

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра-клиника стоматологии ИПО

Острый пульпит временных зубов. Этиология, патогенез,
классификация. Клиника, дифференциальная диагностика и лечение
острого пульпита временных зубов.

Презентация выполнена в соответствии с
ОГРОП по стоматологии детская. Отсутствуют ссылки на литературу.
Тема раскрыта не полностью. Выполнил ординатор
Литература оформлена кафедрой-клиники стоматологии ИПО
не по ГОСТу, Бисеряков, по специальности «стоматология детская»
4 источника до 2017 г. Ливанова Александра Петровна
Оценка рецензент к.м.н., доцент Тарасова Наталья Валентиновна
"удовлетворительно".

13.02.2020
Красноярск, 2020

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра-клиника стоматологии ИПО

**Острый пульпит временных зубов. Этиология, патогенез,
классификация. Клиника, дифференциальная диагностика и лечение
острого пульпита временных зубов.**

Выполнил ординатор
кафедры-клиники стоматологии ИПО
по специальности «стоматология детская»
Ливанова Александра Петровна
рецензент к.м.н., доцент Тарасова Наталья Валентиновна

Красноярск, 2020

Цель

Изучить острый пульпит временных зубов и сформулировать действия врача-стоматолога при данном заболевании.

Задачи

- Определить этиологию острого пульпита временных зубов;
- Проанализировать патогенез острого пульпита временных зубов;
- Рассмотреть классификацию острого пульпита временных зубов;
- Выявить клинику острого пульпита временных зубов;
- Изучить дифференциальную диагностику острого пульпита временных зубов;
- Сформулировать лечение острого пульпита временных зубов.

Введение

Пульпа зуба, содержащая соединительную ткань, сосуды и нервы, способна отвечать на воздействие повреждающих факторов развитием защитных реакций. Главным видом защитных реакций пульпы является воспалительный процесс (пульпит), направленный на устранение действия повреждающего фактора и восстановление ее структуры.

Выраженность воспалительной реакции и разнообразие клинических форм пульпита зависит от:

- интенсивности и длительности воздействия повреждающего фактора;
- особенностей строения твердых тканей зубов у детей;
- особенностей строения пульпы в различные возрастные периоды;
- реактивности организма ребенка.

Этиология

Воспалительный процесс в пульпе возникает в ответ на раздражители, которые влияют на пульпу. Превалирующими этиологическими факторами обычно служат микроорганизмы, продукты их жизнедеятельности, распад органического вещества дентина, химические, токсические вещества экзогенного происхождения, температурные, механические, физические и другие раздражители. Основной причиной по частоте возникновения пульпита служат микроорганизмы. Они могут проникать из нелеченой кариозной полости и при негерметическом прилегании пломбы к твердым тканям зуба, через пародонтальные карманы, а также гематогенным путем. Как осложнение кариеса пульпит всегда развивается в форме гиперергического воспаления на фоне предыдущей сенсибилизации пульпы продуктами распада органического вещества дентина и эндотоксинами микроорганизмов кариозного очага. Гематогенное инфицирование пульпы может возникнуть при гриппе, осложненном капилляротоксикозом, остеомиелите и др.

Воспаление пульпы может развиваться в интактных зубах в связи с проникновением микроорганизмов из близлежащих инфекционных очагов, ретроградно через одно из верхушечных отверстий. По дополнительным каналам корня зуба инфекция проникает в пульпу из пародонтального кармана, особенно при обострившемся течении генерализованного пародонтита после глубокого кюретажа или других хирургических вмешательств. К возникновению пульпита приводят различные травматические ситуации. Иногда травма возникает по вине врача — случайная перфорация полости зуба и обнажение пульпы во время препарирования кариозной полости при кариесе. Глубокие изменения в пульпе наблюдают вследствие наложения паст из сильнодействующих анестетиков на дно кариозной полости при глубоком кариесе с целью местного обезболивания. Раздражающее влияние на пульпу имеют композиты, которые применяют без достаточной изоляции, при протравливании тканей зуба и из-за отсутствия охлаждения при препарировании кариозных полостей.

Патогенез

Фазы воспаления: альтерация, экссудация, пролиферация.

Иммунный ответ пульпы на бактериальную инфекцию не специфический. При этом активизируются рецепторы, распознающие молекулярные маркеры, которые свойственны патогенным микроорганизмам, и инициируется процесс фагоцитоза.

