

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім. М.І. ПИРОГОВА

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

На методичній нараді кафедри
терапевтичної стоматології ВНМУ
ім. М.І. Пирогова

Завідувач кафедри професор ЗВО

 Марія ШІНКАРУК-ДИКОВИЦЬКА

«28» серпня 2023р.

Протокол №1

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
для викладачів та самостійної роботи лікарів – інтернів

Навчальна дисци- пліна	ОК 31 Терапевтична стоматологія
Тема заняття № 19	Клініка, діагностика, диференційна діагностика гострих форм періодонтиту зубів.
Курс	інтернатура
Факультет	стоматологічний
Укладач	Доцент ЗВО Олена МУНТЯН

Тема № 19.

Клініка, діагностика, диференційна діагностика гострих форм періодонтиту зубів.

Мета заняття:

загальна:

- вивчити клініку, діагностику і патологічну анатомію гострих форм періодонтиту;
- навчитися обстежувати хворих з гострими формами періодонтиту.
- діагностувати гострі форми періодонтиту.

конкретна:

- вивчити основні методи обстеження хворого з гострими формами періодонтиту;
- вивчити додаткові методи обстеження хворого з гострими формами періодонтиту;
- вивчити клініку гострих форм періодонтиту;
- навчитись проводити діагностику та диференційну діагностику з подібними захворюваннями;
- навчитися заповнювати медичну документацію при обстеженні хворого з гострими формами періодонтиту.

Питання на формування і перевірку вихідного рівня знань;

1. Класифікація періодонтиту.
2. Основні та допоміжні методи обстеження хворого з періодонтитом.
3. Морфологічні ознаки гострого запалення.
4. Патоморфологічні зміни в періодонті при гострих формах періодонтиту.

Література до вихідного рівня знань:

1. Терапевтична стоматологія : підручник у 4 т. / [М. Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, М. Ю. Антоненко та ін.]. – Київ: Медицина, 2010. – 640 с.
2. Терапевтична стоматологія / [А. К. Ніколішин, В. М. Ждан, А. В. Борисенко та ін.]. – Вінниця: Нова книга, 2012. – 680 с.
3. Барер Г. М. Рациональная фармакотерапия в стоматологии / Г. М. Барер, Е. В. Зорян. – Москва: Литтерра, 2006. – 562 с.

Додаткова:

1. Мельничук Г.М., Рожко М.М. Практична одонтологія. Курс лекцій із карієсу та не каріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту. Навчальний посібник. Вид. 2-ге, доповнене. – Івано-Франківськ, 2004.
2. Педорец А.П., Пиляев А.Г., Педорец Н.А. Предсказуемая эндодонтия. – Донецк: Норд-Пресс, 2006. – с.205

Завдання для перевірки вихідного рівня знань:

Задача	Рівень	Еталони відповідей
1. Чим характеризується перша фаза запалення?	I	Мікроскопічно характеризуються розширенням судин з крайовим стоянням лейкоцитів, появою серозного ексудату і периваскулярною клітинною інфільтрацією з невеликою кількістю нейтрофільних лейкоцитів, круглих клітин і гістіоцитів, які локалізуються вогнищево, а потім поширюються на бічні відділи періодонту.
2. Назвіть видовий склад мікрофлори порожнини рота.	I	Полібактеріальна флора різних видів. Найбільш часто зустрічаються аеробні й анаеробні форми стрептококів, грам позитивні диплококи, фузобактерії, лептотрихії.

Питання, які підлягають вивченню:

1. Скарги хворих при гострих періодонтитах.
2. Дані об'єктивного обстеження хворих з гострими формами періодонтиту:
 - основні методи обстеження;
 - допоміжні методи обстеження;
3. Диференційна діагностика гострих форм періодонтитів з подібними захворюваннями.
6. Патоморфологічна картина гострих форм періодонтитів.

