

ПУЛЬПИТ



КЛАССИФИКАЦИЯ С УЧЕТОМ КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ:

- ОСТРЫЙ ПУЛЬПИТ: ОЧАГОВЫЙ, ДИФФУЗНЫЙ.
- ХРОНИЧЕСКИЙ ПУЛЬПИТ: ФИБРОЗНЫЙ, ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ (ПРОЛИФЕРАТИВНЫЙ), ГАНГРЕНОЗНЫЙ
- ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА

КЛАССИФИКАЦИЯ ВОЗ 10-ГО ПЕРЕСМОТРА:

К04.0 ПУЛЬПИТ

К04.00 НАЧАЛЬНЫЙ (ГИПЕРЕМИЯ)

К04.01 ОСТРЫЙ

К04.02 ГНОЙНЫЙ (ПУЛЬПАРНЫЙ АБСЦЕСС)

К04.03 ХРОНИЧЕСКИЙ

К04.04 ХРОНИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ

К04.05 ХРОНИЧЕСКИЙ

ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ

(ПУЛЬПАРНЫЙ ПОЛИП)

К04.08 ДРУГОЙ УТОЧНЕННЫЙ ПУЛЬПИТ

К04.09 ПУЛЬПИТ НЕУТОЧНЕННЫЙ

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ПУТЬ
ПОСТУПЛЕНИЯ ПОВРЕЖДАЮЩИХ
ФАКТОРОВ В ПУЛЬПУ ЗУБА -
НИСХОДЯЩИЙ ИЛИ
ОДОНТОГЕННЫЙ, И, В ПЕРВУЮ
ОЧЕРЕДЬ, **ВСЛЕДСТВИЕ**
ПРОГРЕССИРОВАНИЯ
КАРИОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ

ОДНО ИЗ ГЛАВНЫХ МЕСТ В РАЗВИТИИ ПУЛЬПИТА ЗАНИМАЕТ СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ КАК ТКАНЕЙ ПУЛЬПЫ, ТАК И ОРГАНИЗМА В ЦЕЛОМ. ВОЗМОЖНЫМ УСЛОВИЕМ РАЗВИТИЯ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ МЕДЛЕННОТЕКУЩИЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС В КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ: ЗА ВРЕМЯ ЕГО ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПОСТОЯННО, МАЛЫМИ ДОЗАМИ, ПОСТУПАЕТ ИНФОРМАЦИЯ ОБ АНТИГЕНАХ → ФОРМИРОВАНИЕ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ТКАНЕЙ ПУЛЬПЫ → СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ ПОСЛЕДУЮЩЕГО ГИПЕРЕРГИЧЕСКОГО ОТВЕТА

ПРИЧИНЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ РАЗВИТИЕ ПУЛЬПИТА:



1) **ИНФЕКЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ** (СТРЕПТОКОКК, ЛАКТОБАКТЕРИЯ, РЕЖЕ СТАФИЛОКОКК, НЕКОТОРЫЕ ИССЛЕДОВАТЕЛИ УКАЗЫВАЮТ НА РОЛЬ ВИРУСОВ);

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ПУЛЬПЕ ВОЗНИКАЕТ

- В ОТВЕТ НА РАЗДРАЖИТЕЛИ, ПОСТУПАЮЩИЕ ИЗ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ
- ПРИ ВОСХОДЯЩИЕМ ПУТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ, КОГДА ФАКТОРЫ АЛЬТЕРАЦИИ ПРОНИКАЮТ В ПУЛЬПУ ГЕМАТОГЕННО ИЛИ (ЛИМФОГЕННО)
- В СЛЕДСТВИЕ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ В КРОВИ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ, КОТОРЫЕ МОГУТ ОСЕДАТЬ В МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОМ РУСЛЕ ПУЛЬПЫ ЗУБА

2) ХИМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

- ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ТКАНИ ПУЛЬПЫ КИСЛОТ, В ТОМ ЧИСЛЕ И ЯТРОГЕННОЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ПРИ ПРОТРАВЛИВАНИИ СФОРМИРОВАННОЙ ПОЛОСТИ КИСЛОТОСОДЕРЖАЩИМИ РАСТВОРАМИ И ПРИ НЕПРАВИЛЬНОЙ ПОСТАНОВКЕ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ;
- ВЛИЯНИЯ ТОКСИЧЕСКИХ АГЕНТОВ (ФОСФОРНАЯ КИСЛОТА НЕОРГАНИЧЕСКИХ ЦЕМЕНТОВ, КОМПОНЕНТОВ СТЕКЛОИНОМЕРНЫХ ЦЕМЕНТОВ, КОМПОМЕРОВ, КОМПОЗИТОВ И ДР.)

3) ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

- ТРАВМА

- 1) ОТЛОМ ЧАСТИ КОРОНКИ СО ВСКРЫТИЕМ ПОЛОСТИ ЗУБА, ПЕРПЕЛОМ КОРНЕВОЙ И КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА;
- 2) ВСКРЫТИЕ ПОЛОСТИ ЗУБА ПРИ ПРЕПАРИРОВАНИИ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ;
- 3) ВЫВИХ;
- 4) ВКОЛАЧИВАНИЕ ЗУБА

- ВОЗДЕЙСТВИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСТВА И РАДИАЦИИ,
- ТЕРМИЧЕСКИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ И ЯТРОГЕННЫЕ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ НЕСОБЛЮДЕНИИ РЕЖИМОВ ПРЕПАРИРОВАНИЯ (НА ВЫСОКИХ СКОРОСТЯХ, БЕЗ ВОДЯНОГО ОХЛАЖДЕНИЯ)
- ВИБРАЦИИ (ПРЕПАРИРОВАНИЕ ТУПЫМ БОРОМ)



ХАРАКТЕРИСТИКА ПУЛЬПИТОВ

1. ОСТРЫЕ ФОРМЫ ПУЛЬПИТА

ОСТРЫЕ ФОРМЫ ПУЛЬПИТА
НАБЛЮДАЮТСЯ РЕЖЕ ХРОНИЧЕСКИХ.
ОСТРЫЕ ФОРМЫ ПУЛЬПИТА ВОЗНИКАЮТ
ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ДЕТСКОМ И
ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

ПАТО- И МОРФОГЕНЕЗЕ ОСТРОГО ПУЛЬПИТА:

- 1) ПУСКОВЫМ МОМЕНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ ЛОКАЛЬНЫЙ ВЫБРОС ВАЗОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ТКАНЬ ПУЛЬПЫ ФАКТОРОВ АЛЬТЕРАЦИИ, В ЧАСТНОСТИ, ВИРУЛЕНТНОЙ МИКРОФЛОРЫ;
- 2) ВОЗНИКАЕТ ПЕРВИЧНЫЙ ЭФФЕКТ - ХАРАКТЕРНЫЕ ЛОКАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ, КОТОРЫЕ СКЛАДЫВАЮТСЯ ИЗ ОТЕКА, КРОВОИЗЛИЯНИЙ, УГНЕТЕНИЯ ФИБРИНОЛИТИЧЕСКОЙ И ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ;
- 3) НА ЭТОМ ФОНЕ ПРОИСХОДИТ ВНЕДРЕНИЕ В ТКАНЬ ПУЛЬПЫ ИНФЕКЦИОННЫХ АГЕНТОВ;
- 4) ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО ВКЛЮЧАЮТСЯ КАСКАДНЫЕ МЕХАНИЗМЫ МЕДИАЦИИ ВОСПАЛЕНИЯ (АКТИВАЦИЯ КАЛЛИКРЕИН-КИНИНОВОЙ СИСТЕМЫ, КОМПЛЕМЕНТА И СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ, ВЫБРОС БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ИЗ ТРОМБОЦИТОВ, БАЗОФИЛОВ И ТУЧНЫХ КЛЕТОК);

5) В МЕСТЕ АФФЕКТА В КАПИЛЛЯРАХ ВОЗНИКАЕТ КРАЕВОЕ СТОЯНИЕ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ;

6) НАРАСТАЕТ И РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ОТЕК ТКАНИ ПУЛЬПЫ, ПОЛНОКРОВИЕ

ПРИНИМАЕТ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ХАРАКТЕР, ОТКРЫВАЮТСЯ АРТЕРИОВЕНОЗНЫЕ

АНАСТОМОЗЫ, ВОЗНИКАЕТ СЕРОЗНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ;

7) НАРАСТАЮТ ПРОЦЕССЫ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ВОЗНИКАЮТ ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

ОДОНТОБЛАСТОВ. В КЛЕТКАХ СНИЖАЕТСЯ АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ АЭРОБНОГО ОКИСЛЕНИЯ И УСИЛИВАЕТСЯ

ГЛИКОЛИЗ, ВОЗНИКАЕТ АЦИДОЗ ТКАНИ;

