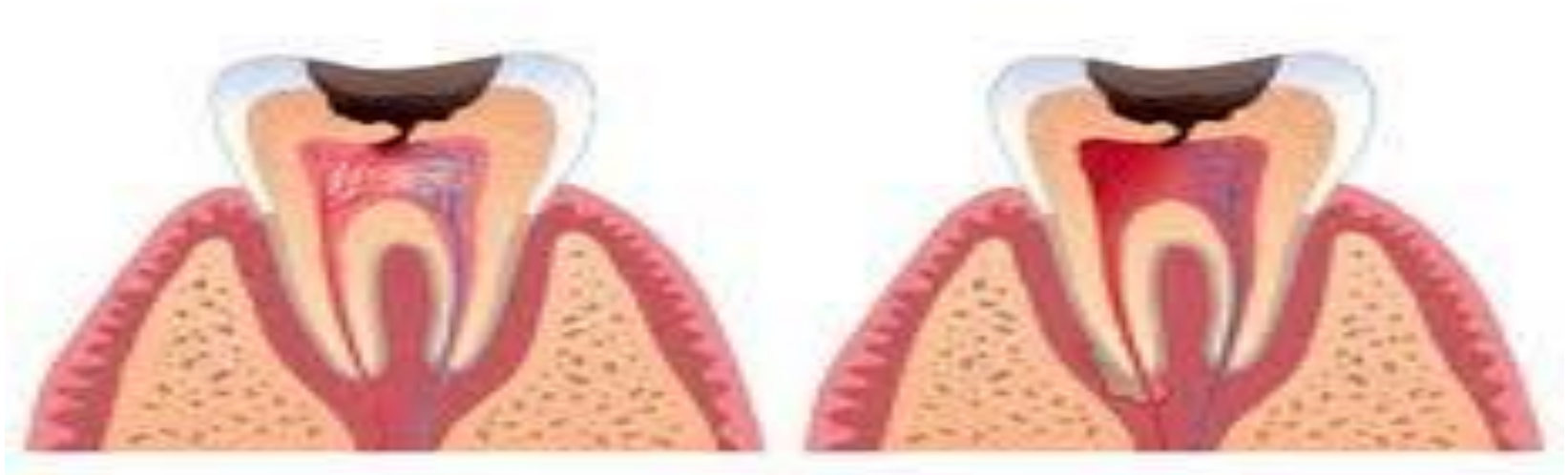
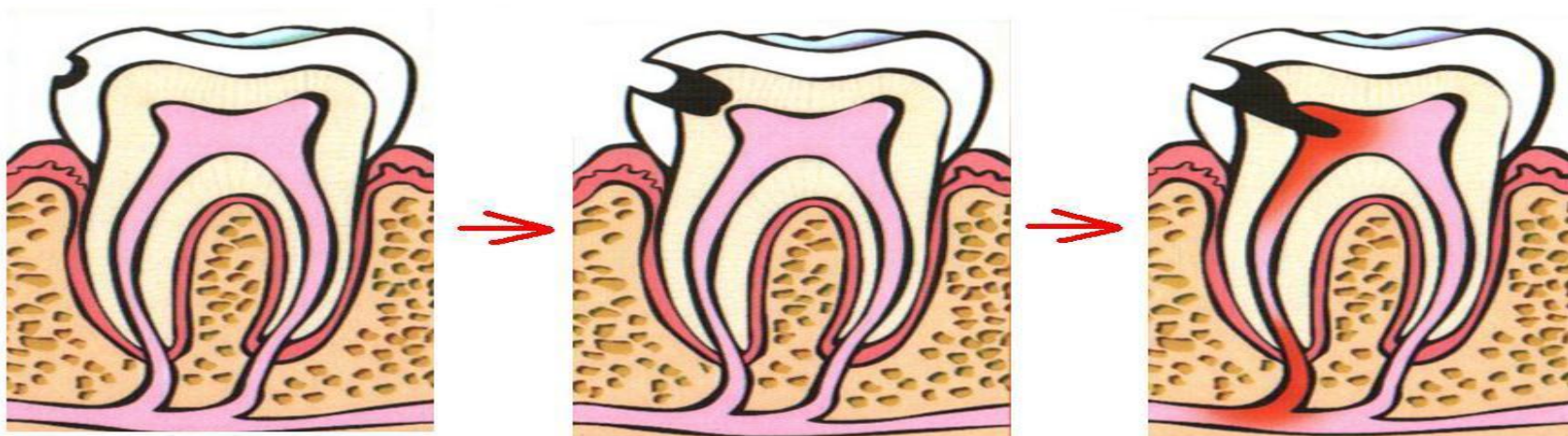


Клиника и Диагностика острых пульпитов.



