

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім. М.І. ПИРОГОВА

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

На методичній нараді кафедри  
терапевтичної стоматології ВНМУ  
ім. М.І. Пирогова

Завідувач кафедри професор ЗВО

 Марія ШІНКАРУК-ДИКОВИЦЬКА

«28» серпня 2023р.

Протокол №1

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ  
для викладачів та самостійної роботи лікарів – інтернів

Навчальна дисципліна	ОК 31 Терапевтична стоматологія
Тема заняття № 14	Клініка, діагностика диференційна діагностика хронічних та загострених форм пульпіту.
Курс	інтернатура
Факультет	стоматологічний
Укладач	Доцент ЗВО Олена МУНТЯН

## Тема № 14.

### Клініка, діагностика, диференційна діагностика хронічних та загострених форм пульпіту.

#### Мета практичного заняття:

##### Загальна:

- діагностувати хронічні форми пульпіту, враховуючи результати основних та додаткових методів обстеження.
- вивчити клініку, діагностику та патологічну анатомію хронічних та загострених форм пульпіту.

##### Конкретна:

- навчитися аналізувати скарги хворого з хронічними формами пульпіту.
- трактувати клінічні прояви хронічних форм пульпіту в залежності від патоморфологічних змін в пульпі.
- проводити диференційну діагностику хронічних форм пульпіту із захворюваннями, що мають подібний клінічний перебіг;

#### Завдання на формування початкового рівня знань:

1. Знати етіологію, патогенез хронічних форм пульпіту.
2. Знати основні та додаткові методи обстеження хворого пульпітом.
3. Знати скарги і клініку гострих форм пульпіту.
4. Знати особливості клінічного перебігу хронічних форм пульпіту.

#### Література:

##### Основна:

1. Лекції кафедри терапевтичної стоматології.
2. Терапевтична стоматологія : підручник у 4 т. / [М. Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, М. Ю. Антоненко та ін.]. – Київ: Медицина, 2010. – 640 с.
3. Терапевтична стоматологія / [А. К. Ніколішин, В. М. Ждан, А. В. Борисенко та ін.]. – Вінниця: Нова книга, 2012. – 680 с.
4. Барер Г. М. Рациональная фармакотерапия в стоматологии / Г. М. Барер, Е. В. Зорян. – Москва: Литтерра, 2006. – 562 с.

##### Додаткова:

1. Морозова С. И. Заболевания слизистой оболочки рта / С. И. Морозова, Н. А. Савельева. – Москва: МИА, 2012. – 268 с.
2. Барер Г. М. Терапевтическая стоматология. Ч.3. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Г. М. Барер, Е. А. Волков, В. В. Гемонов. – Москва: ГЕОТАР-медиа, 2006. – 286 с.
3. Заболевания слизистой оболочки рта и губ / Л. А. Цветкова, С. Д. Арутюнов, Л. В. Петрова, Ю. Н. Перламутров. – Москва: МЕДпресс-информ, 2006. – 201 с.

#### Завдання для контролю вихідного рівня знань:

Задача	Рівень	Еталони відповідей
1. Вкажіть можливу причину хронізації запального процесу в пульпі. а) створення дренажного отвору для відтоку ексудату б) залучення в запальний процес кореневої пульпи в) поширення інфекції в періодонт г) підвищення резистентності організму	I	а) створення дренажного отвору для відтоку ексудату
2. Вкажіть форми хронічного запалення пульпи зуба за КМІ (1964) а) хронічний простий пульпіт	II	б) хронічний фіброзний пульпіт г) хронічний гіпертрофічний пульпіт

б) хронічний фіброзний пульпіт в) хронічний частковий пульпіт г) хронічний гіпертрофічний пульпіт д) пульпарний абсцес		
---	--	--

**Схема ООД по темі  
«Обстеження хворих з хронічним фіброзним пульпітом»**

<b>Компоненти дії</b>	<b>Умови і засоби дії</b>	<b>Критерії самоконтролю</b>
1. Скарги	Пацієнт знаходиться в кріслі. З'ясувати характер болю, тривалість та причини його виникнення.	При закритій порожнині зуба: скарги на ниючий біль, що посилюється від температурних подразників.  При відкритій порожнині зуба: біль виникає рідше від температурних подразників, частіше від механічних, ниючого характеру. Біль при переході з холодного в тепле приміщення.
2. Анамнез	Опитати пацієнта та з'ясувати, коли вперше пацієнт відчув біль у зубі, чи лікувався зуб раніше.	При закритій порожнині зуба: з'ясовується, що гострий біль був відсутній; біль з самого початку носив ниючий характер і розвинувся поступово.  При відкритій порожнині зуба відзначався гострий самовільний біль, який з часом змінився на ниючий.
1. Об'єктивно: а) огляд	Зібрані скарги та дані анамнезу, стоматологічні інструменти для огляду порожнини рота (зонд, дзеркало).	При закритій порожнині зуба склепіння не розкриті, можлива наявність пломби.  При відкритій порожнині зуба виявляється, що порожнина зуба вскрита в одній точці чи на значному протязі. Можна бачити отвір в склепінні, поверхня пульпи має сірий колір з некротизованою тканиною.
б) зондування	Стоматологічний зонд, дзеркало.	З'ясувати:  При закритій порожнині зуба зондування дна каріозної порожнини слабо болісне.  При відкритій порожнині зондування пульпи різко або слабо болісне.
в) перкусія	Стоматологічний інструментарій: зонд, дзеркало, пінцет.	З'ясувати, що при відкритій порожнині зуба вертикальна перкусія слабо болюча.
г) пальпація	Вказівним пальцем руки в рукавичках пальпується слизова оболонка альвеолярного відростка в про-	З'ясувати, що пальпація слизової оболонки альвеолярного відростка в проекції верхівки кореня зуба безболісна.

	екції верхівки кореня причинного зуба.	
4. Термо-діагностика	Пустер з водою або склянка з холодною водою.	Ниючий біль викликає холодна та гаряча вода.
5. Електроодонтодіагностика	Прилад для проведення ЕОД з метою диференціювання з іншими формами пульпіту та з періодонтитом.	ЕОД в межах 30-40 мкА – при закритій порожнині зуба; 50-60 мкА – при відкритій порожнині зуба.
6. Рентген-діагностика	Рентген-знімки	З рентген-знімку причинного зуба з'ясовуємо, що періодонтальна щілина буде не змінена.

