УДК: 616-31-002:616-02:616-03

АЛГОРИТМ ПОСТАНОВКИ ДІАГНОЗУ ГОСТРОГО ПУЛЬПІТУ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ

Клітинська О.В., Іваськевич В.З.**, Зорівчак Т. І.****

**доктор медичних наук, професор, завідувач кафедрою стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна.*
*** асистент кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна.*
****старший лаборант кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна*

Summary: Generally known, that the right diagnosed disease largely positively influences on efficiency of treatment. During diagnosis "the pulpit of temporal tooth" must be taken into account the development of the affected tooth, the dental health and the general-somatic level of macroorganism of child that is the criterion of level of immunological reactivity and forms of the cellular and humoral response of the body to the presence of inflammation. In turn, the effectiveness of treatment depends on the adequate choice of treatment and professional competence of a doctor. The diagnosis of acute pulpitis of the temporary tooth is complicated by the inability of the children of preschool age to adequately assess their condition, which leads to errors in assessing the nature of pain, duration and localization of pain.

Key Words: temporary teeth, acute pulpitis, pain, percussion, sensing, criteria for diagnosis.

Актуальність теми. Запальний процес в пульпі протікає відповідно до загальних закономірностей даного патологічного процесу, а різкий рівень реактивності організму зумовлює характер запальної реакції. Основними етіологічними чинниками пульпіту є проникнення мікроорганізмів в пульпову камеру з каріозної порожнини, згубна дія хімічних, температурних подразників та травматичний чинник, що супроводжується оголенням пульпи внаслідок механічної травми зуба [10].

На сьогоднішній день недостатньо розроблені питання діагностики пульпіту у дітей, відсутні надійні раціональні методики знеболення пульпи; комплекси з антибіотиків, що пропонуються для лікування, не завжди ефективні, внаслідок чого нерідко виникають ускладнення. Окрім того, певні труднощі виникають у зв'язку з тим, що із-за особливостей психіки пацієнтів цього віку клінічна діагностика буває надзвичайно важка. Діти не завжди правильно аналізують суб'єктивні відчуття та адекватно реагують на об'єктивні методи дослідження, що часто призводить до діагностичних помилок та до неправильного вибору методу лікування [16].

Отже, недостатність суб'єктивних ознак разом із ненадійним характером повідомлень дитини складають основну причину діагностичних складнощів. Такі додаткові методи дослідження як термодіагностика та електроодонтодіа гностика (ЕОД) – процедури болючі і можуть дати значні коливання в результатах вимірювань чутливості, які досягають інколи на одному і тому ж зубі 100%. Крім того, у дітей ЕОД не є об'єктивним тестом: в періоди фізіологічної резорбції та формування кореня зубів збудливість пульпи понижена, а інколи зовсім відсутня. А за допомогою рентгенографії неможливо зробити заключення про стан пульпи; можна лише визначити віддаленість каріозної порожнини від пульпи. Таким чином, досконалі клінічні

та параклінічні методи діагностики пульпіту у дітей, по суті, відсутні. Розпізнавання пульпітів утруднене також внаслідок різної неспецифічної реактивності організму дітей та підлітків, а також неоднакової структури пульпи у різні вікові періоди. Це підтверджують і повідомлення Школяр Т.Г. про те, що лише 10% клінічних та патологоанатомічних діагнозів співпадають [20].

Мета дослідження. Створити алгоритм постановки діагнозу гострого пульпіту тимчасових зубів, що базується на даних анамнезу захворювання та додаткових методів дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. Для класифікації пульпіту тимчасових зубів у дітей найчастіше використовують класифікацію Виноградової Т.Ф. (1987), де запалення пульпи поділяється на гострий та хронічний процес, кожен з яких включає свої окремі різновиди [12]. Серед гострих пульпітів тимчасових зубів виділяють:

- *гострий серозний***.** Особливість початкових етапів запалення пульпи у тимчасовому зубі полягає в тому, що внаслідок великої проникності дентину значні зміни в пульпі спостерігаються вже на етапі середнього карієсу; осередкові форми практично відразу переходять в дифузні, а тому і не виділені в окрему класифікаційну групу.
- *гострий гнійний.* Гострий пульпіт у тимчасовому зубі також прагне до швидкого охоплення всієї пульпи і раніше, ніж у постійному може перейти в хронічний, оскільки проникні дентинні канальці сприяють виходу ексудату із запаленої пульпи, знижуючи гостроту запалення; карієс протікає активніше й швидше відбувається оголення пульпи, даючи можливість виходу ексудату; широкі апікальні отвори дають вихід ексудату, швидко залучаючи до запалення тканини періодонта.
- *гострий пульпіт з залученням в процес періодонта або регіонарних лімфатичних вузлів.*