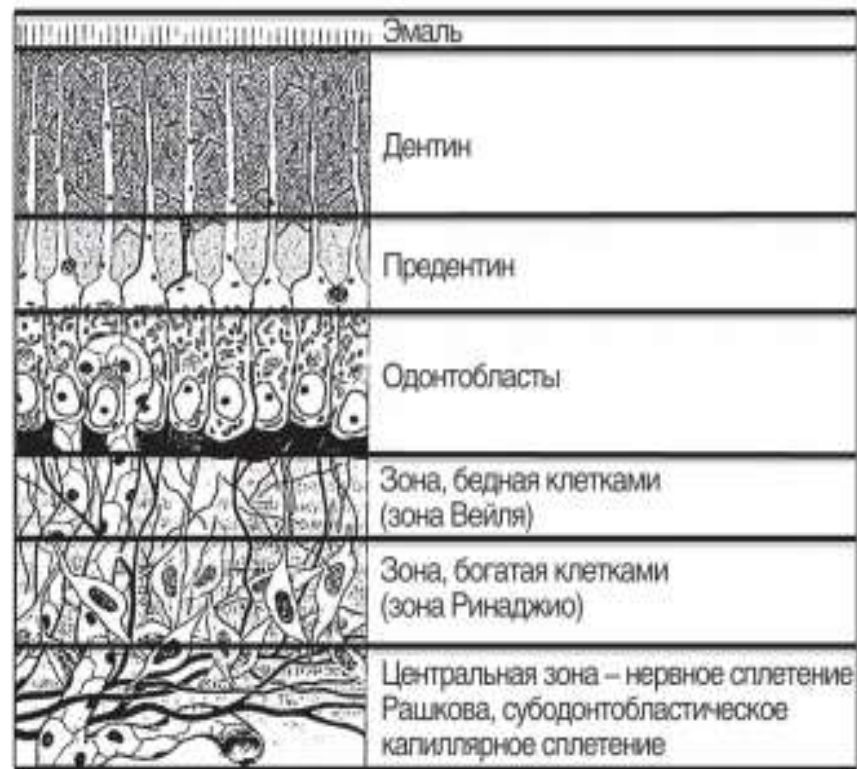
Компоненты неспецифической реакции дентино-пульпарного комплекса на инвазию микроорганизмов из зоны кариозного поражения:

- обратный ток дентинной жидкости;
- реакция одонтобластов;
- секреция нейропептидов;
- активация иммунокомпетентных клеток;
- продукция цито- и хемокинов.

Гистологические изменения в пульпе на этапах патогенеза пульпита

Этап I — нормальная архитектура пульпы, без воспалительных изменений. Отсутствие репаративного дентина, нормальный слой одонтобластов и зона, бедная клетками.

Этап II — воспалительные изменения ограничены в слое одонтобластов, и зона, бедная клетками, не вовлечена. Ключевой характеристикой считают появление тонкого слоя репаративного дентина и нормальный или слегка измененный слой одонтобластов.



Архитектура зрелой пульпы

Этап III — воспалительные изменения ограничены в слое пульпы, прилежащем к кариозному поражению: воспалительные повреждения отмечают в слое одонтобластов и зоне, бедной клетками, но располагаются они в зоне, прилежащей к кариозному поражению. Определяют разрывы в репаративном дентине, отсутствие или некроз одонтобластов, слабо заметна зона, бедная клетками, с признаками гиперемии, фиброза и инфильтрации воспалительными клетками.

Этап IV — воспалительные изменения ограничены коронковой пульпой. На этом этапе изменения, описанные ранее, определяют во всей коронковой пульпе, но корневая пульпа не вовлечена в процесс. Диагностируют глубокое проникновение воспалительных клеток в коронковую пульпу.

Этап V — вовлечение в воспалительный процесс коронковой и корневой пульпы. Развитые явления воспаления, дегградация одонтобластов и бесклеточной зоны по всему объему пульпы.

Классификация

В эндодонтии насчитывается несколько десятков систематизаций заболеваний пульпы. Многочисленность их можно объяснить многообразием видов поражений пульпы, различием принципов их создания: по этиологии, клиническим проявлениям, патоморфологическим признакам и т. д.

Классификация Е. Е. Платонова (1968)

I. Острый пульпит:

- очаговый;
- диффузный.

II. Хронический пульпит:

- фиброзный;
- гипертрофический;
- гангренозный.