Клиника острых пульпитов

Пульпит (pulpitis) - воспалительный процесс в пульпе зуба в результате воздействия на нее различных раздражителей.



Пульпит

```
graph TD; A[Пульпит] --> B[Острый]; A --> C[Хронический]; B --> D[Острый очаговый пульпит]; B --> E[Острый диффузный пульпит]; C --> F[Хронический фиброзный пульпит]; C --> G[Хронический гангренозный пульпит]; C --> H[Хронический гипертрофический пульпит];
```

Острый

Хронический

Острый
очаговый
пульпит

Острый
диффузный
пульпит

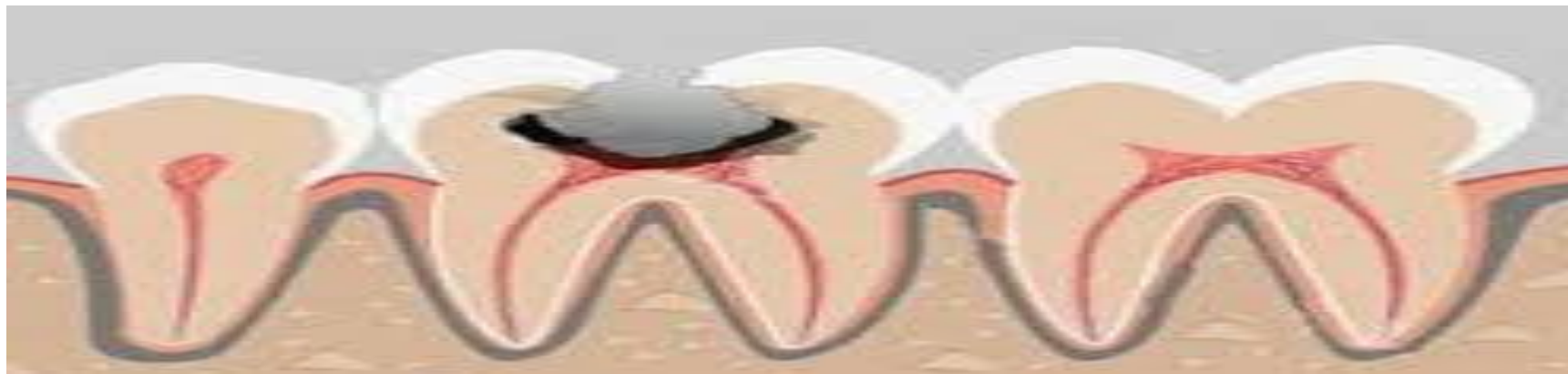
Хронический
фиброзный
пульпит

Хронический
гангренозный
пульпит

Хронический
гипертрофический
пульпит

Клиника и диагностика острых пульпитов

Клиника острых пульпитов



КЛИНИКА ОСТРО ОЧАГОВОГО ПУЛЬПИТА (PULPITIS ACUTA LOCALIS)

При остро очаговом пульпите воспаление обычно локализуется в области проекции рога пульпы и не захватывает всю коронковую часть.

Продолжительность этой стадий до двух суток.

