



Полтавський державний медичний університет
Кафедра пропедевтики терапевтичної стоматології

ПУЛЬПІТ

(Частина друга)

Лекція для студентів 3-го курсу стоматологічного факультету

Лектор: завідувач кафедри пропедевтики терапевтичної стоматології
д.мед.н., професор І. Ткаченко

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

1. Класифікація пульпіту.
2. Патоморфологія, клініка хронічних форм пульпіту:
 - фіброзного;
 - гіпертрофічного;
 - конкрементозного;
 - гангренозного
3. Патоморфологія та клініка загострення хронічних форм пульпіту.
4. Диференціальна діагностика хронічних форм пульпіту.

Пульпіт – запалення пульпи зуба.

- Запалення (*inflammatio*, від латів. *in-flammare* - Займати) сформована у процесі еволюції реакція організму місцеве ушкодження, характеризується явищами альтерації, розладів мікроциркуляції (з ексудацією і еміграцією) і проліферації, спрямованими на локалізацію, знищення та видалення ушкоджуючого агента, а також на відновлення (або заміщення) пошкоджених ним тканин.

Патогенез – механізм розвитку запалення

1. Альтерація: 1. Пошкодження клітин сполучної тканини (пульпи) етіологічними факторами.

2. Дегрануляція лаброцитів, лейкоцитів та ін.

3. Виділення тканини БАВ – медіаторів воспалення – серотоніну, гістаміна.

2. Ексудація: 4. Реакція МЛР пульпи з порушенням реологічних властивостей крові.

5. Підвищення судинної проникності.

6. Еміграція клітин крові, складних плазми

7. Фагоцитоз, піноцитоз.

8. Прояв серозного, потім гнійного ексудату, інфільтрату.

3. Проліферація: 9. Розмноження клітин сполучної тканини

10. Диференціювання та трансформація клітин.

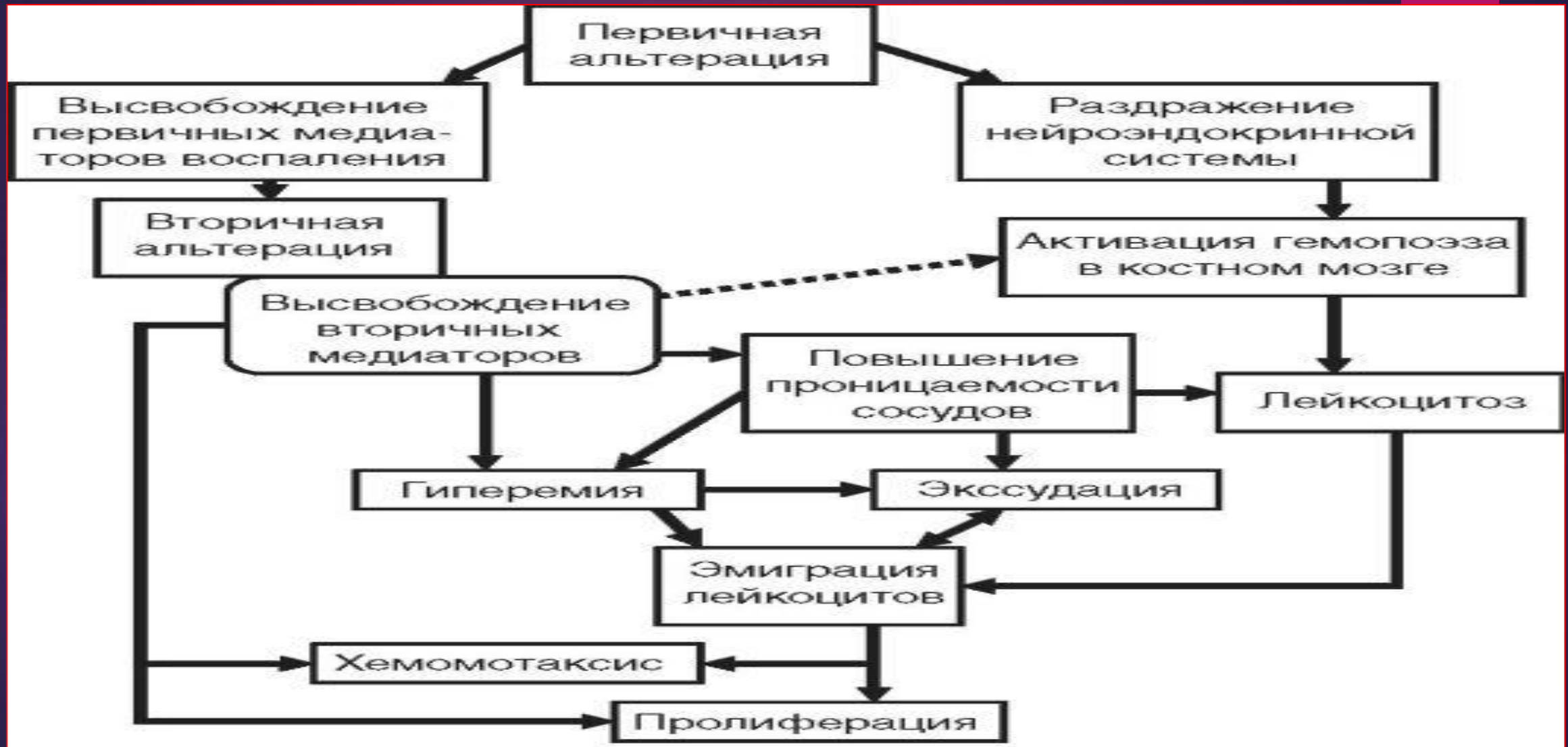
Ознаки запалення



Клінічні симптоми запалення:

- Почервоніння (Гіперемія).
- Місцеве підвищення температури (гіпертермія).
- набряк (ацидоз сприяє дисоціації солей та розпаду білків, що призводить до підвищення осмотичного та онкотичного тиску в пошкоджених тканинах, що призводить до набряків).
- Біль.
- Порушення функції.

Патогенез воспаления



Медіатори запалення

- ▶ Медіатори запалення – біологічно активні речовини, які ініціюють та підтримують усі запальні явища: ексудацію, еміграцію клітин, проліферацію.
- ▶ Медіатори запалення – це речовини, які утворюються й у нормі, але у невеликих, фізіологічних концентраціях.
- ▶ Значення медіаторів запалення – регулювання функцій на клітинному та тканинному рівні. В осередку запалення медіатори утворюються у великих кількостях і тепер вони набувають нової якості – посилюють та пролонгують запальні явища.
- ▶ Медіатори запалення можуть бути:
 - ▶ а) гуморальні;
 - ▶ б) клітинні.

