

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
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 № 31	Помилки та ускладнення в діагностиці та лікуванні хворих з патологією тканин пародонту.
Курс	інтернатура
Факультет	стоматологічний
Укладач	Доцент ЗВО Олена МУНТЯН

## Тема 31.

# ПОМИЛКИ ТА УСКЛАДНЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ТКАНИН ПАРОДОНТУ.

### Мета практичного заняття:

**Загальна:** навчитися аналізувати помилки та ускладнення, що виникають при діагностиці захворювань пародонту.

**Конкретна:** засвоїти методики клінічних і лабораторних методів діагностики патології тканин пародонту.

### Завдання на формування початкового рівня знань:

- 1.Анатомічні, фізіологічні і гістологічні особливості будови тканин пародонту.
2. Динаміку біологічної системи тканин пародонту.
- 3.Класифікації захворювань пародонту.
4. Основні та додаткові методи обстеження пародонтологічних хворих.

### 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.
4. Данилевський М.Ф., Борисенко А.В. Захворювання пародонту. – ДО.: Здоров'я, 2000. – 464 ст.
5. Ханс-Петер Мюллер. - ПАРОДОНТОЛОГИЯ. - Львов: ГалДент, 2004г. - 256 ст.,твер.переп.
6. Джорж Ласкарис, Криспиан Скалли. - Атлас по пародонтологии, проявление местных и системных поражений. - МИА 2005г. - Объем: 350 стр. 392 илл.
7. Питер Феде (Peter Fedi), Артур Вернино (Artur Vernino). - Пародонтологическая Азбука. – «Азбука», 2003. – 250 стр.
8. Серж Дибарт, Мамду Карима. - Практическое руководство по пластической пародонтологической хирургии. - «АЗБУКА» 2007г. – 110 стр.
9. Эдвард Коэн. - Атлас косметической и реконструктивной пародонтологической хирургии. – «Азбука» 2003. – 416 стр.

### Завдання для контролю початкового рівня знань:

задача	рівень	
Міграція лейкоцитів у порожнину рота відноситься до цитологічних методів оцінку стану тканин пародонту:	I	+а) так б) ні
Виберіть метод мікроскопії, що здійснюється з допомогою світлового мікроскопау:	I	+а) фазово-контрастна б) бінокулярна в) візуальна г) сканування д) рентгеноскопія

### Питання, що підлягають вивченню на практичному занятті:

1. Помилки при постановці діагнозу захворювань пародонту.
2. Помилки при проведенні маніпуляцій в процесі діагностики.
3. Методи усунення ускладнень, що виникають в процесі діагностичних маніпуляцій під час обстеження пародонтологічного хворого.

**ГРАФОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ТЕМИ**  
**«Помилки при постановці діагнозу патології пародонту»**

<i><b>Діагноз захворювання</b></i>	<i><b>Характерні ознаки патології</b></i>	<i><b>Спосіб усунення</b></i>
Хронічний катарального гінгівіт і симптоматичний катаральний гінгівіт при генералізованому пародонтиті (легкий ступінь)	Для пародонтиту легкого ступеня важкості характерні зміни в кістковій тканині: на рентгенограмі визначаються остеопороз, втрата структури компактної пластинки вершин міжальвеолярних перегородок у зв'язку з резорбцією, що розпочинається, і розширенням періодонтальної щілини	Правильна оцінка рентгенологічної картини патології
Власне гіпертрофічний гінгівіт і симптоматичний гіпертрофічний гінгівіт при пародонтиті,	Для симптоматичного гіпертрофічного гінгівіту при пародонтиті характерні істинна патологічна кишень, виділення гною з кишені, патологічна рухливість зубів, травматична оклюзія; рентгенологічно визначається резорбція альвеоли, часто з утворенням кісткових кишень. Для власне гіпертрофічного гінгівіту характерні наявність несправжньої патологічної кишені, ураження ясен переважно у молодому віці, часто встановлюється причинний зв'язок з патологією прикусу, рентгенографічна картина характерна для хронічних запальних поразок ясен (остеопороз)	Правильна оцінка рентгенологічної картини патології
Гіпертрофічний гінгівіт і гострий катаральний гінгівіт	Для гострого катарального гінгівіту характерний нетривалий період захворювання, різкий біль, печіння в яснах; ясна яскраво гіперемована, набрякла, сильно кровоточить. На рентгенівських знімках змін в кістці альвеолярних перегородок немає	Правильна оцінка клінічної картини патології та проведення додаткових методів дослідження
Фібозна форма гіпертрофічного гінгівіту і фіброматоз ясен	Для гіпертрофічного гінгівіту характерна синювато-червоне забарвлення слизової оболонки, м'яка консистенція тканини, значна кровоточивість, виражена болючість і можливість загострення і затихання процесу. Фіброматоз відрізняється повільним перебігом, по всьому альвеолярному відростку або в зоні окремих, частіше фронтальних, зубів утворюються щільні на дотик безболісні горбисті розростання. Рентгенологічно виявляються остеопороз, рідше - руйнування міжзубних кісткових перегородок	Правильна оцінка клінічної картини патології та проведення додаткових методів дослідження
Гострий пародонтит і загострення хронічного пародонтиту	При гострому пародонтиті на рентгенограмі деструктивні зміни спостерігаються дуже рідко. При хронічному пародонтиті на рентгенограмі виявляється остеопороз вершин альвеолярних перегородок, відсутність компактної пластинки на вершинах і прилеглих бокових відділах.	Правильне проведення суб'єктивного обстеження та оцінка рентгенологічної картини патології