Схема ООД по темі: «Гострий серозний періодонтит»

Дія	Засоби дії	Критерій самоконтролю
I. Проведення опитування хворого 1. Скарги на біль: <ul style="list-style-type: none"> - тривалість та характер болю - локалізація болю - посилення болю від дотику до зуба або накушуванні 2. Зміна загального стану	Стоматологічний кабінет	<ul style="list-style-type: none"> - Неприємні відчуття, постійний або гострий біль - в ділянці ураженого зуба - біль посилюється - Головний біль, озноб
II. З'ясувати анамнез захворювання <ul style="list-style-type: none"> - тривалість захворювання - виникнення больових симптомів - лікування зуба раніше 		<ul style="list-style-type: none"> -зуб турбує протягом декількох діб -відмічаються симптоми, які характерні для карієсу та пульпіту -лікування з приводу карієсу, пульпіту
III. Огляд хворого: 1. Зовнішній огляд: <ul style="list-style-type: none"> - набряк м'яких тканин обличчя - збільшення лімфатичних вузлів 2. Огляд порожнини рота <ul style="list-style-type: none"> - стан слизової оболонки альвеолярного відростка і перехідної згортки навколо причинного зуба - пальпація слизової оболонки - наявність нориці 		можливе пальпаторне визначення набряку на стороні хворого зуба - набрякла, гіперемійована - болісна в ділянці перехідної згортки в проекції верхівки кореня зуба - відсутня
IV. Огляд ураженого зуба 1. Визначення глибини каріозної порожнини, сполучення її з порожниною зуба <ul style="list-style-type: none"> - зуб заплomboваний - зміна кольору зуба - коронка інтактна 2. Рухомість зуба 3. Перкусія 4. Зондування дна каріозної порожнини		<ul style="list-style-type: none"> - можливо - можлива - можливо - можлива I ступеня - болісна вертикальна - безболісна

V. Проведення допоміжних методів обстеження: 1. Реакція на температурний подразник 2. Електроодонтометрія 3. Рентген-діагностика	Набір стоматологічних інструментів гаряча, холодна вода, шприц апарат ЕОД (ЕОМ-1) дентальний рентген-апарат	- відсутня - більше 100 мкА - рентгенологічні зміни, як правило не визначаються
---	--	---

Графологічна структура по темі
«Диференційна діагностика гострого серозного періодонтиту»

Діагноз	Больовий синдром	Іррадіація	Перкусія	Наявність нориці	Гіперемія і набряк слизової оболонки	Рухомість	Симптом вазопарезу	Інтоксикація	Реакція регіонарних лімфатичних вузлів
Гострий серозний періодонтит	++	-	++	-	+/-	-	-	+/-	++
Гострий гнійний періодонтит	+++	+	+++	-	+	+	-	+++	+++
Хронічний фіброзний періодонтит	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Хронічний гранулюючий періодонтит	-	-	+	++	-	-	+	+	+
Хронічний гранулематозний періодонтит	-	-	+	-	-	-	-	+	-
Хронічний періодонтит в стадії загострення	++	+	++	++	+	+	-	+	++

Графологічна структура по темі
«Диференційна діагностика гострого серозного періодонтиту»

Ознаки	Гострий серозний періодонтит	Гострий гнійний періодонтит	Хронічний періодонтит в стадії загострення	Гострий дифузний пульпіт	Гострий гнійний пульпіт
Скарги	неприємні відчуття або гострий біль постійного характеру, посилюється при прийомі їжі	гострий ниючий біль постійного характеру, не пов'язаний з прийомом їжі, відчуття «вирослого» зуба,	гострий ниючий біль постійного характеру, не пов'язаний з прийомом їжі, відчуття «вирослого» зуба,	тривалий біль від хімічних і температурних подразників. Біль самовільний, больові проміжки чергуються із	Постійний рвучий біль, що зменшується від холодного. Можлива іррадіація по ходу гілок трійчас-