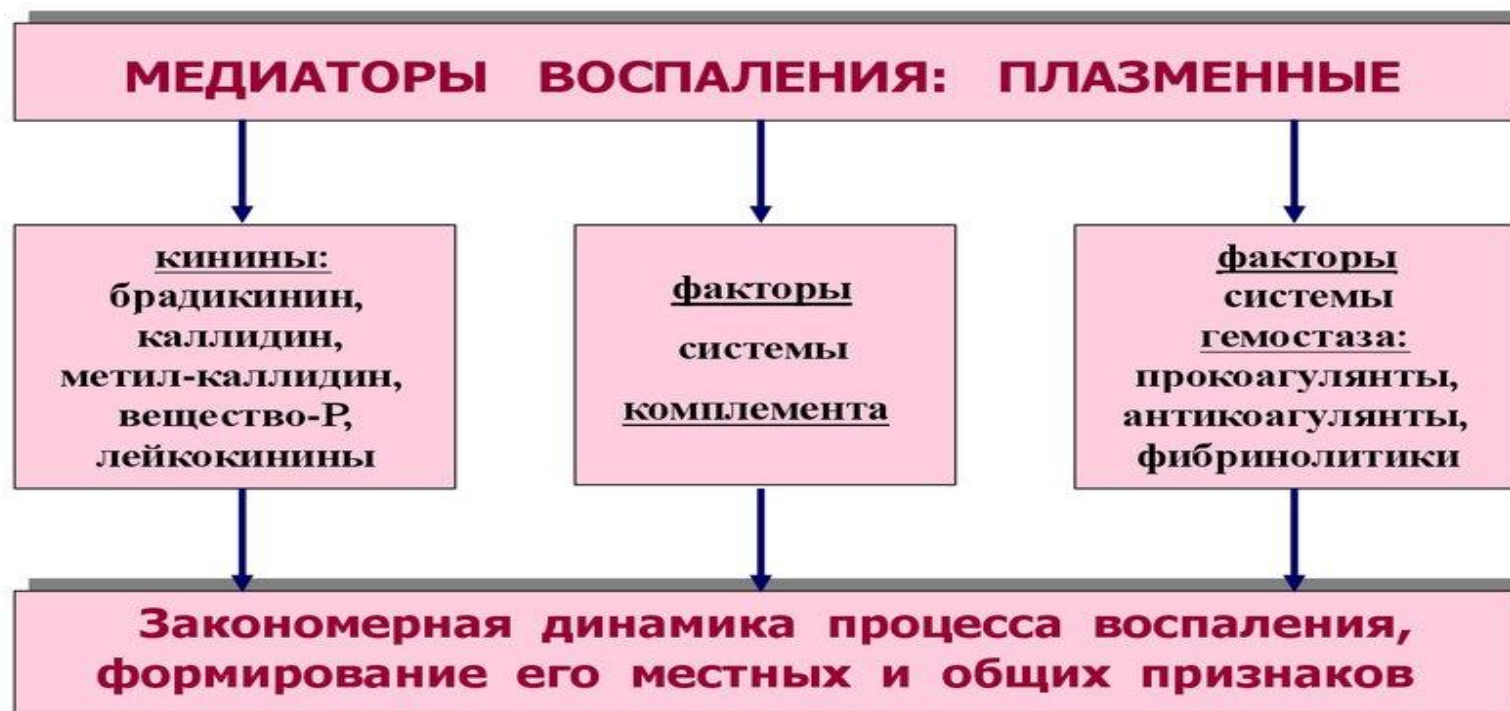
Медіатори запалення

ОСНОВНЫЕ КЛАССЫ КЛЕТОЧНЫХ МЕДИАТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ



Медіатори запалення

ОСНОВНЫЕ КЛАССЫ ПЛАЗМЕННЫХ МЕДИАТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ



Гостре запалення

- Запалення ділять на гостре та хронічне. Гостре запалення (inflammatio acuta) розвивається у зв'язку з раптовим ушкодженням – опіком, хімічною дією, механічною травмою, деякими інфекціями. Його тривалість зазвичай від кількох діб до 1-го тижня. Гостре запалення характеризується вираженими ексудативними реакціями, під час яких вода, білки, формені елементи крові (переважно **лейкоцити**) залишають кровообіг і надходять у зону ушкодження.

Хронічне запалення

- Хронічне запалення (*inflammatio chronica*) розвивається, коли агент, що ушкоджує, діє протягом тривалого часу. Хронічне запалення триває тижні, місяці та роки. Воно характеризується не стільки ексудацією, скільки проліферацією фібробластів та судинного ендотелію, а також скупченням в осередку запалення спеціальних клітин: макрофагів, лімфоцитів, плазматичних клітин та фібробластів.

Результат запалення

Результат запалення залежить від наступних факторів:

- ▶ 1. Вірулентності мікроорганізмів та їх токсинів
 - ▶ 2. Тривалості впливу подразників;
 - ▶ 3. Опірності пульпи;
 - ▶ 4. Загального стану організму людини;
 - ▶ 5. Вік пацієнта;
 - ▶ 6. Інтенсивності карієсу;
 - ▶ 7. Стан пародонту.
- ▶ Необхідно враховувати сенсibilізацію пульпи, що розвивається задовго до клінічних ознак запалення внаслідок існуючого каріозного процесу.

Будова пульпи зуба

Пульпа (pulpa dentis) - сполучнотканинна освіта, що заповнює порожнину зуба (Пульпову камеру).

Морфологічно складається з:

КЛІТИН

Одонтобласти
Фібробласти
Зірчасті
Макрофаги

ВОЛОКОН

колагенові
ретикулярні
(аргірофільні)

міжклітинної речовини

глікозаміноглікани,
рясно пронизані
кровоносними
судинами, нервами

Гістологічна будова пульпи

Гістологічний препарат.

Пульпа зуба та
наркоопульпарний дентин:

1 – дентин:

1а - каліксферити;

1б – предентин;

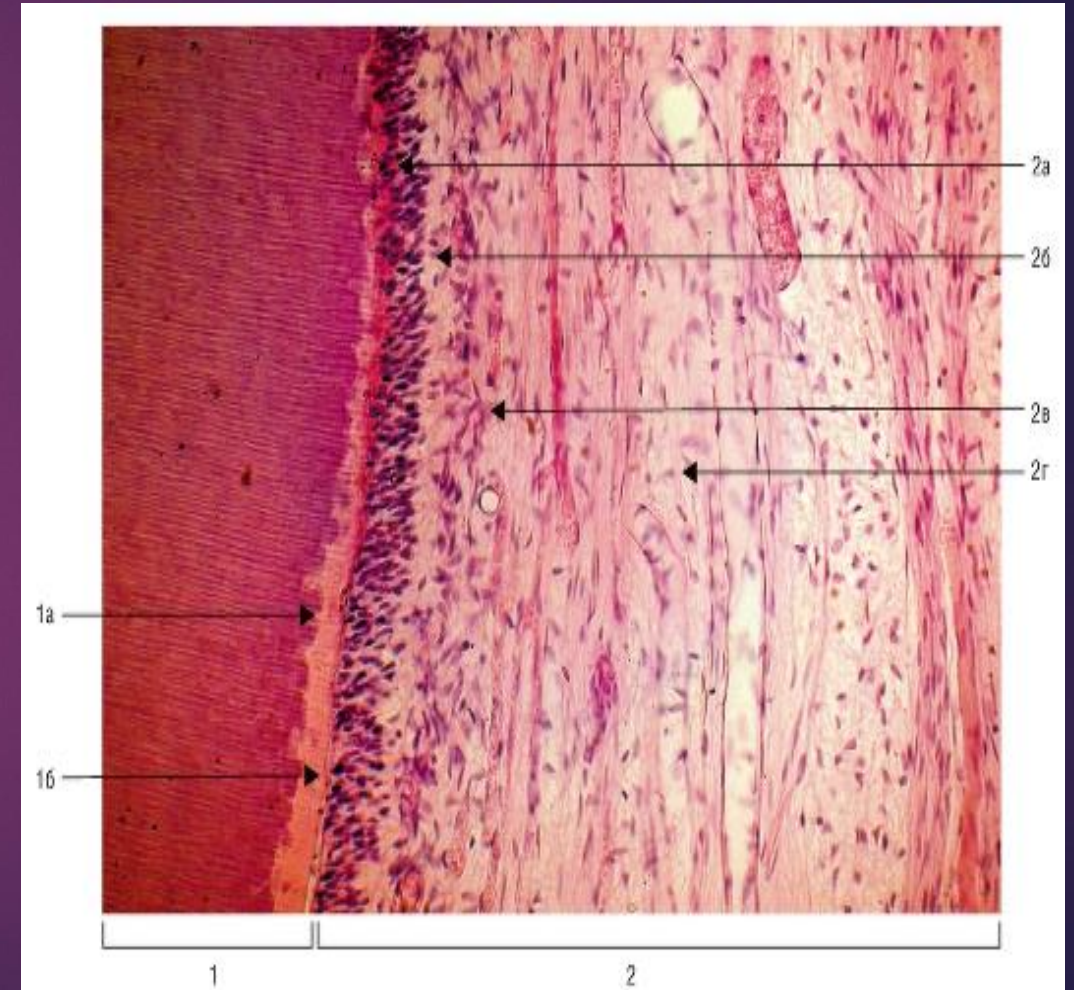
2 – пульпа зуба:

2а – одонтобластичний шар (периферичний);

2б - зона, бідна клітинами, у проміжному шарі пульпи;

2в - зона, багата клітинами, у проміжному шарі пульпи;

2г – центральний шар (пульпарне ядро)



Клітини пульпи

- **Одонтобласти.** Основна функція одонтобласта – утворення дентину.
- **Зірчасті клітини.** Клітини зоряної форми, має численні відростки. З'єднуються між собою та одонтобласти за допомогою десмосом. У цитоплазмі зірчастої клітини містяться мітохондрії, велика кількість вільних рибосом, ліпідні гранули, великі вакуолі, апарат Гольджі. Клітина має кілька відростків, довжина яких перевищує розміри самої клітини. Поєднуючись один з одним, відростки утворюють клітинний синцитій.
- **Фібробласти.** Найчисленніші клітини пульпи зуба. Основна функція – це утворення основної речовини та колагенових волокон.
- **Гістіоцити** (тканинні макрофаги). Основна функція – захисна, вони здатні до фагоцититування та знищення бактерій, шкідливих речовин із тканини пульпи.
- **Фіброцити.** Основна функція – імовірно, участь у збереженні колагенових волокон.
- **Плазмоцити.** Основна функція – синтез антитіл та глобуліну.
- **Лімфоцити, гранулоцити, нейтрофіли та базофіли.** Основна функція – захисна.

Волокнисті структури пульпи зуба

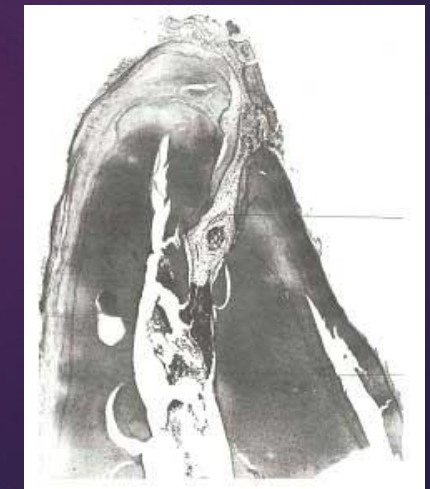
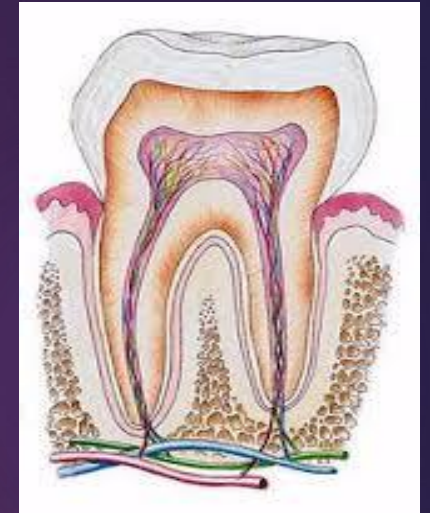
- Представлені в основному колагеновими волокнами, що розташовуються без особливої орієнтації, формуючи досить пухку мережу в центральній частині пульпи. (дифузні колагенові волокна) та щільний каркас по периферії (Пучкові колагенові волокна). У молодій пульпі дуже мало колагенових волокон, однак у міру старіння, колаген виробляється все більше і більше, що надає пульпі білуватий відтінок. Незалежно від віку верхівкова частина пульпи щільніша за коронкову завдяки великому вмісту колагенових волокон.
- У пульпі також присутні ретикулярні волокна Корфа, що беруть свій початок від пульпи зуба, що проходять між одонтобластами в дентин спіралеподібними переплетення у вигляді тонкої мережі, утворюючи фібрилярну основу останнього.
- Еластичних волокон у пульпі зуба немає.

Основна речовина пульпи зуба

- Містить високі концентрації **мукополісахаридів, мукопротеїнів, глікопротеїнів, ГЕКСОЗАМІНІВ та ін.**
- кислі мукополісахариди - гіалуронова кислота і похідні хондроїтинсерної кислоти, від ступеня полімеризації яких залежать в'язкість і тургор пульпи, а отже і ступінь проникнення в неї поживних речовин.
- субстрат - ферментна система гіалуронова кислота-гіалуронідаза. При збільшенні кількості гіалуронідази відбувається деполімеризація основної речовини, що обумовлює велику проникність сполучної тканини для мікроорганізмів та їх токсинів.
- **основна речовина поєднує клітинні та волокнисті структури, кровоносні та лімфатичні судини, нерви, тим самим забезпечуючи життєздатність пульпи зуба, виконуючи трофічну та захисну функції, тобто відповідає за обмінні процеси у клітинах та волокнах; впливає на функцію гормонів, вітамінів та біологічно активних речовин; запобігає та гальмує поширення інфекційного процесу в тканині; забезпечує передачу поживних речовин та кисню з кровоносної судини в клітину та назад.**

Кровообіг пульпи

Кровоносна система – система постачання поживними речовинами пульпи та звільнення від продуктів метаболізму. Відбувається рахунок гілок внутрішньої верхньощелепної артерії. Ці артеріоли входять у зуб через апікальний отвір (отвори) разом із нервовими волокнами. Судини меншого калібру можуть входити в пульпу зуба через бічні чи додаткові канали (їх число може сягати 20-25 штук). У коронковій пульпі, артеріоли віялоподібно розходяться до дентину, їхній діаметр знижується і в субодонтобластической зоні утворюють капілярну мережу, з якої кров стікає в посткапілярні, а потім у великі венули.



Іннервація пульпи зуба

- Через апікальний отвір та додаткові канали в кореневу пульпу проникають пучки мієлінових та безмієлінових нервових волокон. Множинне їхнє розгалуження здійснюється в коронковій пульпі, де можна виявити як мієлінові, так і безмієлінові нервові волокна. Пучки, що розходяться, мають порівняно прямий хід і поступово витончуються в напрямку дентину. У периферичних ділянках більшість волокон втрачають мієлінову оболонку, гілкуються і сплітаються одна з одною. Особливо велика мережа нервових волокон розташовується під шаром одонтобластів, де утворюється субодонтобластичне нерве сплетення (**сплетіння Рашкова**) і присутні як товсті мієлінові, так і тонкі безмієлінові волокна. Безмієлінові волокна проходять через шар одонтобластів і у вигляді кущиків проникають у дентин, досягаючи емалево-дентинної сполуки, внаслідок чого ця зона є найбільш чутливою.

