

Перелік вмінь та практичних навичок для диференційованого заліку

1. Робота з медичною документацією. Заповнення і ведення амбулаторної історії хвороби стоматологічного хворого
2. Робота з стоматологічним обладнанням та інструментами, Стерилізація.
3. Провести клінічне обстеження хворого з патологією зуба (скарги, анамнез, зовнішньоротове обстеження, внутрішньоротове обстеження, перкусія, пальпація, рухомість).
4. Провести додаткові методи обстеження зубів (оцінка гігієнічного стану порожнини рота (ГІ), температурна діагностика, визначення інтенсивності коричневої пігментації емалі при флюорозі зубів, кольорові тести з барвниками, ТЕР- тест, ЕОД, рентгенологічні методи обстеження зубів).Формулювання діагнозу.
5. Виконати знеболення (аплікаційне, інфільтраційне, провідникове).
6. Відпрепарувати каріозні порожнини різної локалізації (I-V класів за Блеком).
7. Запломбувати каріозні порожнини (тимчасовими пломбами, цементами, композиційними матеріалами хімічного затвердіння, композиційними матеріалами світлового затвердіння).
8. Накладати кофердами
9. Провести видалення зубних відкладень
10. Провести вибілювання зубів
11. Провести сеанс ремінералізуючої терапії.
12. Покрити зуби лікувальними та профілактичними лаками, гелями.
13. Провести герметизацію фісур.
14. Провести розкриття порожнин зубів всіх груп
15. Лікування пульпіту (біологічний метод, метод вітальної ампутації, метод вітальної екстирпації, метод девітальної екстирпації, комбінований метод).
16. Лікування періодонтиту (механічна обробка кореневого каналу різними ендодонтичними інструментами, антисептична і медикамента обробка кореневого каналу, obturaція кореневого каналу пастами, obturaція кореневого каналу внутрішньоканальним штифтом, методика відновлення коронки зуба анкерним штифтом).
17. Провести дренаж верхівкового періодонту.
18. Виконати діатермокоагуляцію при лікуванні пульпіту, періодонтиту.
19. Провести інтрадентальний електрофорез.
20. Вміти надати допомогу хворому при непритомності, колапсі, шоку.
21. Виписати рецепти медикаментів та призначити фізіотерапевтичне лікування.
22. Провести професійну гігієну порожнини рота.
23. Дати рекомендації щодо гігієни порожнини рота.
24. Володіти формами та методами санітарно-просвітницької роботи.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції № 1.
Робота з медичною документацією. Заповнення і ведення амбулаторної історії хвороби стоматологічного хворого.

Матеріальне забезпечення: Форма № 043/о.

Методика проведення. Форма № 043/о заповнюється відповідальними особами стоматологічних поліклінік, стоматологічних відділень і кабінетів, амбулаторій, поліклінік, лікарень. Порядок заповнення амбулаторної історії хвороби стоматологічного хворого наступний:

- паспортні дані хворого (прізвище, ім'я, по батькові, стать, місце проживання, рік народження) заповнюються медичною сестрою або реєстратором.

- Діагноз та інші розділи форми № 043/о заповнюються безпосередньо лікуючим лікарем. Залежно від скарг та первинного клінічного діагнозу лікар – стоматолог може скеровувати пацієнта на лабораторні дослідження, рентгенографію, отримання висновків фахівців відповідного профілю, у тому числі загальносоматичних, із поданням виписки із карти стоматологічного хворого, аналізів та іншої медичної документації. Згадану документацію вписати або вклеїти у форму № 043/о до розділу “Дані рентгенівських обстежень, лабораторних досліджень”.

- Можливе подальше уточнення діагнозу, розширення або навіть заміна з обов'язковим зазначенням дати. Діагноз повинен бути розгорнутим, описати тільки стоматологічні захворювання.

- У розділі “Скарги” зі слів пацієнта або родичів вписати скарги, які найбільш точно відображають стан пацієнта відносно стоматологічного захворювання.

- У розділі “Перенесені та супутні захворювання” вказати дані про перенесені та супутні захворювання зі слів пацієнта, а також дані, підтвержені фахівцями інших підрозділів закладу охорони здоров'я. Обов'язково вказати, чи перебуває пацієнт на диспансерному обліку та з приводу якого захворювання.

7. У розділі “Розвиток теперішнього захворювання” зазначити: час появи перших симптомів цього захворювання, з чим пацієнт їх пов'язує, характер перебігу хвороби та раніше проведене лікування і його ефективність.

8. У розділі “Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд, стан зубів” описати дані зовнішнього огляду, зазначити стан шкірних покривів, кісткового скелета обличчя, червоної облямівки губ тощо. У наведеному рядку вказати результати пальпації скронево-нижньощелепного суглоба, підщелепних, привушних слинних залоз. Запис даних огляду ротової порожнини розпочати із визначення стану твердих тканин зубів та тканини пародонту. Перший ряд над розташованими схематично зубами і під ними відведений для внесення даних щодо стану коронкової частини зуба з умовними позначеннями, включаючи наявність різних конструкцій зубних протезів.

У чисельнику відмітити стан на час огляду, у знаменнику - стан після проведеного лікування. Над другим рядом схематично зображених зубів і під ним внести дані об'єктивного дослідження стану пародонту, його норма (N), ступінь атрофії - 1/4, 1/2, 3/4 та ступінь рухомості зубів - I, II, III.

Під таблицею схематично розташованих зубів у письмовому вигляді вказати додаткові дані відносно зубів, кісткових тканин альвеолярних відростків (зміна їх форми, положення тощо).

9. У розділі “Прикус” відмітити тип взаємовідношення зубних рядів у нормі, при аномаліях, патологічному стані

10. У розділі “Стан гігієни порожнини рота, стан слизової оболонки порожнини рота, ясен, альвеолярних відростків та піднебіння. Індокси ГІ та РМА” описати стан слизової оболонки ротової порожнини за даними візуального обстеження, гігієнічного індексу (далі - ГІ) та папілярно-маргінального альвеолярного індексу (далі - РМА), який є показником для оцінки проявів гінгівіту та пародонтального індексу (РІ), спрямований на виявлення розвинутих форм патології.

11. У розділі “Дані рентгенівських обстежень, лабораторних досліджень” зазначити висновки рентгенологічних обстежень та лабораторних досліджень.

12. У розділі “Колір за шкалою “Віта” вказати відповідність кольорової гами застосованого матеріалу кольору коронок зубів пацієнта.

13. У розділі “Дата навчання навичкам гігієни ротової порожнини” записати дату, коли проведена бесіда щодо правильного чищення зубів, інших навичок гігієни порожнини рота.

14. У розділі “Дата контролю гігієни порожнини рота” вказати дату після оцінки гігієнічного стану ротової порожнини.

15. У розділі “Щоденник лікаря” зазначити всі випадки звернень пацієнта до лікаря, складаються план обстеження, план лікування пацієнта з відмітками про консультативні висновки суміжних фахівців. Завершити розділ епікризом - стислий опис результатів лікування та рекомендовані лікарем практичні заходи. Після лікування поставити підпис та віддати для підпису завідувачу відділення.

16. У стоматологічній поліклініці, відділенні або кабінеті на хворого має бути заповнена одна форма № 043/о.

17. Форма № 043/о підписується та датується лікарем, в якого хворий перебуває під диспансерим наглядом.

18. У разі ведення форми № 043/о в електронному форматі в неї має бути включена вся інформація, яка міститься на затвердженому паперовому носії.

19. Форма № 043/о зберігається в реєстратурі закладу охорони здоров'я.

20. Термін зберігання форми № 043/о - 5 років.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції № 2.

Робота з стоматологічним обладнанням та інструментами. Стерилізація.

Матеріальне забезпечення: паровий стерилізатор, сухожарова шафа.

Методика проведення. Після ретельного очищення на стоматологічних інструментах можуть залишатись плями. Вони можуть бути спричинені: неправильно проведеною процедурою (наприклад, якщо нові інструменти не були очищені перед стерилізацією); неадекватно підібраними мийними, дезінфекційними засобами; недостатнім промиванням водою наприкінці; неправильне приготування та дозування мийних та дезінфекційних засобів; залишками речовин, які використовують при лікуванні; використанням для полоскання не дистильованої води; забрудненою парою для стерилізації;

смужками стерилізаційних індикаторів. Перед проведенням експлуатації інструменти охолодити і змастити, щоб уникнути зношування металу та механічних пошкоджень. Інструменти із нержавіючої сталі без пошкоджень не повинні торкатися інструментів із пошкодженою поверхнею, наприклад, заржавілих інструментів чи інструментів, у яких відшарувалось хромове чи нікелеве покриття. Пошкоджені, вкриті корозією та зношені інструменти негайно вилучити, щоб уникнути контакту корозії з інструментами із нержавіючої сталі, обладнанням для стерилізації, стерилізатором та автоматичними мийними пристроями.

У стоматологічній практиці різні інструменти, що потребують стерилізації, стерилізують різними методами. У стоматології використовують наступні методи стерилізації інструментарію: *стерилізація сухим жаром, стерилізація під тиском парою в автоклаві, стерилізація хімічними розчинами шляхом повного занурення.*

Стерилізація парою проводиться насиченою парою при температурі 134 °С. Відповідно до Європейського стандарту для малих парових стерилізаторів EN 13060 «Малі парові стерилізатори» існують три типи таких пристроїв: Тип В (DIN EN 13060-2): для запакованих суцільних, порожнистих та пористих предметів. Тип N (DIN EN 13060-3): для незагорнутих суцільних інструментів. Тип S (DIN EN 13060-4): для предметів, перелічених виробником малого стерилізатора.

Існують два режими стерилізації в автоклаві. Перший режим: при 2 атм. ($\pm 0,2$) 20 хв і температурі 132 ± 2 °С рекомендується для виробів із скла, корозійностійких металів, текстильних матеріалів, гуми. Другий режим: при 1,5 атм. ($\pm 0,2$) 45 хв і температурі 120 ± 2 °С застосовується для виробів з гуми, латексу, окремих полімерних матеріалів (поліетилен високої щільності, ПВХ - пластикати).

У паровому стерилізаторі використовуйте лише дистильовану воду. Якщо прилад має стік для конденсату, чистоту води в ньому перевіряйте щодня. Потрапляння туди мастила, хімічних препаратів, металевої стружки або іржі буде причиною забруднення інструментів, у результаті чого вони будуть пошкоджені. Якщо буде виявлено будь-яке забруднення, пристрій почистіть. У разі використання парового стерилізатора без вакуумної сушки після закінчення програми залиште дверцята відчиненими, для остаточного висихання інструментів. Стерильні інструменти запакуйте (загорніть) згідно з встановленими стандартами.

