

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 дисципліна | ОК 31 Терапевтична стоматологія |
| Тема заняття № 20 | Клініка, діагностика ,диференційна діагностика хронічних та загострених форм періодонтитів зубів. |
| Курс | інтернатура |
| Факультет | стоматологічний |
| Укладач | Доцент ЗВО Олена МУНТЯН |

Тема № 20.

Клініка, діагностика, диференційна діагностика хронічних та загострених форм періодонтитів зубів.

Мета заняття:

загальна:

- вивчити клініку, діагностику і патологічну анатомію хронічних та загострених форм періодонтитів;
- навчитися обстежувати хворих з хронічними та загостреними формами періодонтитів;
- діагностувати хронічні та загострені форми періодонтитів;

конкретна:

- вивчити основні методи обстеження хворого з хронічними та загостреними формами періодонтитів;
- вивчити додаткові методи обстеження хворого з хронічними та загостреними формами періодонтитів;
- вивчити клініку хронічних та загострених форм періодонтитів;
- навчитись проводити діагностику та диференційну діагностику з подібними захворюваннями;
- навчитися заповнювати медичну документацію при обстеженні хворого з хронічними та загостреними формами періодонтитів;

Завдання на формування і перевірку вихідного рівня знань:

- Патоморфологічні ознаки хронічного запалення;
- Етіологія і патогенез хронічних та загострених форм періодонтитів;
- Класифікація періодонтитів за Г.І. Лукомським;
- Методи обстеження хворого періодонтитом.

Література:

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 контролю вихідного рівня знань:

| Задача | Рівень | Еталони відповідей |
|---|--------|---|
| 1. На прийом до лікаря-стоматолога звернувся хворий 29 років зі скаргами на біль при накушуванні на 17 зуб, що турбує 2 дні. Раніше біль не турбував. Об'єктивно: обличчя симетричне, пропорційне. У коронковій частині 17 зуба глибока каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину. Дентин світлий, розм'якшений, порожнина зуба закрита. Зондування дна порожнини 17 зуба безболісне, вертикальна перкусія – різко болісна, горизонтальна - болісна. Слизова оболонка гіперемована, набрякла, при пальпації - болісна. Піднижньощелепні лімфатичні вузли праворуч збільшені, болісні при пальпації. Сформулюйте попередній діагноз. | I | Діагноз: гострий гнійний періодонтит 17 зуба. |
| 2. Хвора 22 років, скарги на перелом коронки 11 зуба, тупий біль | I | Діагноз: гос- |

| | | |
|--|--|------------------------------------|
| при накушуванні на 11 зуб. З анамнезу: 3 доби назад хвора одержала виробничу травму металевим предметом в область верхньої губи. Праворуч зуб раніше лікували із приводу карієсу. Об'єктивно: обличчя пропорційне, відрізняється незначний набряк верхньої губи праворуч: перелом коронки 11 зуба на рівні шийки, порожнина зуба розкрита. Зондування гирла кореневого каналу безболісне, перкусія 11 зуба різко болісна, пальпація, слизової оболонки в області 11 зуба незначно болісна. На рентгенограмі періодонтальна щілина 11 зуба без змін. Сформулюйте діагноз. | | трий серозний періодонтит 11 зуба. |
|--|--|------------------------------------|

Питання, які підлягають вивченню:

1. Клінічні ознаки хронічних та загострених форм періодонтитів;
2. Дані допоміжних методів обстеження хворого з хронічними та загостреними формами періодонтитів;
3. Диференційна діагностика хронічних та загострених форм періодонтитів;
4. Рентгенологічна картина хронічних та загострених форм періодонтитів;

**СХЕМА ООД по темі:
«ДІАГНОСТИКА ХРОНІЧНОГО ФІБРОЗНОГО ПЕРІОДОНТИТУ»**

| № | Компоненти дії | Засоби дії | Критерії самоконтролю |
|-----|---|--|--|
| I. | Проведіть опитування хворого: | аналіз, зведення даних отриманих зі слів хворого і при його огляді | |
| 1. | З'ясування скарг за наступною схемою: - скарги на біль; - зміна кольору зуба; - наявність каріозної порожнини; - біль у зубі при накушуванні; - біль у зубі постійного характеру; - набряк м'яких тканин обличчя, порожнини рота. | | немає є немає немає немає |
| 2. | Зміна загальною стану (головний біль, підвищення температури тіла) | | немає |
| II. | Анамнез захворювання: | | |
| 1. | Час появи: - каріозної порожнини - лікування зуба з приводу карієсу або пульпіту - травма зуба | | більше 1 року є |
| 2. | Больові симптоми, які раніше відчував хворий | | больові симптоми характерні для карієсу, пульпіту, гострого періодонтиту |
| III | | | |
| 1. | Зовнішній огляд - оцінка загального стану хворого - набряк м'яких тканин обличчя - наявності нориць - збільшення регіонарних лімфатичних вузлів | Візуальне спостереження | без змін немає немає немає |
| 2. | Огляд порожнини рота та стану зубів | | заповнення зубної формули |