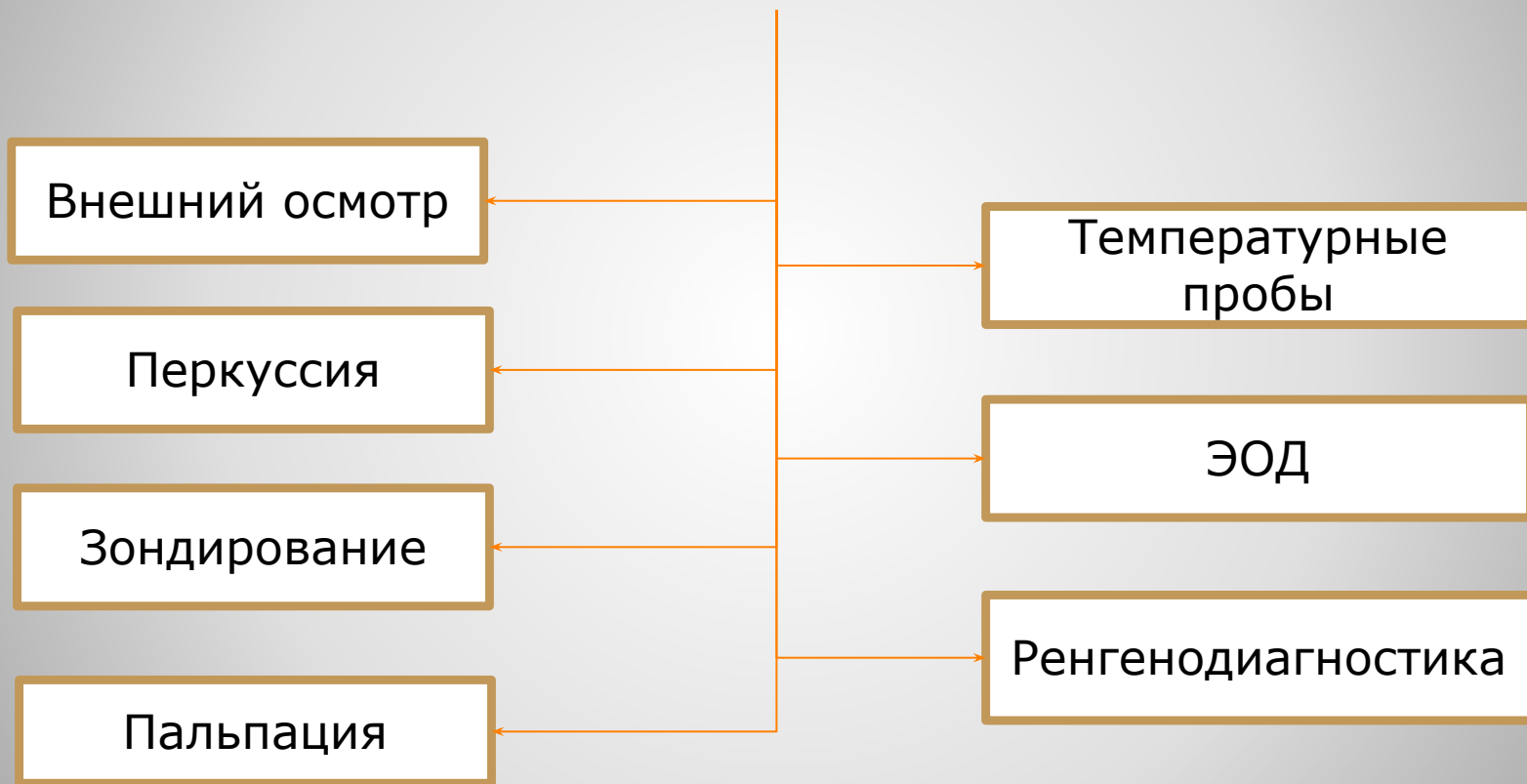
Жалобы связаны с возникновением сильных болей от всех видов раздражителей, но чаще от холодного, они не проходят после устранения причины. Длительность болевого приступа составляет 10-20 минут, без болевых промежутки-несколько часов. Иррадиация боли отсутствует, поэтому пациент может точно указать беспокоящий его зуб.

При объективном обследовании выявляется глубокая кариозная полость. Дно и стенки полости плотные, зондирование болезненно в проекции больного участка пульпы. Полость зуба не вскрыта. Реакция на холод резко болезненна, и после устранения раздражителя боль проходит не сразу. Характерно, что при остром очаговом пульпите вода с температурой 28-30°C является достаточно сильным раздражителем. Перкуссия зуба безболезненна. ЭОД в проекции воспаленного рога пульпы 18-20мкА.