Під час стерилізації гарячим повітрям слід дотримуватись наступних вимог: а) правильно закладайте інструменти; б) правильно експлуатуйте стерилізатор. Режимми стерилізації у сухожаровій шафі: при температурі 180 °С час стерилізації 60 хв, при температурі 160°С — 150 хв (2,5 год). Повний цикл обробки більш тривалий, адже потрібен час для нагрівання шафи та її охолодження. Предмети, простерилізовані повітряним методом, в упаковці зберігайте 3 доби; предмети, простерилізовані у відкритому посуді без упаковки, використовуйте відразу після стерилізації. Не перевищуйте номінальну температуру у 180 °С. Якщо температура перевищить 185 °С, рідкий парафін утворить тверду смолу і перестане виконувати функцію змащування. Виконуйте

вказівки щодо обсягів завантажень, подані в інструкції до стерилізатора. Чітко дотримуйтеся вказаного часу тривалості (експозиції) стерилізації. В жодному разі не відкривайте пристрій під час роботи. Не використовуйте перед стерилізацією засоби догляду для загального захисту поверхні інструменту. Злегка змастіть чистим рідким парафіном зчленування та шарніри сухих інструментів перед стерилізацією гарячим повітрям. Щоб уникнути появи плям, не використовуйте силіконове мастило.

Інструменти, які не можна стерилізувати гарячим повітрям: турбінні, кутові, прямі наконечники та їх деталі, інструменти з пластиковими, гумовими або текстильними частинами, марковані пластиком інструменти, термічно нестійкий пакувальний матеріал.

При **стерилізація в хімічному методі** використовуйте розчини хімічних речовин і газів. Хімічний метод застосовуйте для стерилізації виробів з полімерних матеріалів, гуми, спеціального скла, корозійнонестійких металів. При цьому методі ретельно проведіть попередню очистку поверхні предметів, оскільки хімічні сполуки знищують в основному поверхневу мікрофлору.

Препарати які можете використовувати для даного методу стерилізації: 1% розчину надощову кислоту («Дезоксон-1») (18 °С тривалість обробки 45 хвилин), 6% розчин перекису водню (при температурі 18 °С тривалість обробки 6 год, при температурі 50 °С — 3 год). 2,5% розчин глютарового альдегіду (при температурі 20 °С протягом 6 год, 8% розчин Лізоформіну-3000 при температурі (50 °С — 1 год), 10% розчин Гігасептофф (10 год), 20% розчин Біанолу (при температурі 21 °С — 10 год). Для стерилізації розчинами хімічних речовин користуйтеся емальованим, скляним або пластмасовим посудом з кришкою. Предмети повністю занурьте у розчин, вільно розклавши у ньому і витримайте визначений час, накрийте посуд кришкою. Після закінчення стерилізації вироби вийміть стерильними пінцетами і двічі занурьте на 5 хвилин у стерильну дистильовану воду або в стерильний ізотонічний розчин хлориду натрію, кожного разу їх змінюйте в асептичних умовах. Попередньо посуд для води простерилізуйте паровим методом. Після цього стерильним пінцетом інструмент перекладіть в асептичних умовах у стерильні бікси, вистелені стерильною серветкою. Термін зберігання простерилізованих виробів не більше 1 доби.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції № 3 **Провести клінічне обстеження хворого з патологією зуба**

Матеріальне забезпечення: стоматологічний лоток, стоматологічний пінцет, стоматологічний зонд, стоматологічне дзеркало, пародонтологічний зонд, лоток.

Методика проведення. Збирання анамнезу є першим етапом огляду пацієнта. Вичерпна інформація, яку отримують у процесі опитування дозволяє правильно сформулювати діагноз, який згодом підтверджують результатами клінічних методів дослідження.

Скарги. Опитуючи пацієнта про скарги, скеровуйте розповідь у напрямку, в якому найбільше є інформації про те, що турбує хворого на даний момент. Найчастіше пацієнти звертаються до лікаря з скаргами на біль, який стоматолог повинен охарактеризувати, а саме з'ясувати: інтенсивність (гострий, хронічний,

пульсуючий), характер виникнення (самовільний, від дії подразника), локалізація (локалізований, іррадіює), тривалість болю (короткочасний, тривалий) та безбольових проміжків, час виникнення (уночі, вдень).

Анамнез. Під час вивчення анамнезу захворювання уточніть коли розпочалось захворювання та який був перебіг, чи хворий звертався до лікаря, і чи було проведене лікування ефективним. Виявіть чи є спадкові захворювання у пацієнта. Якщо у хворого наявні документи, які висвітлюють перебіг та результати попереднього лікування, детально вивчіть та проаналізуйте їх.

Досліджуючи анамнез життя з'ясуйте: біографічні дані, умови життя, особливості харчування, перенесені захворювання, алергологічний анамнез, спадковість, умови праці, шкідливі звички.

Об'єктивний огляд хворого поділяється на зовнішньоротовий та внутрішньоротовий та проводять його в стоматологічному кріслі. Під час обстеження зафіксуйте голову пацієнта на підголовнику. Можете піднімати і опускати крісло, змінювати положення його спинки і підголовника. При *зовнішньоротовому обстеженні* дослідіть загальний стану хворого, визначіть конфігурацію обличчя (пропорційність та симетрія), колір (блідість, гіперемія, синюшність, жовтушність) та стан шкірних покривів (наявність патологічних змін), еластичність шкіри, стан лімфатичних вузлів). Вказані дослідження проведіть візуально.

Внутрішньоротове обстеження проводять у три етапи. Першим огляньте присінок рота, зокрема вуздечки верхньої та нижньої губи, слизові тяжі, визначають глибину присінку, виходи малих слинних залоз та привушних слинних залоз (за допомогою стоматологічного дзеркала, пальпаторно). Огляньте стан ясен, а саме альвеолярну частину.

Наступний етап – огляньте зубні ряди, а саме зондуючи тверді тканини зубів (за допомогою стоматологічного зонда та стоматологічного дзеркала), проведіть перкусію, та перевірте статику зубів (за допомогою стоматологічного дзеркала та пінцета), виміряйте глибину ясенної боріздки та вивчіть зубоясенне прикріплення (за допомогою пародонтологічного зонду та стоматологічного дзеркала). Третій етап – обстежте власне порожнину рота, а саме язика (візуально, пальпаторно), дно порожнини рота, зокрема прикріплення вуздечки язика та виходу підязикових та підщелепових слинних залоз (за допомогою стоматологічного дзеркала, пальпаторно), стан твердого та м'якого піднебіння (візуально, пальпаторно, за допомогою стоматологічного дзеркала)

Алгоритм виконання практичної маніпуляції № 4. **Провести додаткові методи обстеження зубів**

Матеріальне забезпечення: розчин Шиллера – Писарева, тепла та холодна вода, 2% р-н метиленової сині або 0,1% водний розчин метиленового червоного, розчину хлористоводневої кислоти, апарат для електроодонтометрії, прицільні рентгенівські знімки, панорамні знімки, ортопантомограми.

Методика проведення. *Оцінка гігієнічного стану порожнини рота* проводьте за допомогою гігієнічного індексу (ГІ) Федорова – Володкіної (1970). При визначенні індексу гігієни порожнини рота, розчин Шиллера – Писарева (розчином йоду і йодиду калія (йоду кристалічного 1 г, йодиду калія 2 г,

дистильованої води 40 мл) змастіть вестибулярні поверхні 6 фронтальних зубів нижньої щелепи. Кількісну оцінку проводьте за п'ятибальною шкалою: фарбування всієї поверхні коронки – 5 балів; 1/4 поверхні – 4 бали 1/2 поверхні – 3 бали 3/4поверхні – 2 бали відсутність фарбування – 1 бал. Розрахунок середнього значення індексу проведіть за формулою: $PI = \text{сума показників всіх зубів} / 6$ Оцінка гігієнічного стану порожнини рота: 1,1–1,5 балів – хороший; 1,6–2,0 балів – задовільний; 2,1–2,5 балів – незадовільний; 2,6–3,4-балів – поганий; 3,5–5,0 балів – дуже поганий

Температурна діагностика полягає у вивченні реакції пульпи на температурний подразник. Індиферентна зона (зона відсутності реакції) для різців складає 30°C (50–52°C – реакція на тепло, 17–22°C – на охолодження). Про здоровий стан пульпи свідчить адекватна реакція (нагрівання і охолодження викликає відповідне відчуття). При запаленні пульпи тривалий інтенсивний або ниючий біль виникає у відповідь на незначні відхилення від температури тіла (на 5-7°C), тобто відбувається звуження індиферентної зони. Зуби з некротизованою пульпою на температурні подразники не реагують. Для проведення температурної діагностики необхідна тепла та холодна вода.

Кольорові тести з барвниками використовуйте для диференціальної діагностики каріозних та некаріозних захворювань зубів. Для фарбування твердих тканин зубів використовуйте 2% р-н метиленової сині (синій колір), 0,1% водний розчин метиленового червоного (оранжевочервоний колір).

ТЕР- тест використовуйте для встановлення карієсрезистентності емалі здорових зубів. На висушену і ізольовану вестибулярну поверхню зуба нанесіть одну краплю розчину хлористоводневої кислоти діаметром 2 мм на 5 с. Далі кислоту змийте дистильованою водою, зуб висушіть і зафарбуйте 1% розчином метиленового синього. Інтенсивність забарвлення звірте із стандартною шкалою і отримаєте кількісну оцінку карієсрезистентності емалі зуба у балах:

- 1-3 бали – протравлена ділянка блідо-блакитна (резистентність є досить значною);
- 4-6 балів – блакитне забарвлення (середній ступінь функціональної резистентності);
- 7-9 балів – синє забарвлення (значне зниження резистентності емалі та високий ступінь ризику виникнення карієсу);
- 10-12 балів – темно-синій колір (максимальний ризик виникнення карієсу).

ЕОД – метод базується на визначенні порога чутливості рецепторів пульпи зуба при подразненні слабким електричним струмом (реакція на струм від 2 до 6 мкА, – пульпа здорова, на струм 100 мкА та більше – пульпа мертва, на струм від 7 до 60 мкА – ураження коронкової пульпи, на струм від 60 до 100 мкА – кореневої пульпи).

Рентгенологічні методи обстеження є одними з основних в діагностиці стоматологічних захворювань оскільки вони достовірні та інформативні. У терапевтичній стоматології використовують внутрішньоротову рентгенографію, панорамну рентгенографію (методика, що дозволяє отримати на одній плівці розгорнуте зображення щеле), ортопантомографія (метод, що дозволяє отримати зображення вигнутого шару на плоскій рентгенівській плівці).

Формулювання діагнозу. Отримавши дані суб'єктивного та об'єктивного обстеження та додаткових методів дослідження, проведіть диференційну діагностику і на основі аналізу результатів формулюйте діагноз.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції № 5.

