

**ЕТІОЛОГІЯ, ПАТОГЕНЕЗ ТА
КЛАСИФІКАЦІЯ ЗАПАЛЬНИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ
ДІЛЯНКИ. ПЕРІОДОНТИТИ – ЕТІОЛОГІЯ,
ПАТОГЕНЕЗ, КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА,
ПРИЧИНИ ЗАГОСТРЕНЬ ХРОНІЧНИХ
ПРОЦЕСІВ. ХІРУРГІЧНІ МЕТОДИ
ЛІКУВАННЯ: АПІКОТОМІЯ, АМПУТАЦІЯ,
ГЕМІСЕКЦІЯ, РЕПЛАНТАЦІЯ,
ТРАНСПЛАНТАЦІЯ.**

Доцент Панькевич А.І.

моб.тел. 0981086625

Професор Новіков В.М.

моб.тел. 0984806841

План лекції:

1. Етіологія та патогенез запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.
2. Класифікація запальних процесів щелепно-лицевої ділянки.
3. Будова періодонта та його функції.
4. Класифікація періодонтиту.
5. Клініка, діагностика та лікування гострого періодонтиту.
6. Хронічний періодонтит клінічні прояви, діагностика.
7. Хірургічні методи лікування хронічного періодонтиту.

ПРИЧИНИ ЗРОСТАННЯ ЧИСЛА ХВОРИХ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЩЛД

1. Пізнє звертання за медичною допомогою, що пов'язане з недостатньо активним проведенням санітарно-освітньої роботи серед населення.
2. Лікарські помилки, що допущені в період терапевтичного лікування і самолікування хворих.
3. Старий стереотип в призначенні медикаментозної терапії.
4. Пізня діагностика захворювань, ускладнень і неправильна тактика лікування.
5. Зміна видового складу збудників захворювань і зниження реактивності організму хворих.

ЕТІОЛОГІЯ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

- збудники одонтогенних запальних захворювань (постійний склад мікроорганізмів мікрофлори порожнини рота):
 - стафілококи;
 - стрептококи;
 - ентерококи;
 - диплококи;
 - грам-позитивні, та грам-негативні палички;
 - гриби;
 - найпростіші:
 - E. Coli
 - Proteus vulgaris
 - мікоплазми
 - трихомонади
 - спірохети;
 - асоціації мікроорганізмів: стрептококів груп D, F, G, стафілококів Albus, Aureus, Epidemidis.
- стан імунологічної реактивності організму.

ПАТОГЕНЕЗ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЛД

Руйнування клітин (ламброцити, базофіли і т.д.)



Вивільнення медіаторів запалення



Збільшується проникність судинної стінки



Посилюється кровонаповнення



Набряк і порушення функції



Посилюється афферентація до кори головного мозку



Біль

КЛАСИФІКАЦІЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЛД ОДОНТОГЕННІ І СТОМАТОГЕННІ

ПЕРІОДОНТИТ

ПЕРІОСТИТ ЩЕЛЕП

ОСТЕОМІЄЛІТ ЩЕЛЕП

АБСЦЕСИ І ФЛЕГМОНИ

НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ЛІМФАДЕНІТ

ГАЙМОРИТ

КЛАСИФІКАЦІЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЛД НЕОДОНТОГЕННІ