Клиника остро диффузного пульпита (*pulpitis acuta diffusa*)

Острый очаговый пульпит через 1-2 суток переходит в острый диффузный, при котором в воспаление вовлекается вся коронковая пульпа, а затем и корневая пульпа. При этой форме пульпита серозное воспаление быстро переходит в серозно-гнойное, а затем и в гнойное. В первые дни пациент жалуется на длительные самопроизвольные боли с достаточно длительными безболевыми промежутками. Холод провоцирует приступы боли. В последующие время боли удлиняются а безболевые промежутки становятся короче. Иногда боль ни исчезает полностью а постепенно затухает. В этом периоде горячие провоцирует боль а холод успокаивает. Острый пульпит длится от 2 до 14 суток. ЭОД-30-45 мкА.

Диагностика



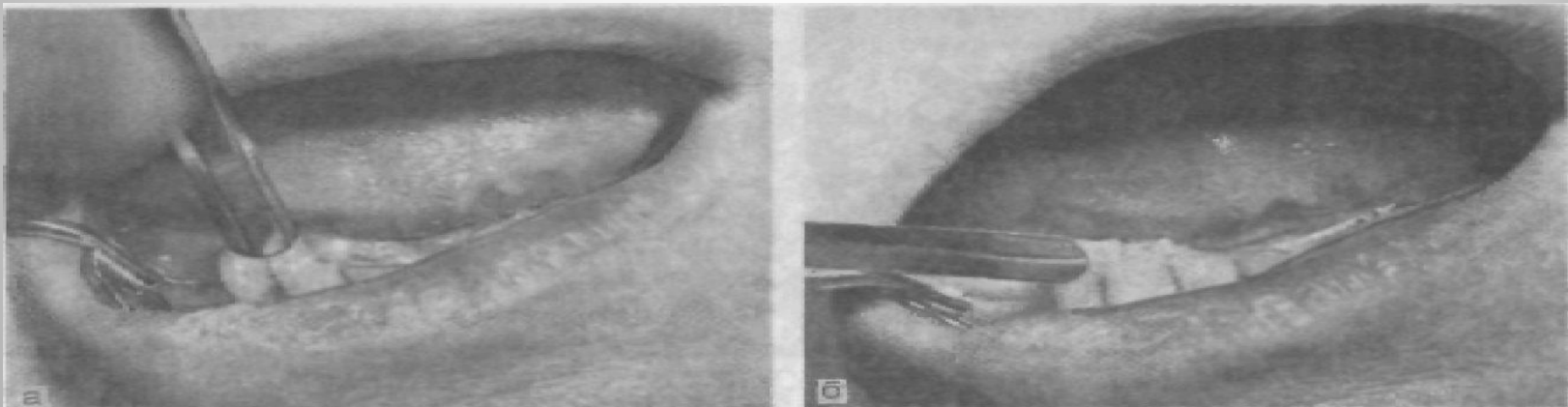
1. Внешний осмотр:

Конфигурация лица при пульпите не изменена. При осмотре полости рта нельзя акцентировать внимание только на том зубе на который указывает пациент. Надо помнить, что возможно иррадиация боли на соседние зубы, зубы противоположной челюсти, а так же в ухо, висок, лоб и другие части головы. Необходимо осмотреть все полости на данной стороне, зубы под пломбами, состояние пломб, выявить глубокие пародонтальные карманы для не исключения ретроградного пульпита, глубокие клиновидные дефекты, патологическая стираемость, обследовать отпрепарированные под коронки зубы.



2. Перкуссия:

Не всегда помогает выявить пульпит, но проводить ее необходимо. При хронических формах пульпита в 30% случаев имеются изменения в периодонте в виде расширения периодонтальной щели. В этих случаях сравнительная перкуссия с рядом стоящими здоровыми зубами поможет выявить больной зуб. При остром общем пульпите и обострении хронических форм перкуссия может быть болезненной за счет скопления экссудата в полости зуба и реакции периодонтит.



Положение инструмента при осевой (а) и угловой (б) перкуссии.

3. Зондирование:

При пульпите зондирование по стенкам кариозной полости обычно безболезненно, поэтому пласты размягченной дентина надо удалять, наличием со стенок кариозной полости. Предварительно необходимо убрать нависающие края эмали для расширения полости, что тоже не должно вызывать болезненности у пациента.