При будь-якому гострому запаленні пульпи тимчасового зуба більша ймовірність поширення запалення в міжкореневий простір, ніж при аналогічному процесі в постійному зубі. Це пояснюється більшою проникністю дентину, особливо в зоні з'єднання коренів. У свою чергу, це може призвести до порушень формування зачатка постійного зуба – змін в термінах прорізування та зниження опірності після прорізування [13].

Рис. 1. Схема виникнення інфекційного пульпіту.

ВООЗ пропонує свою класифікацію пульпітам. Виділяють:

К04 – хвороби пульпи та періапікальних тканин.

К04.0 – пульпіт.

К04.00 – початковий, гіперемія пульпи. (За ММСИ – глибокий карієс).

К04.01 – гострий. (За ММСИ – гострий вогнищевий пульпіт).

К04.02 – гнійний, пульпарний абцес. (За ММСИ - гострий дифузний).

К04.03 – хронічний. (За ММСИ – хронічний фіброзний пульпіт).

К04.04 – хронічний виразковий пульпіт. (За ММСИ – хронічний гангренозний пульпіт).

К04.05 – пульпарний поліп. (За ММСИ – хронічний гіперпластичний пульпіт).

К04.08 – інший уточнений пульпіт.

К04.09 – пульпіт неуточнений.

К04.1 – некроз пульпи (гангрена пульпи).

К04.2 – дегенерація пульпи (дентиклі, петрифікати пульпи).

К04.3 – неправильне формування твердих тканин в пульпі (вторинний або іррегуляторний дентин).

Однією з відмінних рис даної класифікації є виділення в окрему категорію змін в пульпі зуба, що відбуваються ще до появи самостійних болів, на етапі глибокого карієсу. Це вимагає від лікаря застосування додаткових заходів впливу на пульпу при пломбуванні великих порожнин, наприклад, накладення лікувально-ізолюючих прокладок [12].

Особливості клінічного перебігу гострих пульпітів у дітей. При гострому пульпіті молочного зуба біль менш інтенсивна, ніж у постійних зубах. Іррадіація болю по ходу нервових закінчень у дітей зустрічається рідко. Відмічається швидкий розвиток патологічного процесу, характерний блискавичний перехід однієї форми пульпіту в іншу. В цей же час важливим діагностичним синдромом є больова реакція зуба на перкусію. Як правило, ця реакція зумовлена не лише втягненням в патологічний процес тканин пародонту, але й струсом набряклої запальної пульпи. Необхідно також пам'ятати, що у зв'язку з анатомічною будовою тимчасових зубів глибина каріозної порожнини часто буває незначною і відповідає (візуально) середньому карієсу. Слід пам'ятати, що зондування каріозної порожнини має діагностичне значення в тому випадку, якщо воно проводиться після її обробки, розкриття, видалення розм'якшеного дентину. Гострі пульпіти виникають завжди при макроскопічно закритій порожнині зуба. Реакція регіонарних лімфатичних вузлів при загальних пульпітах молочних зубів виражається в набряку м'яких тканин підщелепної ділянки і в наявності болючих рухомих м'якоеластичної консистенції лімфовузлів [2].

Гостре запалення - це активна реакція тканин пульпи на сильні подразники, які проникають в пульпу з каріозної порожнини при порушенні бар'єрної функції дентину і на фоні мобілізації захисних сил організму. На таку реакцію більшою мірою здатний організм здорової і сильної дитини. Дуже важливо виявити ступінь компенсації карієсу зубів. При компенсованій формі слід чекати гостре запалення пульпи, так як гострі пульпіти частіше діагностуються у здорових, міцних дітей, які рідко хворіють, мало приймають лікарські препарати [22].