8) ВОЗНИКАЕТ БОЛЬ. В ГЕНЕЗЕ ЭТОГО СИМПТОМА ВЕДУЩУЮ

РОЛЬ ИГРАЕТ РЕАГИРОВАНИЕ НЕРВНЫХ ОКОНЧАНИЙ НА ИХ РАЗДРАЖЕНИЕ КИСЛЫМИ ПРОДУКТАМИ МЕТАБОЛИЗМА И ИХ

СДАВЛЕНИЕ ЗА СЧЕТ ПОВЫШЕННОГО ГИДРОСТАТИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ В ПОЛОСТИ ЗУБА. ВНАЧАЛЕ БОЛЬ НОСИТ

ПУЛЬСИРУЮЩИЙ ХАРАКТЕР, А ЗАТЕМ СТАНОВИТСЯ ПОСТОЯННОЙ. ТАКАЯ КЛИНИКА ТЕСНО СВЯЗАНА С

ПОСТЕПЕННЫМ ЗАМЕДЛЕНИЕМ КРОВОТОКА В МИКРОСОСУДАХ;

9) В МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОМ РУСЛЕ ВО ВСЕХ ЕГО ОТДЕЛАХ ОБРАЗУЕТСЯ

СЛАДЖ И СТАЗ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ, ФОРМИРУЮТСЯ МИКРОТРОМБЫ;

10) К ЭТОМУ МОМЕНТУ В ЗОНЕ АФФЕКТА НАЧИНАЕТСЯ МИГРАЦИЯ НЕЙТРОФИЛОВ В ТКАНЬ С ИХ ЧАСТИЧНЫМ РАСПАДОМ - ВОЗНИКАЕТ ОЧАГОВОЕ ГНОЙНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПУЛЬПЫ (МИКРОАБСЦЕСС);

11) ДАЛЕЕ К ДИСТРОФИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ ТКАНИ ПУЛЬПЫ ПРИСОЕДИНЯЮТСЯ НЕКРОБИОТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ, РАЗВИТИЕ КОТОРЫХ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СВЯЗАНО С НАРУШЕНИЯМИ ГЕМОДИНАМИКИ. ВОЗНИКАЕТ ВТОРИЧНАЯ АЛЬТЕРАЦИЯ ТКАНЕЙ;

12) ЗАКАНЧИВАЕТСЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ВЫХОДОМ НЕЙТРОФИЛОВ

ВО ВСЕ ОТДЕЛЫ ПУЛЬПЫ ЗУБА (ЛЕЙКОЦИТАРНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ);

13) ПОВЫШЕННАЯ АКТИВНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ И НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ПРОЦЕССОВ ЭЛИМИНАЦИИ ЗАВЕРШАЕТСЯ ГИБЕЛЬЮ ГРАНУЛОЦИТОВ И ГНОЙНЫМ РАСПЛАВЛЕНИЕМ ТКАНИ (ФЛЕГМОНА);

14) ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, ИДУЩИЙ С РАННИМИ И ЗНАЧИТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ГЕМОДИНАМИКИ МОЖЕТ БЫСТРО ПРИВЕСТИ К НЕКРОЗУ ПУЛЬПЫ

И ВЫХОДУ ЭТИХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ПЕРВЫЙ ПЛАН (ГАНГРЕНА);

15) ЧАСТО ВОЗНИКАЮЩИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОЧЕТАЮТСЯ, ЧТО

ДАЕТ КАРТИНУ СМЕШАННОГО ЭКССУДАТИВНОГО ВОСПАЛЕНИЯ (СЕРОЗНО-ГНОЙНОГО, ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО).

**ПУЛЬПИТ НАЧАЛЬНЫЙ
(ГИПЕРЕМИЯ). К04.00**

ЖАЛОБЫ :

НА БЫСТРОПРОХОДЯЩИЕ БОЛИ ОТ МЕХАНИЧЕСКИХ, ТЕМПЕРАТУРНЫХ И ХИМИЧЕСКИХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, ВОЗНИКШИЕ 2-3 ДНЯ НАЗАД.
НЕТ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ БОЛЕЙ, НО ЕСТЬ «ОЩУЩЕНИЕ ЗУБА».

КЛИНИКА

ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПРИ ОСТРОМ ПУЛЬПИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ **БОЛЬ**. СЕРОЗНО-ГНОЙНАЯ СТАДИЯ ВОСПАЛЕНИЯ ПУЛЬПЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРИСТУПАМИ ИНТЕНСИВНЫХ, САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ БОЛЕЙ. БОЛЬ ЛОКАЛИЗОВАННАЯ (Т.Е. БОЛЬНОЙ МОЖЕТ УКАЗАТЬ ПРИЧИННЫЙ ЗУБ).

