

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького
Кафедра терапевтичної стоматології

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ

**до практичних занять з терапевтичної стоматології
з розділу „Пародонтологія”**

**для студентів IV курсу (VIII семестр)
другого (магістерського) рівня вищої освіти
галузі знань 22 „Охорона здоров'я” спеціальності 221 „Стоматологія”**

Львів-2023

УДК: 616.314(07.07):378.147.88

ББК56.612.173

М345

с.

Методичні вказівки укладено згідно з програмою та навчальним планом для студентів IV курсу стоматологічного факультету на VIII семестр

Укладачі методичних розробок:

професор В.М. Зубачик, доцент В.В. Довганик, доцент В.В. Синиця, доцент В.С. Гриновець, доцент І.П. Двудіт, к.мед.н. асистент Г.Р. Демчина, к.мед.н. асистент Горбань І.

Відповідальний за випуск – *перший проректор з науково-педагогічної роботи, доц. Солонинко І.І.*

Рецензенти: Завідувач кафедри стоматології дитячого віку
к.мед.н., доц. Колесніченко О.В.
к.мед.н., доц. кафедри ортодонції Мусій-Семенців Х.Г.

Навчальний посібник для підготовки студентів до практичних занять з терапевтичної стоматології (VIII семестр) затверджено на методичному засіданні кафедри терапевтичної стоматології 10. 11. 2022 р. протокол №5 та на засіданні профільної методичної комісії із стоматологічних дисциплін ЛНМУ імені Данила Галицького, протокол № 4 від 5.12. 2022 року.

ЗМІСТ

- 1 План занять з дисципліни „Терапевтична стоматологія” IV курс, 8 семестр
- 2 Види самостійної роботи студента
- 3 Рекомендований вид індивідуальної роботи для студента
- 4 **Практичне заняття № 1.** Етіологія, патогенез запально-дистрофічних захворювань тканин пародонту. Роль місцевих та загальних факторів. Вклад вітчизняних вчених.....
- 5 **Практичне заняття № 2.** Генералізований пародонтит (ГП). Класифікація. Основні синдроми пародонтиту
- 6 **Практичне заняття № 3.** Клініко-морфологічна характеристика окремих ступеней тяжкості ГП. Заповнення пародонтологічної карти стоматологічного хворого.....
- 7 **Практичне заняття № 4.** Аналіз даних додаткових методів дослідження хворих на генералізований пародонтит. Маркери резорбції та кісткоутворення. Диференційна діагностика ГП.....
- 8 **Практичне заняття № 5.** Загальні принципи та план лікування хворих на ГП. Складання плану лікування
- 9 **Практичне заняття № 6.** Усунення місцевих екзогенних чинників пошкодження тканин пародонту. Вибіркове при шліфування зубів. Показання. Методика проведення.
- 10 **Практичне заняття № 7.** Лікування симптоматичного гінгівіту. Використання лікарських засобів для місцевої терапії: механізм дії, способи застосування залежно від форми і перебігу симптоматичного гінгівіту. Пародонтальні пов'язки. Види. Показання до застосування.....
- 11 **Практичне заняття № 8.** Хірургічні методи лікування генералізованого пародонтиту (кюретаж, гінгівотомія, гінгівектомія). Показання, методика.

- 12 **Практичне заняття № 9.** Ортопедичні заходи в комплексному лікуванні ГП. Методи фіксації рухомих зубів. Тимчасове шинування. Показання. Методика проведення.....
- 13 **Практичне заняття № 10.** Загальна фармакотерапія генералізованого пародонтиту. Антибіотикорезистентність. Підтримувальна терапія. Показання. Лікарські препарати.....
- 14 **Практичне заняття № 11.** Пародонтоз. Етіологія, патогенез. Клініка, діагностика, лікування. Методи усунення гіперестезії.....
- 15 **Практичне заняття № 12.** Ідіопатичні захворювання з лізисом тканин пародонта. Етіологія, клініка, діагностика, принципи лікування. Особливості лікування пацієнтів із захворюваннями тканин пародонту на тлі патології внутрішніх органів і систем.....
- 16 **Практичне заняття № 13.** Пухлини та пухлиноподібні хвороби тканин пародонту. Етіологія, клініка, діагностика, принципи лікування. Помилки та ускладнення під час діагностики та лікування хвороб пародонту.....
- 17 **Практичне заняття № 14.** Організація фізіотерапевтичного кабінету. Покази, протипокази до використання, методи лікування. Методи фізіотерапевтичного лікування.....
- 18 **Практичне заняття № 15.** Профілактика захворювань тканин пародонту. Етіологічні та патогенетичні заходи профілактики. Диспансеризація хворих.....
- 19 **Практичне заняття № 16.** Терапевтична стоматологія екстримальних умов: організація, обсяг, особливості лікування та профілактика хвороб пародонту військовослужбовцям в мирний час і під час воєнних дій.....

ВИДИ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТА

4 курс (8 семестр) (39 год.)

№ п/п	Тема заняття	К-сть годин
1.	<u>Підготовка до практичних занять – теоретична підготовка та опрацювання практичних навичок.</u>	26
2.	<u>Самостійне опрацювання тем, які не входять до плану аудиторних занять:</u> <ul style="list-style-type: none">- Ідіопатичні захворювання тканин пародонту. 3- Способи ліквідації пародонтальних кишень та рецесії ясен. 3- Хірургічні місцеві втручання. Гінгівотомія. Гінгівоектомія. Методика. 2- Ортопедичні місцеві втручання. Вибіркове пришліфування зубів, тимчасове шинування. Методика. 2- Алгоритм індивідуальної гігієни порожнини рота при захворюванні тканин пародонту. 3	

РЕКОМЕНДОВАНИЙ ВИД ІНДИВІДУАЛЬНОЇ РОБОТИ ДЛЯ СТУДЕНТА

№ п/п	Тема
1.	Накладання нетвердіючих і твердіючих лікувальних пов'язок при терапії захворювань тканин пародонту.
2.	Форми та методи санітарно-просвітницької роботи.

Критерії оцінювання роботи студента

Знання студентів оцінюються як з теоретичної, так і з практичної підготовки. Оцінювання поточної успішності студентів здійснюється на кожному практичному занятті за 4-бальною шкалою і заноситься в журнал обліку академічної успішності. за такими критеріями:

- **"відмінно"** – студент бездоганно засвоїв теоретичний матеріал, демонструє глибокі і всебічні знання відповідної теми або навчальної дисципліни, основні положення наукових першоджерел та рекомендованої літератури, логічно мислить і будує відповідь, вільно використовує набуті теоретичні знання при аналізі практичного матеріалу, висловлює своє ставлення до тих чи інших проблем, демонструє високий рівень засвоєння практичних навичок;
- **"добре"** – студент добре засвоїв теоретичний матеріал, володіє основними аспектами з першоджерел та рекомендованої літератури, аргументовано викладає його; має практичні навички, висловлює свої міркування з приводу тих чи інших проблем, але припускається певних неточностей і похибок у логіці викладу теоретичного змісту або при аналізі практичного;
- **"задовільно"** – студент в основному опанував теоретичними знаннями навчальної теми або дисципліни, орієнтується в першоджерелах та рекомендованій літературі, але непереконливо відповідає, плутає поняття, додаткові питання викликають у студента невпевненість або відсутність стабільних знань; відповідаючи на запитання практичного характеру, виявляє неточності у знаннях, не вміє оцінювати факти та явища, пов'язувати їх із майбутньою діяльністю;
- **"незадовільно"** – студент не опанував навчальний матеріал теми (дисципліни), не знає наукових фактів, визначень, майже не орієнтується в першоджерелах та рекомендованій літературі, відсутні наукове мислення, практичні навички не сформовані.

Практичне заняття № 1

Тема: Етіологія, патогенез запально-дистрофічних захворювань тканин пародонту. Роль місцевих і загальних чинників. Вклад вітчизняних вчених.

Мета: вивчити етіологічні чинники і оцінити їх роль у виникненні дистрофічно-запальних захворювань пародонту.

Навчальні цілі:

Знати:

- анатоמו-гістологічні особливості будови тканин пародонту;
- класифікацію захворювань пародонту (Данилевський М.Ф., 1994).
- механізм впливу місцевих етіологічних чинників та загальних факторів у патогенезі запально-дистрофічних захворювань пародонту;
- фази розвитку запального процесу, морфологічні ознаки хронічного запалення тканин пародонту;
- вклад вітчизняних вчених у розвиток розділу стоматології – пародонтології.

Оволодіти:

- методикою визначення місцевих етіологічних чинників, які спричинили захворювання пародонту;
- методикою виявлення загальних факторів, які сприяють розвитку захворювання пародонту.

Вміти:

- дослідити наявність над- і під'ясенних зубних відкладень;
- визначати стан оклюзії, виявляти та досліджувати травматичну оклюзію;
- усувати над - і під'ясенні зубні відкладення;
- проводити корекцію травматичної оклюзії;
- визначати безпосередній вплив загальних факторів на розвиток запально-дистрофічних захворювань пародонту.

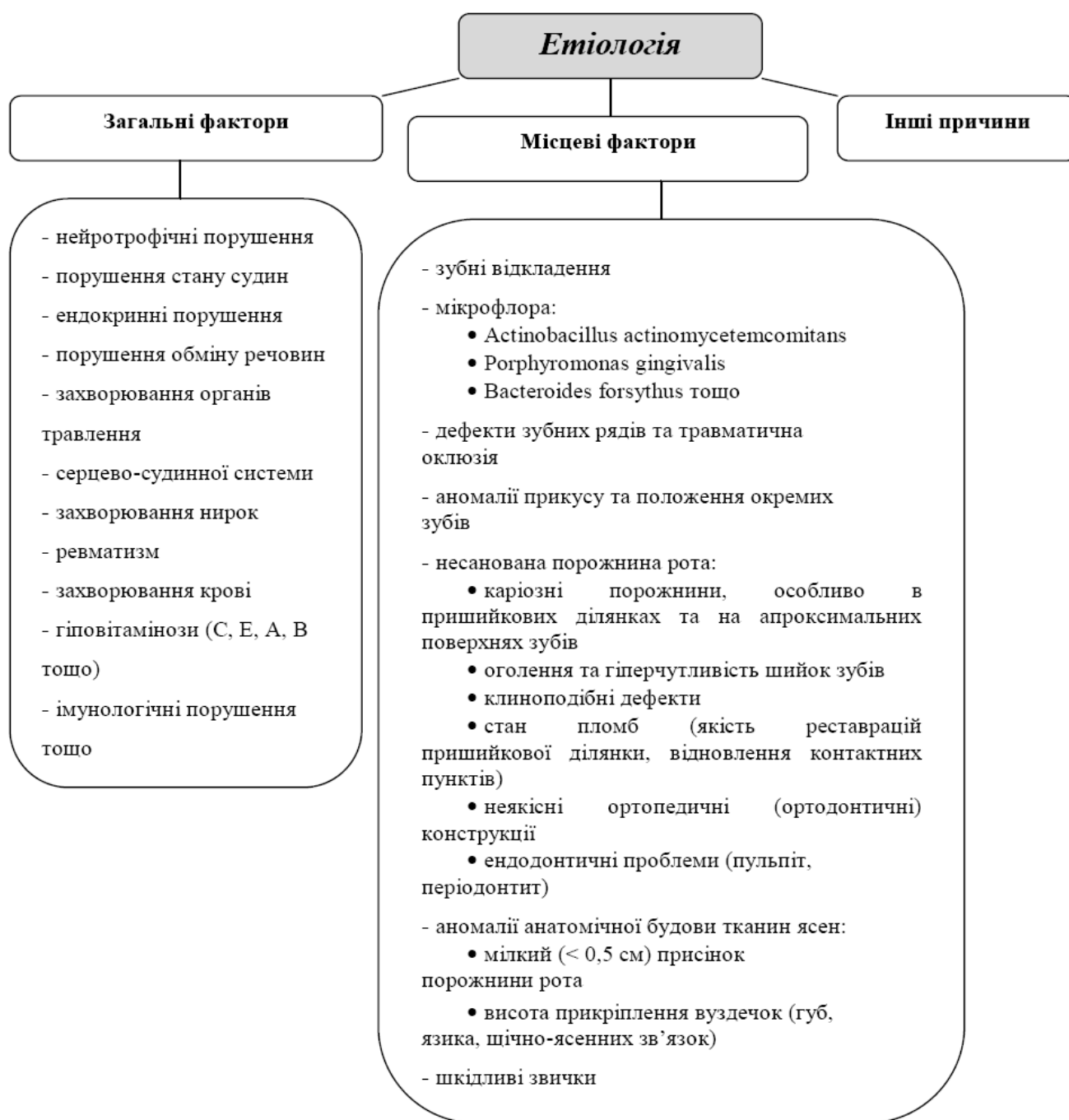
Коротка характеристика теми:

Проблема запально-дистрофічних захворювань пародонту є актуальною для сучасної стоматології, оскільки, в Україні поширеність уражень тканин пародонту у людей старших за 40 років становить 96-99%; у пацієнтів молодого та працездатного віку (25 – 44 роки) у середньому складає близько 64%. Тяжкі наслідки цього захворювання ведуть до руйнування зубо-щелепового апарату та пов'язаних із ним функцій, крім того, ГП може бути вогнищем хронічної інтоксикації організму, тригерувати аутоімунні реакції, зумовлювати виникнення гіперчутливості до різних видів патологічних агентів. Тому важливим є вміння лікаря-стоматолога ретельно збирати анамнез щодо супутніх захворювань пацієнта, своєчасно розпізнавати функціональні розлади в структурах пародонту, виявляти первинні клінічні ознаки запально-дистрофічних уражень пародонту. Рання діагностика та проведення необхідних лікувально-профілактичних заходів запобігає прогресуванню патологічного процесу в тканинах пародонту та сприяє збереженню здоров'я пацієнтів.

Пародонтит – глибоке запалення пародонту, яке характеризується прогресуючою деструкцією пародонту і кісткової тканини міжзубних перегородок. Початок запальних змін спостерігається в зубо-ясенній борозні внаслідок зниження бар'єрних властивостей завдяки екзогенним та ендогенним чинникам. Серед основних патогенетичних чинників визначають наступні:

- ураження клітин (особливо поліморфоядерних лейкоцитів);
- збільшення вмісту біологічно активних речовин - медіаторів та модуляторів запалення;
- ураження мікроциркуляторного русла; збільшення судинно-тканинної проникливості, явища ексудації і клітинної інфільтрації;
- руйнування колагену;
- акантоз епітелію та заміщення епітелію ясенної борозни ротовим епітелієм;
- розрив зубо-епітеліального з'єднання і утворення пародонтальної кишені.

Генералізований пародонтит



У виникненні і розвитку захворювань пародонту мають значення місцеві та загальні чинники, які знаходяться в складному і до кінця не з'ясованому взаємозв'язку. При цьому, саме системні чинники (розлади імунної системи, ендокринні та нервово-трофічні порушення, зміни у серцево-судинній системі та шлунково-кишковому тракті, порушення обміну речовин, гіповітаміноз) є

поштовхом до розвитку генералізованих запально-дистрофічних уражень пародонту, на тлі яких роль місцевих чинників (муко-гінгівальні аномалії, зубні відкладення, травматична оклюзія, несанована порожнина рота, неякісні реставрації, ортопедичні конструкції, ортодонтичні апарати,) стають доволі вагомими.

Українські вчені, що долучилися до розвитку пародонтології в Україні

Розвиток пародонтології в Україні має глибокі корені і значне історичне минуле пов'язане із світовими тенденціями розвитку стоматології. Перебування країни в різних державних формаціях відіграло вирішальне значення у формуванні напрямку, як практичної пародонтології так і наукових досліджень зі стоматології. Враховуючи велику увагу пацієнтів та спеціалістів до проблем стану пародонту серед стоматологічних захворювань, ще на початку ХХ ст. у світовій стоматологічній науці почався процес виокремлення такого розділу в стоматології як „Пародонтологія”. У таких містах як Київ, Харків, Одеса, Полтава, Львів та ін. у ХХ сторіччі активно розвинувся напрямок пародонтології. До цього долучилися вчені-професори сформованих на той час напрямків дослідження пародонтології. Київська стоматологічна школа: професор Новик І.Й. – дослідження патогенезу, клініки, діагностики, профілактики та лікування хвороб пародонта; створення класифікації хвороб пародонта, професор Данилевський М.Ф. – дослідження патогенезу, клініки, діагностики, профілактики та лікування хвороб пародонта, створення національної класифікації хвороб пародонта, професор Кодола М.А. – дослідження патогенезу, клініки хвороб пародонта на ультраструктурному рівні та лікування хвороб пародонта, зокрема фітотерапія і епітерапія, професор Грохольський А.П. – дослідження наднизьких та низьких температур на стан пародонту, роль назубних відкладень у патології пародонта. Вагомий внесок у наукові дослідження таких вчених цієї школи професорів: Вишняк Г.Н.

(пародонтоз і статеве дозрівання), Хоменко Л.А. (ферменти протеолізу і інгібітори в патогенезі і лікуванні пародонтозу), Колесова Н.А. (структурні основи дистрофічних і запальних зміни пародонта), Борисенко А.В. (порушення білкового обміну при патології пародонту), Політун А.М. (епідеміологія та профілактика при дефіциті фтору і йоду в пародонтології), Білоклицька Г.Ф. (фармакотерапія при генералізованому пародонтиті) та ін. Харківська стоматологічна школа: професор Гофунг Ю.М. – перший підручник зі стоматології 1926р., становлення пародонтології як стоматологічного предмету та університетської науки. Полтавська стоматологічна школа: Максименко П.Т. – принципи лікування та профілактики хвороб пародонту. Одеська стоматологічна школа: професор Марченко О.І. – нові методи та засоби лікування хвороб пародонта. Львівська школа стоматології: професор Цешинський А.Т. – піонер застосування рентгенологічного дослідження в стоматології, зокрема і в пародонтології, застосування судинозвужуючих препаратів при анестезії в стоматології, операція Цешинського-Відмана-Неймана (клаптикова операція, по відновленню кісткової структури та рівня ясен), професор Чучмай Г.С. – стоматологічна диспансеризація вагітних з метою профілактики пародонтопатій, професор Кухта С.Й. – питання етіології та патогенезу пародонтозу, опрацювання сучасної стоматологічної термінології, професор Заболотний Т.Д. – дослідження патогенезу та клініки хвороб пародонта в осіб з серцево-судинною патологією. Розпочатий напрямок наукових досліджень з пародонтології продовжує професор Зубачик В.М., під його керівництвом захищені дисертації та видано ряд монографій та посібників з пародонтології. У XXI сторіччі проводиться значна робота молодих вчених у всебічному вивченні пародонтологічних проблем та напрямків їх усунення в світлі сучасних технологічних можливостей.

Контрольні питання поточного матеріалу:

1. Які запально-дистрофічні захворювання пародонту ви знаєте?
2. Дати визначення терміну „генералізований пародонтит” Класифікація генералізованого пародонтиту (Данилевський М.Ф., 1994).
3. Назвіть основні етіологічні чинники, що спричиняють генералізований пародонтит.
4. Вказати місцеві подразнювальні чинники та обґрунтувати їх вплив на тканини пародонта.
5. Знати вплив загальносоматичних захворювань на стан тканин пародонта. Які чинники спричиняють виникненню дистрофічно-запальних захворювань тканин пародонту?
6. Роль мікрофлори у розвитку захворювань тканин пародонту.
7. Характеристика пародонтопатогенів.
8. Зубні відкладення. Класифікація, характеристика.
9. Значення шкідливих звичок у розвитку захворювань тканин пародонту.
10. Значення аномалій будови анатомічних утворів слизової оболонки порожнини рота у розвитку захворювань тканин пародонту.
11. Травматична оклюзія. Визначення, класифікація.
12. Причини виникнення травматичної оклюзії.
13. Імунологічні механізми впливу на розвиток захворювань тканин пародонту.
14. Роль гіповітамінозів у розвитку захворювань тканин пародонту.
15. Нервово-трофічні порушення та їх роль у розвитку захворювань тканин пародонту.
16. Роль ендокринних порушень у розвитку захворювань тканин пародонту.
17. Порушення обміну речовин та їх роль у розвитку захворювань тканин пародонту.
18. Серцево-судинні зміни та їх роль у розвитку захворювань тканин пародонту.

Тестовий контроль поточного матеріалу I рівня
(одна правильна відповідь)

1. Вкажіть який вид мікроорганізмів переважає у назубних відкладеннях?

- A. Кишкова паличка
- B. Стафілококи
- C. Нейсерії
- D. Вірус простого герпесу
- E. Стрептококи

2. Яку роль в етіології дистрофічно-запальних захворювань тканин пародонту відіграє під'ясенний назубний камінь?

- A. Має виражену пошкоджувальну дію на пародонт, сприяє розвитку місцевого С-авітамінозу.
- B. Порушує трофіку тканин пародонту і виділення ясенної рідини
- C. У його складі виявлено оксиди металів, які спричиняють виражену токсичну дію
- D. Розм'якшує періодонтальну зв'язку, зв'язує колаген
- E. Під'ясенний назубний камінь не впливає на розвиток дистрофічно-запальних захворювань тканин пародонту

3. Вкажіть типи патологічних процесів, які розвиваються у тканинах пародонту:

- A. Дистрофія, запалення, функціональна травма
- B. Дистрофія, запалення і глікогеноліз
- C. Запалення і бласттрансформація
- D. Запалення і глікогеноліз
- E. Жодна відповідь не є правильною

4. Для пародонтопатогенів характерні:

- A. Переважно анаеробний тип дихання, низькі адгезивні і токсичні властивості

- В. Переважно аеробний тип дихання, низькі адгезивні і токсичні властивості
- С. Переважно анаеробний тип дихання, високі адгезивні і токсичні властивості
- D. Переважно аеробний тип дихання, високі адгезивні і токсичні властивості
- Е. Жодна відповідь не є правильною

5. Зроговіння епітеліальних клітин на поверхні ясен є чинником:

- А. Захисту пародонту від ушкодження
- В. Ураження тканин пародонту
- С. Розвитку мікробного нальоту
- D. Порухення мікроциркуляторних процесів
- Е. Жодна відповідь не є правильною

6. Імуноглобуліни А, G:

- А. Беруть участь у бактеріальній інвазії
- В. Нейтралізують ендотоксини бактерій
- С. Активізують екзотоксини бактерій
- D. Попереджують ушкодження пародонту
- Е. Жодна відповідь не є правильною

7. Активізація перекисного окиснення ліпідів при запаленні тканин пародонту свідчить про:

- А. Активізацію репаративних процесів у тканинах пародонту
- В. Низьку реактивність організму
- С. Зниження рівня простагландинів у тканинах пародонту і стихання запального процесу
- D. Високу реактивність організму
- Е. Порухення антиоксидантного захисту організму

8. Зростання концентрації паратгормону у плазмі крові призводить до:

- А. Зниження активності остеобластів і резорбції кісткової тканини

- В. Підвищення активності остеоцитів і резорбції кісткової тканини
- С. Підвищення рівня кальцію у крові
- Д. Зниження рівня кальцію у крові
- Е. Остеопорозу кісткової тканини

9. Які анатомічні аномалії відносяться до чинників розвитку генералізованого пародонтиту?

- А. Тяжі в ділянці перехідної згортки
- В. Мілкий присінок ротової порожнини
- С. Глибокий прикус
- Д. Патологічне прикріплення вуздечок губ
- Е. Усі відповіді правильні

10. Збільшення маси мікробного нальоту впродовж доби зумовлено ростом:

- А. Стрептококів
- В. Спірохет
- С. Актиноміцетів
- Д. Лактобацил і спірил
- Е. Стафілококів

Тестовий контроль поточного матеріалу II рівня

(дві правильні відповіді)

1. Які з перелічених мікроорганізмів відносяться до пародонтопатогенів?

- А. *Prevotella gingivalis*
- В. *Agrinobacter Actinomycetem comitans*
- С. *Candida albicans*
- Д. *Streptococcus mutans*
- Е. *Staphylococcus aureus*
- Ф. *Lactobacillus casei*

G. Streptococcus salivarius

H. Enterococcus faecalis

2. Які з перелічених мікроорганізмів назубного нальоту (біофільму) самі не є пародонтопатогенами, але продукують полісахариди з липкими властивостями, чим забезпечують адгезію анаеробних пародонтопатогенів до епітелію ясен?

A. Prevotella gingivalis

B. Treponema denticola

C. Capnocytophaga

D. Streptococcus salivarius

E. Lactobacillus casei

F. Fusobacterium nucleatum

G. Candida albicans

H. Eubacterium nodatum

3. Які з перелічених місцевих травмуючих чинників пародонту відносять до мукогінгівальних?

A. Тонкий біотип ясен

B. Апроксимальний карієс

C. Під'ясенний зубний камін

D. Скупченість фронтальних зубів нижньої щелепи

E. Нависаючі краї пломб

F. Клиноподібний дефект

G. Надмірно розвинені тяжі слизової оболонки в ділянці ікол і премолярів.

H. Низьке прикріплення вуздечки верхньої губи

4. Зміна антигенного спектру тканин пародонту на тлі генералізованого пародонтиту означає:

A. Утворення антитіл до непатогенних мікроорганізмів

B. Утворення антитіл до власних здорових тканин

- C. Поява високого титру В- лімфоцитів
- D. Утворення антитіл до мікроорганізмів пародонтальної кишені
- E. Утворення антитіл до патологічно змінених тканин пародонту
- F. Втрата бактерицидних властивостей поліморфно- ядерними лейкоцитами
- G. Патологічно підвищена активність поліморфноядерних лейкоцитів
- H. Високий вміст плазмоцидів в пародонтальній крові

5. У осіб, які страждають на агресивний (швидкопрогресуючий) пародонтит виявлено:

- A. Збільшення кількості лейкоцитів у периферичній крові
- B. Зменшення кількості лейкоцитів у периферичній крові
- C. Порушення співвідношення між Т- хелперами і Т- супресорами
- D. Атипові мононуклеари
- E. Молоді бластні форми лейкоцитів
- F. Зниження бактерицидних ферментів слини
- G. Дефекти функціональної активності поліморфноядерних лейкоцитів
- H. Пригнічення хемотаксису поліморфноядерних лейкоцитів

Практичне заняття № 2

Тема: Генералізований пародонтит. Класифікація. Основні синдроми пародонтиту.

Мета: вивчити класифікацію генералізованого пародонтиту та його основні синдроми.

Навчальні цілі:

Знати:

- визначення що таке пародонт;
- визначення терміну - генералізований пародонтит;
- класифікацію генералізованого пародонтиту (за М.Ф. Данилевським);
- синдромокомплекс генералізованого пародонтиту;

Оволодіти:

- навичками збору анамнезу хворого на генералізований пародонтит;
- технікою проведення клінічного обстеження тканин порожнини рота хворого на ГП.

Вміти:

- проводити суб'єктивне та об'єктивне обстеження хворого на генералізований пародонтит;
- виявляти місцеві подразнювальні чинники тканин пародонту;
- досліджувати причинно-наслідкові взаємозв'язки між наявністю генералізованого пародонтиту та загально-соматичною патологією.

Коротка характеристика теми:

Генералізований пародонтит – дистрофічно-запальний процес, який виникає внаслідок взаємодії різних екзогенних та ендогенних чинників та характеризується прогресуючою деструкцією тканин періодонту та кісткової тканини міжзубних перегородок.

Класифікація дистрофічно-запальних захворювань пародонту побудована на оцінці вираженості основних симптомкомплексів генералізованого пародонтиту.

Класифікація генералізованого пародонтиту

(за М.Ф. Данилевським):

За перебігом:

- хронічний; загострення; ремісія; стабілізація;

За ступенем розвитку:

- початковий;
- I ступінь;
- II ступінь;
- III ступінь.

За поширеністю процесу: дифузне ураження пародонту.

У 1999 році Міжнародна робоча група із захворювань пародонта (International Workshop for the classification of the periodontal diseases) затвердила останню редакцію класифікації захворювань пародонта (G.C. Armitage, 1999).

Захворювання ясен:

- Гінгівіт, індукований зубною бляшкою.
- Гінгівіт, який виникає за відсутності зубної бляшки.

Хронічний пародонтит: локалізований і генералізований.

Агресивний пародонтит: локалізований і генералізований.

Пародонтит, асоційований із системними захворюваннями.

Некротичні захворювання пародонту:

- Виразково-некротичний гінгівіт.
- Виразково-некротичний пародонтит.

Абсцеси пародонта: ясенний, пародонтальний, перикоронарний.

Пародонтит, пов'язаний із ендодонтичними ураженнями.

Набуті та спадкові деформації і порушення.

Класифікація захворювань тканин пародонту та періімплантних тканин (EFP & AAPWorld Workshop, 2017 р). За останній час, науковці отримали нові дані стосовно розуміння природи захворювань тканин пародонту та принципів їх профілактики і лікування. Тому, починаючи із 2015 року, Всесвітньою робочою групою (понад 100 експертів з Європейської Федерації Пародонтологів та Американської Академії Пародонтології) зі створення класифікації захворювань пародонта та періімплантатних захворювань і станів (World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions) розроблена нова редакція класифікації, яка була представлена у 2017 року на конференції, що відбулась у Чикаго.

Загалом було виділено 4 групи захворювань та станів, по кожній з яких опублікована консенсусна публікація:

- I) Здоровий пародонт, захворювання та стани ясен (Chapple I. et al., 2018)
- II) Пародонтит (Papanou P., Sanz M. et al., 2018)

III) Пародонтальні прояви системних захворювань, набутих та спадкових станів (Jepsen S. et al., 2018)

IV) Періімплантні захворювання та стани (Berglundh T. et al., 2018)

КЛАСИФІКАЦІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА СТАНІВ ТКАНИН ПАРОДОНТУ І ПЕРІІМПЛАНТНИХ ТКАНИХ 2017

Захворювання та стани тканин пародонту										
Здоровий пародонт, захворювання та стани ясен Chapple, Mealey et al., 2018 Consensus Rept Trombelli et al., 2018 Case Definitions			Пародонтит Papapanou, Sanz et al., 2018 Consensus Rept. Jepsen, Caton et al., 2018 Consensus Rept. Tonetti, Greenwell, Kornman, 2018, Case Definitions			Інші стани, що уражують пародонт Jepsen, Caton et al., 2018 Consensus Rept. Papapanou, Sanz et al., 2018 Consensus Rept				
Здоровий пародонт та здорові ясна	Гінгівіт: спричинений зубною біоплівкою	Гінгівіт: не спричинений зубною біоплівкою	Некротизуючі захворювання пародонту	Пародонтит	Пародонтит як прояв системних захворювань	Системні захворювання та стани, що уражують тканини пародонту	Пародонтальні абсцеси та ендо-періо ураження	Муко-гінгівальні деформації та стани	Травматичні оклюзійні сили	Фактори, що пов'язані з зубами чи протезними конструкціями
Періімплантні захворювання та стани										
Berglundh, Armitage et al., 2018 Consensus Rept										
Здорові періімплантні тканини			Періімплантний мукозит		Періімплантит		Дефекти м'яких та твердих тканин навколо імплантатів			

В консенсусному звіті першої робочої групи вперше чітко визначено такі поняття, як здорові ясна та здоровий пародонт. Зокрема, описано параметри норми як для інтактного пародонту, так і для пацієнтів з редукованим пародонтом (наприклад, після завершення пародонтологічного лікування), базуючись на глибині зондування та кровоточивості при зондуванні. Кровоточивість при зондуванні визначено також основним параметром, який дозволяє діагностувати гінгівіт. Пацієнт з гінгівітом, після відповідного лікування, може повернутись до здорового стану, тоді як пацієнт з пародонтитом зберігає цей діагноз протягом всього життя, навіть після успішного лікування. Більш того, такий пацієнт потребує позитивної підтримуючої терапії для попередження рецидиву захворювання.

Пародонтит: консенсусний звіт (Papapanou.Sanz et al. 2018)	Стадії та ступені пародонтиту: структура та пропозиції нової класифікації, визначення захворювання (Tonetti, Greenwell, Kornman 2018)
--	---

Після 1999-го року з'явився великий масив нової інформації, на основі якої пародонтит запропоновано розділити на три основні групи – некротизуючий пародонтит, пародонтит як прояв системних захворювань та власне пародонтит, без розділення на хронічний та агресивний, оскільки на сьогодні немає достатніх даних, щоб розрізнити ці захворювання на патофізіологічному рівні. Більш того, нова класифікація впроваджує також багатовимірну систему стадій та ступенів пародонтиту, яка може бути змінена чи модифікована при появі в майбутньому нових наукових даних.

Стадія пародонтиту визначається в основному важкістю захворювання, а також складністю його лікування, тоді як **ступінь** пародонтиту забезпечує додаткову інформацію щодо біологічних особливостей захворювання, зокрема, швидкості прогресування, очікуваного результату лікування та ризику того, що захворювання або його лікування можуть негативно впливати на загальний стан здоров'я пацієнта.

Запропоновано чотири стадії (від 1 до 4) пародонтиту, які визначаються на основі кількох параметрів - клінічна втрата прикріплення, втрата кісткової тканини (абсолютна та у відсотках), глибина зондування, присутність ангулярних кісткових дефектів та їх величина, ураження фуркацій, рухомість зубів, а також втрата зубів внаслідок пародонтиту).

Система ступенів включає три рівні (ступінь А - низький ризик, ступінь В - помірний ризик, ступінь С - високий ризик прогресування) та описує, окрім прогресування захворювання, також загальний стан здоров'я пацієнта і інші фактори ризику, такі як паління чи метаболічний контроль за діабету.

Форми пародонтиту

1. Некротизуючі захворювання пародонтиту

- a. Некротизуючий гінгівіт
- b. Некротизуючий пародонтит
- c. Некротизуючий стоматит

2. Пародонтит як прояв системних захворювань

Класифікація цих станів повинна базуватись на основному захворюванні, відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я (МКХ)

3. Пародонтит. (Fine et al. 2018; Billnegs et al. 2018;)

а. Стадії базуються на **важкості захворювання та складності лікування.**

Стадія I: Початковий пародонтит

Стадія II: Помірний пародонтит

Стадія III: Важкий пародонтит з ризиком додаткової втрати зубів

Стадія IV: Важкий пародонтит з ризиком втрати всіх зубів

б. Протяжність та расповсюдженність:

локалізований, генералізований, молярно-різцеве ураження

Ступені: свідчення швидкого прогресування; очікувана відповідь на лікування

Ступінь А: повільне прогресування;

Ступінь В: помірне прогресування;

Ступінь С: швидке прогресування;

¹ Важкість: рівень міжзубного клінічного прикріплення (CAL) в ділянці найбільшої втрати; Рентгенологічна втрата кістки та втрата зубів

² Важкість лікування: Глибина зондування, характер втрати кісткової тканини, ураження фуркацій, кількість наявних зубів, рухомість зубів, дефекти альвеолярного відростка, жувальна дисфункція

³ Додається до стадії як додатковий дескриптор: локалізований < 30% зубів, генералізований > 30% зубів

⁴ Ризик прогресування: прямі ознаки на основі периапікальних рентгенограм чи клінічної втрати прикріплення; або непряме свідчення (співвідношення втрати кістки до віку)

⁵ Очікувана відповідь на лікування: фенотип захворювання (випадку), паління, гіперглікемія

Американська академія пародонтології рекомендує наступний порядок проведення діагностики пародонтологічних захворювань:

1. Ведення і оцінка медичного і стоматологічного анамнезу.
2. Загальне пародонтологічне обстеження з метою визначення топографії ясен і прилеглих структур.
3. Визначення наявності запалення ясен і його ступеню.

4. Пародонтологічне зондування з метою визначення глибини пародонтальних кишень і стану під'ясенної зони (наприклад, наявність кровотечі або гнійного ексудату при зондуванні).
5. Наявність і розповсюдження бактерійного нальоту і каменю.
6. Стоматологічне обстеження, що включає діагностику карієсу, оцінку стану проксимальних контактів, оцінку стану протезів, мостів, коронок і пломб.
7. Ступінь рухливості зубів.
8. Наявність і ступінь залучення фуркації в патологічний процес.
9. Наявність порушення оклюзії і патології прикусу.
10. Інтерпретація ортопантомограм та достатньої кількості діагностичних прицільних рентгенограм, виконаних у паралельній техніці.

Клінічна характеристика генералізованого пародонтиту представлена набутими симптомокомплексами: симптоматичний гінгівіт, пародонтальні кишень, резорбція цементу кореня зуба, зміни кісткової тканини альвеолярного відростка (остеопатія), порушення статички зубів та травматична оклюзія.

I. Симптоматичний гінгівіт за морфологічними ознаками має три форми запалення: ексудативну, проліферативну, альтеративну. За перебігом симптоматичний гінгівіт класифікується на хронічний, хронічний в стадії загострення, стадія ремісії. За тяжкістю розрізняють легкий, середньої тяжкості та важкий ступінь гінгівіту. За поширеністю: локалізований та генералізований.

II. Пародонтальна кишень – виникає внаслідок порушення цілісності зубо-ясенного з'єднання та доверхівкового переміщення епітелію слизової оболонки від рівня емалево-цементної границі. Виділяють надальвеолярні та альвеолярні кишень. Альвеолярні кишень класифікують в залежності від числа кісткових стінок:

3-стінна кишень прогностично найкраща, бо обмежена з трьох сторін губчастою сіткою, а з однієї – цементом кореня.

2-стінний дефект може бути кратером між зубами, в якому 2 стінки кісткової, одна – цементна і одна – м'якотканинна.

1-стінна ніша може бути навиліт, або 1 стінка – кісткова, 2 – цементні, 1 – м'якотканинна.

III. Травматична оклюзія – порушення артикуляційної рівноваги, таке змикання зубних рядів, при якому окремий зуб, або група зубів зазнає різного ступеню травматичного навантаження. При травматичній оклюзії оклюзійні взаємовідношення окремих груп зубів або зубних рядів характеризуються передчасним і нестійким їх змиканням, нерівномірним розподілом жувального тиску, патологічними змінами пародонту, порушеннями функції жувальних м'язів.

IV Osteopatia пародонту. Рентгенологічні ознаки: резорбція міжзубних перегородок альвеолярного відростка, розширення лінії періодонтальної щілини, остеопороз губчастої кістки, деструкція кортикальної пластинки, остеосклероз.

V Резорбція цементу кореня зуба.

Контрольні питання поточного матеріалу:

1. Дати визначення терміну - „генералізований пародонтит”.
2. Класифікація генералізованого пародонтиту.
3. Як поділяється генералізований пародонтит за ступенем тяжкості?
4. Як поділяється генералізований пародонтит за перебігом?
5. Назвіть синдроми пародонтиту.
6. Чим відрізняється самостійний гінгівіт від симптоматичного гінгівіту?
7. За якими ознаками діагностується симптоматичний гінгівіт?
8. Механізм утворення пародонтальної кишені?
9. Характеристика пародонтальних кишень.
10. Диференціація ясенної і пародонтальної кишені;
11. Методи дослідження пародонтальної кишені;

12. Характеристика кісткової пародонтальної кишені;
13. Патологічна рухомість зубів. Методика визначення;
14. Травматична оклюзія, види, їх характеристика;
15. Методи визначення травматичної оклюзії;
16. Які морфологічні зміни відбуваються у кістковій тканині альвеолярного паростка при генералізованому пародонтиті;
17. Дати визначення остеопорозу кісткової тканини;
18. Які види резорбції кісткової тканини альвеолярного паростка Вам відомі?
19. Рентгенологічні ознаки генералізованого пародонтиту.
20. Механізм резорбції кореня зуба при ГП.

Тестовий контроль поточного матеріалу I рівня

(одна правильна відповідь)

1. Для генералізованого пародонтиту характерно:
 - A. Симптоматичний гінгівіт, пародонтальна кишеня, травматична оклюзія, резорбція альвеолярної кістки
 - B. Симптоматичний гінгівіт, пародонтальні кишені, резорбція альвеолярної кістки
 - C. Пародонтальні кишені, травматична оклюзія, остеопороз
 - D. Пародонтальні кишені, резорбція альвеолярної кістки
 - E. Запальний процес в яснах, деструкція альвеолярної кістки

2. Основною клінічною диференційно-діагностичною ознакою симптоматичного катарального гінгівіту при пародонтиті хронічного перебігу є наявність:
 - A. Ціанозу та набряку ясен
 - B. Пародонтальних кишень
 - C. Остеопорозу альвеолярної кістки
 - D. Кровоточивості ясен
 - E. Назубних відкладень

3. Які ступені розвитку генералізованого пародонтиту виділяє в своїй класифікації М.Ф. Данилевський (1994р.):

- A. I ст., II ст., III ст
- B. I ст., II ст., III ст., IV ст
- C. Початковий. I ст., II ст., III ст., IV ст
- D. Початковий, I ст., II ст., III ст.
- E. Правильної відповіді немає

4. Скільки вимірювань проводять при визначенні глибини пародонтальної кишені біля премолярів, різців та ікол верхньої та нижньої щелеп?

- A. П'ять
- B. Два
- C. Чотири
- D. Три
- E. Шість

5. Ранні рентгенологічні ознаки пародонтиту це:

- A. Поява вогнищ остеопорозу
- B. Зміна петлистості кісткових балок
- C. Розширення періодонтальної щілини
- D. Деструкція кортикального шару
- E. Всі відповіді правильні

6. Проба Шіллера-Писарєва проводиться з метою:

- A. Визначення наявності та ступеня хронічного запалення ясен
- B. Визначення характеру ексудату пародонтальної кишені
- C. Визначення наявності виразкування зубо-епітеліального прикріплення
- D. Візуалізації зубних відкладень
- E. Визначення глибини пародонтальної кишені

7. Назвіть основні клінічні симптоми хронічного катарального гінгівіту:

- A. набряк ясен, гіперемія з ціанотичним відтінком, кровоточивість при зондуванні
- B. набряк ясен, яскрава гіперемія, кровоточивість при зондуванні
- C. набряк ясен, яскрава гіперемія, виразкування ясенних сосочків
- D. набряк ясен, гіперемія з ціанотичним відтінком, виразкування ясенних сосочків
- E. набряк ясен, яскрава гіперемія, пародонтальні кишень

8. Оберіть основні клінічні ознаки гранулюючої форми гіпертрофічного гінгівіту при пародонтиті.