| | | | |
|----|--|------------------------------------|--|
| 3. | Стан слизової оболонки альвеолярного відростка і перехідної складки ураженого зуба: - наявність нориці - симптом вазопарезу - ціаноз слизової оболонки ясен - згладженість і випинання перехідної згортки ураженого зуба | | немає немає немає немає |
| 4. | Огляд ураженого зуба; - визначення глибини каріозної порожнини, її сполучення з порожниною зуба - зуб запломбований, змінений у кольорі - зуб інтактний - зуб покритий штучною коронкою | набір стоматологічних інструментів | +/- +/- +/- |
| 5. | Вертикальна перкусія зуба; | | |
| | - чутлива | | - |
| | - болісна | | - |
| | - різко болісна | | - |
| | - рухливість зуба 1 ступеня | | - |
| IV | Проведіть додаткові методи обстеження: | | |
| 1. | Реакція на температурний подразник | тепла, холодна вода, шприц | безболісна |
| 2. | Електроодонтометрія | апарат ЕОД, гумові рукавички, вата | більше 100 мкА |
| 3. | Рентгенографія | Дентальний рентген апарат | розширення періодонтальної щілини, в області верхівки кореня зуба. |

**Графологічна структура по темі
«Диференційна діагностика хронічного фіброзного періодонтиту»**

| Діагноз | Больовий синдром | Іррадіація | Перкусія | Наявність нориці | Гіперемія і набряк слизової оболонки | Рухомість | Симптом вазопарезу | Інтوكсикація | Реакція регіонарних лімфатичних вузлів |
|---------------------------------|------------------|------------|----------|------------------|--------------------------------------|-----------|--------------------|--------------|--|
| Хронічний фіброзний періодонтит | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Гострий серозний періодонтит | ++ | - | ++ | - | +/- | - | - | - | + |

| | | | | | | | | | |
|--|-----|---|-----|-----|---|---|---|-----|-----|
| Гострий гнійний періодонтит | +++ | + | +++ | — | + | + | — | +++ | +++ |
| Хронічний гранулюючий періодонтит | - | - | - | + | - | - | + | - | +/- |
| Хронічний гранулематозний періодонтит | - | - | - | - | - | - | - | - | +/- |
| Хронічний періодонтит в стадії загострення | ++ | + | ++ | +/- | + | + | - | + | + |

Графологічна структура по темі
«Диференційна діагностика хронічного фіброзного періодонтиту»

| | Хронічний середній карієс | Хронічний глибокий карієс | Хронічний фіброзний пульпіт | Хронічний гангренозний пульпіт |
|---|---|--|--|---|
| Скарги | На короткочасний біль від термічних та хімічних подразників. Можливий безсимптомний перебіг | На короткочасний біль від механічних та хімічних подразників | На біль від температурних та механічних подразників, що триває протягом години після припинення дії подразника | Тривалий біль від дії температурних подразників (частіше від гарячого) |
| Огляд | Каріозна порожнина в межах плащового дентину. Дно та стінки щільні, пігментовані. Сполучення з пульповою камерою відсутнє | Каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину. Дно та стінки щільні, пігментовані. Сполучення з пульповою камерою відсутнє | Каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину. Дно та стінки щільні, пігментовані. Можливе сполучення з пульповою камерою. | Каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину. Дно та стінки щільні, пігментовані. Можливе сполучення з пульповою камерою. Зуб змінений в кольорі. При екстирпації пульпа некротично змінена. |
| Зондування | Безболісне | Безболісне або слабко болісне по дну | Болісне в ділянці перфорації | Поверхнєве зондування пульпи безболісне, глибоке – болісне |
| Перкусія (вертикальна, горизонтальна, порівняльна) | Безболісна | Безболісна | Безболісна | Безболісна. Можлива слабко позитивна порівняльна. |
| Пальпація ясен в проекції верхівки | Безболісна | Безболісна | Безболісна | Безболісна |
| Термопроба | Безболісна | Безболісна | Тривалий біль (до години) від дії холодного і гарячого | Тривалий біль (до години) від дії гарячого |
| ЕОД | В межах норми (2-6 мкА) | Чутливість пульпи знижена до 10-12 мкА. | Чутливість пульпи знижена до 30-60 мкА | Чутливість пульпи знижена до 80 мкА та більше. |

| | | | | |
|--------------------------------|----------|----------|----------|--|
| Рентгенологічна картина | Без змін | Без змін | Без змін | Без змін. Можливе незначне затемнення в ділянці верхівки кореня. |
|--------------------------------|----------|----------|----------|--|