Пародонтит і остеомієліт альвеолярного відростку	<p>Крупнопетлистий малюнок краю альвеолярного відростка і міжзубних перегородок є характерною ранньою ознакою пародонтиту.</p> <p><i>Раннім рентгенологічним симптомом остеомієліту довгої трубчастої кістки є симптом відшарування окістя</i> - тонка лінійна тінь із гладким зовнішнім і трохи нерівним внутрішнім контуром, піднята над тінню коркового шару діафізу. Зміни кістки спостерігаються спочатку в метафізі та рентгенологічно виражаються змазаністю будови кістки, розпливчастістю кісткових поперечин. Надалі малюнок кістки здобуває ще більш строкатий характер внаслідок чергування ділянок розрідження й ущільнення. Повна рентгенологічна картина остеомієліту виявляється до початку 2-го місяця захворювання. Процес секвестрації визначається до кінця 2 - 4-го місяці від початку захворювання</p>	Правильна оцінка рентгенологічної картини патології
Пародонтит і пародонтоз	<p>Для пародонтиту характерні наявність ясеневі або пародонтальної кишені, гострий біль в яснах і їх кровоточивість. При огляді відзначається яскрава гіперемія і кровоточивість ясен.</p> <p>Рентгенологічно при пародонтозі визначається альвеолярного відростка горизонтального, вертикального чи змішаного типу.</p> <p>При пародонтозі резорбція тільки горизонтального типу. Основними ознаками пародонтозу є атрофія ясна, підвищена чутливість твердих тканин зубів, оголення їх шийок і коріння, повільно прогресуюча резорбція альвеолярного відростку.</p>	Правильна оцінка клінічної картини патології та проведення додаткових методів дослідження

### Короткий зміст теми:

## ПОМИЛКИ ПРИ ОБСТЕЖЕННІ ХВОРИХ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПАРОДОНТУ

Захворювання пародонту - одна з найважливіших проблем у стоматології. За даними ВООЗ, понад 80% дітей раннього віку страждають гінгівітом, все доросле населення - гінгівітом, пародонтитом або пародонтозом.

Рання діагностика цих захворювань утруднена, а взаємозв'язок між загальним станом організму і змінами в пародонті складна. Уражені тканини, які складають пародонт, здатні завдавати патогенний вплив на організм, ускладнювати перебіг захворювань і обумовлювати розвиток хроніосептичного стану організму.

Патологічні зміни в пародонті розвиваються під впливом різноманітних загальних і місцевих факторів, що призводять до запальних, деструктивно-запальних і дистрофічних змін пародонту з порушенням його бар'єрної функції. Для того щоб не допустити помилок в діагностиці захворювань пародонту, обстеження хворих з підозрою на них повинно включати наступні етапи: вивчення анатомічних даних, визначення загального стану хворого, обстеження порожнини рота і пародонту, вивчення лабораторних, функціональних, біохімічних і імунологічних показників, загального стану організму.

Не маючи можливості докладно зупинитися на всіх етапах обстеження, наведемо лише схему обстеження хворого із захворюванням пародонту. Такий методичний підхід до вивчення стану пародонту дозволяє не тільки поставити правильний діагноз захворювання пародонту, а й виявити певні ланки патогенезу цих захворювань, оцінити ступінь порушення метаболізму тканин в залежності від особливостей перебігу та активності патологічного процесу, визначити план і обсяг лікувальних заходів, оцінити ефективність лікування і прогноз захворювання.

