

**УДК 616.314.18 – 002.001.73 (083.44)**

**Т.П. Скрипникова, Л.М.Хавалкина, С.И.Геранин, С.В.Билоус**

**ОБОСНОВАНИЕ МОДИФИКАЦИИ КЛАССИФИКАЦИЙ  
ПУЛЬПИТОВ**

**Кафедра последипломного образования врачей-стоматологов**

**ВГУЗУ «УМСА»**

«Пульпит может гордиться числом  
классификаций предложенных для него»  
А.Ж.Петрикас.

Среди существующего большого разнообразия классификаций заболеваний пульпы, официально признано около двадцати, которые до сих пор используются практикующими врачами-стоматологами в их работе. Ни одна классификация не является универсальной, так как не способна отразить особенности того или иного вида пульпита со всех сторон этого заболевания.

Такое большое число классификаций пульпитов объясняется различными подходами к описанию разных видов одного заболевания. Авторы выделили причинные факторы возникновения болезни, клинику, развитие, процессы происходящие в пульпе зуба.

Но охарактеризовать все в отдельно взятой систематизации до сих пор не удалось никому. Мало у кого получилось совместить в одной классификации несколько самых значимых аспектов заболевания для каждой из ее разновидностей, максимально приблизив к идеальной систематизации для практикующего стоматолога. Именно такими классификациями пользуются до сих пор врачи-стоматологи, несмотря на то, что с момента появления многих из них прошли уже десятки лет.

При создании классификации любых заболеваний к ней предъявляется ряд требований: она должна быть научно-обоснованной, доступной и способствовать оптимальному выбору метода лечения.

Имеющиеся классификации пульпита в полной мере этим требованиям не соответствуют. Отсутствие согласованности между клиническим проявлением пульпита, характером морфологических изменений, динамического перехода одного состояния в другое, а также несовершенство методов диагностики, не позволяют создать единую и совершенную классификацию.

Классифицировать пульпиты начали еще в начале прошлого века. Одна из самых ранних классификаций была предложена в 1925 году, но была слишком громоздкой и не отражала точного описания каждой формы пульпита.

Примерно каждые 5-10 лет появлялась новая классификация, имеющая определенные сходства с предыдущими, отличающаяся от них одним или двумя измененными формами.

Наибольшее распространение получила классификация с учетом клинических данных. Так, Платонов Е.Е. в своей классификации выделил три основных вида пульпита по течению заболевания: острый, хронический и обострение хронического пульпита. При этом, в острых пульпитах он различает две формы: очаговую и диффузную, где сделан акцент на локализации болей.

I. Острый пульпит: очаговый, диффузный.

II. Хронический пульпит: фиброзный, гипертрофический (пролиферативный), гангренозный.

III. Обострение хронического пульпита.

При очаговой форме пульпита – пациент точно указывает на «очаг» боли. При диффузном пульпите – имеет разлитой характер боли, когда она

иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва в глаз, ухо, затылок и т.д. Автор не учитывал происходящие внутри зуба процессы, упростив тем самым диагностику для практикующих врачей, особенно на обычном приеме. Однако, они важны для выбора метода лечения.

Хронические формы пульпитов Е.Е.Платонов также классифицировал как и другие авторы, выделив:

- фиброзный;
- гангренозный;
- гипертрофический пульпит.

Но, данные формы пульпита отражают не этиологию, а процессы, происходящие в пульпе. Фиброзная форма характеризует фиброзное перерождение ткани пульпы, гангренозная – гангрену пульпы, а гипертрофический – гипертрофию сосудисто-нервного пучка с заполнением кариозной полости.

В конце XX века вышла в свет международная классификация болезней 10 пересмотра, или сокращенно – МКБ-10 под руководством ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения, англ. World Health Organization или WHO). Классификация пульпитов по МКБ-10 официально стала применяться на практике в 1999 году для статистического учета работы врача-стоматолога. В талонах стоматологического пациента ставится специальный код (по МКБ-10), позволяющий зашифровать тот или иной вид пульпита:

K04 Болезни пульпы и периапикальных тканей

K04.0 Пульпит

K04.00 Начальный (гиперемия)

K04.01 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

К04.1 Некроз пульпы

Гангрена пульпы

К04.2 Дегенерация пульпы

Дентикли, петрификация пульпы

К04.3 Неправильное формирование твердых тканей в пульпе

Вторичный или иррегулярный дентин

К04.9 Другие и неуточненные болезни пульпы и периапикальных тканей

Рассматривая классификацию ВОЗ, следует указать на ее глобальный подход. В ней рассмотрены все варианты возможных изменений и клинических проявлений в пульпе.