ФУРУНКУЛ, КАРБУНКУЛ, БЕШИХА, НОМА

ГЕМАТОГЕННИЙ ОСТЕОМІЄЛІТ

ТРАВМАТИЧНИЙ ОСТЕОМІЄЛІТ

СІАЛАДЕНІТ

АРТРИТ СНЩС

АБСЦЕСИ І ФЛЕГМОНИ

ЛІМФАДЕНІТ

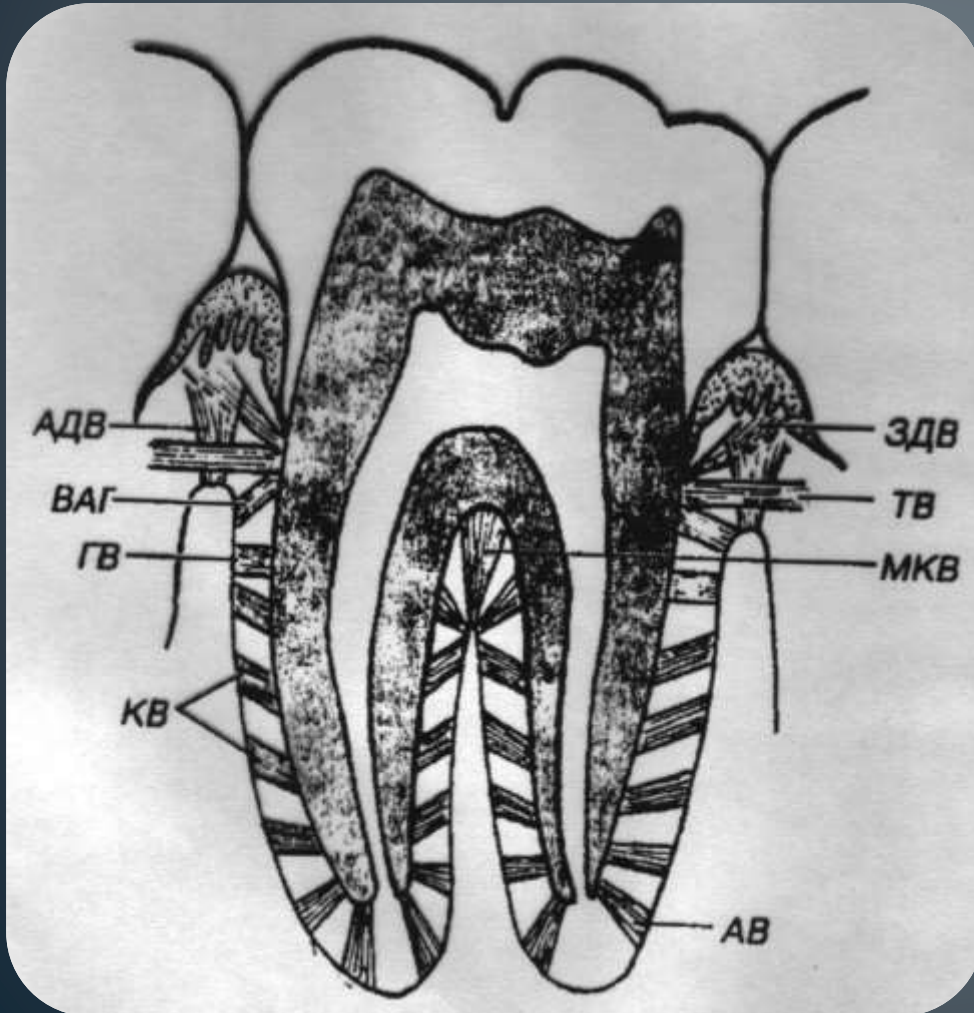
СПЕЦИФІЧНІ

АКТИНОМІКОЗ

ТУБЕРКУЛЬОЗ

СІФІЛІС

ПЕРІОДОНТ – комплекс тканин, розташованих між внутрішньою стінкою лунки зуба (альвеоли) та цементом кореня зуба.



Періодонтит – запалення періодонту.

ФУНКЦІЇ ПЕРІОДОНТА

БАР'ЄРНА – захищає кісткову тканину щелепи від проникнення шкідливих агентів (мікроорганізмів, токсинів, лікарських речовин).

ФІКСУЮЧА – забезпечується за рахунок кругової зв'язки, міжальвеолярних і верхівкових волокон. Зв'язковий апарат забезпечує фізіологічну рухливість зуба.

АМОРТИЗУЮЧУ функцію періодонту виконують колагенові, ретикулярні і еластичні волокна, а також кровоносні та лімфатичні судини.

ТРОФІЧНА – живлення цементу зуба і компактної пластинки альвеоли здійснюється за рахунок значно розвиненої мережі судин і нервів.

РЕФЛЕКСОГЕННА – рецептори подають сигнали на жувальну мускулатуру, чим і регулюється сила жувального тиску на зуби.

КЛАСИФІКАЦІЯ ПЕРІОДОНТИТУ

1. Гострий періодонтит:

- а) серозний (обмежений, розлитий);
- б) гнійний (обмежений, розлитий);.

2. Хронічний періодонтит:

- а) гранулюючий;
- б) гранулематозний;
- в) фіброзний.

3. Загострення хронічного періодонтиту.