### Графологічна структура теми

**“ Диференційна діагностика хронічного фіброзного пульпіту, що проходить з закритою порожниною зуба ”.**

	Хронічний фіброзний пульпіт	Хронічний глибокий карієс	Гострий обмежений пульпіт	Хронічний гангренозний пульпіт
1. Анамнез.	Наявність раніше гострого болю або ниючого тривалого болю (до 2 міс.)	Гострого болю немає.	Гострий біль вперше почався на протязі останньої доби.	Самовільний гострий біль, який минув.
2. Характер болю.	Ниючий, з'являється лише від подразників вдень або відсутній.	Гострий короткочасний біль, виникає від подразників.	Гострий самовільний, нападоподібний, що посилюється від подразників та вночі.	Відсутній або ниючий, виникає від гарячого.
3. Тривалість болювого нападу.	Біль довго не проходить після усунення подразників.	Біль короткочасний, одразу припиняється після усунення подразників.	На протязі дня буває декілька короткочасних нападів з тривалими інтермісіями.	Після усунення причини біль затихає.
4. Зондування	Дно каріозної порожнини слабо болюче.	Болючість по всьому дну.	Різка болючість в проекції рогу пульпи.	Різка болючість в усті каналу чи в його глибині.
5. Електроодонтометрія	30-40 мкА.	2-10 мкА.	20-30 мкА.	50-100 мкА.
6. Перкусія зуба.	Безболісна. Або вертикальна дещо болісна	Безболісна.	Безболісна.	Вертикальна частіше болюча

**Схема ООД по темі: «Обстеження хворих хронічним гіпертрофічним пульпітом»**

Компоненти дії	Умови і засоби дії	Критерії самоконтролю
1. Скарги	Пацієнт знаходиться в кріслі. З'ясувати характер болю, тривалість та причини його виникнення.	З'ясувати, що зараз виникає біль від холодного або гарячого, незначний біль під час вживання їжі, кровотеча з зуба під час їди та при відсмоктуванні з каріозної порожнини.
2. Анамнез	Опитати пацієнта та з'ясувати, коли вперше пацієнт відчув біль у зубі, чи лікувався зуб раніше.	Виявляється, що зуб у минулому болів.
2. Об'єктивно: а) огляд	Зібрані скарги та дані анамнезу, стоматологічні інструменти для огляду порожнини рота (зонд, дзеркало).	З'ясувати, що каріозна порожнина велика та скоріш за все розміщена апроксимально, заповнена м'ясистим пухлиноподібним утворенням; коронка зуба значно зруйнована. Розросла пульпа буде мати яскраво-червоний колір.
б) зондування	Стоматологічний зонд, дзеркало.	З'ясувати, що пульпова камера буде широко відкрита. Відмітити, що поверхневе зондування виросту пульпи буде незначно кровоточити і майже безболісне. Зондування в ділянці ніжки поліпа буде болючим.
в) перкусія	Стоматологічний інструментарій: зонд, дзеркало, пінцет.	З'ясувати, що вертикальна та горизонтальна перкусії будуть безболісні.
г) пальпація	Вказівним пальцем руки в рукавичках пульпується слизова оболонка альвеолярного відростка в проекції верхівки кореня причинного зуба.	З'ясувати, що пальпація слизової оболонки альвеолярного відростка в проекції верхівки кореня зуба безболісна.
4. Термодіагностика	Пустер з водою або склянка з холодною водою.	Можлива нерізка больова реакція при дії на причинний зуб термічним подразником.
5. Електроодонтодіагностика	Прилад для проведення ЕОД з метою диференціювання з іншими формами пульпіту та з періодонтитом.	З'ясувати, що покази при ЕОД будуть знижені до 90 мкА.
6. Рентгендіагностика	Рентген-знімки	З рентген-знімку причинного зуба з'ясовуємо, що періодонтальна щілина буде або не змінена або злегка розши-

		рена в ділянці верхівки.
--	--	--------------------------

### Графологічна структура за темою:

“Диференційна діагностика хронічного гіпертрофічного пульпіту”.

Ознаки	Хронічний гіпертрофічний пульпіт	Хронічний фіброзний пульпіт	Хронічний гангренозний пульпіт	Поліп ясенного сосочку
1. Стан дна каріозної порожнини і реакція на зондування.	Порожнина зуба розкрита. Каріозна порожнина заповнена поліпом пульпи, що розрісся. Зондування поліпу мало болюче. Але при цьому він кровоточить. Зондування пульпи в порожнині зуба різко болюче.	Порожнина зуба розкрита в одній точці або закрита. Дно каріозної порожнини розм'яшене, зондування болюче.	Порожнина зуба розкрита, поверхневе зондування її не болюче, глибоке - болюче, при цьому може виникнути кровотеча з пульпи.	Виникає в результаті травми ясенного сосочка гострими краями каріозної порожнини. Зондом відтісняють сосочок, ведучи по зовнішньому краю каріозної порожнини – впевнюючись у відсутності зв'язку з пульпою. Зондування болюче.
2. Реакція на температурні подразники	Не постійна	Повільно наростаючий ниючий біль від гарячого і холодного.	Повільно наростаюча, в залежності від рівня пульпи, може бути і на холодне, і на гаряче.	Не болюча.
3. Попадання їжі в каріозну порожнину.	Іноді біль при жуванні.	Викликає біль.	Не викликає ниючого болю.	Не викликає болю.

### Графологічна структура теми

«Патоморфологічні зміни пульпи при гангренозному пульпіті»





**Графологічна структура за темою:**  
**«Диференційна діагностика хронічного гангренозного пульпіту»**

№	Ознаки	Хронічний гангренозний пульпіт	Хронічний фіброзний пульпіт	Хронічний періодонтит
1	Скарги	Біль від різних подразників, переважно від гарячого.	Біль від різних подразників (механічних, хімічних, термічних)	Скарг немає. Може бути відчуття важкості, дис-комfortу в зубі.
	характер болей	ниючі	ниючі	—
	тривалість больового нападу	Біль дещо затримується при ліквідуванні подразника	Біль продовжується після усунення подразника	—
	локалізація болю	Локалізований	Локалізований	—
2	Анамнез	В минулому був приступоподібний біль.	В минулому був самовільний, приступоподібний біль.	Скарги, характерні для однієї з форм пульпіту або гострого періодонтиту.
3	Стан порожнини зуба	Розкрита	Розкрита, закрита, якщо це результат хронічного карієсу.	Розкрита
4	Зондування дна каріозної порожнини	Поверхнєве - біль відсутній, глибоке - наявність больового відчуття.	Наявність болю в розкритій точці.	Біль відсутній.
5	Перкусія зуба	Біль відсутній, іноді вертикальна позитивна.	Біль відсутній.	Біль відсутній.
6	Реакція на подразники	Біль від гарячого, затримується після ліквідування подразника.	Біль від холодного і гарячого, затримується після ліквідування подразника.	Відсутня.

7	Електроодонтометрія	60-90 мкА	30-40 мкА	більше 100 мкА
8	Дані рентгенограми	Може бути розширення періодонтальної щілини	Патологічні зміни в періапикальних тканинах не визначаються.	Патологічні зміни в періапикальній щілині відповідають одній з форм хронічного періодонтиту.
9	Слизова оболонка ясен в ділянці ураженого зуба	Без змін	Без змін.	Без змін, іноді наявна нориця, позитивний симптом вазопорезу.
10	Зовнішній вигляд	Без особливостей	Без особливостей	Може бути збільшення або біль регіонарних лімфатичних вузлів.