Графологічна структура по темі «Диференційна діагностика хронічного фіброзного періодонтиту»

| Ознаки | Хронічний фіброзний періодонтит | Хронічний гранулюючий періодонтит | Хронічний гранулематозний періодонтит | Коренева кіста |
|------------------------|--|--|---|--|
| Клінічні прояви | Скарги відсутні. Слизова оболонка ясен не змінена. В зубі каріозна порожнина, може бути лікованим або не лікованим, може бути інтактним. Перкусія зуба безболісна. Термопроба негативна. ЕОД – більше 100 мкА. | Скарги відсутні. На яснах можлива нориця. Симптом вазопарезу (Лукомського) позитивний. Перкусія і пальпація безболісні. Іноді спостерігається збільшення регіонарних лімфатичних вузлів. Термопроба негативна. ЕОД – більше 100 мкА. | Скарги відсутні. Симптом «відбитого удару» (Мармассе) позитивний. Перкусія і пальпація безболісні. Іноді спостерігається збільшення регіонарних лімфатичних вузлів. Термопроба негативна. ЕОД – більше 100 мкА. | Скарги відсутні. Симптом «відбитого удару» (Мармассе) і «пергаментного хрусту» (Дюпюїтрена) позитивні. Перкусія і пальпація безболісні. Іноді спостерігається збільшення регіонарних лімфатичних вузлів. Термопроба негативна. ЕОД – більше 100 мкА. |
| Рентгенологічні прояви | Біля верхівки зуба визначається деформація – розширення періодонтальної щілини без резорбції кісткової тканини. Іноколи можливе звуження періодонтальної щілини внаслідок гіперцементозу. | Визначається вогнище розрідження кістки в ділянці верхівки кореня з нечіткими контурами у вигляді «язиків полум'я». | Визначається ділянка розрідження кістки в ділянці верхівки кореня з чіткими краями округлої форми діаметром до 0,5 мм. | Визначається ділянка розрідження кістки в ділянці верхівки кореня з чіткими краями округлої форми діаметром більше 1 см. |

СХЕМА ООД

«Діагностика хронічного гранулюючого періодонтиту»

| № | Компоненти дії | Засобу дії | Критерій самоконтролю |
|----------|---|--|--------------------------------------|
| I | Проведіть опитування хворого: | аналіз, зведення | |
| 1. | З'ясування скарг за наступною схемою: - скарги на біль; - зміна кольору зуба; - наявність каріозної порожнини; - біль у зубі при накушуванні; - біль у зубі постійного характеру; - набряк м'яких тканин обличчя, порожнини рота. | даних отриманих зі слів хворого і при його огляді | немає є +/- - - немає |

| | | | |
|----|--|------------------------------------|---|
| 2. | Зміна загального стану (головний біль, підвищення температури тіла) | | немає |
| П. | Анамнез захворювання: | | |
| 1. | Час появи: - каріозної порожнини - лікування зуба з приводу карієсу або пульпіту - травма зуба | | більше 1 року +/- +/- |
| 2. | Больові симптоми, які раніше відчував хворий | | больові симптоми характерні для карієсу, пульпіту, гострого періодонтиту |
| Ш. | Огляд хворого: | | |
| 1. | Зовнішній огляд - оцінка загального стану хворого - набряк м'яких тканин обличчя - наявність нориць - збільшення регіонарних лімфатичних вузлів | Візуальне спостереження, пальпація | без змін немає +/- +/- |
| 2. | Огляд порожнини рота та стану зубів | | заповнення зубної формули |
| 3. | Стан слизової оболонки альвеолярного відростка і перехідної складки ураженого зуба: - наявність нориці - симптом вазопарезу - ціаноз слизової оболонки ясен - згладженість і випинання перехідної згортки ураженого зуба | | +/- + є немає |
| 4. | Огляд ураженого зуба: - визначення глибини каріозної порожнини, її сполучення з порожниною зуба - зуб запломбований, змінений у кольорі - зуб інтактний | набір стоматологічних інструментів | +/- +/- +/- |
| | - зуб покритий штучною короною | | +/- |
| 5. | Вертикальна перкусія зуба: | | |
| | - чутлива | | - |
| | - болісна | | - |
| | - різко болісна | | - |
| | - рухливість зуба I ступеня | | - |
| IV | Проведіть додаткові методи обстеження: | | |
| 1. | Реакція на температурний подразник | тепла, холодна вода, шприц | безболісна |
| 2. | Електроодонтометрія | апарат ЕОД, гумові рукавички, вата | більше 100 мкА |
| 3. | Рентгенографія | Дентальний рентген-апарат | в області верхівки кореня зуба резорбція альвеолярного паростку, розширення періодонтальної щілини з нечіткими межами у вигляді язиків полум'я. |

**Графологічна структура по темі
«Диференційна діагностика хронічного гранулюючого періодонтиту»**

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

Схема ООД «Діагностика хронічного гранулематозного періодонтиту»

| № | Компоненти дії | Засоби дії | Критерії самоконтролю |
|----|--|--|---|
| I | Проведення опитування хворого: | | |
| 1. | З'ясування скарг за наступною схемою: - скарги на біль - на зміни кольору зубів - наявність каріозної порожнини - біль у зубі при накушуванні - появи нориці на яснах - біль у зубі постійного характеру - набряк м'яких тканин порожнини рота, обличчя | Тематичний хворий. стоматологічний кабінет | немає є +/- немає немає немає немає |
| 2. | Зміна загального стану: головний біль, озноб, підвищення температури тіла. | | немає |
| II | Зберіть анамнез захворювання: | | |
| 1. | Час появи: - каріозної порожнини - наявність болі з приводу карієсу або пульпіту - травма зуба | уважне ставлення до хворого сприяє довірчому спілкуванню | більше року тому багато років тому |
| 2. | Які больові симптоми відчував хворий раніше? | | симптоми характер- |