		можливе підвищення температури тіла, нездужання	можливе підвищення температури тіла, нездужання	безболівовими. Іррадіація болю по ходу гілок трійчастого нерва. Посилення болю в нічний час	того нерва.
Огляд	Ясна без змін чи злегка гіперемійовані в області причинного зуба. Каріозна порожнина частіше сполучається з порожниною зуба	Перехідна згортка в області 1-2 зубів гіперемійована і набрякла, іноді наявний інфільтрат чи абсцес. Каріозна порожнина частіше сполучається з порожниною зуба	Перехідна згортка в області 1-2 зубів гіперемійована і набрякла, іноді наявний інфільтрат чи абсцес. Каріозна порожнина не завжди сполучається з порожниною зуба	Глибока каріозна порожнина. Зондування болісне по всьому дну каріозної порожнини	Глибока каріозна порожнина. Зондування болісне.
Пальпація	Пальпація безболісна	Пальпація перехідної згортки болісна відповідно проекції верхівки кореня	Пальпація перехідної згортки болісна відповідно проекції верхівки кореня		
Перкусія	Болісна вертикальна	Болісна вертикальна і горизонтальна	Болісна вертикальна і горизонтальна	Несильний біль при перкусії. сильна больова реакція при дії температурних подразників	Перкусія безболісна

Схема ООД по темі: «Гострий гнійний періодонтит»

Дія	Засоби дії	Критерій самоконтролю
I. Проведення опитування хворого 1. Скарги на біль: - тривалість та характер болю - локалізація болю - посилення болю від дотику до зуба або накушуванні 2. Зміна загального стану	Стоматологічний кабінет	- гострий постійний біль ниючого характеру, не пов'язаний з прийомом їжі, відчуття «вирослого зуба» - в ділянці ураженого зуба - біль різко посилюється - головний біль, озноб, підвищення температури тіла
II. З'ясувати анамнез захворювання - тривалість захворювання - виникнення больових		- зуб турбує протягом декількох діб - відмічаються симптоми,

симптомів - лікування зуба раніше		які характерні для карієсу та пульпіту - лікування з приводу карієсу, пульпіту
III. Огляд хворого: 3. Зовнішній огляд: - набряк м'яких тканин обличчя - збільшення лімфатичних вузлів 4. Огляд порожнини рота - стан слизової оболонки альвеолярного відростка і перехідної згортки навколо причинного зуба - пальпація слизової оболонки - наявність нориці		- можливе пальпаторне визначення набряку на стороні хворого зуба - збільшення регіонарних лімфатичних вузлів - набрякла, гіперемійована - болісна в ділянці перехідної згортки в проекції верхівки кореня зуба - відсутня
IV. Огляд ураженого зуба 5. Визначення глибини каріозної порожнини, сполучення її з порожниною зуба - зуб запломбований - зміна кольору зуба - коронка інтактна 6. Рухомість зуба 7. Перкусія 8. Зондування дна каріозної порожнини		- можливо - можлива - можливо - можлива I ступеня - болісна вертикальна і горизонтальна - безболісна
V. Проведення допоміжних методів обстеження: 1. Реакція на температурний подразник 2. Електроодонтометрія 3. Рентген-діагностика	Набір стоматологічних інструментів гаряча, холодна вода, шприц апарат ЕОД (ЕОМ-1) дентальний рентген-апарат	- відсутня - більше 100 мкА - розширення пер. щілини

Графологічна структура по темі

«Диференційна діагностика гострого гнійного періодонтиту»

Ознаки	Гострий серозний періодонтит	Гострий гнійний періодонтит	Хронічний періодонтит в стадії загострення	Гострий дифузний пульпіт	Гострий гнійний пульпіт
Скарги	неприємні відчуття або гострий біль постійного характеру, посилюється при прийомі їжі	гострий ниючий біль постійного характеру, не пов'язаний з прийомом їжі, відчуття «вирослого» зуба, можливе підвищення	гострий ниючий біль постійного характеру, не пов'язаний з прийомом їжі, відчуття «вирослого» зуба, можливе підвищення температури тіла, нездужання	тривалий біль від хімічних і температурних подразників. Біль самовільний, больові проміжки чередуються із безбольовими. Іррадіація бо-	Постійний рвучий біль, що зменшується від холодного. Можлива іррадіація по ходу гілок три-частого нерва.