*Помилки при постановці діагнозу гінгівіту.* Діагноз катарального гінгівіту ставиться на підставі об'єктивних даних: набряку і запальної інфільтрації тканини, відсутності кишени при зондуванні ясенної борозенки; на рентгенограмі змін міжзубних перегородок немає. При хронічному катаральному гінгівіті спостерігаються явища остеопорозу кісткової тканини без порушення структури міжзубних перегородок і розширення періодонтальної щілини. Допускаються помилки при диференційній діагностиці:

а) хронічного катарального гінгівіту від симптоматичного катарального гінгівіту при генералізованому пародонтиті, особливо при легкому ступені захворювання. Для пародонтиту такого ступеня важкості характерні зміни в кістковій тканині: на рентгенограмі визначаються остеопороз, втрата структури компактної пластинки вершин міжальвеолярних перегородок у зв'язку з резорбцією, що розпочинається, і розширенням періодонтальної щілини;

б) власне гіпертрофічного гінгівіту від симптоматичного гіпертрофічного гінгівіту при пародонтиті, для якого характерні істинна патологічна кишень, виділення гною з кишені, патологічна рухливість зубів, травматична оклюзія; рентгенологічно визначається резорбція альвеоли, часто з утворенням кісткових кишень. Для власне гіпертрофічного гінгівіту характерні наявність несправжньої патологічної кишені, ураження ясен переважно у молодому віці, часто встановлюється причинний зв'язок з патологією прикусу, рентгенографічна картина характерна для хронічних запальних поразок ясен (остеопороз);

в) гіпертрофічного гінгівіту від гострого катарального гінгівіту; потрібно пам'ятати, що для гострого катарального гінгівіту характерна невелика тривалість захворювання, різкий біль, печіння в яснах; ясна яскраво гіперемована, набрякла, сильно кровоточить. На рентгенівських знімках змін в кістці альвеолярних перегородок немає.

Часто припускаються помилки при диференціації фіброзної форми гіпертрофічного гінгівіту від фіброматозу ясен. Для гіпертрофічного гінгівіту характерна синювато-червоне забарвлення слизової оболонки, м'яка консистенція тканини, значна кровоточивість, виражена болючість і можливість загострення і затихання процесу. Гіпертрофічний гінгівіт часто зустрічається у підлітків (пубертатний період) на тлі перенесених хронічних захворювань, при зниженні функції щитовидної залози, лейкозах, гіповітамінозі С, анацидному гастриті, у хворих на епілепсію. Тому диференціальний діагноз гіпертрофічного гінгівіту повинен виключати і названі захворювання. Фіброматоз ясен зустрічається частіше у дорослих, відрізняється повільним перебігом, по всьому альвеолярному відростку або в зоні окремих, частіше фронтальних, зубів утворюються щільні на дотик безболісні горбисті розростання. Рентгенологічно виявляються остеопороз, рідше - руйнування міжзубних кісткових перегородок.

**Виникають помилки і при діагностиці пародонтиту.**

Пародонтит - запалення тканин пародонту з прогресуючою деструкцією пародонту і кістки. Для пародонтиту характерні наявність ясеневі або пародонтальної кишені, зміна в кістковій тканині деструктивного характеру різного ступеня вираженості. Гострий пародонтит спостерігається рідко і розвивається внаслідок механічного подразнення крайового пародонту пломбувальними матеріалами, штучними коронками, ортодонтичними апаратами та ін. У хворого з'являються гострий біль в яснах і їх кровоточивість. При огляді відзначається яскрава гіперемія ясен, легка кровоточивість при доторканні, визначається ясеневі кишені. При хронічному пародонтиті легкого ступеня скарги у хворих незначні: періодична поява кровоточивості ясен і неприємні відчуття в них. При огляді ясна гіперемійовані з ціанотичним відтінком, визначаються ясеневі кишені до 4 мм, над'ясеневі і під'ясеневі зубні відкладення. На рентгенограмі виявляється остеопороз вершин альвеолярних перегородок, відсутність компактної пластинки на вершинах і прилеглих бокових відділах. При хронічному пародонтиті середньої тяжкості патологічні зміни виражені більш значно - визначаються кровоточивість ясен при чищенні зубів і пережовуванні твердої їжі, зміна кольору ясен, рухливість зубів (I-II ступеня), застійна гіперемія міжзубної, маргінальної і альвеолярної частини ясен; пародонтальні кишені глибиною до 5 мм. Розрізняють позакісткову пародонтальну кишеню (без деструкції кістки альвеолярного відростка) і внутрішньокісткову (спостерігається деструкція кісткової тканини лунки). На рентгенограмі визначається зміна кісткової тканини I ступеня (зниження висоти міжальвеолярних перегородок на третину довжини кореня зуба). При пародонтиті важкого ступеня клінічні прояви значні - біль в яснах, утруднені відкушування і пережовування їжі внаслідок рухливості і зміщення зубів; генетично, періодична поява абсцесів, неприємний запах з рота і т. д. Гіперемія ясна поширюється на альвеолярну частину. Пародонтальні кишені 6 мм і більше; рухливість зубів II-III ступеня, їх зміщення, травматична оклюзія. На рентгенограмі визначається II-III ступінь деструктивних змін (зменшення висоти міжальвеолярних перегородок більш 1/2 довжини кореня чи повне їх розсмоктування).