В стадії формування молочних та постійних зубів фаза гострого пульпіту досить короткочасна. Вона може пройти непоміченою. Як правило, в таких випадках діти до лікаря не звертаються. Гнійне запалення пульпи в молочному зубі перебігає дуже швидко, з вираженою симптоматикою. Дитина відчуває різкий рвучий біль; ремісії короткочасні, тривають кілька хвилин. Часто ускладнюються гострим періодонтитом. Хронічне запалення пульпи розвивається переважно з гострих форм пульпітів. В 40-60% випадків воно ускладнюється хронічним періодонтитом, частіше гранулюючим [11].

Рентгенологічні зміни в тканинах при пульпітах. Рентгенологічні дані підтверджують відомості про те, що для пульпітів у дітей характерно втягнення в патологічний процес тканин періодонту. Широкий верхівковий отвір та рихла будова окістя роблять його більш сприйнятливим до запального процесу, що протікає в пульпі. При рентгенологічному дослідженні пульпіту молочних зубів виявляється, що в 57% випадків пульпіти супроводжуються деструктивними змінами зі сторони навколозубних тканин. Цікаво, що при хронічному гіпертрофічному пульпіті ні в одного хворого (для постійних зубів) змін на рентгенограмі не виявлено. Очевидно, гіпертрофована пульпа є, свого роду, захисним бар'єром навколоверхівкової тканини, що слід враховувати при визначенні показань для вибору методу лікування. В той же час, у 1/3 хворих з

хронічним дифузним пульпітом та у більшості хворих з гангренозним пульпітом виявлено відхилення від норми в тканинах періодонту. Рентгенографія, зроблена в динаміці, дає можливість оцінити ефективність лікування пульпіту [14].

Розглядаючи гострі форми пульпіту тимчасових зубів, слід відзначити, що, як правило, з вираженою симптоматикою їх ми діагностуємо в зубах до початку резорбції кореня. На своєчасну діагностику даної патології впливає те, що діти не можуть з точністю описати характер болю, частоту та тривалість больових нападів, локалізацію та іррадіацію, тому ми більшою мірою опираємось на інструментальну діагностику та додаткові методи обстеження. Гострі пульпіти тимчасових зубів характеризуються швидким перебігом та інтенсивним розвитком гострого запалення з прогресивним його поширенням на періапікальні тканини. У зв'язку з цим, початкові форми даної патології: гіперемія пульпи та гострий обмежений пульпіт в клініці не діагностуються [6].

При постановці діагнозу, в першу чергу, лікар звертає увагу, на якій стадії кореня знаходиться уражений зуб. Адже найчастіше пульпіт діагностується на стадії сформованого кореня і становить 86,5 %, на відміну від цього, в період росту кореня дана патологія реєструється рідше, а найменша частота виникнення пульпітів притаманна періоду розсмоктування кореня, що пояснюється згасанням функціональної активності пульпи і становить близько 12 % [3].

Постановку діагнозу починаємо зі збирання анамнезу. Спочатку лікар запитує, в яку пору доби з'являються больові відчуття, адже найчастіше біль виникає у вечірні години, при засипанні або під час сну. Як правило, його провокує вживання чогось холодного і посилюється від теплого. Гострий пульпіт тимчасових зубів дуже часто супроводжується реакцією тканин періодонта та регіонарних лімфатичних вузлів, пальпація яких супроводжується болем, вони є рухомими м'якоеластичної консистенції [4].

Встановлення правильного діагнозу залежить багато в чому від ретельного та послідовного обстеження хворого. Причому, тут важливе як суб'єктивне, так і об'єктивне обстеження. При встановленні діагнозу запалення інших тканин, в більшості випадків, ми маємо можливість з'ясувати майже весь симптомокомплекс запалювального процесу, чи його кардинальні ознаки — rubor, dolor, calor, tumor, functio laesa, а при запаленні пульпи такої можливості ми не маємо, тому що pulpa dentis глибоко схована в cavum dentis, і навіть, якщо буває відкритою в якійсь ділянці, то її все ж недостатньо видно для всебічного дослідження. Тому в своїй роботі стоматолог базується при постановці діагнозу на суб'єктивних даних та на тих симптомах, що може виявити при клінічному аналізі [5].