- A. Ясенні сосочки гіпертрофовані, рухомість зубів I ступеня, проба Парма позитивна
- B. Ясенні сосочки гіпертрофовані, щільні, блідо-рожевого кольору
- C. Ясенні сосочки гіпертрофовані, щільні, безболісні
- D. Ясенні сосочки гіпертрофовані, пастозні, виражений ціаноз
- E. Немає правильної відповіді

9. Хвора Л., 46-ти років, звернулась зі скаргами на кровоточивість ясен при чищенні зубів, неприємний запах з рота. При огляді: ясенні сосочки верхньої та нижньої щелеп застійно гіперемовані, набряклі, кровоточать при зондуванні. 33, 32, 31, 41, 42, 43 зуби рухомі у присінково-оральному напрямку в межах 1 мм. Визначте ступінь рухомості зубів.

- A. Патологічна рухомість IV ступеня
- B. Фізіологічна рухомість
- C. Патологічна рухомість II ступеня
- D. Патологічна рухомість III ступеня
- E. Патологічна рухомість I ступеня

10. Оклюзійні взаємини окремих груп зубів або зубних рядів, які характеризуються передчасним і нестійким їх змиканням, нерівномірним розподілом жувального тиску з подальшою міграцією перевантажених зубів, патологічними змінами пародонту, порушеннями функції жувальних м'язів і скронево-нижньощелепних суглобів це:

- A. Оклюзійна травма
- B. Травматична оклюзія
- C. Бічна оклюзія
- E. Артикуляція
- D. Патологічна оклюзія

**Тестовий контроль поточного матеріалу II рівня
(дві правильні відповіді)**

1. Залежно від рівня розміщення дна пародонтальної кишені розрізняють:

- A. Надкісткові (супраоссальні) кишені
- B. Внутрішньокісткові (інтраоссальні) кишені
- C. Зовнішньо кісткові кишені
- D. Кісткові кишені
- E. Глибокі кишені
- F. Підкісткові кишені
- G. Ексудативні кишені
- H. Всі відповіді вірні

2. До рентгенологічних ознак генералізованого пародонтиту відносять:

- A. Деструкція кортикального шару і остеопороз міжкоміркових перегородок
- B. Розвиток рецесії ясен, оголення шийок зубів
- C. Пародонтальні кишені
- D. Деструкція кортикального шару міжкоміркових перегородок і пародонтальні кишені

- Е. Деструкція кортикального шару, остеопороз губчастої речовини, атрофія міжкоміркових перегородок
- ґ. Розширення періодонтальної щілини
- Г. Травматична оклюзія і атрофія міжкоміркових перегородок
- Н. Травматична оклюзія і розширення періодонтальної щілини

3. Чим зумовлене виникнення поодиноких або численних пародонтальних абсцесів в ділянці маргінальних ясен або в глибших шарах тканин пародонту:

- А. Незадовільна гігієна ротової порожнини
- В. Похилий вік
- С. Глибокі пародонтальні (кісткові) кишень
- Д. Супутня патологія (ендокринна, серцево-судинна система)
- Е. Неглибокі пародонтальні (некісткові) кишень
- ґ. Загальна інтоксикація організму
- Г. Травматична оклюзія
- Н. Патологічна рухомість зубів

4. Яка етіологія виникнення первинної травматичної оклюзії?

- А. Наявність пародонтальних кишень
- В. Неправильно припасована ортодонтична конструкція
- С. Незначна рухомість зубів
- Д. Симптоматичний гінгівіт
- Е. Оголення шийок зубів
- ґ. Соматична патологія
- Г. Надмірне оклюзійне навантаження
- Н. Парафункція жувальних, м'язів та м'язів язика

5. Якими клінічними симптомами проявляється резорбція коміркової кістки?

- А. Утворення пародонтальних кишень
- В. Розвиток рецесії ясен, оголення шийок зубів

- C. Патологічна рухомість зубів
- D. Розширення періодонтальної щілини
- E. Деструкція кортикального шару верхівок міжкоміркових перегородок
- F. Остеопороз губчастої речовини міжкоміркових перегородок
- G. Звуження періодонтальної щілини
- H. Наявністю над- та під'ясенних назубних відкладень.

Практичне заняття № 3

Тема: Клінічно-морфологічна характеристика окремих ступеней тяжкості генералізованого пародонтиту. Заповнення пародонтологічної карти стоматологічного хворого.

Мета: Вивчити клінічно-морфологічну характеристику генералізованого пародонтиту різних ступенів тяжкості та знати основні підходи для адекватної диференційної діагностики генералізованого пародонтиту.

Навчальні цілі:

Знати:

- клінічно-морфологічні ознаки ГП початкового, I, II, III ст., хронічного перебігу;
- патоморфологічні зміни тканин пародонту при ГП;
- диференційну діагностику генералізованого пародонтиту.

Оволодіти:

- навичками збору анамнезу хворого на генералізований пародонтит;
- технікою проведення клінічного обстеження тканин порожнини рота хворого на генералізований пародонтит;
- навичкою виконання зондування пародонтальних кишень;

- технікою визначення стану зубів і прикусу, травматичної оклюзії у хворого на генералізований пародонтит;
- навичкою визначення рухомості зубів;
- навичкою визначення кровоточивості ясен;
- методикою візуалізації зубних відкладень та запального процесу тканин пародонту.

Вміти:

- проводити суб'єктивне та об'єктивне обстеження хворого на ГП;
- скласти та обґрунтувати індивідуальний план обстеження хворого на ГП;
- виявляти місцеві подразнювальні чинники тканин пародонту;
- проводити індексну оцінку гігієни порожнини рота та стану тканин пародонту хворих на ГП, інтерпретувати та аналізувати отримані дані;
- вміти досліджувати причинно-наслідкові взаємозв'язки між наявністю генералізованого пародонтиту та загально-соматичною патологією;
- диференціювати генералізований пародонтит за перебігом, ступенем розвитку та з іншими захворюваннями пародонту.

Коротка характеристика теми:

Клінічні особливості генералізованого пародонтиту, глибина поширення патологічного процесу, характер протікання залежать від загального стану організму, його реактивності. Розрізняють хронічний та хронічний в стадії загострення перебіг генералізованого пародонтиту. За глибиною пародонтальних кишень, ступеню резорбції альвеолярної кістки, рухомість зубів виділяють початковий, I, II і III ступені.

Важливим документом, який заповнює лікар пародонтолог є пародонтологічна карта стоматологічного хворого - документ, де фіксуються систематизовані результати дослідження про стан пародонту та здоров'я ротової порожнини пацієнта. Пародонтологічна карта містить інформацію про всі візити пацієнта до стоматолога-пародонтолога, відомості про огляди,

проведені інструментальні обстеження (як правило, у вигляді табличних даних), а також позначки лікаря про призначене лікування, оцінки ефективності терапії, допомагає фахівцю відслідковувати динаміку хвороби: її згасання чи прогресування, припустити причини її виникнення тощо. Цифровий варіант карти пародонтологічного хворого зберігається в медичній базі клініки, а паперові копії можуть бути роздруковані та видані на руки пацієнту.

Що містить пародонтальна карта:

- опис стану ясен та кісткової тканини навколо кожного зуба
- оцінку та локалізацію надясенних і підясенних назубних нашарувань
- оцінку ступеня кровоточивості ясен
- опис та розташування гнійних вогнищ
- рекомендації щодо гігієни ротової порожнини.

Етапи складання пародонтальної карти:

I. Фотопротокол. Фахівець пародонтолог детально фотографує у великому масштабі ротovu порожнину, що дозволяє візуально оцінити стан кожного зуба, а також надалі порівняти початкові фотографії та фотографії після закінчення курсу лікування.

II. При необхідності робиться КТ або рентген-обстеження.

III. Зондування. Вимірюють параметри всіх пародонтальних кишень за допомогою спеціального зонда. Результати вимірювань та розраховані на їх основі індекси заносяться до пародонтальної карти.

Пародонтальна карта є відправним документом для розробки індивідуального плану лікування пародонтиту, а також для підбору засобів гігієни та рекомендацій щодо догляду за ротовою порожниною.

Порівняння первісної пародонтологічної карти та карти отриманої в процесі лікування дозволяє наочно фіксувати зміни та оцінити ефективність вжитих заходів.

Пародонтальна карта

Дата

UNIVERSITÄT
BERN

Прізвище

Ім'я

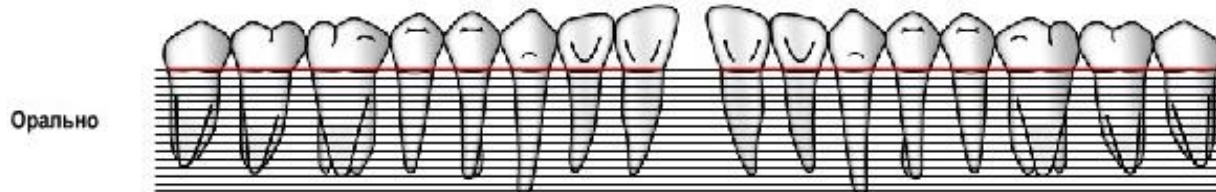
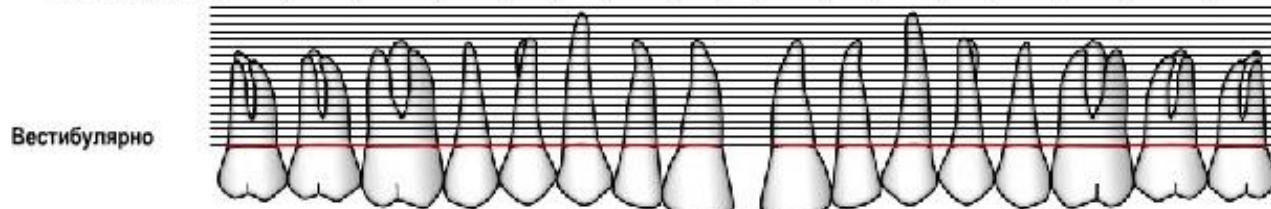
Дата народження

Первинне обстеження

Контрольне обстеження

Лікар

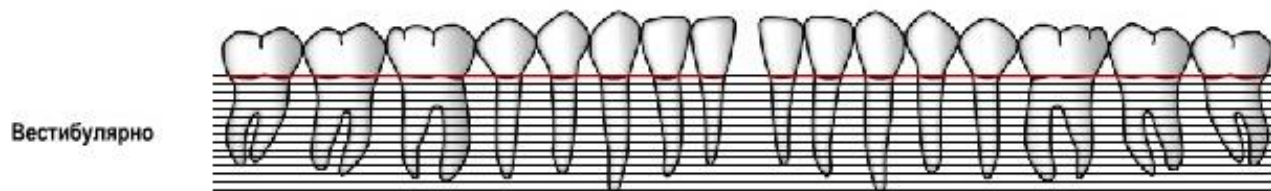
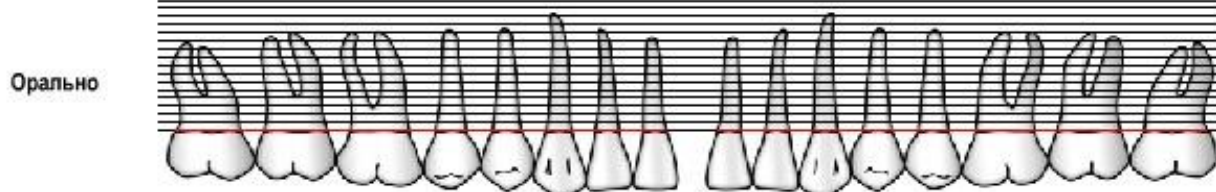
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Рухомість	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Імплантат																
Фуркація																
Кровоточивість при зондуванні																
Зубні відкладення																
Ясенний край	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Глибина зондування	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0



Ясенний край	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Глибина зондування	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Зубні відкладення																
Кровоточивість при зондуванні																
Фуркація																
Примітки																

Середня глб. зсн. = 0 mm Середня висота, примр. = 0 mm 0% Зубні в. 0% Кровоточив. п. зонд.

Примітки																
Фуркація																
Кровоточивість при зондуванні																
Зубні відкладення																
Ясенний край	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Глибина зондування	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0



Ясенний край	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Глибина зондування	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Зубні відкладення																
Кровоточивість при зондуванні																
Фуркація																
Імплантат																
Рухомість	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Пародонтальна карта

Дата

БЕРН

Прізвище

Ім'я

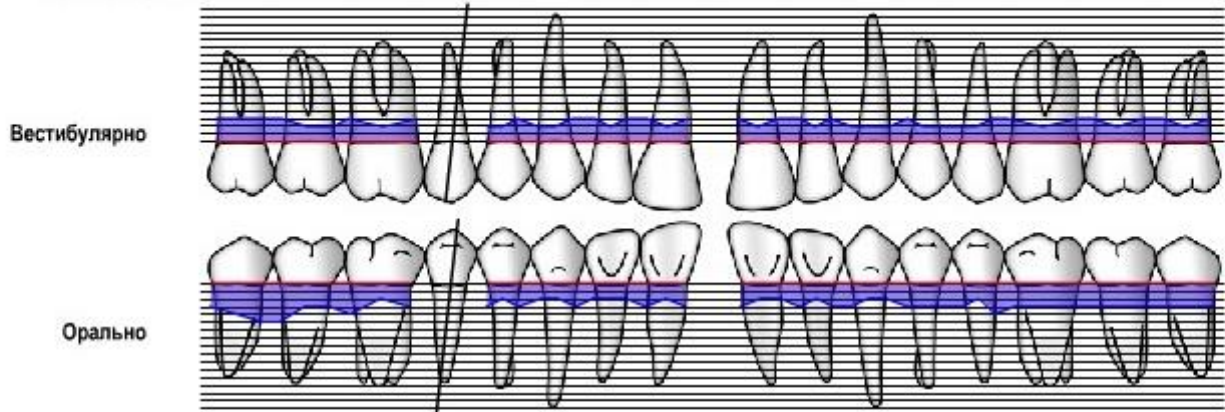
Дата народження

Первинне обстеження

Контрольне обстеження

Лікар

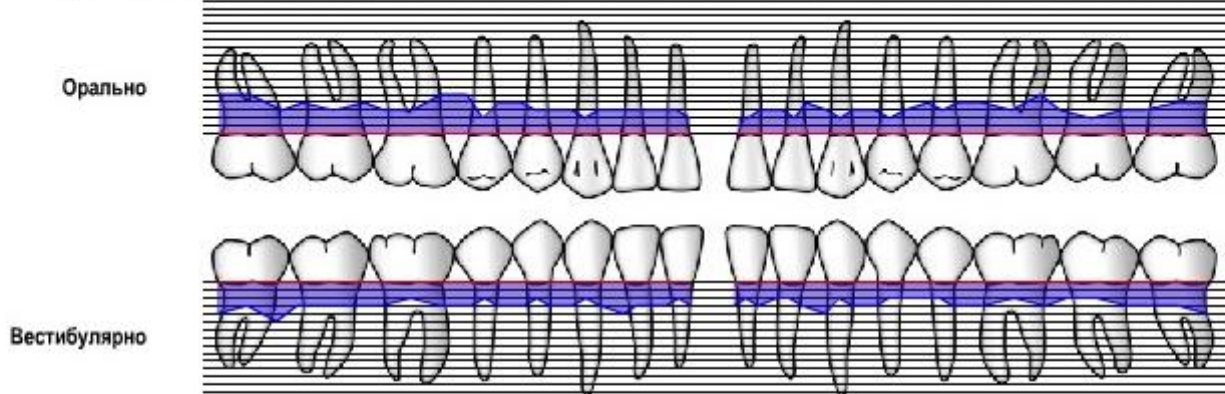
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
Рухомість	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Імплантат																		
Фуркація																		
Кровоточивість при зондуванні																		
Зубні відкладення	■	■	■		■	■	■	■	■	■		■			■	■		
Ясенний край	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Глибина зондування	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3



Ясенний край	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Глибина зондування	3	4	5	5	3	3	4	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3
Зубні відкладення	■	■	■	■	■					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Кровоточивість при зондуванні																			
Фуркація																			
Примітки																			

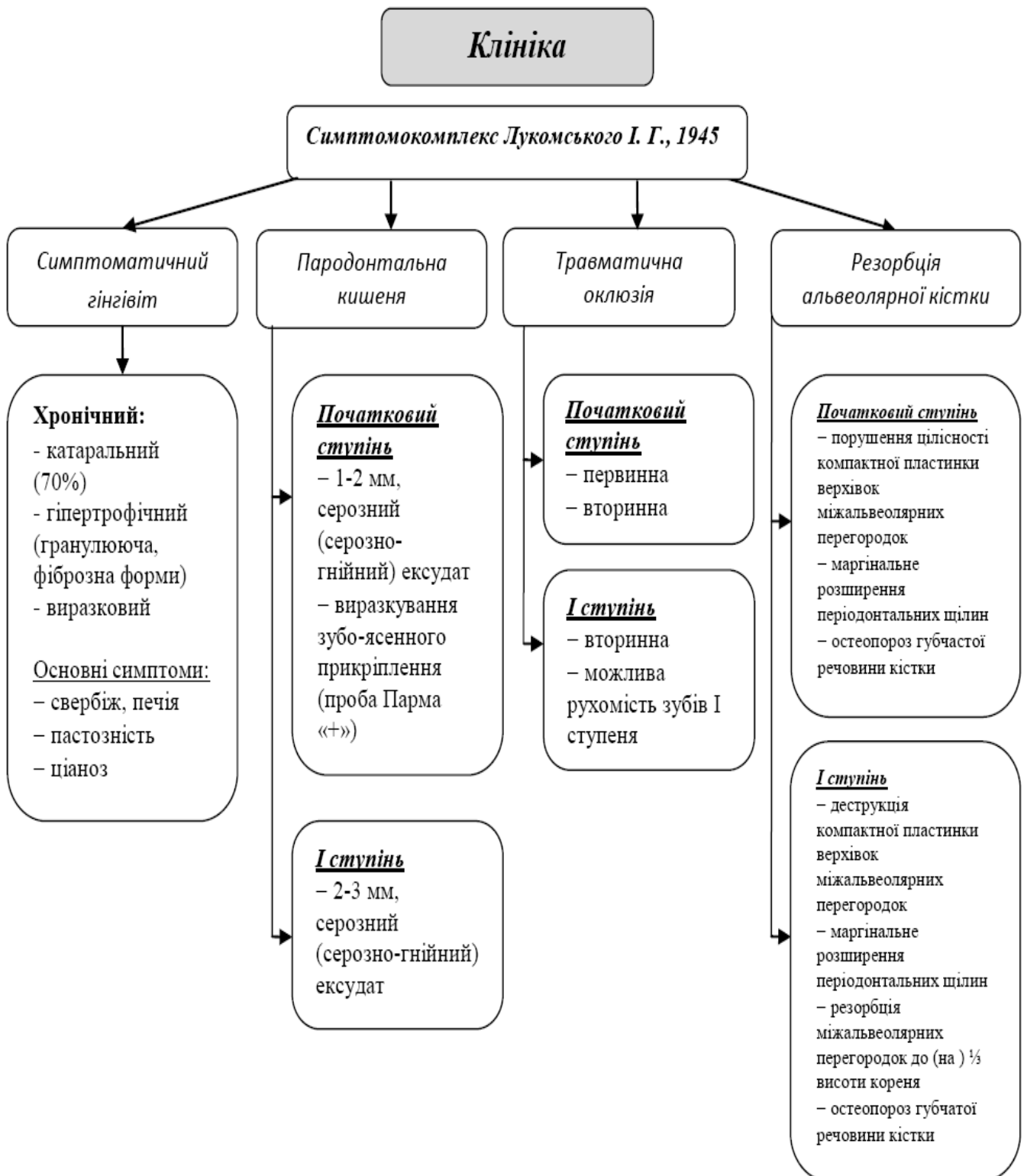
Середня глб. зон. = 2.9 mm Середня висота, прикр. = -2.9 mm 55% Зубні в. 16% Кровоточивіс. п. зонд.

Примітки																			
Фуркація																			
Кровоточивість при зондуванні	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		■		■	■		■	■
Зубні відкладення	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ясенний край	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Глибина зондування	5	5	3	4	3	3	5	5	2	4	3	3	3	2	3	3	3	3	2



Ясенний край	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Глибина зондування	4	3	5	3	3	3	3	2	3	3	2	3	4	2	3	3	2	2	3	3	3	4
Зубні відкладення	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Кровоточивість при зондуванні	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Фуркація																						
Імплантат																						
Рухомість	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38						

Клінічні вияви початкового ступеню генералізованого пародонтиту залежить від характеру перебігу симптоматичного гінгівіту (хронічного чи хронічного в стадії загострення).



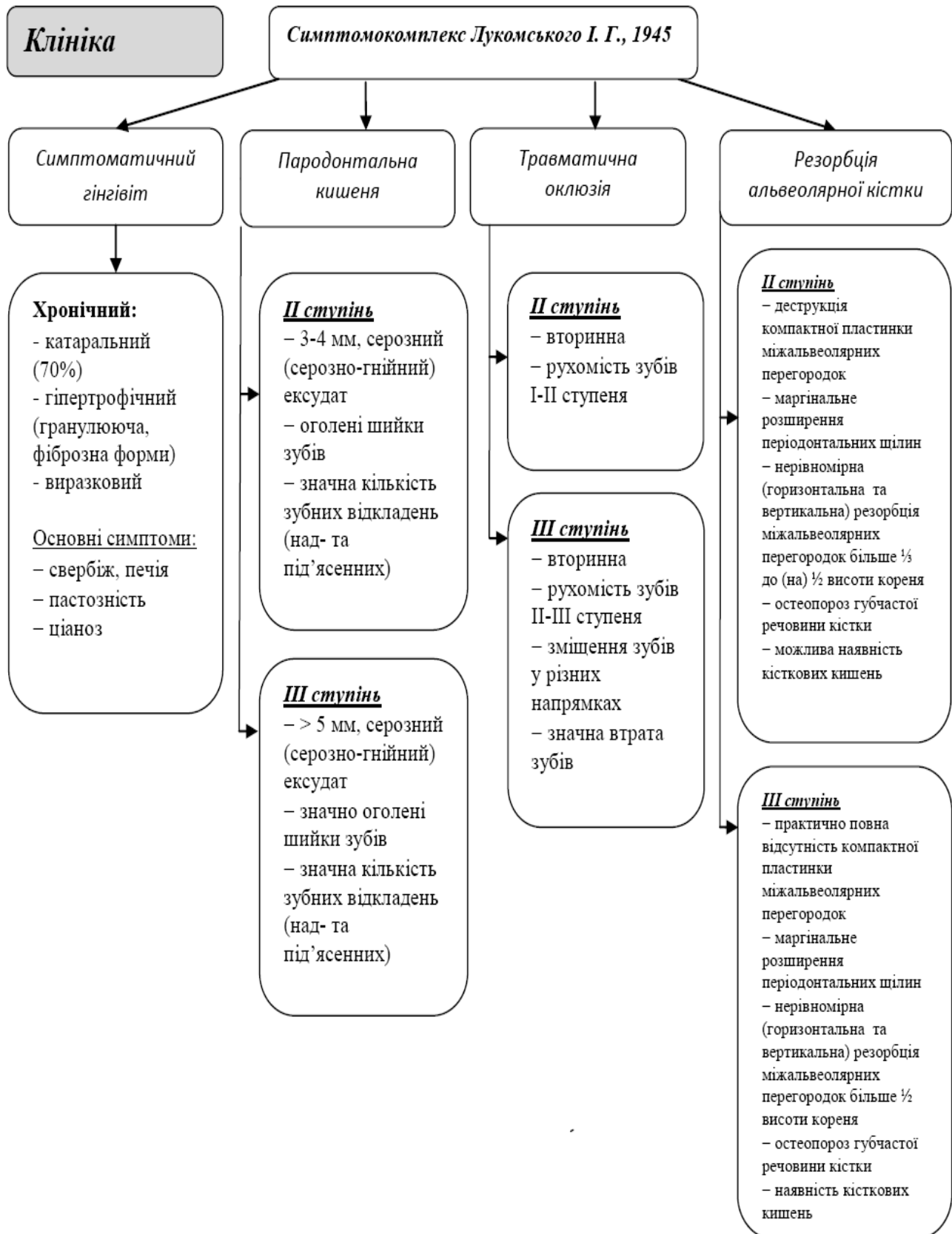
При клінічному обстеженні виявляють місцеві подразники, симптоматичний гінгівіт, травматичну оклюзію. Спостерігають пародонтальні кишені глибиною до 1,5-2 мм, відкладення над'ясенного та під'ясенного назубного каменю. Рентгенологічно спостерігається остеопороз вершин міжальвеолярних перегородок, деструкція і порушення цілісності компактної пластинки, розширення маргінальної частини періодонтальної щілини.

При I ступені генералізованого пародонтиту клінічно визначається симптоматичний гінгівіт, пародонтальні кишені глибиною до 3 мм з помірним серозно-гнійним вмістом, патологічна рухомість зубів I ступеню, виражена травматична оклюзія. Рентгенологічно визначається резорбція міжальвеолярних перегородок до 1/3 довжини кореня, розширення маргінальної частини періодонтальної щілини, остеопороз альвеолярної кістки виражений помірно. Може діагностуватися пришийкова резорбція цементу кореня зуба.

II ступінь генералізованого пародонтиту характеризується симптоматичним дифузним гінгівітом, пародонтальні кишені глибиною до 5 мм, виповнені серозно-гнійним ексудатом. Тверді назубні відкладення, розташовуються як в над'ясенній частині зуба, так і на поверхні кореня в глибині пародонтальних кишень. Шийки зубів оголені на 2-3 мм. Травматична оклюзія, рухомість зубів I-II ст. Рентгенологічно виявляється зменшення висоти міжальвеолярних перегородок альвеолярної кістки в межах від 1/3 до 1/2 довжини нкореня зуба. Розширення маргінальної частини періодонтальної щілини.

При III ступені генералізованого пародонтиту пародонтальні кишені глибиною 6-8 мм, рухомість зубів II-III ст., резорбція альвеолярної кістки досягає 2/3 довжини кореня і більше. Внаслідок значної резорбції альвеолярної кістки і патологічної рухомості зубів спостерігається зміщення зубів в різних напрямках. Травматична оклюзія виявляється практично на всьому протязі зубного ряду навіть без спеціальних методів її виявлення. У різних ділянках пародонту можна спостерігати різну ступінь резорбції альвеолярної кістки,

різну глибину пародонтальних кишень та рухомість зубів. Рентгенологічно спостерігаються значні деструктивні зміни в пародонті, міжальвеолярні перегородки зруйновані більш ніж на 2/3 довжини коренів зубів, кортикальна пластинка зруйнована, періодонтальна щілина розширена.



При зниженні реактивності організму, супутніх хвороб та приєднанні вторинної інфекції, запальний процес при генералізованому пародонтиті загострюється. Хронічний генералізований пародонтит в стадії загострення характеризується запаленням ясен, гноетечею з пародонтальних кишень, появою поодиноких або множинних пародонтальних абсцесів, утворенням кісткових кишень.

Пародонтальний абсцес характеризується наступними ознаками:

- болі (самовільні, постійні, пульсуючі);
- зуб інтактний;
- слизова оболонка ясен в ділянці пародонтального абсцесу гіперемована, набрякла і виступає у вигляді півкуль;
- регіонарні лімфатичні вузли збільшені;
- горизонтальна перкусія різко позитивна;
- нерівномірна напівовальна деструкція альвеолярного паростка на 15-20-й день. Інколи абсцес вскривається самовільно з утворенням нориці поблизу краю (так званий хронічний пародонтальний абсцес).

Клінічні та рентгенологічні прояви при загостренні хронічного пародонтиту залежать від ступеню розвитку дистрофічно-запального процесу в пародонті. Зуби рухомі вже при початковому ступені пародонтиту, так як загострення запального процесу призводить до вираженого порушення зв'язкового апарату пародонту. Тому ступінь рухомості часто не відповідає рівню резорбції альвеолярної кістки. Спостерігаються симптоми загальної інтоксикації – головний біль, субфебрильна температура при абсцедуванні. Рентгенологічно спостерігається виражений остеопороз, нерівномірна прогресуюча вертикальна резорбція, утворення кісткових кишень. Остеопороз яскраво виражений в ділянках абсцесів.

Контрольні питання поточного матеріалу:

1. Які скарги можуть бути у пацієнтів хворих на ГП початкового, I ст. тяжкості.
2. Клінічна характеристика ГП початкового ст. тяжкості.
3. Результати індексної оцінки ГП початкового ст. тяжкості
4. Морфологічні зміни тканин пародонту у хворих на ГП початкового ст. тяжкості.
5. Провести диференційну діагностику між початковим ступенем ГП та самостійним хронічним катаральним гінгівітом.
6. Клінічна характеристика ГП I ст. тяжкості.
7. Морфологічні зміни тканин пародонту у хворих на ГП I ст. тяжкості.
8. Провести диференційну діагностику між початковим та I ст. тяжкості ГП.
9. Дані суб'єктивного обстеження пацієнтів з ГП II ст. тяжкості
10. Клінічна характеристика ГП II ст. тяжкості.
11. Морфологічні зміни тканин пародонту у хворих на ГП II ст. тяжкості.
12. Дані суб'єктивного обстеження пацієнтів з ГП III ст. тяжкості
13. Клінічна характеристика ГП III ст. тяжкості.
14. Морфологічні зміни тканин пародонту у хворих на ГП III ст. тяжкості.
15. Аналіз даних індексної оцінки тканин пародонту хворих на ГП початкового ст. тяжкості.
16. Аналіз даних індексної оцінки тканин пародонту хворих на ГП I ст. тяжкості.
17. Аналіз даних індексної оцінки тканин пародонту хворих на ГП II ст. тяжкості.
18. Аналіз даних індексної оцінки тканин пародонту хворих на ГП II ст. тяжкості.

Тестовий контроль поточного матеріалу I рівня

(одна правильна відповідь)

1. Хворий С., 29-ти років, скаржиться на кровоточивість ясен під час чищення зубів. Об'єктивно: ясна у ділянці нижніх фронтальних зубів ціанотичні, набряклі, малоболісні при доторкуванні. Формалінова проба за Парма болісна. На рентгенограмі виявлене порушення цілісності компактної пластинки та остеопороз на верхівках міжальвеолярних перегородок, розширення періодонтальних щілин біля вершин міжальвеолярних перегородок. Який найбільш імовірний діагноз.

- A. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг
- B. Генералізований катаральний гінгівіт, легкий ступінь, хронічний перебіг
- C. Генералізований пародонтит, I ступінь, хронічний перебіг
- D. Генералізований катаральний гінгівіт, середній ступінь, хронічний перебіг
- E. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, загострений перебіг

2. Хвора Д., 40-ка років, скаржиться на кровоточивість ясен. Об'єктивно: ясна у фронтальних ділянках зубів нижньої та верхньої щелеп ціанотичні, набряклі, кровоточать при зондуванні. Назубні відкладення у помірній кількості. Глибина пародонтальних кишень до 3,0 мм, виділення з них мають серозний характер. Патологічна рухомість нижніх фронтальних зубів I ступеня. На рентгенограмі виявлений незначний остеопороз кістки міжальвеолярних перегородок та їх резорбція у межах 1/3 їх висоти. Поставте найбільш імовірний діагноз.

- A. Генералізований пародонтит, II ступінь, хронічний перебіг
- B. Генералізований катаральний гінгівіт, тяжкий ступінь, хронічний перебіг
- C. Локалізований пародонтит, I ступінь, хронічний перебіг
- D. Генералізований пародонтит, I ступінь, хронічний перебіг
- E. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг

3. Хворий С., 29-ти років, скаржиться на кровоточивість ясен під час чищення зубів та неприємний запах з рота. Об'єктивно: ясенні сосочки та маргінальні ясна у ділянці фронтальних зубів нижньої і верхньої щелеп гіперемовані з ціанотичним відтінком, кровоточать при зондуванні. Пародонтальні кишень глибиною 2,5-3 мм з серозним ексудатом. На фронтальних зубах виявлені над- та під'ясенні тверді назубні відкладення у помірній кількості. На ортопантограмі у ділянці фронтальних зубів виявлена резорбція верхівок міжальвеолярних перегородок та незначний остеопороз кістки. Встановіть найбільш імовірний діагноз.

- A. Генералізований катаральний гінгівіт, тяжкий ступінь, хронічний перебіг
- B. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг
- C. Генералізований пародонтит, II ступінь, хронічний перебіг
- D. Локалізований пародонтит, I ступінь, хронічний перебіг
- E. Генералізований пародонтит, I ступінь, хронічний перебіг

4. Чоловік 23-х років, скаржиться на кровоточивість ясен при чищенні зубів та прийманні твердої їжі. Об'єктивно: вкорочена, щільна вуздечка верхньої губи. Ясна у ділянці верхніх фронтальних зубів ціанотичні, набряклі, кровоточать при зондуванні. 11 та 21 зуби мають I ступінь рухомості, між ними виявлена пародонтальна кишень глибиною 3 мм з серозним виділенням. На рентгенограмі - незначний остеопороз верхівок міжальвеолярних перегородок в ділянці 12, 11, 21, 22 зубів, резорбція міжальвеолярної перегородки між 11 та 21 зубами у межах 1/3 її висоти. В інших ділянках кісткова тканина не змінена. Поставте діагноз.

- A. Локалізований пародонтит, I ступінь, хронічний перебіг
- B. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг
- C. Генералізований пародонтит, II ступінь, хронічний перебіг
- D. Генералізований катаральний гінгівіт, середній ступінь, хронічний перебіг
- E. Локалізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг

5. Для хронічного генералізованого пародонтиту I ступеня в фазі загострення характерно:

- A. Біль, гіперемія ясен з ціанотичним відтінком, серозний ексудат
- B. Біль, яскрава гіперемія ясен, гнійний ексудат
- C. Біль, гіперемія ясен з ціанотичним відтінком, гнійний ексудат
- D. Запалення ясен, резорбція кісткової тканини
- E. Свербіж, гіперемія ясен, серозний ексудат

6. Хвора 33-х років, скаржиться на біль, кровоточивість ясен, неприємний запах з рота, підвищення температури тіла до 37,8°C. Об'єктивно: ясна у ділянці фронтальних зубів нижньої та верхньої щелеп яскраво гіперемовані, набряклі, вкриті некротичним нальотом, легко кровоточать при зондуванні, пародонтальні кишені глибиною 3-4 мм із гнійним ексудатом. Шийки фронтальних зубів оголені на 1-3 мм. На ортопантограмі виявлений дифузний остеопороз кістки міжальвеолярних перегородок та резорбція у межах 1/3 їх висоти. Поставте діагноз.

- A. Генералізований пародонтит, I ступінь, хронічний перебіг
- B. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг
- C. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, загострений перебіг
- D. Виразково-некротичний гінгівіт, загострений перебіг, середній ступінь
- E. Генералізований пародонтит, I ступінь, загострений перебіг

7. Хворий 33-х років, скаржиться на легкий біль та кровоточивість ясен. Об'єктивно: маргінальні ясна фронтальної ділянки нижньої та верхньої щелеп набряклі, гіперемовані з ціанотичним відтінком, кровоточать при зондуванні. Пародонтальне зондування - кишені глибиною 2 мм. Проба Парма позитивна. На ортопантограмі помірний остеопороз міжальвеолярних перегородок, їх резорбція на чверть висоти кореня. Поставте діагноз.

- A. Генералізований пародонтит, I ступінь, хронічний перебіг
- B. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, загострений перебіг

- С. Генералізований пародонтит, I ступінь, загострений перебіг
- D. Генералізований катаральний гінгівіт, загострений перебіг, середній ступінь.
- E. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг

8. Для генералізованого пародонтиту II ступеня, хронічного перебігу, характерно:

- A. Гіперемія ясен, нерівномірна резорбція міжальвеолярних перегородок більше $1/2$ висоти коренів зубів
- B. Ціаноз ясен, резорбція міжальвеолярних перегородок більше $1/3$ висоти коренів зубів
- C. Ціаноз ясен, нерівномірна резорбція міжальвеолярних перегородок до $1/3$ висоти коренів зубів
- D. Гіперемія ясен, нерівномірна резорбція міжальвеолярних перегородок на $1/3$ висоти коренів зубів
- E. Ціаноз ясен, резорбція міжальвеолярних перегородок на $1/2$ висоти коренів зубів

9. Для генералізованого пародонтиту III ступеня, хронічного перебігу, характерно:

- A. Ціаноз ясен, резорбція міжальвеолярних перегородок на $1/2$ висоти коренів зубів
- B. Ціаноз ясен, резорбція міжальвеолярних перегородок більше $2/3$ висоти коренів зубів
- C. Гіперемія ясен, нерівномірна резорбція міжальвеолярних перегородок на $1/2$ висоти коренів зубів
- D. Ціаноз ясен, нерівномірна резорбція міжальвеолярних перегородок до $1/3$ висоти коренів зубів
- E. Гіперемія ясен, нерівномірна резорбція міжальвеолярних перегородок більше $2/3$ висоти коренів зубів

10. Хворий К. 37-ми років, скаржиться на кровоточивість ясен, неприємний запах з рота, рухомість зубів, утруднене пережовування їжі. Об'єктивно: ясна нижньої та верхньої щелеп ціанотично гіперемійовані набряклі. Пародонтальні кишені глибиною 3-4 мм з серозним вмістом. На зубах помірні відкладення над- і під'ясенного назубного каменю. Нижні фронтальні зуби мають патологічну рухомість II ступеня. Індекс по Федорову-Володкіної - 2,5 бали, травматична оклюзія, визначається на усьому зубному ряду. На рентгенограмі остеопороз і резорбція міжальвеолярних перегородок у межах 1/2 їх висоти. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Генералізований пародонтит, II ступінь, хронічний перебіг
- B. Генералізований пародонтит, III ступінь, хронічний перебіг
- C. Генералізований пародонтит, III ступінь, загострений перебіг
- D. Генералізований катаральний гінгівіт, середній ступінь, хронічний перебіг
- E. Генералізований пародонтит, II ступінь, загострений перебіг

**Тестовий контроль поточного матеріалу II рівня
(дві правильні відповіді)**

1. Пацієнт 39 років тривалий час скаржиться на кровоточивість ясен, неприємний запах з рота, затримку їжі в міжзубних проміжках. Об'єктивно: ясна тьмяні, синюшні, набряклі. Вершини ясенних сосочків притуплені і розширені. Виявлена помірна кількість над'ясенного і під'ясенного каменю, пародонтальні кишені біля більшості зубів глибиною 2-4 мм. На ортопантомограмі визначається резорбція кістки в межах верхньої третини міжкоміркової перегородки, остеопороз коміркової кістки, розширення періодонтальної щілини, горизонтальний тип резорбції. З якими захворюваннями слід диференціювати зазначену у пацієнта клінічну картину?

- A. пародонтозом початкового і I ступеня тяжкості
- B. гіпертрофічним гінгівітом I ступеня тяжкості
- C. хронічним катаральним гінгівітом

- D. генералізованим пародонтитом початкового і II ступеня тяжкості
- E. атрофічним гінгівітом
- F. генералізованим пародонтитом III ступеня
- G. виразковим гінгівітом
- H. всі відповіді вірні

2. Хвора Л., 55-ти років, звернувся зі скаргами на кровоточивість ясен, яка посилюється під час чищення зубів, свербіж ясен, незначну рухомість зубів. Хворіє більше 3 років. За допомогою не зверталася, лікувалася самостійно (полоскання відварами трав). Об'єктивно: ясна гіперемійовані, набряклі з ціанотичним відтінком, при доторканні кровоточать. Спостерігається оголення шийок фронтальних зубів на 1-2 мм. Значне відкладення над- і під'ясенного назубного каменю в ділянці центральних різців. Пародонтальні кишені глибиною 3-4 мм з серозно-гнійним ексудатом. Рентгенологічно: деструкція кортикальної пластинки, нерівномірна резорбція міжальвеолярних перетинок в межах 1/3-1/2 висоти коренів, маргінальне розширення періодонтальних щілин, остеопороз губчастої речовини кістки. Встановіть діагноз.

- A. Генералізований пародонтит, II ступінь, хронічний перебіг
- B. Симптоматичний катаральний гінгівіт
- C. Генералізований пародонтит, II ступінь, загострений перебіг
- D. Генералізований пародонтит, I ступінь, хронічний перебіг
- E. Генералізований пародонтит, III ступінь, загострений перебіг
- F. Симптоматичний гіпертрофічний гінгівіт
- G. Генералізований пародонтит, I ступінь, загострений перебіг
- H. Симптоматичний виразковий гінгівіт

3. Хворий В., 59 років, звернувся зі скаргами на рухомість та зміну положення зубів, кровоточивість ясен, яка посилюється під час чищення зубів, свербіж ясен. Вперше кровоточивість з'явилась 3,5 роки тому. Не лікувався. Об'єктивно: ясна в ділянці різців та ікол нижньої щелепи ціанотичні, набряклі,

при доторканні кровоточать. Шийки зубів оголені на 3-4 мм. Пародонтальні кишені глибиною 5-7 мм з серозно-гнійним ексудатом. Відсутні 18, 16, 26, 28, 36, 38, 45, 46, 48 зуби. Фронтальні зуби верхньої щелепи дещо зміщені вестибулярно, діагностовано рухомість II ступеня. Відкладення над- і під'ясенного зубного каменю в ділянці центральних різців. Рентгенологічно: кортикальна пластинка зруйнована, нерівномірна резорбція міжальвеолярних перетинок на 1/2-3/4 висоти кореня, маргінальне розширення періодонтальних щілин, дифузний остеопороз губчастої речовини кістки. Встановіть діагноз.

- A. Генералізований пародонтит, II ступінь, хронічний перебіг
- B. Симптоматичний гіпертрофічний гінгівіт
- C. Генералізований пародонтит, III ступінь, загострений перебіг
- D. Генералізований пародонтит початковий ступінь, хронічний перебіг
- E. Генералізований пародонтит, II ступінь, загострений перебіг
- F. Генералізований пародонтит, I ступінь, загострений перебіг
- G. Генералізований пародонтит, III ступінь, хронічний перебіг
- H. Симптоматичний катаральний гінгівіт

4. Хворий П., 48-ми років, скаржиться на болючість та кровоточивість ясен, неприємний запах із рота, рухомість зубів, загальну слабкість, нездужання, підвищення температури тіла до 37,5°C. Об'єктивно: блідість шкірних покривів, слизова оболонка маргінальних ясен фронтальної ділянки верхньої та нижньої щелеп гіперемована, ясенні сосочки некротизовані, вкриті брудно-сірим нальотом. На зубах відкладення назубного каменю. Пародонтальні кишені глибиною 6-8 мм, гнійний ексудат. Рухомість зубів II-III ступеня. Встановіть діагноз.