Для постановки диагноза следует учитывать различие болевой реакции зуба на зондирование стенок или дна полости в одной точке или по всему дну. Очень важно определить, есть ли сообщение кариозной полости с полостью зуба и внешний вид пульпы: розовая ли она, гиперемизированная или грязно-серого цвета, кровоточит при зондировании или нет. Сообщение с полостью зуба чаще всего удается обнаружить в местах наиболее близкого расположения рогов пульпы. При затянувшихся формах пульпита дентин в этих участках пигментированный, размягченный, перфорационное отверстие удается обнаружить после удаления некродентина.



4. Пальпация:

По переходу складке в области пульпитного зуба боли не вызывает.



5. Температурные пробы:

Дополняют сведения о состоянии пульпы. Их проводят внесением в кариозную полость тампона, смоченного в холодной или горячей воде. Если не удастся выяснить, на какой челюсти болит зуб, проводят очередное орошение шеек из шприца. При гнойных и гангренозных процессах (острый общий гнойный пульпит, хронический гангренозный пульпит) пульпа реагирует на горячую воду. Холодная вода боль успокаивает. При остром очаговом и хроническом фиброзном пульпитах болевая реакция больше выражена на холод.



6. ЭОД:

Является дополнительным методом обследования.

Здоровая пульпа зуба реагирует на ток силой 4-6мкА,

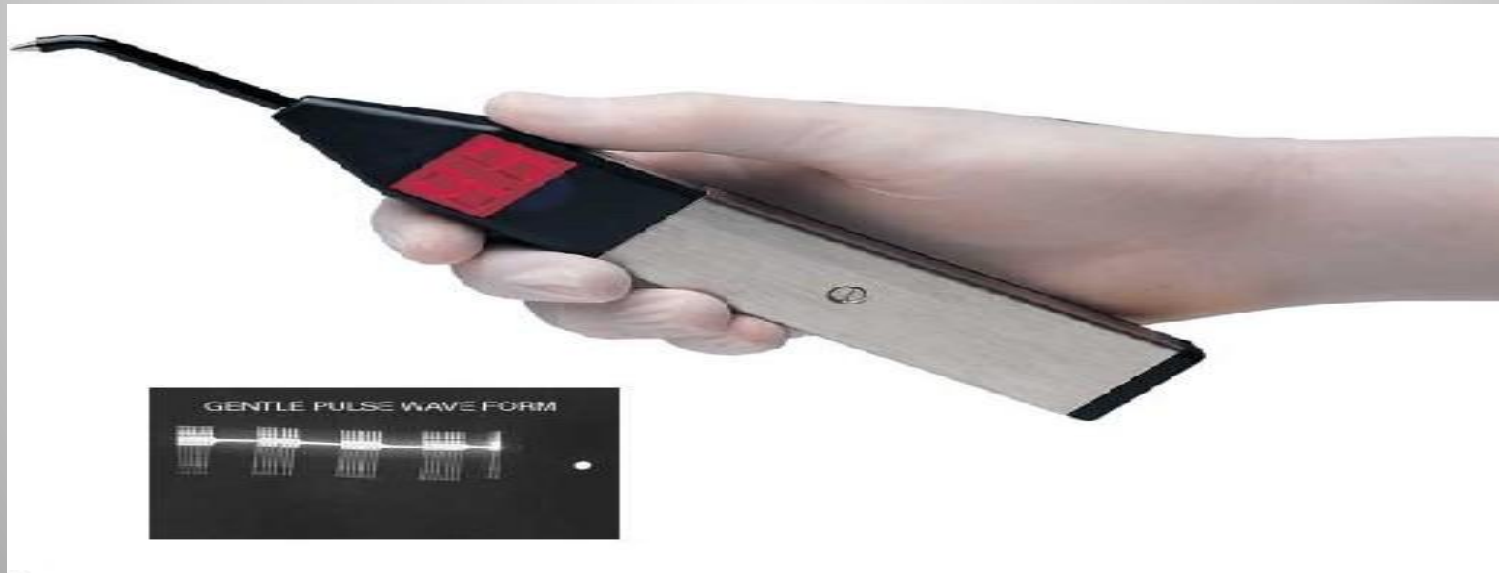
При глубоком кариесе до 12-18мкА,

При остром очаговом пульпите до 20мкА,

При остром общем пульпите до 30-45мкА,

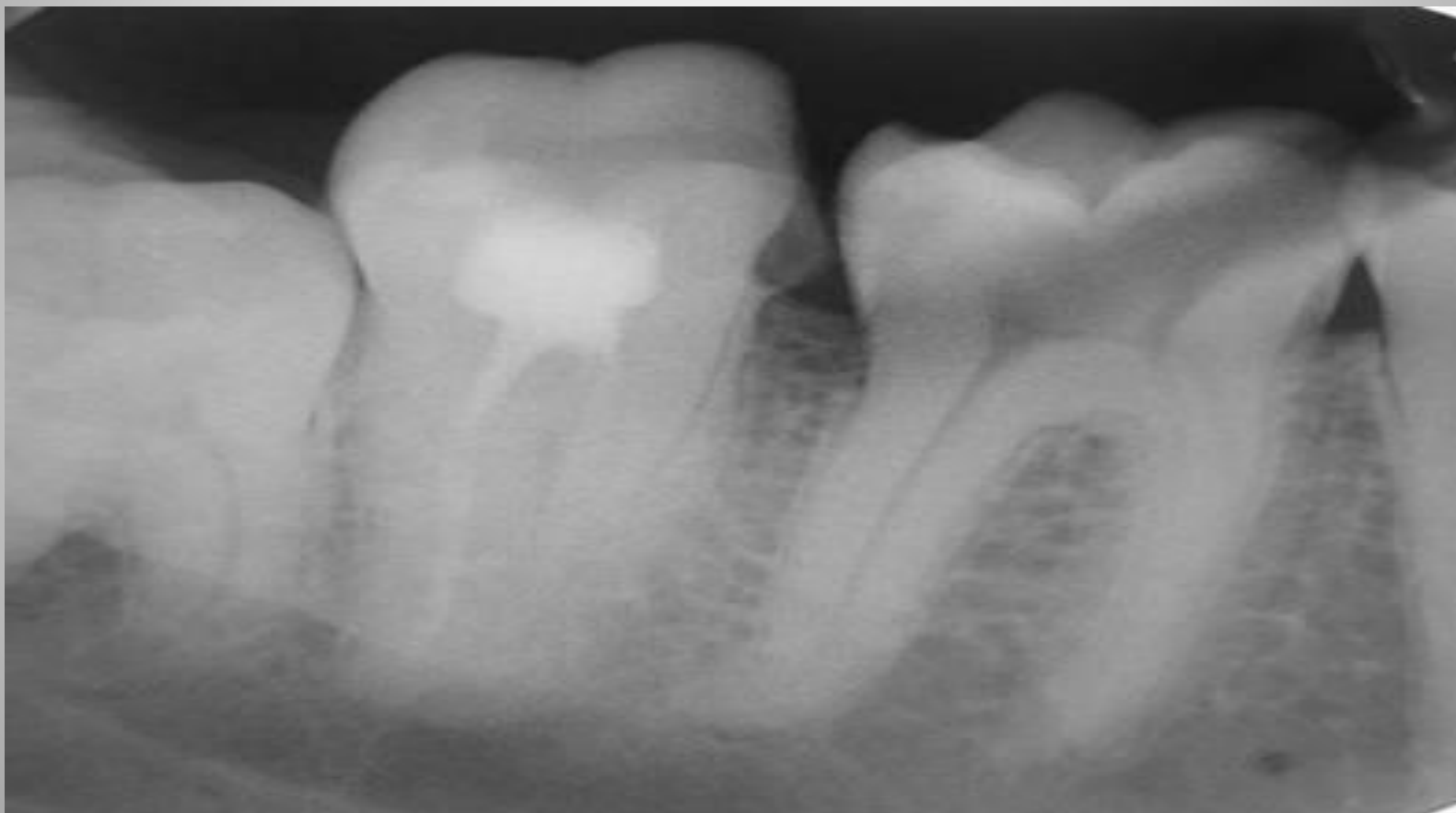
При хроническом фиброзном пульпите до 35мкА,

Показатели силы тока более 60 мкА говорят о гибели коронковой пульпы, а более 100 мкА-о гибели корневой пульпы.



7. Рентгенодиагностика:

Этот метод используется для выявления скрытых полостей.