Данная классификация до сих пор применяется в качестве статистического отчета врача о выполненной работе за день, месяц и год. Однако, она не отражает реальной картины, так как в отношении тех же пульпитов классификация по каждому виду рассматривает некоторые стороны заболевания и написана сложно, из-за чего стоматолог, много лет пользующийся удобной для него систематизацией, в талоне стоматологического пациента ставит код, шифрующий просто сходный на леченный им накануне вид пульпита.

Классификация ВОЗ ввела 3 дополнительные нозологии: К04.08 — другой уточненный пульпит и К04.09 — неуточненный, которые не требуют комментариев. Но нозология К04.00 — пульпит начальный (гиперемия) — требует рассмотрения.

Воспалительный процесс в пульпе, в основном, протекает так же, как и в других соединительных тканях организма. Однако, особенности

строения: почти полное отсутствие коллатерального кровообращения и топографии, расположение внутри костной полости, придают течению воспаления ряд характерных черт. Так, при экссудации повышается внутрипульпарное давление, что ухудшает кровообращение, а при недостаточной сети коллатералей это приводит к гипоксии тканей и локальному некрозу.

Некротическая ткань, выделяя продукты распада, усиливает проницаемость ткани, что способствует дальнейшему распространению воспаления. При нагноении и созревании микроабсцесса процесс становится необратимым. Таким образом, пульпа может постепенно некротизироваться.

Сосуды при воспалении пульпы сначала сужаются, но очень быстро этот процесс сменяется длительным расширением — дилатацией. Как результат - замедление тока крови с последующей экссудацией и выходом нейтрофилов.

Острый пульпит также характеризуется повышением активности ферментов, участвующих в окислительно-восстановительных процессах: щелочной фосфатазы, сукцинатдегидрогеназы, цитохромоксидазы. При остром воспалении наблюдается выход вначале полиморфноядерных нейтрофилов, а затем моноцитов (макрофагов), что в итоге приводит к лейкоцитарной инфильтрации, вначале очаговой, а затем и диффузной.

Различие в клинических формах острого пульпита обусловлено многообразием реакций, участвующих в воспалительном процессе. Как правило, острое воспаление пульпы протекает по гиперэргическому типу, т. е. имеет иммунную основу (аллергическое воспаление). При этом ведущая роль принадлежит иммунным комплексам, осаждающимся на клеточных мембранах и активизирующим систему комплимента с выделением медиаторов воспаления.

Исходом острого пульпита может быть восстановление, некроз пульпы и переход в хроническую форму.

Восстановление пульпы самостоятельно до здорового состояния, при проникновении микроорганизмов через кариозную полость невозможно. При лечебном воздействии, включающем непрямое покрытие, нормализация жизнеспособности пульпы возможна на этапе ее гиперемии, острого воспаления.

Хроническое воспаление пульпы чаще всего становится исходом острого пульпита. *Однако, хроническое течение процесса возможно с самого начала.* Первично хронический процесс может возникнуть в случае, когда пациент имеет ту или иную соматическую патологию, принимает кортикостероидные или другие противовоспалительные препараты, лучевую, химиотерапию. При этом острая стадия заболевания нивелируется.

Признаками перехода острого воспаления в хроническую форму служат преобладание в экссудате лимфоцитов и плазматических клеток, а также разрастание волокнистых структур. В пульпе обнаруживаются участки клеточного распада, ограниченные лейкоцитами по периферии, которые чередуются с полями грануляционной ткани с лимфоидными клетками.

Хронический гипертрофический пульпит характеризуется разрастанием волокнистых структур, гиалинозом коллагеновых волокон, следами кровоизлияний. При этой форме воспаления возможно прорастание клеток эпителия из слизистой оболочки десны.