Іноді помилково замість пародонтиту діагностують остеомієліт альвеолярного відростка або травматичний вузол. Обстеження ясенних кишень, облік розхитаності зубів, динамічне рентгенологічне обстеження допомагають відрізнити пародонтит від інших подібних захворювань пародонту. Помилки, пов'язані з неправильною оцінкою даних рентгенологічного дослідження, нерідко ведуть до запізнілої діагностики пародонтиту (самі ранні ознаки ураження альвеолярного відростка при пародонтиті можна виявити тільки рентгенологічно). Крупнопетлистий малюнок краю альвеолярного відростка і міжзубних перегородок є характерною ранньою ознакою пародонтиту. Лікар припускається помилки, коли хворих з пародонтитом направляє на рентгенографію тільки окремих зубів - для проведення диференціальної діагностики потрібна рентгенологічна картина всіх зубів. Тільки порівняльна оцінка зубів верхньої та нижньої щелеп, правої і лівої сторін допоможе встановити правильний діагноз, і, головне, дозволить намітити раціональний курс лікування. З'ясовуючи етіологію пародонтиту, слід звернути увагу на стан прикусу, наявність травматичного вузла. Вплив останнього проявляється на обмеженій ділянці і тільки там, де зуби знаходяться поза прикусу. В області решти зубів часто патологічні зміни не визначаються.

До помилок у діагностиці може призвести недостатньо докладний аналіз симптомів загальносудинної патології і, зокрема, судинних порушень в порожнині рота. Кровоточивість, синюшність і набряклість ясен можуть свідчити про захворювання пародонту. Кровотечі з ясен можуть бути внаслідок гіповітамінозу, геморагічних діатезів, цукрового діабету. Тому при диференційній діагностиці важливе значення має визначення його причини. Симптом кровоточивості ясен при пародонтиті може бути повноцінним лише тоді, коли він враховується в сукупності з іншими характерними для пародонтиту симптомами. Великі труднощі виникають при диференціації пародонтиту від еозинофільної гранульоми щелеп, особливо в початковій стадії її розвитку, внаслідок дуже схожої клініки. Клініко-рентгенологічні дані дозволяють тільки висловити припущення, але для остаточного розмежування хвороб потрібно провести гістологічне дослідження.

При остеомієліті альвеолярного відростка, коли є розхитаність зубів і виділення гною, помилково діагностується пародонтит. Постановці правильного діагнозу допомагає анамнез, рентгенологічне дослідження всіх зубів і пародонту, а також детальне обстеження хворого.

Багато лікарів допускають помилку при диференціації пародонтиту від пародонтозу, ускладненого запаленням ясен і деструкцією міжальвеолярних перегородок, а також пародонтиту у фазі ремісії від пародонтозу. При диференційній діагностиці необхідно враховувати особливості рентгенологічної картини, дані анамнезу і динаміку клінічних спостережень.

Пародонтоз - хронічний дистрофічний процес тканин пародонту. Основними ознаками захворювання є атрофія ясна, підвищена чутливість твердих тканин зубів, оголення їх шийок і коріння, повільно прогресуюча резорбція альвеолярного відростка. Для пародонтозу характерні тривалий прогресування процесу, відносна доброякісність його течії на протязі багатьох років.

Десна звичайно бліда, атрофована, ясенні сосочки згладжені, що призводить до утворення видимих міжзубних проміжків. Пародонтальних кишень немає. Дно ясенної кишені переміщається у міру атрофії ясен і резорбції альвеолярного відростка. З'являються симптом травматичної оклюзії, клиновидні дефекти. Патологічна рухливість зубів виникає лише при важкій формі захворювання.