Дифференциальная диагностика острых пульпитов.

Острый очаговый пульпит.

Острый очаговый пульпит необходимо дифференцировать с глубоким кариесом, острым диффузным и хроническим фиброзными пульпитами, папиллитом.

Острый диффузный пульпит.

Острый диффузный пульпит необходимо дифференцировать с острым очаговым пульпитом, хроническими формами пульпита в стадии обострения, острым и хроническим обострившимся периодонтитом, невралгией тройничного нерва, гайморитом, луночковой болью при альвеолите, переконаритом и затрудненным прорезыванием зуба мудрости

Дифференциальная диагностика острого очагового пульпита и глубокого кариеса.

Общее:

- 1). Боли от всех видов раздражителей, особенно от холодного;
- 2). Пациент точно указывает на больной зуб, иррадиация болей отсутствует;
- 3). Имеется глубокая кариозная полость, полость зуба в обоих случаях не вскрыта.

Различия:

- 1). При остром очаговом пульпите боли могут возникать от более слабых раздражителей и не проходят сразу после устранения причины. Часто имеют место самопроизвольные боли с длинными безболевыми промежутками;
- 2). Зондирование при остром очаговом пульпите резко болезненно в проекции воспаленного рога пульпы, а при глубоком кариесе менее интенсивная болезненность выявляется по дентино-эмалевой границе и всему дну кариозной полости.

Дифференциальная диагностика острого очагового и острого диффузного пульпита

Общее:

- 1). Боли от всех видов раздражителя;
- 2). Самопроизвольные боли, особенно в ночное время;
- 3). Наличие глубокой кариозной полости;
- 4). Полость зуба не вскрыта.

Различия:

- 1). При остром очаговом пульпите боли чаще возникают от холодного, а при остром диффузном пульпите при переходе в гнойную стадию боли появляются преимущественно от горячего. Холод боль успокаивается;
- 2). при остром очаговом пульпите безболевые промежутки гораздо длиннее болевых, а при остром диффузном пульпите самопроизвольные боли длительные (до нескольких часов), а промежутки короткие;
- 3). Острый очаговый пульпит существует не более 1-2 суток, а острый диффузный пульпит - до 14 суток;
- 4). При остром очаговом пульпите иррадиация боли нет, а острый диффузный пульпит протекает с иррадиацией болей, поэтому пациент не может точно указать больной зуб;
- 5). Зондирование при остром очаговом пульпите болезненно в проекции воспаленного рога пульпы, при остром диффузном пульпите - по всему дну;
- 6). Перкуссия при остром очаговом пульпите безболезненна, при остром диффузном болезненна;
- 7). Показатели ЭОД при остром очаговом пульпите - до 20мкА, при остром диффузном - до 30-45мкА.

Дифференциальная диагностика острого очагового и хронического фиброзного пульпита.

Общее:

- 1). Длительные боли, возникающие от раздражителей, особенно от холодного;
- 2). Зондирование дна кариозной полости болезненное в одной точке.

Различия:

- 1). При остром очаговом пульпите возникает самопроизвольная боль, что не характерно для хронического фиброзного пульпита, при котором самопроизвольная боль может возникать только при обострении процесса воспаления пульпы;
- 2). При остром очаговом пульпите (за исключением травматического) нет сообщения кариозной полости с пульпарной камерой. При хроническом фиброзном пульпите после проведенной некрэктомии оно, как правило, обнаруживается;
- 3). Показатели ЭОД при остром очаговом пульпите- до 20мкА, а при хроническом фиброзном –до 35-40мкА;
- 4). Из анамнеза при остром очаговом пульпите не выявляются самопроизвольные боли в прошлом, в отличие от хронического фиброзного пульпита.
- 5). Острый очаговый пульпит существует 1-2 суток, а хронический фиброзный-до нескольких лет. Если пульпит обнаружен при профилактическом лечении, то он, как правило, является хроническим.

Дифференциальная диагностика острого очагового пульпита и папиллита.

Острый очаговый пульпит необходимо дифференцировать с папиллитом, при котором всегда выявляется гиперемированный десневой сосочек, кровоточащий при легком зондировании. Показатели ЭОД рядом стоящим зубов в норме. При папиллите боли не связаны с температурными и химическими раздражителями. Они больше зависят от попадания пищи между зубов и механической травмы зубо-десневого сосочка.

