

ДЕНТАЛНАТА БОЛКА - ПРИЧИНА ЗА УРГЕНТНА СТОМАТОЛОШКА ИНТЕРВЕНЦИЈА

Ковачевска И.

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ - Скопје, Клиника за болести на забите и ендодонтот

Болката претставува непријатна емотивна реакција на организмот на вистинско или на потенцијално ткивно оштетување (5,3,6). Патолошките заболувања кои ги атакуваат тврдите забни супстанции, а прогресивно и пулпиното ткиво исто така се проследени со болка, односно со специфична дентална болка, која, во зависност од потеклото, може да биде:

- дентинска,
- пулпална,
- парадонтална,
- периапикална.

Дентинска болка

Дентинската болка се манифестира како силна, остра, провоцирачка болка, која перзистира колку и провокацијата (1, 2, 5). Таа се должи на миграцијата и турбуленцијата на ткивниот ликвор во дентинските тубули.

Со отстранувањето на стимулациите (механички, хемиски, физички), дентинската сензибилност се стабилизира, а во некои случаи се врши оптурирање на дентинските канали со препарати на флуор, сребрен нитрат, или пак, за подолготрајно решение, се аплицираат атхезивни смоли (1, 2, 5).

Карактерот на дентинската болка не налага итна терапевска постапка, но доколку таа не се санира и не се отстранат иритансите, оштетувањата се пренесуваат кон пулпата.

Пулпална болка

Пулпалната болка е специфична за инфламаторните процеси во пулпата (1, 2, 3, 5). Пред тоа би ја споменале *хиперемидија*, состојба на зголемена прокрвеност во пулпиното ткиво. Етиолошки гледано, многубројни се причините за нејзината појава: кариес, механички иритации, груба препарација, хемиски и физички влијанија, акутна и хронична траума, абразии, атриции, ерозии (1,2,3) итн.

Ова нарушување на пулпата е од реверзибилен карактер, односно се работи за физиолошки активна хиперемидија, а се манифестира со краткотрајна болка, особено на термички иритации, и корелира со времетраењето на стимулацијата. Терминолошки, хиперемидијата се означува како предвоспалителна состојба и по своите особености не налага ургентна терапевска постапка. Правовременото нејзино дијагностицирање и ординирање ги спречува посериозните оштетувања на пулпата со ирреверзибилен карактер (1, 2, 3, 4).

Според клиничките и патохистолошките особености, заболувањата на пулпата се класифицирани:

- воспаленија - пулпити,
- некрози,
- гангрени.

Воспаленија на пулпата

Воспаленијата на пулпата, според текот, може да бидат акутни и хронични.

Акутни воспаленија на пулпата

Pulpitis acuta serosa parcialis се манифестира со спонтана и краткотрајна болка, обично во текот на денот (1, 2, 3, 4, 5). Присутна е болна осетливост на термички и на осмотски дразби, која перзистира и по иритацијата. Всушност, се работи за воспалителен процес, од серозен карактер, во коронарниот дел од пулпата, со тенденција за прогресија. Палпаторно и перкуторно забот е неосетлив, субјективно - пациен тот го локализира местото на оштетувањето.

Парцијалното серозно воспаление на пулпата е проследено со спонтана болка, која сама посебе налага ургентна *шерајиска џосџайка* (1, 2, 4, 6), која се состои во правовремено дијагностицирање, отстранување на причинителот (најчесто се работи за кариес) и апликација на аналгетично средство (Sol. Chlumsky). Доколку постојат услови, индицирана е витална пулпектомија.

Диференцијалнодијагностички треба да се исклучат:

- Caries profunda simplex et complicata,
- хиперемија на пулпата,
- дентинска осетливост,
- парадонтален џеб.

Спонтаната болка е секогаш знак за воспаление.

Земајќи во обзир дека акутните воспаленија на пулпата не се стриктно ограничени, односно дека се работи за парцијално серозно воспаление на пулпата, и колкав дел од пулпата е зафатен - колкав е степенот на тоа воспаление, може да се верифицира единствено патохистолошки. Инфламацијата прогредира и за краток временски интервал ја зафаќа комплетно целата пулпа, со тенденција за натамошно ширење.

Pulpitis acuta serosa totalis е патолошко заболување на пулпата од ургентен карактер (4, 5) и бара неопходна стоматолошка интервенција. Субјективно е присутна силна спонтана ирадирачка болка, и субјектите не се во можност да го локализираат оштетениот заб. Болната сензација се потенцира на термички дразби (ниска температура) и се јавува, по правило, во ноќните часови. Објективниот наод е најчесто проследен со кариозна лезија и перкуторна осетливост (1, 2, 3, 4, 5).