При хроническом гангренозном пульпите обнаруживаются очаги распада ткани, которые отделены от подлежащей воспаленной пульпы демаркационным валом из грануляционной ткани. Образованию участков некроза пульпы при хроническом гангренозном пульпите обычно

предшествует формированию микроабсцессов пульпы и зон лейкоцитарной инфильтрации в подлежащем слое.

Любая классификация должна помогать врачу в выборе метода лечения. При этом важно знать состояние пульпы. Промежуточное состояние между пульпитом и некрозом занимает воспаление, но оно может быть как выраженным, так и начальным. Первое требует удаления пульпы, тогда как при начальном воспалении (обратимом), используя лекарственные препараты, можно добиться прекращения процесса и сохранить жизнеспособность пульпы. Нозология K04.00 — пульпит начальный (гиперемия) — как раз отражает такое состояние, которое требует консервативного лечения.

Клиническая классификация болезней пульпы не может охватывать все многообразие клинико-морфологических изменений. Она предназначена для того, чтобы дать общее представление о заболевании, определить подходы в диагностике и выборе метода лечения. Основная цель клинической классификации — определение терминологии, которая правильно характеризует признаки, стадии патологического процесса и используется при общении специалистов.

Окончательный диагноз о форме пульпита может быть только после морфологического исследования, что не возможно на практическом приеме. Поэтому возникает вопрос: «Стоит ли в клинических условиях выделять основные формы течения воспалительного процесса, если их диагностика столь проблематична?». В этом плане заслуживает внимания подход к этому вопросу проблеме американских учёных, которые вообще не выделяют в классификации острое, хроническое и обострившееся течение воспалительного процесса. Американские и многие европейские учёные уделяют внимание, в основном, следующим состояниям пульпы: гиперемия пульпы, обратимое и необратимое воспаление пульпы, симптоматический и несимптоматический пульпит, некроз пульпы и т.д..

Широкую популярность в Украине получила известная клинико-анатомическая классификация Е. М. Гофунга (1927) благодаря относительной ее приближенности к клинике. Ее принято называть рабочей классификацией.

В Украине пользуются классификацией Яворской Е.С., Урбанович Л.И., (1964), которая учитывает методы сохранения жизнеспособности пульпы. Особую форму заболевания — пульпит, осложнённый фокальным периодонтитом впервые описанный Е.С. Яворской, выделяют как самостоятельную нозологическую единицу. По существу, это уже периодонтит и лечение следует проводить соответственно диагнозу. Но весьма важно выделить пульпит, осложнённый фокальным периодонтитом в детской практике.

В последние годы наблюдается тенденция к упрощению существующих и введению других классификаций (Школяр Т. Т., 1967; Платонов Е. Е., 1968; Митев, 1975; Seltzer et al., 1963; Vaume, 1965; Zorincry-Londgrat, 1967 и др.), отражающих в известной степени успехи исследований по данному вопросу в клинике и теории.

Наиболее полной из классификаций зарубежных авторов является классификация Farmer, Lawton (1966).

I. Гиперемия.

II. Острые пульпиты:

1. Закрытые формы.
2. Открытые формы.

III. Хронические пульпиты:

1. Закрытые формы.
2. Открытые формы (язвенный, гипертрофический).



IV. Некроз и гангрена пульпы.

V. Регрессивные изменения пульпы:

1. Ретикулярная дегенерация.
2. Фиброзная дегенерация.
3. Гиалиновая дегенерация.
4. Образование кист.
5. Петрификация (дентикли).

Но эта классификация, по существу, является патологоанатомической и не может быть полностью использована в клинике.

Перечисленные формы укладываются в рамки клинических признаков, на основании которых можно установить диагноз и провести дифференциальную диагностику.

Американская Ассоциация Эндодонтистов, а также Американский Эндодонтический Совет предложили следующую терминологию для диагностики пульпы.

**Здоровая пульпа** – клиническая диагностическая категория, при которой пульпа бессимптомна и нормально реагирует на диагностические тесты. Клинически здоровая пульпа реагирует незначительно на температурные раздражители. Болевая реакция исчезает через 1-2 секунды после устранения раздражителя. Однако, данное исследование необходимо проводить в сравнении. В первую очередь проверяют реакцию прилегающих и противоположных зубов. Таким образом, можно оценить нормальную реакцию зубов на термические раздражители у пациента.