| | | | |
|-----|---|---|--|
| 3. | Шкідливі звички, професійні шкідливості (жування на одній стороні, відкушування ниток, тримання зубами цвяхів, авторучок та інше.) | | ні для карієсу, пульпіту, періодонтиту |
| III | Огляд хворого: | | |
| 1. | Зовнішній огляд: - збільшення лімфатичних вузлів; - набряк м'яких тканин обличчя; - наявність нориці, | | +/- немає немає |
| 2. | Огляд порожнини рота: - зубів, окрім ураженого - стан слизової оболонки альвеолярного відростка і перехідної складки в хворого зуба: а. наявність нориці б. симптом вазо парезу в. ціаноз слизової оболонки ясен г. вибухання в ділянці перехідної складки хворого зуба | | заповнення зубної формули немає немає немає є |
| | д. симптом «тремтіння кореня» | | є |
| 3. | Огляд зуба: ■ сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба ■ зуб пломбований, змінений у кольорі ■ зуб інтактний ■ зуб покритий штучною коронкою ■ вертикальна перкусія ■ рухливість зуба 1 ступеня | | є +/- +/- +/- безболісна немає |
| IV | Проведення додаткових методів обстеження | набір стоматологічних інструментів апарат ЕОД-2М дентальний рентгенологічний апарат | більш 100 мкА резорбція кісткової тканини біля верхівки зуба і розширення періодонтальної щілини округлої форми з чіткими границями до 0,5 см. у діаметрі |
| 1. | Електроодонтодіагностика | | |
| 2. | Рентгенологічна діагностика | | |

Графологічна структура по темі «Диференційна діагностика хронічного гранулематозного періодонтиту»

| Ознаки | Хронічний гранулематозний періодонтит | Хронічний фіброзний періодонтит | Хронічний гранулюючий періодонтит | Коренева кіста |
|-----------------|---|--|--|--|
| Клінічні прояви | Скарги відсутні. Симптом «відбитого удару» (Мармасе) позитивний. Перкусія і | Скарги відсутні. Слизова оболонка ясен не змінена. В зубі каріозна | Скарги відсутні. На яснах можлива нориця. Симптом вазопарезу | Скарги відсутні. Симптом «відбитого удару» (Мармасе) і «пер- |

| | | | | |
|------------------------|--|--|---|--|
| | пальпація безболісна. Іноді спостерігається збільшення регіонарних лімфатичних вузлів. Термопроба негативна. ЕОД – більше 100 мкА. | порожнина, може бути лікованим або не лікованим, може бути інтактним. Перкусія зуба безболісна. Термопроба негативна. ЕОД – більше 100 мкА. | (Лукомського) позитивний. Перкусія і пальпація безболісна. Іноді спостерігається збільшення регіонарних лімфатичних вузлів. Термопроба негативна. ЕОД – більше 100 мкА. | гаментного хрусту» (Дюпюїтрена) позитивні. Перкусія і пальпація безболісна. Іноді спостерігається збільшення регіонарних лімфатичних вузлів. Термопроба негативна. ЕОД – більше 100 мкА. |
| Рентгенологічні прояви | Визначається ділянка розрідження кістки в ділянці верхівки кореня з чіткими краями округлої форми діаметром до 0,5 мм. | Біля верхівки зуба визначається деформація – розширення періодонтальної щілини без резорбції кісткової тканини. Інколи можливе звуження періодонтальної щілини внаслідок гіперцементозу. | Визначається вогнище розрідження кістки в ділянці верхівки кореня з нечіткими контурами у вигляді «язиків полум'я». | Визначається ділянка розрідження кістки в ділянці верхівки кореня з чіткими краями округлої форми діаметром більше 1 см. |

Графологічна структура по темі

«Диференційна діагностика хронічного періодонтиту в стадії загострення»

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

| | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| періодонтит | | | | | | | | | |
| Хронічний гранулематоз- ний періодонтит | - | - | + | - | - | - | - | + | - |

ЗМІСТ ТЕМИ

Хронічний фіброзний періодонтит - найсприятливіша форма перебігу хронічного процесу, яка клінічно не проявляється. Фіброзний періодонтит може виникнути, як результат гострого запалення періодонтиту, після лікування пульпіту. Проте частіше хронічний фіброзний періодонтит виникає у людей із хорошою реактивністю організму при правильному лікуванні інших форм хронічних періодонтитів, представляючи собою стадію регенерації періодонту, тобто рубцювання. Перебіг захворювання безсимптомний. Іноді визначається слабко виражена больова реакція при жуванні грубої їжі. Біль також може виникнути після обтурації каріозної порожнини харчовими масами.