Терајија се состои во отстранување на кариозно променетиот дентин, верифицирање на комуникацијата со пулпата (изгледот на пулпиниот отвор), при што таа профузно крвави и болката лесно попушта поради намалувањето на притисокот во неа. Доколку постојат услови и можности, се прави витална пулпектомија (1, 2, 6), а ако не - откако ќе се отстрани причинителот - (кариесот), се аплицира аналгетично средство Sol. Chlumsky и забот привремено оптуира (1,2,3,4).

Бидејќи се работи за патолошко заболување на пулпата проследено со интензивна дентална болка, тоа е една од ургентните состојби во стоматологијата која бара правовремена дијагноза и терапија. Етиолошки гледано, разни фактори може да го предизвикаат ова заболување на пулпата, а не е исклучено и ретроградно ширење на инфламацијата (1, 2, 5).

Диференцијалнодијагностички би требало да се разграничат следниве состојби:

- Pulpitis acuta serosa partialis,
- хиперемија,
- Caries profunda,
- парадонтален џеб.

Според ексудатот, акутните инфламации на пулпата може да бидат серозни и пурулентни.

Pulpitis acuta purulenta parcialis се манифестира со спонтана, пулсирачка и пролонгирана болка во вечерните часови (1, 2, 3, 5). Топлите сензации ја зголемуваат болката. Доколку инфламацијата примарно има пурулентен карактер, односниот заб не е перкуторно осетлив (1,2); спротивно, ако се надоврзе на акутен серозен тотален пулпит, присутна е перкуторна сензација.

Според симптоматологијата и манифестацијата, заболувањето бара ургентен *шерајиски шрејман* (1,2,3,4,) кој се состои во отстранување на причинителот, витална пулпектомија (6) или апликација на аналгетично средство и привремена оптуирација.

Диференцијалнодијагностички треба да се исклучат:

- акутни серозни пулпити,
- Caries profunda,
- хиперемија на пулпата,
- парадонтален џеб.

Воспалителниот процес кој ја зафаќа пулпата со гноен ексудат не може да се лимитира само во нејзиниот коронарен дел (1,2), па затоа обично се шири низ целата пулпа.

Pulpitis acuta purulenta totalis клинички се манифестира со спонтанa и силна пулсирачка болка, која се јавува во ноќните часови и се потенцира на топло (1, 2, 3, 4.). Пациентите не можат да го локализираат болниот заб, болката ирадира, во почетокот има мали ремисии, а постепено со напредувањето на процесот, болката преминува во континуирана (1,2). Во моментот кога се афектирани рецепторите во апикалната регија, забот субјективно се чувствува како повисок и доминира перкуторна осетливост. Се работи за изразито силна, континуирана, пулсирачка болка, која и најмал физички напор драстично ја зголемува, а посебно хоризонталната положба на телото. Дијагностички е значајно што ладната вода, мразот и слично ја смируваат болната чувствителност (1,2).

Бидејќи во ваквите случаи аналгетичките што пациентите ги конзумираат не помагаат, тие бараат итна стоматолошка интервенција. Исцрпени и измачени од долготрајната болка, со специфичен изглед, бараат помош.

Терапијата се состои во витална пулпектомија (1,2,6), односно неопходно е трепанирање и екстирпирање на пулпното ткиво.

Диференцијалнодијагностички треба да се разграничат следните заболувања:

- серозни пулпити,
- хиперемии,
- пародонтален џеб,
- *pulpitis acuta purulenta parcialis*.

Хронични воспаленија на пулпата

Нелекуваните акутни серозни воспаленија на пулпата обично преминуваат во пурулентни и пулпата пропаѓа. Доколку бактериската вируленција е послаба, односно и под влијание на локални и општи фактори, воспалителниот процес може примарно да има хроничен тек.

Хроничните инфламации не се манифестираат со драстична клиничка слика и имаат ограничена симптоматологија. Спо-

ред патохистолошките и клиничките особености, овие инфламации се поделени на отворени - *aperta* и затворени - *clausa*.

Pulpitis chronica aperta ulcerosa е асимптоматско хронично воспаление на пулпата и може да биде придружено со слаба, тапа, тиштешка болка на термички дразби (1, 2, 5). Болна сензација е можна при потиснување на храна во кавитетот во тек на мастикација (1,2.). При отстранување на кариозниот дентин и при сондирање, пулпата лесно крвави или воопшто не крвави. Присутна е улцера (1,2.) и слаба болна сензација во површинскиот слој на пулпата. Перкуторната осетливост изостанува (1,2,5).