Шляхи поширення інфекції

- Через каріозну порожнину і канал зуба.
- Через періодонтальну щілину.
- Гематогенний шлях.
- Контактний.
- Лімфогенний.
- При інфекційних захворюваннях на фоні зниження імунних реакцій.

Неінфекційні:

- Травматичний
 - не ускладнений некрозом пульпи
 - ускладнений некрозом пульпи
- Медикаментозний
- Термічний

Залежно від локалізації патологічного процесу в періодонті розрізняють:

Апікальний (верхівковий) періодонтит, при якому запалення розвивається між верхівкою кореня зуба і стінкою альвеоли;

Маргінальний (крайовий) - запалення починається з краю ясен.

Дифузний періодонтит.

КЛІНІКА

ГОСТРИЙ СЕРОЗНИЙ ПЕРІОДОНТИТ

- ниючий, не різко виражений біль в зубі, що посилюються при накушуванні;
- іррадіації немає;
- хворі правильно указують локалізацію ураженого зуба;
- обличчя симетричне, відкривання рота вільне;
- при тривалому тиску на зуб (змиканні щелеп) біль дещо стихає;
- лімфовузли трохи збільшуються, злегка болючі;
- спостерігається невелика рухливість зуба і позитивна вертикальна перкусія;
- змін на рентгенограмі немає.

ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ ПЕРІОДОНТИТ

- інтенсивність болю наростає;
- біль стає гострим, пульсуючим, спостерігається іррадіація по ходу гілок трійчастого нерва;
- різкий біль виникає при будь-якому дотику до зуба;
- хворий відзначає, що зуб як би “виростає”;
- рот хворого напіввідкритий;
- слизова оболонка альвеолярного відростка гіперемована, набрякла, болюча в межах причинного зуба;

ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ ПЕРІОДОНТИТ

- з'являється набряк м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки;
- лімфовузли збільшені, болісні;
- страждає загальний стан з-за порушення сну та прийому їжі, можуть з'являтися слабкість, нездужання, підвищення температури тіла і інші симптоми інтоксикації;
- у крові відмічений лейкоцитоз, висока ШОЕ.
- на рентгенограмі змін немає, лише в деяких випадках на 3-5 день від початку розвитку захворювання може з'явитися нечіткість компактної пластинки.

ХРОНІЧНИЙ ПЕРІОДОНТИТ

ГРАНУЛЮЧИЙ ПЕРІОДОНТИТ

активна форма запалення, що

характеризується частими загостреннями

- скарги на больові відчуття, що періодично з'являються, в ділянці ураженого зуба;
- біль може бути відсутнім;
- з анамнезу – зуб турбує хворого протягом тривалого часу;
- на початку біль має нападopodobний характер, посилюючись при накушуванні;

- об'єктивно на альвеолярному відростку щелепи, в ділянці ураженого зуба, зазвичай вдається виявити норицевий хід з гнійним ексудатом (локалізація нориць різна);
- навколо устя норицевого ходу нерідко відбувається розростання кровоточивих грануляцій рожевого кольору.
- ясна в ділянці ураженого зуба набряклі, гіперемовані.
- характерний симптом "вазопарезу".
- в проекції верхівки кореня пальпується болючий інфільтрат.



РЕНТГЕНДІАГНОСТИКА

- у кістці у проекції верхівки кореня зуба розрізняють ділянку резорбції кісткової тканини з нерівними і нечіткими контурами;
- іноді виявляється часткова резорбція кореня зуба;
- деструкція кісткової тканини іноді розповсюджується на альвеоли сусідніх зубів.



ГРАНУЛЕМАТОЗНИЙ ПЕРІОДОНТИТ

характеризується утворенням гранульоми, що складається з грануляційної тканини та оточуючої її сполучнотканинної (фіброзної) капсули

- тривалий час протікає без симптомів;
- симптом Малевіча «тріснутого горщика»
- при перкусії – «тупий» звук;
- виникає підокісна гранульома;
- у проекції верхівки кореня зуба гранульома може пальпуватися у вигляді чітко відмежованого щільного малоболючого утворення з гладкою поверхнею.