Основним симптомом при пульпіті є біль, причому він самовільний, без дії будь-яких подразників. Цей основний симптом пульпіту залежить від того чи іншого стану тканини пульпи, стану шару дентину над пульпою і може мати різний характер. Дійсно, при закритій порожнині зуба відмічається сильна больова реакція, при відкритій — вона значно менша. Виникнення самовільного болю пов'язане із порушенням кровотоку, зміною pH в вогнищі запалення, подразненням нервових волокон продуктами розпаду та токсинами [18].

Біль при пульпіті має приступоподібний характер, а між приступами є проміжки відсутності болю — інтермісії. Таке чергування болю пов'язане з адаптаційною здатністю організму до його сприйняття, перевтомленням нервової системи, компенсаторними можливостями пульпи, її високою реактивною спроможністю. Інколи, в проміжках між приступами, відмічається гіперестезія ділянок шкіри обличчя і шиї, які співвідносяться з ураженими зубами. Деколи біль іррадіює по відгалудженням

n.trigeminus. Як правило, це буває в тому випадку, коли інтермісії дуже короткі [7].

При гострому пульпіті біль виникає або посилюється від термічних, хімічних і механічних подразників і не зникає при їх усуненні. Навіть незначної сили подразник може викликати тривалий больовий приступ. Така клінічна картина не характерна для каріозного процесу і буде диференційною ознакою карієсу від пульпіту. Посилення болю вночі, що характерно для гострого пульпіту та хронічного загострення, можливо пояснити превалюванням вночі парасимпатичної нервової системи, а також зменшенням ритму серцевої діяльності і кровотоку, що призводить до накопичення в пульпі токсичних продуктів обміну і подразнення нервових рецепторів [1].

Виходячи з вище сказаного, для того, щоб визначити правильний діагноз хворому, необхідно поставити наступні запитання:

1. Чи відмічається самовільний біль?
2. Який характер болю? Проявляється він приступами чи носить безперервний характер?
3. Підсилюється біль вночі і від термічних, хімічних та механічних подразників?
4. Якщо біль проявляється приступами, то як довго продовжується, і які інтермісії?
5. Чи може хворий правильно вказати зуб, що його турбує?
6. Чи є іррадіація болю по тракту n.trigeminus?

При об'єктивному обстеженні необхідно з'ясувати такі симптоми:

1. Форму і глибину каріозної порожнини; при гострих пульпітах порожнина не така глибока і не займає великого простору на коронці зуба, як при хронічних.
2. Оголена пульпа чи ні, а якщо порожнина зуба закрита, то який стан колопульпарного дентину? Для гострих форм характерна наявність сірого, м'якого, податливого дентину, що знімається шарами, а при хронічних він пігментований, коричневого чи навіть чорного кольору, щільний, неподатливий.
3. Наявність болю при зондуванні дна порожнини. При гострих формах зондування буде болісним біля рогів пульпи, чи по всьому дну, при хронічних формах зондування буде болісним тільки в разі оголення живої пульпи.
4. При болісній перкусії можна стверджувати про наявність патологічних змін в тканинах періодонту.

Із допоміжних методів найбільш інформативним є електроодонтодіагностика. Так, в нормі пульпа реагує на подразнення 2-6 мкА, при запаленні коронкової — 20-50 мкА, кореневої — 50-95 мкА, реакція зуба на силу току більше 100 мкА говорить про загибель всієї пульпи [14].

Серед гострих форм пульпіту вогнищева форма зустрічається вкрай рідко. Як правило, вогнищевий пульпіт у дітей триває 2 – 4 години і відразу переходить у дифузний пульпіт або хронічну форму, тому діагностувати його практично неможливо. Біль має приступоподібний перебіг, виникає спонтанно у вечірні години, для нього характерні довгий час інтермісії [15].

Діти, в яких наявний гострий серозний дифузний пульпіт, скаржаться на гострий самовільний нападоподібний біль, який не має чіткої локалізації та посилюється від термічних, механічних та хімічних подразників [23].

Найбільш поширеною формою даної патології в тимчасових зубах є гострий гнійний пульпіт, для якого характерними є самовільний нестерпний розлитий біль пульсуючого характеру, що поступово наростає та стає постійним. Посилюється від прийому гарячої їжі та знижується від холодного. Крім того, спостерігаються явища загальної інтоксикації: підвищення температури тіла, відмова від їжі, погіршення сну, дитина стає роздратованою, часто плаче, не має бажання гратися [17].