		температури тіла, нездування		лю по ходу гілок трійчастого нерва. Посилення болю в нічний час	
Огляд	Ясна без змін чи злегка гіперемійовані в області причинного зуба. Каріозна порожнина частіше сполучається з порожниною зуба	Перехідна згортка в області 1-2 зубів гіперемійована і набрякла, іноді наявний інфільтрат чи абсцес. Каріозна порожнина частіше сполучається з порожниною зуба	Перехідна згортка в області 1-2 зубів гіперемійована і набрякла, іноді наявний інфільтрат чи абсцес. Каріозна порожнина не завжди сполучається з порожниною зуба	Глибока каріозна порожнина. Зондування болюче по всьому дну каріозної порожнини	Глибока каріозна порожнина. Зондування болюче.
Пальпація	Пальпація безболісна	Пальпація перехідної згортки болюча відповідно проекції верхівки кореня	Пальпація перехідної згортки болюча відповідно проекції верхівки кореня		
Перкусія	Болісна вертикальна	Болісна вертикальна і горизонтальна	Болісна вертикальна і горизонтальна	Несильний біль при перкусії. сильна больова реакція при дії температурних подразників	Перкусія безболісна

ЗМІСТ ТЕМИ

При несвоєчасному і неправильному проведенні лікування пульпіту або в нелікованому зубі створюються умови, що сприяють проникненню інфекції за межі зуба в періодонтальну щілину.

В стоматологічній практиці частіше мають справу з періодонтитом як ускладненням пульпіту. У випадках, коли є умови для відтоку ексудату через канал кореня, найчастіше розвивається хронічна форма періодонтиту. Але коли некротизована пульпа обтурає канал кореня і відтік ексудату з періодонта неможливий, може розвинути картина гострого запального процесу. При цьому перші ознаки запального процесу в періодонті виникають до проникнення в нього мікроорганізмів з пульпи зуба. Гіперемія і набряк тканин періодонта можуть бути викликані дією токсинів, які надходять з порожнини зуба. У цих випадках, як правило, розвивається серозна форма запалення. Проникнення мікроорганізмів в періодонт обумовлює більш швидкий розвиток запального процесу. Процес набуває гнійного характеру. Набряк тканини періодонта, гіперемія судин і ексудація викликають підвищення внутрішньоперіодонтального тиску. Відтік запального ексудату з періодонта стає неможливим, розвивається гострий запальний процес. При гострому серозному періодонтиті хворі звичайно скаржаться на ниючий біль, з чіткою локалізацією хворого зуба на відміну від гострого пульпіту. Легке постукування по поздовжній осі зуба або жувальне навантаження викликає посилення больового відчуття. Внаслідок набрякання тканин періодонту, підвищення внутрішньоперіодонтального

тиску загострюється тактильна і больова чутливість періодонту. Тому, часто хворий скаржиться на відчуття подовження зуба протилежної щелепи, що викликає гострий біль. Цей симптом "виступаючого зуба" дуже характерний як для серозного, так і для гнійного гострого періодонтиту. Об'єктивно: при серозному періодонтиті відмічається зміна кольору коронки причинного зуба і відсутність чутливості пульпи при зондуванні при відкритій пульповій камері. В ряді випадків зуб може бути інтактним або запломбованим з приводу карієсу. Найбільш болюча вертикальна перкусія. В області верхівки кореня «причинного» зуба слизова оболонка перехідної складки може бути незначно гіперемована і набрякла. ЕОД – в межах 100 мкА.

Гострий серозний періодонтит виникає при невисокому рівні захисних сил організму і невеликою інтенсивністю патогенного фактору. Гостре серозне запалення періодонту спочатку характеризується гіперемією. Відзначаються надмірне наповнення судин і уповільнення кровотоку. Лейкоцити переміщуються до судинної стінки і настає стаз. Через судинну стінку починає проникати рідина, колоїдні білкові частки крові й у невеликій кількості нейтофільні лейкоцити, лімфоцити і моноцити. Ексудат розпушує сполучні елементи і колагенові фібрили періодонту.

Б.І. Мігунов, С.А. Вайс (1965), А.І. Марченко (1967) повідомляють також про ділянки крововиливів. У запальний процес втягується кісткова тканина, що реагує дуже швидко завдяки її тісному зв'язку з періодонтом. У прилеглих до періодонту заповнених кістковим мозком просторах губчатої речовини так само можливі розширення кровоносних судин і застійні явища (Левицька Е.В., 1973; Марченко А.І., 1967). На окремих ділянках альвеолярної кістки може спостерігатися картина остеокластичної резорбції. F. Weine (1972) вважає, що процеси ексудації в періодонті викликають напруження тканин і в зв'язку з цим появу остеокластів.

