

3. Севбитов А.В. Сравнительный анализ лабораторных и клинический итогов лечения очаговой деминерализации эмали в стадии дефекта методом инфильтрации в сочетании с классической реставрацией / А.В.Севбитов, А.А.Шакарьянц, А.С.Браго, М.Ю.Кузнецова // Наука молодых - Eruditio Juvenium. – 2016.– № 4.– С. 47-51.
4. Фатталь Р.К. Оценка эффективности инфильтрации начального кариеса материалом "ICON" (DMG, Германия) (клинико-лабораторное исследование) / Р.К. Фатталь, М.Г. Аммаев, С.В.Мелехов // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014.– № 2. – С. 188-193.
5. ICONDMGInstructionsforuse [Электронный ресурс]. // Hamburg. – 2014. – URL: https://www.dmg-america.com/fileadmin/DMG_America/IFU/Icon-IFU-pict_kl.pdf (дата обращения: 20.01.2019)
6. Paris S. Resin infiltration of proximal caries lesions differing in ICDAS codes / Paris S., Bitter K., Naumann M., Dorfer C. E. // Eur J Oral Sci. – 2011. – № 119 (2). – С. 182-186.

УДК 616.31-089:616-07(07)

**Мурадова Д.Ф., Матасова А.А., Костина И.Н.
ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПУЛЬПИТА
ЗУБА ПРИ АТИПИЧНОМ ТЕЧЕНИИ**

Кафедра хирургической стоматологии, оториноларингологии и
челюстно-лицевой хирургии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Muradova D.F., Matasova A.A., Kostina I.N.
DIFFICULTIES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PULPITIS OF THE
TOOTH IN CASE OF ATYPICAL COURSE OF**

Department of surgical dentistry, otorhinolaryngology and maxillofacial surgery
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: d-muradova07@yandex.ru,

Аннотация. В статье рассмотрены результаты ретроспективного исследования пациентов с типичным и атипичным течением пульпита зуба. Неправильно поставленный первичный диагноз при атипичном пульпите составил 48,0% при первичном обращении пациентов к врачу-стоматологу. Чаще атипичное течение пульпита диагностировано у женщин среднего и пожилого возраста при поражении верхних зубов.

Annotation. The article describes the results of a retrospective study of patients with typical and atypical course of tooth pulpitis. Incorrect primary diagnosis of atypical

pulpitis was 48.0% in the initial treatment of patients to the dentist. More often, the atypical course of pulpitis is diagnosed in middle-aged and elderly women with lesions of the upper teeth.

Ключевые слова: пульпит, атипичное течение.

Key words: pulpitis, atypical flow.

Введение

Для России характерна высокая распространенность стоматологических заболеваний. Медико-социальную проблему представляют кариес, пульпит, периодонтит зубов. Ежегодно в России регистрируется свыше 200 млн. обращений к стоматологу по поводу лечения пульпита зуба [1, 2].

В Стоматологической поликлинике УГМУ на терапевтический прием в течение года обращается в среднем более 40 000 человек, при этом лечение кариеса составляет более 15 000 зубов, осложненного кариеса – более 5 000 зубов.

К осложненной форме кариеса зуба относится пульпит. Развитие пульпита связано с распространением бактериальной инфекции из кариозной полости. Основным клиническим симптомом острого пульпита – сильная зубная боль, иррадиирующая по ходу ветвей тройничного нерва, усиливающаяся при приеме пищи и ночью [2]. Прием анальгетиков только притупляет болевые ощущения на короткий промежуток времени. В некоторых случаях как пациенту, так и врачу-стоматологу трудно определить «причинный» зуб, особенно в случае наличия небольшой кариозной полости на контактной (апроксимальной) поверхности коронковой части зуба.

На стоматологический прием часто обращаются пациенты с жалобами на наличие лицевой боли, вызванной и другими причинами: периодонтит, невралгия тройничного нерва, невропатическая лицевая боль, синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), миофасциальный болевой синдром и т.д.[3]. При этом врачу-стоматологу необходимо проводить дифференциальную диагностику лицевой боли [3].