Доласифікація пульпітів

Є.С.Яворської, Л.І.Урбанович

I. Гострий пульпіт (p. acuta)

1. Гіперемія пульпи (hyperaemia).
2. Травматичний (traumatica):
 - а) випадково оголена пульпа;
 - б) при переломі коронки чи кореня.
3. Обмежений (Partialis).
4. Дифузний (Totalis, communis).
5. Гнійний (Purulenta).

II. Хронічний пульпіт (P.chronica).

1. Фіброзний (Fibrosa).
2. Гіпертрофічний (Hypertrophica).
3. Гангренозний (Gangraenosa).
4. Конкрементозний (Concrementosa).

III. Загострення хронічного пульпіту (p. chronica exacerbatio).

IV. Пульпіт, ускладнений періодонтитом.

Робоча класифікація пульпітів кафедри

I. Гострий пульпіт (p. acuta).

1. Травматичний (traumatica):

а) при препаруванні (без або з оголенням пульпи);

б) при переломі коронки чи кореня.

2. Гіперемія пульпи (hyperaemia).

3. Частковий (partialis).

4. Загальний (Communis).

5. Гнійний (Purulenta).

II. Хронічний пульпіт (P. chronica).

1. Простий (Simplex).

2. Гіпертрофічний (Hypertrophica).

3. Гангренозний (Gangraenosa).

4. Конкрементозний (Concrementosa).

5. Кореневий (Radicis dentis).

III. Загострення хронічного пульпіту (p. chronica exacerbatio).

IV. Некроз та гангрена пульпи (gangraena et necrosis pulpa).

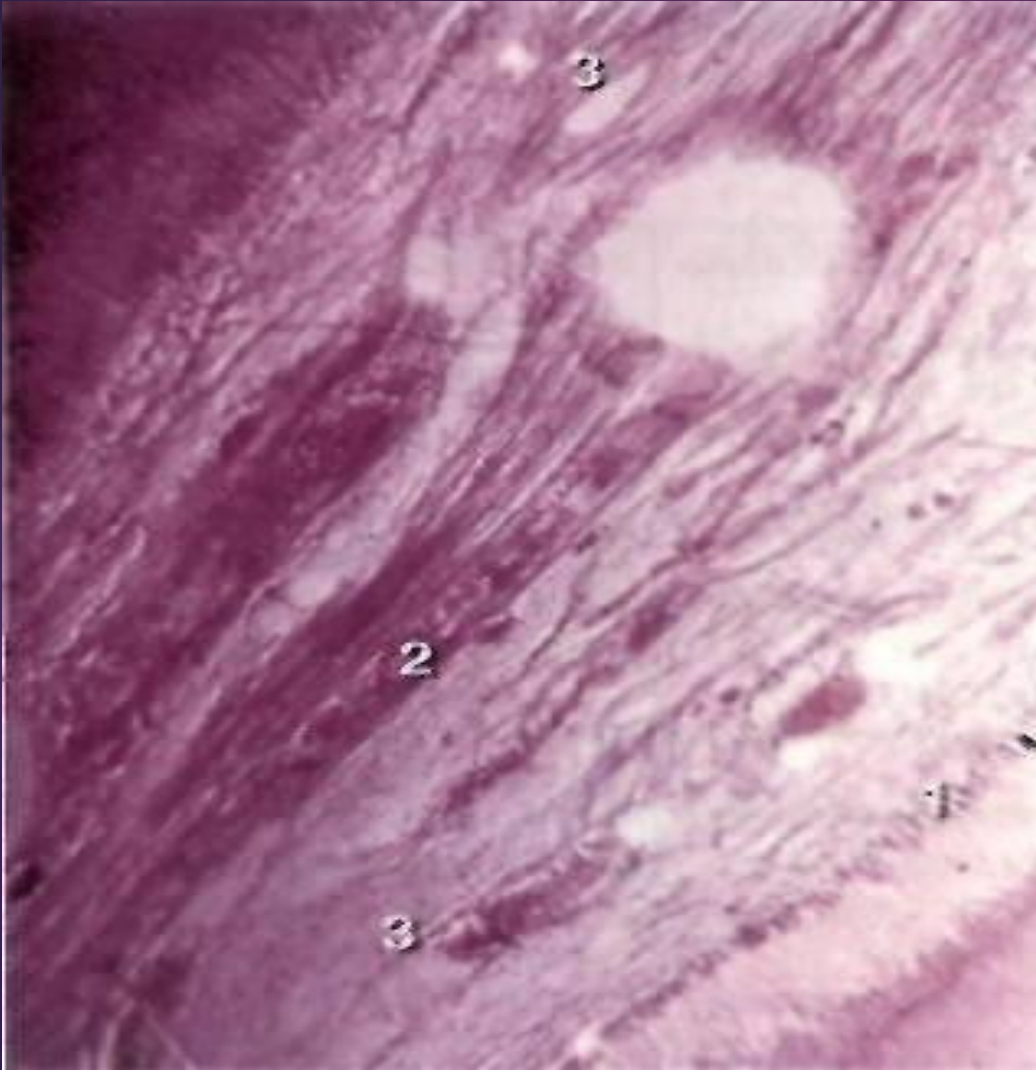
V. Атрофія пульпи (Atrophia pulpa).

Термінологія для діагностики пульпіту Американської Асоціації Ендодонтістів

- ▶ Здорова пульпа
- ▶ Оборотний пульпіт
- ▶ Сімπτоматичний незворотний пульпіт
- ▶ Асимπτоматичний незворотний пульпіт
- ▶ Некроз пульпи
- ▶ Раніше пролікований
- ▶ Раніше ініційоване (почате) лікування (ампутація, неповна екстирпація)



Хронічний простий пульпіт



1. Збіднення клітинного складу пульпи; Витончення шарів одонтобластів та зменшення їх кількості;
2. Розростання колагенових волокон сполучної тканини;
3. Гіаліноз стінок судин та колагенових волокон;

Клініка хронічного простого пульпіту

СКАРГИ: тривалий біль, що ниє, від усіх видів подразників, біль, що виникає при переході з теплого приміщення в холодне і навпаки, біль при відсмоктуванні із зуба (якщо порожнина зуба розкрита, каріозна порожнина знаходиться на жувальній поверхні).

АНАМНЕЗ: гострий мимовільний приступоподібний нічний біль, який тривав кілька днів, а потім припинився сам або після надання невідкладної допомоги (розтину порожнини зуба); При первинно хронічному запаленні пацієнт може вказати на проведенні раніше препарування зуба під коронку, перегрів при препаруванні к/п, накладенні пломби і т.д.

ПРО – АЛЕ: Огляд - Глибока каріозна порожнина або плomba;

Зондування – дентин дна та стінок розм'якшений або щільний, пігментований, після видалення якого на дні к/п в області рогу пульпи у 70% виявляється повідомлення з порожниною зуба. Пульпа різко болісна, кровоточить. У 30% випадків повідомлення немає, але в області стоншення дна - різкий біль.