Виконати аплікаційне, інфільтраційне, провідникове знеболення.

Матеріальне забезпечення лідокаїн (10%) у спреї, лідокаїн (0,25%), мепівакаїн, ультракаїн, карпульний шприц, голки.

Методика проведення. Для *поверхневої (аплікаційної) анестезії* застосовуйте анестетики у вигляді мазі, гелю, розчину, спрею, які добре дифундують в тканини і впливають на чутливі нервові закінчення. Ними покрийте слизову оболонку порожнини рота у місці, яке хочете знечулити.

Методика проведення *інфільтраційної анестезії*: для введення знеболюючої речовини використовуйте коротку (до 30мм) і тонку голку. Місце вколу голки у ділянці переходу нерухомої слизової оболонки ясен в рухому. Пальцями вільної руки або дзеркалом відведіть губу й оголіть перехідну згортку слизової оболонки альвеолярного відростка щелепи. Спрямуйте голку під кутом 45° до перехідної складки (зріз голки обернений до кістки) і введіть її в окістя або під нього і вводять 0,5 мл анестетика, а за 20 – 30с проколите окістя, просуваючи голку під кутом 45° у напрямку до верхівки кореня зуба.

Туберальна анестезія. Вкол голки проведіть в слизову оболонку на 0,5 см нижче від перехідної згортки присінку порожнини рота позаду вилично-альвеолярного гребеня на рівні другого верхнього моляра зрізом до кістки. Голку просуньте одночасно спереду назад, знизу вгору і ззовні усередину під кутом 45°, огинаючи опуклу частину верхньої щелепи в ділянці її горба. Введіть 2 мл анестетика після введення голки на 18- 25 мм.

Інфраорбітальна анестезія. Місце вколу між центральним і бічним різцями. Вкол проведіть подалі від альвеолярного відростка, в м'які тканини губи (1 см від альвеолярного відростка). Голку просувайте, ковзаючи по кістці в напрямку спереду назад, знизу вгору і зсередини назовні, до підочномкового отвору. Під контролем вказівного пальця, голка досягне ділянки кістки і знайдіть підочний отвір, введіть голку в канал на глибину 7-10 мм і впорскніть туди близько 0,5- 0,75 мл розчину знеболюючої речовини.

Піднебінна анестезія. Голку вколите на відстані 1см допереду і до середини від отвору та скеруйте знизу вгору і спереду назад при невеликому нахилі від середньої лінії назовні, і просуньте до контакту з підлеглою кісткою і впорскніть близько 0,5 мл знеболюючого розчину.

Різцева анестезія. Місце вколу голки – різцевий сосочок, який розташований позаду міжзубного проміжку центральних різців та просуньте до контакту з кістковою тканиною і далі в канал на 0,2- 0,5см, вводять 0,3-0,5 мл анестетика.

Мандибулярна анестезія. Вкол голки проведіть біля краю нігтя на висоті 0,75-1 см від рівня жувальних поверхонь відповідних нижніх молярів. Голку щільно притисніть ють до кістки та, просунувши на 3 мм, переведіть шприц на протилежний бік до рівня нижніх премолярів, а при їх відсутності до кута рота.

На глибині близько 0,75 см введіть 0,5 мл знеболюючого розчину для виключення язикового нерва.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції № 6.
Відпрепарувати каріозні порожнини різної локалізації (I-V класів за Блеком).

Матеріальне забезпечення: турбінний наконечник, кутовий наконечник з мікро мотором, бори алмазні, сталеві та твердосплавні для кутового і турбінного наконечників, різних форм та розмірів, екскаватори різних розмірів, фантом.

Препарування каріозної порожнини I та V класів за Блеком

Методика проведення:

1. Розкрити каріозну порожнину на жувальній та щічній поверхнях за допомогою циліндричного алмазного бора, виконувати рухи по периметру вхідного отвору, або за допомогою кулястого алмазного бора, виконувати ротаційні рухи із середини каріозної порожнини назовні (режим швидкості: високий).
2. Розширити каріозну порожнину за допомогою циліндричного алмазного бора, виконувати рухи по периметру каріозної порожнини (режим швидкості: високий).
3. Провести некретомію, використовувати екскаватор, розмір якого відповідає розміру каріозної порожнини, робочу частину екскаватора розташувати паралельно до дна каріозної порожнини і виконати комоподібні рухи від центру до периферії або ж використати кулястий твердосплавний бор у середньому швидкісному діапазоні.
4. Формувати каріозну порожнину на жувальній та щічній поверхнях за допомогою циліндричного або оберненоконусного твердосплавного бора, дотримуватися принципів біологічної доцільності.
5. Опрацювати краї каріозної порожнини, відповідно до вимог обраного пломбувального матеріалу, фініром або дрібнозернистим алмазним бором у високошвидкісному діапазоні.

Препарування каріозної порожнини II класу за Блеком

Методика проведення:

1. Трепанувати жувальною поверхню за допомогою кулястого алмазного бора, встановлювати бор під кутом 45-90° до поверхні зуба, (препарування у надвисокому та високому швидкісних режимах).
2. Розширити трепанаційний отвір за допомогою циліндричного бора, виконувати рухи по периметру майбутньої порожнини (режим швидкості надвисокий і високий).
3. Дно додаткової площадки має бути розташоване дещо нижче емалево-дентинної межі, довжина її повинна дорівнювати 1/2-1/3 довжини жувальної поверхні зуба, ширина відповідати ширині основної порожнини. Кут між основною і додатковою порожнинами - прямий.
4. Формувати дно і стінки додаткової порожнини за допомогою оберненоконусного чи циліндричного твердосплавного бора.
5. Формувати емалеві краї додаткової порожнини, відповідно до вимог обраного пломбувального матеріалу, фініром або дрібнозернистим алмазним бором у високому швидкісному режимі.

Препарування каріозної порожнини III класу за Блеком

Методика проведення:

1. Провести трепанацію неураженої ділянки емалі оральної поверхні зуба (з естетичних міркувань), застосовувати кулястий алмазний бор, встановлений під кутом 45° до поверхні зуба (у надвисокому і високому швидкісних режимах).
2. Розширити трепанаційний отвір до меж каріозної порожнини апроксимальної поверхні за допомогою циліндричного алмазного бора, виконувати рухи по периметру порожнини (режим швидкості надвисокий і високий).
3. Провести некректомію за допомогою кулястого твердосплавного бора у середньому швидкісному діапазоні.
4. Формувати каріозну порожню за допомогою циліндричного або оберненоконусного твердосплавного бора, дотримуватися принципів біологічної доцільності і технічної раціональності.
5. Опрацювати емалевих країв каріозної порожнини відповідно до вимог обраного пломбу вального матеріалу за допомогою фінірів або дрібнозернистих алмазних борів (у високому швидкісному режимі).

Препарування каріозної порожнини IV класу за Блеком

Методика проведення:

1. Розкрити каріозну порожнину зі сторони оральної поверхні, намагатися максимально зберегти емаль вестибулярної поверхні, за допомогою циліндричного алмазного бора, виконувати рухи по периметру вхідного отвору, або за допомогою кулястого алмазного бора, виконуючи рухи із середини каріозної порожнини назовні (у високому швидкісному діапазоні).
2. Розширити каріозну порожнину за допомогою циліндричного алмазного бора, виконувати рухи по периметру каріозної порожнини у високому швидкісному діапазоні, максимально зберігати неуражену емаль вестибулярної поверхні.
3. Провести некректомію за допомогою кулястого твердосплавного бора у середньому швидкісному діапазоні.
4. Формувати каріозну порожнину за допомогою фісурного, конусоподібного або обернено конусного твердосплавного бора, дотримуватися принципів біологічної доцільності і технічної раціональності. Додаткову площадку формувати на оральній поверхні зуба
5. Опрацювати емалевих країв каріозної порожнини, відповідно до вимог обраного пломбувального матеріалу за допомогою фінірів або дрібнозернистих алмазних борів у високому швидкісному діапазоні.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції № 7.

Запломбувати каріозні порожнини: тимчасовими пломбами ,цементом, композиційними матеріалами хімічного затвердіння, композиційними матеріалами світлового затвердіння.

Пломбування каріозних порожнин тимчасовими пломбами.

Матеріальне забезпечення: матеріал для тимчасових пломб (штучний дентин,), скельце для замішування, металевий шпатель, скляна пластинка, ватні валики, гладилка, штопфер, фантом з відпрепарованою каріозною порожниною.

Методика проведення:

1. Провести антисептичну обробку каріозної порожнини. Промити і висушити протягом 10-20 секунд.
2. На матову поверхню скляної пластинки нанести необхідну кількість порошку штучного дентину (цинк- сульфатного цементу) і води у співвідношенні 2:1.
3. Порошок поступово додати у воду і розтираючими рухами металевого шпателя впродовж 25-30 с довести до густої сметаноподібної консистенції.
4. Провести антисептичну обробку каріозної порожнини. Промити і висушити протягом 10-20 секунд.
5. Причинний зуб ізолювати від ротової рідини. З цією метою використати ватні валики. Ще раз ретельно висушити каріозну порожнину.
6. За допомогою гладилки внести цемент однією порцією в каріозну порожнину. Ретельно конденсувати штопфером. Час накладання не повинен перевищувати 2 хвилин.

Пломбування каріозних порожнин склоіономерним цементом.

Матеріальне забезпечення: кондиціонер, пластикові контейнери з порошком та рідиною склоіономерного цементу, блокнот для замішування, пластмасовий шпатель, металева та пластмасова шпатель- гладилка, фантом (зуб з каріозною порожниною).

Методика проведення:

1. Провести антисептичну обробку каріозної порожнини. Промити і висушити протягом 10-20 секунд.
2. Нанести на дно та стінки порожнини кондиціонер на 10- 30 с. Змити його та висушити поверхню порожнини.
3. Нанести на поверхню блокнота порошок та рідину склоіономерного цементу, замішати розтираючими, круговими рухами.
4. Внести гладилкою склоіономерний цемент однією порцією в порожнину V класу за Блеком, штопфером старанно конденсувати матеріал.
5. Відновити анатомічну форму, ретельно припасовуючи порцію пломбувального матеріалу до приясенної стінки.
6. Провести перевірку оклюзії за допомогою артикуляційного паперу. Здійснити обробку (зішліфування) пломби за допомогою алмазних або карборундових головок, гнучких абразивних дисків і штрипсів.
7. Провести остаточне полірування пломби алмазними головками, гнучкими абразивними дисками, штрипсами і гумовими головками з мілкоабразивною полірувальною пастою.

Пломбування каріозних порожнин композитами хімічної полімеризації.