Дифференциальная диагностика пульпита остается актуальной проблемой на стоматологическом приеме.

Цель исследования - оценить особенности диагностики пульпита у пациентов, обратившихся на хирургический стоматологический прием.

Материалы и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование историй болезни 23 пациентов, обратившихся в Стоматологическую поликлинику УГМУ в 2017-2018 гг. Пациенты обратились на стоматологический хирургический прием с жалобой на наличие лицевой боли, беспокоившей их на протяжении от 1 до 6 месяцев. По данным анамнеза проведенное ранее лечение болевого синдрома не давало положительного эффекта. Пациентам было проведено клиническое и рентгенологическое исследование челюстно-лицевой области.

В ретроспективное исследование включены 23 пациента: женщины – 78,3%, мужчины – 21,7% (средний возраст 36,7 лет).

Критерии включения: пациенты женского и мужского пола в возрасте от 19 до 65 лет с лицевой болью.

Пациенты разделены по возрасту согласно критериям ВОЗ: молодого возраста (19-43 лет) – 78,3%, среднего возраста (44-59 лет) – 13%, пожилого возраста (60-65 лет) – 8,7%.

Количественная статистическая обработка проведена с помощью программного пакета Microsoft Excel 2010. Используются методы описательной статистики.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведение обследования пациентов позволило определить правильный диагноз на момент их обращения с лицевой болью в хирургическое отделение Стоматологической поликлиники УГМУ. При этом было выявлено, что у части пациентов направительный диагноз не совпал с клиническим диагнозом.

При клиническом и дополнительном исследовании у пациентов был выявлен пульпит верхних (73,9%) и нижних (26,1%) зубов. Поражение верхних моляров составило 44% случаев, верхних премоляров - 4% случаев, верхних резцов и клыков – 26% случаев. Поражение нижних моляров составило 26%. Поражение пульпитом правых зубов выявлено в 30% случаев, левых зубов – в 70% случаев.

Пациенты были разделены на две группы:

I группа – пациенты (52,0%) с первично диагностированным пульпитом зуба.

II группа - пациенты (48,0%) с первично диагностированными невралгией, невралгией тройничного нерва, ганглионитом, синдромом болевой дисфункции ВНЧС. Первично поставленные диагнозы у пациентов II группы оказались неверными, что было объяснено атипичным течением пульпита.

У пациентов с атипичным течением пульпита: в 72,7% случаях выявлена глубокая кариозная полость зуба, ранее восстановленная пломбой; в 27,3% случаях - кариозная полость небольших размеров на контактной поверхности коронковой части, в пришеечной части зуба.

Сравнительная характеристика групп пациентов проведена с учетом гендерных признаков и «причинного» зуба (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика групп пациентов

Критерии сравнения		I группа (n=12)		II группа (n=11)	
		абс.	%	абс.	%
Пол	Мужчины	3	25,0	2	18,2
	Женщины	9	75,0	9	81,8
Возраст	19-43 лет	11	91,6	7	63,6
	44-59 лет	1	8,4	2	18,2
	60-65 лет	-	-	2	18,2
Локализация пораженных зубов	Верхние зубы	8	66,7	9	81,8
	Нижние зубы	4	33,3	2	18,2

Среди пациентов I и II групп преобладали женщины (табл. 1). Во II группе пациентов с атипичным течением пульпита женщин было на 6,8% больше, чем I в группе.

В I группе пациентов с типичным течением пульпита преобладали лица молодого (91,6%) возраста. Во II группе с атипичным течением пульпита в 36,4% случаев пациенты были среднего и пожилого возраста (табл. 1).

У пациентов II группы с атипичным течением пульпита чаще были поражены верхние (81,8%) зубы, чем нижние зубы (табл. 1).