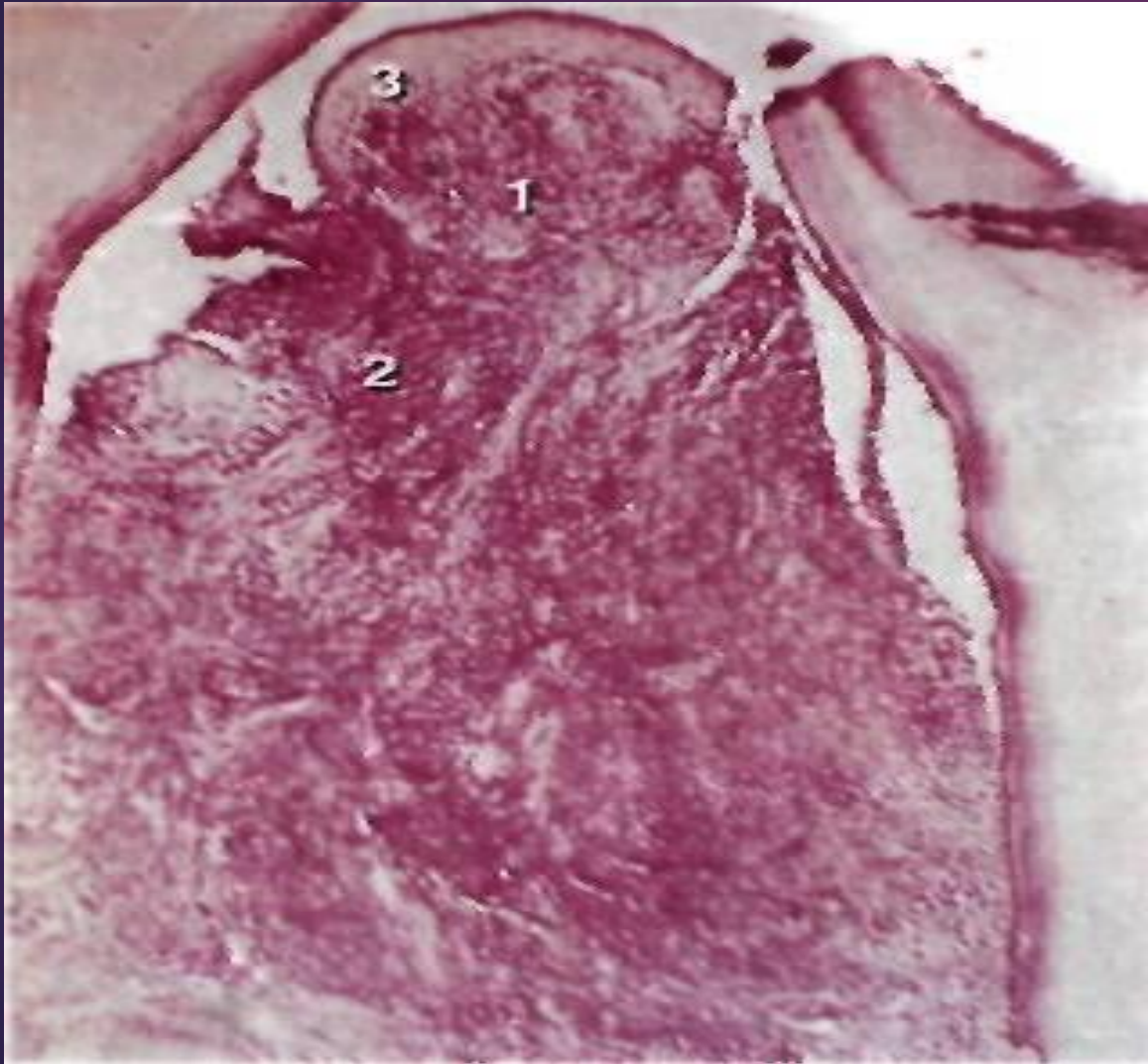
Перкусія вертикальна та горизонтальна – безболісна.

Пальпація в області проекції верхівки кореня - безболісна.

Термодіагностика - Болюча, біль довго не зникає.

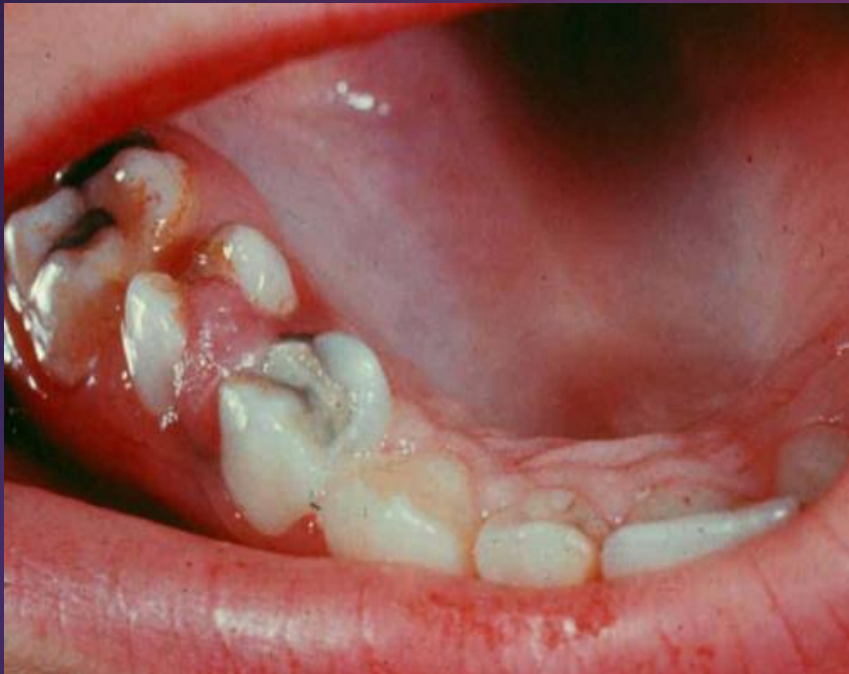
ЕОД - 30-40 мА

Хронічний гіпертрофічний пульпіт



1. Розростання грануляційної тканини – молодій сполучній тканині, з великою кількістю тонкостінних капілярів, але слабо інервується;
2. У міру дозрівання тканини на її поверхні розростається багатошаровий плоский епітелій (поліп пульпи);
3. На поверхні розростання можливий розпад грануляційної тканини, лейкоцитарна інфільтрація.

Хр. Гіпертрофічний пульпіт



Клініка хр. гіпертрофічного пульпіту

Найчастіше зустрічається в осіб молодого віку та дітей.

СКАРГИ: ниючий біль при прийомі твердої їжі, чищення зубів, «відсмоктуванні» із зуба (механічний подразник), кровоточивість, наявність розростання – «дикого м'яса».

АНАМНЕЗ: гострий мимовільний приступоподібний нічний біль, потім тривалий біль від усіх видів подразників.