Матеріальне забезпечення: гель для протравлювання, пензлик, адгезивна система, пластикові контейнери із базисною та каталітичною пастою композитного матеріалу хімічної полімеризації, пластмасовий шпатель, металеві або пластикові штопфери- гладилки, фантом, абразивні диски, головки, штрипси, полірувальна паста.

Методика проведення:

1. Провести антисептичну обробку каріозної порожнини. Промити і висушити протягом 10-20 секунд.
2. Причинний зуб ізолювати від ротової рідини. З цією метою використати кофердам, слиновідсмоктувач або ватні валики.

3. Замішати ізолюючу прокладку на основі склоіономерного цементу. Внести її у каріозну порожнину та сформувати до емалево-дентинної межі.
4. Протравлювання емалі: зі шприца нанести гель на емаль, повністю покривши ділянку скосів (експозицією на 15-20 с), старанно промити (час промивання 30-50 с) і висушити порожнину.
5. Нанести на паперову пластинку 1 краплю основної і одну краплю каталітичної рідини адгезивної системи. Змішати їх аплікатором протягом 10-15 хвилин. На підготовлену поверхню емалі та ізолюючу прокладку нанести адгезивну суміш, втираючи її 15 с. Рівномірно розподілити слабким струменем повітря і витримати 45 с.
6. За допомогою гладилки в підготовлену каріозну порожнину внести порцію хімічного композиту, змішаного рівномірно 1:1 базисною і каталітичною масою. Конденсувати матеріал штопфером.
7. Відновити жувальну поверхню зуба відповідно до анатомічної будови. Моделювати пломбу не більше 2 хвилин.
8. Через 10 хвилин провести перевірку оклюзії за допомогою артикуляційного паперу. Здійснити обробку (зішліфування) пломби за допомогою алмазних або карборундових головок, гнучких абразивних дисків і штрипсів.
9. Провести остаточне полірування пломби мілкоабразивною полірувальною пастою.

Пломбування каріозних порожнин композитом світлової полімеризації.

Матеріальне забезпечення: шкала Vita, гель для протравлювання, пензлик, адгезив, шприци або капсули з композитним матеріалом світлового твердіння, металеві або пластикові штопфери, гладилки, фотополімеризаційна лампа, фантом, абразивні диски, головки, штрипси, полірувальна паста.

Методика проведення:

1. Підібрати відтінок пломбувального матеріалу за допомогою шкали Vita при денному освітленні. Поверхня зуба має бути зволожена.
2. Протравити емаль за допомогою шприца з травильним гелем, що містить 37% ортофосфорну кислоту, при цьому нанести гель на емаль, повністю покриваючи ділянку скосів експозицією на 15-30 с. Нанести гель на дентин, рівномірно розподіляючи його пензликом по поверхні (експозиція 15-20 с). Промити та висушити порожнину.
2. Нанести перший шар адгезиву пензликом на попередньо підготовлену поверхню, експозиція 15 с. видалити залишок адгезиву слабким струменем повітря. Полімеризувати 20 с. Нанести другий шар адгезиву пензликом на поверхню (експозиція 15 с), видалити його надлишок слабким струменем повітря. Полімеризуйте 20 с. Оброблена поверхня повинна мати блискучий зволожений вигляд.
3. Витиснути матеріал з капсули безпосередньо у каріозну порожнину за допомогою пістолета. Порція повинна забезпечувати формування шару товщиною не більше 2 мм. Внесений матеріал конденсувати штопфером. Шари композиту треба розмістити косо по відношенню до дна порожнини („техніка трикутників”). Спочатку промінь полімеризаційної лампи необхідно направити на матеріал через емаль або ріжучий край (10-15 с). Далі світловод розташувати на мінімальній відстані перпендикулярно до поверхні композиту (20-30 с).
4. Відновити жувальну поверхню зуба відповідно до анатомічної будови.

5. Провести перевірку оклюзії за допомогою артикуляційного паперу. Здійснити обробку (зішліфування) пломби за допомогою алмазних або карборундових головок, гнучких абразивних дисків і штрипсів.
6. Провести остаточне полірування пломби мілкоабразивною полірувальною пастою.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції № 8.

Методика накладання кофердаму.

Матеріальне забезпечення: шаблон для розмітки отворів; кламери (клампи); латексні хустинки; щипці-перфоратори; щипці для накладання клампів, флоси.

Методика проведення:

Техніка «крил». Для цієї методики, як правило, застосовують крильчасті клампи. Цей спосіб зручний для накладання на моляри і премоляри.

1. Дугу кламп провести крізь отвір кофердама, при цьому останній розташувати над крилами кламп.
2. Спеціальними щипцями розкрити кламп, надати йому остаточне положення, і приєднати кофердам до рамки.
3. Кофердам, кламп і рамку встановити на зуб як єдине ціле. Щоб захистити зіткнення шкіри з кофердамом, на обличчя пацієнта накласти серветку.
4. Кламп і кофердам ввести у ротову порожнину.
5. Кламп необхідно зафіксувати на зубі нижче екватора.
6. Кофердам натягнути на крила клампа та розподілити у ротовій порожнині.
7. Краї кофердама прибрати під крила кламп пластиковим інструментом (наприклад – гладилкою).

Техніку «спочатку кофердам» краще використовувати разом з навченим асистентом. Таким способом зручно накладати кофердам на будь-які види зубів, особливо при необхідності ізоляції кількох зубів.

1. Кофердам слід натягнути на рамку.
2. Асистент повинен взяти її двома руками між вказівним і великим пальцем. При цьому вказівні пальці натягують отвір на зуб.
3. Лікаря потрібно протягнути гумову хустку через апроксимальні контакти, для чого використовується вошена зубна нитка. Поки асистент утримує матеріал, лікар фіксує затиск.

Техніка «спочатку затиск» підійде для фіксації на перший моляр і премоляри. Для цього краще використовувати клампи без крил.

1. Клампи без крил зафіксувати на зубі.
2. У порожнину рота ввести кофердам на рамці.
3. Кофердам натягнути на встановлений кламп за допомогою гладилки.
4. Адаптувати його на зубі і зафіксувати на рамці. Слід враховувати, що перед фіксацією потрібно прикріпити довгу зубну нитку. (Якщо раптом конструкція зіскочить, лікар зможе швидко витягти його, потягнувши за нитку).

Техніку дуги найкраще використовувати для установки кофердама на нижні моляри. Для цього варіанту також підійдуть затискачі без крил.

1. На підготовчому етапі необхідно протягнути в отвір гумової хустки дугу затиску.

2. Після цього потрібно зафіксувати щипці в отворах затиску, при цьому хустка збирається в пучок.
3. Далі затиск можна встановити на зуб, утримуючи хустку в руці для контролю посадки.
4. Після впевненого кріплення хустку необхідно протягнути через затиск, адаптувати навколо зуба і зафіксувати на рамці.

Техніка роздільної фіксації кофердама (техніка split-dam) застосовується для ізоляції передніх зубів без використання кламп. Ця техніка зручна при значній втраті тканин коронки, при горизонтальних переломах, а також для запобігання пошкодження порцелянових реставрацій (коронки, вінірів) браншами кламп. Дослідження показали, що навіть при правильній стабілізації кламп можливі значні пошкодження кераміки в пришийковій частині, а також дентину і цементу. Тому при наявності порцелянових реставрацій в якості альтернативи кламп кофердама рекомендується використовувати зубну нитку або укріплювати кофердам на сусідньому зубі.

1. При використанні техніки сплітдам в кофердамі проколоти два отвори, частково перекриваючі один одного. Над зубом, який підлягає лікуванню, по перехідній згортці розмістити ватяний валик.
2. Кофердам розтягнути над причинним зубом і прилеглими до нього з обох сторін зубами. Край кофердама обережно провести через контактний пункт з дистальної сторони прилеглих зубів, допомагаючи зубною ниткою. Натяг кофердама, посилений рамкою, утримує його на місці. Туго натягнутий кофердам і ватяний валик забезпечують сухість операційного поля. Якщо кофердам зісковзує, можна використовувати кламп для премолярів на найдистальнішому зубі. У такому випадку кламп розташувати поверх кофердама, і останній служить прокладкою між браншами кламп і слизовою оболонкою.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції № 9. Провести видалення зубних відкладень

Видалення зубних відкладень ультразвуковим методом.

Матеріальне забезпечення: комплект інструментів для обстеження зубів, ультразвуковий апарат (УЗ скалер стомат.установок),комплект насадок для видалення зубних відкладень, абразивна паста,полірування паста, фтормісний лак, пензлик.

Методика проведення:

1. Зрошити порожнину рота і операційного поля розчином антисептиків.
2. Підготувати апарат до роботи: зафіксувати робочу насадку на наконечник; включити апарат в електричну сіть; натиснути на педаль, і повертаючи ручку подачі води, відрегулювати її подачу на робочу частину наконечника (струмінь води повинен розпилюватись подібно аерозолі); встановити максимальну потужність апарату, про що свідчить високий звук (писк).
3. Працювати тільки в захисних окулярах, рукавичках, маску міняти через кожні 20 хвилин (лікар вдихає аерозолі, інфіковані вмістом пародонтальних кишень).
4. Підвести робочу частину наконечника під основу каменю із язикової поверхні та натиснути на педаль. Робочу насадку переміщувати по поверхні зуба в

скануючому режимі до повного видалення каменю. В залежності від потреби використати долотоподібні, голковидні, клиновидні насадки. Обробити всі поверхні усіх зубів.

5. Після видалення каменю а механічний наконечник зафіксувати гумову чашечку і нанести на неї грубозернисту полірувальну пасту і полірувати всі групи зубів.

6.Тоді обробити середньозернистою пастою, завдяки якій згладжуються нерівності, утворені попередньою пастою.

7. Провести остаточне полірування всіх груп зубів дрібнозернистою полірувальною пастою, що містить фтор.

8. Контроль якості видалення зубного каменю візуальний (за допомогою стоматологічного дзеркала, інструментального зонду, додаткових барвників. Поверхні зуба повинні бути гладкими та блискучими.

9. Нанести фтормісний лак за допомогою спеціального пензлика на усю групу зубів для запобігання виникнення чутливості зубів.

Видалення зубних відкладень механічним способом.

Матеріальне забезпечення: спеціальні інструменти: гачки, кюретки, екскаватори, гладилки, долота, рашпілі, механічний наконечник, полірувальні щітки, пасти для шліфування і полірування зубів.

Гачки можуть бути прямими і вигнутими. Робоча частина в прямих серповидних гачках пряма і розташована під прямим кутом до ручки. Такі гачки призначені для видалення зубних відкладень в області фронтальних зубів.

Рашпіль (напилок) має множинні грані, що ріжуть, на одній підставі і призначений для видалення великих зубних відкладень шляхом зіскоблювання їх з поверхні зубів.

Долота і тонкі гладилки застосовують для видалення зубних відкладень з контактних поверхонь зубів.