**Схема ООД по темі  
«Обстеження хворих з хронічним гангренозним пульпітом»**

Компоненти дії	Умови і засоби дії	Критерії самоконтролю
1. Скарги	Пацієнт знаходиться в кріслі. З'ясувати характер болю, тривалість та причини його виникнення.	При закритій порожнині зуба: скарги на ниючий біль, що виникає переважно від гарячого, відчуття розпирання, незручності в зубі. При відкритій порожнині зуба: біль переважно від гарячого, повільно виникає і повільно проходить. Неприємний гнилісний запах з рота.
2. Анамнез	Опитати пацієнта та з'ясувати, коли вперше пацієнт відчув біль у зубі, чи лікувався зуб раніше.	При закритій порожнині зуба: з'ясовується, що гострий біль був відсутній; біль з самого початку носив ниючий характер і розвинувся поступово. При відкритій порожнині зуба відзначався гострий самовільний біль, який з часом змінився на ниючий.
Об'єктивно: а) огляд	Зібрані скарги та дані анамнезу, стоматологічні інструменти для огляду порожнини рота (зонд, дзеркало).	Зуб часто буває змінений в кольорі. При закритій порожнині зуба склепіння не розкриті, можлива наявність пломби. При відкритій порожнині зуба виявляється, що порожнина зуба розкрита в одній точці чи на значному протязі. Можна бачити отвір в склепінні, поверхня пульпи має сірий колір з
б) зондування	Стоматологічний зонд, дзеркало.	З'ясувати: При закритій порожнині зуба зондування дна каріозної порожнини безболісне. При відкритій порожнині поверхнєве зондування пульпи безболісне, глибоке (в устях кореневих каналів) - болісне.
в) перкусія	Стоматологічний інструментарій: зонд, дзеркало, пінцет.	Вертикальна перкусія іноді буває слабо болюча.
г) пальпація	Вказівним пальцем руки в рукавичках пальпується слизова оболонка альвеолярного відростка в проекції верхівки кореня причинного зуба.	З'ясувати, що пальпація слизової оболонки альвеолярного відростка в проекції верхівки кореня зуба безболісна.
4. Термодіагностика	Пустер з водою або склянка з холодною водою.	Тривалий ниючий біль викликає гаряча вода.
5. Електроодонтодіагностика	Прилад для проведення ЕОД з метою диференціювання з іншими формами пульпіту та з періодонтитом.	ЕОД 90 мкА і більше.
6. Рентгендіагностика	Рентген-знімки	З рентген-знімку причинного зуба з'ясовуємо, що при гангренозному пульпіті з відкритою по-



		рожниною зуба виявляється сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба. У 2/3 випадків гангренозний пульпіт призводить до нерівномірного розширення періодонтальної щілини навколо апекса.
--	--	--

### Графологічна структура по темі:

#### «Диференційна діагностика хронічного конкрементозного пульпіту»

№	Ознаки	Хронічний конкрементозний пульпіт	Хронічний гангренозний пульпіт	Ретроградний пульпіт	Невралгія трійчастого нерва
1	Скарги	Самовільний, приступоподібний біль виникає без видимих причин, посилюється від термічних подразників.	Біль від різних подразників, переважно від гарячого.	Самовільний, нападopodobний біль, біль від подразників.	Приступоподібний біль, що виникає при прийомі їжі, розмові,
	характер болю	Самовільний, приступоподібний, гострий.	Ниючий	Гострий, самовільний	Гостий
	тривалість болювого нападу	Тривалість та інтенсивність болю нарастають з роками	Біль дещо затримується після усунення подразника.	Відповідає характеру запального процесу	Різна тривалість
	локалізація болю	Хворий не може вказати причинний зуб	Локалізований.	Спочатку біль локалізований, з розвитком дифузного запалення стає розлитим.	Іррадіює по ходу гілок трійчастого нерва.
2	Анамнез	Біль виникав в минулому	В минулому був нападopodobний біль.	Біль виник вперше.	Давність захворювання різна.
3	Стан порожнини зуба	Зуб інтактний або наявна пломба.	Розкрита	Закрита	Зуб може бути інтактний, під пломбою, з каріозною порожниною.
4	Зондування дна каріозної порожнини.	Після зняття пломби, або трепанації спостерігається біль.	Поверхнєве - біль відсутній, глибоке – наявність болю.	—	Залежить від наявності і глибини каріозної порожнини.
5	Перкусія зуба	Може спровокувати напад болю.	Біль відсутній.	Буває болісна.	Біль відсутній або залежить від стану періодонта.
6	Реакція на подразники	Виникає або посилюється від гарячого чи холодного.	Біль від гарячого затримується після зняття подразника.	Виникає або посилюється біль.	Може бути біль, якщо є каріозна порожнина і зуб не депульпований
7	Електроодонтометрія	20-50- мкА	60-90 мкА	Відповідає характеру запального процесу	2-6 мкА, більше 100 мкА в депульпованому зубі
8	Дані рентгенограми	В порожнині зуба дентиклі або петрифікати в каналі кореня.	Може бути розширення періодонтальної щілини.	Якщо причиною є пародонтальна кишень-рентгенолого-гічні зміни характерні для пародонтиту.	Якщо зуб депульпований або пульпа некротизована - зміни в периапікальних тканинах.
9	Слизова оболонка	Не змінена	Не змінена	Не змінена або запале-	Не змінена

	лонка ясен в ділянці ураженого зуба			на (у випадку пародонтиту)	
10	Зовнішній вигляд	Без особливостей	Без особливостей	–	Без особливостей.

**Схема ООД по темі:  
«Обстеження хворих хронічним конкрементозним пульпітом»**

Компоненти дії	Умови і засоби дії	Критерії самоконтролю
1. Скарги	Пацієнт знаходиться в кріслі. З'ясувати характер болю, тривалість та причини його виникнення.	Скарги на невралгічний, самовільний, нападоподібний біль. Визначити локалізацію болю хворий не може. Біль посилюється від термічних подразників, наростає з роками. іноді напади супроводжуються гіперемією шкіри обличчя, слизової оболонки порожнини рота. біль може виникати при вібрації (струсі).
2. Анамнез	Опитати пацієнта та з'ясувати, коли вперше пацієнт відчув біль у зубі, чи лікувався зуб раніше.	Виявляється, що напади болю неодноразово були в минулому. Можлива масова екстракція зубів.
Об'єктивно: а) огляд	Зібрані скарги та дані анамнезу, стоматологічні інструменти для огляду порожнини рота (зонд, дзеркало).	З'ясувати, що зуб інтактний, порожнина зуба закрита.
б) зондування	Стоматологічний зонд, дзеркало.	Проводиться після трепанації коронки зуба – наявність больового відчуття.
в) перкусія	Стоматологічний інструментарій: зонд, дзеркало, пінцет.	З'ясувати, що вертикальна та горизонтальна перкусії можуть спровокувати напад болю.
г) пальпація	Вказівним пальцем руки в рукавичках пальпується слизова оболонка альвеолярного відростка в проекції верхівки кореня причинного зуба.	З'ясувати, що пальпація слизової оболонки альвеолярного відростка в проекції верхівки кореня зуба безболісна.
4. Термодіагностика	Пустер з водою або склянка з холодною водою.	Холодна вода може провокувати напад болю.
5. Електроодонтодіагностика	Прилад для проведення ЕОД з метою диференціювання з іншими формами пульпіту та з періодонтитом.	З'ясувати, що покази при ЕОД 2-6 мкА.
6. Рентген-діагностика	Рентген-знімки	З рентген-знімку причинного зуба з'ясовуємо, що періодонтальна щілина буде не змінена. В коронковій пульпі – округлі утворення – деніклі.