В «СВЕТЛЫЕ», БЕЗБОЛЕВЫЕ ПРОМЕЖУТКИ БОЛЬ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ОТ ВСЕХ ВИДОВ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, ОСОБЕННО ОТ ТЕРМИЧЕСКИХ. ОЧЕНЬ ХАРАКТЕРНЫ ПРИСТУПЫ БОЛЕЙ В НОЧНОЕ ВРЕМЯ.

ОСМОТР:

- ГЛУБОКАЯ КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ
- ЗОНДИРОВАНИЕ ДНА РЕЗКО БОЛЕЗНЕННО В ОДНОЙ ТОЧКЕ
- ПЕРКУССИЯ БЕЗБОЛЕЗНЕННА
- РЕАКЦИЯ НА ВОЗДЕЙСТВИЕ ТЕМПЕРАТУРНЫХ (ХОЛОДОВЫХ) РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ ДЕРЖИТСЯ НЕСКОЛЬКО СЕКУНД
- ПОЛОСТЬ ЗУБА НЕ ВСКРЫТА
- РАНЕЕ ЗУБ НЕ БОЛЕЛ
- ЭОМ 20-30 МКА
- РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ НЕТ
- ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЭТОЙ СТАДИИ НЕ ПРЕВЫШАЕТ 2 СУТОК

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ОСТРЫЙ ОЧАГОВЫЙ ПУЛЬПИТ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА, ОСТРОГО ДИФФУЗНОГО, ХРОНИЧЕСКОГО ФИБРОЗНОГО ПУЛЬПИТА, ПАПИЛЛИТА.

1. ГЛУБОКИЙ КАРИЕС ХАРАКТЕРИЗУЕТ ОТСУТСТВИЕ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ БОЛЕЙ (БЕЗ ВИДИМЫХ ВНЕШНИХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ) И БЫСТРОЕ ПРЕКРАЩЕНИЕ БОЛИ ПОСЛЕ УСТРАНЕНИЯ ВНЕШНИХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ.
2. ДЛЯ ДИФФУЗНОГО ОСТРОГО ПУЛЬПИТА ХАРАКТЕРНЫ БОЛЬШАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БОЛЕВОГО ПРИСТУПА И КОРОТКИЕ ПЕРИОДЫ ИНТЕРМИССИЙ, НАЛИЧИЕ ИРРАДИ-ИРУЮЩИХ БОЛЕЙ; ВЕРОЯТНА БОЛЕВАЯ РЕАКЦИЯ СО СТОРОНЫ ПЕРИОДОНТА ПРИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРКУССИИ ЗУБА.
3. 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.
4. ПРИ ПАПИЛЛИТЕ ДЕСНЕВОЙ СОСОЧЕК ВОСПАЛЕН, ЗУБ НЕ РЕДКО ИНТАКТЕН.

ОСТРЫЙ ОЧАГОВЫЙ
ПУЛЬПИТ
(ПУЛЬПИТ ОСТРЫЙ.
К04.01)

ЖАЛОБЫ

НА ДЛИТЕЛЬНЫЕ БОЛИ ОТ МЕХАНИЧЕСКИХ, ТЕМПЕРАТУРНЫХ И ХИМИЧЕСКИХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, НОЧНЫЕ, САМОПРОИЗВОЛЬНЫЕ БОЛИ, ПЕРИОДИЧЕСКИЕ БОЛИ – ЧЕРЕДОВАНИЕ БОЛЕВЫХ И БЕЗБОЛЕВЫХ ПЕРИОДОВ. БОЛЕВЫЕ ПЕРИОДЫ (5-12 МИН) КОРОЧЕ БЕЗБОЛЕВЫХ (НЕСКОЛЬКО ЧАСОВ), Т.К. В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ВОВЛЕЧЕНА ТОЛЬКО ЧАСТЬ ПУЛЬПЫ. БОЛЬ ЛОКАЛИЗОВАННАЯ, ПАЦИЕНТ ЧЕТКО МОЖЕТ УКАЗАТЬ БОЛЬНОЙ ЗУБ.