Робоча частина кюретки має в поперечному перерізі напівкруглу форму – закруглену спинку і верхівку. Така форма дає можливість видаляти підясеневі зубні відкладення, не травмуючи ясна. Кюретки розрізняють на спеціальні Gracey-кюретки й універсальні.

Універсальні мають дві однакові грані, що ріжуть, закруглений кінчик і призначені для роботи на всіх поверхнях зубів.

Кюретки Грейсі можуть бути фінішними для ефективного згладжування цементу коренів.

Кюретки Лангера («ланжери»). Сполучать у собі ознаки універсальних кюреток

Кюрети Грейсі (форма робочої частини). Застосовуються як на медіальних, так і на дистальних поверхнях зуба без заміни інструмента. Бувають для передніх зубів (секстант) 5/6 і бічних зубів 1/2 і 3/4.

Кюретки фуркаціонні для роботи в області фуркації коренів. Бувають щічно-язичні і медіально-дистальні.

Методика проведення:

1. Провести антисептичну обробку порожнини рота
2. Знеболити аплікаційним методом

3. Видаляти зубні відкладення необхідно починаючи із фронтальної групи зубів (за одне відвідування лікар може видалити зубний камінь не більш, ніж з 4-х зубів, тому що ця операція вимагає особливої старанності в роботі).
4. Ділянку зубів і край слизової оболонки ясен, що підлягають обробці, ізолювати від слини ватними валиками.
5. Робочу частину інструмента підвести під край зубного каменю і важільними рухами відколоти частки каменю з усіх поверхонь зуба (для видалення зубного каменю іноді необхідно натискати на зуб, а зуби часто рухливі, тому зуб необхідно фіксувати пальцями лівої руки).
6. Після повного видалення зубного каменю на одному зубі, перейти до іншого. Старанність видалення зубного каменю перевірити зондом.
7. На механічний наконечник зафіксувати гумову чашочку і нанести на неї грубозернисту полірувальну пасту і обробити усі поверхні усіх зубів.
8. Обробити середньозернистою пастою усі зуби, завдяки якій згладжуються нерівності, утворені попередньою пастою.
9. Провести остаточне полірування усіх зубів дрібнозернистою пастою, що містить фтор.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції № 10.
Провести вибілювання зубів.

Матеріальне забезпечення: шкала Vita, гель з високою концентрацією перекису водню або перекису карбаміду (35%), рідкий кофердам, механічний наконечник, торцева щіточка, паста для зняття нальоту, спеціальна відбілювальна лампа, фторгель.

Методика проведення:

1. Провести професійне очищення зубів. На механічний наконечник зафіксувати торцеву щіточку, нанести на неї пасту і обробити всі поверхні зубів для повного видалення зубного нальоту.
2. Визначити початковий колір зубів за шкалою Vita.
3. Накласти рідкий кофердам.
4. На поверхню зубів, які підлягають відбілюванню, нанести спеціальний відбілюючий препарат на 10-20 хвилин.
5. Відбілювання посилити за допомогою спеціальної лампи, яку необхідно налаштувати до спеціальної температури комфорту (щоб пацієнт не відчував болю).
6. Температуру та інтенсивність світла поступово знижувати.
7. Максимальний час експозиції від 30 до 60 хвилин.

Методика внутрішнього відбілювання (для депульпованих зубів).

Матеріальне забезпечення: шкала Vita, гель 30% перекис водню і перборат натрію, рідкий кофердам, травильний гель, термоаплікатор, механічний наконечник, торцева щіточка, паста для зняття нальоту, гідроокис кальцію, тимчасова пломба.

Методика проведення:

1. Провести професійне очищення зубів. На механічний наконечник зафіксувати торцеву щіточку, нанести на неї пасту і обробити всі поверхні зубів для повного видалення зубного нальоту.

2. Визначити початковий колір зубів за шкалою Vita.
3. Накласти рідкий кофердам.
4. Перевірити обтюрацію кореневого каналу.
5. Обробити порожнину зуба травильним гелем (37% ортофосфорної кислоти) протягом 30 секунд.
6. Суміш 30% перекису водню з перборатом натрію розподілити нагрітим інструментом (термоаплікатором) у порожнині зуба протягом 2-5 хвилин.
7. Процедуру повторити кожні 5 хвилин протягом 30 хвилин.
8. Після закінчення процедури відбілювання в порожнині зуба залишити гідроокис кальцію під тимчасову пломбу.

Якщо бажаний ефект не настав, процедуру повторити через два дні. При відбілюванні в декілька відвідувань відбілювач залишити в порожнині зуба, під тимчасовою пломбою на 2-7 днів. Процедуру відбілювання можна повторювати не більше 4 разів.

3 курс

Алгоритм виконання практичної маніпуляції № 11. **Провести сеанс ремінералізуючої терапії.**

Матеріальне забезпечення: дзеркальце, пінцет, ватні тампони, кутовий наконечник, щітки, полірувальна абразивна паста, валики, 1-2 % розчин фториду натрію.

Методика проведення:

1. Провести професійне чищення зубів.
2. Змочити декілька тампонів у ремінералізуючому розчині.
3. Ізолювати зуби від ротової рідини ватними валиками.
4. Висушити зуби струменем повітря.
5. На поверхню зубів накласти тампони, змочені 1-2 % розчином фториду натрію або фтормісний гель впродовж 10-15 хв.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції № 12. **Покрити зуби лікувальними та профілактичними лаками, гелями.**

Матеріальне забезпечення: дзеркальце, пінцет, ватні тампони, кутовий наконечник, щітки, полірувальна абразивна паста, валики, фторлак, фтормісний гель.

Методика проведення:

1. Провести професійне чищення зубів.
2. Ізолювати зуби від ротової рідини ватними валиками.
3. Висушити зуби струменем повітря.
4. На поверхню зубів нанести пензлем фтор лак чи фтормісний гель впродовж 1-2 хв.
5. Підсушити повітрям впродовж 2-3 хв.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції №13 **Провести герметизацію фігур.**

Матеріальне забезпечення: професійна полірувальна паста, герметик, 37% ортофосфорна кислота,

Методика проведення:

1. Ретельно очистити поверхню зуба професійними пастами буз фтору та олії.
2. Ізолювати зуб від слини валиками чи кофердамом.
3. Протравити емаль на жувальній поверхні зуба вздовж фігури гелем 37% ортофосфорної кислоти протягом 15-20 с.
4. Вимити протравлювальний гель протягом такого ж часу.
5. Висушити струменем повітря.
6. Нанести герметик на усю поверхню фісури, розподілити його по площині фігури зондом або гладилкою.
7. Провести полімеризацію герметика світлом фотополімеризаційної лампи 20 с.
8. Перевірити та відкорегувати оклюзію, відполірувати поверхню.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції № 14.

Провести розкриття порожнин зубів всіх груп.

Матеріальне забезпечення: турбінний наконечник, мікромоторний наконечник із підвищеною редуцією швидкості до 100 тис. об/хв., оберненоконусні, кулясті, конусоподібні бори (алмазні, тврдосплавні), фантом.

Методика проведення:

Трепанация інтактної коронки різця або ікла.

1. Знеболення зуба.
2. Ізолювати зуб від ротової рідини.
3. Зробіть нарізку у місці трепанації на емалі зуба з язикової сторони посередині коронки оберненоконусним або конусоподібним алмазними борами.
4. Трепанацию коронки зуба здійснити відповідно до проекції пульпової камери на високій швидкості обертів кулястим бором ближче до ріжучого краю, використовуючи турбінний наконечник або мікромоторний наконечник із підвищеною редуцією швидкості обертів. Під час препарування напрям бора повинен відповідати вісі зуба та ніби перетинати порожнину зуба в її центрі.
5. Розширити кулястим або конусоподібним (циліндричним) бором для створення кращого доступу до кореневого каналу. Трепанацийний отвір не повинен руйнувати цілісність ріжучого краю.

Трепанация інтактної коронки премоляра.

1. Знеболення зуба.
2. Ізолювати зуб від ротової рідини.
3. Зробити нарізку у поперечній борозні на жувальній поверхні коронки зуба оберненоконусним або конусоподібним алмазним борами.
4. Трепанувати коронку зуба відповідно до проекції пульпової камери на високій швидкості кулястим бором, використовуючи турбінний наконечник або мікромоторний наконечник із підвищеною редуцією швидкості.
5. Наступне препарування провести із жувальної поверхні паралельно повздовжній вісі зуба. Порожнина зуба премолярів верхньої щелепи має форму овалу, видовженого у щічно-оральному напрямку (від горбика до горбика), тому препарування здійснити вздовж фісури у щічно-піднебінному напрямку.

Трепанация інтактної коронки верхнього моляра.

1. Знеболення зуба.
2. Ізолювати зуб від ротової рідини.
3. Зробити нарізку посередині медіальної борозни, яка відокремлює щічно-медіальний горбик, на емалі жувальної поверхні коронки зуба оберненоконусним або конусоподібним алмазними борами.
4. Трепанувати коронку зуба відповідно до проекції пульпової камери на високій швидкості кулястим бором, використовуючи турбінний наконечник або мікромоторний наконечник із підвищеною редуцією швидкості.
5. Врахувати, що перший та другий моляри верхньої щелепи мають медіо-дистальне зміщення пульпової камери, яка розташована ближче до медіальної частини зуба. Форма доступу до порожнини зуба буде мати вигляд трикутника (у першого моляра – рівностороннього, а в другого моляра – прямокутного).

Трепанация інтактної коронки моляра нижньої щелепи.

1. Знеболення.
2. Ізолювати зуб від ротової рідини.
3. Зробити нарізку у повздовжній борозні ближче до щічно-медіального горбика на емалі зуба оберненоконусним або конусоподібним алмазним борами.
4. Трепанувати коронку зуба відповідно до проекції пульпової камери на високій швидкості кулястим бором, використовуючи турбінний наконечник або мікромоторний наконечник із підвищеною редуцією швидкості.
5. Препарування провести у медіальному напрямку. Під час препарування напрям бора повинен відповідати осі зуба. Після трепанації отвір розширити кулястим або конусоподібним (циліндричним) бором для створення кращого доступу до кореневих каналів. В перших нижніх молярах відмічається значна ширина одного дистального кореневого каналу або два різних дистальних кореневих каналів, тому форма доступу до порожнини зуба буде мати вигляд трапеції. Другий та третій моляр мають тільки один дистальний кореневий канал, тому форма доступу до порожнини зуба буде трикутна.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції № 15.

Лікування пульпіту: біологічний метод, метод вітальної ампутації, метод вітальної екстирпації, метод девітальної екстирпації, комбінований метод.

Матеріальне забезпечення: стоматологічне дзеркальце, зонд, кофердам, антисептичні розчини, ендодонтичні інструменти, лікарські засоби, тимчасові пломбувальні матеріали.

