

Одонтогенная (зубная) боль

Лицевая боль одонтогенного происхождения не должна оставаться неучтенной в качестве возможного источника хронической или смешанной орофациальной боли. Предположение, что пациент имеет здоровые зубы, не всегда оправдано. Боль, связанная с зубами и поддерживающими структурами, должна всегда учитываться во время любого обследования пациента с лицевой болью¹.

К наиболее распространенным источникам одонтогенной боли относятся:

- Кариес дентина
- Глубокий кариес с распространением процесса вблизи пульпы зуба
- Инфицирование пульпы
- Некроз пульпы
- Периапикальный/периодонтальный абсцесс
- Растрескавшиеся зубы
- Травма зуба

Ткань пульпы отвечает болью на любой непосредственный раздражитель. Возникновение боли может быть спровоцировано или, на первый взгляд, спонтанно, часто представляя диагностическую проблему, когда не выявлено очевидных источников со стороны зубов. Например, раздражение растрескавшегося зуба часто приводит к возникновению кратковременной боли, похожей на удар электрическим током. При этом могут возникать трудности в диагностике. Характер и продолжительность этих типов одонтогенной боли может походить на боль неврологического характера, подобную невралгии тройничного нерва.

Кариес зубов, который проникает в нижележащий дентин, часто виден при обычном осмотре и может обусловить чувствительность зуба к термическим и химическим воздействиям. Поверхностный кариес зубов может вызывать умеренную чувствительность к горячим, холодным или химическим (т.е. сладкое или кислое) раздражителям. Боль обычно локализованная, ноющая и преходящая. Более глубокий кариес может вызывать серьезную, длительную и ноющую боль. Боль пульпарного происхождения возникает на фоне воспаления. Воздействие раздражающего фактора может привести к продолжительному и значительному дискомфорту. Несмотря на то, что боль пульпарного происхождения обычно локализована, часто встречается иррадиация боли в другие орофациальные области. Преходящий пульпит может иметь проявления, подобные таковым при мигрени – односторонняя, пульсирующая, эпизодическая боль.

Воспаленная ткань пульпы может в конечном итоге обернуться некрозом или присоединением инфекции. Экссудат может просочиться в периодонтальное пространство у верхушки корня зуба, приводя к болезненным ощущениям во время жевания, пульсирующей боли, а также иррадиации боли в другие области головы и/или шеи. Поскольку периодонтальная связка (соединение между корнем зуба и альвеолярной костью) отличается богатой иннервацией, воспалительный или гнойный экссудат



от инфицированного зуба может вызвать в периодонтальном пространстве сильные болевые ощущения, провоцируемые любой манипуляцией на зубе. В дополнение к боли, отечность часто сопровождается инфекцией периодонтальных структур.

Зубные инфекции этого типа, особенно в переднем отделе верхней челюсти, имеют схожие проявления с таковыми при тригеминальной вегетативной цефалгии, т.е. сопровождаются сильной болью вокруг и под глазами.

При учете локализации, продолжительности, качественных характеристик, частоты, интенсивности, факторов, провоцирующих возникновение и улучшающих состояние при первичной одонтогенной боли, становится ясно, что все пациенты с орофациальной болью должны получать тщательную оценку при стоматологическом осмотре до последующего перехода к более сложным рекомендациям.

Исходя из вышесказанного и учитывая значительное сходство жалоб при одонтогенной боли с другими формами орофациальной боли, если патология со стороны зубов отсутствует, клиницист должен двигаться дальше в поиске другой возможной этиологии.

Литература

1. Heir GM. Facial Pain of Dental Origin--A Review for Physicians. Headache. 1987;27(10):540.