**Схема ООД по темі:  
«Обстеження хворих з хронічним кореневим пульпітом»**

Компоненти дії	Умови і засоби дії	Критерії самоконтролю
1. Скарги	Пацієнт знаходиться в кріслі. З'ясувати характер болю, тривалість та причини його виникнення.	Скарги на самовільний, нападоподібний біль. Визначити локалізацію болю хворий не може. Біль посилюється від термічних подразників (переважно від гарячого).
2. Анамнез	Опитати пацієнта та з'ясувати, коли вперше пацієнт відчув біль у зубі, чи лікувався зуб раніше.	Нюючий біль турбує протягом тривалого часу. Зуб раніше лікували.

Об'єктивно: а) огляд	Зібрані скарги та дані анамнезу, стоматологічні інструменти для огляду порожнини рота (зонд, дзеркало).	З'ясувати, що зуб запломбований ( або покритий штучною коронкою). У випадку, коли причиною є карієс кореня-глибока каріозна порожнина, що поширюється під ясна.
б) зондування	Стоматологічний зонд, дзеркало.	При наявності каріозної порожнини під яснами – наявність больового відчуття.  Після видалення пломби або коронки зондування безболісне, виявляється пломбувальний матеріал в устях кореневих каналів.
в) перкусія	Стоматологічний інструментарій: зонд, дзеркало, пінцет.	З'ясувати, що вертикальна перкусія часто чутлива або болісна.
г) пальпація	Вказівним пальцем руки в рукавичках пальпується слизова оболонка альвеолярного відростка в проекції верхівки кореня причинного зуба.	З'ясувати, що пальпація слизової оболонки альвеолярного відростка в проекції верхівки кореня зуба безболісна.
4. Термодіагностика	Пустер з водою або склянка з холодною водою.	Гаряча вода може викликати тривалий напад ниючого болю.
5. Електроодонтодіагностика	Прилад для проведення ЕОД з метою диференціювання з іншими формами пульпіту та з періодонтитом.	З'ясувати, що покази при ЕОД в межах 60-90 мкА.
6. Рентген-діагностика	Рентген-знімки	З рентген-знімку причинного зуба з'ясуємо, що кореневі канали недопломбовані до верхівки, можливі патологічні зміни в периапікальних тканинах. Якщо причиною є карієс кореня-глибока каріозна порожнина на корені зуба.

### Графологічна структура заняття по темі:

#### ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ПУЛЬПІТУ.

№	Ознаки	Загострення хронічного пульпіту	Гострий обмежений пульпіт	Гострий дифузний пульпіт	Гострий верхівковий періодонтит	Загострений хронічний періодонтит
1	Скарги	Самовільний, приступоподібний біль, який виникає вночі і від різних подразників (механічних, хімічних, термічних)	Самовільний, приступоподібний біль, який виникає вночі і від різних подразників	Самовільний, приступоподібний біль, який виникає вночі і від різних подразників (механічних, хімічних, термічних)	Самовільний біль, який посилюється вночі, відчуття “вирослого зуба”	Самовільний біль, який посилюється вночі.
	• характер болю;	Гострий, при переході у гнійну форму - пульсуючий,	Гостий	Гострий, при переході у гнійну форму - пульсуючий,	Гострий, потім пульсуючий.	Спочатку ниючий, потім гострий або пульсуючий

		рвучий.		рвучий.		чий
	• тривалість больового нападу;	2 години і біль- ше	15-30 хвилин	2 години і біль- ше	Постійний	Постійний
	• локаліза- ція болю.	Ірадіює за хо- дом трійчас- того нерва	Локалізована	Ірадіює за хо- дом трійчас- того нерва.	Ірадіюючий.	Ірадіюючий.
2	Анамнез	Раніше були са- мовільні, при- ступоподібні болі.	Болю не було.	1-2 доби тому були коротко- часні присту- поподібні болі.	Самовільні приступо- подібні болі.	Самовільні, приступопо- дібні болі.
3	Стан порож- нини зуба	Розкрита	Закрита	Закрита	Частіше зак- рита (зуб ін- тактний або під пломбою)	Розкрита
4	Зондування дна каріозної порожнини	Різко болісне в ділянці розкри- того рогу пуль- пи.	Різко болісне в ділянці рогу пульпи.	Різко болісне по всьому дну.	Безболісне	Безболісне
5	Перкусія зуба	Часто болісна вертикальна перкусія	Безболісна	Може бути болісна	Різко боліс- на вертика- льна і гори- зонтальна перкусія.	Різко боліс- на вертика- льна і гори- зонтальна перкусія.
6	Реакція на подразники	Виникає біль від холодного або гарячого	Виникає біль від холодного або гарячого.	Те ж, але при гнійній формі гаряче викли- кає больовий напад, а холод- не - заспокоює.	Може бути зменшення болю від га- рячого.	Реакція на термічні под- разники від- сутня
7	Електроодон- тометрія	80-90 мкА	20-30 мкА	30-50 мкА	більше  100 мкА	більше  100 мкА
8	Дані рентге- нографії	Розширення періодонта- льної щілини	—	—	Нечіткість малюнка губчастої речовини альвеоли	Зміни відпо- відають од- ній з форм хронічного періодонти- ту
9	Слизова обо- лонка ясен в ділянці ура- женого зуба	Слабко гіпере- мійована в ді- лянці перехід- ної складки.	Не змінена	Не змінена	Перехідна складка зглажена, гі- перемійова- на, пальпа- ція її безбо-	Перехідна складка зглажена, гі- перемійова- на, пальпа- ція її безбо-

					лісна.	лісна.
10	Зовнішній огляд	Без особливостей	Без особливостей	Без особливостей	Піднижньо-щелепні л/в можуть бути збільшені, болісні при пальпації, асиметрія обличчя.	Піднижньо-щелепні л/в можуть бути збільшені, болісні при пальпації, колатеральний набряк м'яких тканин.
11	Загальний стан	Не змінений	Не змінений	Не змінений	Слабкість, головний біль, підвищена t тіла, зміни гемограми.	Слабкість, головний біль, підвищена t тіла, зміни гемограми.