Методика проведення:

Лікування пульпіту біологічним методом.

1. Провести антисептичну обробку ротової порожнини, знеболення, накладання кофердаму.
2. Максимальне розкрити каріозну порожнину, видалити всі інфіковані тканини з метою створити добрий контакт запаленої пульпи з лікарськими речовинами.
3. Постійно зрошувати каріозну порожнину теплими розчинами антисептиками.
4. При хронічному перебігу та наявності значного шару замісного дентину, щоб зменшити внутрішньопульпарний тиск і кращого доступу лікарських речовин відкрити ріг пульпи.

5. В порожнині зуба на ватній кульці залишити лікарські засоби, або їх комбінації та закрити тимчасовою пов'язкою на 1-2 доби.
6. У друге відвідування після зняття герметичної пов'язки порожнину зросити теплим розчином антибіотика та накласти пасту на основі гідроксиду кальцію, закрити тимчасовою пломбою на 5-7 днів.

Лікування пульпіту методом вітальної ампутації:

1. Провести антисептичну обробку ротової порожнини, знеболення, накладання кофердаму.
2. Препарувати каріозну порожнину та широко розкрити її стінки, провести зрошення ферментів з антибіотиками.
3. Провести резекцію склепіння порожнини стерильними борами так, щоб після ампутації коронкової пульпи було видно вічка кореневих каналів.
4. Ампутацію пульпи здійснити гострим екскаватором, вічка розкрити бором типу Gates- Gliden або Pесо.
5. Провести зрошення порожнини протизапальним розчином, зупинити кровотечу з вічок кореневих каналів 3% р-ном перекису водню або 5% р-ном α -амінокапронової кислоти.
6. Покрити культі пульпи пастою з протизапальною та одонтотропною дією та накласти тимчасову пломбу на 5-7 днів.

Лікування пульпіту методом вітальної екстирпації:

1. Провести антисептичну обробку ротової порожнини, знеболення, накладання кофердаму.
2. Препарувати каріозну порожнину, висікти склепіння порожнини зуба та створити вільний доступ до усть кореневих каналів.
3. Провести ампутацію коронкової пульпи гострим екскаватором, вічка розкрити бором типу Gates- Gliden або Pесо.
4. Зупинити кровотечу з вічок кореневих каналів 3% р-ном перекису водню або 5% р-ном α -амінокапронової кислоти.
5. Екстирпацію пульпи кореневого каналу провести за допомогою пульпоекстрактора.

Лікування пульпіту методом девітальної екстирпації.

1. У перше відвідування провести антисептичну обробку ротової порожнини, знеболення, накладання кофердаму.
2. Здійснити часткове препарування каріозної порожнини, вскрити порожнину зуба, накласти на риг пульпи девіталізуючу пасту та герметичну пов'язку.
3. У друге відвідування розкрити порожнину зуба, висікти склепіння порожнини зуба, провести ампутацію коронкової пульпи, розкрити вічка кореневих каналів та здійснити екстирпацію кореневої пульпи. Провести інструментальне та медикаментозне опрацювання кореневих каналів.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції № 16.

Лікування періодонтиту (механічна обробка кореневого каналу різними ендодонтичними інструментами, антисептична і медикаментозна обробка кореневого каналу, obturaція кореневого каналу пастами, obturaція кореневого каналу внутрішньоканальним штифтом, методика відновлення коронки зуба анкерним штифтом).

Особливості використання техніки „step-back” для обробки каналу кореня зуба.

Матеріальне забезпечення: К-римери, К-файли для прямих корневих каналів (10-40 розміру), для дещо вигнутих – флексікат-файли, ендодонтична лінійка (або ендо-блок), бори типу Gates-Glidden, ендодонтичний наконечник, фантом.

Методика проведення:

1. На підібраних малих розмірів файлах (10-25 розміри ISO) за допомогою силіконових обмежувачів відмітити робочу довжину кореневого каналу, на яку необхідно пройти кореневий канал до верхівкового отвору.
2. Почати обробку з малого (10 розміру) К-файлу, вводячи його обертальними рухами на всю робочу довжину каналу до верхівки.
3. Таку ж маніпуляцію провести ендодонтичним інструментом більшого розміру (15), повертаючись до попереднього для усунення дентинної стружки. Послідовність розмірів інструментів, що використовується, наступна: 10-15-10-20-15-25-20.
4. Провести розширення каналу на всю довжину мінімум до 25 розміру інструменту (мінімальний розмір файлу, що забезпечує достатню обробку для хорошого очищення та obturaції апікальної частини каналу).
5. Після закінчення обробки апікальної частини файлом (25) в канал ввести інструмент (30), робоча довжина якого на 1 мм менша від останнього апікального файлу та провести розширення середньої частини кореня.
6. Для цього кожний наступний розмір ендодонтичного інструменту ввести на 1 мм коротше попередньої робочої довжини інструменту. Наприклад, якщо робоча довжина каналу 20 мм, то 30 розмір файлу ввести на довжину 19 мм, 35 розмір – 18 мм, 40 розмір – 17 мм. Після кожного збільшення розміру файлу потрібно повертатися до початкового його розміру, яким закінчили формування верхівкової частини кореневого каналу.
7. Коронкову та середню частину кореневого каналу розширити відповідним розміром бору типу Gates-Glidden або розширювачів вічок Peeso (Largo) №1, 2, 3. Бор ввести у пряму частину кореневого каналу, включити мікромотор і в момент обертання вивести Gates-Glidden бор з кореневого каналу, видаляючи всі дрібні уступи в кореновому каналі.

Слід пам'ятати, що при значному розширенні кореневого каналу знижується міцність стінок каналу та тривалість функціонування зуба.

Особливості використання техніки „step-down” для обробки кореневого каналу.

Матеріальне забезпечення: К-римери (15-40), К-файли для прямих корневих каналів, для дещо вигнутих – флексікат-файли, нітіфлекс-файли (15-40), ендодонтична лінійка (або ендо-блок), бори типу Gates-Glidden, розчини антисептиків, фантом.

Методика проведення:

1. Вічко каналу заповнити розчином гіпохлориту натрію, файл 35 розміру ввести в канал до упору та зафіксувати його довжину.
2. На зафіксованій таким чином довжині провести обробку борами типу Gates-Glidden №1 та 2 (до розміру бора 80).

3. Після того ввести в канал до упору файл 30, зафіксувати його довжину та відпрепарувати поступальними рухами цю ділянку кореневого каналу.
4. Обробку каналу провести до верхівкової ділянки, поступово зменшуючи розміри файлів.
5. Провести точне визначення довжини кореневого каналу.
6. Верхівкову частину поступово розширити до файлу 25, використовуючи техніку “step-back”.
7. Стінки вирівняти Н-файлами 30-35.

Медикаментне опрацювання кореневого каналу.

Матеріальне забезпечення: пульпоекстрактор, рашпіль, коренева голка з ватною турундою, паперові штифти, розчини антисептиків, ендодонтитичний шприц, стоматологічний пінцет.

Методика проведення:

1. Внести у вічко кореневого каналу антисептик за допомогою браншів пінцету або змоченими цим розчином ватними турундами.
2. Пульпоекстрактор ввести у кореневий канал через шар антисептика нагнітаючими рухами для усунення повітряної пори та кращого проникнення розчину в канал. За умови використання кофердама можна використати ендодонтитичний шприц.
3. Просушити кореневий канал паперовим штифтом відповідного розміру або сухою ватною турундою на кореневій голці.
4. Медикаментну обробку здійснити до абсолютної чистоти кореневого каналу. Якість опрацювання кореневого каналу оцінити за допомогою індикатора-йодинолу, який знебарвлюється за наявності в каналі продуктів розпаду (із синього кольору до прозорого).

Пломбування кореневого каналу з використанням методики одного (центрального) штифта.

Матеріальне забезпечення: пломбувальний матеріал для кореневого каналу (сілер), штифти (філери – на вибір: срібний, титановий, гутаперчевий, пластмасовий), каналонаповнювач типу Лентуло, скляна пластинка (або паперовий блокнот), шпатель, фантом.

Методика проведення:

1. Перед пломбуванням кореневого каналу підібрати штифт потрібного розміру (по розміру останнього інструменту яким розширено апікальну частину кореневого каналу), на ньому за допомогою насічки відмітити довжину кореневого каналу.
2. У підготовлений, висушений канал внести пломбувальний матеріал (сілер) за допомогою каналонаповнювача або кореневої голки. Після цього у канал ввести штифт, який попередньо занурили в сілер, та просунути його до верхівки кореневого каналу за допомогою пінцету.
3. Надлишок витісненої пломбувальної маси з вічка каналу видалити, а основу гутаперчевого штифта відрізати розігрітим екскаватором.

Пломбування кореневого каналу багатоконусним методом холодної конденсації гутаперчі.

Матеріальне забезпечення: стандартні гутаперчеві штифти – конуси, нестандартні гутаперчеві штифти, пломбувальний матеріал для кореневого каналу на вибір (сілер), спредери різних розмірів, ендозмикаючі пінцети, скляна

пластинка (або паперовий блокнот), шпатель, спиртівка, екскаватор для відрізання штифтів, фантом.

Методика проведення:

1. Перед пломбуванням у підготовлений кореневий канал ввести спредер, щоб переконатись в його прохідності в каналі. Він повинен приблизно доходити на відстань 1-2 мм від верхівки кореня.
2. Підібраний розмір стандартного гутаперчевого штифта повинен бути на один розмір більше, ніж ендодонтичний інструмент, яким була закінчена обробка апікальної частини кореневого каналу. Штифт повинен із невеликим зусиллям вводиться та виводиться з кореневого каналу.
3. Підготувати пломбувальний матеріал для кореневого каналу (силер) та ввести його в канал за допомогою каналонаповнювача. Кінчик штифта теж занурити в силер і обережно ввести штифт до верхівки каналу.
4. Після основного штифта в кореневий канал повільно ввести спредер, зміщуючи його в бік для ущільнення гутаперчевого штифта до верхівки та стінки каналу.
5. Після виведення спредера із кореневого каналу утворюється канал, куди ввести додатковий гутаперчевий штифт, який відповідає розміру спредера.
6. За допомогою спредера знову провести латеральну конденсацію введеного гутаперчевого штифта. Це виконується до тих пір, доки кореневий канал не буде заповнений повністю. При цьому створюється значний тиск спредера на гутаперчеві штифти, які деформуються, набуваючи форми каналу і поступово заповнюючи всі мікровідгалуження кореневого каналу. Після кожного введення додаткового штифта та виведення спредера потрібно звертати увагу на основний апікальний штифт, щоб його випадково не витягнути з кореневого каналу, а також не проштовхнути за верхівковий отвір.
7. Залишки гутаперчі, тобто виступаючі основи гутаперчевих штифтів, які залишились після заповнення кореневого каналу, обрізати розігрітим екскаватором.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції № 17.

