограмме выявляется затемнение в области придаточных верхнечелюстных пазух. Общее: длительные боли самопроизвольного характера различной интенсивности, возможна иррадиация боли, болезненность при накусывании, а также большая давность заболевания (несколько дней), ухудшение общего состояния.
- При невралгии тройничного нерва отсутствуют ночные боли, электровозбудимость пульпы зубов не изменена. На лице имеются «курковые зоны», дотрагивание до которых вызывает приступ труднопереносимой боли. Общим является иррадиирующая боль по ветвям тройничного нерва.

Тройничный нерв



- Диагноз альвеолита ставят на основании анамнеза (удаление зуба), отсутствия кровяного сгустка в лунке и наличия признаков воспаления.
- Хронический фиброзный пульпит дифференцируют от глубокого кариеса, хронического гангренозного пульпита.
- При глубоком кариесе боль исчезает после устранения раздражителя. Имеется разница в степени снижения электровозбудимости пульпы. Для хронического гангренозного пульпита характерны широкое сообщение с полостью зуба, слабая болезненность при зондировании пульпы и более выраженное снижение электровозбудимости пульпы (до 50—90 мкА) за счет большего или меньшего разрушения пульпы. Общее: приступообразные боли в анамнезе, сообщение кариозной полости с полостью зуба. Длительные боли под влиянием температурного -раздражителя; могут быть изменения в периодонте.



**Спасибо за
Внимание!!**