- A. Генералізований пародонтит, II ступінь, загострений перебіг
- B. Симптоматичний катаральний гінгівіт
- C. Генералізований пародонтит, II ступінь, хронічний перебіг
- D. Симптоматичний гіпертрофічний гінгівіт
- E. Генералізований пародонтит, III ступінь тяжкості, загострений перебіг

- F. Симптоматичний виразковий гінгівіт
- G. Генералізований пародонтит, III ступінь, хронічний перебіг
- H. Пародонтальний абсцес

5. Хворий П., 48-ми років, скаржиться на болючість та кровоточивість ясен, неприємний запах із рота, рухомість зубів, загальну слабкість, нездужання, підвищення температури тіла до 37,5°C. Об'єктивно: блідість шкіряних покривів, слизова оболонка маргінальних ясен фронтальної ділянки верхньої та нижньої щелеп гіперемована, ясенні сосочки некротизовані, вкриті брудно-сірим нальотом. На зубах відкладення назубного каменю. Пародонтальні кишені глибиною 6-8 мм, гнійний ексудат. Зуби рухомі II-III ступінь. Які методи обстеження необхідно призначити в першу чергу?

- A. Алергологічні проби
- B. Ортопантомографію
- C. Розгорнутий аналіз крові
- D. Дослідження за Ясиновським
- E. Аналіз крові на вміст глюкози
- F. Пробу Шиллера-Писарева
- G. Серологічні дослідження
- H. Біохімічний аналіз крові.

Практичне заняття № 4

Тема: Аналіз даних додаткових методів дослідження хворих на генералізований пародонтит. Маркери резорбції та кістко утворення. Диференційна діагностика генералізованого пародонтиту.

Мета заняття: навчити студентів вибирати найбільш інформативні додаткові методи дослідження у хворих на ГП для уточнення пародонтологічного діагнозу із можливою загально соматичною компонентою.

Навчальні цілі:

Знати:

- етіологію генералізованого пародонтиту;
- патогенез генералізованого пародонтиту;
- клінічно-морфологічні ознаки генералізованого пародонтиту різного ст. тяжкості;
- лабораторні методи обстеження хворих на генералізований пародонтит;
- рентгенологічні методи обстеження хворих на генералізований пародонтит;
- патоморфологічні зміни тканин пародонту у хворих на генералізований пародонтит;
- диференційну діагностику ГП.

Оволодіти:

- навичками проведення суб'єктивного та об'єктивного обстеження хворого на генералізований пародонтит;
- навичками аналізу ортопантограм хворих на генералізований пародонтит.

Вміти: інтерпретувати та аналізувати дані лабораторного та рентгенологічного обстеження хворого на генералізований пародонтит.

Коротка характеристика теми:

Основним з додаткових методів обстеження, на якому базується діагноз в пародонтології є рентгенографія, оскільки ні глибина пародонтальної кишені, ні ступінь чи вид запалення у клінічно видимій частині пародонту, тобто в яснах, об'єктивно не відображають симптомокомплекс, який складає синдроми пародонтиту. Серед рентгенологічних методик найадекватнішим з огляду на діагностичну інформацію, часові затрати та променеві навантаження виявилась ортопантомографія. Перевагами та особливістю методики є відтворення в кожному зубо-альвеолярному сегменті кількісних співвідношень висоти коронок зубів, кістки альвеолярних відростків та довжини коренів, тобто тих рентгеноконтрастних складових, які не підлягають рентгенологічній дисторції (спотворенню). Важливо знати, що ортопантомографія візуалізує стан пародонту в мезіо-дистальному напрямку. Зміни вестибулярних та оральних ділянок лунок достовірно виявити неможливо, оскільки вони перекриваються більш рентгеноконтрастними твердими тканинами. В таких випадках використовують комп'ютерну томографію. До застосування конусно-променевої комп'ютерної томографію вдаються за підозри на периапікальні розрідження кістки, пов'язані з ендодотичною патологією. Такі діагностичні підходи позбавляють помилок, які стосуються неоправданого збереження неперспективних зубів, а також упущення периапікальних вогнищ інфекції, які суттєво погіршують прогноз ГП. Недопустимо орієнтуватися на внутрішньоротову прицільну периапікальну рентгенографію, за якої тубуси рентгенівських апаратів розміщені під кутом, а тому отримані зображення спотворюють вказані співвідношення складових пародонту. Проте, значну діагностичну цінність прицільні дентальні рентгенограми дають, зокрема, коли вирішується тактика пародонтальних операцій, а часом і доцільність збереження зубів, а також для спостереження динаміки лікування. Для детального плану лікування, рентгенологічної документації, під час лікування та подальшого диспансерного спостереження використовують серію внутрішньоротових рентгенограм,

виконаних у паралельній техніці. Це дозволяє отримати майже вільні від спотворення зображення. Оглядовими ортопантомографіями, як правило, розпочинається рентгенологічне обстеження. Інтерпретація ортопантомограм вимагає оцінки якості зображення за всіма параметрами: правильність положення голови пацієнта, язика, відсутність артефактів. На рентгенограмах, отриманих за допомогою ортопантомографів, деякі анатомічні деталі відображаються 2-3 рази та спотворюються за відомими в рентгенології законами. Цих недоліків позбавлені прицільні внутрішньо ротові рентгенограми, виконані в паралельній техніці. Некоректно за ортопантомографіями діагностувати патології нижньощелепово-скроневих суглобів чи патології синусів верхньої щелепи.

Оцінюють рентгенограми за наступними критеріями:

1. Висота кістки альвеолярних відростків верхньої та нижньої щелеп.
2. Цілісність кортикальної пластинки
3. Стан періодонтальної щілини (розширення чи звуження, явища гіперцементозу).
4. Стан міжальвеолярних перегородок (за наявності резорбції вказують на ступінь та вид).
5. Наявність кісткових кишень, фуркаційних дефектів.
6. Характер трабекулярного рисунку губчастої кістки.

Слід відмітити, що зміни кісткової тканини відмічають не лише за пародонтиту та пародонтозу, але й за умови хронічного перебігу самостійних гінгівітів. В таких випадках рентгенологічно виявляються вогнища остеопорозу міжальвеолярних перегородок, що топографічно відповідають ділянкам хронічного запалення. Вміння оцінювати стан кісткової тканини альвеолярних відростків щелеп дозволить запідозрити патологію мінерального обміну, системні захворювання та планувати наступні обстеження та лікування пацієнтів у співпраці з фахівцями відповідних профілів. Так, наприклад, за умови виявлення остеопорозу губчастої кістки альвеолярних паростків (що

візуалізується на нижкій щелепі) доцільно планувати біохімічні дослідження на виявлення вмісту вільного та іонізованого кальцію у крові. У випадку підвищення його рівня необхідно переконатися чи такі показники не спричинені надмірною активністю остеокластичної резорбції під впливом надмірної продукції паратиреоїдного гормону і, таким чином, не пропустити гіперпаратиреоз. Слід зазначити, що в референтних значеннях паратгормон має анаболічну функцію – стимулює утворення кістки, а підвищення його рівня, навпаки зумовлює її резорбцію. Окрім паратиреоїдного гормону системними регуляторами процесів ремоделювання є кальцитонін та кальциріол (активний метаболіт вітаміну Д3).

Для розуміння в якому структурно-функціональному стані перебуває кісткова тканина у хворих на ГП визначають:

1. Мінеральну щільність кістки ультразвуковою денситометрією та двофотонною рентгенівською абсорбціометрією, які вважаються золотим стандартом діагностики остеопорозу.

2. Метаболізм кісткової тканини :

а) визначення рівня кальційтропних гормонів – паратгормон, кальцитонін, кальцитріол (метаболіт вітаміну Д3);

б) визначення рівня вільного і іонізованого кальцію в крові;

в) визначення маркерів кістко утворення: кістковий ізофермент лужної фосфатази, остеокальцин;

г) визначення маркерів резорбції – співвідношення в сечі дезоксипіридиноліну / креатиніну та продукту деградації кісткового колагену І – типу (так званого с-кінцевого телопептиду). Визначення біохімічних маркерів кісткового метаболізму особливо набуває значення для планування ортопедичного відновлення функції пародонту, зокрема для встановлення імплантів.

Серед інших системних гормонів, дефіцит чи надлишок яких суттєво впливає на регуляцію метаболізму кісткової тканини є: глюкокортикоїди, статеві гормони, тироксин, інсулін, соматотропний гормон гіпофізу, тироксин,

інсулін. Виявлення супутньої патології у пацієнтів, ліків, які вони застосовують є вкрай важливим для результативності лікування ГП і для безпеки проведення лікувальних процедур та хірургічних втручань.

Коморбідні та мультиморбідні патології :

- Цукровий діабет (рівень глюкози у сироватці, глікований гемоглобін, індекс інсулінорезистентності). У пацієнтів, в яких низький рівень інсуліну завжди низький остеокальцин.
- Кардіо-васкулярна патологія (ендотеліальна дисфункція, значний пул білків теплового шоку – БТШ, що виділяються мікроорганізмами та стресовими клітинами організму, поява молекулярної мімікрії між мікробними і людськими БТШ з ініціюванням автоімунної реакції).
- Лікарські препарати у пацієнтів з КВП: статини, антикоагулянти, імуносупресори у пацієнтів з серцевим трансплантантом)

Дослідження мікрофлори пародонтальних кишень

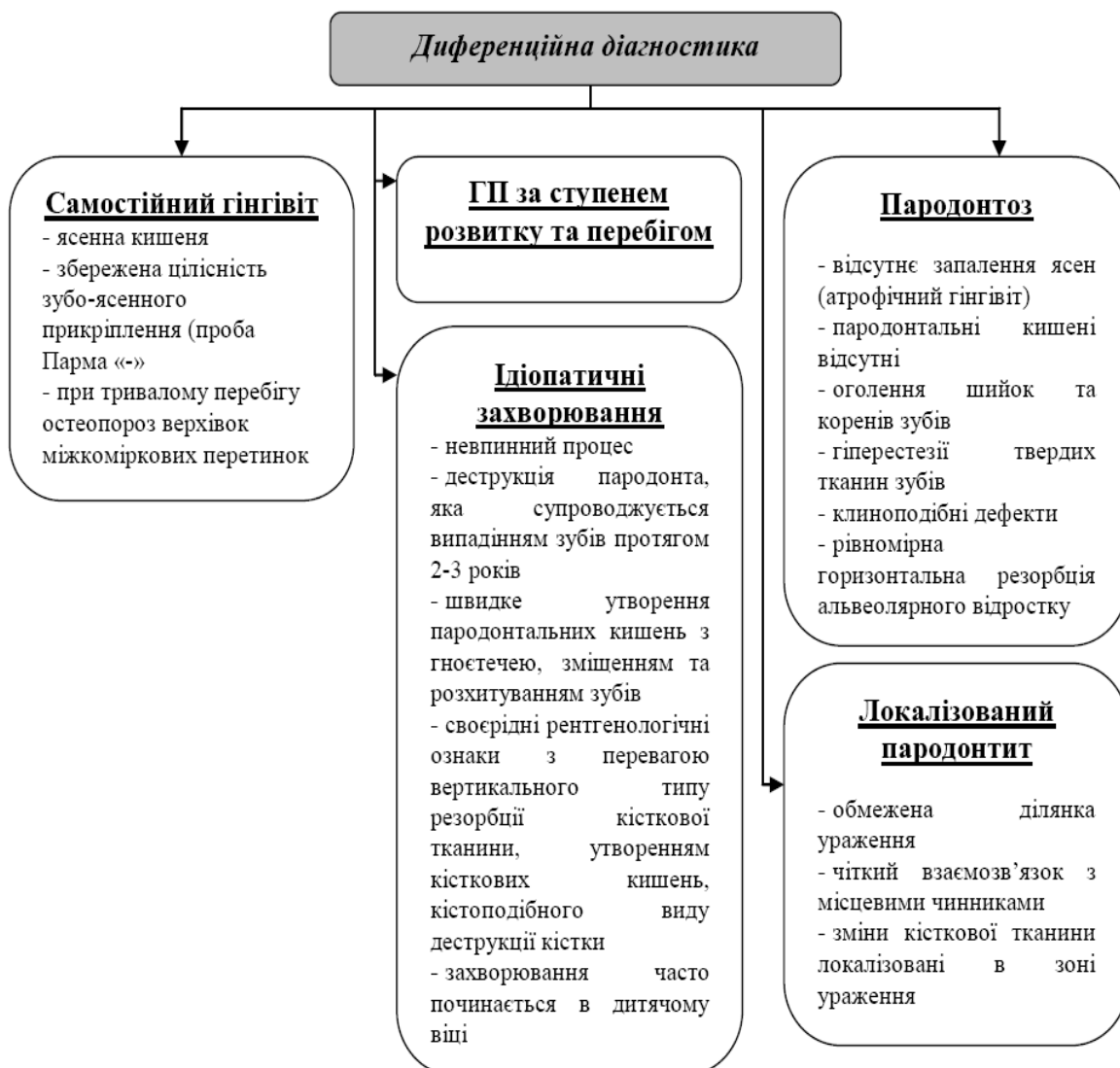
Оскільки пародонтопатогени є анаеробами, кі гинуть у контакті з повітрям, то звичні мікробіологічні методи забору матеріалу, перенесення в транспортне середовище та наступний посів на живильне середовище не мають сенсу. Єдиним методом на визначення мікрофлори пародонтальних кишень є полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР – тест, який базується на ідентифікації ДНК мікроорганізмів).

Умовно пародонтогени за їх вірулетністю поділили на спектри:

- ✓ **фіолетовий** (*Aggregatibacter actinomycetem comitans*)
- ✓ **червоний** (*Porphyromonas gingivalis* нова назва *Prevotella gingivalis*,
Treponema denticola, *Tannerella forsythia*)
- помаранчевий** (*Prevotella intermedia*, *Micromonas micros*)
- ✓ **жовтий** (*Eubacterium nodatum*)
- ✓ **зелений** (*Carnocytophaga gingivalis*)

Найбільш агресивними вважають пародонтопатогени фіолетового і червоного комплексу. *A.actinomicetemcomitans* виділяє лейкотоксин, який специфічно гатує нейтрофіли і моноцити, а також зовнішні оболонки клітин цього мікроорганізму є потужними активаторами резорбції кістки). Цим пояснюється агресивний перебіг так званого швидко прогресуючого пародонтиту, за якого *A.actinomicetem comitans* завжди присутній. Мікроорганізми червоного комплексу не лише агресивно діють на тканини пародонту, а й транзиторно заносяться з кров'ю в ендокард у пацієнтів з групи ризику, викликаючи особливо небезпечний для здоров'я та життя інфекційний ендокардит.

Генералізований пародонтит необхідно диференціювати з гінгівітом, пародонтозом та дистрофічно-запальними процесами в пародонті на тлі хвороб внутрішніх органів та кісткової системи.



Контрольні питання поточного матеріалу:

1. Які мікроорганізми називають пародонтопатогенами?
2. Які існують лабораторні методи для їхнього виявлення?
3. Пародонтопатогени якого спектру викликають найбільш агресивний перебіг пародонтитів?
4. Чим небезпечний генералізований пародонти у хворих з кардіо-васкулярною патологією
5. Що таке транзиторна бактеремія і з якими життєво небезпечними станами вона пов'язана?
6. Які дослідження треба провести пацієнту при підозрі на недиагностований раніше цукровий діабет?
7. Які додаткові патогенетичні чинники впливають на тканини пародонту у хворих з цукровим діабетом? Яка кореляція між рівнем інсуліну і остеокальцину у пацієнтів з цукровим діабетом I-типу?
8. Яка кореляція між рівнем інсуліну і остеокальцину у пацієнтів з цукровим діабетом I-типу?
9. Чи можна за прицільними периапікальними внутрішньо-ротовими рентгенограмами дати кількісну оцінку стану міжальвеолярних перегородок?
10. Поясніть причини рентгенологічних спотворень під час дентальної периапікальної рентгенографії. Як вони відображаються на тканинах пародонту?
11. Яким чином ортопантомографічне дослідження забезпечує відтворення співвідношень висоти коронки, міжальвеолярних перегородок та довжини коренів зубів.
12. Чи існує горизонтальне та вертикальне збільшення зображення на ортопантомограмах.

13. Як впливають рентгенологічні спотворення на ортопантомограмах на оцінку структури і ступеня деструкції кістки альвеолярних відростків щелеп?
14. Чи можна оцінювати за ортопантомограмою патологічні зміни вестибулярних та оральних ділянок лунок альвеолярних відростків?
15. Чи візуалізуються на ортопантомограмах ділянки фуркацій коренів зубів?
16. Які анатомічні структури кістки альвеолярних відростків описуються рентгенологічним терміном «петлистість»?
17. Рентгенологічні ознаки ХГП I ст. тяжкості
18. Рентгенологічні ознаки ХГП II ст. тяжкості
19. Рентгенологічні ознаки ХГП III ст. тяжкості
20. З якими захворюваннями тканин пародонту проводять диференційну діагностику ХГП?
21. Зміни кісткової тканини при ГП і пародонтозі різних ступенів тяжкості.
22. Визначити основні підходи для проведення диференційної діагностики ГП.
23. Диференційна діагностика генералізованого пародонтиту I ст. тяжкості
24. Диференційна діагностика генералізованого пародонтиту II ст. тяжкості
25. Диференційна діагностика генералізованого пародонтиту III ст. тяжкості
26. Диференційна діагностика генералізованого пародонтиту та пародонтозу.
27. Які методи визначення мінеральної щільності кістки ви знаєте?
28. Які системні гормональні регулятори процесів ремоделювання кістки?
29. Які патологічні стани можна запідозрити у пацієнтів з підвищеним рівнем кальцію в крові?
30. Роль референтних значень паратиреоїдного гормону в метаболізмі кісткової тканини.
31. Роль підвищених значень паратиреоїдного гормону в метаболізмі кісткової тканини
32. Які біохімічні маркери кісткоутворення ви знаєте?
33. Які з маркерів резорбцію свідчать про розпад і деградацію колагену I- типу

Тестовий контроль поточного матеріалу І рівня

(одна правильна відповідь)

1. Хворий 33 років, після гострого респіраторного захворювання скаржиться на загальну слабкість, інтенсивний біль у яснах, їх кровоточивість, неприємний запах з рота. Об'єктивно: збільшення та болісність лімфовузлів, ясна гіперемійовані, набряклі, множинні виразки, вкриті сірим фібринозним нальотом, наявність пародонтальних кишень глибиною 2-3 мм з серозно-гнійним вмістом. Яке дослідження обов'язково повинен провести лікар?

- A. Стоматоскопія
- B. Загальний аналіз крові
- C. Рентгенограма
- D. Алергологічні проби
- E. Стійкість капілярів за Кулаженко

2. При огляді пацієнта спостерігається катаральне запалення міжзубних сосочків, велика кількість м'якого назубного нальоту, над- і під ясенний назубний камінь, глибина пародонтальних кишень 3 мм. Яка рентгенологічна картина відповідає даній патології?

- A. Рівномірна горизонтальна резорбція міжальвеолярних перегородок на 1/3 висоти
- B. Горизонтальна резорбція альвеолярної кістки на 1/2 висоти міжзубних перегородок
- C. Розширення періодонтальної щілини
- D. Вогнищевий остеопорз губчастої кістки міжзубних перегородок
- E. Резорбція компактної пластинки на вершинах міжзубних перегородок}

3. Хвора 40-ка років, скаржиться на кровоточивість ясен, рухомість зубів, сухість в порожнині рота, спрагу, які з'явилися рік тому. Об'єктивно: ясна обох щелеп набряклі, гіперемійовані з ціанотичним відтінком. Корені зубів

нерівномірно оголені. Пародонтальні кишені глибиною 3-4 мм. Рухомість зубів I-II ступеня. Які обстеження необхідно провести для встановлення можливого фонового захворювання?

- A. Алергологічні проби
- B. Ортопантомограма
- C. Загальний аналіз крові
- D. Імунограма
- E. Аналіз крові на цукор

4. У пацієнта 23-х років, на тлі блідої слизової оболонки рота з петехіальними крововиливами виявлена виражена кровоточивість і гіперплазія ясен, збільшення регіонарних лімфатичних вузлів. Рентгенологічно – остеопороз і резорбція міжальвеолярних перегородок. Яке додаткове обстеження треба провести в даному випадку в першу чергу?

- A. Розгорнутий аналіз крові
- B. Реопародонтографія
- C. Проба Шіллера-Писарева
- E. Проба Ясиновського
- D. Цитологія вмісту пародонтальних кишень

5. Жінці, 37-ми років, поставлений діагноз: генералізований пародонтит II ступінь, загострений перебіг. В анамнезі відмічає часті абсцеси у яснах. Об'єктивно: температура 37,3° С, слабкість, нездужання, сухість слизової оболонки порожнини рота, постійна спрага. Яке додаткове обстеження необхідно провести даній хворій?

- A. Ортопантомографія
- B. Визначення вмісту цукру у крові та сечі
- C. Розгорнутий аналіз крові
- D. Визначення стійкості капілярів за Кулаженком
- E. Дослідження функції слинних залоз

6. Хвора віком 40 років скаржиться на кровоточивість ясен, рухомість зубів. Об'єктивно: ясна обох щелеп набряклі, гіперемійовані, з ціанотичним відтінком. Корені зубів нерівномірно оголені. Пародонтальні кишени 3-5 мм. Рухомість зубів I-II ступеня. Які дослідження необхідно провести для визначення стану антиоксидантної системи організму?

- A. Біохімічне дослідження слини та визначення насиченості тканин аскорбіновою кислотою
- B. Аналіз крові на вміст глюкози
- C. Дослідження функції слинних залоз
- D. Загальний аналіз крові
- E. Імунологічне дослідження крові

7. Чоловік віком 24 роки скаржиться на кровоточивість та біль у яснах, неприємний запах з рота. Об'єктивно: ясна набряклі, гіперемійовані, верхівки сосочків і ясенний край вкриті виразками та некротичним нальотом. На зубах рясні відкладення назубного каменю. Яке додаткове дослідження необхідно провести цьому хворому з метою дослідження неспецифічної резистентності у порожнині рота?

- A. Аналіз крові на вміст глюкози
- B. Мікроскопію нальоту з ясен
- C. Дослідження рівня секреторного IgA в ротовій рідині
- D. Визначення рівня лізоциму у ротовій рідині
- E. Загальний розгорнутий аналіз крові

8. Дослідження фагоцитарної активності лейкоцитів дозволяє визначити:

- A. Стан антиоксидантної системи організму
- B. Стан неспецифічної резистентності організму
- C. Насиченість тканин киснем
- D. Концентрацію глюкози у крові
- E. Титр IgE у крові

9. Лише до імунологічних методів дослідження належать:

А. Дослідження функціонального стану сполучної тканини, визначення титру лізоциму у слині, фагоцитарної активності лейкоцитів, титру антитіл у крові та ротовій рідині

В. Дослідження функціонального стану сполучної тканини, визначення титру лізоциму у слині, фагоцитарної активності лейкоцитів, міграції лейкоцитів у порожнину рота

С. Дослідження функціонального стану сполучної тканини, визначення титру лізоциму у слині, насиченості тканин аскорбіновою кислотою, титру антитіл у крові та ротовій рідині

Д. Дослідження реакції адсорбції мікроорганізмів, визначення титру лізоциму у слині, фагоцитарної активності лейкоцитів, титру антитіл у крові та ротовій рідині

Е. Дослідження функціонального стану сполучної тканини, визначення титру лізоциму у слині, концентрації токоферолу у крові, титру антитіл у крові та ротовій рідині

10. Хвора 28 років, скаржиться на кровоточивість ясен при чищенні зубів, прийманні жорсткої їжі. При огляді маргінальні ясна з вестибулярного боку на верхній та нижній щелепах набряклі, гіперемійовані, з цианотичним відтінком, пародонтальні кишені глибиною до 2 мм, із серозно-гнійним вмістом. Значні відкладення над'ясенного назубного каменю, індекс гігієни за Федоровим-Володкіною – 2,8. Знаходиться на диспансерному нагляді у ендокринолога. Який з методів дослідження буде провідним у диференціальній діагностиці даного захворювання?

А. Проба Шіллера-Писарєва

В. Визначення стійкості капілярів за Кулаженко

С. Реопародонтографія

Д. Визначення міграції лейкоцитів

Е. Рентгенологічне дослідження

Тестовий контроль поточного матеріалу II рівня

(дві правильні відповіді)

1. Хвора Ж., 37-ми років, звернулася до лікаря зі скаргами на болючість та значну кровоточивість ясен, сухість в ротовій порожнині, рухомість і зміну положення зубів, гноєтечу з ясен, неприємний запах з рота. Вважає себе хворою близько 2-х місяців. Встановлено діагноз: генералізований пародонтит II ступеня загострений перебіг, симптоматичний катаральний гінгівіт. Яке обстеження слід провести в першу чергу для визначення причини захворювання?

- A. Розгорнутий аналіз крові
- B. аналіз крові на вміст глюкози
- C. Консультацію гастроентеролога
- D. Алергологічні проби
- E. Дослідження за Ясиновським
- F. Пробу Шиллера-Писарева
- G. Серологічні дослідження
- H. Біохімічний аналіз крові

2. До рентгенологічних ознак генералізованого пародонтиту відносять:

- A. Деструкція кортикального шару і остеопороз міжкоміркових перегородок
- B. Розвиток рецесії ясен, оголення шийок зубів
- C. Пародонтальні кишени
- D. Деструкція кортикального шару міжкоміркових перегородок і пародонтальні кишени
- E. Травматична оклюзія і атрофія міжкоміркових перегородок
- F. травматична оклюзія і розширення періодонтальної щілини
- G. Деструкція кортикального шару, остеопороз губчастої речовини, атрофія міжкоміркових перегородок
- H. Розширення періодонтальної щілини

3. Пацієнт 39 років тривалий час скаржиться на кровоточивість ясен, неприємний запах з рота, затримку їжі в міжзубних проміжках. Об'єктивно: ясна тьмяні, синюшні, набряклі. Вершини ясенних сосочків притуплені і розширені. Виявлена помірна кількість над'ясенного і під'ясенного каменю, пародонтальні кишені біля більшості зубів глибиною 2-4 мм. На ортопантограмі визначається резорбція кістки в межах верхньої третини міжкоміркової перегородки, остеопороз коміркової кістки, розширення періодонтальної щілини, горизонтальний тип резорбції. З якими захворюваннями слід диференціювати зазначену у пацієнта клінічну картину?

- A. Пародонтозом початкового і I ступеня тяжкості
- B. Гіпертрофічним гінгівітом I ступеня тяжкості
- C. Атрофічним гінгівітом
- D. Хронічним катаральним гінгівітом
- E. Генералізованим пародонтитом початкового і II ступеня тяжкості
- F. Генералізованим пародонтитом III ступеня
- G. Виразковим гінгівітом
- H. Всі відповіді вірні

4. Про активність кісткової резорбції свідчать:

- A. Чіткість контурів кісткової тканини
- B. Відсутність вогнищ остеопорозу біля ділянок резорбції
- C. Нечіткість і нерівність контурів кісткової тканини
- D. Наявність вогнищ остеопорозу біля ділянок резорбції
- E. Поодинокі нерівності контурів кісткової тканини
- F. Слабовиражені вогнища остеопорозу
- G. Контури кісткової тканини без змін
- H. Всі відповіді вірні

5. Рентгенологічними ознаками ремісії пародонтиту є:

- A. Чіткість контурів міжальвеолярних перегородок

- В. Відсутність або зменшення вогнищ остеопорозу кісткової тканини
- С. Нечіткість і нерівність контурів кісткової тканини
- Д. Наявність вогнищ остеопорозу
- Е. Поодинокі нерівності контурів кісткової тканини
- Ф. Виражені вогнища остеопорозу
- Г. Контури кісткової тканини
- Н. Всі відповіді вірні

Практичне заняття № 5

Тема: Загальні принципи та план лікування хворих на генералізований пародонтит. Складання плану лікування.

Мета заняття: навчити студентів формувати індивідуальний підхід до складання плану лікування хворого на генералізований пародонтит.

Навчальні цілі:

Знати: суть кожного з етапів комплексного лікування хворого на ГП та критерії їх ефективності.

Оволодіти: методикою розробки індивідуального плану лікування хворих на ГП.

Вміти: складати план лікування хворого на ГП відповідно до ступеня розвитку і перебігу захворювання та індивідуального статусу пацієнта.

Коротка характеристика теми:

Лікування генералізованого пародонтиту є складною проблемою. Це пов'язано з тим, що клініка генералізованого пародонтиту обумовлена не тільки значною різноманітністю проявів захворювання в складному анатомо-фізіологічному комплексі тканин пародонта, але і загальним станом реактивності організму. Дія (навіть дуже інтенсивна) тільки на окремі ланки патогенезу не забезпечує остаточноговилікування даної категорії пацієнтів.

Слід зазначити, що план лікування для кожного пацієнта складається індивідуально, за принципом комплексної терапії. Розрізняють місцеве та загальне лікування, а також етіотропне, симптоматичне та патогенетичне.

Лікування хворих на генералізований пародонтит повинно здійснюватись комплексно, послідовно, індивідуально, цілеспрямовано і систематично. Комплексний підхід до усунення патології пародонту включає в себе консервативні, ортопедичні, хірургічні та фізіотерапевтичні методи лікування, в умовах диспансерного нагляду за хворими та поєднувати місцеве лікування пародонта з загальним впливом на організм. Незалежно від причини, яка викликала зміни в пародонті, загальна та місцева терапія є обов'язковою та необхідною частиною заходів, направлених на отримання позитивного результату –вилікування чи стабілізації процесу.

На початковому етапі лікування генералізованого пародонтиту проводиться професійна гігієна і навчання основам догляду за порожниною рота, усунення місцевих травмуючих чинників та місцева медикаментна терапія.

Об'єм та послідовність здійснення лікарських заходів визначається клінічною формою та ступенем тяжкості генералізованого пародонтиту.

На сьогоднішній день у комплексному лікуванні хворих на генералізований пародонтит виділяють декілька фаз лікування. Найбільш поширеними є поділ на чотири фази.

Фаза I включає у себе нехірургічні методи лікування, або у разі клінічної необхідності підготовку до хірургічних методів лікування. Данна фаза передбачає усунення усіх імовірних етіологічних чинників та подразників тканин пародонту, медикаментозне лікування симптоматичного гінгівіту та пародонтальних кишень:

1. Усунення етіологічних чинників або зменшення їх ушкоджувального впливу на тканини пародонта.
2. Усунення запальних явищ у тканинах пародонта (симптоматичного гінгівіту).

3. Створення функціональної оклюзії за допомогою вибіркового пришліфування зубів, раціонального тимчасового шинування, ортодонтичного лікування та постійного протезування.
4. Проведення подальшого постійного раціонального догляду за тканинами пародонта як стоматологом, так і самостійно пацієнтом.

Фаза II включає у себе хірургічне лікування захворювань пародонту із подальшими реабілітаційними заходами:

1. Ліквідація чи значне зменшення глибини пародонтальних кишень.
2. Відновлення архітекtonіки кістки коміркового відростка (використання методів спрямованої тканинної регенерації).
3. Корекція слизово-ясенних дефектів (вуздечки, мілкий присінок, збільшення ділянки прикріплених ясен тощо).
4. У разі необхідності – подальше використання імплантів.

Фаза III – реставраційне лікування. На даному етапі проводять потрібні медико-профілактичні заходи згідно з термінами диспансерного нагляду за хворим, раціональне зубне протезування з використанням постійних шин та шин-протезів.

1. Медико-профілактичні заходи згідно з термінами диспансерного спостереження за хворим.
2. Раціональне постійне протезування зубів з використанням шин та шин-протезів.

Фаза IV – підтримувальна терапія. Передбачає диспансерний нагляд, який проводять у певні терміни та в обсязі, що відповідають стану тканин пародонту і пацієнта в цілому.

1. Підтримувальне лікування пародонту.
2. Підвищення рівня гігієни порожнини рота.
3. Повторне видалення зубних відкладень і полірування поверхні коренів.
4. Хірургічні втручання.

Метою лікування генералізованого пародонтиту є:

- усунення найбільш вірогідних етіологічних та патогенетичних чинників;
- усунення місцевих подразників тканин пародонту;
- ліквідація запалення тканин пародонту;
- ліквідація або зменшення глибини пародонтальних кишень;
- створення або відновлення функціональної оклюзії;
- призупинення дистрофічного процесу;
- стимуляція процесів регенерації;
- відновлення порушених функцій пародонту;
- збереження зубного ряду як єдиної функціональної динамічної системи;
- збереження (відновлення) здоров'я пацієнтів.

Місцеве лікування:

Консервативні методи:

Мета: усунення запалення слизової оболонки ясен, нормалізація метаболічних та функціональних процесів тканин пародонта.

Показання: симптоматичний катаральний гінгівіт, виразковий гінгівіт, гіпертрофічний гінгівіт (гранулююча форма, фіброзна форма – I ступінь), ГП, початкового ступеня.

Заходи:

- усунення місцевих подразників (зубні відкладення, каріозні порожнини, нераціональні протези, неповноцінні пломби, патологія прикусу, травматична оклюзія тощо)
- усунення клінічних симптомів захворювання (медикаментозна терапія симптоматичного гінгівіту, пародонтальних кишень (глибиною до 3 мм), підвищеної чутливості зубів)
- патогенетична дія на дистрофічно-запальний процес (нормалізація обмінних, мікроциркуляторних процесів, стимуляція місцевих репаративних процесів)

- раціональна гігієна порожнини рота (навчання, вибір засобів, складання алгоритму, контроль)

Хірургічні методи:

Мета: усунення або зменшення глибини пародонтальних кишень, усунення аномалій м'яких тканин порожнини рота.

Показання: гіпертрофічний гінгівіт, фіброзна форма II-III ступінь; ГП I, II, III ступеня. Аномалії прикріплення вуздечок губ та язика, мілкий присінок порожнини рота.

Заходи:

- гінгівальна хірургія (ГП, I ступеня, пародонтальні кишені глибиною > 3 мм, наявність кісткових кишень)
- кюретаж (закритий, відкритий, вакуум-кюретаж, кріокюретаж, діатермокоагуляція)
- гінгівотомія (пародонтальний абсцес)
- гінгівоектомія (гіпертрофічний гінгівіт, фіброзна форма II, III ступінь)
- мукогінгівальна хірургія (френотомія, френектомія, формування присінку порожнини рота)
- гінгівоостеопластика (ГП, II, III ступеня)
- мукогінгівоостеопластика
- видалення зубів, що не підлягають лікуванню

Ортопедичні методи:

Мета: усунення травматичної оклюзії (оклюзійної травми).

Показання: патологічна рухомість зубів, відсутність зубів, наявність супраконтактів

Заходи:

- вибіркове пришліфування зубів
- шинування (тимчасове, постійне)
- раціональне протезування (тимчасове, постійне)

Фізіотерапевтичні методи:

Мета: вплив на окремі патогенетичні ланки запального та дистрофічного процесів, та як вид симптоматичної терапії.

Показання: генералізований пародонтит (початковий, I, II, III ступінь)

Заходи:

- ультразвук (видалення зубних відкладень)
- електрофорез, УВЧ, дарсонвалізація (зменшення запалення ясен)
- діатермокоагуляція, кріодеструкція (лікування пародонтальних кишень)
- масаж, гідротерапія (нормалізація процесів мікроциркуляції) тощо

–Загальне лікування:

Мета: покращення загальносоматичного стану хворого, підвищення опірності організму.

Показання: генералізований пародонтит (початковий, I, II, III ступінь)

Заходи:

- консультація суміжних спеціалістів (терапевт, ендокринолог, імунолог, невропатолог та ін.), виявлення та лікування фонової патології
 - корекція функцій залоз внутрішньої секреції (статевих, щитоподібної, підшлункової, кори наднирників)
 - збалансоване харчування, вітамінотерапія, остеотропна терапія (макро- та мікроелементи, антирезорбенти)
 - нормалізація обміну речовин
 - імунокорегуюча терапія
 - антибактеріальна, гіпосенсибілізуюча терапія

Треба пам'ятати, що місцеве та загальне лікування - це поняття умовне.

Усунення місцевих травмувальних факторів та запального процесу має і загальнооздоровче значення. Водночас поліпшення загального стану, раціональне лікування фонової патології забезпечують ефективність місцевої терапії в коротший термін. І навпаки, погіршення загального стану призводить до загострення патологічного процесу в тканинах пародонта.

План комплексного лікування генералізованого пародонтиту

- Анамнез і клінічне обстеження
- Діагностика захворювання
- Представлення випадків успішного лікування
- Інформування і мотивація пацієнта
- Попередній діагноз
- Тимчасовий план лікування
- Невідкладна допомога

Початкове лікування

- Навчання пацієнта раціональній гігієні порожнини рота
- Видалення зубних бляшок і каменя
- Усунення всіх подразників тканин пародонта і ретенційних пунктів зубних бляшок
- Видалення під'ясенних зубних бляшок і зубного каменя.
- Згладжування поверхонь коренів
- Корекція пломб і зубних протезів
- Функціональне лікування
- Антибактеріальне лікування (місцеве та загальне)
- Загальне медикаментозне лікування
- Нормалізація оклюзії
- Тимчасові реставрації та протези
- Ендодонтичне лікування
- Ортодонтичне лікування
- Тимчасове шинування
- Ортопедичне лікування

Мотивація пацієнта

1. Демонстрація кровоточивості ясен.
2. Пояснення суті симптомів гінгівіту та пародонтиту.
3. Презентація клінічних випадків успішного лікування пацієнтів.

4. Демонстрація виявлених за допомогою барвників зубних бляшок, пояснення етіологічних факторів захворювання.

Контрольні питання поточного матеріалу:

1. Сформулюйте основні принципи комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит.
2. Якою є мета лікування хворих на генералізований пародонтит?
3. На які види поділяється терапія хвороб пародонту?
4. У чому полягає місцеве етіотропне лікування генералізованого пародонтиту?
5. Якою є мета загальної етіотропної терапії?
6. На які ланки патологічного процесу спрямована патогенетична терапія генералізованого пародонтиту?
7. У чому суть симптоматичного лікування хворих на генералізованого пародонтиту?
8. Класифікація хірургічних методів лікування в пародонтології.Схема лікування хворих на генералізований пародонтит початкового ступеню тяжкості.
9. Схема лікування хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу I ступеню тяжкості.
10. Схема лікування хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу II ступеню тяжкості.
11. Схема лікування хворих на генералізований пародонтит хронічного перебігу III ступеню тяжкості.
12. Схема лікування хворих на генералізований пародонтит I ступеню тяжкості в стадії загострення.
13. Схема лікування хворих на генералізований пародонтит II ступеню тяжкості в стадії загострення.

14. Схема лікування хворих на генералізований пародонтит III ступеню тяжкості в стадії загострення.
15. У чому є суть основних принципів комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит?
16. Які етапи комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит повинен провести лікар?
17. В чому полягає стратегія і тактика лікування хворих на ГП?
18. З якою конкретною метою проводять кожний етап комплексного лікування хворого на генералізований пародонтит?
19. Яка послідовність етапів комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит в залежності від ступеня розвитку захворювання?
20. На яких критеріях базується оцінка ефективності проведеного кожного етапу лікування ГП?

Тестовий контроль поточного матеріалу I рівня

(одна правильна відповідь)

1. Хворому М., 48-ми років, встановлено діагноз: генералізований пародонтит, II ст., загострений перебіг, симптоматичний катаральний гінгівіт. Часткова адентія. Оберіть оптимальний план лікування.
- А. Медикаментозна терапія, усунення місцевих подразників, хірургічне лікування, раціональне протезування, підтримуюча терапія та диспансерний нагляд
 - В. Медикаментозна терапія, усунення місцевих подразників, ортопедичне лікування, хірургічне лікування, підтримуюча терапія
 - С. Медикаментозна терапія, хірургічне лікування, підтримуюча терапія та диспансерний нагляд
 - Д. Усунення місцевих подразників, медикаментозна терапія, хірургічне лікування, раціональне протезування, підтримуюча терапія

Е. Усунення місцевих подразників, медикаментозна терапія, підтримуюча терапія

2. Принцип комплексності у лікуванні хворих на генералізований пародонтит полягає в застосуванні:

А. Загального та місцевого лікування

В. Консервативного, хірургічного, ортопедичного, фізіотерапевтичного лікування

С. Етіотропної, патогенетичної, симптоматичної терапії

Д. Цілеспрямованого та індивідуального лікування

Е. Лікування супутніх захворювань

3. Патогенетична терапія хворих на генералізований пародонтит передбачає:

А. Ліквідацію гормональних порушень

В. Видалення назубних відкладень

С. Відновлення контактних пунктів

Д. Зменшення ексудації та набряку

Е. Застосування знеболювальних препаратів

4. Що не відноситься до симптоматичного лікування ГП?

А. Усунення галітозу

В. Боротьба з патогенною мікрофлорою

С. Подолання гіперестезії зубів

Д. Зменшення рухомості зубів

Е. Усунення больового симптому

5. До якого виду терапії хворих на генералізований пародонтит відноситься вплив на судини мікроциркуляторного русла тканин пародонту?

А. Патогенетичної

В. Місцевої етіотропної

- C. Загальної етіотропної
- D. Симптоматичної
- E. Системної антимікробної

6. Хворій, 34-х років, встановлено діагноз: генералізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг, симптоматичний катаральний гінгівіт. Пародонтальні кишени – 1,5 мм., серозний ексудат. Цілісність зубних рядів не порушена, зуби не рухомі. Який метод лікування захворювання тканин пародонта буде провідним в даному випадку?

- A. Хірургічний
- B. Ортопедичний
- C. Фізіотерапевтичний
- D. Консервативний
- E. Кюретаж пародонтальних кишень

7. Хворій, 44-х років, встановлено діагноз: генералізований пародонтит II ст., хронічний перебіг. В анамнезі - 8 місяців тому проведена протизапальна терапія та пародонтальна хірургія. Об'єктивно: ясна рожевого кольору, кровоточивість не виражена. Пародонтальні кишени - 2-3 мм., серозний ексудат. Зубні відкладення відсутні. Рухомість зубів відсутня. Тимчасові мостоподібні конструкції в ділянці 18, 16 та 24, 25, 27 зубів. Який метод лікування захворювання тканин пародонта буде провідним в даному випадку?

- A. Хірургічний
- B. Ортопедичний
- C. Консервативний
- D. Фізіотерапевтичний
- E. Кріокюретаж

8. Хворій В., 32-х років, 6 місяців тому проведено консервативне лікування з приводу хронічного генералізованого пародонтиту I ступеня, симптоматичного

гіпертрофічного гінгівіту, I ст. На даний момент звернулась зі скаргами на збільшення розміру ясен, порушення естетичного вигляду. З анамнезу - вагітна, 32 тижні. Об'єктивно: ясна ціанотичного кольору, гіпертрофовані, рихлі, вкривають коронкові частини зубів на 1/2 їх висоти. Діагноз: генералізований пародонтит, I ст, симптоматичний гіпертрофічний гінгівіт, гранулююча форма, II ст. Який метод лікування необхідно обрати в даному випадку?