Pulpitis chronica aperta poliposa seu parenchimatosa е хронично воспаление присутно кај помладите (1,2). Лесно се дијагностицира уште на инспекција. Кавитетот на афектираниот заб е исполнет со грануломатозно ткиво - полип на пулпата, хиперпластичен пулпит (1,2). Субјективно, пациентите не чувствуваат тегоби, освен при иритирање под дејство на остатоци од храната или при мастикацијата воопшто. На сондирање, пулпата е лесно осетлива и профузно крвави (1,2).

Диференцијалнодијагностички треба да се разграничат полипот од гингивата и полипот од периодонталното ткиво (1,2).

Pulpitis chronica clausa е хронично воспаление на пулпата од затворен тип, со скудна симптоматологија (1,2), со повремени слаби болни сензации, повеќе како тиштење. Обично се јавува под несанирани хронични кариесни лезии, под дефинитивни полнења на кавитетите со рецидивен кариес (1, 2) и слично.

Хроничните воспаленија сами по себе имаат асимптоматски особености, или пак се проследени со благи болни сензации. Не бараат итна стоматолошка интервенција, но, бидејќи болката е индивидуална, емотивна сензација, секој различно ја доживува (3, 4, 6). Под влијание на локални и општи фактори, хроничните воспаленија може да се активираат, односно да егзацерираат (1, 2) и да преминат во акутни и субакутни. Притоа се манифестираат со силна пулпитична болка, специфична за гнојните или за серозните воспаленија, перкуторна осетливост, а анамнестичките сознанија, како и објективниот наод, помагаат во поставување на дијагнозата.

Пациентите бараат итна стоматолошка помош (3,4), а *периодонтитот се состои* во витална пулпектомија, ако не постојат услови за апликација на аналгетично средство, или пак во радикална терапија (1, 2). Морталниот метод на пулпектомија е контраиндициран при терапија на хроничните пулпити (1,2).

Некроза и гангена на пулпата

Некроза на пулпата значи одумирање, распаѓање, на пулпното ткиво, без бактериска афекција (1,2,3). Гангрена е патолошко заболување на пулпата при кое постои декомпозиција на ткивото под влијание на микроорганизми (1,2), односно инфицирана пулпална некроза.

Клинички, овие промени на пулпата се асимптоматски, посебно доколку постои соодветна дренажа. Ако оштетениот заб е оптуриран, или нема можност за ослободување на инфицираниот материјал и на гасовите, може да се јави акутна болка и потреба од правовремена стоматолошка интервенција (1, 2, 3, 4).

Пародонтална болка

Кариесот, како најфреквентно заболување на цивилизираниот свет, ги напаѓа тврдите забни супстанции и врши нивна деструкција. Несанираните кариозни дефекти прогресивно доведуваат до воспаление на пулпиното ткиво, а понатаму до гангренозно инфицирање на кореновиот канал. Ако процесот не се стопира и правовремено терапевски не се третира, тој прогредира и се шири во периапексната ареа. Во тој случај зборуваме за периапикални инфламаторни состојби (1, 2, 3, 4), а тие може да имаат акутен и хроничен тек.

Акутниот пародонтит најчесто се јавуваат како последица на нетретирани инфицирани коренски канали, трауми, како и на хемиски фактори (1, 2).

Според симптоматологијата, ова е една од најургентните состојби (1, 2, 3, 4, 5) во стоматологијата и се манифестира со драстична клиничка слика. Според ексудатот, акутните пародонтити се јавуваат како серозни и како пурулентни. Заболувањето го карактеризираат четири развојни фази.

Периодонтална фаза, во која почнува формирањето и ширењето на серозниот ексудат во периодонциумот, се манифестира со болка при мастикација и притисок. Субјективно пациентите го чувствуваат забот нешто повисок од другите.

Еносјална фаза - инфекцијата се шири во коската и субјективните симптоми се многу драстични. Тоа е силна, спонтана, пулсирачка болка (пулсациите се во корелација со срцевата функција), која на топло се засилува, на ладно лесно се смирува. Секоја активност и најмал физички напор, како и хоризонталната положба на телото, болката ја интензивираат. Заболениот заб пациентите не можат да го допрат, го чувствуваат како повисок од другите, испливан, и неретко се луксира (обично овај тип луксација е транзиторен и се должи на гнојната колекција во периапексот и коската). Објективниот наод го карактеризира висока перкуторна осетливост, палпаторно во апикалната регија болна сензација, со хиперемичност и слаб оток. Постои реакција на регионалните лимфни јазли, општата состојба на пациентите е нарушена, а некогаш е присутна и покачена телесна температура.

