**Пульпиты молочных зубов.**

Конспект занятия.

**Классификация:**

Острые:

1 стадия Серозно-гнойный ЭОД 20-25 мкА

2 стадия Гнойно-некротический ЭОД 70 мкА

Хронические:

Фиброзный 25-30 ЭОД мкА

Язвенно-некротический (гангренозный) ЭОД до 70 мкА

Гипертрофический ЭОД 30-50 мкА

Обострение хронического

**Острые пульпиты.**

**Особенности:**

1. Острые пульпиты в детском возрасте в клинике встречаются редко, что связано со сниженной реактивностью детского организма (переходит в хронический), трудностью сбора анамнеза (пропускается острая стадия).

Выраженная симптоматика наблюдается только до начала инволютивных процессов в пульпе. Боли вечерние, ночные, самопроизвольные. Сначала боли могут также возникать от холодного и утихать от горячего, затем с течением времени наоборот (то есть возникают от горячего, а от холодного уменьшаются). Иррадиации как правило нет.

Реакция на перкуссию: ощущение “выдвинутого зуба”, боли при надавливании пальцем (при вовлечении тканей периодонта в процесс или при сотрясении отечной пульпы).

Может быть реакция регионарных лимфатических узлов, местный отек тканей.

2. Быстро распространяется процесс с коронки на корень (устья широкие).

3. Клиническая картина вариабельна – 3 периода:

1. Процесс формирования корней ещё не завершен. Широкие каналы и апекальное отверстие, много предентина. Так как из пульпы благодаря этому возможен отток, то клиника будет стертой.
2. Корни сформированы. Клиника как у взрослого.
3. Корни рассасываются. Может быть отток – опять стертая картина. При удалении зуба главное не повредить зачаток постоянного зуба, точно следовать топографии корней молочного зуба.

4. Процесс быстро переходит из одной стадии в другую (серозно-гнойный в гнойно-некротический пульпит), из-за особенностей строения и отсутствии ограничений.

5. Явления интоксикации (головная боль, плаксивость, общее недомогание, повышение температуры). Особенно характерно для детей до 3-х лет.

**Клиника:**

**Временные зубы с несформированными корнями.**

# 1. Серозно-гнойная стадия

Хороший отток (через полость зуба и через корень).

Снижена реактивность (то есть этой стадии практически не будет – протекает незамечено).

Разовая кратковременная боль (сама или во время пищи). Родители не ведут ребенка к врачу сразу. Затем процесс хронизируется, при жевании может сохраняться незначительная боль.

2. Гнойно-некротический

Боль слабая. Днем кратковременная, ночью значительная. От холода боль уменьшается, от горячего усиливается.

При воспалении по гиперергическому типу (при повышенной реактивности организма, при сенсибилизации, увеличении рыхлости ткани) возможна бурная реакция организма, регионарный лимфаденит, острый периодонтит, периостит. Интоксикация. Припухлость в области околочелюстных тканей не исключает возможность сохранения живой пульпы.

**Временные зубы со сформированными корнями.**

1. Серозно-гнойный. Острый болевой приступ, непродолжительный (1 мин – 30 мин), межболевые промежутки несколько часов. Точно указывают больной зуб. Боль от температурных раздражителей

Осмотр: средней глубины полость, размягченный дентин снимается слоями (желательно под анестезией). Зондирование и экскавация дна резко болезненна. Перкуссия отрицательна.

2. Гнойно-некротический.

Чёткая симптоматика, протекает бурно. На первом плане – перифокальные явления – длинный болевой приступ (больше, чем светлые промежутки). Может быть иррадиация по ходу ветвей тройничного нерва.

Осмотр: кариозная полость средней, глубокой глубины. Дентин размягченный снимается слоями. Зондирование и экскавация резко болезненны. Наблюдается реакция околочелюстных тканей и интоксикация.

На рентгене изменения не определяются.

**Временные зубы с резорбцией корней.**

Острая фаза почти бессимптомна, так как ткань пульпы постепенно начинает замещаться на фиброзную. Перкуссия безболезненна. На температурные раздражители – незначительная болевая чувствительность.

**Хронические пульпиты.**

**Особенности:**

1. Причины: развиваются как исход острого пульпита, первично-хронические пульпиты бывают у детей с соматической патологией.

2. В 40-60% хронические пульпиты сопровождаются хроническим преимущественно гранулирующим периодонтитом. При расположении кариозной полости на жевательной поверхности очаг разряжения костной ткани будет располагаться, как правило, в районе межкорневой перегородки, бифуркации. Если полость боковой поверхности располагается медиально, то очаг разряжения кости тоже медиально (дистально – значит дистально).

При лечении таких зубов лучше сделать рентген для того, чтобы обнаружить очаг деструкции и охарактеризовать его положение относительно зачатка постоянного зуба, и отсюда – выбрать план лечения.

3. 40-60% хронических пульпитов протекают при вскрытой полости зуба.

**Клиника:**

Хронический фиброзный.

Боль при приеме пищи продолжительностью от минут до часов. Ребенок избегает пользоваться больной стороной. При осмотре – глубокая полость с большим количеством измененного дентина. При его экскавации обнажается пульпа. Болезненность при зондировании. Перкуссия безболезненна.

На рентгене наблюдается расширение периодонтальной щели до 8-14%.

Язвенно-некротический.