КЛИНИКА

ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКАЯ СТАДИЯ ОСТРОГО ПУЛЬПИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ДЛИТЕЛЬНЫМИ ПРИСТУПАМИ РВУЩЕЙ, СТРЕЛЯЮЩЕЙ БОЛИ С КОРОТКИМИ «СВЕТЛЫМИ» ПРОМЕЖУТКАМИ. БОЛЬ НЕ ЛОКАЛИЗОВАНА, А ИРРАДИИРУЕТ ПО ВЕТВЯМ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА. ТАК, ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛЕНИИ ПУЛЬПЫ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БОЛЬ ИРРАДИИРУЕТ В ЗАТЫЛОК, УХО, ПОДЧЕЛЮСТНУЮ ОБЛАСТЬ, ВИСОК, ЗУБЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ПУЛЬПЫ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ - В ВИСОК, НАДБРОВНУЮ, СКУЛОВУЮ ОБЛАСТИ, В ЗУБЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. ПРИ ПУЛЬПИТЕ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ ВОЗМОЖНА ИРРАДИАЦИЯ БОЛИ НА ПРОТИВОПОЛОЖНУЮ СТОРОНУ ЧЕЛЮСТИ. ХАРАКТЕРНЫ УПОРНАЯ НОЧНАЯ БОЛЬ, А ТАКЖЕ ДЛИТЕЛЬНАЯ БОЛЬ ОТ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ.

ОСМОТР:

- ГЛУБОКАЯ КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ
- ЗОНДИРОВАНИЕ БОЛЕЗНЕННО ПО ДНУ В МЕСТЕ ПРОЕКЦИИ ПОРАЖЕННОГО УЧАСТКА ПУЛЬПЫ
- ПЕРКУССИЯ МОЖЕТ БЫТЬ СЛАБО БОЛЕЗНЕННА (СИМПТОМ НЕПОСТОЯНЕН)
- РАЗДРАЖИТЕЛИ ВЫЗЫВАЮТ ДЛИТЕЛЬНЫЙ БОЛЕВОЙ ПРИСТУП
- ЭОД НА БУГРЕ В ПРОЕКЦИИ ПОРАЖЕННОГО УЧАСТКА ПУЛЬПЫ 25-40 МКА, НА ДРУГИХ БУГРАХ – В ПРЕДЕЛАХ НОРМЫ
- РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ НЕТ.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ПРОВОДИТСЯ С ГЛУБОКИМ КАРИЕСОМ, С ОСТРЫМ
ДИФФУЗНЫМ ПУЛЬПИТОМ.

ОСТРЫЙ ДИФФУЗНЫЙ
ПУЛЬПИТ
(ПУЛЬПИТ ГНОЙНЫЙ)
(ПУЛЬПАРНЫЙ АБСЦЕСС)

K04.02

ЖАЛОБЫ

НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫЕ ИНТЕНСИВНЫЕ БОЛИ ОТ МЕХАНИЧЕСКИХ, ТЕМПЕРАТУРНЫХ И ХИМИЧЕСКИХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, НОЧНЫЕ И ДНЕВНЫЕ БОЛИ, ИРРАДИАЦИЯ БОЛЕЙ, ПЕРИОДИЧЕСКИЕ БОЛИ – ЧЕРЕДОВАНИЕ БОЛЕВЫХ И БЕЗБОЛЕВЫХ ПЕРИОДОВ. БОЛЕВЫЕ ПЕРИОДЫ (НЕСКОЛЬКО ЧАСОВ) ДЛИННЕЕ БЕЗБОЛЕВЫХ (НЕСКОЛЬКО МИНУТ), Т.Е. ДЛИТЕЛЬНЫЕ БОЛИ ЗАТУХАЮТ НА НЕСКОЛЬКО МИНУТ. ВОЗМОЖНО УСИЛЕНИЕ ПРИСТУПОВ ОТ ТЕПЛОГО И КРАТКОВРЕМЕННОЕ ПРЕКРАЩЕНИЕ ОТ ХОЛОДНОГО (ПРИЗНАК ГНОЙНОГО ВОСПАЛЕНИЯ). БОЛИ МОГУТ ИРРАДИИРОВАТЬ В ВИСОК, УХО, СОСЕДНИЕ ЗУБЫ, ЗУБЫ-АНТАГОНИСТЫ. ЗУБ МОГ БЕСПОКОИТЬ И РАНЬШЕ, НО БОЛИ БЫЛИ МЕНЕЕ ИНТЕНСИВНЫМИ И ДЛИТЕЛЬНЫМИ.