РЕНТГЕНОДІАГНОСТИКА

- рорізняють апікальні, латеральні та міжкореневі гранульоми.
- Апікальна локалізується строго біля верхівки кореня зуба, латеральна - збоку від кореня зуба, апіколатеральна - збоку від верхівки кореня зуба.
- в багатокорневих зубах гранульома може знаходитись в місті дельтовидного розгалуження кореневого каналу - міжкоренева гранульома.
- діаметр гранульоми зазвичай не перевищує 0.5 см.

РЕНТГЕНОДІАГНОСТИКА

- біля верхівки кореня зуба виявляється осередок деструкції кісткової тканини, що має округлу форму і нечіткі рівні краї;
- верхівки коренів зубів, обернених в гранульому, нерідко знаходяться у стадії резорбції;
- в багатокоренових зубах гранульома може знаходитися в місці дельтоподібного розгалуження кореневого каналу — міжкоренева гранульома.

РЕНТГЕНОДІАГНОСТИКА



ФІБРОЗНИЙ ПЕРІОДОНТИТ

- періодонт потовщений, щільний, є розростання фіброзної тканини;
- спостерігається посилене (надмірне) утворення цементу біля кореня зуба, що викликає гіперцементоз;
- клінічна симптоматика при цій формі захворювання відсутня.

ДІАГНОСТИКА

Діагноз встановлюють на підставі даних рентгенографії:

- розширення або звуження періодонтальної щілини;
- нерівні контури періодонтальної щілини;
- можлива її осифікація (щілина відсутня) — виявляється гіперцементоз;
- кісткова пластинка альвеоли часто буває склерозована, потовщена.



РЕЗЕКЦІЯ ВЕРХІВКИ КОРЕНЯ (апікоектомія, гранульомектомія)

МЕТА — усунути хронічний патологічний осередок в кістці, зберігаючи зуб.

Частіше проводять на однокоренових зубах, рідше - на малих і великих корінних зубах.

ПОКАЗАННЯ:

- перелом верхньої третини кореня;
- викривлення верхівки кореня, що перешкоджає проведенню заапікальної терапії;
- перелом інструменту в кореновому каналі;
- відсутність успіху від заапікальної терапії;
- надмірне виведення пломбувального матеріалу і розповсюдження його під окістя;
- підокісні гранульоми;
- кісти, в порожнині яких знаходяться верхівки коренів зубів.

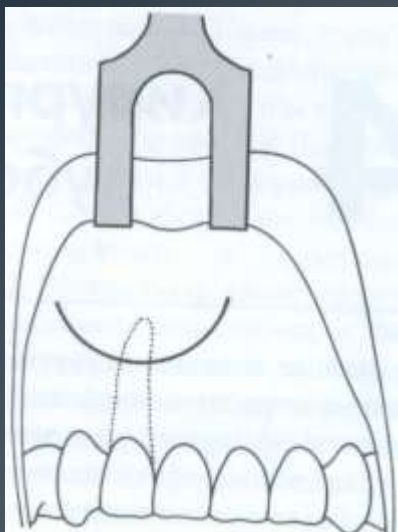
ПРОТИПОКАЗАННЯ:

- пародонтит;
- загострення хронічного періодонтиту;
- рухливість зуба;
- оголення анатомічної шийки зуба;
- залучення в патологічний процес більше однієї третини верхівки зуба при кістах;
- апіколатеральні та латеральні гранульоми;
- зміна кольору кореня зуба;
- відсутність частини передньої стінки альвеоли;
- літній вік пацієнта.

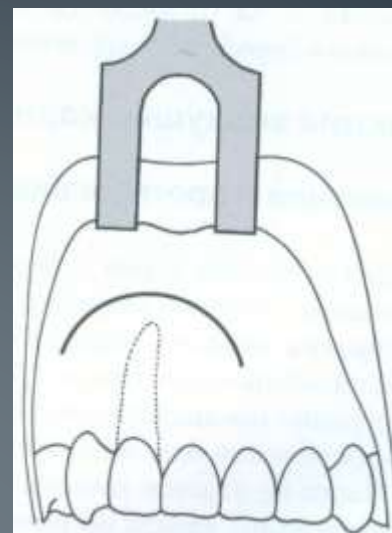
ЕТАПИ ОПЕРАЦІЇ:

- 1.Терапевтична підготовка в день операції. Пломбування кореневого каналу зуба.
- 2.Адекватне анестезіологічне забезпечення (провідникова + інфільтраційна анестезія з вазоконстриктором).
- 3.Лінія розрізу повинна йти вище (для н/щ) або вище (для в/щ) верхівки кореня.
- 4.Скелетація слизово-окісного клаптя.
- 5.Визначення апекса.