Дифференциальная диагностика острого диффузного и хронических обострившихся форм пульпита.

общее:

- 1). Самопроизвольная боль с промежутками, усиливающая от температурных раздражителей;
- 2). Иррадиация болей;
- 3). Сравнительная перкуссия болезненна.

Различия заключаются в том что при обостренных формах пульпита выявляются:

- 1). В анамнезе уже имелись самопроизвольные боли;
- 2). При остроте кариозной полости обнаруживается сообщение с пульповой камерой, болезненное при зондировании;
- 3). В 30% случаев на рентгенограмме выявляется расширение периодонтальной щели.

Дифференциальная диагностика острого диффузного пульпита, острого верхушечного периодонтита и хронического верхушечного периодонтита в стадии обострения.

Общее:

Продолжительная боль.

Различия

- 1). При остром диффузном пульпите боль периодическая, а при острых формах верхушечного периодонтита она постоянная, нарастающая во времени, так как идет скопление экссудата в замкнутом пространстве периодонтальной щели, без промежутков;
- 2). При остром диффузном пульпите полость зуба обычно вскрыта, а при периодонтите имеется сообщение с пульповой камерой, безболезненное при зондировании;
- 3). При остром диффузном пульпите пальпация по переходной складке в области проекции больного зуба безболезненна, а при острых формах периодонтита-болезненна;
- 4). При остром диффузном пульпите перкуссия может быть лишь слабоболезненной, а при острых формах периодонтита до зуба больно дотронуться даже языком.
- 5). При остром диффузном пульпите пациент не может точно указать больной зуб из-за иррадиации боли, в отличие от острых форм периодонтита;
- 6). При остром диффузном пульпите температурные раздражители провоцируют боль, а при острых формах периодонтита болевая реакция на температурные раздражители отсутствует;
- 7) Показатели ЭОД при остром диффузном пульпите всегда меньше 100 мкА, а при периодонтите-более 100мкА.

Дифференциальная диагностика острого диффузного пульпита и невралгии тройничного нерва.

Общее:

Приступообразная боль с промежутками.

Различия:

- 1). При невралгии химические и холодовые раздражители, как правило, не провоцируют приступы боли; боль возникает от различных движения мышц и при прикосновении к зонам-местам ветвей тройничного нерва;
- 2). При невралгии боль редко возникает ночью, в отличие от пульпита;
- 3). В результате обследования зубного ряда не выявляются зубы, которые могут давать приступообразные боли.

Дифференциальная диагностика острого диффузного пульпита и гайморита.

Общее:

Ноющая боль

Различия заключается в том, что при гайморите:

- 1). Страдает общее состояние, появляется головная боль, быстрая утомляемость, повышается температура;
- 2). Боль усиливается при наклоне головы и резкой смене положения;
- 3). Имеются выделения из носа;
- 4). Характерна рентгенографическая картина гайморовых пазух;
- 5). Температурные раздражители боль в зубах не провоцируют: отмечается постоянная, разлитая, ноющая, умеренной интенсивности боль.

Дифференциальная диагностика острого диффузного пульпита и луночковой боли при альвеолитах.

Общее:

Боль с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва.

Различия заключается в том, что при альвеолите:

- 1). Всегда имеется лунка удаленного зуба с распавшимся кровяным сгустком;
- 2). Боли имеют постоянный характер и не связаны с действием температурных раздражителей;
- 3). Пальпация десны в области лунки резко болезненна;
- 4). После кюретажа лунки и противовоспалительного лечения боль проходит.

Дифференциальная диагностика острого диффузного пульпита, перикоронарита и затрудненного прорезывания зуба мудрости.

Общее:

Ноющая боль в челюсти

Различия заключается в том, что при перекоронарите и затрудненном прорезывании зуба мудрости наблюдается:

- 1). Затрудненное открывание рта(тризм);
- 2). Болезненная пальпация в данной области десны;
- 3). При осмотре выявляется отечная воспаленная десна в проекции зуба мудрости;
- 4). Рентгенография выявляется зуб мудрости в стадии прорезывания.

**Спасибо за
внимание)))...**