**Схема ООД по темі:**  
**Обстеження хворих з загостренням хронічного пульпіту**

Компоненти дії	Умови і засоби дії	Критерії самоконтролю
1. Скарги	Пацієнт знаходиться в кріслі. З'ясувати характер болю, тривалість та причини його виникнення.	Скарги на самовільний, нападодобічний біль. При накопиченні в каріозній порожнині залишків їжі з'являються самовільні гострі напади болю з іррадіацією за ходом гілок трійчастого нерва.
2. Анамнез	Опитати пацієнта та з'ясувати, коли вперше пацієнт відчув біль у зубі, чи лікувався зуб раніше.	Виявляється, що раніше спостерігався біль ниючого характеру від холодного чи гарячого або в наслідок потрапляння їжі в каріозну порожнину.
6. Об'єктивно: а) огляд	Зібрані скарги та дані анамнезу, стоматологічні інструменти для огляду порожнини рота (зонд, дзеркало).	З'ясувати, що в зубі наявна глибока каріозна порожнина, пульпова камера відкрита або закрита рештками їжі.
б) зондування	Стоматологічний зонд, дзеркало.	Болісне

в) перкусія	Стоматологічний інструментарій: зонд, дзеркало, пінцет.	З'ясувати, що вертикальна перкусія може бути болісною.
г) пальпація	Вказівним пальцем руки в рукавичках пальпується слизова оболонка альвеолярного відростка в проекції верхівки кореня причинного зуба.	З'ясувати, що пальпація слизової оболонки альвеолярного відростка в проекції верхівки кореня зуба безболісна.
4. Термодіагностика	Пустер з водою або склянка з холодною водою.	Холодна вода може провокувати напад болю.
5. Електроодонтодіагностика	Прилад для проведення ЕОД з метою диференціювання з іншими формами пульпіту та з періодонтитом.	З'ясувати, що покази при ЕОД 80-90 мкА.
6. Рентгендіагностика	Рентген-знімки	З рентген-знімку причинного зуба з'ясовуємо, що періодонтальна щілина буде не змінена.

#### Короткий зміст теми:

За даними Ковальова Є. В. (1998) гострі форми пульпіту становлять 37% випадків, хронічні 63%. Для хронічних форм пульпіту характерні певні загальні клінічні ознаки:

- 1) тривалість процесу - від декількох тижнів до декількох місяців і років;
- 2) невідповідність між слабким вираженням больових ознак і ступенем руйнування твердих тканин зуба;
- 3) біль виникає лише від дії подразників, але він не припиняється відразу після їх зняття, як при карієсі;
- 4) якщо подразники не мають доступу в каріозну порожнину (при точковому вхідному отворі), больовий симптом відсутній.

Хронічний фіброзний (простий) пульпіт може бути наслідком гострого пульпіту, а може мати відразу хронічний перебіг. У таких випадках фаза гострого запалення буває короткочасною, тому великого значення в діагностиці набувають анамнестичні дані і стан дна каріозної порожнини. У першому випадку воно буде розм'якшене, у другому - матиме значну щільність. Хронічний простий пульпіт може бути в двох формах - ранній (свіжий) і пізній.

Для **ранньої (свіжої) форми** хронічного простого пульпіту характерні ознаки:

- хворий не висуває ніяких скарг і може не підозрювати про наявність у нього захворювання;
- найчастіше виявляється глибока каріозна порожнина із точковим вхідним отвором (виповнена до самої порожнини зуба розм'якшеним дентином, завдяки чому подразники не попадають у каріозну порожнину, і тому у пацієнта немає ніяких скарг,
- пульпова камера спочатку закрыта, але після екскавування каріозної порожнини вона відкривається.

При **пізній формі** хронічного простого пульпіту пульпова камера, як правило, відкрита і доступна для дії подразників. „Відсмоктування із зуба може викликати швидкоминучий ниючий біль.

Суб'єктивно:

- хворий скаржиться на біль ниючого, тягнучого характеру, який виникає від різних подразників і не зникає відразу після припинення їх дії;
- характерне виникнення болю при зміні температури навколишнього середовища;
- при відсмоктуванні із зуба виникають больові відчуття.

Об'єктивно:

- при огляді виявляється глибока каріозна порожнина із широким входним отвором;
- пульпова камера частіше відкрита;
- пульпа має яскраво-червоний колір із синюшним відтінком;
- пульпа кровоточить і болить при зондуванні, але не гостро;
- можливі рентгенологічні зміни в періодонті;
- розвивається у зубах, у яких неправильно лікувався глибокий карієс;
- ЕОД - 30-40 мкА. 50-60 мкА

При патологоанатомічному дослідженні виявляється розростання волокнистої сполучної тканини і поступове зменшення кількості клітинних елементів. Волокна пульпи потовщені, спостерігається гіаліноз колагенових волокон, сліди колишніх крововиливів. Клітинний склад пульпи різко змінений. Клітинна реакція пульпи проявляється вакуолізацією шару одонтобластів, зменшенням кількості клітин центрального шару, особливо фібробластів. У кореневій пульпі часто зустрічаються явища фіброзу, петрифікації.

Диференційний діагноз необхідно проводити:

а) для хронічного фіброзного пульпіту при закритій порожнині зуба - із гострим глибоким карієсом та хронічним глибоким карієсом.

**Спільні ознаки з хронічним глибоким карієсом:**

- наявність глибокої каріозної порожнини
- біль від холодних та теплових подразників
- біль при зондуванні дна каріозної порожнини

**Відмінності при хронічному глибокому карієсі:**

- ЕОД 10-12 мкА
- біль проходить протягом 1 хвилини після усунення подразника

**Спільні ознаки з гострим глибоким карієсом:**

- глибока каріозна порожнина
- біль від температурних подразників
- зондування дна болісне.

**Відмінності при гострому глибокому карієсі:**

- ЕОД 15-18 мкА
- біль проходить протягом 1 хвилини після усунення подразника
- дентин світлий, розм'якшений

б) для хронічного фіброзного пульпіту з відкритою порожниною зуба:

- гострим вогнищевим пульпітом
- хронічним гіпертрофічним пульпітом
- хронічним гангренозним пульпітом

Диференційна діагностика з **гострим вогнищевим пульпітом** в попередньому матеріалі лекції

**Спільні ознаки з хронічним гіпертрофічним пульпітом:**

- розкрита порожнина зуба
- біль від механічних подразників

**Відмінності при хронічному гіпертрофічному пульпіті:**

- наявність поліпа в каріозній порожнині (гіпертрофованої пульпи)
- кровоточивість із зуба
- ЕОД - 90 мкА

**Спільні ознаки з хронічним гангренозним пульпітом:**

- розкрита порожнина зуба

**Відмінності при хронічному гангренозному пульпіті:**

- поверхнєве зондування безболісне
- відчуття розпирання в зубі
- біль від гарячого
- ЕОД 90-100 мкА

**Хронічний гіпертрофічний пульпіт (поліп пульпи)** розвивається, як правило, з хронічного простого пульпіту, коли є перфораційний отвір у порожнині зуба, зустрічаються у дітей і в осіб молодого віку.