- A. Консервативний
- B. Хірургічний
- C. Ортопедичний
- D. Фізіотерапевтичний
- E. Кюретаж пародонтальних кишень

9. Хворому Б., 47-ми років, встановлено діагноз: генералізований пародонтит, II ст., хронічний перебіг, симптоматичний катаральний гінгівіт. Часткова адентія. Оберіть оптимальний план лікування.

- A. Медикаментозна терапія, усунення місцевих подразників, ортопедичне лікування, хірургічне лікування, підтримуюча терапія
- B. Усунення місцевих подразників, медикаментозна терапія, хірургічне лікування, раціональне протезування, підтримуюча терапія та диспансерний нагляд
- C. Медикаментозна терапія, хірургічне лікування, підтримуюча терапія та диспансерний нагляд
- D. Медикаментозна терапія, усунення місцевих подразників, хірургічне лікування, раціональне протезування
- E. Усунення місцевих подразників, медикаментозна терапія, раціональне протезування, підтримуюча терапія

10. Принципи лікування генералізованого пародонтиту:

- A. Індивідуальність, комплексність, цілеспрямованість, раціональність
- B. Цілеспрямованість, послідовність

- C. Комплексність, раціональність
- D. Індивідуальність, комплексність
- E. Біологічна доцільність, індивідуальність, комплексність

**Тестовий контроль поточного матеріалу II рівня
(дві правильні відповіді)**

- 1.** В чому полягає мета місцевого лікування генералізованого пародонтиту консервативним методом:
- A. Усунення пародонтальних кишень
 - B. Усунення аномалій м'яких тканин порожнини рота
 - C. Усунення запалення слизової оболонки ясен
 - D. Нормалізація метаболічних та функціональних процесів тканин пародонта
 - E. Усунення травматичної оклюзії
 - F. Покращення загальносоматичного стану хворого
 - G. Підвищення опірності організму
 - H. Вплив на окремі патогенетичні ланки запального та дистрофічного процесу
- 2.** I-ша фаза лікування генералізованого пародонтиту включає:
- A. Усунення етіологічних факторів та подразників пародонта
 - B. Медикаментозне лікування симптоматичного гінгівіту та пародонтальних кишень
 - C. Хірургічне лікування захворювань пародонту
 - D. Реставраційне лікування
 - E. Постійне протезування
 - F. Підтримувальна терапія
 - G. Диспансерне спостереження
 - H. Імплантація

3. III-тя фаза лікування генералізованого пародонтиту включає:

- A. Усунення етіологічних факторів та подразників пародонту
- B. Медикаментозне лікування симптоматичного гінгівіту та пародонтальних кишень
- C. Реставраційне лікування
- D. Постійне протезування
- E. Хірургічне лікування захворювань пародонту
- F. Підтримувальна терапія
- G. Диспансерне спостереження
- H. Імплантація

4. IV-та фаза лікування генералізованого пародонтиту включає:

- A. Реставраційне лікування
- B. Постійне протезування
- C. Усунення етіологічних факторів та подразників пародонту
- D. Медикаментозне лікування симптоматичного гінгівіту та пародонт. кишень
- E. Хірургічне лікування захворювань пародонту
- F. Імплантація
- G. Підтримувальна терапія
- H. Диспансерне спостереження

5. Що не відноситься до етіотропного лікування:

- A. Усунення вкорочених вуздечок
- B. Електрофорез
- C. Антиоксидантна терапія
- D. Вибіркове пришліфування
- E. Усунення мілкового присінку
- F. Усунення нераціональних ортопедичних конструкцій
- G. Видалення зубних відкладень
- H. Лікування каріозних порожнин.

Практичне заняття № 6

Тема: Усунення місцевих екзогенних чинників пошкодження тканин пародонту. Вибіркове пришліфування зубів. Показання. Методики проведення.

Мета: вивчити місцеві чинники ураження тканин пародонту та методи їх усунення.

Навчальні цілі:

Знати:

- місцеві подразнювальні чинники тканин пародонту та їх значення у виникненні ГП;
- методи діагностики та способи усунення місцевих подразнювальних чинників тканин пародонту;
- види назубних відкладень та їх вплив на тканини пародонту;
- алгоритм проведення професійної гігієни порожнини рота;
- особливості відновлення контактного пункту у хворих на генералізований пародонтит.

Оволодіти:

- методикою виявлення назубних відкладень;
- методикою видалення назубних відкладень за допомогою ручних інструментів;
- методикою видалення назубних відкладень електромеханічними інструментами (звуковими та ультразвуковими);
- методикою відновлення контактного пункту при пломбуванні каріозних порожнин II, III, IV класів у хворих на генералізований пародонтит.

Вміти:

- виявити місцеві подразнювальні фактори тканин пародонту;

- провести професійну гігієну порожнини рота хворому з патологією тканин пародонту;
- відновити контактний пункт при пломбуванні каріозних порожнин II, III, IV класів у хворих з патологією тканин пародонту.

Коротка характеристика теми:

В комплексному лікуванні хвороб пародонту велике значення мають заходи, спрямовані на усунення місцевих подразнюючих чинників. До місцевих чинників ураження тканин пародонту можна віднести: зубні відкладення, мікрофлору, травматичну оклюзію, несановану порожнину рота; неповноцінні пломби, протези, ортодонтичні апарати; шкідливі звички, неправильне розташування вуздечок губ і язика. Від ретельності усунення цих чинників залежить успіх наступних станів лікування і кінцевий його результат. Для видалення зубних відкладень застосовують інструментальний, хімічний та ультразвуковий методи, або їх поєднання.

При пломбуванні контактних поверхонь, контактний пункт необхідно створювати з урахуванням стану ясенних сосочків, ступеню резорбції альвеолярної кістки, щільності зубів у дузі. Зубний ряд після прорізування зубів завдяки контактному розташуванню зубів утворює єдину динамічну систему. Залежно від групи зубів (моляри, премоляри, різці) контактні співвідношення зубів після прорізування можуть бути точковими або площинними (лінійними).

При розвитку патологічного процесу в пародонті змінюються топографо-анатомічні взаємовідносини між екватором коронки зуба, яснами та альвеолярним краєм. Пломбування каріозних порожнин на контактних поверхнях вимагає раціонального вибору форми контактного пункту.

Місцеві подразники тканин пародонта: методи діагностики та усунення

Місцеві подразники	Методи діагностики	Способи усунення
Зубні відкладення: <ul style="list-style-type: none">– зубний наліт– зубна бляшка (біоплівка)– зубний камінь	Візуально Фарбування Рентгенографія «PerioScan» (Sirona) «Decostar» (Ultradent)	Хімічний Механічний: <ul style="list-style-type: none">– інструментальний (ручний)– фізичний (апаратний) Комбінований
Патологія прикусу (наявність зубо-щелепних деформацій, аномалій прикусу та окремих зубів, скупченості зубів, дистопії)	Візуально Діагностичні моделі Рентгенологічне дослідження	Ортодонтичне лікування Ортопедичне лікування Хірургічне лікування
Дефекти зубних рядів	Візуально	Ортопедичне лікування Імплантація
Травматична оклюзія	Візуально Воскові пластинки Копіювальний папір	Вибіркове пришліфування Ортопедичне лікування
Рухомість зубів	Пальпація «Periotest», «Florida Probe»	Шинування (тимчасове, постійне) Видалення зубів (за показаннями)
Неякісні ортопедичні (ортодонтичні) конструкції	Візуально Зондування Рентгенографія	Заміна коронок та ортодонтичних конструкцій
Каріозні порожнини, неякісні реставрації особливо в пришийкових ділянках та на апроксимальних поверхнях зубів Клиноподібні дефекти	Візуально Зондування Рентгенографія	Пломбування каріозних порожнин Заміна неякісних реставрацій Формування контактних пунктів з урахуванням патології пародонта Пломбування клиноподібних дефектів
Ендодонтичні проблеми (пульпіт, періодонтит)	Клінічне обстеження Рентгенографія ЕОД	Ендодонтичне лікування Видалення зубів (за показаннями)
Аномалії прикріплення, форми та розміру вуздечок губ, язика, щічно-ясенних зв'язок Аномалії будови присінку	Візуально Рухові пробні вимірювання	Френулотомія Френулектомія Френулопластика Вестибулопластика

Точковий контактний пункт створюють при збереженні фізіологічних параметрів міжзубного простору постійних зубів, цілісності міжальвеолярної перегородки в осіб молодого віку.

Площинний контактний пункт (поверхня зіткнення повинна бути у вестибулярному напрямку та по вертикалі коронки зуба) створюють у дорослих при незначному збільшенні фізіологічних параметрів міжзубного простору (генералізований пародонтит початкового – I ступеня).

Не створюють контактний пункт (пломбують каріозні порожнини таким чином, щоб міжзубний проміжок був широко відкритий і нагадував форму конуса, основа якого звернена до оклюзійної поверхні):

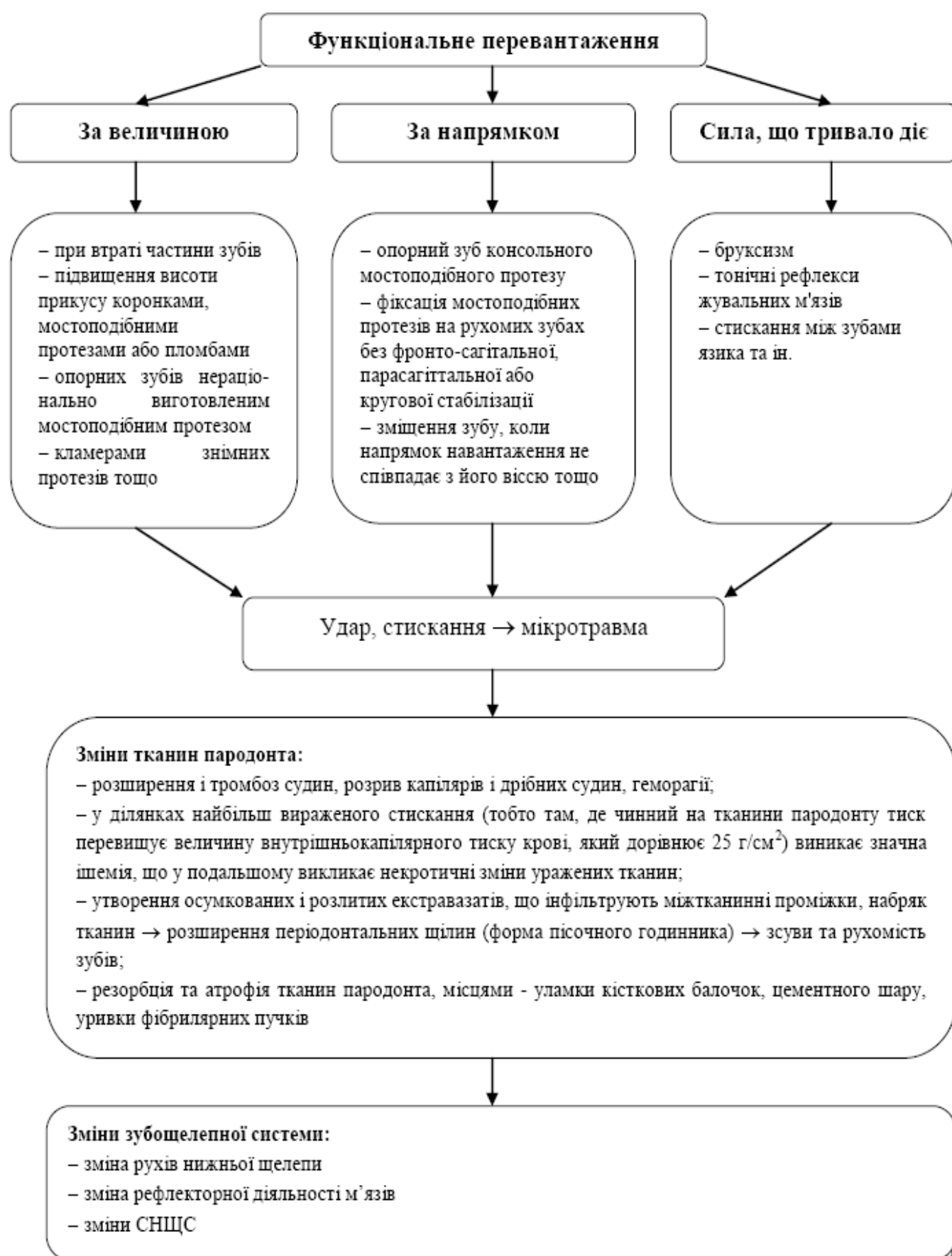
- при широких міжзубних проміжках,
- наявності фізіологічних трем і діастем,
- при значній атрофії міжзубного сосочка,
- при генералізованому пародонтиті з утворенням пародонтальних і особливо кісткових кишень.

Для пломбування зубів при захворюваннях пародонту слід обирати матеріали, що мають підвищені полірувальні (мікрогібриди) та антисептичні властивості (склоіономерні цементи).

Травматична оклюзія – оклюзійні взаємини окремих груп зубів або зубних рядів, які характеризуються передчасним і нестійким їх змиканням, нерівномірним розподілом жувального тиску з подальшою міграцією перевантажених зубів, патологічними змінами пародонту, порушеннями функції жувальних м'язів і скронево-нижньощелепних суглобів.

Оклюзійна травма – мікроскопічні зміни структур пародонту в ділянці пародонтальної зв'язки, що клінічно проявляється збільшенням рухомості зуба (Mühlemann et al., 1956; Mühlemann & Herzog, 1961).

Етіологія та патогенез оклюзійної травми



За механізмом розвитку травматичну оклюзію поділяють на первинну, вторинну та комбіновану.

Первинна травматична оклюзія розвивається на тлі непошкодженого пародонта внаслідок дії надмірної за величиною або ненормальної за напрямком і тривалості оклюзійного навантаження, парафункції жувальних, м'язів та м'язів язика.

Вторинна травматична оклюзія розвивається на фоні захворювань пародонту, коли навіть звичайне оклюзійне навантаження перевищує межу витривалості тканин, які оточують зуб, перетворюючись в травматичний фактор.

Комбінована травматична оклюзія виникає при поєднанні надмірного навантаження із захворюванням пародонта. Таким чином, усунути або значно зменшити функціональне перенавантаження зубів можна трьома видами ортопедичних втручань:

- 1) вибірково пришліфовуванням зубів;
- 2) ортодонтичним виправленням прикусу і положення зубів;
- 3) шинуванням та раціональним протезуванням.

Чинники, які спричиняють травматичну оклюзію:

I. Пломби, вкладки, напівкоронки, всі види штучних коронок, неправильний вибір опорних зубів під мостоподібне, знімне протезування, форсоване ортодонтичне лікування.

II. Аномалії і деформації зубо-щелепової системи, що зумовлені вадами розвитку або частковими дефектами зубних рядів.

III. Парафункції – підвищена і нецілеспрямована активність жувальної чи м'язової мускулатури і язика – симптом Каролі (бруксизм). Максимальна підвищена тонічна напруга м'язів, зв'язок обличчя.

IV. Шкідливі звички: втягування щік, губ, закусування губи, утримування язика між зубами, тиск кінчика язика на групу фронтальних зубів. Все це спричинює підвищення функціонального навантаження на зуби.

Травматична оклюзія визначається на допомогою копірувального паперу або пластинки воску. За наявності травматичної оклюзії слід провести **вибіркове пришліфовування зубів**, що дозволяє розподілити функціональні навантаження між пере- і недовантаженими зубами, а також зняти напругу з пародонту.

Завдання:

1. Усунення передчасних контактів зубів в різних положеннях (центральна оклюзія, бокова, передня та ін.).
2. Зішлифування контактів на стороні щелепи, що балансує, для усунення перешкод горизонтальним рухам нижньої щелепи.
3. Корекція контактів зубів на робочій стороні щелепи для захисту зубів з ослабленим пародонтом (уникаючи зниження висоти оклюзії).
4. Усунення передчасних контактів під час протрузійних рухів нижньої щелепи.
5. Усунення деформації оклюзійної поверхні та створення ковзної оклюзії.
6. Проведення корекції форми зуба таким чином, щоб оклюзійне навантаження було спрямоване уздовж довгої осі зуба.
7. Усунення патологічної активності жувальних м'язів.

Дана процедура здійснюється після усунення можливих аномалій і починають з терапевтичного лікування. Здійснення лише вибіркового пришліфування паралельно з терапевтичним лікування дозволяє значно стабілізувати запальний процес, проте при виникненні патологічної рухомості лікувальний ефект від пришліфовування не тривалий.

Основні принципи вибіркового пришліфування:

- зішлифування твердих тканин зубів (по можливості) в межах емалевого шару;
- зішлифування оклюзійної поверхні не проводиться на опорних горбах зубів – піднебінні горбки верхніх бічних і щічні горбки нижніх бічних зубів (премолярів і молярів);

- зуби-антагоністи у центральній оклюзії повинні зберегти множинний контакт.

Протипоказання до проведення вибіркового пришліфування зубів:

- гострі та хронічні захворювання СНЩС, що супроводжуються больовим синдромом м'язово-суглобової дисфункції. Вибіркове пришліфування показано в стадії ремісії, так як при наявності болю важко обстежити хворого, одержувати відбитки для діагностичних моделей, визначати та вивчати характер змикання зубів в різні фази артикуляції.
- різко виражені аномалії і деформації зубощелепної системи, що підлягають ортодонтичному, ортопедичному, хірургічному або комбінованому лікуванню.
- при вираженому запаленні пародонту перед пришліфуванням необхідно провести підготовчі терапевтичні заходи: видалити зубні відкладення, провести протизапальну терапію. Однак, слід мати на увазі, що передчасні оклюзійні контакти можуть підтримувати запальну реакцію. У цих випадках обидва види лікування необхідно проводити одночасно.

Ускладнення після проведення вибіркового пришліфування зубів
(виникають в разі недотримання правил та рекомендацій):

- зниження міжальвеолярної висоти, зсув зуба;
- гіперестезія твердих тканин;
- надмірне навантаження на пародонт після сплюснення горбів зубів;
- виведення з контактів одних зубів і перевантаження пародонту інших.

Контрольні питання поточного матеріалу:

1. Перерахуйте місцеві чинники, котрі призводять до ураження тканин пародонту.
2. Класифікація зубних відкладень і їх роль у виникненні захворювань тканин пародонту.
3. Методи видалення зубних відкладень.
4. Контактний пункт. Визначення. Його значення, як місцевого чинника виникнення захворювань пародонту.
5. Методика створення адекватного контактного пункту при лікуванні апроксимального карієсу у хворих на ГП I-III ступенів тяжкості.
6. Що таке травматична оклюзія, її види?
7. Характеристика первинної травматичної оклюзії.
8. Характеристика вторинної травматичної оклюзії.
9. Призначення вибіркового пришліфовування зубів.
10. Як планується проведення вибіркового пришліфовування зубів залежно від ст. тяжкості ГП?
11. Описати процедуру вибіркового пришліфовування зубів.
12. Що таке завершальна обробка зубів після вибіркового пришліфовування?
13. Правило пришліфовування різців та ікол у передній оклюзії.
14. Ускладнення при вибіркового зішліфовуванні зубів.
15. Які варіанти проведення вибіркового зішліфовування ділянок зубів за умов блокування рухів н.щ., при пародонтиті?
16. Як проводять вибіркве зішліфовування ділянок зубів при сагітальних рухах щелепи, при пародонтиті?
17. Як проводять вибіркве зішліфовування ділянок зубів для зміни ступеня різцевого перекриття, при пародонтиті?
18. Як приводять вибіркве зішліфовування ділянок зубів при зміщенні н.щ. вперед, при пародонтиті?

19. Як проводять вибіркоче зішліфовування ділянок зубів при зсуві нижньої щелепи вліво, при пародонтиті?

Тестовий контроль поточного матеріалу І рівня

(одна правильна відповідь)

1. Чоловік віком 27 років скаржиться на біль і кровоточивість ясен. Об'єктивно: слизова оболонка ясен набрякла, гіперемована, з ціанотичним відтінком, легко кровоточить при зондуванні. На зубах рясні відкладення м'якого нальоту, над- і під'ясенного назубного каменю. В ділянці молярів визначаються пародонтальні кишень глибиною 4 мм. 33, 32, 31, 41, 42, 43 зуби рухливі II ступеня. З чого потрібно починати місцеве лікування в даного хворого?

- A. Видалити назубні відкладення
- B. Провести кюретаж пародонтальних кишень
- C. Провести протизапальну терапію
- D. Накласти тимчасову шину на рухливі зуби
- E. Провести електрофорез з аскорбіновою кислотою

2. У чоловіка віком 19 років під час профогляду виявлена глибока каріозна порожнина на медіальній поверхні 37 зуба. Ясеневий сосочок ціанотичний, набряклий, кровоточить при зондуванні інструментом. При пломбуванні 37 зуба необхідно:

- A. Створити площинний контактний пункт
- B. Контактний пункт не відновлювати
- C. Створити вертикальний контактний пункт
- D. Створити горизонтальний контактний пункт
- E. Створити точковий контактний пункт

3. Вибіркове пришліфовування проводять:

- A. Тільки в межах емалі

- В. Для усунення деформацій оклюзійних поверхонь, що виступають із зубного ряду і усуненні передчасних контактів
- С. В межах емалі і всього дентину
- Д. До виведення зубів від передчасних контактів
- Е. В межах емалі і плащевого дентину

4. При проведенні вибіркового пришліфування не зішлифовують оклюзійні поверхні на:

- А. Піднебінних горбах верхніх бічних зубів
- В. Щічних горбах нижніх бічних зубів
- С. Щічних горбах верхніх і язикових горбах нижніх бічних зубів
- Д. Піднебінних горбах верхніх і щічних горбах нижніх бічних зубів
- Е. На піднебінній поверхні фронтальних зубів верхньої щелепи

5. Вибіркове пришліфування це:

- А. Корекція оклюзії та артикуляції шляхом усунення виявлених супраконтактів на природних і штучних зубах
- В. Корекція оклюзії та артикуляції шляхом усунення виявлених супраконтактів на природних зубах
- С. Корекція оклюзії та артикуляції шляхом усунення виявлених супраконтактів на штучних зубах та пломбах
- Д. Корекція (виправлення) анатомічної форми жувальної поверхні зубів
- Е. Корекція оклюзії шляхом зішлифування супраконтактів на піднебінних горбах верхніх і щічних горбах нижніх бічних зубів

6. Оберіть метод діагностики травматичної оклюзії:

- А. Парадонтограма
- В. Рентгенограма
- С. Оклюдограма
- Д. Гемограма
- Е. Гістограма

7. Вторинна травматична оклюзія це:

- A. Дія фізіологічного навантаження на ослаблені, внаслідок захворювань пародонту, опорні тканини зубів
- B. Дія на неуражений (інтактний) пародонт надмірного за величиною або незвичайного за напрямком оклюзійного навантаження
- C. Оклюзійні взаємини окремих груп зубів або зубних рядів, які характеризуються передчасним і нестійким їх змиканням
- D. Змикання зубних рядів або груп зубів; будь-який контакт N-ї кількості зубів верхньої та нижньої щелеп
- E. Фісурно-горбкові контакти максимальної (звичної) кількості зубів-антагоністів

8. Первинна травматична оклюзія це:

- A. Оклюзійні взаємини окремих груп зубів або зубних рядів, які характеризуються передчасним і нестійким їх змиканням
- B. Дія фізіологічного навантаження на ослаблені, внаслідок захворювань пародонта, опорні тканини зубів
- C. Змикання зубних рядів або груп зубів; будь-який контакт N-ї кількості зубів верхньої та нижньої щелеп
- D. Фісурно-горбкові контакти максимальної (звичної) кількості зубів-антагоністів
- E. Дія на неуражений (інтактний) пародонт надмірного за величиною або незвичайного за напрямком оклюзійного навантаження

9. Опорними горбами зубів є:

- A. Язичні горби нижніх і щічні горби верхніх бічних зубів
- B. Піднебінні горби верхніх бічних зубів
- C. Щічні горби нижніх бічних зубів
- D. Піднебінні горби верхніх і щічні горби нижніх бічних зубів

Е. Язичні горби нижніх бічних зубів

10. Опорні горби зубів це:

- А. Горби зубів, які направляють трансверзальні рухи нижньої щелепи
- В. Горби зубів, які в центральній оклюзії утримують міжальвеолярну висоту
- С. Горби зубів, які контактують з антагоністами при бічних рухах нижньої щелепи
- Д. Вершини горбків зубів
- Е. Точки змикання зубів

Тестовий контроль поточного матеріалу II рівня

(дві правильні відповіді)

1. При проведенні вибіркового пришліфування не зішліфовують оклюзійні поверхні на:

- А. Щічних горбах верхніх бічних зубів
- В. Піднебінних горбах верхніх бічних зубів
- С. Щічних горбах нижніх бічних зубів
- Д. Язикових горбах нижніх бічних зубів
- Е. На піднебінній поверхні фронтальних зубів верхньої щелепи
- Ф. На язиковій поверхні фронтальних зубів нижньої щелепи
- Г. Усіх горбах верхніх бічних зубів
- Н. Усіх горбах нижніх бічних зубів

2. Відносним протипоказом до проведення професійного чищення зубів є:

- А. Вік хворого понад 60 років
- В. Рухомість зубів II-III ступеня
- С. Множинний карієс
- Д. Наявність хронічного запалення ясен
- Е. Наявність гострого запалення ясен

- F. Наявність загостреного хронічного запалення ясен
- G. Наявність ортодонтичної конструкції
- H. Усі відповіді вірні

3. Які рухи блокують супраконтакти, викликаючи перенапруження жувальних м'язів:

- A. Плавні рухи нижньої щелепи
- B. Ковзні рухи нижньої щелепи
- C. Плавні рухи верхньої щелепи
- D. Ковзні рухи верхньої щелепи
- E. Циклічні рухи нижньої щелепи
- F. Циклічні рухи верхньої щелепи
- G. Різкі рухи нижньої щелепи
- H. Різкі рухи верхньої щелепи

4. Флюоризація зубів при проведенні професійного чищення зубів проводиться з метою:

- A. Згладжування поверхонь кореня зуба
- B. Остаточного видалення зубних відкладень
- C. Профілактики карієсу
- D. Профілактики гіперестезії
- E. Профілактики пульпіту
- F. Профілактики загострення запалення ясен
- G. Усі відповіді вірні
- H. Не проводиться взагалі

5. Зішлифування зубів дозволяє:

- A. Зняти напругу з пародонту
- B. Розподілити функціональні навантаження між перевантаженими і недовантаженими зубами

- C. Розподілити функціональні навантаження на фронтальні зуби
- D. Розподілити функціональні навантаження на бічні зуби
- E. Виключити навантаження на фронтальну групу зубів
- F. Виключити навантаження на моляри
- G. Зняти напругу з періодонту
- H. Усі відповіді вірні.

Практичне заняття № 7

Тема: Лікування симптоматичного гінгівіту. Використання лікарських засобів для місцевої терапії: механізм дії, способи застосування залежно від форми та перебігу симптоматичного гінгівіту. Пародонтальні пов'язки. Види. Показання до застосування.

Мета: засвоїти методи лікування симптоматичного гінгівіту. Вміти виписувати рецепти. Вивчити види пародонтальних пов'язок та методи їх застосування.

Навчальні цілі:

Знати:

- Етіологію та патогенез генералізованого пародонтиту.
- Механізм та фази розвитку запального процесу в тканинах пародонта
- Клініко-рентгенологічні ознаки генералізованого пародонтиту різного ступеня розвитку та перебігу
- Основні принципи протизапальної терапії
- Складники основних найбільш вживаних пародонтальних пов'язок і клінічні покази до їх застосування.

Оволодіти:

- Методикою відкритого методу медикаментного лікування симптоматичного гінгівіту.
- Методикою приготування пародонтальних пов'язок *ex tempore*.

Вміти:

- Проводити обстеження хворого на генералізований пародонтит та інтерпретувати отримані результати.
- Оцінити дані рентгенологічного та лабораторного дослідження хворого на генералізований пародонти.
- Заповнювати пародонтологічну картку стоматологічного хворого.
- Провести накладання різних видів пародонтальних пов'язок у хворого на пародонтит.

Коротка характеристика теми:

Медикаментна терапія при генералізованому пародонтиті передбачає лікування симптоматичного гінгівіту, пародонтальних кишень, нормалізацію стану судинної системи, підвищення місцевої резистентності порожнини рота, усунення гіпоксії, стимуляцію репаративних процесів в пародонті.

У залежності від підходу до місцевого медикаментозного лікування симптоматичного гінгівіту розрізняють відкритий (без накладання ясенної пов'язки) і закритий (з накладанням пов'язки) способи. При відкритому способі використовують препарати у рідких лікарських формах (аерозолі, розчини, емульсії). В цьому випадку проводять орошення, полоскання, ротові ванночки, аплікації лікарських засобів.

Лікування симптоматичних гінгівітів не відрізняється від лікування самостійних гінгівітів і полягає в контролі гігієни порожнини рота, зубної бляшки і впливу на тканини ясен, які вже зазнали патологічних змін в результаті запалення. Однак ефект від лікування не може бути тривалим оскільки існує пародонтальна кишеня – пародонтальна ніша, без усунення якої запально-деструктивні процеси знову загострюються.

Тому метою лікування симптоматичного гінгівіту є досягнення ремісії, при якій можливі планові операції по усуненню пародонтальних кишень, муко-

гінгівальних аномалій (патологія розміщення вуздечок, надмірно розвинених тяжів слизової, плиткого передсінка порожнини рота).

Внесення лікарських засобів проводять залежно від перебігу запального процесу. Для медикаментного впливу використовується метод іригації (зрошення). Найчастіше тканини зрошують антисептиками. Проводять також аплікації (безпосереднє нанесення на ясна), інстиляції – введення препарату в пародонтальні кишені. Якщо є потреба в пролонгації дії препарату – його наносять під ізолюючу пародонтальну пов'язку (закритий спосіб лікування). Однак, гострі форми запалення з наявністю серозно-гнійного чи гнійного ексудату є протипоказаннями для такого методу лікування.

Медикаментне лікування симптоматичного гінгівіту за необхідності здійснюють і в період підтримувальної терапії. Застосовують групи препаратів:

I. Препарати рослинного походження.

II. Антисептики.

III. Нестероїдні протизапальні засоби.

IV. Антиферментні препарати (інгібітори протеолізу, антикоагулянти).

V. Препарати склерозуючої дії.

VI. Ферментні препарати.

VII. Антипротозойні та противірусні.

VIII. Кератопластики та речовини, які стимулюють регенерацію м'яких тканин.

При закритому способі лікування дія медикаментів здовжується внаслідок захисту препарату від руйнування факторами навколишнього середовища (ротова рідина, їжа, тощо) за допомогою пародонтальної пов'язки. Пародонтальні пов'язки – це спеціальна лікарська форма, особливий спосіб впливу на тканини пародонту, який включає: захист ясен від зовнішніх чинників певний період часу, а також створює умови для пролонгованої дії лікарських речовин.

Пародонтальні пов'язки накладають на уражену ділянку пародонту, вони тверднуть впродовж 5-10 хв, набуваючи щільно-еластичної консистенції.

Залежно від їх складу пов'язки залишають у порожнині рота від кількох годин до 1-3 діб.

Протипоказання до накладання пов'язок:

- наявність зубних відкладень;
- наявність гною в пародонтальних кишнях;
- загострений перебіг пародонтиту;
- при виразково-некротичних процесах.

Вимоги до пародонтальних пов'язок:

- під час накладання пародонтальна пов'язка повинна бути м'якою і швидко тверднути;
- бути достатньо міцною після затвердіння;
- мати гладку поверхню;
- не може порушувати загоєння рани;
- повинна містити антимікробні компоненти.
- Відповідно до лікарських форм розрізняють пасти, клеї, плівки, гелі, мазі, з яких повільно вивільняються діючі компоненти.

Класифікація пародонтальних пов'язок:

За характером дії пов'язки можна розділити на:

1. *Лікувальні* – для депонування лікарських препаратів в яснах, у пародонтальних кишнях.
2. *Ізолюючі* – оберігають тканини пародонту від екзогенних подразників і ротової рідини.
3. *Імобілізуючі*.

За консистенцією розрізняють пов'язки:

1. Не твердіючі.
2. Твердіючі.
3. Еластичні.

За складом:

1. На основі оксид-цинку та евгенолу.
2. Готові для змішування пов'язки.

3. Смоли.
4. Комбінації водорозчинних окисів металів та неіонізованих карбоксильних кислот.
5. Пов'язки на основі жирів.

Недоліки пародонтальних пов'язок:

1. Неможливість точного дозування препаратів.
2. Неможливість контролювати дифузію компонентів пов'язки в ротову рідину.
3. Вимивання лікарського препарату ротовою і ясенною рідиною.
4. Труднощі, незручність накладання та іммобілізації на яснах.

Враховуючи терміни збереження функціональних властивостей пов'язки, підбирають відповідні лікарські форми (паста, клей плівка, гель, мазь), з яких повільно вивільняються діючі компоненти. Для пролонгації дії лікарського засобу в умовах безпосереднього контакту з вогнищем запалення перспективним є застосування іммобілізованих препаратів, які одержують шляхом хімічного зв'язування біоактивних речовин з матриценосієм. Вибір засобів медикаментозного впливу на пародонт залежить від клінічної форми, тяжкості, стадії протікання запалення. У значній мірі має значення вид мікрофлори, стан місцевих захисних сил, індивідуальна переносимість препарату.

Арсенал лікувальних і профілактичних засобів надзвичайно великий і включає в себе майже всі групи лікарських речовин. Застосування антибактеріальних препаратів під час лікування пародонтиту має етіологічну скерованість, а вибір медикаменту залежить від виду мікрофлори, що міститься в клінічних кишнях. Наприклад, при змішаній мікрофлорі показані антисептики (0,2% хлоргексидину біглюконат, 1% йодинол, 3% перекис водню, 15-30% димексид, 0,5% етоній), нітрофурани (0,02% фурацилін, фуразолідон (1:25000), фурадонін (1:30000), похідні 8- та 4-оксихіноліну – нітроксолін, хінозол, які мають широкий спектр дії, включаючи дію на гриби, а також

сульфаніламіді (сульфадимезин, етазол, сульфадиметоксин) та антибіотики (мікроцид, еритроміцин, грамїцидин, неоміцин, поліміксин, олеандоміцин).

Наявність найпростіших вимагає місцевого застосування 1-2 % трихолопу (метронідазолу), 1% трихомонациду.

Згубно діє на анаероби 3% перекис водню, 2% хлорамін, 0,5% калію перманганат, а також антибіотики в поєднанні з протеолітичними ферментами.

В патогенезі пародонтиту згубну роль відіграють і продукти розпаду тканин. Для прискорення їх розщеплення застосовують протеолітичні ферменти. Препарати трипсин, хімотрипсин, террилітин, профезим покращують крім цього кровообіг, нормалізують окисно-відновні процеси в запалених тканинах, сприяють регенерації .

З метою зниження запального процесу і особливо в період його розвитку для інактивації лізосомальних ферментів і біологічно активних кінінів застосовують інгібітори протеаз – трасілол, контрікал, амбен. Введення інгібіторів протеолізу запобігає деструкції тканин пародонту.

Досить широко в пародонтології використовують протизапальні засоби, які діють на різні ланки патологічного процесу. Часто застосовують нестероїдні протизапальні препарати (3% ацетилсаліцилова кислота, ортофен, індометацин, 5% бутадіон, 1% мефенамінат натрію). Застосування стероїдних препаратів (1% гідрокортизон, 0,5% преднізолон, та їх поєднання з іншими медикаментами) показано в гострому періоді запалення з переважанням гіперергічних реакцій. Для зменшення запального процесу і стимуляції репаративних процесів в тканинах пародонту призначають піримідинові основи: метацил в вигляді 1% емульсії або пасти, 1% розчин піріміданту.

Хороший протизапальний ефект дають лікарські трави і препарати на їх основі. В склад фітотропних препаратів входять алкалоїди, глікозиди, вітаміни, антибіотики, біогенні стимулятори і інші біологічно активні речовини, що зумовлює їх широкий діапазон дії. Застосовують екстракти ромашки, календули, звіробою, чистотілу, каланхое, поєднання цих речовин.

В останній час широко в клініку впроваджуються антиоксидантні засоби. Їх використання ґрунтується на нейтралізації надмірної кількості вільних радикалів і продуктів пероксидації, що супроводжують практично всі патологічні процеси. До біоантиоксидантів відносять вітаміни А, Е, С, каротиноїди. Із синтетичних інгібіторів перекисного окислення ліпідів найбільший терапевтичний ефект відмічено у дибунола.

Контрольні питання поточного матеріалу:

1. Чим відрізняється медикаментне лікування симптоматичного і самостійного гінгівітів?
2. Чи однакова мета лікування самостійного та симптоматичного гінгівіту?
3. На яких етапах лікування генералізованого пародонтиту проводять медикаментну терапію симптоматичного гінгівіту?
4. Дати характеристику відкритого методу медикаментного лікування гінгівіту?
5. За допомогою яких методів застосовують лікарські розчини при відкритому методі медикаментного лікування гінгівіту?
6. Що таке закритий метод медикаментного лікування гінгівіту?
7. Що таке іригація, аплікація, інстиляція? Коли застосовують ці методи?
8. До якого методу вдаються за потреби пролонгації дії препаратів?
9. Поясніть механізм дії препаратів, які покращують мікроциркуляцію.
10. Антисептичні препарати. Мета застосування. Фармакодинаміка.
Представники офіційних препаратів.
11. Протеолітичні ферменти. Мета застосування. Фармакодинаміка.
Представники офіційних препаратів.
12. Протизапальні препарати. Мета застосування. Фармакодинаміка.
Представники офіційних препаратів.
13. Антипротозойні препарати. Мета застосування. Фармакодинаміка.
Представники офіційних препаратів.

14. Антибактеріальні препарати. Мета застосування. Фармакодинаміка.
Представники офіційних препаратів.
15. Кератопластичні препарати. Мета застосування. Фармакодинаміка.
Представники офіційних препаратів.
16. Основні групи фармакологічних препаратів, які застосовують для лікування гранулюючої форми гіпертрофічного гінгівіту.
17. Склерозувальна терапія гіпертрофічного гінгівіту. Показання до застосування. Можливі ускладнення при її застосуванні.
18. Препарати для поверхневої склерозувальної терапії. Рецепттура, фармакодинаміка. Методика застосування.
19. Препарати для глибокої склерозувальної терапії. Рецепттура, фармакодинаміка. Методика застосування.
20. Чому недоцільно застосовувати антибіотики при лікуванні хронічних гінгівітів?
21. Назвіть показання до застосування антибіотикотерапії.
22. Фітопрепарати, які використовуються для лікування катарального, гіпертрофічного та виразкового гінгівітів.
23. Класифікація пародонтальних пов'язок.
24. Показання до використання пародонтальних пов'язок.
25. Протипоказання до використання пародонтальних пов'язок.
26. Вимоги до пародонтальних пов'язок.
27. Недоліки пародонтальних пов'язок.
28. Описати методику приготування та техніку накладання лікувальної пародонтальної пов'язки.
29. Які рецепти лікувальних пародонтальних пов'язок Ви знаєте?
30. Описати методику приготування та техніку накладання іммобілізуючої пародонтальної пов'язки.
31. З якою метою після хірургічних втручань на пародонті використовують ізолюючі пародонтальні пов'язки і на який час вони накладаються?

32. Які матеріали використовують в якості ізолюючих пародонтальних пов'язок?
33. Які рецепти пародонтальних лікувальних пов'язок з вмістом препаратів, які здійснюють патогенетичний вплив на вогнище запалення у пародонті Ви знаєте?
34. Які рецепти пародонтальних лікувальних пов'язок з вмістом препаратів для покращення мікроциркуляції тканин пародонту і зменшення тромбоутворення Ви знаєте?
35. Які композиції пародонтальних пов'язок застосовують для підсилення місцевої фагоцитарно-макрофагальної реактивності та імуномодулюючого впливу на пародонт Ви знаєте?
36. Які офіційні пародонтальні пов'язки є на вітчизняному стоматологічному ринку? Їх склад?
37. Спільні принципи техніки приготування і накладання більшості лікувальних пародонтальних пов'язок.
38. Особливості накладання пародонтальних пов'язок при наявності беззубих ділянок та окремо стоячих зубів.

Тестовий контроль поточного матеріалу І рівня

(одна правильна відповідь)

1. При лікуванні гінгівіту гепаринову мазь застосовують з метою:

- A. Нормалізації судинно-тканинної проникності
- B. Знеболювання
- C. Пригнічення медіаторів запалення (простагландинів)
- D. Кератопластичної дії
- E. Кератолітичної дії

2. Хворій Т., 42-х років, проводиться лікування генералізованого пародонтиту, І ступеня, хронічного перебігу, симптоматичного катарального гінгівіту. За

результатами мікробіологічного дослідження вмісту пародонтальних кишень виявлено значну кількість дріжджоподібних грибів.

Який засіб для місцевого лікування доцільно обрати?

- A. Розчин «Кандид» 1%
- B. Мазь «Мефенат»
- C. Розчин «Стоматидин»
- D. Розчин «Трипсин»
- E. Мазь «Гентаміцинова»

3. Хворому К., 54-х років, встановлено діагноз: Генералізований пародонтит, II ступінь, загострений перебіг, симптоматичний катаральний гінгівіт. Для усунення явищ набряку ясен необхідно призначити ротові ванночки:

- A. 0,5-0,7% розчину натрію хлориду
- B. 5% розчину натрію гіпохлориду
- C. 2% розчину натрію хлориду
- D. 0,9% розчину натрію хлориду
- E. 9% розчину натрію хлориду

4. Який з перелічених компонентів зубних паст сприяє піноутворенню, але не має подразнювальної дії на ясна?

- A. Фтор
- B. Лаурил сульфат
- C. Бетаїн
- D. Вісабодол
- E. Аргінін

5. Які з препаратів протипоказані при гіпертрофічному гінгівіті?

- A. Хлоргексидин
- B. Гепарин
- C. Стоматидин

D. Метилурацил

E. Бефунгін

6. Які з перелічених препаратів мають антипротозойну дію?