ОСМОТР:

- ГЛУБОКАЯ КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ С БОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ РАЗМЯГЧЕННОГО ДЕНТИНА, ДНО И СТЕНКИ ПОЛОСТИ РАЗМЯГЧЕННЫЕ
- ЗОНДИРОВАНИЕ БОЛЕЗНЕННО ПО ВСЕМУ ДНУ
- ПЕРКУССИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНА, НО МОЖЕТ БЫТЬ БЕЗБОЛЕЗНЕННА
- ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ПЕРИОДОНТА ЧАЩЕ ВСЕГО ОТСУТСТВУЮТ, НО ПРИ НЕСФОРМИРОВАННОЙ ВЕРХУШКЕ КОРНЯ НАБЛЮДАЮТСЯ:
 1. БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПЕРКУССИИ,
 2. ГИПЕРЕМИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПО ПЕРЕХОДНОЙ СКЛАДКЕ.
- РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПЕРИОДОНТЕ НЕТ
- ЭОД 35 МКА ПРИ ВОВЛЕЧЕНИИ КОРОНКОВОЙ ПУЛЬПЫ, 50 МА ПРИ ВОВЛЕЧЕНИИ ВСЕЙ ПУЛЬПЫ.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ОСТРЫЙ ДИФФУЗНЫЙ ПУЛЬПИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ ОТ ОСТРОГО ОЧАГОВОГО ПУЛЬПИТА, ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ, ОСТРОГО ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА И ПАПИЛЛИТА, НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА, ОСТРОГО ГАЙМОРИТА И АЛЬВЕОЛИТА.

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ДИФФУЗНОГО И ОСТРОГО ОЧАГОВОГО ПУЛЬПИТА И ПАПИЛЛИТА РАССМОТРЕНА ВЫШЕ.
2. ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАНИИ ОТ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ КАК АНАМНЕЗ, ТАК И СИМПТОМАТИКУ УКАЗАННЫХ ФОРМ ВОСПАЛЕНИЯ ПУЛЬПЫ.
3. 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.

4. 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 ИРРАДИРУЮЩАЯ БОЛЬ ПО ВЕТВЯМ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА.
5. 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.
6. ДИАГНОЗ АЛЬВЕОЛИТА СТАВЯТ НА ОСНОВАНИИ АНАМНЕЗА (УДАЛЕНИЕ ЗУБА), ОТСУТСТВИЯ КРОВЯНОГО СГУСТКА В ЛУНКЕ И НАЛИЧИЯ ПРИЗНАКОВ ВОСПАЛЕНИЯ.

II. ХРОНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПУЛЬПИТА

ХРОНИЧЕСКИЙ ПУЛЬПИТ ЯВЛЯЕТСЯ ИСХОДОМ
ОСТРОГО ПУЛЬПИТА. ОСТРЫЙ ПУЛЬПИТ
ПЕРЕХОДИТ В ХРОНИЧЕСКИЙ ЧЕРЕЗ 12 НЕДЕЛЬ.
ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПУЛЬПИТАХ
КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ КАК ПРАВИЛО
ВЫРАЖЕНЫ СЛАБЕЕ, ЧЕМ ПРИ ОСТРЫХ.

**ХРОНИЧЕСКИЙ
ФИБРИНОЗНЫЙ ПУЛЬПИТ
(ПУЛЬПИТ ХРОНИЧЕСКИЙ.
K04.03**

ЖАЛОБЫ

НА ДЛИТЕЛЬНЫЕ НОЮЩИЕ БОЛИ, ОСОБЕННО ПРИ ПЕРЕХОДЕ ИЗ ПОМЕЩЕНИЯ НА УЛИЦУ. СИЛЬНЫЕ БОЛИ НЕСКОЛЬКО НЕДЕЛЬ НАЗАД. СЕЙЧАС БОЛИ МЕНЬШЕЙ ИНТЕНСИВНОСТИ.

ОСМОТР:

- ГЛУБОКАЯ КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ С БОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ РАЗМЯГЧЕННОГО ДЕНТИНА, ПОЛОСТЬ ЗУБА НЕ ВСКРЫТА
- ЗОНДИРОВАНИЕ БОЛЕЗНЕННО
- ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ТЕМПЕРАТУРНОГО РАЗДРАЖИТЕЛЯ ВОЗНИКАЕТ ДЛИТЕЛЬНАЯ НОЮЩАЯ БОЛЬ, КОТОРАЯ ПОСТЕПЕННО ЗАТИХАЕТ
- СО СТОРОНЫ ПЕРИОДОНТА РЕАКЦИЯ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ, НО НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ВОЗМОЖНЫ ДЕСТРУКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КОСТНОЙ ТКАНИ В ОБЛАСТИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ
- ЭОД ОТ 50 МКА

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ХРОНИЧЕСКИЙ ФИБРОЗНЫЙ ПУЛЬПИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ ОТ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА, ХРОНИЧЕСКОГО ГАНГРЕНОЗНОГО ПУЛЬПИТА.