ПРО – АЛЕ: Огляд - Глибока каріозна порожнина, заповнена пухлиноподібним розростанням синюшно-червоного кольору;

Зондування- Малоболюче на поверхні розростання, викликає кровоточивість, але болісно в глибині (в області усть кореневого каналу). Обводячи зондом навколо поліпа можна переконатися у зв'язку з пульпою (визначення «зони зростання»), а не з яснами (при гіпертрофічному папіліті);

Перкусія вертикальна та горизонтальна – безболісна;

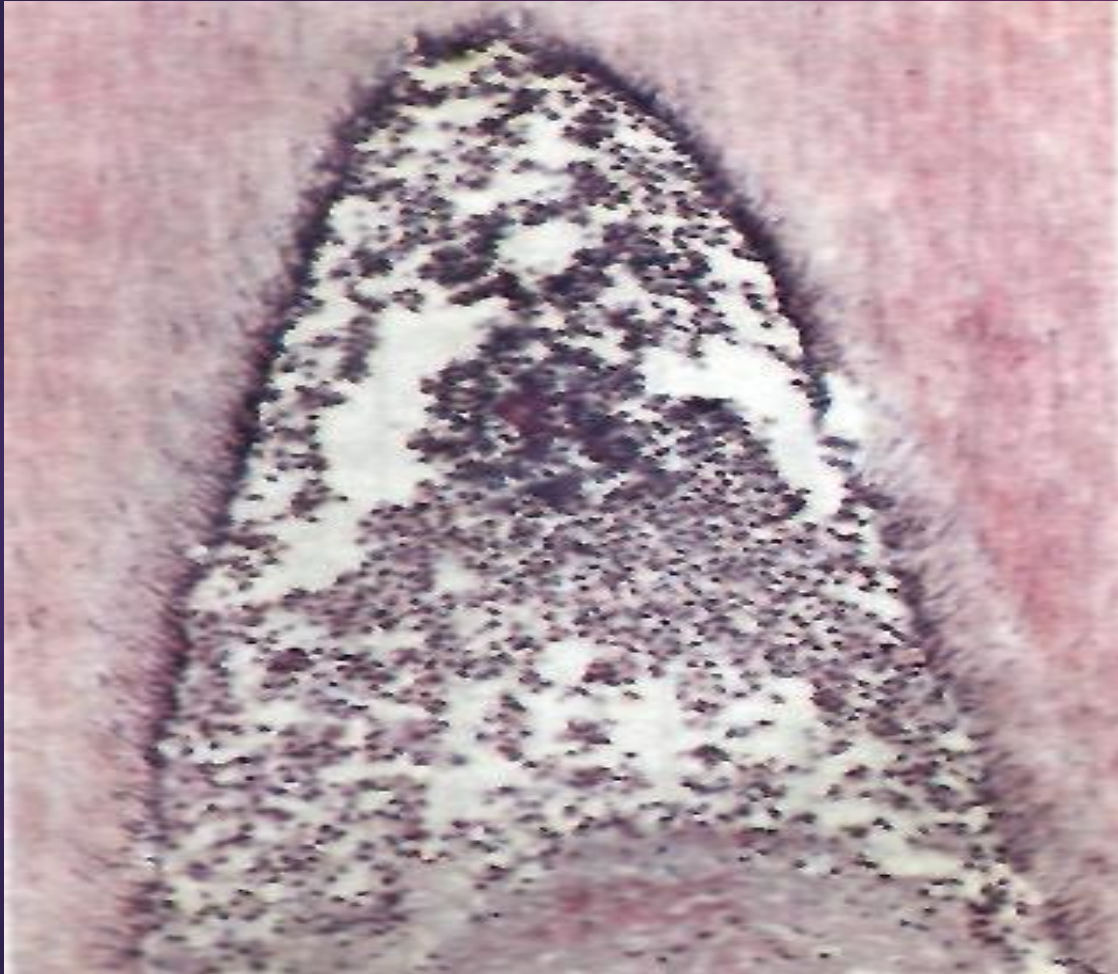
Пальпація в області проекції верхівки кореня - безболісна;

Термодіагностика – слабоболісна, затримується після усунення подразника;

ЕОД - 20-40 мА;

Рентгендіагностика: змін немає або незначне розширення періодонтальної щілини

Хронічний гангренозний пульпіт



1. Коронкова пульпа в стані гангренозного розпаду має вигляд безструктурної зернистої маси з великою кількістю колоній мікроорганізмів, кристалами жирних кислот, кров'яним ферментом (гемосидерин);
2. Одонтобласти та колагенові волокна дистрофічно змінені;
3. Ближче до гирла на кордоні з розпадом – демаркаційний вал із грануляційної тканини;
4. Коренева пульпа може хронічного фіброзного запалення.

Клініка хронічного гангренозного пульпіту

Розвивається з гнійного чи хронічного фіброзного пульпіту.

СКАРГИ: тривалий біль, що ниє, від теплових подразників, почуття розпирання і незручності в зубі, неприємний запах з рота.

АНАМНЕЗ: гострий мимовільний приступоподібний нічний біль, який тривав 3-5 днів, а потім припинився сам або після надання невідкладної допомоги (розтину порожнини зуба); Або тривалий ниючий біль від усіх видів подразників.

ПРО – АЛЕ: Огляд - Зуб змінений у кольорі (сірого відтінку), глибока каріозна порожнина або пломба;

Зондування – дентин дна та стінок розм'якшений або щільний, сильно пігментований. Найчастіше каріозна порожнина широко повідомляється з порожниною зуба. Пульпа у стані розпаду, брудно-сірого кольору, безболісна, має різкий гангренозний запах. При глибокому зондуванні (в гирлах кореневих каналів) біль та кровоточивість.

Перкусія вертикальна – чутлива, горизонтальна – б/б

Пальпація в області проекції верхівки кореня - безболісна.

Термодіагностика: від гарячого – тривалий біль. ЕОД - 40-60 мА

Рентгендіагностика: розширення та деформація періодонтальної щілини

Хронічний конкрементозний пульпіт

Конкременти

Дентіклі - дентиноподібні речовини, продукт діяльності одонтобластів

Петрифікати – вапняні відкладення по ходу судин та нервових пучків

Високоорганізовані
(з канальцями)

Низькоорганізовані
(без дентинних канальців)

Вільнолежачі
(у пульпі)

Пристінні
(пов'язані зі стінкою дентину)