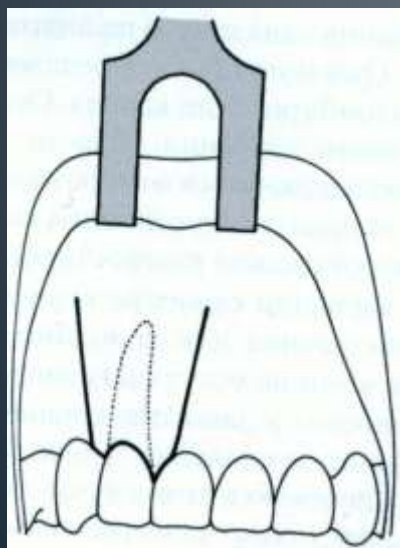
6. Перфорація зовнішньої кортикальної пластинки (на малих обертах, твердосплавним бором).
7. Оголення та резекція верхівки кореня.
8. Вискоблювання грануляційної тканини.
9. Обрізання (вирівнювання) кореня з дном порожнини.
10. Ретроградне пломбування кореня (при необхідності).
11. Заповнення дефекту кістковопластичним матеріалом (при необхідності).
12. Укладання клаптя на місце та ушивання рани.



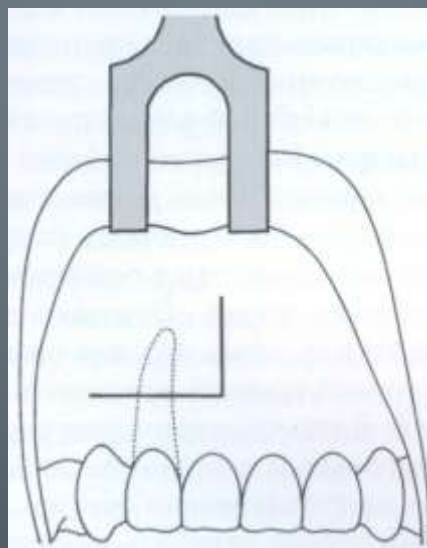
ДУГОПОДІБНИЙ
ПО PARTSCH



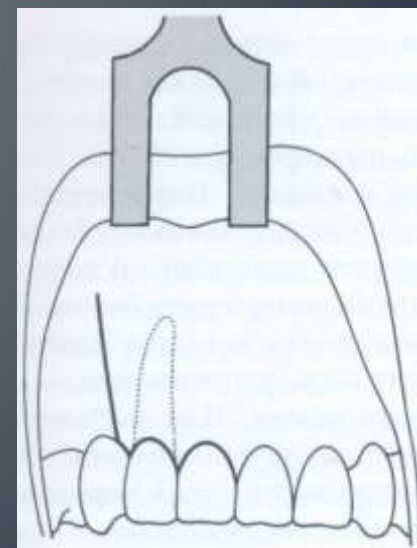
ДУГОПОДІБНИЙ
ПО RICHLE