A. Фазижин

B. Метронідазол

C. Метрогіл

D. Тинідазол

E. Усі перелічені

7. Місцево антисептики використовують для:

A. Зниження агресивного впливу мікроорганізмів

B. Підвищення проникності судинної стінки

C. Пригнічення активності циклооксигенази

D. Стимуляції бактерицидної активності поліморфноядерних нейтрофілів

E. Зниження проникності судинної стінки

8. Назвіть препарат, який зміцнює стінку кровоносних судин, тим самим зменшуючи кровоточивість ясен

A. Індометацин

B. Аскорутин

C. Біфіформ

D. Еритроміцин

E. Еріус

9. Препарат рослинного походження, який має склерозуючу дію

A. Мараславін

B. Ротокан

C. Хлорофіліпт

D. Новоіманін

E. Рекутан

10. З якою метою застосовують протеолітичні ферменти у лікуванні виразкового гінгівіту?

- A. Антибактеріальний ефект
- B. Поліпшення процесів мікроциркуляції
- C. Знеболююча дія
- D. Некролізуєча дія
- E. Обволікаючий ефект

**Тестовий контроль поточного матеріалу II рівня
(дві правильні відповіді)**

1. Жінка 45 років скаржиться на неприємний запах з рота, кровоточивість та болючість ясен, що посилюються при прийомі їжі. Об'єктивно: катаральний гінгівіт II ступеня, пародонтальні кишень глибиною 4 мм, містять серозний екссудат. Відзначається наявність надясенного та підясенного зубного каменю. Рентгенологічно: резорбція кортикальної пластинки та альвеолярної кістки до половини висоти міжальвеолярних перетинок. Діагноз: хронічний генералізований пародонтит II ступеня. З чого необхідно почати лікування?

- A. Скейлінг назубних відкладень та полірування поверхні кореня зуба
- B. Професійна гігієна ротової порожнини
- C. Проведення кюретажу пародонтальних кишень
- D. Проведення тимчасового шинування зубів
- E. Проведення вибіркового пришлифування зубів
- F. Проведення планової пародонтологічної операції
- G. Проведення протизальної місцевої терапії
- H. Накладання пародонтальної пов'язки

2. Які протизапальні лікарські засоби використовують при місцевому лікуванні симптоматичного катарального гінгівіту?

- A. Перекис водню 3%, гіпохлорид натрію, «Хепілор»

- В. Хлоргексидин 0.2%, перманганат калію, «Ібупроммакс»
- С. «Мефенат», «Холісал», «Камістад»
- Д. «Гівалекс», хлоргексидин 0.1%, «Хепілор»
- Е. Мікоспор, хлоргексидин, «Метрогіл-дента»
- Ф. «Долобене», «Метрогіл-дента», перевис водню 3%
- Г. Хлоргексидин, фурацилін, гіпохлорид натрію
- Н. Хлоргексидин, «Клотримазол», перекис водню 3%

3. Який з препаратів доцільно застосовувати при симптоматичному гіпертрофічному гінгівіті?

- А. «Пентоксил»
- В. «Метронідазол»
- С. «Стоматидин»
- Д. «Метилурацил»
- Е. «Бефунгін»
- Ф. «Мараславін»
- Г. «Каротолін»
- Н. «Пеніцилін»

4. Прийом яких груп лікарських препаратів може викликати гіперплазію ясен?

- А. Антибіотики
- В. Кератопластичні препарати
- С. Антипротозойні препарати
- Д. Протеолітичні ферменти
- Е. Нестероїдні протизапальні препарати
- Ф. Антисептичні препарати
- Г. Препарати дифенінового ряду
- Н. Цитостатики

5. Вкажіть, які лікарські засоби сприяють лізису некротичного нальоту, які вкривають виразкову поверхню ясен при лікуванні симптоматичного виразкового гінгівіту.

- A. Трипсин
- B. Розчин лідази
- C. Розчин хлораміну
- D. Розчин перекису водню
- E. Розчин хлоргексидину
- F. Розчин мікроциду
- G. Розчин перманганату калію
- H. Розчин гіпохлориду натрію.

Практичне заняття № 8

Тема: Хірургічні методи лікування генералізованого пародонтиту (кюретаж, гінгівотомія, гінгівектомія). Показання, методика проведення.

Мета: вивчити хірургічні методи лікування в пародонтології.

Навчальні цілі:

Знати:

- мету та види хірургічних втручань у хворих на ГП;
- показання та протипоказання до призначення основних хірургічних методів лікування у хворих на ГП;
- методику та етапи проведення різних видів кюретажу, які застосовують на етапах комплексного лікування хворих на ГП;
- гінгівотомія, гінгівектомія, клаптеві операції - сутність методів, етапи проведення;
- метод спрямованої тканинної регенерації у хірургічному лікуванні хворих на генералізований пародонтит;
- післяопераційне ведення пародонтологічних хворих.

Оволодіти:

- методикою складання плану передопераційної підготовки та післяопераційного супроводу хворих на ГП.

Вміти:

- за результатами клініко-рентгенологічного обстеження хворого на ГП визначити оптимальний метод хірургічного лікування;
- скласти план передопераційної підготовки та післяопераційного ведення хворих після хірургічного втручання на тканинах пародонту;
- провести закритий кюретаж.

Коротка характеристика теми:

Метою хірургічного лікування генералізованого пародонтиту є:

- ліквідація хронічного одонтогенного вогнища інфекції;
- реконструкція ураженого пародонту.

Методи хірургічних втручань умовно поділяють на:

I. Невідкладні:

1. Видалення зуба.
2. Розкриття пародонтального абсцесу.

II. Планові:

1. Видалення зубів.
2. Кюретаж (закритий, відкритий, вакуум-кюретаж, кріокюретаж).
3. Гінгівотомія.
4. Гінгівектомія (проста і радикальна).
5. Клаптеві операції:
 - із корекцією ясенного краю;
 - із пластикою кісткових кишень;
 - із остеопластиком коміркової дуги щільним алогенним трансплантатом;

- із застосуванням методики спрямованої регенерації тканин пародонту;
 - із комбінацією перелічених методів.
6. Формування присінку порожнини рота (вестибулопластика).
7. Операційні втручання з метою корекції присінку порожнини рота:
- френулотомія;
 - френулоектомія;
 - френулопластика.
8. Фізіохірургічні методи:
- вакуум-хірургія;
 - електрохірургія;
 - кріохірургія;
 - лазерна хірургія.
9. Допоміжні операції:
- гемісекція;
 - ампутація кореня;
 - ампутація коренів фронтальної ділянки в протезах;
 - коронорадикулярна сепарація;
 - реплантація;
 - ендодонто-ендоосальна стабілізація зуба.

Хірургічний метод лікування генералізованого пародонтиту застосовується на основі встановленого діагнозу захворювання та знання показань до тієї чи іншої хірургічної методики. Призначаючи хірургічний метод лікування, слід враховувати особливості клінічного перебігу генералізованого пародонтиту, алергологічний анамнез та наявність соматичної патології.

Показання до хірургічного лікування генералізованого пародонтиту:

- У хворих на генералізований пародонтит I і II ст. – кюретаж і його модифікації: при глибині кишень до 4 мм – закритий, а від 4-5 мм – відкритий.
- У хворих на генералізований пародонтит II-III ст. – клаптеві операції та їх модифікації, реконструктивні операції.

- При глибокій кістковій кишені в ділянці 1-3 зубів і у разі окремих рецидивуючих абсцесів – гінгівотомія.
- При гіпертрофії сосочків за відсутності виражених пародонтальних кишень – гінгівектомія.
- Гінгівотомія та гінгівектомія є етапом клаптевих операцій і застосовуються з метою ліквідації окремих симптомів захворювання: для розкриття пародонтальних абсцесів, переведення гострої стадії у хронічну, висічення гіпертрофованих сосочків.
- При вогнищевому ураженні пародонту зумовленому анатомо-морфологічними особливостями, показане висікання коротких вуздечок, тяжів, поглиблення присінку.

Протипоказання до хірургічного лікування генералізованого пародонтиту:

I. Загальні:

абсолютні:

- Системний остеопороз;
- Захворювання крові;
- Некомпенсована форма діабету і тиреотоксикозу;
- Активна форма туберкульозу;
- Онкологічна патологія;
- Тяжкі захворювання серцево-судинної системи, печінки, нирок;
- Період вагітності;
- Алергічний, автоімунний та проліферативний синдроми і спадкова обтяженість у декількох поколіннях.

відносні:

- Гострі інфекційні захворювання;
- Низький рівень гемоглобіну в крові.

II. Місцеві:

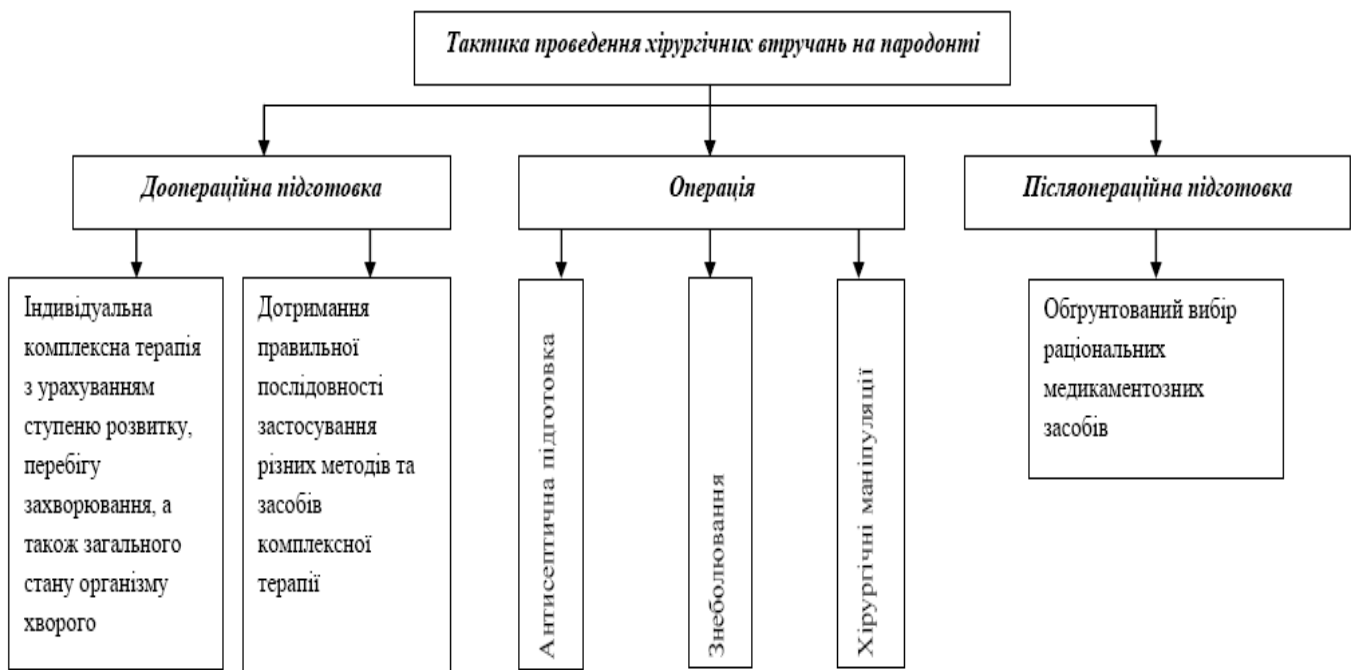
- Недотримання правил індивідуальної гігієни;
- Патологія прикусу, яка не підлягає корекції;
- Наявність не усуненої травматичної оклюзії;
- Фіброзно змінені або витоншені ясна;
- Деструкція кісткової тканини більше, ніж на 2/3 довжини кореня при рухомості зубів II-III ступеня;
- Виразкові процеси в порожнині рота;
- Наявність абсцесів.
- Для екстреного хірургічного втручання (наприклад, відкриття пародонтального абсцесу) протипоказань немає.

Принципи пародонтальної хірургії:

- економне висічення м'яких тканин із метою захисту коміркової дуги і остеопластичного матеріалу.
- збереження остеопоротично змінених ділянок кісткової тканини коміркового відростка.
- повне видалення проліферуючого епітелію та грануляційної тканини.
- обережне ставлення до цементу кореня зуба.
- ретельний гемостаз, адекватне кровопостачання.
- усунення місцевих провокуючих чинників.

Види кюретажу	Показання до застосування	Протипоказання до застосування
Закритий кюретаж	глибина ПК – 3-4мм;	Глибокі кісткові кишені Загострення симптоматичного гінгівіту Гіпертрофічний гінгівіт Абсцес Рухомість зубів III ст.
Відкритий кюретаж	глибина ПК – 3-4мм;	Глибана ПК > 5 мм Нерівномірна резорбція (кісткові кишені)
Вакуум-кюретаж	глибина ПК – 5-7мм; кісткові кишені	Тонкі стінки ПК

Етапи хірургічного лікування генералізованого пародонтиту.



Гінгівотомія – це лінійне розсікання стінки пародонтальної кишені з метою вскриття пародонтального абсцесу або відкритого кюретажу під візуальним контролем. Покази: глибокі пародонтальні кишені в ділянці одного або кількох зубів, одиночні рецидивуючі абсцеси.

Гінгівоектомія – це висічення пародонтальної кишені на всю її глибину (на рівні альвеолярного краю, одночасно з паталогічно зміненим ясенним краєм і вмістом кишені). Розрізняють просту і радикальну гінгівоектомію.

Клаптикова операція проводиться з метою ліквідації пародонтальних кишень і корекції дефектів альвеолярного відростка верхньої щелепи або альвеолярної частини нижньої щелепи.

Показами до клаптикової операції є генералізований пародонтит II-III ступеню при глибині пародонтальних кишень більше 5 мм, деструкція кісткової тканини не більш як на 1/2 довжини кореня, витончені і фіброзно змінені ясна.

Класифікація матеріалів для прискорення регенерації кісткової тканини пародонту за G. Gara і D. Adams (1981)

I. Автотрансплантати – людська кісткова тканина взята з іншої ділянки тієї ж особи:

- а) кортикальна кістка;
- б) губчаста кістка;
- в) комбінована кортикально-губчаста кістка.

II. Алотрансплантати – трансплантати, взяті з іншої людини:

- а) свіжозаморожена кісткова тканина;
- б) ліофілізована кісткова тканина;
- в) демінералізована і ліофілізована кісткова тканина;
- г) брешковата кістка;
- д) формалінізовані алотрансплантати.

III. Ксенотрансплантати – трансплантати, взяті від представника іншого біологічного виду:

- а) цільні кісткові трансплантати – Osteograf, Bio-Oss;
- б) кістковий гідроксилапатит;
- в) тверда мозкова оболонка;
- г) кораловий карбонат кальцію – (Біокрил, Франція).

IV. Експлантати – трансплантати небіологічного походження – синтетичні матеріали, мінеральні трансплантати:

- а) полімери: HTR Synthetic Bone (Bioplant, Norwalk, CT);
- б) біокераміка;
- в) трикальційфосфат – пориста форма фосфату кальцію;
- г) гідроксилапатит (OsteoJen, Implants, Ttlliswood, Oste-Yraft);
- д) алюмоксидна кераміка – Terio Gla, Biogran, Біосітал, Колапан, Полістом;
- е) комбіновані препарати колагену з трикальційфосфатом або гідроксилапатитом.

Контрольні питання поточного матеріалу:

1. Визначте мету хірургічного лікування хворих на ГП.
2. Класифікація хірургічних методів лікування в пародонтології?
3. Зазначте види хірургічних втручань у хворих на ГП.
4. Показання до проведення хірургічного лікування у хворих на ГП.
5. Протипоказання до проведення хірургічного лікування у хворих на ГП.
6. Хірургічні методи лікування з елементами пародонтопластики.
7. Пародонтальна кишень, методи лікування (медикаментозні, хірургічні).
Мета хірургічного способу лікування пародонтальних кишень.
8. Визначте мету передопераційної підготовки хворих до хірургічного лікування ГП.
9. Алгоритм проведення передопераційної підготовки хворих до хірургічного лікування ГП.
10. Кюретаж. Визначення, види, техніка проведення.
11. Гінгівотомія. Види, техніка проведення.
12. Гінгівектомія. Види, техніка проведення.
13. Показання та протипоказання до проведення гінгівопластики. Етапи проведення (метод Цешинського-Відмана-Неймана).

14. Показання та протипоказання до проведення гінгівостеопластики. Етапи проведення.

15. Суть методу спрямованої тканинної регенерації. Види мембран, що застосовуються при СТР.

16. Назвіть групи стимуляторів репаративного остеогенезу. Перелічіть вимоги до них.

17. Операційне втручання з метою корекції присінку порожнини рота. Визначення, методика проведення.

18. Принципи післяопераційного ведення хворих після хірургічного втручання на тканинах пародонта. Медикаментозний супровід.

Тестовий контроль поточного матеріалу I рівня

(одна правильна відповідь)

1. Вкажіть показання до проведення кюретажу:

- A. Генералізований пародонтит III ступеня
- B. Генералізований пародонтит I-II ступеня
- C. Виразково-некротичний гінгівіт
- D. Гіпертрофічний гінгівіт
- E. Пародонтоз II ступеня

2. Вкажіть правильну послідовність етапів закритого кюретажу:

- A. Анестезія — розкриття кишені — під'ясенний скейлінг і полірування кореня зуба — видалення грануляцій та змертвілих волокон періодонта — деепіталізація кишені — захисна пов'язка
- B. Розкриття кишені — анестезія — видалення змертвілих волокон періодонта і грануляцій — деепіталізація кишені — захисна пов'язка
- C. Анестезія - під'ясенний скейлінг — видалення грануляцій — полірування кореня — деепіталізація кишені — пародонтальна пов'язка
- D. Анестезія — під'ясенний скейлінг — деепіталізація кишені — видалення грануляцій — захисна пов'язка

Е. Розкриття кишені — анестезія — видалення грануляцій та змертвілих волокон періодонта — під'ясенний скейлінг та полірування кореня — деепіталізація кишені — пародонтальна пов'язка

3. Для прискорення регенерації кісткової тканини при пародонтальній хірургії використовують трансплантати. Вкажіть, як називається трансплантат, взятий від іншої людини:

- А. Аутотрансплантат
- В. Ксенотрансплантат
- С. Експлантат
- Д. Гетеротрансплантат
- Е. Алотрансплантат

4. Оберіть невідкладний метод хірургічних втручань:

- А. Кюретаж
- В. Гінгівотомія
- С. Гінгівотомія з розкриттям пародонтального абсцесу
- Д. Гінгівоектомія
- Е. Клаптева операція

5. Показаннями до клаптевих операційних втручань є:

- А. Генералізований пародонтит I-II ступеня
- В. Генералізований пародонтит II-III ступеня
- С. Генералізований пародонтит початкового ступеня
- Д. Пародонтоз II ступеня
- Е. Пародонтоз I ступеня

6. Показаннями до проведення клаптевих операцій при генералізованому пародонтиті є:

- А. Пародонтальні кишені глибиною більше 6 мм
- В. Пародонтальні кишені глибиною 4-6 мм

- C. Деструкція міжкоміркових кісткових перегородок $> 1/2$ довжини кореня зуба
- D. Пародонтальні кишені глибиною 3,5-5,5 мм при рецесії ясен 5-7 мм
- E. Деструкція міжкоміркових кісткових перегородок більше $2/3$ довжини коренів зубів з плавними кістковими кишнями

7. Хвора Н., 29-х років, скаржиться на кровоточивість ясен при чищенні зубів. Об'єктивно : ясна ціанотичні, кровоточивість I бал. Глибина пародонтальних кишень 4,5-5 мм. Рентгенологічно: вертикальна резорбція міжзубних перегородок на $1/3$ довжини коренів, кісткові кишені відсутні. Який з хірургічних методів необхідно застосувати в комплексному лікуванні?

- A. Відкритий кюретаж
- B. Гінгівектомію
- C. Клаптеву операцію
- D. Вестибулопластику
- E. Закритий кюретаж

8. Хворий П., 39-ти років, встановлений діагноз: Генералізований пародонтит I ступінь, хронічний перебіг. Об'єктивно: ясна ціанотичні, слабо кровоточать при зондуванні. Глибина пародонтальних кишень 3-4 мм. Рентгенологічно: нерівномірна резорбція міжзубних перегородок на $1/3-1/4$ довжини коренів. Який хірургічний метод необхідно застосувати у комплексному лікуванні?

- A. Відкритий кюретаж
- B. Клаптеву операцію
- C. Радикальну гінгівостеопластику
- D. Закритий кюретаж
- E. Гінгівектомію

9. Яка основна мета використання бар'єрних матеріалів (мембран) при пародонтальній хірургії?

- A. Захист глибоких тканин пародонту (кістки) від проникнення екзогенної інфекції
- B. Захист кров'яного згустка
- C. Попередження розходження країв операційної рани при натягу слизово-окістного клаптя
- D. Попередження епітеліальної міграції в глибину пародонтальної кишені
- E. Створення амортизаційної подушки для зменшення травмування оперованих м'яких тканин пародонту

10. Які бувають види гінгівоектомії?

- A. Проста, радикальна
- B. Закрита, відкрита
- C. Вертикальна, горизонтальна
- D. Глибока, поверхнева
- E. Немає правильної відповіді

Тестовий контроль поточного матеріалу II рівня

(дві правильні відповіді)

1. Хвора А., 45 р., скаржиться на кровоточивість ясен, гноетечу, рухливість зубів. Хворіє 10 років. При огляді: ясна на верхній та нижній щелепах гіперемовані, набряклі, при доторкуванні кровоточать. В ділянці 42, 41, 32, 31 зубів пародонтальні кишені до 7 мм з гнійним виділенням, рухомість II ступеня, інших зубів I ступеня. На рентгенограмі – резорбція міжальвеолярних перегородок в ділянці 42, 41, 31, 32 на 2/3 довжини кореня, явища остеопорозу. Який з перелічених методів найбільш показаний для хірургічного лікування даної хвороби?

- A. Клаптева операція із застосуванням СТР
- B. Клаптева операція

- C. Кріокюретаж
- D. Відкритий кюретаж
- E. Гінгівотомія
- F. Гінгівектомія
- G. Вакуум-кюретаж
- H. Кріохірургія

2. Пацієнту М., 32 років необхідно провести кюретаж пародонтальних кишень. Критерієм ефективності кюретажу пародонтальних кишень в процесі виконання є:

- A. Повна відсутність кровотечі
- B. Ясна щільно прилягають до зубів
- C. Відсутність грануляцій
- D. Відновлення зубоясенного з'єднання
- E. Відсутність грануляцій і деепітелізація кишень
- F. Відсутність під'ясенного зубного каменю та вираженої кровоточивості
- G. Відсутність під'ясенних зубних відкладень
- H. Відсутність зубних відкладень та ексудату кишень

3. В клініку терапевтичної стоматології звернувся пацієнт Р., віком 40 р., якому діагностовано: загострення генералізованого пародонтиту III ступеня тяжкості. Який вид кюретажу можна використати при даній нозологічній формі?

- A. Відкритий і вакуум – кюретаж
- B. Вакуум – кюретаж
- C. Кріокюретаж
- D. Відкритий кюретаж
- E. Закритий кюретаж
- F. Відкритий і закритий кюретаж
- G. Закритий і вакуум-кюретаж
- H. Відкритий і кріокюретаж

4. Показання до операції гінгівотомії є:

- A. Поодинокі вузькі пародонтальні кишені глибиною понад 5 мм
- B. Пародонтальний абсцес
- C. Пародонтальні кишені глибиною до 5 мм
- D. Рухомість зубів III ступеня
- E. Кісткові кишені при генералізованому пародонтиті
- F. Рухомість зубів II ступеня
- G. Пародонтальні кишені до 5 мм та рухомість II ступеня
- H. Рухомість зубів I ступеня

5. Значення захисно-лікувальних пов'язок при хірургічному лікуванні генералізованого пародонтиту полягає в:

- A. Зменшенні терміну лікування
- B. Усуненні рухомості зубів
- C. Сприянні стабілізації зубів
- D. Запобіганню травмування операційної рани
- E. Прискоренні її загоювання
- F. Відновленні зубо-ясенного з'єднання
- G. Лікувально-профілактичній терапії
- H. Як додатковий медикаментозний засіб лікування

Практичне заняття № 9

Тема: Ортопедичні заходи в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту. Методи фіксації рухомих зубів. Тимчасове шинування. Показання. Методика проведення.

Мета заняття: розглянути ортопедичні втручання в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту та методику їх проведення.

Навчальні цілі:

Знати:

- мету та види ортопедичних втручань у хворих на ГП;
- показання та протипоказання до призначення основних ортопедичних методів лікування у хворих на ГП;
- методику та етапи проведення різних видів шинування, які застосовують на етапах комплексного лікування хворих на ГП.

Оволодіти:

- методикою складання плану шинування на етапах комплексного лікування хворих на ГП,
- методиками проведення різних видів шинування, які застосовують на етапах комплексного лікування хворих на ГП.

Вміти:

- за результатами клініко-рентгенологічного обстеження хворого на ГП визначити оптимальний метод ортопедичного лікування;
- скласти план підготовки до ортопедичного лікування та ведення хворих після шинування.

Коротка характеристика теми:

Хронічний генералізований пародонтит супроводжується порушенням оклюзійно-артикуляційних співвідношень у зубощелеповій системі. Ортопедичне лікування необхідно проводити одночасно з терапевтичним. Існують наступні методи ортопедичного лікування:

1. Вибіркове пришлифовування зубів.
2. Тимчасове шинування.
3. Постійне шинування і протезування.
4. Ортодонтичне лікування.

Вибіркове пришлифовування зубів проводять після зняття зубних відкладень, проведення протизапальної терапії та кюретажу пародонтальних

кишень. Для виявлення передчасних контактів використовують воскову пластинку або копіювальний папір. Втручання здійснюють лише в межах емалі.

Показаннями до вибіркового пришліфовування зубів є:

1. Бруксизм.
2. Дисфункція скроневопідщелепового суглобу.
3. Рухомість окремих зубів.
4. Оголення шийок і окремих зубів.

Шинування зубів – це симптоматичне лікування, яке полягає у скріпленні всіх зубів в єдиний блок шиною. Шинування буває тимчасове (до двох тижнів на час проведення терапевтичного і хірургічного лікування) і постійне (на роки).

Виконуючи шинування, лікар прагне досягнути наступних цілей:

- Захистити рухомі зуби від подальшого пошкодження їхнього опорно-утримувального апарату шляхом стабілізації в нетравматичних оклюзійних співвідношеннях.
- Ліквідувати або зменшити оклюзійне перевантаження зубів шляхом рівномірного його розподілу.
- Стабілізувати зуби після ортодонтичного або в процесі пародонтологічного лікування.
- Скласти попередній прогноз для „сумнівних” зубів, особливо опорних, під майбутній реальний прогноз.
- Запобігти зміщенню зубів.

Показання до тимчасового шинування:

- Зуби з вираженою втратою кісткової тканини пародонту (більше 1/2 довжини кореня) і рухомістю II-III ступеня.
- Рухомі зуби при глибокому прикусі.
- Зуби з короткими або резорбованими коренями.
- Рухомі зуби з ампутованими коренями.
- Рухомі зуби при наявності протипоказань до хірургічного лікування (наприклад, при системній патології).

Ортодонтичне лікування можливе лише в період ремісії початкового ступеня патологічного процесу. При цьому використовують мінімальну ортодонтичну тягу та дріт діаметром 0,6 мм.

Ортодонтичне лікування при терапії захворювань тканин пародонту відіграє допоміжну роль, але бувають випадки необхідності ортодонтичних заходів, а саме: нахил молярів і премолярів, зубо-коміркове подовження, травми ясен у ділянці фронтальних зубів із патологічною втратою міжзубних сосочків, тісне положення фронтальних зубів із дуже тонкою апроксимальною кістковою стінкою.

Ортопедичні методи лікування хвороб пародонту є невід'ємною складовою частиною комплексного лікування генералізованого пародонтиту.

Контрольні питання поточного матеріалу:

1. Особливості комплексного лікування ГП.
2. Для чого використовують ортопедичні методи лікування ГП?
3. Що таке травматична оклюзія?
4. Які види травматичної оклюзії Ви знаєте?
5. Якими способами можна зменшити навантаження на пародонт?
6. Метод тимчасового шинування, як лікувальний етап, скерований на створення стійкості зубів і зубних рядів у цілому.
7. Які види стабілізації зубів Ви знаєте і який з них є найбільш адекватним при генералізованому процесі в пародонті?
8. Що таке шинування зубів?
9. Які види шинування Ви знаєте?
10. Класифікація шин.
11. Вимоги до шин.
12. Чинники, що забезпечують лікувальний ефект шинування зубів при пародонтиті.
13. Охарактеризувати шини для передніх зубів.

14. Охарактеризувати шини для бічних зубів.
15. Види стабілізації зубного ряду при пародонтиті.
16. Техніка шинування зубів за допомогою композиційних матеріалів і армуючої стрічки.
17. Вибір композиційного матеріалу для шинування зубів армуючою стрічкою.
18. В чому переваги рідких композиційних матеріалів для шинування зубів.
19. Який із видів композиційних матеріалів має найбільшу пружність?
20. Коли використовують ортодонтичне лікування і які є його недоліки?

Тестовий контроль поточного матеріалу І рівня

(одна правильна відповідь)

1. Види тимчасових шин:

- A. Композитні
- B. Лігатурні та композитні
- C. Лігатурні, композитні, арматурні
- D. Арматурні і лігатурні
- E. Лігатурні

2. Яким шинам надають перевагу, коли необхідно врахувати косметичний аспект:

- A. Композитним, комбінованим, внутрішньокоронковим
- B. Лігатурним
- C. Лігатурним і композитним
- D. Арматурним
- E. Арматурним і лігатурним

3. Для чого використовують систему типу Ribbond?

- A. Постійного шинування
- B. Вибіркового пришліфовування

- C. Ортопедичного шинкування
- D. Тимчасового шинкування
- E. Шин - протезів

4. Пацієнт 49 р., звернувся з приводу кровоточивості ясен та рухомості фронтальних зубів нижньої щелепи. Після проведеного обстеження був встановлений діагноз: локалізований пародонтит II ст. фронтальної ділянки зубів нижньої щелепи в стадії загострення. Який метод найбільш ефективний в даній ситуації?

- A. Протезування рухомих зубів постійною шинуючою конструкцією
- B. Пришліфування зубів та медикаментна терапія
- C. Медикаментне лікування, кюретаж пародонтальних кишень, тимчасове шинкування зубів
- D. Провести терапевтичне лікування та усунення під ясенних зубних відкладень
- E. Виготовити штамповані капи з пластмаси

5. Шинкування зубів при пародонтиті проводять з метою:

- A. Раціонального розподілу жувального тиску
- B. Запобігання зміщенню зубів
- C. Стабілізації зубів, створення сприятливих умов для консервативного та хірургічного лікування
- D. Нормалізації функціонального навантаження на періодонт
- E. Всього перерахованого

6. Розрізняють такі види стабілізації зубних рядів:

- A. Сагітальна, фронтальна, за дугою
- B. Аркоподібна, фронтосагітальна, за дугою, сагітальна
- C. Сагітальна, фронтальна, фронтосагітальна, парасагітальна, за дугою
- D. Аркоподібна, лінійна, фронтальна, за дугою

Е. Сагітальна, фронтальна, за дугою, аркоподібна

7. Терміни накладання тимчасових шин:

А. На час медикаментозного та хірургічного лікування

В. На 1-2 місяці

С. На час хірургічного лікування

Д. На час загострення генералізованого пародонтиту

Е. На 1-2 тижні

8. Жінці віком 52 роки з діагнозом: генералізований пародонтит III ст., хронічний перебіг, що страждає на ІХС середнього ступеню лікар-стоматолог для постійного шинування бокових зубів обрав адгезивну шину. Яку перевагу даної шини у порівнянні з іншими для постійного шинування він врахував у даному випадку?

А. Косметичність

В. Односеансний метод виготовлення

С. Надійність фіксації

Д. Довговічність

Е. Рівномірний розподіл жувального навантаження

9. Лікар-стоматолог здійснює тимчасове шинування рухливих зубів у фронтальній ділянці нижньої щелепи пацієнту 45 років з діагнозом: генералізований пародонтит III ст., хронічний перебіг за допомогою пластмасової шини. Вкажіть основний недолік цієї шини у порівнянні з лігатурною.

А. Не забезпечує достатньої фіксації зубів

В. Не естетична

С. Травмує зуби і ясна

Д. Не достатньо міцна

Е. Утруднює підхід до тканин пародонту

10. Які види шинування використовують в комплексному лікуванні хвороб пародонту:

- A. Постійне і тимчасове
- B. Первинне і вторинне
- C. Тимчасове
- D. Первинне
- E. Постійне

**Тестовий контроль поточного матеріалу II рівня
(дві правильні відповіді)**

1. При проведенні вибіркового пришліфування не зішлифовують оклюзійні поверхні на:

- A. Щічних горбках верхніх бічних зубів
- B. Язикових горбках нижніх бічних зубів
- C. Опорних горбках зубів
- D. На піднебінній поверхні фронтальних зубів верхньої щелепи
- E. Піднебінних горбках верхніх бічних зубів
- F. Щічних горбках нижніх бічних зубів
- G. Щічних горбках верхніх бічних зубів
- H. На язиковій поверхні фронтальних зубів нижньої щелепи

2. Яке тимчасове шинування доцільно використати для зміцнення рухомих зубів фронтальної ділянки при генералізованому пародонтиті II ступеня

- A. Лігатурні шини з дротяного каркасу
- B. Лігатурні шини вкриті композитом
- C. Композитні
- D. Шини-капи
- E. Ковпачкові шини

- F. Коронкові шини
- G. Кільцеві шини
- H. Напівкоронкові шини

3. Хвора К., 41р., скаржиться на незначну кровоточивість ясен, рухомість зубів, неприємний запах з рота. На рентгенограмі: резорбція альвеолярного відростка більш як на 1/3 довжини кореня. Діагноз: генералізований пародонтит II ступеня, хронічний перебіг. З чого слід розпочати ортопедичне лікування?

- A. Визначення оклюзіограмми
- B. Видалення зубних відкладень
- C. Виготовлення шини-капи
- D. Вибіркового пришліфування
- E. Тимчасове шинування
- F. Медикаментозне лікування
- G. Постійне шинування
- H. Раціональне протезування

4. Хвора Г., 50 років скаржиться на неприємний запах з рота, незначну кровоточивість ясен. Об'єктивно: хронічний катаральний гінгівіт, пародонтальні кишені глибиною 4-5 мм, містять помірну кількість серозного ексудату. Рухомість зубів I-II ступеня. Рентгенологічно: кортикальна пластинка порушена, резорбція альвеолярної кістки досягає половини висоти міжальвеолярних перетинок. Поставлено діагноз: хронічний генералізований пародонтит II ступеня. Який з методів ортопедичного лікування необхідно застосувати для лікування хворого?

- A. Призначення протизапальної терапії
- B. Проведення постійного шинування
- C. Проведення планової операції
- D. Визначення оклюзіограми
- E. Виготовлення шини-капи

- F. Видалення зубних відкладень
- G. Проведення тимчасового шинування
- H. Проведення вибіркового пришліфування

5. У хворих на генералізований пародонтит на етапі ортопедичного лікування, необхідно провести метод вибіркового пришліфування:

- A. Перед проведенням клаптевої операції
- B. Перед проведенням відкритого кюретажу
- C. Перед видаленням назубних відкладень
- D. Перед антибактеріальним лікуванням
- E. Перед постійним шинуванням
- F. Перед визначенням оклюзіїограми
- G. Перед видаленням зубів
- H. Перед тимчасовим шинуванням

Практичне заняття № 10

Тема: Загальна фармакотерапія хворих на генералізований пародонтит.

Антибіотикорезистентність. Підтримувальна терапія. Показання. Лікарські препарати.

Мета заняття: навчити студентів проведенню медикаментного лікування хворих на генералізований пародонтит з різним характером перебігу та ступенем розвитку процесу.

Навчальні цілі:

Знати:

- механізм дії основних фармпрепаратів, які застосовують для етіотропного, патогенетичного і симптоматичного лікування хворих на генералізований

пародонтит та засобів, які мають загальнобіологічний саногенний вплив на організм.

Оволодіти:

- методикою використання препаратів для загального лікування відповідно до загальнобіологічного статусу організму хворого на ГП та клінічного перебігу захворювання.

Вміти:

- виявити анамнестичні, лабораторні та місцеві клініко-рентгенологічні дані, які би визначали потребу у загальній фармакотерапії;
- провести індивідуальний підбір необхідного для хворого на ГП загального лікування.

Коротка характеристика теми:

Фармакотерапія у пародонтології поділяється на місцеву та загальну. Загальне медикаментне лікування є невід'ємною частиною комплексної терапії генералізованого пародонтиту, яке проводиться вже на початковому етапі лікування. Мета проведення загального лікування полягає у покращенні загальносоматичного стану хворого, підвищенні опірності організму.

Системна фармакотерапія спрямована на боротьбу з інфекцією, інтоксикацією, на активацію імунітету, нормалізацію обмінних порушень та процесів перекисного окиснення ліпідів, а також стимуляцію регенерації уражених тканин пародонту. Треба пам'ятати, що місцеве та загальне лікування - це поняття умовне. Усунення місцевих травмуючих факторів та запального процесу має і загальнооздоровче значення. Водночас поліпшення загального стану, раціональне лікування фонової патології забезпечують ефективність місцевої терапії в коротший термін. І навпаки, погіршення загального стану призводить до загострення патологічного процесу в тканинах пародонта.

Лікування фонової патології у багатьох пародонтологічних пацієнтів (із захворюваннями системи крові, ендокринної та серцево-судинної систем) є основним видом загальної терапії.

Заходи:

- консультація суміжних спеціалістів (терапевт, ендокринолог, імунолог, невропатолог та ін.), виявлення та лікування фонової патології;
- корекція функцій залоз внутрішньої секреції (статевих, щитоподібної, підшлункової, кори наднирників) ;
- збалансоване харчування, вітамінотерапія, остеотропна терапія (макро- та мікроелементи, антирезорбенти);
- нормалізація обміну речовин;
- імунокорегуюча терапія;
- антибактеріальна, гіпосенсибілізуюча терапія.

Боротьба з пародонтальною інфекцією є чи не найважливішим завданням в етіотропній терапії генералізованого пародонтиту. Метою антимікробної терапії пародонтиту є зменшення загальної кількості мікроорганізмів у назубній біоплівці, модифікація мікробного спектру у бік грампозитивних та менш агресивних штамів бактерій з одночасним уповільненням зростання пародонтопатогенних штамів, а в ідеалі їх повна елімінація.

Проте складність такого завдання полягає в тому, що спектр пародонтопатогенів доволі великий, вірулентність окремих штамів варіює в широких межах, а підбір ефективної антибактеріальної терапії зазнає труднощів у зв'язку з постійним зростанням антибіотикорезистентних штамів бактерій, участю в запальному процесі умовно-патогенної мікрофлори (гриби, трихомонади, фузоспірилярна інфекція), яка володіє природною стійкістю до більшості застосовуваних антибіотиків.

Антибіотикорезистентність – здатність мікроорганізмів виживати і розмножуватись, незважаючи на присутність антибіотиків, при чому раніше дані мікроорганізми могли бути чутливими до певних видів антимікробних препаратів. Така резистентність розвивається в результаті природного добору випадкових мутацій. Як тільки ген стійкості до антибіотику виникає, бактерії можуть переносити генетичну інформацію стійкості за допомогою горизонтального переносу генів, зокрема шляхом обміну плазмідами –

невеликими фрагментами ДНК, окремими від хромосомної ДНК. Власне плазміди, які містять ген стійкості бактерії до антибіотику, переходячи від однієї бактерії до іншої забезпечують розвиток міжвидової передачі властивості антибіотикорезистентності у всіх видів мікроорганізмів, які формують біоплівку на коренях зубів у пародонтальних кишнях.

Саме тому антибіотикотерапія повинна бути суворо обґрунтована. При лікуванні пацієнтів з патологією пародонту показаннями для її призначення є наступне:

- виразковий гінгівіт та пародонтит з вираженими явищами інтоксикації організму;
- генералізований пародонтит з виділенням гною з пародонтальних кишень, переважання запальної компоненти, особливо на тлі вираженої соматичної патології;
- абсцедуюча форма пародонтиту;
- рефрактерний до лікування пародонтит з швидкою деструкцією кісткової тканини альвеолярного паростку;
- профілактика бактеріємії, розвитку бактеріального ендокардиту та інших ускладнень при лікувальних маніпуляціях на пародонті у пацієнтів з тяжкою загальносоматичною патологією (імунодефіцитні стани, ревматизм, вади серця, цукровий діабет, порушення згортання крові, нещодавні хірургічні втручання на серці та ін.);
- перед початком хірургічного втручання на пародонті при лікуванні генералізованого пародонтиту та в післяопераційному періоді.

Антибіотики в пародонтології можуть призначатися системно і місцево. Для запобігання формування антибіотикорезистентності, системна антибіотикотерапія вимагає суворого дотримання тривалості курсу, дози і кратності застосування препарату, одночасного призначення протигрибкових препаратів, вітамінів групи В, пробіотичних препаратів.

Вибір антибіотика здійснюється на підставі ідентифікації збудника, медичного стану пацієнта та із урахуванням прийнятих на даний час лікарських препаратів. У випадку визначення складу мікрофлори та її чутливості до антимікробних препаратів проводиться цільова, або мікробіологічно орієнтована терапія.

Якщо збудник відомий, але немає даних про його чутливість до антимікробних препаратів, лікар при виборі препарату керується заздалегідь відомими знаннями про чутливість даного збудника і оптимальний режим застосування антимікробного препарату.

У більшості випадків вибір антибіотика для системної терапії здійснюється емпірично, тобто на передбачуваних інфекційних агентів без даних мікробіологічних досліджень, використовуючи препарати, ефективність яких є відомою у достатньо великій кількості випадків, про що є інформація у науковій медичній періодиці та систематичних оглядах. У пародонтології найбільш часто застосовують антибіотики таких груп: амінопеніциліни (більш ефективні в поєднанні з клавулоновою кислотою), тетрацикліни, лінкозаміди, макроліди, фторхінолони.

Локальне застосування антибіотиків у пародонтології в традиційних формах (мазі, гелі, розчини для аплікацій та інстиляцій) є не достатньо ефективним, оскільки неможливо створити ефективну концентрацію в тканинах пародонту та підтримування її на достатньому рівні впродовж необхідного для лікування часу. Тому для місцевого протимікробного лікування хворих на генералізований пародонтит необхідно застосовувати лише медикаментні форми з пролонгованим виділенням діючого препарату у вогнище запалення.