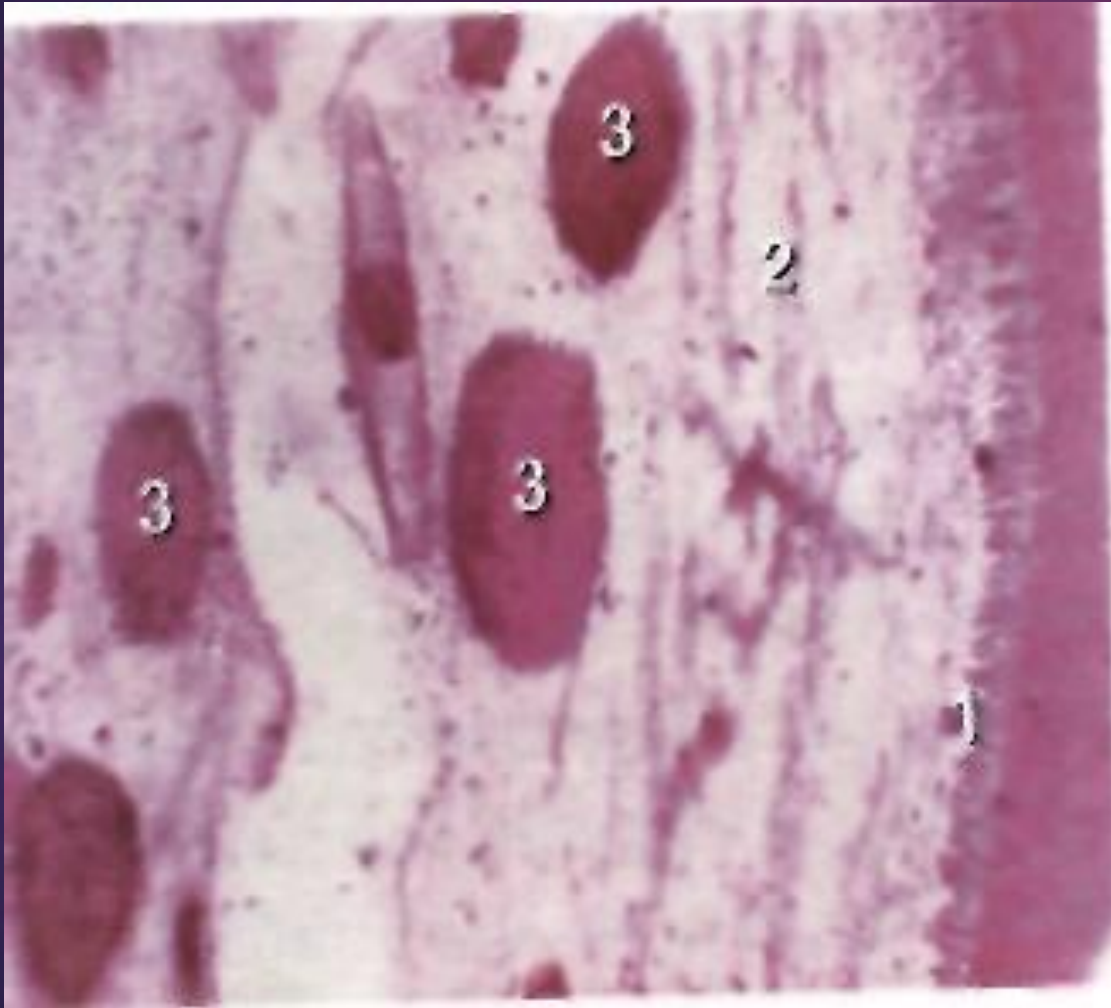
Інтерстиціальні
(В товщі вторинного і третинного дентину)



Можливі патогенетичні механізми утворення кальцифікатів пульпи:

- 1) за аналогією з механізмом утворення вторинного та третинного дентину (постійне дентиноутворення, пов'язане з віком, або у відповідь на дію подразника);
- 2) випадання кристалів із пересиченого розчину за аналогією з іншими процесами патологічного мінералоутворення в організмі;
- 3) мінералізація, що виникає на локально зміненої органічній матриці внаслідок запальних або дистрофічних процесів у пульпі;
- 4) утворення кальцифікатів у пульпі внаслідок трансформації малодиференційованих клітин на одонтобласти, або за допомогою діяльності фібробластів пульпи під впливом неясних причин
- 5) сольова дистрофія тканини пульпи при загальних обмінних порушеннях в організмі;
- 6) вікові дистрофічні зміни тканини пульпи

Хронічний конкрементозний пульпіт



- 1 – шар одонтобластів витончений;
- 2 – ретикулярна дистрофія пульпи;
- 3 – петрифікати різної форми та величини, інтенсивно забарвлені гематоксиліном, розташовані по ходу судини.

Клініка хр. конкрементозного пульпіту

СКАРГИ:

біль, що приступоподібний стріляє по ходу гілок трійчастого нерва, що виникає при різкому переміщенні тіла (при підйомі на літаку, ліфті, стрибках у висоти, ступенів, трясці). Дуже часто протікає безсимптомно, виявляється випадково під час рентгенологічного обстеження сусідніх зубів.

АНАМНЕЗ:

зуб раніше лікований із застосуванням одонтотропних паст або не лікований з наявністю великої порожнини.

ОБЄКТИВНО:

Огляд - Зуб зі стертою оклюзійною поверхнею, глибока каріозна порожнина або пломба;

Зондування- За наявності порожнини - дентин щільний, пігментований. Порожнина зуба не розкрита або розкрита точково в ділянці рогу пульпи. Зондування б/б або чутливе.

Перкусія вертикальна та горизонтальна – б/б, може спровокувати напад болю.

Пальпація в області проекції верхівки кореня - безболісна.

Термодіагностика: слабкий біль або б/б. ЕОД – в нормі або трохи збільшено

Рентгендіагностика: дентиноподібні утворення у порожнині зуба різної форми.

Диференціальна діагностика хронічних форм пульпітів

Клінічні ознаки	Діагноз		
	Хронічний простий пульпіт	Гіпертрофічний пульпіт	Гангренозний пульпіт
Стан дна каріозної порожнини	Порожнина зуба може бути розкрита або закрита. Дентин розм'якшений.	Порожнина зуба відкрита, значних розмірів, заповнена «поліпом» пульпи, що розрісся..	Каріозна порожнина великих розмірів, порожнина зуба відкрита.
Реакція на зондування	Зондування болісно, особливо в області розкритої порожнини зуба.	Зондування «поліпа» мало болісне, він кровоточить. Пульпа в порожнині зуба різко болісна.	Поверхнєве -безболісне, глибоке -болюче, пульпа може кровоточити.
Реакція на температурні подразники	Повільно наростаючий біль від гарячого або холодного, особливо при чергуванні подразників.	Чи не постійна. Можливо від гарячого подразника.	Повільно наростаючий ниючий біль на гарячий температурний подразник, особливо на чергування холодний гарячий.

Клініка загострення хронічних форм пульпіту

СКАРГИ: гострий, мимовільний біль, що іррадіює по ходу відповідних гілок трійчастого нерва. Напади тривають від 1-2 годин до майже безперервних, інтермісії від 2-3 годин або майже відсутні. Біль посилюється вночі. Будь-які подразники можуть спричинити напад болю.

Анамнез: напади болю турбують протягом 2-3 діб, тривалість їх поступово наростала, а «світлі проміжки» ставали все коротшими. Раніше такі напади вже були, але пройшли самостійно або після надання невідкладної допомоги.

ПРО – АЛЕ: Огляд- Глибока каріозна порожнина, заповнена залишками їжі або пломба. Зуб може бути змінений у кольорі (загострення гангренозного пульпіту)

Зондування - к/п повідомляється з п/з, різкий біль у перфораційній точці або при глибокому зондуванні.