1. ПРИ ГЛУБОКОМ КАРИЕСЕ БОЛЬ ИСЧЕЗАЕТ ПОСЛЕ УСТРАНЕНИЯ РАЗДРАЖИТЕЛЯ. ИМЕЕТСЯ РАЗНИЦА В СТЕПЕНИ СНИЖЕНИЯ ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТИ ПУЛЬПЫ.
2. 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.

**ХРОНИЧЕСКИЙ
ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЙ
ПУЛЬПИТ
(ПУЛЬПАРНЫЙ) К04.05**

ЖАЛОБЫ

НА СИЛЬНЫЕ САМОПРОИЗВОЛЬНЫЕ БОЛИ В ПРОШЛОМ. СЕЙЧАС ВОЗНИКАЮТ БОЛИ ОТ ПОПАДАНИЯ ПИЩИ, ПАЦИЕНТ НЕ ЖУЕТ НА СТОРОНЕ БОЛЬНОГО ЗУБА.



ОСМОТР:

КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ ЗАПОЛНЕНА РАЗРАСТАНИЯМИ ПУЛЬПЫ. ДОТРАГИВАНИЕ ДО РАЗРАСТАНИЙ ЗОНДОМ ВЫЗЫВАЕТ БОЛЬ, КРОВОТОЧИВОСТЬ. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ВИДНЫ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ РАЗРУШЕНИЯ КОРОНКИ ЗУБА, ВОЗМОЖНЫ ДЕСТРУКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КОСТНОЙ ТКАНИ В ОБЛАСТИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ.

ПАТОГЕНЕЗ:

В ПУЛЬПЕ НАБЛЮДАЕТСЯ РАЗРАСТАНИЕ ВОЛОКНИСТЫХ СТРУКТУР, ГИАЛИНОЗ КОЛЛАГЕНОВЫХ ВОЛОКОН, СЛЕДЫ КРОВОИЗЛИЯНИЙ, ВОЗМОЖНО ПРОРАСТАНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК ИЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДЕСНЫ.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА:

ХРОНИЧЕСКИЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ПУЛЬПИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ ОТ ДЕСНЕВОГО ПОЛИПА, ЗАПОЛНЯЮЩЕГО КАРИОЗНУЮ ПОЛОСТЬ, С РАЗРАСТАНИЕМ ГРАНУЛЯЦИЙ ИЗ ПЕРИОДОНТА ЧЕРЕЗ ПЕРФОРАЦИЮ В ОБЛАСТИ БИФУРКАЦИИ КОРНЕЙ.

ПРИ ДЕСНЕВОМ ПОЛИПЕ ОБРАЗОВАНИЕ БЛЕДНО-РОЗОВОГО ЦВЕТА, ПЛОТНОЕ, ЗОНДОМ ВОКРУГ ШЕЙКИ ЗУБА ПРОЙТИ НЕ УДАЕТСЯ. РАЗРАСТАНИЕ ГРАНУЛЯЦИЙ ИЗ ПЕРИОДОНТА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК РАЗРУШЕНИЕ ДЕНТИНА И КОРНЕЙ В ОБЛАСТИ БИФУРКАЦИИ.

**ПУЛЬПИТ ХРОНИЧЕСКИЙ
ЯЗВЕННЫЙ
(ГАНГРЕНОЗНЫЙ)
K04.04**

ЖАЛОБЫ

НА НОЮЩИЕ БОЛИ ОТ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ,
САМОПРОИЗВОЛЬНЫЕ НОЮЩИЕ БОЛИ, В
ПРОШЛОМ – БОЛЕЕ ИНТЕНСИВНЫЕ НОЮЩИЕ
БОЛИ ОТ ВСЕХ ВИДОВ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ.

ОСМОТР:

- ГЛУБОКАЯ КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ С БОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ РАЗМЯГЧЕННОГО ДЕНТИНА
- ЗОНДИРОВАНИЕ БОЛЕЗНЕННО НА РАЗНЫХ УРОВНЯХ КАНАЛА (ЗАВИСИТ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПРОЦЕССА, ХАРАКТЕРА ИЗМЕНЕНИЙ В ПУЛЬПЕ)
- ВОЗМОЖНЫ ДЕСТРУКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕРИОДОНТЕ.