Деякі автори (Грошиков М.І., 1964; Вайс С.А., 1965) у розвитку патологічного процесу виділяють дві стадії. У початковій стадії процес характеризується незначною клітинною інфільтрацією, а в наступній - посиленою ексудацією і масивною клітинною інфільтрацією в тканинах. Д. Свраков (1971) у якості передстадії серозного періодонтиту вирізняє фазу зворотної гіперемії періодонту, що виникає у відповідь на подразнення за рахунок патогенного фактору, що діє в межах пульпи. Незважаючи на неможливість точного клінічного встановлення цієї фази, він вважає, що подібна реактивна гіперемія являє собою слабку реакцію періодонту, що минає із застосуванням миш'яку чи іншого подразнюючого періодонт препарату для лікування пульпітів.

При гострому гнійному періодонтиті місцеві і загальні прояви хвороби виражені більш гостро ніж при серозному верхівковому періодонтиті.

Клінічна картина гострого гнійного періодонтиту характеризується *скаргами* хворих на постійний інтенсивний пульсуючий біль. Больові відчуття підсилюються і набувають характеру пульсуючого болю з нечастими проміжками ремісій. Деколи виникає біль з іррадіацією по ходу гілок трійчастого нерва. Навіть незначне доторкування до зуба (язиком або зубом-антагоністом) провокує різкий біль, тому хворі тримають рот напіввідкритим. Можлива слинотеча. У разі поширення гною під окістя - біль зменшується. У результаті гнійного розплавлення зв'язкового апарату зуб стає рухомих. Гострий гнійний періодонтит інколи супроводжується появою колатерального набряку м'яких тканин обличчя і гіперемією ясен в ділянці хворого зуба. Регіонарні лімфатичні вузли збільшуються і стають болючими при пальпації.

Загальний стан пацієнтів погіршується внаслідок підвищення температури тіла і розвитку інтоксикації. Спостерігаються загальна слабкість, головний біль, порушення сну та апетиту. Через гострий біль при жуванні, хворі відмовляються від приймання їжі. Часто спостерігається підвищення температури тіла до 37,5-38,0°C.

Об'єктивно: Відзначається асиметрія обличчя за рахунок колатерального набряку м'яких тканин. Піднижньощелепні лімфатичні вузли збільшені у розмірах, щільні, болісні під час пальпації.

Причинний зуб може бути інтактним, лікованим раніше або мати каріозну порожнину, що не сполучається з порожниною зуба. Провідною клінічною ознакою є інтенсивний біль під час вертикальної

і горизонтальної перкусії. Дифузне поширення процесу спричиняє виникнення болю під час перкуторного дослідження розташованих поряд зубів. Причинний зуб стає різко рухомим: 1-2 ступеню.

Слизова оболонка ясен у ділянці запалення яскраво гіперемована, набрякла, болісна під час пальпації. Внаслідок поширення гнійного ексудату під окістя формується абсцес, який характеризується згладженістю перехідної складки у ділянці ураженого і сусідніх зубів.

Допоміжні методи обстеження. Зміни на рентгенограмі при гострому періодонтиті переважно відсутні. У деяких випадках унаслідок дифузного поширення гною чіткість малюнка губчастої речовини кістки у ділянці причинного зуба може бути втраченою.

При аналізі крові визначається підвищення числа лейкоцитів та ШОЕ до 15-30 мм/год, що свідчить про запальну реакцію організму.

Патоморфологічна картина гострого гнійного періодонтиту. Під час мікроскопічного дослідження відзначаються збільшення набряку і посилення інфільтрації тканин періодонта поліморфноядерними лейкоцитами, утворення гнійного ексудату і розплавлення фіброзних волокон.

При відсутності спеціального лікування завершення гострого періодонтиту може настати лише при наявності відтоку ексудату з періодонтальної щілини. Можливі декілька шляхів відтоку.