III. Обострение хронического пульпита.

Особенности клинического течения острого пульпита временных зубов

1. Острый пульпит временных зубов встречается крайне редко, и диагностируется у соматически здоровых детей, редко болеющих и имеющих, как правило, компенсированную форму кариеса.
2. При остром пульпите полость зуба всегда закрыта, и кариозная полость выполнена светлым инфицированным дентином.
3. Острый пульпит временных зубов, особенно в период формирования или резорбции корней, нередко сопровождается реакцией тканей периодонта и регионарных лимфатических узлов, отеком окружающих зуб тканей (что обусловлено наличием широкого сообщения корневых каналов с тканями периодонта и отсутствием защитных клеточных барьеров в месте перехода корневой пульпы в периодонт).
4. Острый пульпит нередко сопровождается ухудшением общего состояния организма в связи с переходом воспалительного процесса на хорошо васкуляризованную костную ткань.
5. Серозный пульпит временных зубов очень быстро переходит в гнойный, что связано с наличием большого количества клеточных элементов, хорошим кровоснабжением пульпы и тонкими сосудистыми стенками растущих сосудов.
6. Частичный пульпит встречается реже, чем общий (из-за несостоятельности макрофагально-гистиоцитарного барьера на границе коронковой и корневой пульпы).
7. Исходом острого пульпита временных зубов чаще, чем постоянных, является некроз пульпы.

Клиника

Острый очаговый пульпит молочных зубов встречается очень редко, так как при наличии вирулентной инфекции и пониженной сопротивляемости организма ребенка эта форма быстро переходит в диффузное воспаление. Слабо выраженная болевая реакция в молочных и постоянных зубах с несформированными корнями обусловлена хорошим оттоком экссудата через широкий корневой канал и широкие дентинные канальцы. В результате эта форма пульпита в младшем возрасте проходит незамеченной для ребенка и его родителей. Они к врачу не обращаются и кратковременная фаза острого частичного воспаления через 2 ч переходит в общую. У более старших детей клиническая картина острого частичного пульпита складывается из кратковременных болевых приступов, чередующихся с длительной ремиссией, что напоминает течение пульпита у взрослых.

Клиника

Острый диффузный пульпит. Клинические проявления этой формы пульпита разнообразны и зависят от возраста ребенка, его реактивности и сопротивляемости инфекции, а также от групповой принадлежности зуба и степени его сформированности.

У ослабленных детей раннего возраста острое диффузное воспаление пульпы может сопровождаться реактивным воспалением периодонта и разрежением костной ткани челюсти. Клинически это выражается болезненной перкуссией, гиперемией слизистой оболочки альвеолярного отростка, болью и утолщением надкостницы, отеком мягких тканей, увеличением и болезненностью регионарных лимфатических узлов. При такой форме пульпита страдает общее состояние ребенка: поднимается температура тела до 38-39 °С, нарушаются сон, аппетит, ребенок становится капризным и беспокойным. Такое течение острого общего пульпита следует дифференцировать в первую очередь от обострений хронического периодонтита, хронического гангренозного пульпита в стадии обострения, периостита челюсти. Учитывая ряд сходных симптомов при этих заболеваниях, единственно надежным диагностическим признаком является состояние пульпы после ее обнажения.

Дифференциальная диагностика

Общие признаки острого очагового и острого диффузного пульпитов:

- 1) боли от всех видов раздражителей;
- 2) самопроизвольные боли, особенно в ночное время;
- 3) наличие глубокой кариозной полости;
- 4) полость зуба не вскрыта.

Различия:

- 1) при остром очаговом пульпите боли чаще возникают от холодного, а при остром диффузном пульпите при переходе в гнойную стадию боли появляются преимущественно от горячего. Холод боль успокаивает;
- 2) при остром очаговом пульпите безболевые промежутки гораздо длиннее болевых, а при остром диффузном пульпите самопроизвольные боли длительные (до нескольких часов), а «светлые» промежутки короткие;
- 3) острый очаговый пульпит существует не более 1—2 суток, а острый диффузный пульпит — до 14 суток;
- 4) при остром очаговом пульпите иррадиации боли нет, а острый диффузный пульпит протекает с иррадиацией болей, поэтому пациент не может точно указать больной зуб;
- 5) зондирование при остром очаговом пульпите болезненно в проекции воспаленного рога пульпы, при остром диффузном пульпите — по всему дну;
- 6) перкуссия при остром очаговом пульпите безболезненна, при остром диффузном — болезненна.

Дифференциальная диагностика

Симптомы	Острый серозный	Острый гнойный
Начало заболевания	Острое	Острое
Самопроизвольные приступообразные боли	Длительные с короткими промежутками	Длительные, пульсирующие, с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва
Реакция на температурные раздражители. Перкуссия зуба	Боль от холодного, теплое может успокаивать Может быть болезненная	боль от горячего, холодное может успокаивать болезненная
Состояние полости зуба	Закрыта	закрыта
Зондирование дна кариозной полости	Болезненно по всему дну	зондирование болезненно в глубине полости зуба после раскрытия полости зуба

Лечение

Выбор методов лечения, применяемых в детской стоматологии при лечении пульпита, достаточно широк:

- 1) биологический метод, позволяющий сохранить жизнеспособность всей пульпы и обеспечить физиологические процессы, связанные с развитием зуба;
- 2) витальная ампутация, проведение которой связано с удалением наиболее инфицированной коронковой части пульпы и сохранением корневой ее части для дальнейшего развития зуба;
- 3) витальная экстирпация — полное удаление пульпы под обезболиванием с последующим пломбированием каналов;
- 4) метод девитальной ампутации, позволяющий, несмотря на мумификацию корневой части пульпы после удаления коронковой при несформированных корнях зуба, сохранить жизнеспособность ростковой зоны, что даст возможность деформироваться корню;
- 5) девитальная экстирпация — полное удаление пульпы после девитализации с последующим пломбированием каналов

Биологический метод

Сохранение жизнеспособности пульпы молочных зубов способствует их функции вплоть до физиологической смены, предупреждает развитие осложнений в периодонте и кости челюсти, способствует полноценному завершению формирования постоянных зубов.

Полное сохранение пульпы у детей возможно при остром частичном пульпите, в том числе травматического происхождения. Для сохранения жизнеспособности всей пульпы проводят не прямое ее покрытие лекарственными препаратами, если полость зуба не вскрыта, или прямое, когда на обнаженную пульпу накладывают лечебную пасту, стимулирующую выработку «дентинного мостика».

Метод девитальной ампутации

Метод девитальной ампутации пульпы с последующей или одновременной ее мумификацией является наиболее распространенным при лечении пульпита временных зубов. Многолетний опыт применения свидетельствует о том, что при соблюдении показаний и методики проведения он дает хороший клинический эффект. Считается, что при девитализации и мумификации корневая пульпа остается фиксированной и стерильной, вследствие чего минимизируется опасность распространения инфекции в периапикальные ткани и вероятность внутренней резорбции корня. Имеются две методики девитальной ампутации: с применением в качестве девитализирующего средства мышьяковистой кислоты и безмышьяковистых препаратов (параформальдегид, триоксиметилен).

Метод девитальной эктирпации

Лечение пульпита временных зубов методом девитальной эктирпации (пульпэктомии) предусматривает удаление коронковой и корневой пульпы в условиях обезболивания или после предварительной девитализации с последующим очищением, формированием и пломбированием корневого канала (каналов) рассасывающейся пастой при необратимом воспалении, распространяющимся на корневую пульпу.

При лечении пульпита методом девитальной эктирпации (пульпэктомии) в первое посещение после обезболивания препарируется кариозная полость, вскрывается полость зуба, осуществляется гемостаз, после чего на обнаженную пульпу накладывается девитализирующий препарат под временную пломбу. Дальнейшие этапы лечения идентичны с методикой витальной пульпэктомии (экстирпации).

Метод витальной ампутации.

Жизнеспособная корневая пульпа служит надежным барьером для проникновения микробов в периапикальные ткани и предотвращает развитие одонтогенных очагов воспаления, поэтому метод витальной ампутации направлен на сохранение жизнедеятельности корневой пульпы (верхушечная часть корневой пульпы, периодонт и зона роста представляют единое биологическое целое). Корневая пульпа хорошо кровоснабжена, в ткани ростковой зоны имеется большое количество клеточных элементов, обладающих высокой защитной и формообразующей способностью, корневая пульпа построена по типу грубоволокнистой соединительной ткани с меньшим количеством клеточных элементов и способна к метаморфозу и построению дентино-, цементно- и костеподобной ткани.

Метод витальной экстирпации можно применять при лечении молочных и постоянных зубов с законченным формированием корней, если корневые каналы проходимы. При соблюдении этих условий метод применим при всех формах пульпита и проводится, как у взрослых. При осуществлении этого метода необходимо обеспечить хорошую анестезию. Однако в детской стоматологии метод витальной экстирпации не получил широкого распространения, так как он является длительным и трудоемким, а дети не всегда способны выдержать длительное многоэтапное лечение.

Список использованных источников

- Стоматология детского возраста, Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В., издательство “Медицина”, 2003г
- Терапевтическая стоматология детского возраста под редакцией Л.А. Хоменко. ООО «Книга плюс» 2007.- 815 с.
- Базилян Э. А. Практическое руководство по эндодонтии: учебное пособие по специальности 040400 «Стоматология» / Э.А.Базилян, Л.В.Волчкова, Г.И.Лукина. –Москва.: Прокт.медицина, 2007. –111с.
- Стоматология детского возраста: практическое пособие. / О.Е. Ткачук. – Феникс, 2006. – 304 с.
- Детская терапевтическая стоматология: учебное пособие. / Л.П. Кисельникова. – Литтерра, 2009. – 208 с.

Спасибо за внимание!