Після проведення суб'єктивного та об'єктивного дослідження слід провести інструментальну діагностику:

зондування та перкусію. Зондування каріозної порожнини при гострому вогнищевому пульпіті різко болісне в одній точці, сполучення з пульповою камерою відсутнє. На відміну від цього, при дифузній формі пульпіту зондування болісне по всьому дну, сполучення з порожниною зуба немає, позитивна вертикальна перкусія. Зондування дна каріозної порожнини при гострому гнійному пульпіті різко болюче і часто призводить до розкриття порожнини зуба, що супроводжується виділенням гною з домішками крові. При цьому больові відчуття в пацієнта зменшуються [19].

Варто пам'ятати про те, що своєчасно поставлений діагноз, а в подальшому і правильний вибір методу лікування здійснюються для того, щоб забезпечити ріст альвеолярної кістки та зберегти місце для прорізування постійного зуба, уникнути травмування його зачатка, запобігти формуванню шкідливих звичок, таких як просування кінчика язика в простір на місці видаленого зуба і як наслідок – виникнення ортодонтичної патології, збереження функції жування та естетичного вигляду пацієнта [21].

Висновки. При постановці діагнозу слід враховувати, в першу чергу, клінічну картину ураженого зуба та результати рентгенологічного дослідження, адже діти не завжди можуть описати свої суб'єктивні відчуття, дати чітку характеристику болю. Тому необхідно ретельно проводити обстеження для того, щоб вчасно поставити правильний діагноз та використати ефективний метод лікування з урахуванням віку пацієнта, стадії кореня, на якій перебуває уражений зуб та загальносоматичного стану дитини, що свідчить про рівень імунологічної реактивності, а також стоматологічний статус ротової порожнини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Беер Р. Иллюстрированный справочник по эндодонтологии / Р. Беер, М. Бауман // М.: МЕДпресс – информ. – 2006. – с.56 – 62.
2. Годованець О.І. Пульпіти у дітей: етіологія, клініка, діагностика, лікування / О.І. Годованець, Т.С. Кіцак, О.О. Вітковський, Ю.О. Павлов //Навчальний посібник. Чернівці: БДМУ. – 2018. – с. 28 – 35.
3. Гутман Дж.Л. Решение проблем в эндодонтии / Дж.Л.Гутман, Т.С. Думша, П.Э.Ловдег // М.: МЕДпресс – информ. – 2008. – с. 310 – 315.
4. Даггал М.М. Лечение и реставрация молочных зубов / М.М. Даггал // М.: МЕДпресс – информ. – 2006. – 160с.
5. Данилевський М.Ф. Терапевтична стоматологія / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун, Л.Ф. Сідельнікова, О.Ф. Несит // К.: Здоров'я. – 2004. – 400с.
6. Казакова Р.В Анатомо – фізіологічні особливості пульпіту у дітей / Р.В. Казакова, Є.В. Ковальов, А.П. Мотуляк // Полтава: УМСА. – 2008. – 240 с.
7. Казакова Р.В. Пульпіти у дітей. Частина І. Анатомо – фізіологічні особливості пульпіту у дітей / Р.В. Казакова, Є.В. Ковальов, А.П. Мотуляк // Чернівці: БДМУ, Івано – Франківськ: ІФДМУ, Полтава: УМСА. – 2008. – 104с.
8. Клітинська О.В. Аналіз поширеності карієсу у дітей дошкільного віку міста Ужгорода / О.В. Клітинська, Е.Й. Дячук // Матеріали науково – практичної конференції «Актуальні питання стоматології сьогодення». – Тернопіль. – 2010. – с.1-2 .
9. Клітинська О.В. Критерії постановки діагнозу та вибір методу лікування хронічного фіброзного пульпіту тимчасових зубів / О.В. Клітинська, Н.В. Гасюк, Т.І. Зорівчак // Intermedical Journal.Volume I (11). – 2018. – с. 4 – 8.
10. Клітинська О.В. Оцінка стоматологічного статусу дітей 6-7 років, які постійно проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду/ О.В. Клітинська, Я.О. Мухіна, Н.В. Лайош// Молодий вчений. –№ 11 (38). – 2016. – С. 82-85.
11. Ніколішин А.К. Терапевтична стоматологія / А.К. Ніколішин // Полтава: Дивосвіт. – 2005. – 392с.