ПАТОГЕНЕЗ

В ПУЛЬПЕ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ОЧАГИ РАСПАДА ТКАНЕЙ, ОТДЕЛЕННЫЕ ОТ ПОДЛЕЖАЩЕЙ ВОСПАЛЕННОЙ ПУЛЬПЫ ДЕМАРКАЦИОННЫМ ВАЛОМ ИЗ ГРАНУЛЯЦИОННОЙ ТКАНИ.

ОБРАЗОВАНИЮ УЧАСТКОВ НЕКРОЗА ПРЕДШЕСТВУЕТ ФОРМИРОВАНИЕ МИКРОАБСЦЕССОВ ПУЛЬПЫ И ЗОН ЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ В ПОДЛЕЖАЩЕМ СЛОЕ.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА:

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАНГРЕНОЗНЫЙ ПУЛЬПИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ФИБРОЗНОГО ПУЛЬПИТА И ХРОНИЧЕСКОГО ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА.

1. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ НЕ ВСЕГДА ОБНАРУЖИВАЕТСЯ СООБЩЕНИЕ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ С ПОЛОСТЬЮ ЗУБА; РЕАКЦИЯ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ОТСУТСТВУЕТ. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАНГРЕНОЗНОМ ПУЛЬПИТЕ ВОЗМОЖНА БОЛЕВАЯ РЕАКЦИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ И БОЛЬ ПРИ НАКУСЫВАНИИ НА ЗУБ. ОБЩЕЕ: НОЮЩАЯ БОЛЬ ОТ РАЗЛИЧНЫХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ, СНИЖЕНИЕ ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТИ ПУЛЬПЫ.
2. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА ХАРАКТЕРНО ОТСУТСТВИЕ БОЛЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ ВНЕШНИХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, ЗОНДИРОВАНИЕ КОРОНКОВОЙ ПОЛОСТИ И КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ БЕЗБОЛЕЗНЕННО, ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТЬ ОКОЛО 100 МКА. ОБЩЕЕ: КАРИОЗНАЯ ПОЛОСТЬ СООБЩАЕТСЯ С КОРОНКОВОЙ, ИЗМЕНЕН ЦВЕТ ЗУБА, РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ РАЗРЕЖЕНИЕ КОСТНОЙ СТРУКТУРЫ У ВЕРХУШЕК КОРНЕЙ ПОРАЖЕННЫХ ЗУБОВ.

**ОБОСТРЕНИЕ
ХРОНИЧЕСКОГО
ПУЛЬПИТА**

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПУЛЬПИТА СЛЕДУЕТ ОТЛИЧАТЬ ОТ ОСТРОГО ДИФФУЗНОГО ПУЛЬПИТА, А ТАКЖЕ ОСТРОГО И ОБОСТРИВШЕГОСЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА.

1. ДЛЯ ОСТРОГО И ОБОСТРИВШЕГОСЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ХАРАКТЕРНЫ НАЛИЧИЕ ОТЕКА И ГИПЕРЕМИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДЕСНЫ У БОЛЬНОГО ЗУБА, ОТСУТСТВИЕ РЕАКЦИИ НА ТЕМПЕРАТУРНЫЕ РАЗДРАЖИТЕЛИ, ПОЯВЛЕНИЕ ОЩУЩЕНИЯ «ВЫРОСШЕГО» ЗУБА.
2. ПРИ ОСТРОМ ДИФФУЗНОМ И ХРОНИЧЕСКОМ ОБОСТРИВШЕМСЯ ПУЛЬПИТЕ БОЛЬ ПРИ НАКУСЫВАНИИ МОЖЕТ ОТСУТСТВОВАТЬ, НЕТ ОЩУЩЕНИЯ «ВЫРОСШЕГО» ЗУБА, ОТСУТСТВУЕТ БОЛЕЗНЕННОСТЬ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ. ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТЬ ПУЛЬПЫ МЕНЕЕ 100 МКА. ОБЩЕЕ: НАЛИЧИЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОЙ БОЛИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ИРРАДИАЦИЕЙ, ВОЗМОЖНО ВОЗНИКНОВЕНИЕ БОЛИ ПРИ НАКУСЫВАНИИ, БОЛЕЗНЕННАЯ ПЕРКУССИЯ (В ВЕРТИКАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ), СНИЖЕНА ЭЛЕКТРОВОЗБУДИМОСТЬ ПУЛЬПЫ.