Суб'єктивно:

- з анамнезу виявляється, що зуб у минулому болів;
- зараз буває незначний біль від гарячого і холодного, в меншій мірі - від кислого, солодкого;
- біль виникає від механічних подразників і доторкувань;
- хворий відчуває „дику м'ясо" - пульпу, яка розрослася і кровить під час вживання їжі;
- при відсмоктуванні із каріозної порожнини з'являється кров і біль.

Об'єктивно виявляється:

- велика каріозна порожнина, частіше розміщена апроксимально, заповнена м'ясистим пухлино-подібним утворенням;
- коронка зуба значно зруйнована;
- пульпова камера широко відкрита;
- за величиною гіпертрофована пульпа може бути різною: покривати лише дно каріозної порожнини, вистеляти всю каріозну порожнину або виступати над нею, як шапка гриба;
- розросла пульпа має блідо-рожевий колір і вигляд м'ясистого, м'якого, із гладкою поверхнею виросту або пухлини, складеної з дольок;
- гіпертрофована пульпа має ніжку, вона малочутлива на поверхні, але болюча в ділянці ніжки;
- при поверхневому зондуванні болючість і кровоточивість незначні;
- можлива нерізка больова реакція на термічні подразники;
- розрізняють ранню форму - гранулюючу і більш пізню - „поліп" пульпи;
- рентгенологічно можна виявити розширення періодонтальної щілини в ділянці верхівки кореня;
- ЕОД знижена до 90 мкА.

Патанатомічні зміни спостерігаються у всіх структурних елементах пульпи, проявляючись як гіперплазією, так й інволюцією клітинних елементів. Значні зміни є в судинах, а саме: порушення архітекτονіки кровоносних і лімфатичних судин, а також зміни, характерні для хронічного запального процесу. Пульпа зазвичай представлена молодого грануляційною тканиною. Серед ніжних сполучнотканинних волокон є велика кількість молодих тонкостінних капілярів, просвіт яких розширений. З часом на поверхні гранулематозного розростання спостерігається розпад тканин та лейкоцитарна інфільтрація. Іноді поверхня поліпу пульпи вкрита епітелієм, що надає йому блідо-рожевого забарвлення. Вважають, що епітеліальні клітини імплантовані з епітелію слизової оболонки.

Диференційну діагностику хронічного гіпертрофічного пульпіту необхідно проводити:

- із поліпом (гіпертрофією) ясен при гіпертрофічному папіліті;
- із розростанням грануляційної тканини через перфорацію по біфуркації при хронічному періодонтиті
- з хронічним фіброзним пульпітом.

Від гіпертрофії ясен гіпертрофія пульпи відрізняється:

- тим, що «поліп» пульпи інтенсивно червоний, більше кровоточить;
- якщо зондом можна обвести навколо „поліпа" зуба повне коло з відчуттям кісткової стінки, значить, це - гіпертрофія пульпи;
- якщо при спробі витіснити поліп ватною кулькою із каріозної порожнини вдається встановити зв'язок поліпа з яснами, значить, це -гіпертрофія ясен, тобто гіпертрофічний папіліт, бо гіпертрофічна пульпа розростається із перфораційного отвору даху порожнини зуба.

Гіпертрофію пульпи від розрослої із бі- або трифуркації грануляційної тканини при хронічному періодонтиті можна відрізнити за такими ознаками:

- рівень перфорації частіше знаходиться нижче від шийки зуба;
- рентгенологічно: наявність руйнування біфуркації і резорбції міжкореневої перетинки свідчить про розростання грануляцій, а не про гіпертрофію пульпи;
- при хронічному періодонтиті можливий позитивний симптом вазопареза, наявність нориці.



**Хронічний гангренозний пульпіт** є логічним продовженням хронічного простого пульпіту за відсутності лікування при попаданні гнилісної інфекції. При цій формі пульпіту значна частина або і вся коронкова пульпа змертвіла, а запальний процес обмежується кореневою частиною пульпи. Хронічний гангренозний пульпіт може протікати із закритою порожниною зуба та з відкритою порожниною зуба.

Суб'єктивні дані:

- із анамнезу - у минулому біль виникав гостро і самовільно;
- тепер біль виникає під час їжі від механічних подразників;
- скарги на відчуття розпирання від термічних (частіше від гарячого) подразників;
- після усунення подразника біль поступово стихає;
- хворий має відчуття незручності в зубі;
- хворий відчуває неприємний запах із зуба;
- може виникати самовільний біль при застряганні твердої їжі в каріозній порожнині, що погіршує відтік продуктів запалення.

Об'єктивно:

- велика каріозна порожнина з тонкими стінками і значною кількістю розм'якшеного дентину;
- зуб змінений у кольорі;
- пульпова камера відкрита частково або повністю;
- пульпа темна, в стані часткового розпаду, із гангренозним запахом;
- поверхнєве зондування не болюче, а глибоке - болюче;
- перкусія чутлива;
- великий відсоток випадків рентгенологічних змін у періодонті;
- на рентгенограмі можна виявити розширення періодонтальної щілини та її деформацію;
- ЕОД - 90 мкА.

При патанатомічному дослідженні в коронковій пульпі виявляється розпад тканин, який має вигляд безструктурної маси. Поверхня пульпи, обернена до каріозної порожнини, звиразкована внаслідок частих мікроабсцесів пульпи. На межі гангренозного розпаду коронкової та кореневої пульпи визначається демаркаційний вал із грануляційної тканини, нижче якої пульпа знаходиться в стані фіброзного хронічного запалення, Одонтобласти дистрофічно змінені, клітинний склад кореневої пульпи бідний, визначаються дистрофічні зміни колагенових волокон.

Диференційну діагностику необхідно проводити:

- із пізньою формою хронічного простого пульпіту (див. вище);
- із хронічним періодонтитом.

При хронічному періодонтиті:

- скарг може не бути зовсім, а можуть бути такі, як при гангренозному пульпіті;
- зуб зовсім не реагує на температурні подразники, на зондування та препарування каріозної порожнини;
- при огляді перехідної складки можна виявити норицю, рубець від нориці або застійну гіперемію;
- зондування кореневого каналу не болюче (якщо грануляції не вросли із періодонту в канал);
- завжди наявні рентгенологічні зміни у періодонті;
- показники ЕОД - більше 100 мкА.

- при транслюмінаційній діагностиці визначається затемнення всієї коронки (ефект «чорної діри»). За даними М.І. Грошикова (1983), в 1/3 хворих із хронічним фіброзним пульпітом і в 2/3 хворих при хронічному гангренозному пульпіті наявні відхилення від нормальної будови періодонту. На верхній щелепі ці зміни виявляються удвічі частіше, ніж на нижній (крім молярів), бо їх канали ширші.