Слід зазначити, що арсенал медикаментів, який використовується при лікуванні генералізованого пародонтиту, надзвичайно широкий і передбачає застосування протизапальних, протимікробних, дезінтоксикаційних засобів, вплив на судинну та імунну системи, а також препаратів, що виявляють метаболічну, загальнозміцнювальну та стимулювальну дію.

Основні групи препаратів, що застосовуються для загальної медикаментної терапії при генералізованому пародонтиті:

- 1) Нестероїдні протизапальні препарати (моваліс, месулід);
- 2) Антипротозойні та противірусні засоби (трихопол, фасижин, дифлюкан);
- 3) Антибіотики та сульфаніламідні препарати (кліндаміцин, етазол);
- 4) Пробиотики, пребіотики, синбіотики (ацилакт, біфікол);
- 5) Вітаміни, макро- та мікроелементи (комплевіт, аскорутин);
- 6) Антиоксиданти, гепатопротектори (веторон);
- 7) Адаптогени (женьшень);
- 8) Імуномодулятори (імудон, левамізол);
- 9) Сорбенти, дезінтоксиканти (ентеросгель, карболен);
- 10) Антигістамінні препарати (klarитин, феністил);
- 11) Остеотропні засоби (бісфосфонати);
- 12) Препарати для усунення мікроциркуляторних порушень (пармідин, компламін).

Комплексне лікування хворих на генералізований пародонтит повинно включати як різні види місцевого лікування (терапевтичне, хірургічне, ортопедичне), так і загальне лікування. Метою такого комплексного лікування є досягнення стійкої ремісії, а також, в подальшому, тривалої стабілізації у перебігу пародонтиту, що повинно супроводжуватись відсутністю запальних процесів у пародонті. Тому після закінчення усіх основних етапів лікування надзвичайно важливим для позитивного прогнозу у перебігу захворювання є здійснення підтримуючої терапії з одночасним моніторингом пацієнтів.

Для підтримуючої терапії у пацієнтів з патологією пародонта використовуються як місцеві, так і загальні заходи, спрямовані на підвищення загальної резистентності організму, збільшення мінеральної щільності кісткової тканини, покращання мікроциркуляції в тканинах пародонта, а також попередження рецидиву запального процесу в пародонті.

Підтримуюча терапія включає в себе періодичне оцінювання стану тканин пародонта для своєчасного проведення профілактики та лікування новоутворених та наявних вогнищ ураження пародонта. Мета підтримуючої терапії – тривале збереження стабільного стану тканин пародонта після усіх етапів активного лікування.

Підтримуюча терапія реалізується через систему повторних візитів, під час яких проводять:

1. Уточнення історії хвороби пацієнта, перегляд нових ретгенограм, та рентгенограм, які були зроблені раніше;
2. Повне клінічне обстеження (оцінювання стану тканин щелепно-лицевої ділянки – м'яких тканин, скронево-нижньощелепного суглобу, зубних рядів, тканин пародонта);
3. Контроль за виконанням правил індивідуальної гігієни порожнини рота;
4. Мікробіологічне дослідження, особливо у тих пацієнтів, у кого традиційне лікування виявилось не ефективним;
5. Видалення над- та під'ясенних зубних відкладень, проведення профілактики карієсу кореня за допомогою фтормісних препаратів;
6. Повторне лікування тих ділянок пародонта, де спостерігається загострення запального процесу, із застосуванням антисептичних та протизапальних препаратів, а також засобів, які запобігають активному утворенню зубних нашарувань.

Під час кожного чергового огляду у пацієнта визначають стан гігієни порожнини рота, глибину пародонтальних кишень, ступінь рецесії та кровоточивості ясен, рухомість зубів. Оцінюють стан пломб, ортопедичних та ортодонтичних конструкцій. Усі отримані нові дані порівнюють з результатами попередніх обстежень.

Черговість рентгенографічних обстежень після проведеного активного курсу лікування та протезування є наступною: через 6 міс., 12 міс. та через 3

роки. Після досягнення стабілізації патологічного процесу в пародонті – кожні 3 роки.

Черговість повторних візитів пацієнта для підтримуючої терапії обирається індивідуально, зазвичай інтервали складають 2 чи 3 місяці. Це пов'язано з тим, що під час тривалого перебігу пародонтиту відбувається зміна топографії тканин порожнини рота. З'являються ділянки сприятливі для затримки нашарувань і розвитку патологічної мікрофлори. Зокрема оголений цемент кореня, на відміну від гладкої та опуклої емалі коронок зубів, має шорстку, подекуди увігнуту поверхню. Навіть при ретельній гігієні порожнини рота пацієнт не завжди в змозі самостійно видалити назубну біоплівку в ділянці оголених фуркацій, у міжзубних проміжках. Це може зробити лише спеціаліст, проте назубна біоплівка швидко відновлюється та заселяється пародонтопатогенною мікрофлорою.

Тому тривалість інтервалів між повторними візитами пацієнта повинна бути такою, щоб за цей період під'ясенна мікрофлора не змогла б збільшитись до "критичного обсягу". Забезпечення такого стану власне є основною метою підтримуючої терапії, яка зокрема передбачає якісну професійну гігієну та застосування медикаментних засобів, про які згадувалося вище.

Планування кратності візитів для кожного окремого пацієнта можливе лише після досягнення стабільного стану в тканинах пародонта та після проведення кількох курсів підтримуючої терапії. Важливо, щоби пацієнт на початкових етапах підтримуючої терапії зголошувався на візит до лікаря при перших проявах кровоточивості ясен. Тільки завдяки систематичному спостереженню за пацієнтом можлива своєчасна корекція стану тканин пародонта, запобігання рецидиву патологічного процесу в пародонті та забезпечення активного функціонування зубощелепної системи в цілому.

Контрольні питання поточного матеріалу:

1. Які види медикаментного лікування розрізняють у пародонтології?
2. З якою метою застосовується фармакотерапія при ГП?
3. Охарактеризуйте групу протизапальних нестероїдних препаратів, що мають застосування у пародонтології.
4. Назвіть принципи раціональної антибіотикотерапії. Показання до застосування.
5. Які є показання до застосування протимікробних засобів у пародонтології?
6. Якими є основні побічні ефекти антибіотикотерапії і як їм запобігти?
7. Антипротизойні препарати в лікуванні генералізованого пародонтиту.
8. Препарати з групи нестероїдних анаболіків. Протипокази до застосування.
9. Застосування антиоксидантів у лікуванні хворих на ГП.
10. Які особливості лікування швидкопрогресуючих форм пародонтитів?
11. Охарактеризуйте три покоління препаратів кальцію.
12. Що собою являє остеотропна терапія? Назвіть представники препаратів цієї групи.
13. Покази до застосування антирезорбентів і стимуляторів утворення кісткової тканини.
14. Охарактеризувати сучасні препарати для системної імуномодулюючої терапії. Покази і проти покази до застосування.
15. Препарати для місцевої імунної терапії у пародонтології, методи застосування.
16. Безпечні засоби для підняття загальної реактивності організму.
17. Значення ентеросорбції та застосування препаратів, що корегують кишковий дисбактеріоз у хворих на ГП із супутньою хронічною патологією органів травлення. Препарати. Методики застосування.
18. Показання до системної вітамінотерапії синтетичними препаратами. Можливість природної альтернативи у хворих на ГП?

19. Які є препарати для нормалізації неспецифічної реактивності організму та яка методика їх застосування?

20. Показання до застосування у пародонтології седативних препаратів та адаптогенів.

Тестовий контроль поточного матеріалу І рівня

(одна правильна відповідь)

1. При лікуванні генералізованого пародонтиту системна антибактеріальна терапія показана:

A. При загостренні захворювання, гноетечі

B. Не призначається

C. При хронічному перебігу захворювання

D. Призначається завжди

E. Призначають тільки при плануванні хірургічного лікування

2. Нестероїдний протизапальний засіб, селективний інгібітор ЦОГ-2, що застосовується з метою протизапальної терапії генералізованого пародонтиту:

A. Ністатин

B. Нітрогліцерин

C. Нікотінамід

D. Нізорал

E. Німесулід

3. При значній кількості дріжджоподібних грибів з метою системної протигрибкової терапії генералізованого пародонтиту застосовують:

A. Фурацилін

B. Фуразолідон

C. Флуконазол

D. Фурагін

Е. Формалін

4. Препарати кальцію III покоління, що застосовуються з метою терапії генералізованого пародонтиту, містять:

- А. Кальцій, віт. ДЗ, мікроелементи
- В. Тільки кальцій
- С. Кальцій та фосфор
- Д. Кальцій, віт. ДЗ
- Е. Кальцій, віт. ДЗ, полівітаміни

5. Вітамінний комплекс, що застосовується при лікуванні генералізованого пародонтиту з метою зниження рівня проникності капілярів через блокаду ферменту гіалуронідази, виявляє помітну антиоксидантну дію, перешкоджаючи окисненню ліпідів у клітинних мембранах:

- А. Аспірин
- В. Атоксіл
- С. Аскорутин
- Д. Амоксиклав
- Е. Аспаркам

6. Який із названих нестероїдних протизапальних препаратів відноситься до інгібіторів ЦОГ-2?

- А. Моваліс
- В. Диклофенак натрію
- С. Піроксикам
- Д. 1% розчин мефенамінату натрію
- Е. Ібупрофен

7. У випадку підозри на анаеробну інфекцію доцільно обрати такий протимікробний препарат:

- A. Амоксициклін
- B. Метронідазол
- C. Гентаміцин
- D. Цефотаксим
- E. Фузидин

8. Назвіть антибіотик, який відноситься до групи остеотропних:

- A. Азитроміцин
- B. Макропен
- C. Кефзол
- D. Аугментин
- E. Кліндаміцин

9. Як називаються препарати мікробного походження – активатори росту нормальної мікрофлори, що водночас пригнічують ріст патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів?

- A. Пробіотики
- B. Вакцини
- C. Пребіотики
- D. Бактеріофаги
- E. Усі названі

10. Який із названих вітамінів зменшує кровоточивість, регулює окисно-відновні процеси та приймає участь у синтезі колагену?

- A. Токоферолу ацетат
- B. Фолієва кислота
- C. Аскорбінова кислота
- D. Ергокальциферол
- E. Вітамін К

Тестовий контроль поточного матеріалу II рівня
(дві правильні відповіді)

1. При лікуванні генералізованого пародонтиту системна антибактеріальна терапія показана:

- A. Не призначається
- B. При гноетечі
- C. При загостренні захворювання
- D. В стадії ремісії захворювання
- E. Призначається завжди
- F. При хронічному перебігу
- G. При наявності зубних відкладень
- H. Призначається тільки при плануванні хірургічного лікування

2. Нестероїдні протизапальні засоби, селективні інгібітори ЦОГ – 2, що застосовуються з метою протизапальної терапії генералізованого пародонтиту:

- A. Німесулід
- B. Ібупрофен
- C. Метродіназол
- D. Аугментин
- E. Інтерферон
- F. Інгаліпт
- G. Лінкоміцин
- H. Ністатин

3. Які вітаміни в комплексі застосовуються при лікуванні генералізованого пародонтиту з метою зниження рівня проникності капілярів через блокаду ферменту гіалуронідази, виявляють помітну антиоксидантну дію, перешкоджаючи окисленню ліпідів у клітинних мембранах?

- A. Вітамін А

- B. Вітамін D3
- C. Вітамін Ca
- D. Вітамін C
- E. Вітамін P
- F. Вітамін B12
- G. Вітамін K
- H. Всі перелічені

4. Чоловік 47 років скаржиться на кровоточивість ясен при чищенні зубів і прийомі жорсткої їжі. Об'єктивно: ясна у фронтальній ділянці нижньої щелепи гіперемована, набрякла, кровоточить при пальпації. Слизова оболонка порожнини рота і ясна в інших ділянках без змін. Прикус глибокий. Зуби стійкі, за винятком 41 і 31 (I ступінь рухливості). На рентгенограмі - резорбція міжальвеолярних перегородок в області 42, 41, 32, 31 зубів до 1/3 довжини кореня. Лікар призначив для місцевої антимікробної терапії біополімерні плівки. Які діючі речовини мають бути включені до їх складу?

- A. Хлоргексидин
- B. Метродіназол
- C. Лідокаїн
- D. Метилурацил
- E. Екстракт ромашки
- F. Лінкоміцин
- G. Обліпихова олія
- H. Кліндаміцин

5. Хвора 46 років звернувся зі скаргами на кровоточивість, болючість ясен при прийомі твердої їжі, чищення зубів. Після ретельного обстеження встановлено діагноз генералізований пародонтит I ступеня тяжкості. Призначено полоскання Тантум Верде. Який ефект очікує отримати пародонтолог?

- A. Остеотропна дія

- В. Гіпосенсибілізуюча дія
- С. Антисклеротична дія
- Д. Гіпоалергенна дія
- Е. Антисклеротична дія
- Ф. Кератопластична дія
- Г. Знеболювальна дія
- Н. Антиексудативна дія

Практичне заняття № 11

Тема: Пародонтоз. Етіологія, патогенез. Клініка, діагностика, лікування.
Методи усунення гіперестезії.

Мета: ознайомитись з етіологією і патогенезом, діагностикою та методами лікування дистрофічних хвороб пародонту.

Навчальні цілі:

Знати:

- етіологію, патогенез пародонтозу;
- патоморфологічні зміни тканин пародонту при пародонтозі;
- клініко-рентгенологічні ознаки пародонтозу різного ступеня розвитку;
- лабораторні та рентгенологічні методи обстеження пацієнтів з пародонтозом;
- диференційну діагностику пародонтозу

Оволодіти:

- навичками опитування, збору анамнезу хворого з патологією тканин пародонту;
- технікою огляду порожнини рота хворого з патологією тканин пародонту;
- технікою визначення стану зубів і прикусу, травматичної оклюзії у хворого з патологією тканин пародонту.

Вміти:

- Проводити суб'єктивне і об'єктивне обстеження стоматологічного хворого.
- Оцінити дані рентгенологічного дослідження щелепно-лицевої ділянки.
- Оцінити дані лабораторного дослідження;
- Заповнювати медичну документацію.

Коротка характеристика теми:

Пародонтоз – дистрофічне захворювання, в основі якого лежить порушення трофіки (кровопостачання та іннервації) тканин пародонту. Тривале недоотримання пластичного матеріалу для відбудови пародонту на клітинному та тканинному рівнях зумовлює ознаки дистрофії (аж до атрофії) у всіх тканинах: яснах, періодонті, кістковій тканині альвеолярних відростків, цементі коренів зубів.

Патоморфологічні зміни всіх структур пародонту і відповідно клінічні вияви відбуваються поступово на тлі судинних порушень: склерозування судин, звуження їх просвіту, запусніння деяких судин внаслідок відкладання фібрину, проростання сполучної тканини, втрата колагенових волокон, яке завершується фіброзом і склерозом власної пластинки. Кісткова тканина щелеп в міру прогресування хвороби зазнає зниження висоти альвеолярних відростків, рисунок губчастої кістки набуває дрібно-петлистого характеру, втрачаються кісткові траберкули, з'являються явища остеопорозу – з великопетлистим рисунком. В пізніх стадіях, через відсутність процесів ремоделювання кістки зникає кортикальна пластинка. Зазнають зміни інші тканини. У пульпі зуба розвивається сітчаста дистрофія, пульпова камера зменшується, відкладаються конкременти. Цемент, як грубо-волокниста структура зазнає змін, подібних до кісткової тканини, аж до гіперцементозу. Характерне патологічне стирання та клиноподібні дефекти.

В цілому для пародонтозу характерний повільний розвиток із періодами стабілізації на тривалий час.

Етіологія

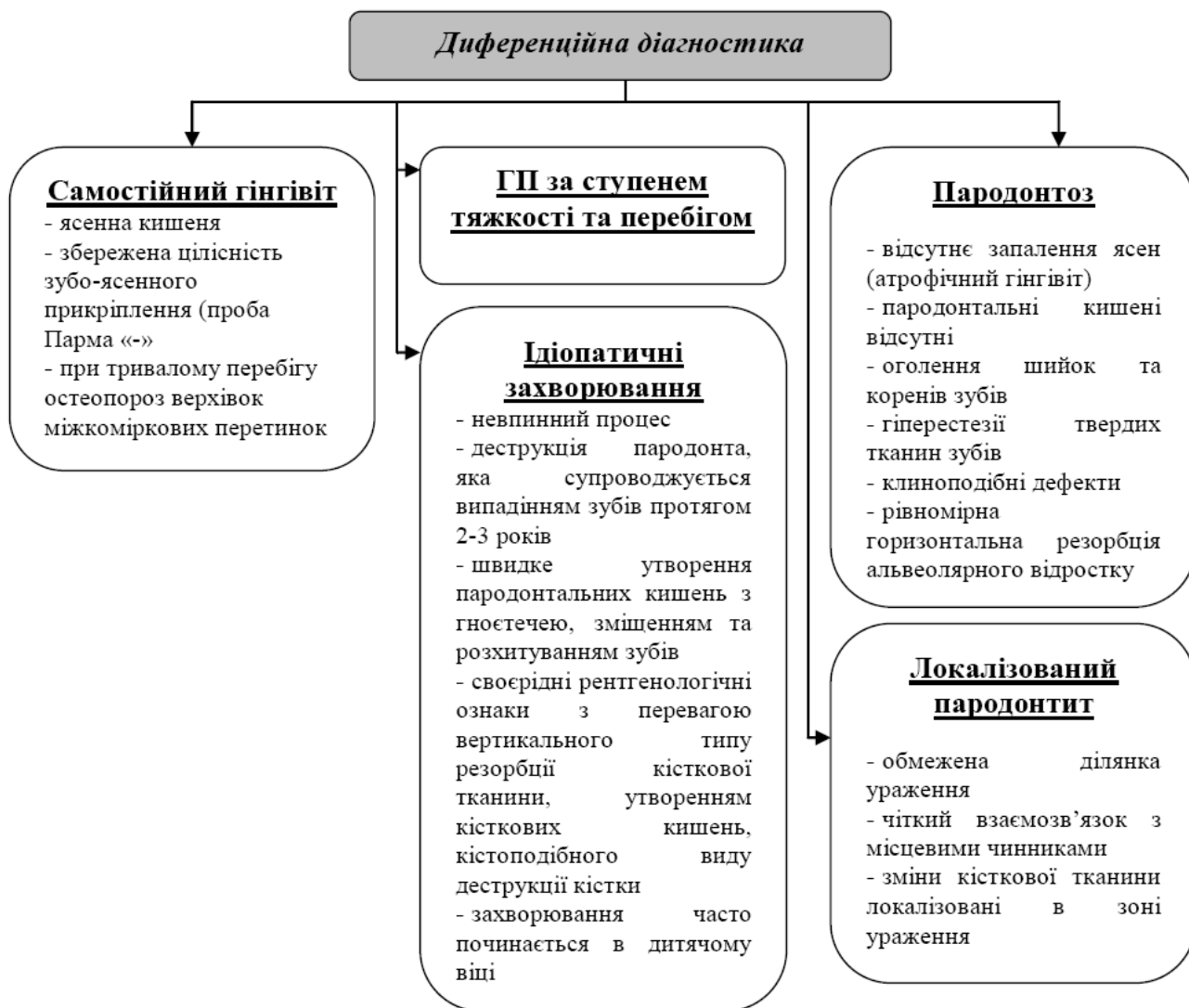
- спадковість
- нейротрофічні порушення
- порушення стану судин
- ендокринні порушення (захворювання щитоподібної залози тощо)
- порушення обміну речовин
- захворювання серцево-судинної системи
- захворювання органів травлення тощо

Патоморфологія

- дистрофічні зміни всіх структур пародонта
- дистрофія нервових волокон
- склерозування судин, різке звуження їх просвіту
- руйнування колагенових волокон сполучної тканини
- фіброз та склероз власної пластинки слизової оболонки ясен
- гладенька резорбція кісткової тканини коміркового відростка
- сітчаста дистрофія пульпи зубів → сухий некроз
- лакунарні заглиблення в цементі кореня зуба, гіперцементоз

Пародонтоз. Клініка

Ступінь розвитку	Початковий	I	II	III
Гінгівіт	<p><i>Атрофічний Ясна:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - бліді, анемічні - відсутній блиск - щільні, безболісні - кровоточивість відсутня - пародонтальні кишени відсутні - оголення шийок зубів 	<p><i>Атрофічний Ясна:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - бліді, анемічні - відсутній блиск - щільні, безболісні - кровоточивість відсутня - пародонтальні кишени відсутні - рецесія - оголення коренів зубів 	<p><i>Атрофічний Ясна:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - бліді, анемічні - відсутній блиск - щільні, безболісні - кровоточивість відсутня - пародонтальні кишени відсутні - рецесія - оголення коренів зубів 	<p><i>Атрофічний Ясна:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - бліді, анемічні - відсутній блиск - щільні, безболісні - кровоточивість відсутня - пародонтальні кишени відсутні - рецесія - оголення коренів зубів
Тверді тканини зубів	<ul style="list-style-type: none"> - гіперчутливість - можливі клиноподібні дефекти 	<ul style="list-style-type: none"> - клиноподібні дефекти в межах емалі 	<ul style="list-style-type: none"> - клиноподібні дефекти можуть сягати дентину 	<ul style="list-style-type: none"> - клиноподібні дефекти можуть сягати пульпової камери
Травматична оклюзія	<ul style="list-style-type: none"> - виявляється в поодиноких випадках - рухомість зубів відсутня 	<ul style="list-style-type: none"> - виявляється за допомогою спеціальних методів реєстрації - рухомість зубів практично відсутня 	<ul style="list-style-type: none"> - виражена - рухомість зубів практично відсутня 	<ul style="list-style-type: none"> - значно виражена - рухомість I-II ступеня або відсутня - виялоподібне розходження зубів (фронтальна ділянка) - утворення діастем, трем
Зміни кісткової тканини	<ul style="list-style-type: none"> - кортикальна пластинка збережена - періодонтальні щілини не змінені - резорбція міжкоміркових перегородок відсутня - незначний остеосклероз 	<ul style="list-style-type: none"> - кортикальна пластинка збережена - періодонтальні щілини не змінені - рівномірна горизонтальна резорбція міжкоміркових перегородок до $\frac{1}{3}$ висоти коренів зубів - ділянки остеосклерозу та остеопорозу 	<ul style="list-style-type: none"> - кортикальна пластинка збережена - періодонтальні щілини не змінені - рівномірна горизонтальна резорбція міжкоміркових перегородок від $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{2}$ висоти коренів зубів - ділянки остеосклерозу та остеопорозу 	<ul style="list-style-type: none"> - кортикальна пластинка збережена - періодонтальні щілини не змінені - рівномірна горизонтальна резорбція міжкоміркових перегородок більше $\frac{1}{2}$ висоти коренів зубів - остеосклероз та остеопороз



Лікування пародонтозу:

Місцеве	Загальне	Фізичні методи впливу
Пломбування каріозних зубів	Лікування стоматологічного захворювання	Фонофорез лікувальних речовин
Усунення травматичної оклюзії	Дієтотерапія	Електрофорез лікувальних речовин
Лікування системної гіперестезії		Дарсонвалізація
Лікування клиновидних дефектів		Бальнеотерапія
		Гідромасаж
		Вібраційний масаж

Контрольні питання поточного матеріалу:

1. Що таке дистрофія?
2. Пародонтоз. Характеристика синдрому комплексу дистрофічного ураження тканин пародонту.
3. На тлі яких загальних порушень формується дистрофія?
4. Для якої вікової групи характерна дистрофія? Чому?
5. Як виявляється дистрофія у тканинах пародонту?
6. Особливості виявів дистрофії у кістковій тканині.
7. Що таке остеопороз, остеосклероз?
8. Чим відрізняється резорбція від атрофії кісткової тканини?
9. Нагадайте чинники ініціації резорбції при генералізованому пародонтиті. Чи мають вони місце при пародонтозі?
10. Поясніть збереження цілісності кортикальної пластинки альвеолярних відростків і одночасне зменшення висоти кістки.
11. Який загальний рисунок губчастої кістки за даними ортопантомограми характерний для пародонтозу?
12. Поясніть чергування вогнищ остеопорозу та остеосклерозу.
13. Звуження чи розширення періодонтальної щілини характерне для пародонтозу?
14. Рентгенологічні ознаки дистрофічних змін в тканинах зуба. Пояснити причини виникнення.
15. Рентгенологічні ознаки пародонтозу I ступеню тяжкості.
16. Рентгенологічні ознаки пародонтозу II ступеню тяжкості.
17. Рентгенологічні ознаки пародонтозу III ступеню тяжкості.
18. Поясніть причини патологічного стирання твердих тканин.
19. У чому виявляються компенсаційні механізми порушення біомеханіки сил при пародонтозі?

20. Які додаткові методи обстеження виявляють судинні зміни в тканинах пародонту?
21. Які зміни біохімії крові при пародонтозі?
22. Які додаткові методи обстеження кісткової тканини інформативні для виявлення остеопорозу?
23. Які рекомендації може дати лікар-пародонтолог для призупинення патологічного процесу на загально-соматичному рівні і на місцевому рівні в тканинах пародонту?
24. Які етіологічні чинники слід шукати в осіб молодого віку?
25. Які з фізіотерапевтичних процедур поліпшують кровопостачання тканин пародонту?
26. На підставі яких об'єктивних критеріїв проводиться диференційна діагностика пародонтозу із розвинутим запаленням у пародонті та генералізованого пародонтиту?

Тестовий контроль поточного матеріалу І рівня

(одна правильна відповідь)

1.Клініко-рентгенологічні ознаки пародонтозу:

- A. Ясна бліді, вертикальна резорбція кісткової тканини міжальвеолярних перегородок, остеопороз
- B. Ясна бліді, горизонтальна резорбція кісткової тканини міжальвеолярних перегородок, остеосклероз
- C. Ясна ціанотичні, вертикальний тип резорбції кісткової тканини міжальвеолярних перегородок, остеопороз
- D. Ясна бліді, резорбція кісткової тканини міжальвеолярних перегородок, маргінальне розширення періодонтальних щілин
- E. Ясна ціанотичні, горизонтальна резорбція кісткової тканини міжальвеолярних перегородок, маргінальне розширення періодонтальних щілин

2. Хворий В., 50-ти років, скаржиться на нічний скрегіт зубів. Пацієнт більше 10 років хворіє на гіпертонію. Об'єктивно: ясна блідо-рожевого кольору, щільно прилягають до зубів, корені зубів оголені на 4-5 мм, зуби стійкі. На рентгенограмі: горизонтальний тип резорбції кісткової тканини міжальвеолярних перегородок у межах 1/2 їх висоти. Встановіть діагноз.

А. Пародонтоз, початковий ступінь

В. Генералізований катаральний гінгівіт, хронічний перебіг, тяжкий ступінь

С. Пародонтоз, I ступінь

Д. Генералізований пародонтит, II ступінь, хронічний перебіг

Е. Пародонтоз, II ступінь

3. Хворий Л., 54-х років, скаржиться на підвищену чутливість зубів до хімічних та термічних подразників, свербіж ясен. При огляді: ясна бліді, рожевого кольору, пародонтальні кишені відсутні. Зуби нерухомі, корені зубів оголені на 1/3 довжини. Незначна кількість зубних відкладень. На вестибулярній поверхні 16, 15, 14 – клиноподібні дефекти в межах емалі; 23, 24, 25 зубів - в межах плащового дентину. Рентгенологічно: остеосклероз кістки міжальвеолярних перегородок, дрібночарунковий малюнок кістки, рівномірна горизонтальна резорбція міжальвеолярних перегородок в межах 1/2 висоти кореня. Зондування оголених шийок зубів болісне. Встановіть діагноз.

А. Пародонтоз, II ступінь

В. Генералізований пародонтит, II ступінь, хронічний перебіг

С. Пародонтоз, I ступінь

Д. Атрофічний гінгівіт, II ступінь. Клиноподібні дефекти 16, 15, 14 зубів - I ступінь, 23, 24, 25 зубів - II ступінь

Е. Атрофічний гінгівіт, II ступінь

4. Колір ясен при пародонтозі:

А. Блідий

В. Ціаноз

- C. Гіперемія
- D. Гіперемія з синюшним відтінком
- E. Яскрава гіперемія

5. Які етіологічні чинники є провідними у виникненні пародонтозу?

- A. Захворювання шлунково-кишкового тракту
- B. Патологія видільної системи
- C. Нейро-судинні порушення
- D. Ендокринні порушення
- E. Захворювання гепато-біліарної системи

6. Провідні задачі при лікуванні пародонтозу:

- A. Усунення місцевих подразників порожнини рота та запального процесу в яснах
- B. Створення або відновлення функціональної оклюзії та усунення запального процесу в яснах
- C. Проведення професійної гігієни та ліквідація пародонтальних кишень
- D. Нормалізація тканинного обміну, поліпшення окисно-відновлювальних процесів, зменшення мікроциркуляторних розладів
- E. Нормалізація тканинного обміну, поліпшення окисно-відновлювальних процесів, ліквідація пародонтальних кишень

7. Хворий Б., 45-ти років, скаржиться на відчуття свербіж у яснах. Об'єктивно: ясна щільні, блідо-рожевого кольору. Шийки зубів оголені на 0,1-0,2 мм, підвищена чутливість шийок зубів до температурних подразників. На рентгенограмі - остеосклероз кістки альвеолярного відростка, порушення цілісності компактної пластинки на верхівках міжальвеолярних перегородок. Для місцевої терапії необхідно призначити:

- A. Електрофорез ферментів
- B. Аплікації місцевоанестезуючих засобів

- C. Глибоке фторування
- D. Антисептичні полоскання
- E. Аплікації мефенамінату натрію

8. Яка із наведених ознак не характерна для пародонтозу?

- A. Розширення періодонтальної щілини
- B. Атрофія ясен
- C. Патологічне стирання твердих тканин зуба
- D. Патологічна рухомість зубів
- E. Дрібнопетлистий рисунок губчастої кістки

9. Пацієнтці 56 р., яка скаржиться на відчуття „повзання мурашок”, ломоту в кістках альвеолярного відростка верхньої та нижньої щелеп, встановлено діагноз пародонтоз I ступеня. Який із методів лікування зменшить суб’єктивну симптоматику?

- A. Ремінералізувальна терапія
- B. Курс сеансів іонофорезу з нікотиновою кислотою та гепарином по чергово
- C. Корегуючі операції на пародонті
- D. Професійна гігієна
- E. Корекція оклюзії

10. Патоморфологічні процеси в губчастій кістці альвеолярних паростків верхньої та нижньої щелепи при пародонтозі характеризуються:

- A. Остеопорозом
- B. Остеосклерозом та остеопорозом
- C. Резорбцією
- D. Остеосклерозом
- E. Остеомаляцією

Тестовий контроль поточного матеріалу II рівня
(дві правильні відповіді)

1. Стан жувальної і ріжучої поверхні зубів при пародонтозі?

- A. Інтактна жувальна поверхня
- B. Локалізована стертість бугрів
- C. Локалізована стертість ріжучого краю зубів
- D. Порушення тільки ріжучого краю передніх зубів
- E. Порушення тільки бугрів бокових зубів
- F. Інтактний ріжучий край
- G. Всі відповіді вірні
- H. Інтактний ріжучий край і жувальна поверхня

2. Несуттєві чинники утворення мікробного зубного нальоту при пародонтозі?

- A. Незадовільна гігієна порожнини рота
- B. Аномалія прикусу
- C. Зниження реактивності організму
- D. Паління
- E. Вживання алкоголю
- F. Аномалії прикусу
- G. Психосоматичні подразники
- H. Захворювання ендокринної системи

3. Хвора Х., 56-х років, звернувся зі скаргами на свербіж в яснах, підвищену чутливість зубів до хімічних, термічних та механічних подразників. Вважає себе хворою 3 роки. Об'єктивно: ясна блідо-рожевого кольору, ясенні сосочки атрофовані, помірне оголення шийок зубів; зуби стійкі, пародонтальні кишени відсутні. Рентгенологічно: кортикальна пластинка збережена, періодонтальні щілини не змінені, рівномірна горизонтальна резорбція міжальвеолярних

перегородок на 1/3, остеосклероз. Встановіть діагноз та з якими подібними захворюваннями слід провести диференційну діагностику?

- A. Генералізований пародонтит, I ступінь
- B. Пародонтоз I ступінь
- C. З патологією твердих тканин зубів
- D. Атрофічний гінгівіт
- E. З локалізованим пародонтитом
- F. Пародонтоз III ступінь
- G. З катаральним гінгівітом хронічного перебігу
- H. Пародонтоз II ступінь

4. Пацієнт, 47-ми років скаржиться на відчуття свербіжу у яснах, короткочасний біль від холодної води. Об'єктивно: ясна щільні, блідо-рожевого кольору, шийки зубів оголені на 0,5 мм, пародонтальні кишені відсутні. На рентгенограмі визначається остеосклероз кістки міжальвеолярних перегородок, дрібночарунковий малюнок кістки, висота міжальвеолярних перегородок знижена у межах 0,5 мм, цілісність компактної пластинки на верхівках не порушена. Встановіть діагноз.

- A. Локалізований пародонтит
- B. Атрофічний гінгівіт
- C. Генералізований пародонтит
- D. Генералізований пародонтит
- F. Початковий ступінь
- G. Пародонтоз
- H. I ступінь
- E. II ступінь

5. Хворий, 44-х років, скаржиться на підвищену чутливість зубів до хімічних та термічних подразників, свербіж ясен. При огляді: ясна бліді, рожевого кольору, пародонтальні кишені відсутні. Зуби нерухомі, корені зубів оголені на 1/2

довжини. Незначна кількість зубних відкладень. На вестибулярній поверхні 24, 34, 44 зубів є клиноподібні дефекти. Зондування оголених шийок зубів болісне. Встановіть попередній діагноз.

- A. Локалізований пародонтит
- B. Атрофічний гінгівіт
- C. Пародонтоз
- D. II ступінь
- E. I ступінь
- F. Початковий ступінь
- G. Генералізований пародонтит
- H. III ступінь

Практичне заняття № 12

Тема: Ідіопатичні хвороби пародонту. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, принципи лікування. Особливості лікування пацієнтів із захворюваннями тканин пародонту на тлі патології внутрішніх органів і систем.

Мета: вивчити особливості клініки, діагностики, диференційної діагностики та лікування ідіопатичних захворювань пародонту. Навчити студентів виявляти прояви системних захворювань у порожнині рота і скласти план лікування.

Навчальні цілі:

Знати:

- етіологію, патогенез запально-дистрофічних хвороб пародонту;
- патоморфологічні зміни тканин пародонту при пародонтозі, ХГП;
- клініко-рентгенологічні ознаки пародонтозу і ХГП різного ступеню розвитку;
- клініко-рентгенологічну симптоматику основних ідіопатичних хвороб пародонту, особливості їх лікування.

- лабораторні та рентгенологічні методи обстеження пацієнтів із запально-дистрофічними хворобами пародонту;
- диференційну діагностику запально-дистрофічних хвороб пародонту.

Оволодіти:

- навичками опитування, збору анамнезу хворого з ідіопатичною патологією тканин пародонту;
- технікою огляду порожнини рота хворого з ідіопатичною патологією тканин пародонту;
- технікою огляду тканин пародонту хворого з ідіопатичною патологією тканин пародонту;
- навичкою виконання пародонтального зондування;
- технікою визначення стану зубів і прикусу, травматичної оклюзії у хворого з ідіопатичною патологією тканин пародонту;
- навичкою визначення рухомості зубів;

Вміти:

- Проводити суб'єктивне і об'єктивне обстеження стоматологічного хворого.
- Визначати гігієнічні, гінгівальні та пародонтальні стоматологічні індекси та інтерпретувати їх результати.
- Оцінити дані рентгенологічного дослідження щелепно-лицевої ділянки.
- Оцінити дані лабораторного дослідження (розгорнутий аналіз крові, біохімічне, цитологічне, мікробіологічне дослідження тощо)
- Заповнювати медичну документацію.

Коротка характеристика теми:

Поширеність захворювань тканин пародонту становить у середньому 85-90 %. За останні двадцять років, незважаючи на суттєве збільшення використання засобів гігієни, зусиль стоматологів щодо рекомендацій по проведенню гігієни порожнини рота, ці показники не змінилися. Отож, можна зробити висновок, що гігієна порожнини рота поліпшується, а пародонтит

залишається вагомою проблемою, тобто бактерії є необхідним, але не єдиним чинником розвитку захворювань пародонту. Пародонтит є поліетіологічним захворюванням, в патогенезі якого відіграють роль три взаємопов'язані чинники: сприйнятливий організм, екологічні фактори, що сприяють розвитку хвороби, та змінені реакції організму. У ході численних досліджень встановлено значну поширеність соматичних захворювань у хворих на генералізований пародонтит. Ще у 1923 г. McCall і Vox ввели термін „parodontitis complex” – для захворювань тканин пародонту, основну роль у виникненні яких відіграють системні захворювання. Серед типових соматичних захворювань у таких хворих виявляються: ендокринна патологія (цукровий діабет, тиреоїдит), серцево-судинні захворювання (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, природжені вади серця, ревматичні ураження серця та посткоронарний тромбоз), захворювання шлунково-кишкового тракту, ревматоїдний артрит та ін. У таких пацієнтів часто діагностують хронічні вогнища інфекції різної локалізації:

- одонтогенні – апікальні гранульоми, кісти, періодонтити;
- ЛОР-органів – хронічні тонзиліти, фарингіти, гайморити та ін.;
- гепато-біліарної системи – хронічні холецистити, холангіти;
- сечовидільної системи та уrogenітальної ділянки – хронічні пієлонефрити, простатити, аднексити та ін.

Завданням стоматологів є вчасне виявлення загальносоматичної патології та лікування пародонтологічних хворих у співпраці із лікарями суміжних спеціальностей.

Ідіопатичні хвороби пародонту – це захворювання з прогресуючим лізисом тканин пародонту. Їх поділяють на:

1. Супроводжуючі хвороби крові (лейкоз, агранулоцитоз).
2. Гістіоцитоз Х (еозинофільна гранульома).
3. Супроводжуючі порушення обміну (хвороба Гоше, синдром Папійона-Лефевра).

4. При вроджених захворюваннях (хвороба Дауна, акаталазія, десмодонтоз).

Для хвороб із прогресуючим лізисом тканин пародонту характерні наступні діагностичні ознаки:

- швидко прогресуючий процес руйнування всіх тканин пародонту, який призводить до випадання зубів впродовж 2-3 років;
- порівняно швидке утворення ясенної та пародонтальної кишень із гнійним ексудатом;
- своєрідна остеопатія: вертикальний тип резорбції, утворення кісткових кишень та повне розсмоктування кісткової тканини за короткий період часу;
- перевага процесу остеолізу, внаслідок активації ферментних систем остеоцитів;
- виражені зміни положення зубів у зубній дузі, травматична оклюзія.

Ідіопатичні захворювання пародонту характеризуються одночасним ураженням тканин пародонту та інших органів і систем. Іноді захворювання розвивається ізольовано на тлі інших загальних патологічних процесів. У такому випадку стоматолог є першим, хто виявляє загальне захворювання. Прогноз їх може бути різноманітним. Для ідіопатичних захворювань пародонту характерна типова локалізація процесу, клінічний перебіг який не відповідає місцевим етіологічним факторам і віку пацієнта, відсутність позитивного результату при проведенні традиційного лікування.

Основним діагностичним критерієм для встановлення діагнозу є дані клінічного, рентгенологічного обстеження та результати спеціальних та лабораторних методів дослідження. Рентгенологічно визначається остеопороз і розсмоктування кісткової тканини, який при вогнищевій формі процесу носить обмежений характер із вираженою компенсаторною реакцією (зона склерозу по периферії розрідження). Лікування ідіопатичних захворювань є комплексним і індивідуальним по відношенню до пацієнта. Поділяється на загальне та місцеве. Лікування у стоматолога відбувається за такою схемою:

1. Усунення місцевих травмуючих чинників (зубні нашарування, нависаючий край пломби тощо).
2. Лікування симптоматичного гінгівіту.

3. Обробка пародонтальних кишень.
4. Підвищення опірності організму в цілому (наприклад, вітамінотерапія) за узгодженістю з загальним терапевтом.
5. Професійна гігієна порожнини рота.

Контрольні питання поточного матеріалу:

1. Яка причина значної розповсюдженості і тяжкості захворювань пародонту у діабетиків?
2. Який взаємозв'язок виявлено між ГП та атеросклерозом?
3. Чим пояснюється ризик погіршення пародонтологічного статусу у період вагітності?
4. Які особливості проведення професійної гігієни у хворих на інфекційний ендокардит?
5. Прийом яких медикаментів може викликати ураження тканин пародонту?
6. Як впливають тяжкі захворювання тканин пародонту на плід у вагітних?
7. Які рентгенологічні ознаки ГП виявляються при супутній патології щитоподібної залози?
8. Які патологічні зміни відбуваються у тканинах пародонту у хворих на СНІД?
9. Яке першочергове дослідження необхідно здійснити лікарю-пародонтологу при підозрі у пацієнта гострого лейкозу?
10. Пародонтологічні вияви різних форм лейкозу.
11. Які особливості лікування пародонтологічних хворих із загальним дисбактеріозом кишківника?
12. Який зв'язок між хронічним стресом, зниженням загального імунітету та розвитком ГП?
13. Які симптоми вторинного імунодефіциту можуть бути у хворих із генералізованими захворюваннями пародонту?

14. Чому при генералізованій пародонтальній патології, що проходить на тлі загально соматичних і аутоімунних захворювань не можна застосовувати стимулюючу терапію.
15. Що таке ідіопатичні захворювання пародонту?
16. Які симптоми характерні для більшості ідіопатичних захворювань?
17. Який тип резорбції характерний для ідіопатичного захворювання пародонту?
18. Поясніть, чому лакунарний тип резорбції є характерним для ідіопатичного захворювання пародонту?
19. Еозинофільна гранульома. Симптоми, форми.
20. Клінічні вияви хвороби Гоше.
21. Хвороба Хенда-Шіллера-Крісчена. Клінічні вияви.
22. Синдром Папійона-Лефевра. Клінічні та рентгенологічні ознаки.
23. Синдром Ослера. Клініка, діагностика.
24. Лабораторні методи діагностики ідіопатичних захворювань пародонту.
25. Які порушення обміну та вроджені захворювання супроводжуються прогресуючим лізисом тканин пародонту?
26. Хвороби крові, які супроводжують прогресуючий лізис тканин пародонту.
27. Клінічні ознаки хвороби Леттере-Зіве.
28. Хвороба Іценко-Кушінга, клініка, лікування.
29. Лікування еозинофільної гранульоми.
30. ВІЛ-асоційований генералізований пародонтит. Клінічні ознаки.
31. Яка клініко-рентгенологічна симптоматика хворого на ГП на фоні цукрового діабету?
32. Агресивний пародонтит - критерії захворювання.
33. Особливості діагностики і лікування агресивного генералізованого пародонтиту.

