

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького
Кафедра терапевтичної стоматології

Методичні вказівки

до самостійної роботи

до практичних занять з терапевтичної стоматології

з розділу „Пародонтологія”

для студентів IV курсу (VII семестр) другого (магістерського) рівня вищої освіти галузі знань 22

„Охорона здоров'я”

спеціальності 221 „Стоматологія”

Львів 2023

УДК:616.314.17-002(076.5)

ББК 56.612.173

М545

с.122

Методичні вказівки укладені з метою покращення підготовки студентів у рамках запланованого на IV курс об'єму самостійної роботи. Для конкретизації обсягів матеріалу, який необхідно опрацювати студентам, у методичних вказівках наводиться перелік розділів для самостійного опрацювання, запитання та тести для самоконтролю, а також перелік рекомендованої літератури для підготовки згідно з програмою та навчальним планом для студентів стоматологічного факультету на 7 семестр. Автори рекомендують при підготовці самостійної роботи також використовувати матеріали лекцій, та інтернет-ресурси.

Укладачі методичних розробок:

доц. Довганик В.В., доц. Бучковська А.Ю., доц. Синиця В.В., к.мед.н., ас. Демчина Г.Р.

За загальною редакцією професора, д.мед.н.В.М. Зубачика

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.

Методичні вказівки для самостійної роботи для підготовки студентів IV курсу стоматологічного факультету на 7 семест затверджено на засіданні профільної методичної комісії із стоматологічних дисциплін ЛНМУ імені Данила Галицького, протокол № 4 від 13 грудня 2023

ВИДИ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТА (39 год.)

№ п/п	Тема заняття	К-сть годин
1.	<u>Підготовка до практичних занять</u> <input type="checkbox"/> <u>теоретична підготовка та опрацювання практичних навичок.</u>	18
2.	<u>Самостійне опрацювання тем, які не входять до плану аудиторних занять:</u> 1.Внесок вітчизняних та зарубіжних вчених у вивчення питань етіології та патогенезу захворювань пародонту. 2. Критерії оцінки стану пародонту. 3. Індексна оцінка. SPR-скринінг тест. 4. Аналіз ортопантограми 5. Оформлення пародонтологічної карти стоматологічного хворого 6. Оформлення звітно-облікової документації стоматолога, аналіз кількісних та якісних показників роботи лікаря-стоматолога. 7. Аналіз результатів цитологічного, гістологічного, бактеріального дослідження пацієнта.	3 3 3 3 3 3 3

РЕКОМЕНДОВАНИЙ ВИД ІНДИВІДУАЛЬНОЇ РОБОТИ ДЛЯ СТУДЕНТА

ІСТОРІЯ ХВОРОБИ

№ п/п	Тема
1.	Визначення гігієнічних індексів.
2.	Клінічне обстеження хворого з патологією тканин пародонту. Оформлення історії хвороби, складання плану лікування.

Організаційна структура заняття:

Організаційна частина	2 хв.
Контроль вихідного рівня знань	5 хв.
Теоретичне опитування та обговорення питань по темі практичного заняття	15 хв.
Демонстрація наочного матеріалу за темою	10 хв.
Самостійна робота по засвоєнню теми	35 хв.
Контроль кінцевого рівня знань студента та оцінювання успішності	20 хв.
Завдання для самостійної роботи	3 хв.

ЗМІСТ

- 1 **Практичне заняття № 1.** Анатомія, гістологія, фізіологія тканин пародонту (ясна, альвеолярний відросток, періодонт, цемент кореня зуба). Захисні механізми. Техніка безпеки під час роботи у відділенні терапевтичної стоматології.....
- 2 **Практичне заняття №2.** Пародонт, визначення поняття. Клінічні морфо-функціональні особливості пародонту. Зубо-ясенне з'єднання. Вікові зміни тканин пародонту.....
- 3 **Практичне заняття №3.** Сучасні погляди на питання систематизації захворювань пародонту. Термінологія, класифікація.....
- 4 **Практичне заняття №4.** Особливості клінічного обстеження хворих із патологією пародонту. Основні клінічні методи. Індексна оцінка стану тканин пародонту
- 5 **Практичне заняття №5.** Методи дослідження