**Некроз** (омертвіння пульпи) виникає в результаті дії різних факторів:

1. хімічного
2. термічного
3. механічного

Якщо некроз пульпи розвивається без участі мікроорганізмів, він вважається асептичним.

**Хімічні речовини**, що викликають некроз, в більшості випадків проникають в пульпу в результаті неправильного використання сильнодіючих медикаментів при лікуванні карієсу чи пульпіту консервативним методом. До некрозу пульпи призводять і неправильне використання пломбувальних матеріалів, і довготривале протравлювання емалі та дентину кислотою при використанні композитів. Початок некрозу відразу не спостерігається і лише через кілька місяців або років увагу хворого чи лікаря привертає зуб, що змінюється в кольорі, чи патологічні порушення, пов'язані з хронічним запаленням періодонту та періосту.

**Термічні ураження** пульпи виникають під час тривалого препарування як каріозних порожнин, так і

зубів під незнімні протези. Підвищення температури під час препарування на 50С призводить до вакуолізації шару одонтобластів, появи ділянок некрозу, а відтак – до повного некрозу пульпи.

**Механічні агенти**, що зумовлюють некроз пульпи, можуть бути різного характеру.

- Гостра травма, що виникає в результаті удару чи сильного накушування чужорідного тіла призводить до розриву судинно-нервового пучка, що проходить через верхівкові отвори в пульпу. Наслідком цього є омертвіння пульпи. Як правило, такий стан характеризується больовою реакцією в момент та після травми, що і допомагає лікарю правильно поставити діагноз.

- Хронічна травма проявляється певними суб'єктивними відчуттями. Суть її в тому, що незначні за силою, суб'єктивно не відчутні механічні пошкодження, діючи повторно, травмують періодонт. Швидке чергування і повторення цих пошкоджень призводять до значного зниження амортизуючої можливості періодонту. В результаті порушується кровопостачання і настає некроз. Лише через тривалий час розвивається періодонтит, утворення нориці або кісти.

Загальним для некрозу пульпи є асептичний характер процесу. Загибель пульпи відбувається в закритій пульповій камері без участі бактерій. Ця обставина значною мірою сприяє безсимптомному протіканню процесу. В дійсності, у всіх випадках некрозу, виникає хронічний періодонтит, нерідко з утворенням гранульом та кіст. Але ці явища можна спостерігати через декілька місяців або років.

В ряді випадків до первинно розпочатого асептичного некрозу приєднується вторинна інфекція. Так виникає розпад пульпи- гангрена

**Атрофія пульпи** протікає безболісно і спостерігається в осіб похилого віку, особливо при патологічному стиранні зубів. Порожнина зуба заповнюється вторинним дентином, що стискає пульпу. В ній погіршуються трофічні процеси, що і призводить до зменшення об'єму пульпи. Пульпа в таких зубах значно зменшена в розмірах, безкровна, матова, відстає від дентину, до того ж між пульпою та стінками пульпової камери утворюється проміжок, заповнений прозорою рідиною.

Під мікроскопом спостерігається зменшення кількості та розміру клітинних елементів, що є наслідком їх переродження та атрофії. Сполучна тканина пульпи з часом перетворюється на волокнисту фіброзну тканину. Стінки кровоносних судин потовщені.

Головною причиною атрофії пульпи є погіршення трофіки тканини пульпи, це, здебільшого, старече явище, яке зумовлене змінами в кровоносних судинах та зменшенням надходження поживних речовин. Для виникнення атрофії в молодих людей необхідний ряд умов: ретенція зуба, ураження щелепних кісток, ураження періодонту, відсутність зуба-антагоніста, перевантаження зуба при жуванні, загальні захворювання організму, трофоневротичні розлади.

**Конкрементозний пульпіт** пов'язаний з утворенням у пульпі замісного дентину, дентиклів, петрифікатів. Трапляється він частіше в здорових людей після 30 років.

Суб'єктивні дані:

- скарги на нестерпний біль, подібний до болю при невралгії трійчастого нерва;
- самовільний біль;
- інтенсивність і протяжність больових нападів наростає роками, поступово;
- повторення нападів частіше виникає весною і восени;
- біль не локалізований, іррадіює, часто хворий не пов'язує його виникнення із зубами;
- при інтенсивному нападі можлива гіперемія шкіри обличчя, слизової оболонки порожнини рота;
- при доторкуванні до шкіри виникає біль;
- можуть з'являтися неврологічні ознаки: посмикування м'язів щоки, слезотеча, почервоніння щоки;
- біль часто виникає при струшуванні тіла, при різкому переміщенні (підйом на літаку, у ліфті і т.п.), а також вночі;
- відчувається важкість у зубі, неприємні відчуття після жування;
- часом біль зовсім відсутній, а дентиклі виявляються випадково при рентгенологічному обстеженні.

Об'єктивно:

- зуб частіше інтактний, патологічно стертий;
- зуб може бути лікований із приводу карієсу;
- можлива незначна болюча реакція на перкусію при порівняльній перкусії;
- кінцевий діагноз підтверджується даними рентгенологічного дослідження, яке виявляє наявність дентикля;
- показники ЕОД у нормі або дещо знижені

При патанатомічному дослідженні в тканині пульпи виявляються дентиклі і петрифікати. Їх локалізація, кількість та величина різноманітні. Тканини пульпи знаходяться в стані різного ступеня вира-

женості дистрофічних змін. Спостерігаються вакуолізації одонтобластів, сітчаста дистрофія пульпи, гіаліноз і вогнища петрифікації з явищами хронічного запалення.

Диференційна діагностика проводиться із невралгією трійчастого нерва, без додаткових досліджень вона утруднена. Найчастіше встановити діагноз можна за допомогою рентгенограми: при конкрементозному пульпіті в пульповій камері або в кореновому каналі виявляються дентиклі. Можна ще спробувати різко опустити стоматологічне крісло з пацієнтом. Якщо дентикль вільнолежачий, то від струсу виникає його переміщення і провокується напад болю (Новик І.Й.). Проте є деякі ознаки, за якими можна диференціювати хронічний конкрементозний пульпіт від невралгії трійчастого нерва, а саме:

- при пульпіті біль частіше виникає вночі і він більш тривалий, ніж при невралгії;
- у порівнянні із невралгією біль більш інтенсивний, а частота нападів наростає повільно і поступово (впродовж місяців і років);
- під час нападів при пульпіті відсутні ознаки подразнення вегетативної нервової системи, які іноді властиві невралгії ;
- зуб з конкрементом може бути курковою зоною, а його перкусія може провокувати виникнення нападоподібного болю;
- напад болю при невралгії знімається анальгетиками;
- при невралгії знеболюючий ефект має сухе тепло.

Необхідно диференціювати хронічний конкрементозний пульпіт з *ретроградним пульпітом*, при якому зуб також може бути інтактним.