Провести дренаж верхівкового періодонту.

В основі лікування будь-якої форми періодонтиту лежить відомий у стоматології принцип потрійного впливу: на систему макроканалів, мікроканалів та періапікальну ділянку. Принципи його полягають у ліквідації запального процесу шляхом створення відтоку ексудату, обробки інфікованих корневих каналів, медикаментозному лікуванні заверхівкового запалення та запобіганні його поширенню на навколишні тканини.

У випадках неефективності консервативного лікування проводять хірургічні втручання – резекцію верхівки кореня, видалення зуба, ін. Наприклад, при гострому гнійному періодонтиті, ускладненому гострим гнійним періоститом, для попередження розвитку остеомієліту необхідно провести хірургічне лікування.

1. Зробити розріз по перехідній згортці до кістки завдовжки 2-3 см в ділянці причинного зуба під відповідним знеболенням.
2. У розріз ввести гумовий дренаж.

3. Хворому призначити всередину нестероїдні протизапальні засоби (ацеклофенак, диклофенак натрію, німесулід) і антибіотики (макроліди або комбіновані пеніциліни у поєднанні з метронідазолом, доксициклін).

3. Після операції при необхідності призначають знеболюючі, антисептики, антибіотики широкого спектра дії, протеолітичні ферменти, ін.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції № 18.

Виконати діатермокоагуляцію при лікуванні пульпіту, періодонтиту.

Діатермокоагуляція здійснюється за рахунок нагрівання біологічних тканин струмом високої частоти до 60-80 С і більше, при якому настає незворотне звертання (коагуляція) тканинних білків.

Матеріальне забезпечення: Набір стоматологічних інструментів, стоматологічний діатермокоагулятор, електроскальпель стоматологічний.

Захворювання, при яких проводять діатермокоагуляцію:

1. Хронічний гангренозний пульпіт.
2. Хронічний гіпертрофічний пульпіт.
3. Хронічний гранулюючий періодонтит.
4. Гіпертрофічний папіліт.
5. Гіпертрофічний гінгівіт.
6. Папіломи.
7. Фіброми.

Протипоказанням до проведення діатермокоагуляції є вегето-дистонічні синдроми, із вираженою нервовою реакцією, яка призводить до втрати свідомості.

Механізм дії: Під дією високочастотного струму великої сили і малої напруги, виникає розігрів тканин і металічних насадок, які в свою чергу зранюють біологічні тканини, що приводить до їх загибелі.

Методика виконання:

1. Посадити пацієнта в стоматологічне крісло у зручному для проведення маніпуляції положенні. Провести антисептичну обробку порожнини рота (полоскання, лікарські зрошення, тощо). Знеболити ділянку проведення діатермокоагуляції.

2. Апарат підключити до електромережі. Увімкнути апарат, індикатором включення є загорання лампочки на передній панелі апарату.

3. У цанговий зажим робочого наконечника вставити необхідну насадку для діатермічної дії. Робочу насадку підвести до дозатору „еквівалент” і обертанням ручки «потужність» за годинниковою стрілкою підібрати необхідну величину високочастотного струму.

4. Обрану насадку підвести до ділянки дії. Натисканням кнопки на наконечнику здійснити подачу високочастотного струму на насадку, внаслідок чого відбувається коагуляція патологічних тканин, показником якого є їх побіління. Процес діатермокоагуляції займає в середньому від 30 секунд до 3 хвилин.

Помилки та ускладнення: 1. Передозування високочастотного струму призводить до загибелі здорових тканин. 2. Невірно підібрана насадка викликає не однорідну коагуляцію. 3. Неповноцінна анестезія. 4. Приєднання вторинної

інфекції. 5. Передчасний відрив коагулянту спричиняє більш затяжне і неякісне загоєння.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції № 19. Провести інтрадентальний електрофорез.

Матеріальне забезпечення: набір інструментів для обстеження та лікування зубів, ватні валики, 10% розчин йодиду калію (KI) або 20% розчин нітрату срібла (AgNO₃) та 4% водний розчин гідрохінону, електрод для внутрішньоканального електрофорезу, гальванічний апарат «Поток-1», віск, спиртівка, коренева голка, скляна пластина.

Електрофорез корневих каналів застосовують у разі хронічного фіброзного, гранулюючого та гранулематозного періодонтитів; часткової чи повної непрохідності корневих каналів; облітерованих корневих каналів, наявність в них чужорідного тіла (відлом інструмента) при лікуванні пульпітів та періодонтитів. Протипоказами є гострі запальні, особливо гнійні процеси у пульпіті чи періодонтиті; злоякісні та доброякісні новоутворення, декомпенсація серцевої діяльності; склероз судин головного мозку; епілепсія; гострі захворювання шкіри; токсичний стан; схильність до кровотеч; індивідуальна непереносимість; алергічні реакції на препарат, що буде застосований при проведенні електрофорезу.

Постійний струм низької напруги здатний переміщувати заряджені частки речовин. Безмедикаментозний електрофорез сприяє ліквідації ацидозу (ОН-групи підвищують рН до 12-13), посилює фагоцитарну активність лейкоцитів, покращують дренажну функцію, тим самим викликаючи стихання больового відчуття (CL- та H⁺), сприяє активізації кальцифікації. Лікувальний ефект електрофорезу зумовлений дією постійного електричного струму, а також дією введених ним медикаментозних препаратів. Внутрішньоканальний електрофорез трипсину сприяє розрідженню ексудату, покращенню відтоку його, курирує запальні явища в періодонті. Також сприяє нормалізації трофіки та мікроциркуляції у пері апікальних тканинах, стимулює репаративні процеси у кістковій тканині. Йод – антисептик широкого спектру дії, муміфікує та попереджає розпад некротизованих тканин, здатний зупинити ріст грануляційної тканини, є антидотом миш'яку (застосування при токсичному миш'яковому періодонтиті). Оскільки срібло вводять з аноду, відбувається дегідратація тканин, зменшення болю, стихання запалення, що дозволяє проводити електрофорез при незначному загостренні хронічного процесу. Срібло має олігодинамічну дію, здатне створювати на стінках кореневого каналу плівку металевого срібла, що закриває просвіти дентинних трубочок і блокує мікроорганізми та розпад, які знаходяться в них, що запобігає дії біогенних амінів на періодонт. При лікуванні одного зубу може бути застосований електрофорез декаметоксину (дія на мікрофлору), йоду (муміфікація розпаду і грануляцій, антисептична дія), а також нітрату срібла.

Алгоритм проведення інтрадентального електрофорезу 10% розчину калію йодиду при лікуванні хронічного гранулюючого періодонтита 35 зубу

1. Гальванічний апарат підключити до електричної мережі і привести його в робочий стан.

2. На скляну дощечку помістити 3-4 краплі 10% розчину йодиду калію.
3. На робочий кінець інтердентального електроду (кореневої голки) щільно завернути ватну туруну та змочити їх розчином йодиду калію.
4. 35 зуб ізолювати ватними тампонами від ротової рідини.
5. За допомогою пінцета внести у порожнину зуба 1-2 краплі йодиду калію і кореневою голкою проштовхнути в кореневий канал на максимальну глибину.
6. Увести в порожнину зуба підготований кінець електроду та зафіксувати за допомогою невеличкого ватного тампона. Стінки каріозної порожнини висушити сухим ватним тампоном.
7. Над полум'ям спиртівки на шпателі розігріти до кипіння невелику кількість липкого воску та залити ним вільну частину порожнини зуба та каріозної порожнини
8. Клему електроду з'єднати з від'ємним полюсом гальванічного апарата.
9. Пасивний електрод, з'єднаний з додатнім полюсом апарата, у вигляді свинцевої пластини (3x3 см), разом з гідрофільною прокладкою зафіксувати еластичним бинтом на передпліччі пацієнта.
10. Повільно повертаючи ручку потенціометра, збільшити силу струму до появи у пацієнта перших відчуттів, але не більше ніж 2 мкА. Тривалість процедури близько 15 хвилин.
11. Після закінчення процедури вивести ручку потенціометра на „0”, вимкнути апарат, роз'єднати електроди та продовжити лікування зуба.

Помилки та ускладнення: недостатня ізоляція порожнини зуба липким воском призводить до втрати струму; недостатнє інструментальне розширення устьової частини кореневого каналу, не дозволяє ввести інтраканальний електрод, це призводить до неякісного проведення процедури; використання нітрату срібла для фронтальної групи зубів приводить до зміни їх кольору; мала сила струму недостатня для муміфікації залишків пульпи; недостатній час процедури не викликає повної муміфікації пульпи; зavelика сила струму, тривалість процедури, а також кількість процедур призводить до подразнення періодонту та до больової реакції; великі концентрації речовин, що застосовуються для інтраканального електрофорезу призводять до токсичної дії на періодонт.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції № 20.

Вміти надати допомогу хворому при непритомності, колапсі, шоку.

Матеріальне забезпечення: нашатирний спирт; ампули кордіаміну, кофеїну; 0,1 % розчин «Адреналіну», 0,5 % розчин Ефедрину»; 0,9% розчин хлориду натрію; ампули преднізолону, дексаметазону; 2,4% розчин еуфіліну, 0,9% розчин хлористого натрію, розчин тавегілу, 1 % р-ну вікасолу, шприци .

Методика проведення:

1. Перша допомога при непритомності:

- надати пацієнту горизонтальне положення, голову опустити нижче відносно тулуба, а ноги підняти дещо вище;
- забезпечити додатковий доступ свіжого повітря, звільнити його від тісного одягу;

- розтерти руки і ноги шматком тканини;
- дати вдихнути пари нашатирного спирту на відстані 1-2 см від носа;
- виконати підшкірну ін'єкцію кордіаміну, кофеїну;
- при відновленні свідомості, пацієнта напоїти гарячим чаєм чи кавою.

2. Перша допомога при колапсі:

- хворого покласти спиною на рівну поверхню;
- забезпечити кращий доступ свіжого повітря;
- ноги трохи підняти, щоб збільшити приплив крові до голови;
- піднести до носа вату просякнуту нашатирним спиртом;
- при гіпотермії слід хворого слід зігріти за допомогою грілки;
- при суттєвому зниженні артеріального тиску ввести 0,1 % розчин «Адреналіну», 0,5 % розчин «Ефедрину»;
- хворому забезпечити повний спокій;
- якщо колапс зумовлений сильною кровотечею, то слід її зупинити;
- в разі зупинки серця необхідно проводити непрямий масаж серця в поєднанні зі штучним диханням.
- хворого слід госпіталізувати.