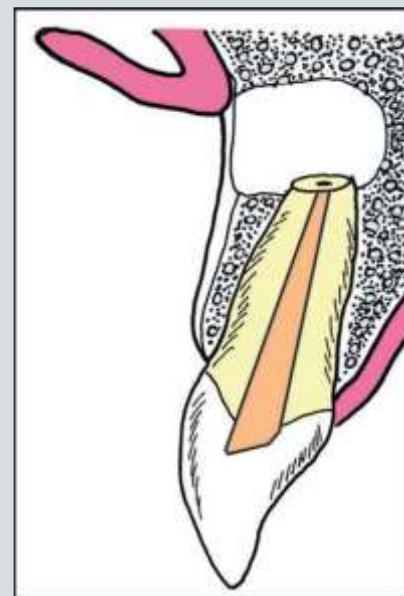
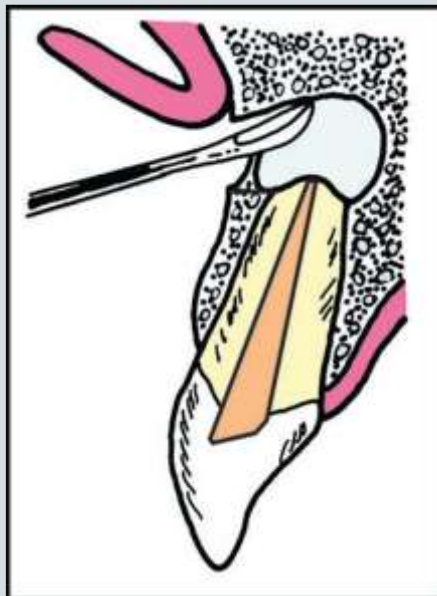
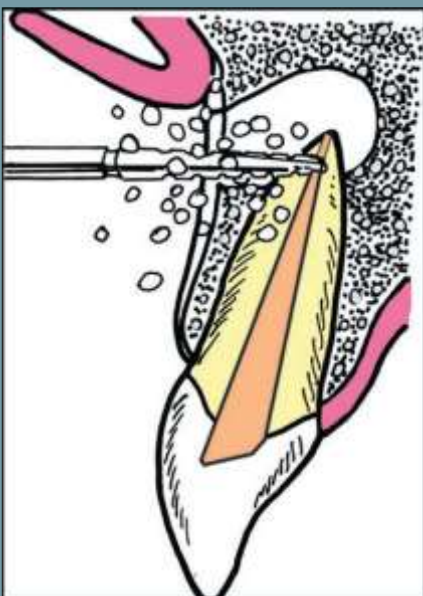
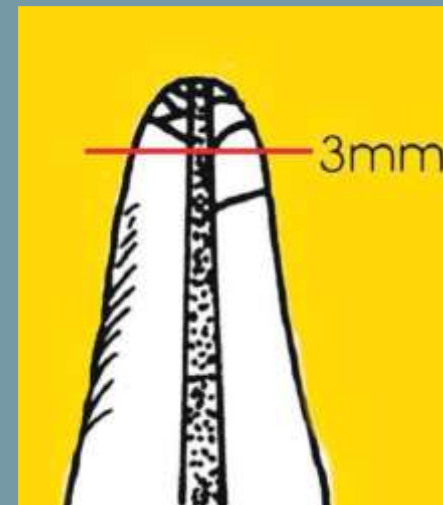
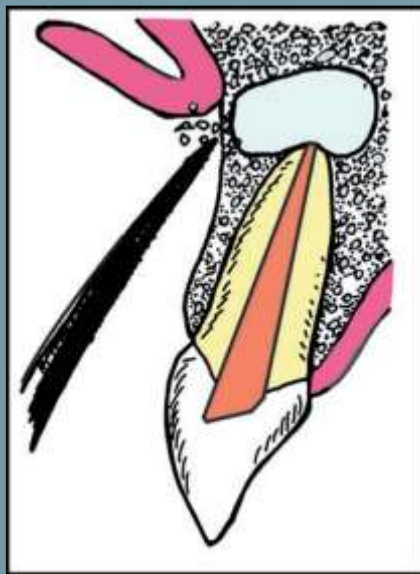
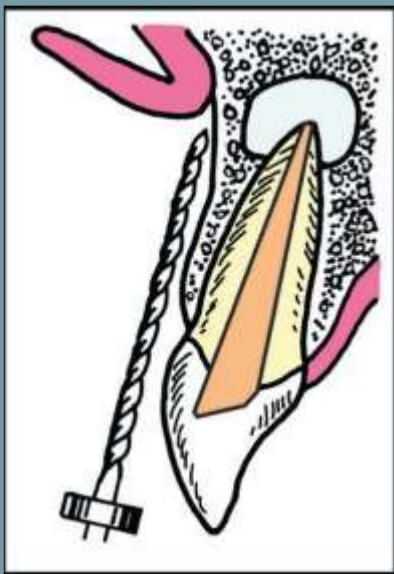
ТРАПЕЦІЄПОДІБНИЙ



РОЗРІЗ ЗА REINMOLLER



L-ПОДІБНИЙ РОЗРІЗ





Після проведеного розтину та відшарування слизово-окісного клаптя проводять трепанацію кістки.



Резекована верхівка кореня скосом допереду до видимого пломбувального матеріалу.



За допомогою ложечки Фолькмана проводиться видалення грануляційної тканини.