Спільні ознаки хронічного конкрементозного пульпіту з ретроградним пульпітом:

- самовільний нападоподібний біль;
- болісна перкусія;
- біль виникає в інтактному зубі;

Відмінності:

- при ретроградному пульпіті наявна пародонтальна кишеня або інша причина;
- на рентгенограмі при хронічному конкрементозному пульпіті визначаються дентиклі.

### ***Хронічний кореневий пульпіт***

При локалізації каріозної порожнини біля шийки зуба чи на корені може запалюватись коренева пульпа, а запалення коронкової пульпи буде вторинним. Ця форма пульпіту виникає і після лікування пульпіту під анестезією (односеансний метод) . В цьому випадку пульпу видаляють тільки з макроканалу, а в дельтовидних відгалуженнях вона залишається живою. Коренева пломба, контактуючи з нею, призводить до виникнення болю; спостерігається повільна загибель і розпад пульпи.

Хворі з такою формою пульпіту скаржаться на самовільний, приступоподібний біль, що посилюється від термічних подразників, особливо, з температурою вище 37 °С. Важливим симптомом при корневих пульпітах є ірадіація болю. Хворі не завжди можуть вказати причинний зуб, і лікарю іноді важко поставити правильний діагноз, особливо, якщо каріозна порожнина розташована на апроксимальній поверхні, під яснами, зуб вкритий коронкою чи запломбований. В таких випадках необхідно визначити зону ірадіації.

При пульпіті верхніх зубів основною зоною ірадіації є друга гілка трійчастого нерву. Біль віддає у скроневу, надбрівну ділянки, іноді у вилицю.

При пульпіті нижніх зубів зони ірадіації (скроні і біля вуха) зливаються. Крім того, відмічається віддача в підщелепну ділянку. Ірадіація болю у вухо та підщелепну ділянку є патогномонічним симптомом для кореневого пульпіту нижніх зубів.

При об'єктивному обстеженні, якщо каріозна порожнина знаходиться в пришийковій ділянці чи на корені, при зондуванні легко перфорується тонкий шар дентину, і хворий після миттєвого болю, відчуває полегшення, а в каріозну порожнину виділяється крапля гнійного ексудату.

В більшості випадків глибока каріозна порожнина сполучена з порожниною зуба; зондування болісне тільки глибоко в кореновому каналі, термодіагностика болюча, перкусія чутлива або болюча. Електроодонтодіагностика 60-90 мкА. На рентгенограмі відмічається: каріозна порожнина чи пломба, запломбований чи незапломбований кореневий канал, розширення періодонтальної щілини біля верхівки кореня.

***Загострення хронічного пульпіту.*** Серед хворих із хронічним пульпітом загострення, за даними Є.В.Ковальова і співавт. (1998), спостерігаються у 27% випадків.

Кожна форма хронічного пульпіту може загострюватись. Найбільш схильний до загострення хронічний фіброзний пульпіт, який перебігає при закритій порожнині зуба, рідше загострюється гангренозний пульпіт.

Суб'єктивно:

- скарги на самовільний, приступоподібний біль у ділянці конкретного зуба або відповідної щелепи;
- напади болю тривають декілька годин, світлі проміжки короткі;
- подразники посилюють біль;
- біль посилюється в ночі;
- можливі ірадіація болю і незначний біль при накушуванні. Отже, клініка цього пульпіту відповідає клініці гострого обмеженого або дифузного пульпіту, що може призвести до неправильного вибору методу лікування. На відміну від них при загостреному пульпіті з анамнезу встановлюється:
- загострення подібного характеру були і в минулому, але вони самовільно зникали, біль виникав лише від подразників;
- загострення провокують переохолодження, застуда.

Об'єктивно:

- як правило, каріозна порожнина глибока, пульпова камера відкрита;
- зондування пульпи болюче, а якщо входу до порожнини зуба немає, то вона відділена від каріозної порожнини дуже тонким прошарком, тоді зондування болюче по всьому дну;
- реакція на перкусію значна;
- слизова оболонка біля хворого зуба гіперемована, із ціанотичним відтінком;
- поріг збудливості при ЕОД дорівнює 80-90 мкА;
- рентгенологічно здебільшого виявляються зміни у вигляді розширення періодонтальної щілини або вогнище деструкції кісткової тканини альвеоли біля верхівки коренів зуба з нечіткими контурами (це відповідає хронічному фіброзному або хронічному гранулюючому періодонтиту).

Патологоанатомічна картина загостреного хронічного пульпіту визначається тією формою, яка передувала його розвитку. На фоні хронічного запалення в тканині пульпи виявляються крововиливи, вогнища лейкоцитарної інфільтрації та гнійного розплавлення, прогресують деструктивні зміни тканинних елементів пульпи. Часто гнійний процес руйнує сполучнотканинний бар'єр, який обмежує життєздатну пульпу від зони некрозу, у результаті чого гнійно-некротичний процес поширюється на кореневу пульпу з розвитком перифокальної реакції в періодонті.

#### **Інтерн повинен знати:**

1. Скарги хворого з хронічними формами пульпіту.
2. Клінічні ознаки з хронічними формами пульпіту:
3. Патоморфологію хронічного фіброзного пульпіту.

#### **Інтерн повинен вміти:**

1. Аналізувати скарги хворого з хронічними формами пульпіту.
2. Призначати додаткові методи обстеження хворого з хронічними формами пульпіту.
3. Діагностувати хронічні форми пульпіту, враховуючи результати основних та додаткових методів обстеження.
4. Проводити диференційну діагностику хронічних форм пульпіту із захворюваннями, що мають подібний перебіг.

#### **Завдання для самоконтролю знань-умінь:**

1. Вкажіть результати ЕОД при хронічному пульпіті з відкритою порожниною зуба.
  - а) 30-40 мкА
  - б) 90 мкА
  - в) більше 100 мкА
  - г) 50-60 мкА
  - д) 10-12 мкА
2. Вкажіть скарги хворого з хронічним простим пульпітом, що протікає з закритою порожниною зуба.
  - а) біль виникає переважно від температурних подразників
  - б) біль виникає переважно від механічних подразників
  - в) біль ірадіює за ходом гілок трійчастого нерва

г) біль має ниючий характер, повільно зникає

д) біль локальний

### **Ситуаційна задача**

Пацієнт скаржиться на наявність порожнини в 46 зубі. Раніше в цьому зубі виникав ниючий мимовільний біль. Об'єктивно: на дистально-жувальній поверхні 46 зуба є глибока каріозна порожнина, виповнена розм'якшеним пігментованим дентином. Під час зондування виявлена перфорація в одній точці. Перкусія 46 зуба безболісна, на холодний подразник – короткочасний біль 10-20 хв. Який найбільш імовірний діагноз захворювання? Якими будуть результати ЕОД та рентгенографії?

### **Еталони відповідей:**

1. г) 50-60 мкА

2. Вкажіть скарги хворого з хронічним простим пульпітом, що протікає з закритою порожниною зуба.

а) біль виникає переважно від температурних подразників

г) біль має ниючий характер, повільно зникає

д) біль локальний