Рентгенологічно при пародонтозі визначається резорбція альвеолярного відростка горизонтального типу. Частина альвеолярної кістки, що залишилася, зберігає малюнок губчастої речовини. Міжзубні перегородки рівномірно усічені на різному рівні в залежності від форми пародонтозу. Помилкою лікаря слід вважати невміння диференціювати пародонтоз від інволюційної зміни у осіб старшого та похилого віку - у хворих спостерігається зменшення міжзубної перегородки в обсязі без порушення її структури. При детальному обстеженні таких хворих вдається встановити, що атрофія кістки йшла рівномірно на всіх ділянках альвеолярного відростка, ясна осідали одночасно, ясенна кишеня була без патологічних змін, м'які тканини без запальних ознак, маргінальний пародонт не змінений. Крім того, для інволюції характерно сплюснення ясенних сосочків, змазаність кісткового малюнка на рентгенограмах. Все це свідчить про те, що пародонтоз і стареча атрофія кістки - різні процеси. При проведенні диференціальної діагностики пародонтозу від пародонтиту необхідно застосовувати йодну пробу Шіллера-Писарева (йодне число Свракова) для оцінки інтенсивності запального процесу в яснах. Проба заснована на забарвленні розчином йоду глікогену ясен. При здоровому пародонті слизова оболонка ясен забарвлюється в солом'яно-жовтий колір. Під впливом хронічного запалення в яснах різко зростає кількість глікогену, який при забарвленні йодом змінюється від світло-коричневого до темно-бурого кольору. За інтенсивністю забарвлення розрізняють негативну пробу (солом'яно-жовте забарвлення), слабопозитивну (світло-коричневе) і позитивну (темно-буре). При пародонтозі проба Шіллера-Писарева при легкому та середньому ступенях тяжкості негативна, при пародонтиті - завжди позитивна. Допомагає в проведенні диференціальної діагностики пародонтозу від пародонтиту визначення гігієнічного індексу за Федоровим-Володкіній та визначення стійкості капілярів ясен за Кулаженком. При пародонтозі найнижчий гігієнічний індекс (1,1-2 бали, тобто задовільна гігієна порожнини рота), але найвища стійкість капілярів (час утворення гематом в умовах вакууму 50-70 с), і, навпаки, при пародонтиті гігієнічний індекс високий (2,8-4,5 бала, що відповідає поганій або дуже поганій гігієні порожнини рота), а вакуумна проба показує найнижчу опірність судин (8-20 с). В останні роки при проведенні диференціальної діагностики пародонтозу від пародонтиту визначають рівень гемоглобіну слини. При пародонтозі гемоглобін в слині визначається у незначних кількостях - 0,015 г/л, тоді як при пародонтиті середнього ступеня тяжкості - 0,8-0,87 г/л. Великою підмогою в проведенні диференціальної діагностики є визначення кількості ясенної рідини (ЯР). При інтактному пародонті кількість ЯР коливається від 0 до 0,3 мг. Зміна показників ЯР знаходиться в кореляційній залежності від нозологічної форми захворювання пародонту, тяжкості перебігу запального та дистрофічного процесів у пародонті. Більш високі показники ЯР визначаються у хворих генералізованим пародонтитом: при загостренні - від 2,1 до 3,7 мг, при хронічному перебігу - від 0,8 до 2 мг. При

хронічному катаральному гінгівіті показники нижче (від 0,5 до 1,1 мг), а при пародонтозі вони наближаються до норми (від 0,1 до 0,5 мг).

**Інтерн повинен знати:**

принципи обстеження хворих, значення спеціальних та допоміжних методів дослідження, показання та протипоказання до їх призначення

**Інтерн повинен вміти:**

проводити обстеження пародонтологічного хворого, застосовуючи основні і допоміжні методи дослідження, ліквідувати ускладнення, що виникають в процесі діагностичних маніпуляцій

**Завдання для самоконтролю знань-умінь:**

1. Швидкість оновлення епітелію ясен:
  - а) 4-8 днів епітелій зубоясенного прикріплення
  - б) 10-15 днів епітелій зубоясенного прикріплення
  - в) 15-20 днів в середньому для всіх видів епітелію
  - г) 4-10 днів оральний і сулькулярний епітелій
  - д) правильної відповіді немає
2. Які форми гінгівіту розрізняють:
  - а) катаральний
  - б) гіпертрофічний
  - в) гіперпластичний
  - г) склерозуючий
  - д) авітамінозний
3. Клінічні форми захворювання пародонту це:
  - а) гінгівіт
  - б) пародонтит
  - в) пародонтоз
  - г) пародонтома
  - д) періодонтит

**Ситуаційна завдання.** Опишіть послідовність етапів суб'єктивного обстеження пародонтологічного хворого.

**Еталони відповідей:**

1. а).
2. а), б).
3. а), б), в), г).

**Ситуаційне завдання:** збір скарг, анамнез захворювання, анамнез життя

**Завдання для самостійної роботи:** Скласти таблицю «Види рентгенологічного дослідження в пародонтології та їх характеристика».