34. Які показники аналізів крові (загального та імунограми) можуть свідчити про наявність у хворого на ГП іншої ідіопатичної патології пародонту відповідно до лабораторних даних.

Тестовий контроль поточного матеріалу І рівня

(одна правильна відповідь)

1. Гострий системний прогресуючий спадковий гістіоцитоз неліпоїдного характеру це:

- A. Хвороба Леттерера-Зіве
- B. Хвороба Генда-Шіллера-Кріщена
- C. Хвороба Таратинова
- D. Хвороба Німанна-Піка
- E. Хвороба Гоше

2. Спадкова хвороба, в основі якої лежить порушення триптофанового обміну, яка характеризується поєднанням долонно-підшвиного дискератозу і запально-дистрофічних змін у пародонті. Це:

- A. Синдром Стівенса-Джонсона
- B. Хвороба Гоше
- C. Синдром Папійона-Лефевра
- D. Синдром Жильбера
- E. Хвороба Таратинова

3. При якому захворюванні відбуваються такі зміни: накопичення продуктів порушеного обміну в осілих макрофагах, що супроводжується ендогенним порушенням метаболізму?

- A. Гістіоцитоз
- B. Гіпоімуноглобулінемія
- C. Нейтропенія

D. Лейкоцитоз

E. Агранулоцитоз

4. До гістіоцитозів не належать:

A. Хвороба Генда-Шіллера-Кріщена

B. Хвороба Леттерера-Зіве

C. Хвороба Німанна-Піка

D. Еозинофільна гранульома

E. Фіброматоз ясен

5. Які синдроми проявляються у хворого з ідіопатичним захворюванням пародонту на тлі гострого лейкозу?

A. Анемічний, коагуляційний, некротичний, проліферативний, токсичний

B. Геморагічний, інтоксикаційний, ішемічний, лімфопроліферативний, виразковий

C. Інтоксикаційний, гіперпластичний, бульозний, геморогічний

D. Анемічний, геморагічний, гіперпластичний, виразково-некротичний, інтоксикаційний

E. Гіперпластичний, токсичний, анемічний, некротичний

6. При прогресивних ідіопатичних захворюваннях пародонту патологічний процес локалізується:

A. В комірковому відростку та в інших відділах кісткового скелету, а також в органах, які беруть участь у кровотворенні

B. В комірковому відростку і тілі щелепи

C. Лише в комірковому відростку однієї щелепи

D. В комірковому відростку і тілі щелеп, а також у більшості паренхиматозних органах

E. В комірковому відростку, в плоских кістках та в органах, що забезпечують мінеральний обмін в організмі

7. Основними відмінностями уражень пародонту у разі агранулоцитозу є:

- A. Виражена кровоточивість ясен за відсутності запальної реакції
- B. Виражена деструкція всіх тканин пародонту на тлі ареактивної слизової оболонки
- C. Відсутність кровоточивості ясен при наявності їх виразкових уражень
- D. Виражені дистрофічно-запальні зміни пародонту з переважанням вертикальної деструкції кістки
- E. Відсутність гноєвиділення, навіть за наявності глибоких кісткових кишень, переважання некротичних явищ без вираженої запальної реакції

8. При хворобі Гоше на тлі проліферативних змін ясен, утворення пародонтальних кишень з патологічною рухомістю і випадінням зубів на рентгенограмах у щелепних кістках виявляють:

- A. Вогнищеві або дифузні ділянки остеопорозу зі стоншенням компактною пластинки
- B. Чередування зон остеосклерозу та остеопорозу
- C. Зони деструкції овальної форми розміром 1x2 см.
- D. Зони кратероподібної деструкції губчатої кістки біля уражених зубів
- E. Дифузні ділянки остеосклерозу із потовщенням компактною пластинки

9. У хворого Н. 27 років в окремих ділянках ясна стали синюшними, набряклими, утворились пародонтальні кишень без гнійних виділень. Рентгенологічно виявляються поодинокі вогнища деструкції кістки коміркового відростка і тіла щелепи з нечіткими контурами без ознак склерозу. Якому діагнозу відповідає дана клінічна картина?

- A. Хвороба Леттерера-Зіве
- B. Еозінофільна гранульома
- C. Хвороба Гоше
- D. Синдром Папілома-Лефевра
- E. Хвороба Генда-Шіллера-Кріщена

10. Який симптом, що характерний є для ранніх стадій гострого лейкозу, може викликати неправильну лікувальну тактику лікаря-стоматолога?

- A. Раптова гіперплазія ясен разом із геморагіями
- B. Поява виразок на слизовій оболонці, що посилено кровоточать
- C. Поява неболючих розростань на яснах і язика, так званих лейкемічних інфільтратів
- D. Поява раптового одностороннього збільшення лімфатичних вузлів
- E. Поява болю в інтактних зубах, які характерні для пульпіту або пародонтиту

Тестовий контроль поточного матеріалу II рівня

(дві правильні відповіді)

1. Пародонтальні синдроми, що супроводжують захворювання крові:

- A. Хвороба Генда-Шіллера-Кріщена
- B. Хвороба Таратинова
- C. Хвороба Німана-Піка
- D. Хвороба Гоше
- E. Нейтропенія
- F. Агранулоцитоз
- G. Синдром Папійона-Лефевра
- H. Хвороба Леттерера-Зіве

2. Пародонтальний синдром при хворобі Іценка-Кушінга характеризується: численними ураженнями залоз внутрішньої секреції з:

- A. Супроводжуються ендогенними порушеннями метаболізму
- B. Накопиченням у гістіоцитах продуктів порушеного обміну
- C. Первинним ураженням гіпофізарного апарату із залученням у процес наднирникових, статевих залоз
- D. Швидким прогресуванням, крововиливами та гіперплазією міжзубних ясеневих сосочків, тенденцією до абсцедування

- Е. Утворенням вогнищ розростання 6 атипових гістіоцитів у шкірі, кістках, внутрішніх органа
- Ф. Інфільтрацією різних органів і тканин атиповими гістіоцитарними елементами
- Г. Діагностується у дітей віком від 1 до 15 років
- Н. Накопиченням сфінгомієліну в печінці, головному мозку, селезінці, надниркових залозах, нирках, лімфатичних вузлах

3. Нейтропенії – група захворювань, основною ознакою яких є:

- А. Різким зменшенням або відсутністю нейтрофільних гранулоцитів в периферичній крові.
- В. Відсутність гноєвиділення, навіть за наявності глибоких пародонтальних та кісткових кишень
- С. Швидке прогресування, активним продуктивним процесом у вигляді грануляцій
- Д. Велика кількість зубних нашарувань, лійко- та кратероподібним типом деструкції кісткової тканини коміркового відростка, яка не поширюється на тіло щелепи
- Е. Постійне або періодичне зниження нейтрофільних гранулоцитів у крові
- Ф. Постійне або періодичне зниження нейтрофільних гранулоцитів у кістковому мозку
- Г. Швидке прогресуванням
- Н. Крововиливами та гіперплазією міжзубних ясеневих сосочків, тенденцією до абсцедування

4. Гістіоцитози – група захворювань, основною ознакою яких є:

- А. Супроводжуються ендогенними порушеннями метаболізму
- В. Накопиченням у гістіоцитах продуктів порушеного обміну
- С. Різким зменшенням або відсутністю нейтрофільних гранулоцитів в периферичній крові

- D. Діагностується у дітей віком від 6 до 16 років
- E. Накопиченням сфінгомієліну в печінці, головному мозку
- F. Різким зменшенням або відсутністю нейтрофільних гранулоцитів в периферичній крові
- G. Зустрічається переважно у дітей 4-5 років, у дорослих в дуже рідких випадках
- H. Ясенний край вкриваються нашаруванням характерного оранжево-жовтого кольору, швидко приєднується виразково-некротичний процес, з'являються пародонтальні кишеньки

5. Лейкемія – системне захворювання крові, яке характеризується:

- A. Швидким прогресуванням, активним продуктивним процесом у вигляді грануляцій
- B. Великою кількістю зубних нашарувань, лішко- та кратероподібним типом деструкції кісткової тканини коміркового відростка
- C. Численними ураженнями залоз внутрішньої секреції з первинним ураженням гіпофізарного апарату
- D. Інфільтрацією різних органів і тканин атиповими гістіоцитарними елементами
- E. Різким зменшенням або відсутністю нейтрофільних гранулоцитів в периферичній крові
- F. Зміни в тканинах пародонта мають швидко прогресуючий дистрофічно-запальний характер
- G. Прогресивною гіперплазією лейкоцитів в органах кровотворення
- H. Появою вогнищ екстремедулярного кровотворення та порушенням процесів дозрівання

Практичне заняття № 13

Тема: Пухлини тканин пародонту. Етіологія, клініка, діагностика, принципи лікування. Помилки і ускладнення під час діагностики та лікування хвороб пародонту.

Мета заняття: вивчити пухлинні хвороби пародонту, особливості клінічного перебігу, діагностики та диференціальної діагностики пухлин пародонту.

Вивчити характерні помилки і ускладнення під час діагностики та лікування хвороб пародонту (генералізованого пародонтиту, пародонтозу, ідіопатичних захворювань та пародонтом), а також можливість їх попередження.

Навчальні цілі:

Знати:

- клінічні ознаки, діагностичні критерії, патоморфологічну характеристику та диференціальну діагностику пухлин пародонту, особливості їх лікування.
- етіологію, патогенез запально-дистрофічних хвороб пародонту;
- патоморфологічні зміни тканин пародонту при пародонтозі, ХГП;
- клініко-рентгенологічні ознаки пародонтозу і ХГП різного ступеня розвитку;
- лабораторні та рентгенологічні методи обстеження пацієнтів із запально-дистрофічними хворобами пародонту;
- диференційну діагностику запально-дистрофічних хвороб пародонту.

Оволодіти:

- навичками опитування, збору анамнезу хворого з пухлинами тканин пародонту;
- технікою огляду порожнини рота хворого з пухлинами тканин пародонту;
- технікою огляду тканин пародонта хворого з пухлинами тканин пародонту;
- навичкою виконання пародонтального зондування;

- технікою визначення стану зубів і прикусу, травматичної оклюзії у хворого з пухлинами тканин пародонту;
- навичкою визначення рухомості зубів.

Вміти:

- Проводити суб'єктивне і об'єктивне обстеження стоматологічного хворого.
- Визначати гігієнічні, гінгівальні та пародонтальні стоматологічні індекси та інтерпретувати їх результати.
- Оцінити дані рентгенологічного дослідження щелепно-лицевої ділянки.
- Оцінити дані лабораторного дослідження (розгорнутий аналіз крові, біохімічне, цитологічне, мікробіологічне дослідження тощо)
- Заповнювати медичну документацію.

Коротка характеристика теми:

До пухлинних хвороб пародонту або пародонтом відносять: фіброму, фіброматоз ясен, ліпому, епулід.

Фіброма – пухлина, що складається із зрілих елементів сполучної тканини, кровоносних і лімфатичних судин. Розрізняють дрібні, обмежені та масивні (великі) форми. Клінічно: пухлина рухома, неспаяна з підлеглими тканинами, не болюча при пальпації, з чіткими межами.

Фіброматоз ясен характеризується обмеженою або дифузною гіпертрофією ясенних сосочків, ясенного краю і коміркових ясен. Спостерігається у підлітків і осіб молодого віку, переважно в дівчат у період статевого дозрівання. Може виникати внаслідок медикаментного лікування. Фіброматоз ясен розвивається на обох щелепах. При I ступені – розростання ясен на 1/3 висоти коронки зуба, при II – 1/2, при III – розростання сягають усієї висоти коронки зуба.

Лінома розвивається з підшкірної або підслизової (на піднебінні) жирової тканини. Зустрічається рідко, характерний повільний ріст. Пухлина має м'яку

консистенцію, безболісна під час пальпації. Пухлина вкрита незміненою слизовою оболонкою блідо-рожевого кольору. Лікування – хірургічне.

Епуліс (син. епулід) вогнищеве розростання сполучної тканини грибовидної та округлої форми на ніжці, розташованої в ділянці фронтальної групи зубів і премолярів. Морфологічно складається зі сполучної тканини, яка містить дрібні судини, остеобласти, остеокласти. Епуліс ділять на три види: фіброматозний, ангіоматозний, гігантоклітинний. Лікування – хірургічне: видалення епулісу і його росткової зони, яке закінчують діатермокоагуляцією або кріодеструкцією. Питання про збереження зубів вирішують на підставі даних клінічного і рентгенологічного обстежень.

Характерні клінічні ознаки пухлин та пухлиноподібних хвороб пародонту в більшості випадків дозволяють стоматологу поставити діагноз на підставі огляду і пальпації. При наявності виразок або запальних змін в області патологічного процесу показана біопсія.

Важливим моментом є діагностика причинного фактора пухлини та пухлиноподібного захворювання пародонту. З цією метою проводять ретельний стоматологічний огляд, спрямований на виявлення запальних захворювань порожнини рота, рентгенографія або радіовізіографія, виконується ортопантомограма і пародонтограма. Пацієнтам із зубними протезами необхідна консультація стоматолога-ортопеда для виключення травматичного впливу наявного протеза на тканини порожнини рота.

Найефективнішим методом лікування пухлиноподібних захворювань є хірургічне висічення у межах здорових тканин за допомогою лазера.

Причини незадовільних результатів лікування хворих на патологію пародонту:

1. Хворі не отримують повного об'єму комплексної терапії.
2. Не здійснюється належним чином навчання гігієни порожнини рота і контроль за її виконанням з використанням індикаторів мікробної бляшки.

3. Недостатньо ретельно видалено над'ясенний і під'ясенний зубний камінь, погано відполірована поверхня кореня зуба.
4. Не усунуті нависаючі краї пломб, не відновлені міжзубні контакти, погано відполіровані пломби.
5. Недостатньо використовують лікувальні види протезування. Заміщення дефектів зубних рядів здійснюється без урахування стану пародонту опорних зубів.
6. При видаленні рухомих зубів рідко застосовують тимчасове протезування.
7. Фізіотерапія використовується при збереженні виражених запальних явищ у пародонті та наявності інших ознак прогресування пародонтиту, що сприяє резорбції кісткової тканини, загостренню хронічного запального процесу.
8. Не дотримуються необхідної послідовності при виконанні комплексу лікувальних заходів.
9. Можливий вплив інших системних чинників на характер і перебіг запального процесу в тканинах пародонту.

Помилки у призначенні фармакотерапії:

- призначення лікарських засобів без достатнього обґрунтування;
- використання малоефективних та неефективних препаратів;
- велика кількість медикаментів і надмірна частота їх прийому;
- застосування недостатніх доз і концентрацій;
- непереносимість лікування;
- неадекватна тривалість медикаментозного лікування;
- відсутність видимого ефекту лікування;
- нераціональні комбінації лікарських засобів;
- надмірна поліфармакотерапія;
- дороговизна ліків;
- відсутність узгодження призначень стоматолога з призначеннями лікарів, які лікують супутні соматичні захворювання.

Помилки та ускладнення при фізіотерапії хвороб пародонту

(Улащик В.С., 1995; Цепов Л.М., Ніколаєв А.І., 2002):

1. застосування фізіотерапевтичних методів за наявності протипоказань;
2. фізіотерапевтична поліпрагмазія;
3. порушення техніки і методики проведення процедур;
4. неоптимальне та нераціональне комбінування лікувальних фізичних факторів;
5. статичність фізіотерапевтичних призначень;
6. невчасне призначення фізіотерапевтичних процедур;
7. недооцінка супутніх захворювань, синтропій;
8. недостатність використання фізичних чинників у комплексній терапії хворих;
9. зміни показників гемодинаміки при здійсненні гальванізації та медикаментного електрофорезу;
10. загострення запального процесу в пародонті, активація „васкулярної” резорбції кісткової тканини при застосуванні процедур, які спричиняють активну гіперемію (діатермія, УВЧ-терапія).

Контрольні питання поточного матеріалу:

1. Що таке пухлина?
2. Передпухлинні захворювання (визначення та їх характеристика)
3. Які ділянки тканин є джерелом росту пухлин?
4. Основні морфологічні ознаки передраку.
5. Доброякісні пухлини тканин пародонту. Ознаки.
6. Фіброма, клініка, діагностика.
7. Диференціальна діагностика фіброми.
8. Лікування хворих на фіброму.
9. Фіброматоз ясен. Класифікація.
10. Клінічно-морфологічна характеристика фіброматозу ясен.
11. Діагностичні критерії фіброматозу ясен.

12. Диференційна діагностика фіброматозу ясен.
13. Методи лікування фіброматозу ясен.
14. Епуліс, види, діагностика, лікування.
15. Клінічна характеристика епулісу.
16. Патоморфологічна характеристика епулісу.
17. Диференційна діагностика епулісу.
18. Методи лікування епулісу.
19. Клінічно-морфологічна характеристика ліпоми.
20. Методи лікування ліпоми.
21. Діагностичні помилки пов'язані з клінічним обстеженням пацієнта з патологією пародонту.
22. Як виявити приховане хронічне запалення в яснах?
23. Диференційна діагностика хронічного катарального і гіпертрофічного гінгівіту.
24. За яких системних патологій виявляють виразково-некротичний гінгівіт?
25. Які додаткові методи обстеження вважаються основними для діагностики генералізованого пародонтиту.
26. Діагностичні помилки пов'язані з використанням прицільної рентгенографії в пародонтології.
27. Чому ортопантомографія є найадекватнішим методом обстеження пацієнтів з патологією пародонту?
28. Яку форму пародонтиту можна запідозрити у пацієнтів молодого віку зі скупими клінічними виявами запального процесу та деструкцією кістки альвеолярного відростку.
29. Чи можна за ортопантомографією виявити патологічні зміни кістки альвеолярного паростка у вестибулярно-оральному напрямку.
30. Які дані біохімічного аналізу крові свідчать про системний остеопороз.
31. Який додатковий метод обстеження доцільний за виявлення підвищеного рівня кальцію в крові.
32. Помилки на етапі ініціальної фази лікування.

33. З чим пов'язані ускладнення під час професійного зняття зубних відкладень.
34. Чому після застосування содострумневих апаратів зубні відкладення можуть утворюватися ще швидше? Як цього уникнути?
35. Які антисептики сприяють редукції зубної платівки?
36. Побічні дії хлоргексидину.
37. Які комбінації антибіотиків для лікування пацієнтів з ГП Вам відомі?
38. Вкажіть помилки і, як наслідок, їх ускладнення під час консервативної терапії ГП.
39. Чому хірургічне усунення пародонтальних кишень - необхідна умова лікування пародонтиту II-III ст. тяжкості?
40. Вкажіть ускладнення, які можуть виникати після хірургічного етапу лікування ГП. Їх профілактика.
41. Який ступень тяжкості вимагає обов'язкового шинування зубів?
42. Які помилки можливі при ортопедичному лікуванні пародонтиту і пародонтозу та які ускладнення виникають внаслідок цього?
43. Стратегічні і тактичні помилки при загальному лікуванні ГП, пародонтозу чи швидкопрогресуючому пародонтиту?
44. Чому пародонтологічні хворі повинні бути на диспансерному обліку?

Тестовий контроль поточного матеріалу I рівня

(одна правильна відповідь)

1. Доброякісна пухлина, що складається із зрілих елементів сполучної тканини, рухома, не спаяна з підлеглими тканинами, не болюча при пальпації, це:

- A. Фіброма
- B. Епуліс
- C. Ліпома
- D. Фіброматоз ясен
- E. Папілома

2. Утворення грибовидної чи округлої форми, прикріплене ніжною або широкою основою до надальвеолярних тканин:

- A. Ліпома
- B. Фіброма
- C. Епуліс
- D. Міома
- E. Гемангіома

3. У вагітної, 20 років, на вестибулярній поверхні ясен в ділянці 31 зуба виявлено кругле утворення червонуватого кольору з виразками на поверхні. Мікроскопічно воно нагадує капілярну гемангіому. Який із перерахованих діагнозів найбільш імовірний?

- A. Фіброзний епуліс
- B. Ангіоматозний епуліс
- C. Гігантоклітинний епуліс
- D. Папілома
- E. Фіброма

4. У жінки 28 років на вестибулярній поверхні ясен над різцем верхньої щелепи виявлено утворення грибоподібної форми, на широкій основі білуватого кольору. Мікроскопічно утворення побудоване з хаотично переплетених пучків колагенових волокон і невеликої кількості фібробластів, вкрите багат шаровим плоским епітелієм. Назвіть утворення.

- A. Фіброзний епуліс
- B. Ангіоматозний епуліс
- C. Гігантоклітинний епуліс
- D. Фіброматоз ясен
- E. Амелобластома

5. Тип патологічного процесу при продуктивних процесах у пародонті:

- A. Дистрофія
- B. Запалення
- C. Алергія
- D. Вроджені аномалії та вади розвитку
- E. Пухлина

6. Фіброма – це пухлина:

- A. Із елементів фіброзної тканини, кровоносних та лімфатичних судин
- B. Із зрілих елементів сполучної тканини, кровоносних і лімфатичних судин
- C. Із елементів сполучної тканини і кровоносних судин
- D. Із елементів сполучної та фіброзної тканини, кровоносних і лімфатичних судин
- E. Із кровоносних та лімфатичних судин

7. Хвора 26 років звернулась і скаргами на розростання ясен. Об'єктивно: в ділянці 14 зуба обмежене розростання ясен грибовидної форми щільної консистенції, темно-червоного кольору з ціанотичним відтінком. Рухомість 14 зуба у вестибулярно-оральному напрямку. Появу патологічного утвору хвора зауважила рік тому і пов'язує з вагітністю. Який найвірогідніший діагноз?

- A. Фіброматоз ясен
- B. Гіпертрофічний гінгівіт, набрякова форма
- C. Гострий локалізований пародонтит середньої важкості
- D. Гіпертрофічний гінгівіт, фіброзна форма
- E. Епулід, ангіоматозна форма

8. Доброякісна пухлина, що складається з зрілих елементів сполучної тканини, рухома, не спаяна з підлеглими тканинами, не болюча при пальпації, це:

- A. Фіброма
- B. Епуліс
- C. Ліпома

D. Фіброматоз ясен

E. Папілома

9. Вказати найхарактерніше місце локалізації епулісу:

A. Вестибулярна поверхня ікол та молярів

B. Вестибулярна поверхня різців, ікол та премолярів

C. Оральна поверхня в ділянці різців та премолярів

D. Апроксимальна поверхня різців, ікол та премолярів

E. Оральна поверхня жувальної групи зубів

10. Фіброматоз ясен проявляється:

A. Розростанням ясенних сосочків та маргінальних ясен

B. Розростанням ясен у альвеолярному відділу

C. Розростанням ясен у сосочковій, маргінальній і альвеолярній частинах

D. набряком ясен у сосочковій, маргінальній і альвеолярній частинах

E. дистрофічними змінами ясен у сосочковій, маргінальній і альвеолярній частинах

Тестовий контроль поточного матеріалу II рівня

(дві правильні відповіді)

1. У жінки 38 років на ясні правого верхнього різця стоматолог виявив новоутворення червоного кольору грибокподібної форми діаметром 1,0 см, яке прикріплене до надальвеолярної тканини. При його мікроскопічному дослідженні: на фоні фіброзної тканини з інфільтрацією лімфоцитами і плазмоцитами, визначається велика кількість капілярів. В епітелії слизової оболонки, що вкриває утворення, паракератоз, акантоз. Поставте діагноз.

A. Ангіоматозний епуліс

B. Епуліс

C. Периферійна гігантоклітинна гранульома

- D. Фіброма
- E. Гіпертрофічний гінгівіт
- F. Фіброматозний епуліс
- G. Гемангіома
- H. Амелобластома

2. Під час огляду ротової порожнини на вестибулярній поверхні нижнього різця зліва виявлено утвір грибоподібної форми рожевого кольору до 2 см, який широко ніжною фіксований до надальвеолярної тканини. При гістологічному дослідженні виявлено розгалужені судини капілярного типу із судинними бруньками, ділянками крововиливів та осередки гемо сидерозу. Ваш діагноз:

- A. Амелобластома
- B. Фіброзний епуліс
- C. Гігантоклітинний епуліс
- D. Фіброматоз ясен
- E. Кавернозна гемангіома
- F. Ангіоматозний епуліс
- G. Епуліс
- H. Гіперторофічний гінгівіт

3. У хворої 48 років видалено пухлину нижньої щелепи, яка руйнує кістку. Макроскопічно вона представлена щільною, білого кольору тканиною, із буруватими включеннями та кістами. Мікроскопічно побудована з острівців округлої та неправильної форми, які оточені одонтогенним циліндричним епітелієм. У центральній частині є полігональні зірчасті клітини, які утворюють сітку. Назвіть пухлину:

- A. Фолікулярна амелобластома
- B. Амелобластома
- C. Акантоматозна амелобластома
- D. Базально-клітинна амелобластома

- Е. Гранулярно-клітинна амелобластома
- ґ. Плексиформна амелобластома
- Г. Фіброматоз ясен
- Н. Епуліс

4. У хворої 32 років видалено новоутвір ясен грибоподібної форми, буруватого кольору. Мікроскопічно: сполучна тканина, багата на судини синусоїдного типу, великі багатоядерні клітини та дрібні одноядерні клітини. Спостерігаються дрібні крововиливи, накопичення гемосидерину. Назвіть новоутвір:

- А. Гігантоклітинний епуліс
- В. Епуліс
- С. Амелобластома
- Д. Фіброматозний епуліс
- Е. Ангіоматозний епуліс
- ґ. Фіброматоз ясен
- Г. Гіпертрофічний гінгівіт
- Н. Рецедивуючий епуліс

5. В порожнині рота фіброма найчастіше локалізується на:

- А. В ділянці перших молярів
- В. На м'якому піднебінні
- С. На слизовій оболонці щік
- Д. На альвеолярному відростку і язиці
- Е. В ділянці верхніх різців
- ґ. На твердому піднебінні
- Г. Фіброма ніколи не зустрічається в ротовій порожнині
- Н. Всі відповіді вірні

Практичне заняття № 14

Тема: Організація фізіотерапевтичного кабінету. Покази, протипокази до використання, методи лікування. Методи фізіотерапевтичного лікування.

Мета: ознайомитися з методами фізіотерапії в пародонтології, методикою їх проведення, а також показаннями та протипоказаннями до їх використання. Знати заходи профілактики захворювань пародонту та диспансеризації хворих, як невід'ємної частини профілактичного напрямку.

Навчальні цілі:

Знати:

- види методів фізіотерапевтичного лікування, відповідно до фізичного механізму, який лежить в їх основі;
- основні фізіотерапевтичні методи лікування, які використовують для лікування хворих з патологією пародонту;
- основні протипоказання до застосування фізіотерапевтичних методів лікування;
- показання до застосування фізіотерапевтичних методів лікування при різних захворюваннях пародонту;
- - поняття терміну “диспансеризація”, основні принципи диспансеризації;
- диспансерні групи населення, критерії формування диспансерних груп;
- мета та завдання диспансеризації;
- поняття терміну “профілактика”;
- класифікація видів профілактики за різними критеріями;
- основні завдання і методи різних видів профілактики;
- основні показники ефективності профілактики та диспансеризації у хворих з патологією пародонту.

Оволодіти:

- технікою виконання основних фізіотерапевтичних методів лікування;
- методикою визначення місцевих етіологічних чинників, які спричинили захворювання пародонту;
- методикою виявлення загальних факторів, які сприяють розвитку захворювання пародонту;
- методикою складання плану лікування хворих з патологією пародонту (запальні, дистрофічно-запальні захворювання пародонту, пародонтоз, ідіопатичні захворювання та пародонтоми).
- методиками обстеження пацієнтів з патологією пародонту та розподілу їх на диспансерні групи;
- методикою визначення необхідних профілактичних заходів, залежно від клінічної ситуації;
- методами індивідуальної та групової профілактики захворювань пародонту.

Вміти:

- дослідити наявність над і підясенних зубних відкладень;
- визначати стан оклюзії, виявляти та досліджувати травматичну оклюзію;
- усувати над і підясенні зубні відкладення;
- проводити корекцію травматичної оклюзії;
- визначати безпосередній вплив загальних факторів на розвиток дистрофічно-запальних захворювань пародонту;
- встановлювати діагноз на підставі отриманих суб'єктивних, об'єктивних та додаткових методів обстеження;
- проводити диференційну діагностику різних хвороб пародонту;
- проводити призначення відповідних фізіотерапевтичних методів лікування пацієнтам із патологією пародонту;
- проводити аналіз ефективності диспансеризації пацієнтів із хворобами пародонту.

Коротка характеристика теми:

У комплексній терапії захворювань пародонту обов'язковим є застосування фізіотерапевтичних методів лікування. Фізичні методи мають вплив на нейрогуморальні та рефлекторні механізми, стимулюють окисно-відновні процеси в пародонті, відновлюють метаболізм, поліпшують трофіку тканин. Фізичні методи підвищують опірність організму, підсилюють захисно-приспосувальні механізми, у зв'язку з чим мають важливе значення для профілактики захворювань пародонту.

Сучасне визначення фізіотерапії – це область медицини, що вивчає дію на організм природних і штучно створених фізичних чинників, що використовуються для лікування хворих, профілактики захворювань і медичної реабілітації. Переваги фізіотерапії :

I. Універсальність дії (один і той же чинник може застосовуватися при різних захворюваннях).

II. Фізіологічна, має нормалізуючий характер (фізичний чинник, як звичний для організму подразник, викликає м'які компенсаторно-приспосовані реакції).

III. Відсутність токсичності, алергізуючої дії, побічних ефектів. IV. Неінвазивність терапії. V. Хороша сумісність з іншими лікувальними засобами.

VI. Тривала післядія (терапевтичний ефект довго зберігається і наростає після закінчення курсу лікування). VII. Потенціююча дія більшості препаратів.

VIII. Доступність і порівняльна дешевизна.

Лікувальні фізичні чинники поділяють на природні (не преформовані) напр: аеротерапія, таласотерапія, бальнеотерапія та штучні (преформовані).

Штучні лікувальні фізичні чинники поділяють на:

1. Чинники електромагнітної природи:

- постійний електричний струм (гальванізація, лікарський електрофорез, електросонотерапія, електроанальгезія, електростимуляція, діадинамотерапія).
- змінний електричний струм (ампліпульстерапія, інтерференцтерапія, флюктуоризація, ультратонотерапія, місцева і загальна дарсонвалізація).
- електричне поле (франклінізація, інфітотерапія, електростатичний масаж, УВЧ-терапія).
- магнітне поле (постійна, імпульсна, низькочастотна, високочастотна фізіотерапія).
- електромагнітне випромінювання радіочастотного діапазону (СВЧ-терапія, деци-, сантиметрохвильова терапія, КВЧ-терапія)
- електромагнітне випромінювання оптичного діапазону (інфрачервоне випромінювання, хромотерапія, УФ-опромінення, лазеротерапія, фотодинамічна терапія).

3. Чинники механічної природи:

- механічна напруга (лікувальний масаж, мануальна терапія, акупунктура);
- механічні коливання (вібротерапія, ультразвукова терапія, ультрафонофорез);
- чинники повітряного простору (баротерапія, нормоборічна гіпокситерапія, оксигенобаротерапія, оксигеногеліотерапія, карбогенотерапія, аероінотерапія, аерозольтерапія, галатерапія).

4. Чинники термічної природи:

- гідротерапія,
- кріотерапія,
- парафінотерапія,
- озокерітотерапія.

Стадії реакції у відповідь організму на дію фізичного чинника:

I. ФІЗИЧНА - дія енергії фізичного чинника на біологічну систему в цілому, на тканини, клітини, міжклітинну речовину.

II. ФІЗИКО-ХІМІЧНА - Первинні ефекти (зрушення): – Теплоутворення. – Зміна концентрації і співвідношення іонів в клітинах і тканинах. – Утворення вільних форм БАВ. – Генерація вільних радикалів. – Зміна просторової структури (конформації) білків. – Зміна електричних потенціалів органів, тканин, клітин.

III. БІОЛОГІЧНА - Виникають безпосередні і рефлекторні зміни в органах і тканинах.

Механізми формування реакції організму на дію фізичного чинника наступні: УНІВЕРСАЛЬНІ: неспецифічні, спрямовані на підвищення загальній резистентності, поліпшення адаптації організму : – місцеві реакції організму – рефлекторно-сегментарні – загальні (генералізовані) та СПЕЦИФІЧНІ: активуються конкретним чинником, мають властиву тільки цьому чиннику дію. Загальні протипоказання до фізіотерапії.

1. Новоутворення.
2. Системні захворювання крові і схильність до кровотеч.
3. Виражена серцево-судинна і дихальна недостатність.
4. Індивідуальна непереносимість фізичного чинника.
5. Загальне виснаження хворого.
6. Виражений атеросклероз судин головного мозку.
7. Гострий інфекційний процес.
8. Епілепсія, істерія з судорожними випадками, психози з психомоторним збудженням.
9. Вагітність (окрім гідро-, бальнеотерапії, електросну, УФО, лазеротерапії).

Фізіотерапія в практиці пародонтолога протипоказана при: – ідіопатичних захворюваннях пародонту, – пародонтомах, – за наявності загальних протипоказань, – за наявності особистих протипоказань.

Тривалість курсу визначається динамікою суб'єктивних і об'єктивних показників перебігу захворювання. Оптимальність лікування полягає в тому, що параметри лікувального чинника, методика застосування повинні відповідати характеру і фазі патологічного процесу. Динамічність лікування полягає в тому, що фізіотерапія повинна відповідати стану хворого, враховувати клінічну динаміку, етапно використовувати фіз. фактори, періодично повторювати курси лікування. Комплексність лікування полягає в поєднаному і комбінованому застосуванні фізичних чинників:

– Поєднане лікування – одночасне призначення декількох фіз. факторів (електрофорез в ультразвуковому полі, гальваногрязетерапія, магнітопелюїдотерапія, душ-масаж).

– Комбіноване лікування – застосування фіз. факторів послідовно з тимчасовим інтервалом 1-2 діб або зміна одного курсу іншим.

Електротерапія. З численних методів електролікування в стоматології широко використовують електрофорез, дарсонвалізацію, УВЧ-терапію. Електрофорез лікарських речовин використовують у фазі відновлення при гострих та хронічних в стадії загострення запальних захворюваннях пародонту, при хронічному перебігу запальних та дистрофічних процесів. Електрофорезне введення речовин забезпечує їх широку дифузію в тканини. Гальванічний струм викликає активну гіперемію, включення резервних судин, що поліпшує метаболізм, активує відновні процеси в тканинах пародонту. Методом електрофорезу вводять вітаміни, аскорбінову та нікотинову кислоти, ферментні препарати, гепарин (1:15), грязеві витяжки, препарати фтору.

Дарсонвалізація та діатермія показані при хронічних процесах у пародонті, хронічному перебігу пародонтиту, пародонтозі. Дарсонвалізація сприяє знеболенню, поліпшує трофіку, функціональний стан судин, посилює захисні властивості тканин. Іскрова дарсонвалізація має коагулюючу дію, тому показана для лікування гіпертрофічного гінгівіту.

УВЧ-терапію рекомендують при загостреному перебігу запальних захворювань, особливо у хворих, схильних до утворення абсцесів. Під дією

електричного поля УВЧ підсилюється крово- і лімфообіг, зменшується набряк тканин, поліпшуються обмінні процеси. Недоцільно використовувати її у хворих із гіперергічним перебігом запалення.

Ультразвукова терапія. Ультразвук підсилює дифузію речовин через клітинні мембрани, тому його використовують в медицині для введення лікарських речовин в тканини. Цей метод отримав назву фонофорезу. Фонофорез рекомендується проводити при хронічних запальних процесах, гострих та загострених у стадії ремісії. Методом фонофорезу вводять переважно олійні та емульговані речовини, токоферол, ретинол, емульговані ензимні препарати, ефірні олії. Розроблені також методи введення водних розчинів препаратів.

Ультразвукова терапія – це застосування з лікувальною метою механічних коливань, частотою більше 20 кГц. Для цього застосовують апарати „Ультразвук Т-5” і УЗТ-102. Під дією ультразвуку в тканинах відбувається почергове стиснення і розтягування, що призводить їх в коливальний рух. За допомогою ультразвуку в тканини можна вводити лікарські речовини – ультрафонофорез або фонофорез. Ультразвук показаний при лікуванні гіпертрофічного гінгівіту, хронічного генералізованого пародонтиту. Для видалення зубних відкладень використовують спеціальний апарат „Ультрадент”.

Аероіонотерапія – це аерозольний метод введення лікарських речовин при гострих запальних захворюваннях і особливо дистрофічно-запальних та інших хронічних захворюваннях пародонту. Для цього використовують аерозольний інгалятор АІ-1, а також ПАІ-1 та ПАІ-2.

Світлолікування. З лікувальною метою застосовують весь електромагнітний світловий потік, але найчастіше використовують ультрафіолетові промені та лазеротерапію.

Вакуум-терапія – утворення гематом під дією дозованого вакууму (за В.І. Кулаженко) в ділянці перехідної згортки за допомогою зниженого тиску (до

40 мм.рт.ст.) апаратом АЛП-02 із використанням лабораторних скляних або пластикових трубочок.

Гідротерапія – це орошення порожнини рота за допомогою спеціальних апаратів насиченими рідинами або водними розчинами під тиском 1,5-2,0 атм. Вібраційний масаж – це ритмічне повторення вібраційних рухів на поверхні ділянок, що масажуються. Крім нього застосовують ще пальцевий масаж.

Теплолікування. Із лікувальною метою застосовують сульфідні грязі, торф. Одним з видів теплового лікування є парафіно- та озокеритолікування.

Кріотерапія або локальна гіпотермія – метод лікування, заснований на дії низьких температур. Різновидом кріотерапії є кріообдування, місцева гіпо- і гіпертермія (компресні температури), кріодеструкція (різновид кріохірургії).

Магнітотерапія. Постійне магнітне поле має на організм людини протизапальну, спазмолітичну дію.

Оксигенотерапія. Уведення кисню в тканини пародонту здійснюється кількома методами за допомогою звичайного шприца, шприца безперервної дії, різних апаратів чи пристосувань.

Помилки призначення фізіотерапії при захворюваннях пародонту:

- Призначення теплових процедур при гострому запаленні;
- Призначення УФО без біодози і схеми їх прийому;
- Застосування для електрофорезу свинцевих електродів;
- Препарат під час електрофорезу вводиться без урахування полярності;
- Не вибирається оптимальна методика електрофорезу;
- Не враховуються принципи призначення фізіотерапії, особливо комплексність.

Контрольні питання поточного матеріалу:

1. Організація фізіотерапевтичного кабінету.
2. Види фізичних факторів, які використовують в стоматології.

3. Основні ланки біологічної дії фізичних факторів на організм.
4. Фізичні методи, що використовуються в терапії хвороб пародонту.
5. На яких етапах лікування їх слід використовувати?
6. Механізм дії фізичних методів при лікуванні пародонтиту.
7. Характеристика фізіотерапевтичних методів, які ґрунтуються на дії електричного струму.
8. Показання і протипоказання до застосування електротерапії.
9. Які види фізіотерапевтичних методів призначають при катаральному гінгівіті?
10. Які види фізіотерапевтичних методів призначають при гіпертрофічному гінгівіті?
11. Які види фізіотерапевтичних методів призначають при виразковому гінгівіті?
12. Які види фізіотерапевтичних методів призначають при генералізованому пародонтиті?
13. Які види фізіотерапевтичних методів призначають при пародонтозі?

Тестовий контроль поточного матеріалу I рівня

(одна правильна відповідь)

1. Ультрафонофорез – метод введення лікувальних речовин за допомогою:

- A. Електричного струму
- B. Ультразвуку
- C. Вібрації
- D. Масажу
- E. Гідротерапії

2. Метод фізіотерапії, доцільний при лікуванні пародонтиту в стадії стабілізації

- A. Гідротерапія
- B. Ультрафонофорез

С. Флюктуоризація

Д. УВЧ-терапія

Е. УФО ясен

3. Метод фізіотерапії, протипоказаний при загостреному перебігу генералізованого пародонтиту (абсцедуванні):

А. Аерозольтерапія з хлорофіліптом

В. Ультрафіолетове опромінення

С. Мікрохвильова терапія

Д. Ультрафонофорез з мефенатом

Е. УВЧ-терапія

4. При лікуванні пародонтозу місцево проводять:

А. Дарсонваль-терапію

В. Електрофорез з трипсином

С. Ультрафонофорез з гіоксизоном

Д. Зрошення розчином Календули

Е. Аерозольтерапію з гівалексом

5. Хвора М., 48-ми років, скаржиться на відчуття свербіжу у яснах, короткочасний біль від холодної води. Об'єктивно: ясна щільні, блідо-рожевого кольору, шийки зубів оголені на 0,5 мм, пародонтальні кишені відсутні. На рентгенограмі визначається остеосклероз кістки міжальвеолярних перегородок, дрібно чарунковий малюнок кістки, висота міжальвеолярних перегородок знижена у межах 0,5 мм, цілісність компактної пластинки на верхівках не порушена. Провідний метод місцевого лікування:

А. Протизапальна терапія

В. Хірургічне лікування

С. Ортопедичне лікування

Д. Антибактеріальна терапія

Е. Фізіотерапевтичне лікування

6. В основі методу гальванізації використовується:

А. Високочастотний змінний струм

В. Постійний імпульсний струм низької частоти

С. Постійний струм малої сили та низької напруги

Д. Магнітне поле низької частоти

Е. Ультрафіолетові промені

7. В ультразвуковій терапії використовують:

А. Механічну енергію

В. Імпульсний струм

С. Струм високої напруги

Д. Магнітне поле

Е. Високочастотне коливання

8. Дівчина 17 років скаржиться на болісність і кровоточивість ясен під час чищення зубів та приймання їжі. Вважає себе хворою півтора року. Об'єктивно: ясенні сосочки в ділянці фронтальних зубів верхньої і нижньої щелеп гіперемовані, ціанотичні, вкривають коронки зубів на 1/3-1/2 їх висоти, кровоточать під час дотику та зондування. Поставлено діагноз: гіпертрофічний гінгівіт I-II ступеня, грануляційна форма. Електрофорез яких медикаментних засобів дозволяє досягнути найбільшого терапевтичного ефекту?