Супериносјална фаза - болката го достигнува својот максимум, неподнеслива е поради притисокот на гнојната колекција врз периостот кој е богато инервиран. Објективно се забележува оток на одредена страна од лицето, и отворањето на уста е ограничено. На инспекција и на палпација, во апикалната регија се забележува цврсто испупчување, со интензивно хиперемична слузокожа. Општата состојба на субјектите е нарушена.

Субмукозна фаза. Во овој еволутивен стадиум доаѓа до субмукозна елиминација на гнојниот ексудат, при што болката попушта. На пациентите им олеснува, а објективно е присутен субмукозен апсцес, мека флукуирачка инфилтрација. Во некои случаи гнојната колекција може да се елиминира во оралната шуплина, во максиларниот синус, или субкутано, со забележителна фистула.

Акутните пародонтити се една од високоургентните категории, кои бараат *имедијантна терапија* во која било развојна фаза.

Терапија. Во периодонталната состојба забот се чисти од кариес, се трепанира, одстранува содржината од каналот, дезартикулира и ординира антибиотска терапија (1,2,3,4,6). Според индивидуална процена, можна е и радикална терапија. Натомошните стадиуми бараат и елиминација на апсцесната колекција со инцизија и дренажа (3, 4, 6).

Кај акутните воспаленија на пулпата, при кои, по поставувањето на дијагнозата, стоматологот со својата интервенција му помага на пациентот и тој се чувствува напълно здрав кога ќе ја напушти ординацијата. При акутниот пародонтит, терапевтот, и покрај што го вложува својот максимум, болката често пати и натаму перзистира, односно придонесот на стоматологот во отстранувањето на болката е ограничен.

Хроничните айикални пародонтии претставуваат одбранбена реакција на периапикалното ткиво на дејството на штетните нокси што доаѓаат од коренскиот канал (1,2). Тие се продолжение на акутните пародонтити но не ретко имаат примарно хроничен тек. Според патохистолошките особености, поделени се на *parodontitis apicalis chronica fibrosa*, *parodontitis apicalis chronica granulomatoza progresiva diffusa*, *parodontitis apicalis chronica circumscripta* (1, 2, 3, 4, 5).

Верификацијата на хроничните пародонтити е комплетна со рендген-наод (1, 2). Од аспект на ургентноста, ова се релативно мирни состојби, повремено е присутна фистулна формација во апексната регија, а можна е дренажа и преку пародонталниот џеб, или пак мирување. Под дејство на локални и општи иритативни фактори (обично кога опаѓа имунолошкиот одговор во организмот), хроничните пародонтити се активираат и преминуваат

во акутна фаза, манифестирајќи се како акутни апсцесни состојби.

Диференцијалнодијагностички треба да се внимава на :

- акутни гнојни пулпити,
- хронични пулпити во фаза на егзацербација,
- пулпопародонтити,
- гангрени,
- некрози,
- пародонтален апсцес.

Иако ургентните состојби се квалификуваат како ситуации на животна загрозеност, тие во стоматолошката практика, за среќа, се случуваат поретко. Но, болката како заштитен механизам и индивидуална категорија, е секогаш иницијален симптом кој бара правовремена терапија.

Литература

1. FILIPOVIC V i sur. Endodoncija. Decje novine, Beograd; 1989.
2. NJEMIROVSKI Z i sur. Klinicka endodoncija. Globus, Zagreb; 1987.
3. Петерсен Ј.К., Милгром П. Профилакса и терапија на болката во максилофацијалното подрачје. НИП Студентски збор, Скопје, 1995; 90-101.
4. PETROVIC V., GAVRIC M. Urgentna stanja u stomatoloskoj praksi. Izdavacka kuca Draganic, Beograd, 2001.
5. СТЕВАНОВИЌ ММ, НАКОВА М. Диференцијално дијагностички разлики помеѓу денталната, пулпалната и психогената болка. За стоматолошката болка Стоматолошки клинички центар, Скопје 1998; 65-72.
6. TODOROVIC LJ i sur. Anestezija u stomatologiji. Zavod za udzbenike i nastavna sredstva Beograd 1990.