При *об'єктивному* дослідженні визначається глибока каріозна порожнина, яка сполучається з пульповою камерою, коронка зуба змінена в кольорі. Канали зуба можуть бути запломбовані або ж недопломбовані до верхівки. Реакції на перкусію немає. Слизова оболонка ясен, перехідна складка в області причинного зуба не змінені. ЕОД – 100 мкА. Для діагностики хронічного фіброзного періодонтиту дуже інформативне рентгенологічне дослідження. У нормі на рентгенограмі періодонтальна щілина виглядає як рівномірна світла смужка між компактною пластинкою альвеоли і цементом кореня зуба. Деформація періодонтальної щілини - це характерна ознака хронічного фіброзного періодонтиту. Для фіброзного періодонтиту характерне потовщення періодонту у результаті хронічного запального процесу. Але це стовщення відбувається не рівномірно і на рентгенограмі визначається зміна контурів періодонтальної щілини. Періодонтальна щілина втрачає свої рівномірні обриси, вона то розширюється то звужується. Лінія проекції компактної пластинки альвеоли і цементу кореня зберігається, але співвідношення цих ліній порушується. При посиленому утворенні нових шарів цементу при фіброзному періодонтиті - тобто гіперцементозі явно визначається звуження періодонтальної щілини.

Патологічна анатомія. З точки зору патоморфології при хронічному фіброзному періодонтиті ураження виражається у дифузному стовщенні всього періодонту і перетворенні його в грубоволокнисту сполучну тканину, що нагадує рубцеву. У межах цієї ділянки знаходяться вогнища грануляційної тканини, яка складається з плазматичних кліток, фібробластів і кровоносних судин. Сполучна тканина містить пучки волокон, що йдуть у різних напрямках. Компактна пластинка альвеоли не змінена. На корені можливі відкладення новоутворених шарів цементу - гіперцементоз. Він утворюється в результаті гіперфункції цементобластів тобто кліток періодонту. При цьому відбувається утворення вторинного цементу або по всій поверхні кореня зуба, чи з однієї сторони у вигляді виступу, що звичайно зустрічається при функціональному перевантаженні зубів. Такий періодонтит протікає доброякісно і не дає явищ інтоксикації.

При вивченні хронічного періодонтиту слід врахувати особливості змін, які виникають в періодонті після неодноразового його інфікування. Періодонт, гостро реагуючи на мікробний фактор, не набуває захисних властивостей, а його реакція на повторне інфікування різко зростає в результаті сенсibilізації. Тому в періодонті часто виникає спалах запального процесу при зниженні реактивності організму (інфекційне захворювання, охолодження та ін.), що дозволяє говорити про загострення хронічного процесу.

Гранулюючий періодонтит характеризується утворенням грануляційної тканини в періодонті.

На відміну від фіброзних, грануляційні утворення мають здатність до швидкого росту, в силу чого їм властива тенденція до руйнування навколишньої кортикальної пластинки альвеоли. Вегетації грануляцій проникають у кісткову речовину щелепи і підслизову оболонку альвеолярного відростка і утворюють нориці. В ряді випадків нориці відкриваються на шкіру обличчя і навколощелепних ділянок, яким передують утворення підшкірної гранульоми. Активність процесу обумовлює більш яскравішу, ніж при фіброзному періодонтиті, клінічну симптоматику.

Клінічна картина:

Гранулюючий періодонтит - найбільш активна форма хронічного періодонтиту, яка дає дуже різноманітну клінічну картину.

При гранулюючому хронічному періодонтиті хворі *скаржаться* на біль ниючого характеру в зубі.

Об'єктивно. Коронка зуба має глибоку каріозну порожнину, яка сполучається з порожниною зуба. При перкусії відчуття дискомфорту. При огляді інколи виявляється незначна гіперемія і набряк слизової оболонки на рівні кореня причинного зуба. При натисненні пінцетом або зондом на ясна залишається відбиток інструменту та стійка гіперемія, тобто симптом вазопарезу.

При залученні в патологічний процес прилеглих м'яких тканин на слизовій оболонці виникає норицевої хід. Він розташовується частіше на рівні верхівки ураженого зуба у вигляді крапкового отвору або маленької ділянки вибухаючих грануляцій. Іноді на якийсь час норицевий хід закривається. Утворення норицевого ходу призводить до загострення процесу. Однак при черговому загостренні на місці колишньої нориці з'являється припухання і гіперемія слизової оболонки, утворюється невелике скупчення гною, що потім виливається у порожнину рота. Після лікування хронічного гранулюючого періодонтиту на місці нориці, яка загоїлась, виникає невеликий рубець.

В залежності від місцезнаходження причинного зуба при хронічному гранулюючому періодонтиті нориці виникають:

- від 31 (41), 32 (42), 33 (43) зубів можуть бути на шкірі підборіддя;
- від 36 (46) зуба - в ділянці щоки;
- від 37 (47) зуба у піднижньощелепній ділянці;
- від 16 (26) зуба - у виличній ділянці;
- від 13 (23) зуба - біля внутрішнього кута ока.
- дуже рідко нориці відкриваються на шкірі нижніх відділів ший.

Виділення із норицевих ходів незначні. Вони серозно-гнійні або гнійно-геморагічні. У деяких хворих з устя норицевого ходу вибухають грануляції. Іноді отвір норицевого ходу закритий геморагічною кіркою. На якийсь час нориці можуть закриватися і в результаті поступових рубцевих змін, тканини навколо гирла норицевого ходу втягуються і мають вигляд воронкоподібного заглиблення шкіри.

При проростанні хронічного гранулюючого вогнища з періодонта під окістя й у м'які тканини, що оточують щелепи, у підслизову і підшкірну клітковину, виникає одонтогенна гранулема.