Кісткова порожнина лівої верхньої щелепи після видалення кістогранульом та резекції верхівок коренів зубів 23, 24.



Заповнення кісткової порожнини
лівої верхньої щелепи
остеотропним матеріалом.



Післяопераційну рану
ушивають.

РЕПЛАНТАЦІЯ ЗУБА

під реплантацією зуба розуміють пересадку
видаленого зуба в його ж альвеолу

ПОКАЗАННЯ:

- при безуспішному консервативному лікуванні хронічного періодонтиту.

ПРОТИПОКАЗАННЯ:

- ті ж, що і до резекції верхівки кореня, але при реплантації вони уточнюються безпосередньо після вилучення зуба з лунки.
- відсутність на корені зуба немінералізованого цементу і поява на ньому ділянок округлої або овальної форми жовтого кольору;
- захворювання, які пригнічують процеси регенерації кісткової тканини.

Вперше реплантацію зуба застосував АМБРУАЗ ПАРЕ

Етапи операції описані КОЗЛОВИМ:

1. Видалення зуба.
2. Обробка видаленого зуба.
3. Виконання резекції верхівки кореня.
4. Постановка зуба в його ж лунку.

РОЗРІЗНЯЮТЬ 3 ВИДИ РЕПЛАНТАЦІЇ:

1. Безпосередня
2. Рання відстрочена – до 10 днів (зуб зберігається в холодильній камері при температурі +4 С).
3. Вторинна відстрочена – до 1,5 місяців.

ГЕМІСЕКЦІЯ ТА АМПУТАЦІЯ

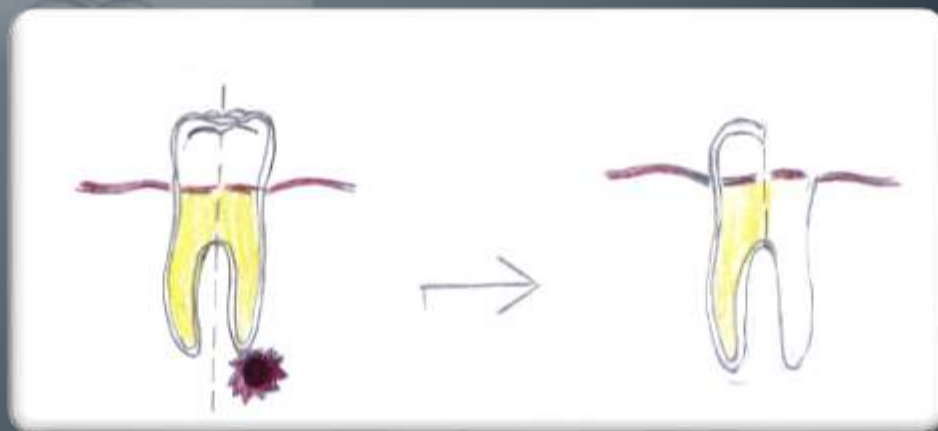
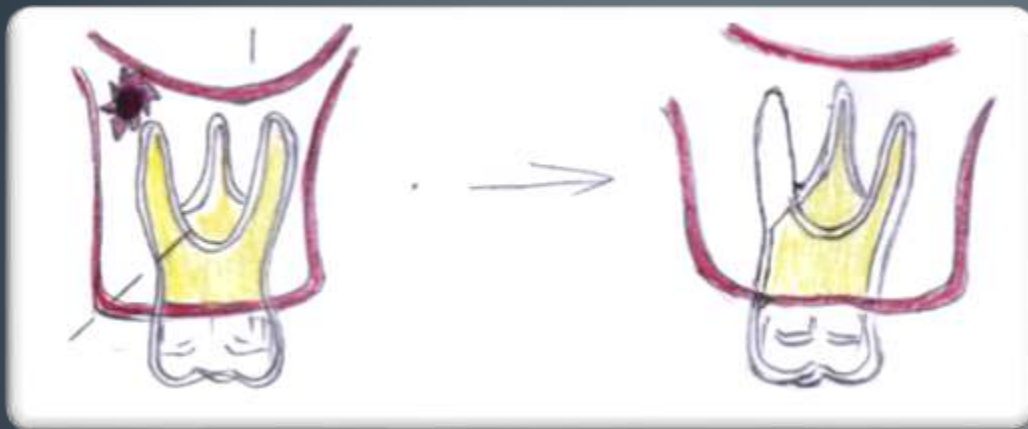
Гемісекція - видалення кореня разом з прилеглою до нього коронковою частиною зуба.