Найбільш сприятливий варіант завершення гострого періодонтиту - утворення сполучення вогнища запалення через канал кореня, порожнину зуба з порожниною рота. Наряду із вище вказаним, можливим є поширення гною з вогнища запалення в іншому напрямку. Так, від періодонту через фолькманівські і гаверсові канали гній може проникати в кістковомозкову речовину щелепної кістки і при певних умовах стати причиною розвитку остеомієліту щелепи.

Практика показує, що в більшості випадків остеомієліт щелеп виникає в результаті запальних процесів у періодонті зуба.

Поширення гною може йти у напрямку до вертикальної пластинки щелепи з виходом гною під окістя (періост) і розвитком періоститу щелепи. Розплавлення періосту і проникнення бактерій в м'які тканини, які оточують щелепу, є основною і найбільш частою причиною розвитку флегмон щелепно-лицевої ділянки. Нарешті, при розвитку гострого періодонтиту на верхній щелепі, особливо в ділянці молярів і премолярів, поширення гною в сторону верхньощелепної пазухи і утворення в ній підслизового абсцесу можуть викликати гострий гайморит.

Таким чином, гострий періодонтит може бути причиною важких ускладнень, розміри ураження і наслідки яких іноді буває важко передбачити.

Гострий перебіг періодонтиту слід *диференціювати* з наступними захворюваннями.

1. Гострим дифузним пульпітом, що ускладнився перифокальним періодонтитом. *Об'єктивно:* зондування каріозної порожнини болісне по всьому дну, розкриття порожнини зуба супроводжується інтенсивним болем і кровоточивістю, загальний стан хворого практично не порушений.
2. Загостренням хронічного періодонтиту - на підставі результатів рентгенологічного дослідження (наявністю деструктивних змін у періодонті).
3. Гострим одонтогенним періоститом. *Об'єктивно:* перехідна згортка в ділянці причинного і розташованих поряд зубів згладжена, набрякла, гіперемована, болісна під час пальпації.
4. Гострим одонтогенним остеомієлітом. *Об'єктивно:* визначається рухомість хворого і сусідніх зубів, згладженість перехідної згортки з обох боків альвеолярного відростка, виділення гною із зубо-ясеневих кишень.

Інтерн повинен знати:

- клініку, діагностику, диференційну діагностику гострих форм періодонтиту з подібними захворюваннями;
- патоморфологічні зміни в періодонті при гострих формах періодонтиту.

Інтерн повинен уміти:

- обстежити хворого з гострими формами періодонтиту;
- діагностувати гострі форми періодонтитів;
- проводити диференційну діагностику гострих форм періодонтитів з подібними захворюваннями.

Завдання для самоконтролю знань-умінь

Задача № 1. Хворий Л. 40 років скаржиться на ниючий біль в 36 зубі, відчуття «вирослого» зуба. Біль посилюється під час їжі і при змиканні зубів. Із анамнезу: 36 зуб турбує 3 дні, каріозна порожнина з'явилась давно, за допомогою не звертався. Об'єктивно: обличчя симетричне, під нижньощелепні лімфатичні вузли зліва незначно збільшені, рухомі, болісні при пальпації, в 36 на жувальній поверхні велика каріозна порожнина, що сполучається із пульповою камерою, зондування гирл кореневих каналів, реакція на температурні подразники безболісна, перехідна згортка в області 36 зуба набрякла, гіперимована, різко болісна при пальпації. На прицільній рентгенограмі 36 зуба – в області верхівок коренів розширена періодонтальна щілина. Поставте діагноз.

Задача №2. Хвора А. 30 років скаржиться на зміну кольору 12 зуба, наявність каріозної порожнини. Із анамнезу: раніше відмічалась гострий біль від різних подразників та нічні болі. За допомогою не зверталась. Об'єктивно: обличчя симетричне, регіонарні лімфатичні вузли не пальпуються; 12 змінений в кольорі; на піднебінній і апроксимальній поверхні каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба; стінки щільні, зондування, термопроба – безболісні, перкусія незначно болісна; слизова оболонка ясен в області 12 зуба не змінена, ЕОД – 110 мкА. Поставте діагноз.

Еталони відповідей

Відповідь № 1. Гострий серозний періодонтит 46 зуба.

Відповідь № 2. Гострий серозний періодонтит 12 зуба.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ:

Виготовити таблицю «Гострі форми періодонтитів».