Не завжди легко встановити зв'язок патологічного процесу в ділянці визначеного зуба з норицевим ходом на шкірі. Утруднення виникають, наприклад, при наявності хронічних вогнищ у періодонті в декількох поруч розташованих зубах. У деяких випадках, при пальпації зовнішньої поверхні альвеолярного відростка або щелепи можна знайти щільний рубцевий тяж у ділянці перехідної згортки на рівні того або іншого зуба. Це допомагає установити причинний зуб. Рентгенографія з контрастною речовиною, уведеною через норицевий хід може підтвердити клінічне припущення.

Діагноз ґрунтується на клінічній картині і рентгенологічних даних.

Рентгенографічне обстеження. На рентгенограмі при гранулюючому періодонтиті виявляють типові зміни у вигляді вогнища розрідження кісткової тканини в ділянки верхівки кореня ураженого зуба. Лінія періодонту в цьому відділі не помітна через інфільтруючий ріст грануляційної тканини, що призводить до розсмоктування стінок лунки, а також цементу і дентину кореня із наступним порушенням їхньої поверхні. Ця нерівність виявляється більше з боку кісткової тканини в яку із періодонту йдуть невеликі вирости. Компактна пластинка стінки альвеоли виявляється лише в бічних відділах. На відміну від рентгенографічної картини фіброзного періодонтиту, при гранулюючому періодонтиті визначається значна деформація періодонтальної щілини, при цьому розрідження кістки з руйнуванням кортикальної пластинки альвеоли відбувається з утворенням нерівних, полум'яподібних обрисів.

Патологічна анатомія: Поверхня зміненої ділянки періодонту нерівна і являє собою розростання в'ялих грануляцій. Мікроскопічне дослідження тканин навколоверхівкової області показує розростання грануляційної тканини в області верхівки кореня, що поступово збільшуються і поширюються на прилеглі відділи періодонту і стінку альвеоли. Збільшення такого вогнища супроводжується розсмоктуванням кісткової тканини в ділянці запального вогнища із заміщенням кісткового мозку грануляційною тканиною.

Одночасно спостерігається резорбція ділянок цементу і дентину кореня. По периферії запального вогнища в деяких ділянках відбувається новоутворення кісткової тканини. Нерідко в центральних відділах вогнища, особливо при загостренні, виникають, окремі ділянки гнійного розплавлення грануляційної тканини. У результаті загострення запального процесу гранулююче вогнище у періодонті поступово розповсюджуються на нові ділянки альвеоли убік присінку роту, що призводить, у деяких випадках, до утворення дефектів у компактній пластинці альвеолярного відростка. Відтік гною і про-

ростання грануляцій сприяє виникненню норицевого ходу. Іноді грануляційне вогнище поширюється в прилеглі м'які тканини та утворює підокісну, підслизову або підшкірну гранулему.

Диференціальний діагноз: варто диференціювати гранулюючий періодонтит від кореневої кістки, хронічного остеомієліту щелепи, нориць обличчя і шиї, актиномікозу.

При гранулюючому періодонтиті, як і при підокісній гранулемі і при кореневій кістці спостерігається вибухання альвеолярного відростка. Однак при кістці виникає зміщення зубів, а іноді буває відсутня кістка в ділянці вибухання. На рентгенограмі визначається вогнище резорбції кісткових тканин значних розмірів з чіткими рівними контурами.

Для остеомієліту щелеп характерна наявність нориці на обличчі, слизовій оболонці порожнини рота, гноєтечі з неї, що також схоже на гранулюючий періодонтит. Разом з тим, для одонтогенного остеомієліту щелепи притаманна гостра стадія хвороби, що супроводжується симптомами інтоксикації, а у хронічній стадії на рентгенограмі спостерігаються вогнища резорбції кістки і тіні секвестрів.

Нориці на обличчі і шиї можуть нагадувати бранхіогенні утворення. Правильній діагностиці сприяє зондування нориці, рентгенографія зуба та фістулографія бранхіогенної нориці.

Гранулюючий періодонтит не має тенденції до самостійного виліковування, але при активній терапії піддається зворотному розвитку. Відсутність лікування призводить до різних ускладнень, як місцевих, так і загальних.

Клінічна картина гранулематозного періодонтиту. Повільний, без загострень, розвиток гранулематозного періодонтиту обумовлює майже безсимптомний перебіг процесу, у зв'язку з чим хворі до лікаря часто не звертаються. Разом з тим, незважаючи на повільний ріст гранульоми, ця форма хронічного періодонтиту має тенденцію до руйнування кісткової тканини, оскільки при подальшому розвитку перетворюється у кісту. Розміри цього руйнування при тривалому розвитку кістки стають настільки великими, що можуть призвести до спонтанного перелому нижньої щелепи. Без відповідного лікування ця форма хронічного періодонтиту не підлягає зворотному розвитку. *Скарги хворих.* Хронічний гранулематозний періодонтит частіше протікає безсимптомно. В окремих випадках хворі скаргуються на неприємний нюх, біль, біль при накушуванні: «зуб не такий, як інші». Можливо хворі звертають на випинання в області кореня зуба. З анамнезу можна встановити, що зуб болів.