**Обратимый пульпит** – основан на данных субъективного и объективного обследования, показывающих, что воспалительный процесс стихнет и пульпа может вернуться в нормальное состояние после корректного воздействия на этиологический фактор. Дискомфорт в зубе

возникает от термических и химических раздражителей, проходящий в течение нескольких секунд после устранения раздражителя. Типичными этиологическими факторами могут стать оголенный дентин (чувствительность дентина), кариес, либо обширные реставрации. В периапикальной зоне причинного зуба не наблюдаются рентгенологические изменения. Нет спонтанных болевых ощущений. После устранения этиологического фактора (удаление измененных кариозным процессом тканей с последующей реставрацией; перекрытие оголенного дентина), необходимо провести оценку для определения состояния пульпы. Несмотря на то, что чувствительность дентина, сама по себе, не является воспалительным процессом, все симптомы напоминают обратимый пульпит.

**Симптоматический необратимый пульпит** – клинический диагноз, основанный на субъективных и объективных данных, который означает, что витальная воспаленная пульпа не имеет потенциала к заживлению и в данном случае показано только эндодонтическое лечение. Он характеризуется возникновением острой болевой реакции на термические раздражители, ноющего характера (примерно 30 сек и более после устранения раздражителя), а также спонтанностью (самопроизвольная боль). Иногда, боль может быть связана с постуральными факторами (при горизонтальном положении, поворотах тела) и не сниматься безрецептурными анальгетиками. Традиционными этиологическими факторами являются – острый глубокий кариес, обширные реставрации и др.. Диагностика зубов с необратимым пульпитом может быть затруднена, вследствие того, что воспаление не достигает периапикальных тканей и реакция на перкуссию отсутствует. В таких случаях, анамнез заболевания, а также термические тесты являются ведущими при оценке состояния пульпы.

**Асимптоматический необратимый пульпит** – клинический

диагноз, основанный на субъективных и объективных данных, который означает, что витальная воспаленная пульпа не имеет потенциала к восстановлению и при этом показано эндодонтическое лечение. Данные случаи не имеют клинических симптомов и обычно реагируют нормально на термические тесты, но могут иметь травму в анамнезе или леченый глубокий кариес, который с большой вероятностью приводит к вскрытию полости с последующим удалением пульпы.

**Некроз пульпы** – клиническая диагностическая категория, которая означает, гибель пульпы зуба, требующая эндодонтического лечения. Пульпа не реагирует на диагностические тесты и является асимптоматичной. Некроз пульпы, сам по себе, не приводит к развитию апикального периодонтита пока пульпа в канале не инфицирована.

Некоторые зубы могут не реагировать на диагностические тесты пульпы, вследствие наличия кальцификаций, недавней травмы, поэтому все тесты должны носить сравнительный характер (например, пациент может не реагировать на термические тесты пульпы в любом зубе).

**Ранее пролеченный** – клиническая диагностическая категория, которая означает, что зуб был ранее эндодонтически пролечен, а корневые каналы obturированы различными пломбировочными материалами, а не интраканальными медикаментами. Обычно зуб не реагирует на термические или электрические тесты пульпы.

**Ранее инициированное (начатое) лечение** – клиническая диагностическая категория, которая означает, что зуб был ранее пролечен, путем частичного эндодонтического вмешательства, таким как, пульпотомия или пульпэктомия. В зависимости от уровня терапии, зуб может реагировать или не реагировать на диагностические тесты.

Учитывая все вышеизложенное, мы пришли к выводу, что такое большое разнообразие классификаций и терминологий болезней пульпы, затруднения в диагностике разных форм пульпитов, не всегда дают

возможность практикующему врачу-стоматологу верно установить диагноз, соответственно процессам, которые протекают в пульпе.

Врачу необходима классификация удобная в работе, дающая возможность с ориентироваться в процессах протекающих внутри зуба (обратимый или необратимый) и, соответственно, выбора метода лечения.