А. Вітаміну В1

В. Гепарину

С. Алое

Д. Трипсину

Е. Натрію фториду

9. Пацієнтці 56 років, яка скаржиться на відчуття „повзання мурашок”, ломоту в кістках альвеолярного відростка верхньої та нижньої щелеп, встановлено

діагноз пародонтоз I ступеня. Які з перелічених методів лікування зменшать суб'єктивну симптоматику у даної пацієнтки?

- A. Електрофорез з ніотиновою кислотою та вітамінами групи B
- B. Зняття над- і під'ясенних зубних відкладень
- C. Ремінералізувальна терапія
- D. Протизапальна терапія
- E. Кюретаж пародонтальних кишень

10. Хвора 55 років звернулася з приводу ниючого болю в нижній щелепі свербіння ясен. Об'єктивно: ясна верхньої і нижньої щелепи бліді, потоншені, неболючі, рецесія їх краю на 2 мм, зуби інтактні, м'яких зубних відкладень і каменю немає. Які з нижченаведених фізіотерапевтичних процедур найдоцільніше застосувати?

- A. Ультрафіолетове опромінення
- B. УВЧ-терапію
- C. Аероіонотерапію
- D. Електрофорез розчину трипсину
- E. Фонофорез з ніотиновою кислотою і вакуум-терапію

Тестовий контроль поточного матеріалу II рівня

(дві правильні відповіді)

1. Які є симптоматичні покази до фізіотерапії для ліквідації свербіжжю, дискомфорту ясен:

- A. Аерозольтерапія з хлорофіліптом
- B. Ультрафіолетове опромінення
- C. Мікрохвильова терапія
- D. Ультрафонофорез з мефенатом
- E. УВЧ-терапія
- F. Діатермокоагуляція

Г. Електрофорез таніну, 3% сульфату Zn

Н. Дарсонвалізація

2. Які з перерахованих фізіотерапевтичних методів використовують для ліквідації пародонтальних кишень?

А. Магнітотерапія

В. Ультрафіолетове опромінення

С. Мікрохвильова терапія

Д. Вакуумкюретаж

Е. Кріокюретаж

Ф. Діатермокоагуляція

Г. Електрофорез таніну, 3% сульфату Zn

Н. Дарсонвалізація

3. Протипоказаннями до проведення електрофорезу при хворобах пародонту являються:

А. Наявність гною в зубоясенних кишнях

В. Непереносимість постійного струму

С. Непереносимість покриву слизової оболонки, виразковий гінгівіт

Д. Рухливість зубів II - III ступеню

Е. Глибина зубоясенних кишень більше 6 мм

Ф. Хірургічне лікування хвороб пародонту

Г. Вік

Н. Протипокази відсутні

4. Вкажіть фізіотерапевтичні дії, рекомендовані при загостренні запальних процесів в пародонті, супроводжувани гноетечею?

А. Електрофорез

В. Фонофорез вітамінів

С. Ультрафіолетове випромінювання коротким спектром,

- D. Лазерне випромінювання, флюктуоризація
- E. Магнітотерапія
- F. УВЧ-терапія
- G. Масаж
- H. Всі відповіді вірні

5. Протипоказаннями для проведення фізіотерапевтичного лікування є:

- A. Онкологічні захворювання, туберкульоз,
- B. Інфекційні захворювання, щосупроводжуються високою температурою, вагітність
- C. Хірургічне лікування хвороб пародонту
- D. Вік до 15 років
- E. Вік старше 50 років
- F. Гноєтеча з ясенних кишень
- G. Всі відповіді вірні

Практичне заняття № 15

Тема: Профілактика захворювань тканин пародонту. Етіологічні та патогенетичні заходи профілактики. Диспансеризація хворих.

Мета: знати заходи профілактики захворювань пародонту та диспансеризації хворих, як невід'ємної частини профілактичного напрямку.

Навчальні цілі:

Знати:

- поняття терміну “диспансеризація”, основні принципи диспансеризації;
- диспансерні групи населення, критерії формування диспансерних груп;
- мета та завдання диспансеризації;

- поняття терміну “профілактика”;
- класифікація видів профілактики за різними критеріями;
- основні завдання і методи різних видів профілактики;
- основні показники ефективності профілактики та диспансеризації у хворих з патологією пародонту.

Оволодіти:

- методикою визначення місцевих етіологічних чинників, які спричинили захворювання пародонту;
- методикою виявлення загальних факторів, які сприяють розвитку захворювання пародонту;
- методикою складання плану лікування хворих з патологією пародонту (запальні, дистрофічно-запальні захворювання пародонту, пародонтоз, ідіопатичні захворювання та пародонтоми).
- методиками обстеження пацієнтів з патологією пародонту та розподілу їх на диспансерні групи;
- методикою визначення необхідних профілактичних заходів, залежно від клінічної ситуації;
- методами індивідуальної та групової профілактики захворювань пародонту.

Вміти:

- дослідити наявність над і підясенних зубних відкладень;
- визначати стан оклюзії, виявляти та досліджувати травматичну оклюзію;
- усувати над і підясенні зубні відкладення;
- проводити корекцію травматичної оклюзії;
- визначати безпосередній вплив загальних факторів на розвиток дистрофічно-запальних захворювань пародонту;
- встановлювати діагноз на підставі отриманих суб’єктивних, об’єктивних та додаткових методів обстеження;
- проводити диференційну діагностику різних хвороб пародонту;

- проводити аналіз ефективності диспансеризації пацієнтів із хворобами пародонту.

Коротка характеристика теми:

Профілактика – це система організаційних і медичних заходів, скерованих на забезпечення високого рівня здоров'я населення. Як і загальномедичні, профілактичні заходи захворювань пародонту пов'язані з профілактикою основних стоматологічних захворювань.

Профілактика хвороб пародонту буває:

I. За етапністю (ВООЗ, 1980);

- 1) первинна (переважно соціальна);
- 2) вторинна (соціально-медична);
- 3) третинна (переважно медична).

II. За способом дії:

- 1) ендогенна (загальна);
- 2) екзогенна (місцева).

Профілактичні заходи умовно поділяють на:

- 1) масові соціально-профілактичні (державні);
- 2) лікарсько-профілактичні (спеціальні);
- 3) індивідуальні профілактичні.

Методи профілактики поділяються на три групи:

- 1) комунальні;
- 2) групові;
- 3) індивідуальні.

Первинна профілактика – система соціальних, медичних, гігієнічних, виховних заходів, що покликані зберігати непорушне здоров'я, не допускати дії на людину чинників природного і соціального середовища, які здатні викликати патологічні зміни в організмі.

Вторинна профілактика передбачає раннє виявлення захворювання, попередження прогресування хворобливого процесу і можливих його ускладнень. Основний її метод – планова санація порожнини рота.

Третинна профілактика спрямована на попередження переходу хвороби у важчу форму або стадію попередження втрати функції і загострень, зниження тимчасової непрацездатності. Вона включає весь комплекс терапевтичних, хірургічних, ортодонтичних та ортопедичних заходів, спрямованих на припинення патологічного процесу, запобігання ускладнень.

Всі види профілактики тісно пов'язані між собою, а первинна і вторинна профілактика можуть розглядатись як дві стадії єдиного профілактичного процесу.

Ендогенна (загальна) профілактика забезпечує надходження в організм достатньої кількості макро- та мікроелементів. Велике значення має збалансоване харчування, яке відповідає віку людини.

Екзогенна (місцева) профілактика передбачає вплив різноманітних засобів безпосереднього на тверді тканини зуба і кісткову тканину коміркових відростків та інших тканин пародонту з метою підвищення стійкості їх до несприятливих карієсогенних та пародонтопатогенних чинників.

Профілактика різних форм гінгівіту і пародонтиту полягає у виявленні та лікуванні патологій прикусу, що порушують співвідношення зубних рядів і зубів.

Диспансеризація хворих із захворюваннями тканин пародонту – невід'ємна частина профілактичного напрямку всієї системи охорони здоров'я, конкретний метод його впровадження в практичну охорону здоров'я.

Диспансерний метод обслуговування передбачає активне виявлення початкових стадій захворювання, цілеспрямоване та індивідуальне обстеження хворих, своєчасне їх лікування, а також запобігання прогресування процесу шляхом систематичного планового спостереження за диспансерними групами хворих.

Диспансеризація включає такі етапи: вибір на диспансерне обстеження, власне диспансерне обстеження, визначення якості та оцінку ефективності диспансерного обстеження.

Основні завдання диспансеризації: виявлення ранніх форм захворювання і чинників ризику; проведення комплексу лікувально-профілактичних та соціально-гігієнічних заходів, що дозволяють зберегти функцію зубо-щелепної системи і динамічне спостереження.

Вибір хворих на диспансерне обстеження здійснюють в період профілактичних оглядів (масових та індивідуальних), за звертанням хворих та в період лікування, пов'язаного з іншою патологією.

Особи з клінічними ознаками пошкодження пародонта (гінгівіт, пародонтальні кишени, травматична оклюзія, рухомість зубів) та факторами, які можуть спричинити захворюванню (патологія прикусу, спадковість) підлягають цілеспрямованому комплексному обстеженню.

При відборі осіб, які потребують диспансерного обстеження враховують ступінь, характер патологічного процесу в тканинах, вік, загальний стан хворого, ступінь збереження жувального апарату.

Диспансеризації підлягають такі особи:

а) у віці до 30 років без клінічних ознак захворювання пародонту, але у яких виявлені місцеві або загальні чинники ризику, незалежно від віку, за наявності хронічного гінгівіту, I ступеня генералізованого пародонтиту;

б) у віці до 50 років, за наявності розвинутих форм II-III ступенів генералізованого пародонтиту і пародонтозу;

в) особи з ідіопатичними захворюваннями пародонту, що протікають на тлі загальних захворювань (хвороби крові, ендокринні захворювання та ін.).

Контрольні питання поточного матеріалу:

1. Що таке профілактика?
2. Яка мета профілактики захворювань пародонта?

3. Які види і методи профілактики хвороб пародонту Ви знаєте?
4. Що таке первинна профілактика хвороб пародонту?
5. Що таке вторинна профілактика хвороб пародонту?
6. Що таке третинна профілактика хвороб пародонту?
7. Дати характеристику ендогенної профілактики?
8. Дати характеристику екзогенної та ендогенна профілактики?
9. Що таке державні, спеціальні та індивідуальні профілактичні заходи?
10. Які засоби використовують для профілактики хвороб пародонту?
11. Які принципи раціонального харчування Ви знаєте?
12. Що таке диспансеризація?
13. Які етапи включає диспансеризація?
14. Як здійснюється відбір осіб, що потребують диспансерного обстеження?

Тестовий контроль поточного матеріалу І рівня
(одна правильна відповідь)

1. Система державних, соціальних, гігієнічних і медичних заходів, спрямованих на забезпечення високого рівня стоматологічного здоров'я та попередження стоматологічних захворювань - це:

- A. Профілактика
- B. Диспансеризація
- C. Санація порожнини рота
- D. Реабілітація
- E. Стоматологічна допомога

2. Комплекс соціальних, медичних, гігієнічних і виховних заходів, спрямованих на усунення факторів, які спричиняють виникнення та розвиток захворювань тканин пародонту:

- A. Диспансеризація

- В. Первинна профілактика
- С. Вторинна профілактика
- Д. Третинна профілактика
- Е. Стоматологічна допомога

3. Комплекс заходів, спрямованих на виявлення ранніх стадій захворювань тканин пародонта, своєчасне їх лікування з метою попередження прогресування хвороби та виникнення її ускладнень:

- А. Стоматологічна допомога
- В. Первинна профілактика
- С. Диспансеризація
- Д. Третинна профілактика
- Е. Вторинна профілактика

4. Комплекс заходів, спрямованих на попередження переходу хвороби у важчу форму та реабілітацію стоматологічного статусу шляхом збереження функціональних можливостей органів і тканин щелепно-лицевої ділянки (пародонту):

- А. Вторинна профілактика
- В. Реабілітація
- С. Первинна профілактика
- Д. Третинна профілактика
- Е. Диспансеризація

5. Жінка, 29-ти років, звернулася з метою профілактичного огляду. Знаходиться на диспансерному обліку у гастроентеролога. Об'єктивно: ясна нижньої і верхньої щелепи блідо-рожевого кольору, індекс РВІ - 0 балів. Індекс Green-Vermillion - 0,7. Зуби нерухомі. Пародонтальне зондування - 1-1,5 мм. Проба Парма "-". На рентгенограмі стан альвеолярних відростків без особливостей. Які профілактичні заходи необхідно провести?

- A. Комплекс заходів первинної профілактики
- B. Індивідуальні профілактичні заходи
- C. У профілактичних заходах немає необхідності
- D. Комплекс заходів третинної профілактики
- E. Комплекс заходів вторинної профілактики

6. Жінка, 29-ти років, скаржиться на кровоточивість ясен під час чищення зубів. Хворіє 1,5 року. Знаходиться на диспансерному обліку у гастроентеролога. Об'єктивно: ясна нижньої і верхньої щелепи гіперемовані з синюшним відтінком, індекс РВІ - II бали. Індекс Green- Vermillion - 1,7. Зуби нерухомі. Пародонтальне зондування - 1-1,5 мм. Проба Парма "-". На рентгенограмі - кортикальна пластинка збережена, остеопороз. Які профілактичні заходи необхідно провести?

- A. Індивідуальні профілактичні заходи
- B. У профілактичних заходах немає необхідності
- C. Комплекс заходів вторинної профілактики
- D. Комплекс заходів первинної профілактики
- E. Комплекс заходів третинної профілактики

7. Жінка, 29-ти років, скаржиться на кровоточивість ясен під час чищення зубів. Хворіє 1,5 року. Знаходиться на диспансерному обліку у гастроентеролога. Об'єктивно: ясна нижньої і верхньої щелепи гіперемовані з синюшним відтінком, індекс РВІ - II бали. Індекс Green- Vermillion - 1,7. Зуби нерухомі. Пародонтальне зондування - 1-2 мм, серозний ексудат. Проба Парма «+». На рентгенограмі виявлена деструкція кортикальної пластинки, резорбція міжальвеолярних перегородок на 1/3 їх висоти, остеопороз. Які профілактичні заходи необхідно провести?

- A. Комплекс заходів третинної профілактики
- B. Індивідуальні профілактичні заходи
- C. У профілактичних заходах немає необхідності

D. Комплекс заходів первинної профілактики

E. Комплекс заходів вторинної профілактики

8. Основним заходом екзогенної індивідуальної профілактики захворювань тканин пародонту є:

A. Санація порожнини рота

B. Раціональне харчування

C. Професійна гігієна порожнини рота

D. Раціональна гігієна порожнини рота

E. Вчасне лікування запальних змін у яснах

9. Дівчина Л., 18-ти років, звернулася з метою планового профілактичного огляду. Об'єктивно: ясна блідо-рожевого кольору, пародонтальні кишени відсутні, РВІ - 0 балів, РМА - 0%. Зуби і зубні ряди без особливостей. Індекс Green- Vermillion - 0,7 бала. Диспансерний огляд даній пацієнтці необхідний:

A. Диспансеризації не підлягає

B. 1 раз на рік

C. 2 рази на рік

D. 3-4 рази на рік

E. 1 раз на 2 роки

10. Хворому Б., 27 років, що страждає на цукровий діабет, проведено курс лікування щодо генералізованого пародонтиту середнього ступеня тяжкості. Як часто потрібно хворому відвідувати лікаря-стоматолога з метою профілактики прогресування захворювання пародонта?

A. 3-4 рази на рік

B. 2 рази на рік

C. 1 раз на рік

D. Кожні 2 місяці

E. По мірі необхідності

Тестовий контроль поточного матеріалу II рівня
(дві правильні відповіді)

1. Первинна стоматологічна профілактика передбачає:

- A. Диспансеризацію населення
- B. Лікування карієсу на початковій стадії
- C. Запобігання виникнення карієсу
- D. Запобігання виникнення захворювань пародонту
- E. Лікування захворювань пародонту на початковій стадії
- F. Реабілітаційні заходи
- G. Усуення факторів ризику
- H. Гігієнічне виховання населення

2. Що не належить до лікувально-профілактичних методів:

- A. Санація порожнини рота
- B. Видалення зубних відкладень
- C. Лікування аномалій положення окремих зубів і аномалій прикусу
- D. Лікування захворювань ясен
- E. Місцеве застосування протикаріозних засобів
- F. Лікування СОПР
- G. Регуляція життя і харчування
- H. Боротьба з інфекційними і іншими захворюваннями

3. На прийом до лікаря-стоматолога звернулася вагітна жінка з проханням видати їй довідку для оформлення декретної відпустки за вагітністю. Об'єктивно: в зубах 17, 16, 15, 24, 25, 26 та 36, 35, 44, 45, 46, 47 є каріозні порожнини, на зубах велика кількість зубного каменю, ясна набряклі, легко кровоточать при дотику. З анамнезу встановлено, що у хворої хронічний

холецистит, часті ангіни. В її харчуванні переважають борошняні продукти. Назвіть план лікування і перелічіть необхідні профілактичні заходи.

- A. Лікування: санація ротової порожнини вагітної (лікування зубів, уражених карієсом, видалення зубних відкладень)
- B. лікування загально - соматичної патології (лікування хронічного холециститу, ангіни), регуляція режиму життя та харчування вагітної
- C. Лише санація ротової порожнини
- D. Призначити лише профілактичні заходи
- E. Лікування: сріблення усіх уражених зубів карієсом
- F. Не проводити лікування під час вагітності
- G. Лікування: провести лише професійну гігієну ротової порожнини
- H. Провести фторування зубів

4. Що не входить до складових компонентів вторинної профілактики:

- A. Повноцінний гігієнічний догляд за порожниною рота, контроль за чищенням зубів із застосуванням індикаторних речовин
- B. Виключення травматичних факторів, санація зубних рядів, ортодонтичне лікування
- C. Застосування ремінералізуючих і фторвмісних засобів для попередження і розвитку
- D. Карієс зубів і ущільнення структури альвеолярного відростка
- E. Гігієнічне виховання населення
- F. Усунення шкідливих звичок
- G. Рентгенологічний контроль, який дозволяє виявити характер та інтенсивність деструктивних процесів у кістковій тканині альвеолярних відростків;
- H. За необхідності - хірургічне лікування пародонтиту.

5. Для попередження хвороб пародонту використовують різноманітні методи і засоби, спрямовані перш за все на усунення причини і факторів ризику цієї патології. Що з переліченого не належить до них?

A. Раціональне харчування і недостатня гігієна порожнини рота

B. Застосування препаратів фтору

C. Усунення патологічної оклюзії та аномалій прикусу

D. Аномальна будова і розміщення деяких м'яких тканин та органів порожнини рота

E. Наявність системної патології і хвороб зубів

F. Функціональне перевантаження щелепно-лищевої ділянки

G. Вік

H. Неприятливі умови і режим праці

Практичне заняття №16

Тема: Терапевтична стоматологія екстремальних умов, організація: організація, обсяг, особливості лікування та профілактика хвороб пародонту військовослужбовцям в мирний час і під час воєнних дій.

Мета: ознайомитися з поняттями і визначеннями які стосуються порядку організації та надання стоматологічної допомоги в закладах охорони здоров'я та медичних підрозділах Збройних Сил України.

Коротка характеристика теми:

I. Перелік закладів охорони здоров'я Збройних Сил України.

Наказ №871 від 18.12.2013 Про затвердження Переліку закладів охорони здоров'я Збройних Сил України.

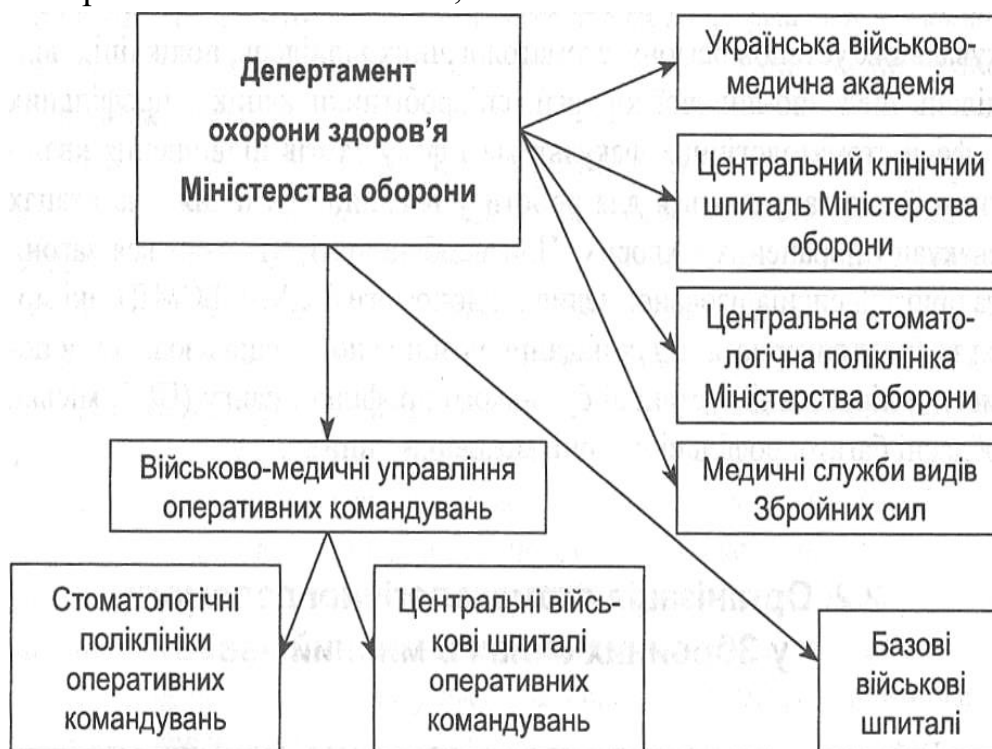
Перелік закладів охорони здоров'я Збройних Сил України

1. Лікарняні заклади:

військово-медичний центр (усіх найменувань, у тому числі клінічний);
військовий госпіталь, філія госпіталю (усіх найменувань);
окремий медичний батальйон, медико-санітарний батальйон;
військовий лазарет (усіх найменувань);
окрема медична рота (медична рота);
медичний взвод.

2. Амбулаторно-поліклінічні заклади:

поліклініка, поліклінічне відділення (усіх найменувань);
центральна стоматологічна поліклініка;
стоматологічна поліклініка;
пересувний стоматологічний кабінет;
пересувний рентгенівський кабінет;



Принципова схема організації військово-медичної служби України (Г. П. Рузін та ін., 2008)

II. Терміни, поняття і визначення які стосуються порядку надання стоматологічної допомоги в закладах охорони здоров'я та медичних підрозділах Збройних Сил України.

Інструкцією затвердженою Наказом МО № 414 від 18.08.2005 року регулюється порядок надання стоматологічної допомоги в закладах охорони здоров'я та медичних підрозділах Збройних Сил України.

У цій Інструкції терміни вживаються в такому значенні:

інші особи - особи, які не перебувають на медичному обліку в закладах охорони здоров'я Збройних Сил України;

медичні підрозділи Збройних Сил України - стоматологічні підрозділи закладів охорони здоров'я Збройних Сил України, що надають стоматологічну допомогу: **стоматологічні відділення та кабінети** із зуботехнічними (зубопротезувальними) лабораторіями або стоматологічні відділення та кабінети, що мають у штаті посади лікарів-стоматологів (ортопедів, терапевтів, хірургів, зубних техніків) та утримуються за рахунок коштів Державного бюджету України відповідно до кошторису;

надання стоматологічної допомоги прикріпленому контингенту - комплекс заходів із профілактики, диспансерного нагляду та лікування, відновлення втраченої функції щелепно-лицьового апарату;

прейскурант на медичні послуги - документ, в якому міститься систематизований за певними ознаками перелік стоматологічних послуг, що надаються в закладі охорони здоров'я Збройних Сил України, із зазначенням ціни;

прикріплений контингент - особи, які згідно з чинним законодавством перебувають або мають право перебувати на медичному обліку у закладах охорони здоров'я Збройних Сил України;

санация ротової порожнини - комплекс лікувально-профілактичних заходів щодо оздоровлення ротової порожнини та запобігання стоматологічним захворюванням, який є основним компонентом стоматологічної профілактики і

включає: огляд ротової порожнини; лікування молочних і постійних зубів; усунення осередків інфекції, інтоксикації і лікування ураженої слизової оболонки; виправлення деформованих зубів і щелеп, протезування;

стоматологічна допомога - самостійний вид медичної допомоги, що надається за видами лікувально-профілактичної допомоги, до якої входять стоматологічна **терапевтична**, стоматологічна хірургічна, стоматологічна ортопедична (ортодонтична) допомога;

стоматологічна ортопедична допомога - відновлення функцій жувального апарату, усунення вроджених та надбаних деформацій обличчя та щелеп шляхом використання різних видів спеціальних протезів, апаратів, що поділяється на: зубне протезування (заміщення дефектів зубів і зубних рядів та ефективний вплив на зуби для покращення їх функціонування); щелепно-лицьове протезування (заміщення дефектів кісток та м'яких тканин обличчя під час надання хірургічної допомоги в зв'язку з травмами, пораненнями, вродженими та набутими дефектами щелепно-лицьової ділянки); ортодонтію (виправлення аномалій прикусу та положення окремих зубів);

стоматологічна терапевтична допомога - своєчасне виявлення, лікування та профілактика хвороб зубів, тканин пародонту, захворювань слизової оболонки ротової порожнини;

стоматологічна хірургічна допомога - видалення зубів, діагностика та хірургічні методи лікування запальних та онкологічних захворювань, травм (пошкоджень) та їх наслідків, вроджених і набутих дефектів, аномалій розвитку та деформації щелеп, органів ротової порожнини, приротової ділянки;

стоматологічні вироби - зубні протези, пломби та імпланти, виготовлені і встановлені (поставлені) медичними підрозділами Збройних Сил України під час надання стоматологічної ортопедичної, стоматологічної терапевтичної або стоматологічної хірургічної допомоги.

Основними завданнями стоматологічної допомоги в закладах охорони здоров'я та медичних підрозділах Збройних Сил України є:

- **надання амбулаторної** (терапевтичної, хірургічної, ортопедичної) та стаціонарної допомоги прикріпленому контингенту та іншим особам;
- протезування окремих зубів та дефектів зубного ряду;
- **планова санація ротової порожнини прикріпленому контингенту;**
- облік хворих із хронічними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки (пародонтоз, лейкоплакії, гіперкератоз, новоутворення тощо), які підлягають диспансерному нагляду та проведенню лікувально-оздоровчих заходів;
- участь у комплексній щорічній диспансеризації прикріпленого контингенту;
- вивчення та систематизація даних стоматологічної захворюваності і розроблення заходів для її зниження;
- науково-дослідницька та організаційна робота;
- санітарно-просвітницька робота з питань профілактики стоматологічних захворювань;
- підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації медичного персоналу закладів охорони здоров'я Збройних Сил України;
- облік та звітність відповідно до переліку обліково-звітної документації.

Організація надання стоматологічної терапевтичної і хірургічної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах (мирний час).

1. Основу амбулаторної стоматологічної допомоги у Збройних Силах України складають профілактичні огляди ротової порожнини та планова санація прикріпленому контингенту шляхом проведення профілактичних та лікувальних заходів. Профілактичні огляди (первинний, черговий, контрольний) ротової порожнини проводяться з метою виявлення осіб, які потребують санації. Результати огляду заносяться в журнал обліку профілактичної роботи лікаря-стоматолога, форма якого затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527 "Про

затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності", зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.

2. На підставі даних профілактичних оглядів виділяють п'ять груп пацієнтів:

перша - із неускладненим карієсом;

друга - з ускладненим карієсом (пульпіт, періодонтит);

третя - ті, що потребують видалення зруйнованих зубів;

четверта - ті, що потребують диспансерного спостереження (хронічні захворювання пародонту, слизової оболонки ротової порожнини, доброякісні новоутворення щелепно-лицьової ділянки тощо);

п'ята - ті, що потребують протезування зубів.

У першу чергу сануються пацієнти першої та другої груп.

3. За результатами оглядів пацієнтів складається план санації ротової порожнини та протезування (далі - план санації). Планова санація ротової порожнини є частиною загального плану оздоровчих заходів, які проводяться у військовій частині, планується начальником медичної служби і затверджується командиром військової частини. Безпосередню розробку плану санації здійснює лікар-стоматолог військової частини. Для виконання плану санації виділяється не менше половини його робочого часу.

4. Під час складання плану санації враховується, що вона завершується до прибуття нового поповнення. Всі військовослужбовці, які перебували на лікуванні в лазареті, сануються до виписки.

5. Первинна профілактика стоматологічних захворювань передбачає:

дотримання гігієнічних правил по догляду за ротовою порожниною і зубами;
проведення лікарем-стоматологом регулярних профілактичних оглядів ротової порожнини;

звернення прикріпленого контингенту за стоматологічною допомогою з приводу початкових форм захворювання зубів;
своєчасне протезування зубів;
пропаганду лікарем-стоматологом гігієнічних знань з питань збереження зубів.

6. Вторинна профілактика стоматологічних захворювань передбачає раннє виявлення і лікування осіб, які мають карієс та інші захворювання зубів і ротової порожнини, а також диспансерний динамічний нагляд за прикріпленим контингентом, який має хронічний стоматит, гінгівіт, пародонтоз, пародонтит та інші хронічні стоматологічні захворювання, з метою проведення планових лікувально-профілактичних заходів.

7. Надання амбулаторної терапевтичної стоматологічної допомоги(в мирний час) включає:

- лікування карієсу зубів та його ускладнень;
- лікування некаріозних уражень твердих тканин зуба;
- лікування захворювань пародонту;
- лікування захворювань слизової оболонки ротової порожнини, губ та язика.

III. Організація та обсяг терапевтичної стоматологічної допомоги військовослужбовцям України в Пересувному стоматологічному кабінеті (ПСК)(зокрема під час ведення бойових дій).

Методичні рекомендації «Організація роботи пересувного стоматологічного кабінету» Київ,2015 (Вчена рада Української військово-медичної академії від 31 03 2015 р., затверджено МО України)

Пересувний стоматологічний кабінет (ПСК) – підрозділ медичної служби, призначений для надання амбулаторної стоматологічної допомоги особовому складу частин та підрозділів, які не мають штатних стоматологічних кабінетів. ПСК використовується для надання стоматологічної допомоги в польових умовах та за межами військових гарнізонів - під час ведення бойових дій, проведення навчань, польових навчальних зборів, усуненні наслідків надзвичайних ситуацій, тощо.

Склад **ПСК** – 4 особи (з числа військовослужбовців): начальник ПСК (лікар-стоматолог), ординатор (лікар-стоматолог), медична сестра, водій-санітар.

Начальник ПСК має досвід практичної роботи та базову кваліфікаційну категорію за спеціальністю «Стоматологія» (не нижче I) та додаткову спеціалізацію «Хірургічна стоматологія».

Ординатор ПСК має базову кваліфікаційну категорію за спеціальністю «Стоматологія» (не нижче II).

Медична сестра ПСК має базову медичну освіту, спеціалізацію з стоматології, досвід роботи не менше 2 років та додаткову спеціалізацію «Рентгенологія для середнього медичного персоналу».

Водій-санітар має категорію «С», стаж водіння не менше 2 років та допуск для роботи з електрообладнанням.

Начальник ПСК відповідає за такі обсяги надання стоматологічної допомоги:

- Проведення профілактичних оглядів особового складу військових частин та підрозділів;
- Виявлення та облік осіб, які потребують санації ротової порожнини;
- Виявлення та направлення в лікувальні заклади осіб з травмами і захворюваннями щелепно-лицевої ділянки, які потребують стаціонарного лікування(під час ведення бойових дій);

- Виявлення та облік військовослужбовців з захворюваннями щелепно-лицевої ділянки, які потребують диспансерного спостереження;
- Надання амбулаторної терапевтичної та хірургічної стоматологічної допомоги військовослужбовцям(під час ведення бойових дій);
- Надання кваліфікованої (II рівень) медичної допомоги при пораненнях та травмах щелепно-лицевої ділянки(під час ведення бойових дій);
- Проведення роботи серед особового складу військових підрозділів, спрямованої на профілактику стоматологічних захворювань;
- Проведення науково-дослідницької та винахідницької роботи з актуальних питань військової стоматології.

ОСНАЩЕННЯ ПЕРЕСУВНОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО КАБІNETУ

ПСК розгортається в спеціальному модульному блоці на базі вантажного автомобіля.

Конструкція та комплектація пересувного стоматологічного кабінету дає можливість автономно, в повному обсязі та в комфортних умовах проводити амбулаторний стоматологічний прийом.

ПСК забезпечується спеціальним медичним майном, апаратурою, інструментами, медикаментами та витратними матеріалами через підрозділи медичного забезпечення військово-медичних клінічних центрів за місцем постійної дислокації.

Кількість витратних матеріалів та інструментів (пломбувальні засоби, анестетики, медикаменти, розчини, тощо) залежить від фактичного часу проведеного на виїзді. При розрахунку необхідного витратного майна зважають на те, що в середньому за місяць роботи лікарі ПСК приймають близько 250 стоматологічних хворих.

Пересувний стоматологічний кабінет оснащений стаціонарною стоматологічною установкою з кріслом та автономним компресором,

безтіньовою лампою, слиновідсмоктувачем, ультразвуковим скелером, фотополімерною лампою, бактерицидним опромінювачем повітря.

Для стерилізації інвентарного інструменту ПСК має стерилізатор повітряний (сухожарову шафу), ультразвукову мийку для ендодонтчного інструменту, автоклав та кип'ятильник дезінфекційний.

Крім того кабінет має рентгенологічний апарат для внутрішньоротових прицільних знімків з необхідним проявочним оснащенням та необхідним запасом рентгенівської плівки та реактивів (краще плівка із проявочним розчином в одному контейнері).

ПСК обладнаний також аквадистилятором, тепловою завісою (нагрівачем повітря), апаратурою для контролю за роботою електрообладнання, системою очистки води. Електроживлення кабінету забезпечується виносним кабелем від мережі змінного струму 220В, а при його відсутності (в польових умовах) – від автономного дизельного або бензинового (в залежності від комплектації) генератора.

Стіни, меблі та підлога салону фургону виконані з матеріалів, що дозволяють якісно проводити дезінфекційну обробку.

Водопостачання забезпечується за допомогою насосної станції з системою очистки та підігріву води.

Комплектація необхідним обладнанням дозволяє забезпечити стерилізацію інструментів та матеріалів, утилізацію відходів. Для надання невідкладної допомоги в кабінеті розгортається спеціальний комплект з необхідним набором інструментів, приладів, медикаментозних засобів та інструкцій.

Спеціальні меблі з шафами, що закриваються та додаткові засоби фіксації (ремені, замки) забезпечують безпечне збереження обладнання, інструментів та матеріалів при їх транспортуванні.

Контрольні питання поточного матеріалу:

1. Які основні заклади охорони здоров'я в яких надається допомога стоматологічного профілю у Збройних Силах України?
2. Перечислити основні поняття й визначення які використовуються у організації стоматологічної терапевтичної допомоги в медичних підрозділах Збройних Сил України.
3. Перечислити основні завдання стоматологічної допомоги в закладах охорони здоров'я та медичних підрозділах Збройних Сил України.
4. Основні засади організації надання стоматологічної терапевтичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах (мирний час).
5. Що влючено в надання основні стоматологічної терапевтичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах (мирний час)?
6. Що таке Пересувний стоматологічний кабінет (ПСК)?
7. Перечислити склад і посадові обов'язки членів ПСК.
8. Оснащення ПСК.
9. Які обсяги надання стоматологічної допомоги в ПСК під час ведення бойових дій?

Еталони відповідей контрольного рівня знань

	№ питання	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Тема 1	І рівень	Е	В	А	С	А	В	Е	С	Е	А
	ІІ рівень	А,В	Д,Е	Г,Н	Д,Е	Г,Н					
Тема 2	І рівень	А	В	Д	С	Е	А	А	А	Е	В
	ІІ рівень	А,В	Е,Ф	С,Д	Г,Н	В,С					
Тема 3	І рівень	А	Д	Е	А	С	Е	А	Е	В	А
	ІІ рівень	С,Д	А,В	Г,Н	Е,Ф	В,С					
Тема 4	І рівень	В	А	Е	А	В	А	Д	В	А	Е
	ІІ рівень	А,В	Г,Н	Д,Е	С,Д	А,В					
Тема 5	І рівень	А	В	Д	В	А	Е	В	А	В	А
	ІІ рівень	С,Д	А,В	С,Д	Г,Н	В,С					
Тема 6	І рівень	А	Е	В	Д	А	С	А	Е	Д	В
	ІІ рівень	В,С	Е,Ф	А,В	С,Д	А,В					
Тема 7	І рівень	А	А	Е	С	Д	Е	А	В	А	Д
	ІІ рівень	А,В	С,Д	Е,Ф	Г,Н	А,В					
Тема 8	І рівень	В	А	Е	С	В	А	А	Д	С	А
	ІІ рівень	А,В	Е,Ф	В,С	А,В	Д,Е					
Тема 9	І рівень	С	А	Д	С	Е	С	А	В	Д	А
	ІІ рівень	Е,Ф	А,В	Е,Д	Г,Н	А,В					
Тема 10	І рівень	А	Е	С	А	С	А	В	Е	А	С
	ІІ рівень	В,С	А,В	Д,Е	А,В	Г,Н					
Тема 11	І рівень	В	Е	А	А	С	Д	С	А	В	В
	ІІ рівень	В,С	Д,Е	В,С	Г,Н	С,Д					
Тема 12	І рівень	А	С	А	Е	Д	А	Е	А	В	Е
	ІІ рівень	Е,Ф	С,Д	Е,Ф	А,В	Г,Н					
Тема 13	І рівень	А	С	В	А	Е	В	Е	А	В	С
	ІІ рівень	А,В	Г,Н	А,В	А,В	С,Д					
Тема 14	І рівень	В	А	Д	А	Е	С	А	В	А	Е
	ІІ рівень	Г,Н	Д,Е	В,С	С,Д	А,В					
Тема 15	І рівень	А	В	Е	Д	А	С	А	Д	В	А
	ІІ рівень	С,Д	Г,Н	А,В	Е,Ф	Г,Н					
Тема 16	І рівень	В	А	Е	Д	А	В	С	Д	А	А

Рекомендована література:

Основна:

1. Данилевський М.Ф. Терапевтична стоматологія: Підручник: В 4 т. – Т.3 Захворювання пародонта / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун [та ін.]. – К.: Медицина, 2008. – 614 с.
2. Данилевський Н.Ф. Терапевтична стоматологія: Учебник: В 4 т. – Т.3 Заболевания пародонта / А.В.Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.Ф. Сидельникова [с соавт.]. – К.: ВСИ «Медицина», 2011.–616 с.
3. Борисенко А.В Заболевания пародонта: учеб. пособие / А.В. Борисенко. - К.: ВСИ «Медицина», 2013. - 456с. - (Секреты терапевтической стоматологии).
4. Борисенко А.В. Практична пародонтологія: довідник лікаря "Стоматолог" / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.Ф. Сідельнікова. – К.: Здоров'я України, 2011. – 469 с.
5. Ніколішин А.К. Терапевтична стоматологія: підручник, У 2 т. / ред. А.К. Ніколішин. - Полтава: Дивосвіт, 2007. - 280 с.

Додаткова:

1. Данилевський М.Ф. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонту / Данилевський М.Ф., Мохорт М.А., Мохорт В.В. – К.: Здоров'я, 1991. – 264 с.
2. Заболотний Т.Д. Генералізований пародонтит. / Т.Д. Заболотний, А.В. Борисенко, А.В. Марков [та співавт.]. – Львів: "ГалДент", 2011. – 240 с.
3. Методичні вказівки до практичних занять для студентів ІV курсу стоматологічного факультету. Частина ІІ /Б.С. Гриник, С.С. Різник, В.С. Гриновець і інші /За заг. ред. доц. В.М. Зубачика/.– Львів, 2005.– 65 с.

4. Пародонтальні пов'язки /С.С. Різник, Б.С. Гриник, В.С. Гриновець, Ю.В. Сулим, І.С. Денега /За заг. ред. проф. В.М. Зубачика/.– Львів: Ліга-Прес, 2006.– 98 с.
5. Герелюк В.І. Фармакотерапія в стоматології. Методичний посібник. / В.І. Герелюк, Н.В. Нейко, Т.Д. Павлюк, В.В. Материнський - Івано-Франківськ, 2000. - 58 с.
6. Машченко І.С. Заболевания пародонта. – Днепропетровск: Коло, 2003. – 271 с.
7. Мельничук Г.М. Гінгівіт, пародонтит, пародонтоз: особливості лікування: навч. посіб. / Г.М. Мельничук, М.М. Рожко. – Івано-Франківськ, 2011. – 328 с.
8. Годована О.І. Захворювання пародонту (гінгівіт, пародонтит, пародонтоз: навч. посіб.– Львів-Тернопіль: Джура, 2009. - 200 с.
9. Мюллер Х.-П. Пародонтологія / Х.-П. Мюллер, пер. с нем. – Львов: «ГалДент», 2004. – 256 с.
10. Потапчук А.М., Добра П.П. та співав. Сучасна фізіотерапія та діагностика у стоматології – Навчальний посібник.- ФОП Брежа А.Е. – 2012.- 449 с.
11. Чекман І.С. Фармакологія. Підручник для студентів медичних факультетів / І.С. Чекман, Н.О. Горчакова, Л.І. Казак та ін. / Видання 2-е – Вінниця : Нова Книга, 2011. – 800 с.
12. Стоматологія надзвичайних ситуацій з курсом військової стоматології /Видання друге, доопрацьоване і доповненеЗа редакцією професора Г. П. Рузіна. Нова Книга,Вінниця, 2008. – 260с.
14. Організація роботи пересувного стоматологічного кабінету. – методичні рекомендації. – К.: УВМА, 2015.- 24с.
15. Ripetska O., Denega I., Hrynovets V., Hysyk M. Diseases of the periodontium (Etiology, pathogenesis, diagnosis, treatment.) – Lviv – Liga-Press – 2011. – 269pp.
17. I. Hrynovets, A. Mahlovanyu, I. Deneha, O.Ripetska, V. Hrynovets, A. Buchkovska Application of different medicinal forms in dental practice. Gorlice, 2016. – 105p.

Електронні ресурси:

1.<http://tst-nmu.org.ua>

2.http://www.stomatology.org.ua/modules/myarticles/article_storyid_2.html

3.<http://medexpert.org.ua/modules/pages/main/partners/stomatology.html>

4.<http://www.dentart.org/>

5.<http://www.floridaprobe.com.ua/florida-proub>

6.http://www.old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20041123_566.html