Об'єктивно: зуб інтактний, запломбований або є каріозна порожнина, що сполучається з пульповою камерою. У кореневих каналах пульпа знаходиться в стадії гангренозного розпаду, тому зондування гирл корневих каналів безболісне, перкусія безболісна. Пальпація по перехідній згортці безболісна, іноді при пальпації відчувається випинання кісткової стінки відповідно розташуванню гранулеми. Іноді позитивний симптом Мармассе. ЕОД більше 100 мкА.

На рентгенограмі біля верхівки кореня визначається невелика ділянка розрідження кісткової тканини округлої або овальної форми з чіткими границями до 0,5 см у діаметрі. Навколо ділянки розрідження видна навколишня кісткова тканина. При загостренні процесу гранулема приймає чіткі контури, це ознака нагноєння.

Патологічна анатомія. На початку виникнення гранулеми посилено йде поділ клітин сполучної тканини, що приводять до виникнення грануляційної тканини. Ця тканина багата кровоносними судинами, особливо капілярами. Крім того, у ділянці верхівкового отвору виявляється скупчення лімфоїдних клітин, полібластів з переважанням плазматичних кліток. В усякій гранулемі можна відрізнити власне грануляційну тканину, яка охоплює її по периферії волокнистої сполучної капсули. Волокна капсули влітають безпосередньо в періодонт, завдяки чому гранулема міцно з'єднується з коренем. При сприятливому перебігу процесу грануляційна тканина поступово переходить у волокнисту сполучну тканину і зрештою приймає фіброзний рубцевий характер. Таке рубцеве перетворення гранулеми йде від периферії до центру. Нерідко перебіг процесу проліферативного характеру ускладнюється лейкоцитарною інфільтрацією, дегенеративними змінами клітин, появою ексудату, що проникає між збереженими колагеновими волокнами періодонту. Ріст грануляційної тканини продовжується концентрично і поступово захоплює весь періодонт: кісткову пластинку альвеоли, губчата речовина кістки, де кістковий мозок перетворюється з грануляційну тканину. У результаті чого утворюється порожнина, що вистелена епітелієм або клітинними шарами, що нагадують епітелій. Клітинні елементи зрілої гранулеми представлені плазматичними, тучними клітинами, тканинними еозинофілами. Іноді по краю порожнини зустрічаються своєрідні скупчення клітин або ядерно-протоплазматичні утворення без видимого розподілу на клітини.

На підставі особливостей гістологічної будівлі розрізняють 3 види гранулем:

- 1) прості гранулеми, що складаються тільки з грануляційної тканини;
- 2) епітеліальні гранулеми, що представлені епітелієм;
- 3) кістоподібні гранулеми, що характеризуються наявністю порожнини, вистеленою епітелієм.

Проста гранулема - добре прикріплена до кореня широкою на ніжкою. Гранулема щільної консистенції, із гладкою поверхнею, темно-червоного або коричневого кольору. Проста гранулема оточена сполучною капсулою і складається з грануляційної тканини різного ступеня зрілості, плазматичних клітин, еозинофілів, лімфоцитів. Кількість лейкоцитів у гранулемі різне і залежить від характеру процесу. При загостренні запального процесу кількість лейкоцитів різко зростає. Наростання запалення може привести до прориву сполучної капсули і переходу в дифузне запалення, тобто до гранулюючого періодонтиту.

Епітеліальна гранулема якісно не відрізняється від простої. Проростання грануляційної тканини епітелієм виникає по-різному. У молодих гранулемах розростання епітелію незначно, а при тривалих хронічних процесах уся гранулема, за винятком капсули, пронизана тяжами епітелію. Ці тяжі розташовані в 2-3 ряди, якби утворює сітку. Між петлями цієї сітки розташовані ділянки грануляційної тканини. По периферії клітин епітелію знаходяться дрібні кубічні клітини, а до центру спостерігаються великі, світлі клітини з протоплазмою, яка має вакуолі.

Кістоподібні гранулеми утворюються з епітеліальних гранул при виникненні в них порожнини. Така гранулема являє собою порожнину, внутрішні поверхні якої вистелена багатошаровим плоским епітелієм. За шаром епітелію іде грануляційна тканина різного ступеня зрілості, що переходить у фіброзну капсулу. Багатошаровий плоский епітелій поступово дегенерує. У грануляційній тканині різноманітна кількість клітин. У кістоподібній гранулемі міститься перероджений кістозний ексудат із клітинних елементів і продуктів їхнього розпаду.

Гістохімічне дослідження ферментативних процесів, що протікають у гранулемах, дозволяють припускати, що стан ферментативної активності відображає виразність активності процесу і обумовлює судинно-тканинну проникність.

Гранулеми з найбільш ранніми фазами перебігу продуктивного процесу, багаті судинами і молодими клітками, гістогенного і гематогенного походження. Переважають фібропластичні реакції з явищами колагенізації і гіалінозу.

Складні гранулеми з рецидивами загострення процесу - свіжими вогнищами запальної інфільтрації серед пучків зрілої волокнистої сполучної тканини.

Дані гістологічного дослідження активності окисно-відновних гліколітичних ферментів і фосфатаз (кислої і лужної фосфатаз) свідчили про порушення судинної проникності в тканинах, що утворюють гранулеми і про збільшення ензиматичної активності.