Встречается часто. Развивается из острого или хронического фиброзного. Боль бывает не всегда. Обычно тяжесть и распирание в зубе, боль во время еды от резких(!!) перепадов температур. Боль отсроченная (это связано с некрозом поверхностных участков пульпы и дегенерацией рецепторов в пульпе).

При осмотре: полость глубокая, много размягченного дентина. Зуб изменен в цвете, может быть неприятный запах изо рта.

Зондирование незначительно болезненно.

Хронический гипертрофический.

Бывает редко. Чаще развивается из хронического фиброзного, когда пульпа обнажена и подвергается постоянному механическому воздействию и инфицированию. Может быть рыхлая и кровоточащая ткань ярко-красного цвета, или наоборот – плотная, покрытая эпителием мало болезненная и некровоточащая ткань.

На рентгене незначительное расширение периодонтальной щели. У апекса может быть гранулематозный периодонтит.

Обострение хронического пульпита.

Жалобы на постоянные ноющие боли при надавливании (изменения в периодонте). Реакция лимфатический узлов, местный отек тканей.

Пульпа менее болезненна, чем при остром пульпите.

**Особенности лечения пульпитов молочных зубов.**

**Биологический метод лечения.**

Показания:

Хронический фиброзный пульпит

Самое начало острого пульпита (боли до 1 дня, приступ короче светлого промежутка и безболезненна перкуссия)

1-2 группа здоровья у ребенка

Компенсированное течение кариеса

Травматический пульпит без реакции местных тканей

Центральное положение полости (это важное условие, так как необходимо чтобы хватило места для удержания подкладок и пломбы – на апроксимальной полости не хватает стенки для удержания постоянной пломбы).

Биологическим методом лучше лечить молочные зубы, находящиеся в процессе формирования или стабилизации роста корня – резцы до 5 лет, моляры до 6 лет, клыки до 7 лет.

В идеале биологический метод следует использовать, когда рога пульпы только просвечивают, но зонд в полость не проваливается (то есть когда клиника глубокого кариеса).

Используют 2 способа прямой (наложение препаратов кальция на рог пульпы, изолирующую подкладку и пломбу) и непрямой (на вскрытый рог накладывают препараты с гормонами, антибиотиками, пластифицирующие препараты – на 10 дней, затем уже в следующее посещение препараты кальция и пломбу).

**Витальная ампутация.**

(сохранение жизнеспособности только корневой пульпы)

Показания как при биологическом методе, но расположение полости необязательно центральное. Лучше метод использовать в многокорневых зубах (грань между корневой и коронковой пульпой четче). Еще метод показан и при общем обезболивании.

**Девитальная ампутация с последующей мумификацией.**

Показания: хронический и острый пульпит. Противопоказания: острый и обострение хронического при выраженной реакции тканей периодонта и лимфатических узлов.

До 7 лет – лечение в 3 посещения.

В первое посещение наложение девитализирующей пасты, во второе – наложение тампона с резорцин-формалином под временную пломбу на 2-3 дня, в третье посещение закрытие устьев и дна – постоянная пломба.

После 7 лет – в два посещения. Выпадает наложение тампона с резорцин-формалином – в данном случае резорцин-формалином только пропитывают полость на 1-2 мин и уже ставят постоянную пломбу.

Девитализируюшие препараты:

1.Мышьяковистый ангидрид – цитоплазматический яд. Хорошо диффундирует в околочелюстные ткани (желательно не использовать в жарком климате).

Нельзя допускать попадание на десну. Также нельзя использовать повторно (то есть, если после наложения в первый раз оказал слабое действие и пульпа осталась жива, то второй раз надо использовать уже другие препараты без мышьяка).

Мышьяк обеспечивает стерильность полости. Но у детей препараты содержащие мышьяк использовать нежелательно.

2.Параформальдегид – антисептик и мумификатор. На рог пульпы ставить бесполезно (полость надо вскрыть). Можно ставить и дважды. Ставят обычно на 10-14 дней. Например, Депульпин (Voco) можно использовать в детстве.

Резорцин – белый кристаллический порошок (не должен быть розовым!). Формалин 40%-ый должен быть без осадка (если есть хлопья, то это значит, что препарат уже превратился в хлопья параформа и раствор муравьиной кислоты). В формалин до насыщения добавляют кристаллы резорцина.

**Витальная экстирпация.**

Основное условие – сформированность корней. Показание: все формы пульпитов, особенно гнойно-некротический острый и язвенно-некротический хронический (так как при данных формах в процесс и так вовлечены ткани пародонта, а при использовании девитализации им будет наноситься еще больший удар).

Рентген – 3 снимка в процессе лечения. Пломбировка пастами, которые рассасываются (без гуттаперчи, без термофила). Существуют специальные пасты для молочных зубов, эндометазон (пломбировать рыхло), эвгенол с окисью цинка.

Метод хорош тем, что лечение происходит одномоментно, однако надо учитывать, что по времени не каждый ребенок может выдержать примерно 1ч 20 минут на обработку и пломбирование зуба (и легче сделать в несколько коротких посещений методом девитальной ампутации). Метод рекомендуют использовать при общем наркозе, однако использовать общее обезболивание только при показаниях.

**Девитальная экстирпация.**

Также основное условие – сформированные корни. Показания: все пульпиты, но без реакции околочелюстных тканей и лимфатических узлов (так как в этой ситуации нельзя использовать девитализирующие агенты из-за их влияния на уже “страдающий” пародонт). На практике в данном случае вообще лучше удалить зуб.

Подводя итог, основным методом на практике следует считать девитальную ампутацию.