У пациентов II группы с атипичным пульпитом были выявлены особенности болевого синдрома: болевое ощущение не имело четкой локализации на лице. Пациенты описывали ощущение боли в подглазничной области, в разных отделах верхней или нижней челюсти, ближе к уху, в ухе, в проекции ВНЧС. Пациентам было не понятно, что именно болит, так как боль иррадиировала по челюсти, вдоль верхних или нижних зубов, в ухо, висок. Боль возникала самопроизвольно, носила стреляющий или ноющий характер. Боль беспокоила в дневное, вечернее время и ночью. При приёме НПВС, финлепсина боль несколько притуплялась, но не проходила полностью.

Клинический случай. Пациентка К., 60 лет, обратилась с жалобой на наличие стреляющей, непостоянной, самопроизвольной боли в верхней челюсти слева.

Анамнез. Боль появилась 4 месяца назад без явной причины. При обращении к врачу-стоматологу был удален 2.6 зуб. В послеоперационном периоде болевой синдром сохранился. Пациентке было предложено и проведено повторное эндодонтическое лечение 2.5 зуба. Болевой синдром сохранился. Пациентка осмотрена неврологом, назначен финлепсин, который только притуплял боль в левой половине лица, верхней челюсти слева. Пациентка обратилась в Стоматологическую поликлинику УГМУ с ранее описанными жалобами.

После проведения клинического, рентгенологического исследования выявлена глубокая кариозная полость на медиальной контактной поверхности коронковой части 2.3 зуба с поражением шейки и цемента корня зуба (рис. 1).

Поставлен диагноз: пульпит 2.3 зуба (K04.0). Пациентка направлена на лечение к стоматологу-терапевту.



Рис. 1. Внутриротовая рентгенограмма 2.3 зуба

Представленный клинический пример демонстрирует диагностическую ошибку, отсутствие дифференциальной диагностики лицевой боли при первичном и повторном обращении к врачу-стоматологу.

Выводы:

1. На стоматологический прием в 48% случаев обращаются пациенты с атипичным течением пульпита зуба. При этом врачами допускаются диагностические ошибки, затягивающие начало необходимого лечения.
2. Чаще атипичное течение пульпита диагностировано у женщин среднего и пожилого возраста при поражении верхних зубов (81,8%), чем нижних зубов. При этом чаще были поражены верхние (43,7%) моляры, верхние резцы и клыки (26,0%).
4. Сложность клинической диагностики пульпита связана с расположением кариозной полости небольшого размера на контактной поверхности зуба (27,3%) или наличием уже установленной пломбы (72,7%).

Список литературы:

1. Кунин А.А. Основные аспекты диагностики и лечения пульпитов (учебное пособие) / А.А. Кунин, Е.С. Калинина, Э.Г. Борисова, С.Н. Панкова, О.А. Кумирова, Н.С. Моисеева, Л.И. Лепехина // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 6. – С. 95-96.
2. Современные этиологические, диагностические и лечебные аспекты пульпита: учебное пособие для студентов вузов / Р.Г. Хафизов, Ф.А. Хафизова, Д.А. Азизова, Д.И. Шайхутдинова. – Казань: Казан. ун-т, 2015. – 74 с.
3. Обоснование модификации классификаций пульпитов / Т.П. Скрипникова, Л.М. Хавалкина, С.И. Геранин, С.В. Билоус [Электронный ресурс] // Журнали Український стоматологічний альманах. - 2017. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obosnovanie-modifikatsii-klassifikatsiy-pulplitov> (дата обращения 16.04.2018).

УДК 616.314-053

**Насретдинова Н.Ю., Ворожцова Л.И., Мандра Ю.В.
ДИНАМИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОЙ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЕКАТЕРИНБУРГА**

Кафедра терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний,

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Nasretdinova N.Y., Voroghtsova L.I., Mandra J.V.
DYNAMIC OF DENTAL HEALTH DISEASES IN CHILDREN OF
EKATERINBURG**

Department of therapeutic and preclinical dentistry
Ural state medical university