Ампутація - видалення всього кореня при збереженні коронкової частини зуба.

ПОКАЗАННЯ:

- наявність кісткових кишень у ділянці одного з коренів премоляра або моляра;
- перелом кореня зуба, вертикальний перелом багатокореневого зуба;
- наявність міжкореневої гранульоми;
- неможливість проведення резекції верхівки кореня зуба.

Схематичне зображення ампутації кореня зуба та гемісекції зуба.



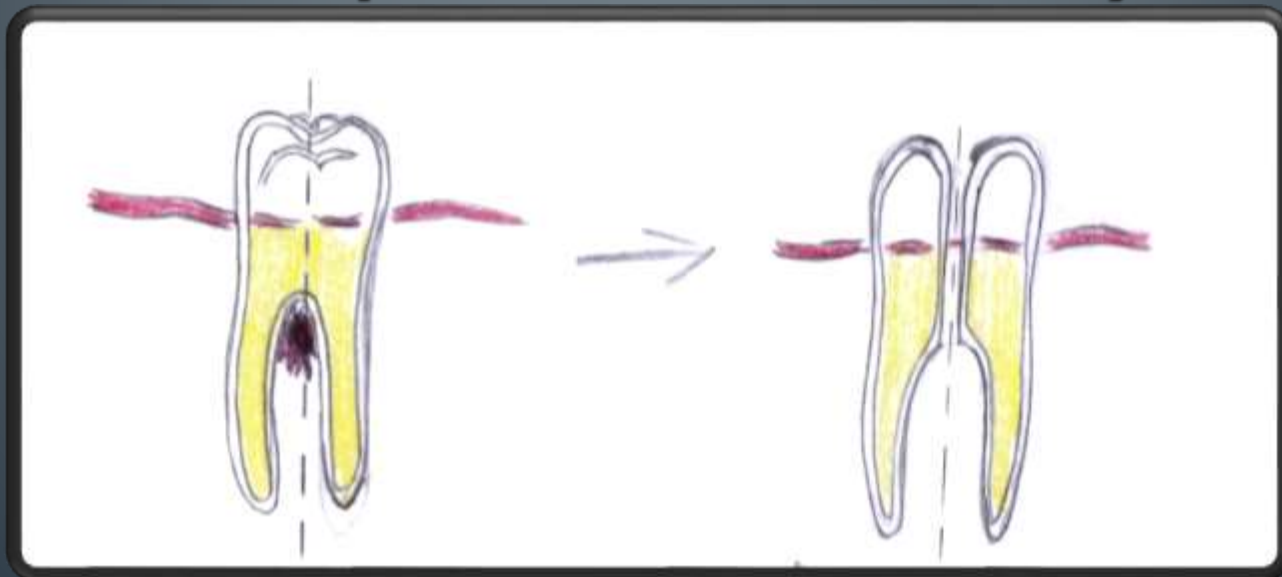
Гемісекція



ПРОТИПОКАЗАННЯ:

- значний дефект кісткових тканин лунки;
- випадок, коли зуб не представляє функціональної і косметичної цінності;
- наявність зрощених коренів, а також гостре запалення слизової оболонки порожнини рота і непрохідні канали коренів зубів, що підлягають збереженню.

КОРОНАРО-РАДИКУЛЯРНА СЕПАРАЦІЯ
розтин зуба на дві частини у ділянці біфуркації
з подальшим ретельним згладжуванням
нависаючих країв, проведенням кюретажу
ділянки міжкореневої патологічної кишені і
покриттям кожного з сегментів кореня
коронкою (застосовується при лікуванні
молярів нижньої щелепи)



Схематичне зображення короно-радикулярної сепарації.

ПОКАЗАННЯ:

- наявність міжкореневої гранульоми невеликих розмірів;
- перфорація дна порожнини зуба з розрідженням верхівки міжкореневої перегородки.

ПРОТИПОКАЗАННЯ:

- при патологічних процесах у ділянці міжкореневої перегородки, усунення яких може привести до оголення більше $1/3$ довжини кореня зуба.