12. Персин Л.С. Стоматология детского возраста / Л.С. Персин, В.М. Єлизарова, С.В. Дьякова // М.: Медицина. – 2003. – 640с.
13. Попович З.Б. Карієс та його ускладнення у дітей / З.Б. Попович, М.М. Рожко, Е.В. Безвушко // Івано – Франуівськ: «Сімик». – 2007. – 208с.
14. Попович З.Б. Рентгенологічний атлас стоматологічних захворювань у дитячому та підлітковому віці / З.Б. Попович, М.М. Рожко, Е.В. Безвушко // Івано – Франківськ: «Нова зоря». - 2006. – 240с.
15. Удовицька О.В. Дитяча стоматологія / О.В. Удовицька, Л.Б. Лепорська // К.: Здоров'я. – 2000. – 296с.
16. Хоменко Л.А. Клинико – рентгенологическая діагностика заболеваний зубов и пародонта у детей и подростков / Л.А. Хоменко, Е.И. Остапко, Н.В. Биденко // М.: Книга Плюс. – 2004. – 200с.
17. Хоменко Л.А. Практична ендодонтия / Л.А. Хоменко, Н.В. Біденко // Київ: Книга Плюс. –2002. – 83 – 91.
18. Хоменко Л.А. Терапевтическая стоматология детского возраста / Л.А. Хоменко, Л.П. Кисельникова, Н.И. Смоляр // К.: Книга Плюс. – 2013. – 864 с.
19. Шумський А.В. Ендодонтия в вопросах и ответах / А.В. Шумський, А.Ю. Поздний // Самара: «Реавиз». – 2003. – 207с.
20. Garg N. Textbook of Endodontics / N. Garg, A. Garg // Jaypee Brothers Medical Publishers. – 2010. – p. 215-220.
21. Klitynska O.V. Efficiency estimation of using phased program of caries prevention in children domiciled in Transcarpathian region / O.V. Klitynska, Ye.Ya. Kostenko, Y.A. Mukhina, A.A. Vasko, N.V. Layosh// Acta stomatologica Naissi. – 2016. – Vol. 32, № 74. – P. 1635-1649. DOI: 10.5937/asnl674635K
22. Klitynska O.V. Statistical model of caries formation and progression in children of preschool and early school age domiciled in biogeochemical deficiency of fluorine and iodine / Oksana V. Klitynska, N. V. Gasyuk, Yeugen Y. Kostenko, Viacheslav R. Gurando // Journal of Stomatology. – 2017. – Vol. 70 (6), Issue 1. – P. - 674-678. DOI: 10.5604/01.3001.0010.7725
23. Klitynska O.V. Clinical and Laboratory Grounds for the Rational Selection of Filling Material for the Restoration of Deciduous Teeth / O.V. Klitynska, Artur A Vasko, Volodymyr O Borodach, Natalia V Hasiuk, Larisa V Kornienko, Dmytro V Tsukanov // Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clinica Integrada/ - 2018, - 18(1): e3949 DOI:http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2018.181.52 ISSN 1519-05017 p.

АЛГОРИТМ ПОСТАНОВКИ ДІАГНОЗУ ГОСТРОГО ПУЛЬПІТУ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ

О.В.Клітинська[1], В.З.Іваськевич[2] ,Т. І.Зорівчак[3]

[1] – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

[2]–асистент кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

[3] - старший лаборант кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Резюме. *Загальновідомо, що вірно поставлений діагноз захворювання значною мірою позитивно впливає на ефективність лікування. При постановці діагнозу «пульпіт тимчасового зуба» слід враховувати стадію розвитку ураженого зуба, стан стоматологічного здоров'я та загальносоматичний стан макроорганізму дитини, що є критерієм рівня імунологічної реактивності та формує клітинну та гуморальну відповідь організму на наявність запалення. В свою чергу, ефективність лікування залежить від адекватного вибору методу лікування та професійної компетентності лікаря. Постановка діагнозу гострого пульпіту тимчасового зуба ускладнюється неможливістю дітей дошкільного віку адекватно оцінити свій стан, що призводить до помилок при оцінці характеру больових відчуттів, тривалості та локалізації болю [8].*

Ключові слова: *тимчасові зуби, гострий пульпіт, больові відчуття, перкусія, зондування, критерії постановки діагнозу.*