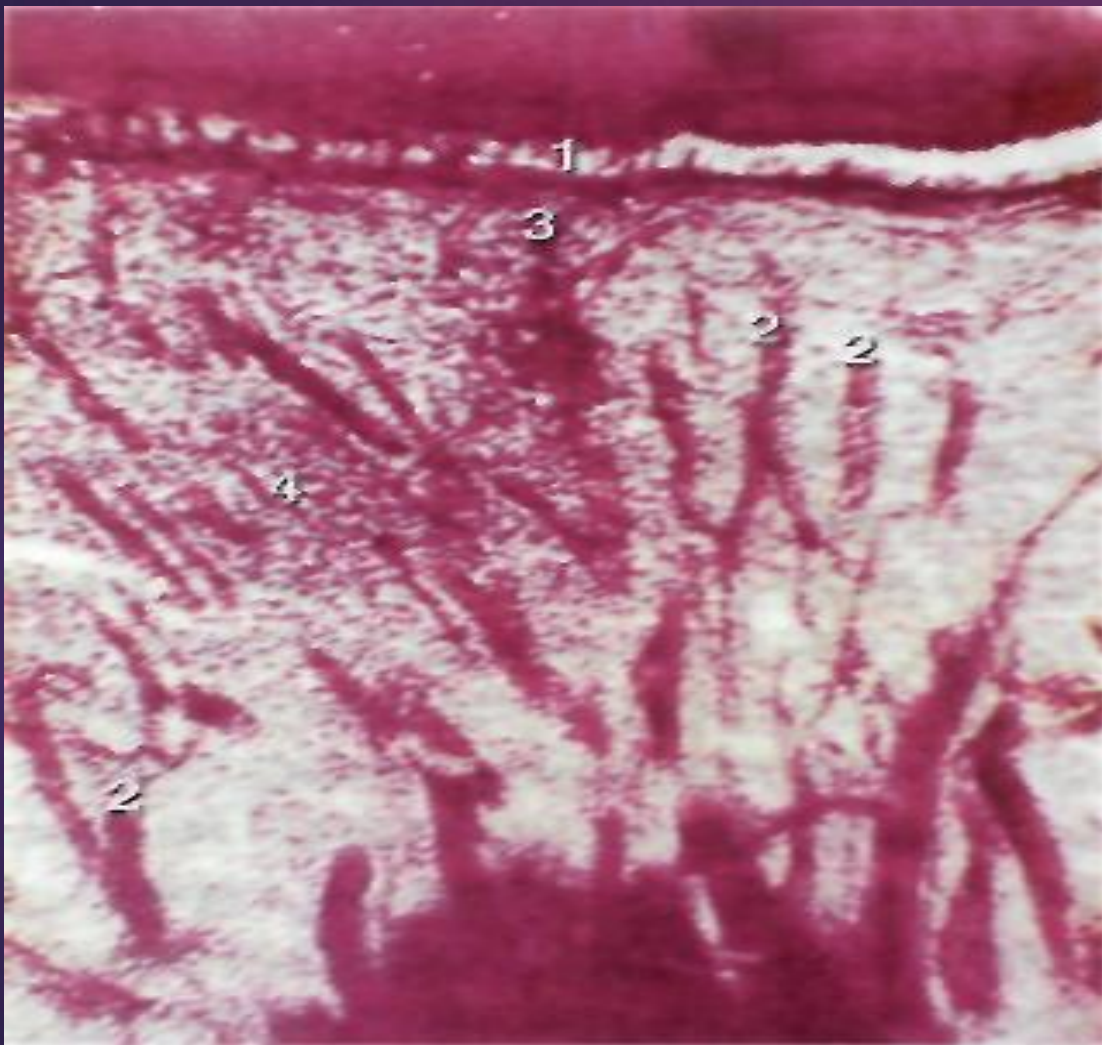
Перкусія верт. – чутлива, гориз – б/б.

Пальпація у сфері проекції верхівки кореня – безболісна.

Термодіагностика- Провокує напад болю. ЕОД – 60-80 мА.

Рентгендіагностика- Розширення, деформація періодонтальної щілини.

Загострення хронічних форм пульпітів



1. Ретикулярна дистрофія шару одонтобластів, що належать до замісного дентину;
2. Розширення судин;
3. Набряк тканини;
4. лейкоцитарна інфільтрація;
5. Діapedез еритроцитів.

Диференціальна діагностика хронічного пульпіту, що загострився.

Симптоми	Діагноз	
	Загострений хронічний пульпіт	Гострий дифузний пульпіт
Характер болю	Приступоподібна, іррадіююча, що посилюється від термічних подразників.	Мимовільна, приступоподібна, що посилюється вночі від холодного, іррадіює.
Тривалість захворювання	Гострий період 1-2 дні. В анамнезі -гострий пульпіт 6-12 місяців тому.	Зуб болить 2-3 дів В анамнезі - не хворів.
Зондування каріозної порожнини	Болісно по всьому дну, різко болісно в області розкритого рога пульпи.	Болісно по всьому дну.
Слизова оболонка ясна	Не змінено.	Не змінено.
Електрозбудливість	60-80 мкА	25-40 мкА
Рентгенологічне дослідження.	Незначне розширення періодонтальної щілини у верхівки.	Без патологічних змін.

Клініка хронічного кореневого пульпіту

(стан після неповного видалення пульпи, залишковий пульпіт)

Розвивається внаслідок каріозного процесу кореня зуба (карієс цементу) або після неповного видалення пульпи внаслідок лікування.

СКАРГИ: ниючий біль від усіх видів подразників.

Анамнез: деякий час тому проводилося лікування пульпіту під анестезією або методом вітальної ампутації, комбінованим методом (залишковий пульпіт).

ПРО – АЛЕ: Огляд - глибока каріозна порожнина в цементі кореня, сполучена з порожниною зуба або пломба на жувальній поверхні;

Зондування – за наявності карієсу кореня – дентин дна та стінок розм'якшений або щільний, пігментований, виявляється повідомлення з порожниною зуба. Пульпа різко болісна, слабо кровоточить.

Перкусія вертикальна та горизонтальна – безболісна.

Пальпація в області проекції верхівки кореня - безболісна.

Термодіагностика - Болюча, біль довго не зникає.

ЕОД - 60-80 мА

Диференціальна діагностика хронічного фіброзного пульпіту та глибокого карієсу

► Загальне:

наявність глибокої каріозної порожнини;
скарги на біль від усіх видів подразників.

► Відмінності:

1. при хронічному фіброзному пульпіті больова реакція на подразник зникає не відразу після усунення причини, а при глибокому карієсі – в той же час;
2. при хронічному фіброзному пульпіті є повідомлення з пульповою камерою, зондування якого різко болісно, а при глибокому карієсі дно каріозної порожнини щільне, зондування болісно рівномірне по всьому дну та дентино-емалевій межі;
3. з анамнезу можна з'ясувати, що при хронічному фіброзному пульпіті зуб хворів раніше, а при глибокому карієсі мимовільного або ниючого болю не було;
4. показники ЕОД при хронічному фіброзному пульпіті - до 35-40 мкА, а при глибокому карієсі - до 12-18 мкА;
5. на рентгенограмі при хронічному фіброзному пульпіті можна виявити повідомлення пульпової камери з каріозною порожниною та іноді розширення періодонтальної щілини в області верхівки кореня, чого не буває при глибокому карієсі.

Диференціальна діагностика хронічного фіброзного пульпіту у стадії загострення та гострого осередкового пульпіту

Загальне:

1. наявність глибокої каріозної порожнини; болісне зондування в одній точці;
2. провокування холодом тривалого ниючого болю;
3. мимовільна біль зі " світлими " проміжками.

Відмінності:

1. наявність іррадіюючих болів при хронічному фіброзному пульпіті на стадії загострення, чого не буває при гострому осередковому пульпіті;
2. наявність мимовільних або тривалих ниючих болів від різних подразників у минулому, а гострий осередковий пульпіт існує не більше 1-2 діб;
3. наявність болючого при зондуванні повідомлення каріозної порожнини з порожниною зуба, а при гострому осередковому пульпіті порожнина зуба не розкрита (за винятком травматичного пульпіту);
4. гострий осередковий пульпіт зустрічається в осіб з високою реактивністю організму, тобто досить рідко;
5. при гострому осередковому пульпіті ніколи немає змін у періапикальних тканинах;
6. перкусія при гострому осередковому пульпіті завжди безболісна.

Bene dignoscitur – bene curatur

Правильно діагностується –
правильно лікується!

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!