Високий окисно-відновний потенціал відзначається у фібробластах, плазматичних клітках. Більш низька ферментативна активність властива лейкоцитам, макрофагам і лімфоїдним клітинам. Підвищений вміст кислої фосфатази свідчить про посилений метаболізм у запальних тканинах. У гранулемах із затихлим запальним процесом відзначається низька фосфатазна активність у клітинних і волокнистих структурах гранулеми. Пригнічення активності ензиматичних реакцій говорить про зменшення судинно-тканинної проникності.

Активність ферментативних реакцій у гранулемах і ранніх фазах перебігу запалення й у стадії загострення дозволяють розглядати зубні гранулеми, як вогнища хронічної інфекції.

Наслідки. При вчасно і правильно проведеному лікуванні успішним є результат переходу гранулематозного періодонтиту у фіброзну форму. Відсутність або неправильне лікування може призвести до перетворення гранулеми в кістогранулеми або у кореневу кістку.

Таким чином, гранулематозний періодонтит в початкових стадіях розвитку має надзвичайно бідну симптоматику й часто виявляють його випадково при рентгенографії щелепи. Навіть натискування на зуб, або його перкусія не завжди викликають больові відчуття. В більш пізні строки розвитку процесу іноді визначається вибухання стінки альвеолярного відростка щелепи, викликане ростом гранульоми або кістки.

Клінічна картина

За клінічними проявами, хронічний періодонтит у стадії загострення, має багато спільного з гострим періодонтитом. Іноді важко відрізнити первинно виникаючий гострий періодонтит від загострення хронічного, котрий зустрічається набагато частіше, ніж перший.

При хронічному періодонтиті в стадії загострення мають місце такі симптоми, як постійний біль, колатеральний набряк м'яких тканин, реакція лімфатичних вузлів, рухомість зуба і болісна пальпація по перехідній складці в ділянці причинного зуба.

У хворих відзначають симптоми інтоксикації: нездужання, головний біль, поганий сон, підвищену температуру тіла.

Допоміжні методи дослідження

В аналізах крові: лейкоцитоз і збільшення ШОЕ.

На рентгенограмі при хронічному періодонтиті в стадії загострення визначається форма запалення, яка передувала загостренню. При загостренні хронічного фіброзного і гранулематозного періодонтитів зменшується чіткість границь розрідження кісткової тканини. На рентгенограмі хронічний гранулюючий періодонтит у стадії загострення проявляється більш вираженою розмитістю малюнка.

Деякою мірою наявність деструктивних змін у періодонті, а іноді і норицевий хід не дає розвиватись тяжким запальним змінам в тканинах, що оточують причинний зуб. У 37% випадків загострення хронічних форм періодонтиту призводить до навколощелепних абсцесів і флегмон.

Патологічна анатомія

Патоморфологічні зміни при загостренні хронічного періодонтиту залежать від давнини запального процесу і від імунологічної реактивності організму. Зміни виявляються збільшенням ексудату, чисельності нейтрофілних лейкоцитів, клітинних елементів і волокон.

Інтерн повинен знати:

1. клінічну картину хронічних та загострених форм періодонтитів;
2. діагностичні та диференційно-діагностичні ознаки хронічних та загострених форм періодонтитів;
3. патологічні зміни при хронічних та загострених формах періодонтитів.

Інтерн повинен уміти:

- обстежити хворого з хронічними та загострених форм періодонтитів;
- діагностувати хронічні та загостренні форми періодонтитів
- провести диференційну діагностику хронічних та загострених форм періодонтитів;
- описати рентгенологічну картину при хронічних та загострених форм періодонтитів.

Завдання самоконтролю знань-умінь

Задача № 1

Хворий 42 років, готується до протезування, відсутні 33 і 35 зуби, у 34 зубі пломба. З анамнезу: 2 місяці назад 34 зуб лікували з приводу пульпіту. На рентгенограмі у 34 зубі кореневий канал запломбований до верхівки кореня. В області проекції верхівки кореня рівномірне розширення періодонтальної щілини. Сформулюйте діагноз.

Задача № 2

Пацієнт 58 років зі скаргами на незначну болісність у 21, 22, 31, 32 зубах при відкушуванні твердої їжі. З анамнезу: пацієнт курить люльку протягом 30 років. Об'єктивно: обличчя симетричне, пропорційне. Регіонарні лімфатичні вузли безболісні при пальпації, відкривання роту вільне. У 21, 22, 31, 32 зубах коронки інтактні. Перкусія зубів безболісна, слизова оболонка і перехідна складка блідо-рожевого кольору, помірно зволожена, при пальпації безболісна. Електроодонтометрія; 21-31 зуб - 6 мкА, 22 зуб - 110 мкА, 32 зуб - 125 мкА.

Сформулюйте попередній діагноз.

Еталони відповідей

Задача №1

Діагноз: хронічний фіброзний періодонтит 34 зуба.

Задача №2

Діагноз: Хронічний фіброзний періодонтит 22, 32 зубів.

Завдання для самостійної роботи:

Скласти таблицю: «Диференційна діагностика хронічного фіброзного періодонтиту з подібними захворюваннями».