3. Перша допомога при стані шоку:

Визначити вид шоку.

1) анафілактичний

- припинити введення препарату;
- надати горизонтальне положення, голову опустити нижче рівня ніг та повернути на бік, висунути нижню щелепу, видалити знімні зубні протези;
- обколоти місце ін'єкції 0,3-0,5 мл 0,1% розчину адреналіну з 4,5 мл 0,9% розчину хлориду натрію;
- до місця ін'єкції прикласти лід або грілку з холодною водою на 10-15 хвилин;
- дом'язево або довенно струминно ввести глюкокортикостероїдні препарати: преднізолон 60-120 мг (дітям 40-100 мг), дексаметазон 8-16 мг (дітям 4-8 мг) або гідрокортизон сукцинат чи гемісукцинат 125-250 мг (дітям 25-125 мг);
- дом'язево ввести 2,0 мл (дітям 0,5-1,5 мл) розчину тавегілу 0,1% або супрастину 2,5% під контролем артеріального тиску;
- при бронхоспазмі довенно вводиться 10,0 мл (дітям 2-8 мл) 2,4% розчину еуфіліну на 0,9% розчині хлористого натрію або дексаметазон (20-40 мг);
- за необхідності слід звільнити дихальні шляхи від слизу, блювотних мас, паралельно здійснювати реанімаційні заходи: непрямий масаж серця, штучну вентиляцію легень;
- викликати лікаря.

2) геморагічний

- візуальний огляд;
- визначити джерело та швидкість крововтрати;
- оцінити загальний стан хворого;

Якщо кровотеча пов'язана з ушкодженням судинної стінки, то слід застосовувати аскорутинову кислоту (200–400 мг на добу), препарати вітамінів Р та Е. За підвищеної судинної проникності вводити кальцію хлорид, рутин, антигістамінні засоби. За наявності гіпертензивного синдрому призначають гіпотензивні засоби («Дибазол», папаверин, магнію сульфат, препарати

раувольфії), у тяжких випадках — гангліоблокатори (пентамін, бензогексоній, арфонад).

При кровотечі, пов'язаній з видаленням зубів:

- видалити кров'яний згусток;
- промити лунку 3 % р-ном перекису водню та висушити її марлевым тампоном;
- якщо кровотеча з ушкоджених м'яких тканин – накладити шов з кетгуту;
- при кровотечі з судин кісткової тканини необхідно стиснути щипцями кровоточиву ділянку кістки;
- для зупинки кровотечі з дна лунки після промивання розчинами антисептиків туго затампонувати йодоформною турундою або турундою, просякненою феракрилом, амінокапроною кислотою, біологічними гемостатичними препаратами (гемостатична та желатинова губки, фібринова плівка, плацента) тощо;
- для усунення кровотечі, зумовленої загальними причинами, вжити заходів, спрямованих на підвищення згортання крові (бажано в умовах стаціонару). Антигеморагічна терапія залежить від показників коагулограми;
- ввести 10 мл 10 % р-ну кальцію хлориду або кальцію глюконату, 2-4 мл 5 % р-ну аскорбінової кислоти в/в;
- при протромбінемії – 1 мл 1 % р-ну вікасолу в/м, 100 мл 5 % р-ну ε-амінокапроною кислоти в/в крапельно;
- вимірювання ЧСС, АТ

3) кардіогенний

- під язик хворому дати таблетку валідолу або нітрогліцерину, знеболюючі засоби (анальгін, пенталгін, баралгін). Через деякий час знову дати валідол та нітрогліцерин;
- викликати спеціалізовану кардіологічну бригаду "швидкої допомоги"

Алгоритм виконання практичної маніпуляції № 21.

Виписати рецепти медикаментів та призначити фізіотерапевтичне лікування.

Матеріальне забезпечення: рецептурний бланк.

Методика проведення:

Заповнити рецептурний бланк за наступними пунктами:

1. Inscriptio – зазначити інформацію про заклад охорони здоров'я (ЗОЗ), категорію відпуску лікарського засобу (ЛЗ), пацієнта та лікаря.
2. Praepositio – звернення лікаря до фармацевта за допомогою слова ресіре (візьми), яке пишеться скорочено Rp.:
3. Designatio materialium – перелік лікарських речовин, з яких має бути виготовлений чи виготовлений ЛЗ, та їх кількісний вміст у ЛЗ.
4. Subscriptio – вказати фармацевту на потрібний спосіб виготовлення ЛЗ, а також кількість ЛЗ, яку потрібно видати пацієнтові (Dentur (Da) tales doses numero 10 – скорочено: D.t.d. №. 10).
5. Signatura – зазначити як саме, якою кількістю і коли належить приймати ЛЗ.
6. Підпис лікаря завершений особистою печаткою.

Для лікування запальних захворювань пародонту слід використовувати наступні групи медикаментів:

- препарати рослинного походження;
- антисептики;
- протизапальні препарати;
- інгібітори протеолізу і фібринолізу, антикоагулянти;
- кератолітики і препарати склерозуючої дії;
- ферментні препарати;
- антипротозойні та протигрибкові препарати;
- кератопластики.

Фізіотерапевтичні методи лікування:

1. Електролікування:

а) постійний струм (електрофорез, вакуум-електрофорез);
б) імпульсний струм низької частоти і низької напруги (діадинамотерапія, флуктуоризація);

в) імпульсні струми високої, ультрависокої та надвисокої частоти (дарсонвалізація, діатермія, діатермокоагуляція, електроритмотерапія, УВЧ-терапія, мікрохвильова терапія).

2. Ультразвукова терапія.

3. Аероіонотерапія.

4. Світлолікування (УФ-терапія, лазерна терапія).

5. Вакуум-терапія.

6. Гідротерапія.

7. Масаж.

8. Тепло- та холодолікування.

9. Магнітотерапія.

10. Оксигенотерапія.

Призначаючи фізіотерапевтичні методи лікування (зокрема, електролікування) слід пам'ятати про протипокази до їх застосування: злоякісні новоутворення, доброякісні пухлини щелепно-лицевої ділянки, декомпенсовані форми захворювань серцево-судинної, дихальної та ендокринної систем; захворювання крові, активний туберкульоз, вагітність.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції № 22.

Провести професійну гігієну порожнини рота.

Матеріальне забезпечення: механічний наконечник; стоматологічний зонд; стоматологічне дзеркало; стоматологічний пінцет; ватні кульки; ватні валики; барвники: розчин Люголя (Solutio Lugoli), розчин метиленового синього (Methylenum coeruleum), йодинол (Jodinolum), фуксин (Fucsinum), толуїдиновий синій; антисептичний розчин; асти для професійного очищення зубів та полірування, які містять у своєму складі сполуки фтору; торцеві щітки різної форми; гумові чашечки; штрипси; пневматичний або ультразвуковий скейлер.

Методика проведення:

1. Провести антисептичну обробку порожнини рота розчином антисептику.
2. Провести оцінку гігієни порожнини рота та визначити гігієнічні індекси за допомогою барвників або індикаторів зубного нальоту.

3. Ізолювати зуби від слини.
4. Провести очищення зубів за допомогою торцевої щітки та абразивної пасти, спочатку з оральної поверхні, а потім з вестибулярної.
5. Пневматичним скейлером зняти зубний камінь спочатку з оральної поверхні, а потім з вестибулярної та апроксимальних поверхонь зуба. Починати роботу з правої сторони верхньої щелепи і рухатись за годинниковою стрілкою. Обробити поверхню зуба слід переривчасто, кінчик насадки скейлера прикладається до поверхні зуба під кутом 45. Контакт інструмента з поверхнею зуба повинен бути щільним.
6. Аповерхню зубів обробити конічними щіточками з абразивними пастами та штрипсами. Провести антисептичну обробку розчином антисептику
7. Провести контроль якості очищення різних поверхонь зуба від зубного каменю за допомогою ручних інструментів.
8. Провести полірування зубів м'якими торцевими щіточками або гумовими чашечками без сильного надавлювання на поверхню.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції № 23.
Дати рекомендації щодо гігієни порожнини рота.

Матеріальне забезпечення: муляж щелеп, прозирки з засобами індивідуальної гігієни порожнини рота.

Методика проведення:

Розповісти про регулярність чищення зубів, звернути увагу на особливості підбору зубної щітки та частоту її заміни. Порекомендувати зубну пасту зацитувавши увагу на її склад та особливості вибору. Порадити застосування допоміжних засобів гігієни порожнини рота – інтрадентальні щіточки, флоси, ополіскувачі, ірригатор. Розповісти про особливості вливу харчування та шкідливих звичок на стан тканин порожнини рота.

Алгоритм виконання практичної маніпуляції № 24.
Продемонструвати навички санітарно-просвітницької роботи.

Матеріальне забезпечення: текст доповідей, прозирки, рекламки, фотографії, відео, муляж щелеп, зубна щітка.

Методика проведення:

Всім профілактичним заходам повинна передувати і супроводжувати санітарно-просвітницька робота. Основна мета якої - це пропаганда медичних знань про здоровий спосіб життя, про шляхи і методи збереження здоров'я, попередження захворювань. Існують активні і пасивні форми санітарно-просвітницької роботи, які повинні бути розраховані на конкретну аудиторію. Санітарно-просвітницька робота може бути індивідуальною, колективною і масовою. 1. Провести санітарно-просвітницьку роботу щодо профілактики стоматологічних захворювань серед дітей та дорослого населення щодо взаємозв'язку захворювань порожнини рота і загального стану здоров'я організму людини. 2. У роботі врахувати наступне: харчування в забезпеченні здоров'я порожнини рота і правила прийому їжі, роль оздоровчих заходів для розвитку і стану органів і тканин порожнини рота, гігієнічний догляд за

порожниною рота, способи попередження захворювань порожнини рота, звернути увагу на наявність та усунення шкідливих звичок для попередження вад розвитку зубощелепної системи.

3. Провести бесіди серед вагітних жінок. Звертати увагу на особливості догляду за порожниною рота під час вагітності, про шкоду алкоголю, тютюнопаління, прийому лікарських засобів без призначення лікаря, про закладення і формування зубної тканини плоду.

4. Провести санітарно-просвітницьку роботу серед дітей та учнів шкіл щодо збереження стоматологічного здоров'я у доступній для них формі.

5. Провести санітарно-просвітницьку роботу з дорослим населенням у вигляді медико-педагогічного переконання і пропаганди задля збереження здорового способу життя. Даний спосіб є сукупністю заходів по санітарній освіті, який спрямований на підвищення гігієнічних навичок. Складовими частинами способу є бесіда, розповідь, демонстрація діафільмів, кінофільмів, наочних посібників, демонстрація техніки чищення зубів і засобів догляду за порожниною рота. Навчання методам гігієни краще проводити в спеціальних кімнатах гігієни і профілактики.