В связи с этим, классификация пульпитов требует модификации с учетом современных тенденций. Предлагаем такой вариант:

- обратимый пульпит;
- необратимый пульпит;
- травматический пульпит;
- пульпит на этапах лечения;
- некроз пульпы.

Несомненно, этот вопрос требует всестороннего обсуждения и рассмотрения как эндодонтистов, так и стоматологов-терапевтов.

Приглашаем к дискуссии.

### **Литература:**

1. Петрикас А. Ж. Пульпэктомия / А. Ж. Петрикас. - Тверь: НТП «Фактор», 2000. - 368 с.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник. - У 4-х томах / [М. Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, А. М. Політун та ін.]. - К.: Здоров'я, 2010. - Т.2. - С.194-204.
3. AAE Consensus Conference Recommended Diagnostic Terminology // J. Endod.- 2009.- Vol.- 35. – P.1634.
4. American Association of Endodontists. Glossary of Endodontic Terms. 8th ed. 2012.
5. Diagnostic terminology: report of an online survey / Glickman G. N., Bakland L. K., Fouad A. F. [et el.] // J. Endod.- 2009.- Vol. 35.- P. 1625.

6. Jafarzadeh H. Review of pulp sensibility tests. Part 1: general information and thermal tests / Jafarzadeh H., Abbott P. V. // Int. Endod. - J 2010. – Vol. 43. – P.738-62.
7. Jafarzadeh H. Review of pulp sensibility tests. Part II: electric pulp tests and test cavities / Jafarzadeh H., Abbott P. V. // Int. Endod. J. - 2010. – Vol. 43. – P.945-958.
8. Newton C. W. Identify and determine the metrics, hierarchy, and predictive value of all the parameters and/or methods used during endodontic diagnosis / Newton C. W., Hoen M. M., Goodis H. E. [et el.] // J. Endod. – 2009. - Vol. 35. - P.1635.
9. Levin L. G. Identify and define all diagnostic terms for pulpal health and disease states. / Law A. S., Holland G. R., Abbot P. [et el.] // J. Endod. - 2009. - Vol. 35. - P.1645.
10. Identify and define all diagnostic terms for periapical/periradicular health and disease states / Gutmann J. L., Baumgartner J. C., Gluskin A. H. [et el.] // J. Endod. – 2009. - Vol.35. - P.1658.
11. Identify the endodontic treatment modalities / Rosenberg P. A., Schindler W. G., Krell K. V. [et el.] // J. Endod. – 2009. - Vol.35. - P.1675.
12. Классификации пульпитов с точки зрения практикующего врача-стоматолога. [электронный ресурс] Режим доступа <http://plomba911.ru/lechenie-zubov/pulpit/klassifikaciya-pulpitov.html>
13. <http://zubzone.ru/lechenie-zubov/pulpit/klassifikacija-pulpitov.html>  
Скопировано с сайта © <http://zubzone.ru/> Современные классификации пульпитов.

**Ключевые слова:** пульпит, классификация.

**Резюме:** среди большого числа классификаций пульпитов нет такой, которая могла бы отразить особенности течения пульпита со всех сторон этого заболевания. Авторы выделили причинные факторы возникновения

болезни, клинику, развитие, процессы происходящие в пульпе зуба. Но охарактеризовать все, в отдельно взятой систематизации, до сих пор не удалось никому, как отечественным, так и зарубежным авторам. Предлагаем свой вариант. И приглашаем к дискуссии.

**Резюме:** серед великої кількості класифікацій пульпітів немає такої, яка могла б відобразити особливості перебігу пульпіту з усіх сторін цього захворювання. Автори виділили причинні фактори виникнення хвороби, клініку, розвиток, процеси, що відбуваються у пульпі зуба. Але охарактеризувати все, в окремо взятій систематизації, досі не вдалося нікому, як вітчизняним, так і зарубіжним авторам. Пропонуємо свій варіант. І запрошуємо до дискусії.

**Summary:** among a large number of classifications of pulpitis there is no such that would reflect the peculiarities of pulpitis from all sides of this disease. The authors identified the causative factors of disease, clinic, development, processes occurring in the pulp of the tooth. But to characterize everything in a particular systematization, still nobody managed both domestic and foreign authors. Offer your own version. And welcome to the debate.