- кісткової тканини альвеолярного відростка.....
- 6 **Практичне заняття №6.** Лабораторні та функціональні методи дослідження, які застосовують у пацієнтів із патологією тканин пародонту
- 7 **Практичне заняття №7.** Механізм виникнення над- і під'ясенних зубних відкладень, їх вплив на стан тканин пародонту та методи їх усунення ...
- 8 **Практичне заняття №8.** Папіліт. Катаральний гінгівіт. Етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, диференційна діагностика...
- 9 **Практичне заняття №9.** Лікування катарального гінгівіту
- 10 **Практичне заняття №10.** Гіпертрофічний гінгівіт. Етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, диференційна діагностика...
- 11 **Практичне заняття №11.** Лікування гіпертрофічного гінгівіту
- 12 **Практичне заняття №12.** Виразковий гінгівіт. Етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, диференційна діагностика.....
- 13 **Практичне заняття №13.** Лікування виразкового гінгівіту.....
- 14 **Практичне заняття №14.** Атрофія ясен. Рецесія ясен.Клініка, діагностика. Методи лікування.....
- 15 **Практичне заняття №15.** Локалізований пародонтит. Етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, диференційна діагностика...
- 16 **Практичне заняття №16.** Лікування та профілактика локалізованого пародонтиту
- 17 Приклади тестів для підготовки студентів до практичних занять

Самостійна робота № 1

Тема: Анатомія, гістологія, фізіологія тканин пародонту (ясна, альвеолярний відросток, періодонт, цемент кореня зуба). Захисні механізми. Техніка безпеки під час роботи у відділенні терапевтичної стоматології.

Навчальні цілі:

Знати:

- топографо-анатомічну будову ясен, кісткової тканини альвеолярного відростку, періодонту, цементу кореня зуба;

Оволодіти :

- методикою огляду тканин пародонту;

Вміти:

- проводити комплексний огляд та оцінювати стан тканин порожнини рота.

Коротка характеристика теми:

Поняття „пародонт” об’єднує комплекс анатомічних утворень: ясна, періодонт, кісткову тканину альвеоли, цемент кореня зуба, які тісно пов’язані між собою генетично,

морфологічно та функціонально, мають спільну іннервацію та кровопостачання і складають єдине ціле.

Ясна – слизова оболонка, яка вкриває альвеолярний відросток верхньої та нижньої щелеп і охоплює зуби в ділянці шийки. Зовні (вестибулярно) ясна межують з перехідною згорткою. З середини (орально) ясна переходять в слизову оболонку твердого піднебіння чи дна порожнини рота.

З клінічної і фізіологічної точок зору в яснах розрізняють міжзубний (ясенний) сосочок, ясенний край (вільні ясна, тобто неприкріплені, рухомі), альвеолярні ясна (прикріплена частина).

Ясна вистелені багатошаровим плоским зроговілим епітелієм, який в ділянці ясенної борідки переходить в епітелій борозни. Епітелій прикріплення (так зване зубо-ясенне з'єднання) – це особливий вид епітелію, утвореного в ембріогенезі злиттям багатошарового плоского епітелію та епітелію, що покривав зубний мішечок. Після прорізування зуба зубо-ясенне з'єднання розташоване на рівні емалево-цементної межі, забезпечуючи гемідесмосомне прикріплення зі сторони зуба. Зубо-ясенне з'єднання має вирішальне значення для здоров'я пародонту, оскільки не відновлюється в постнатальний період, а порушення його цілісності зумовлює відсутність епітеліального бар'єру в місці найбільшого скупчення мікроорганізмів, якою є пришийкова ділянка зуба. Втрата зубо-ясенного з'єднання та апікальний ріст залишеного без прикріплення сулькулярного епітелію призводить до формування пародонтальної кишень. Ясенна кишень утворюється внаслідок ексудативних або проліферативних процесів в яснах без порушення зубо-ясенного з'єднання. Епітелій борідки та епітелій прикріплення не мають рогового шару. Зроговілий епітелій – складається з чотирьох шарів: базального, остистого, зернистого, рогового.

Власна пластинка ясен складається з сосочкового та сігчастого шарів. У власну пластинку ясен влітаються пучки колагенових волокон, які міцно зв'язують ясна з цементом зуба (ясенні волокна періодонта) та міжальвеолярними перегородками кістки, забезпечуючи монолітність зубних рядів. Власна пластинка ясен містить еластичні волокна. Залози та підслизова основа в яснах відсутні.

Ясна добре іннервуються, містять капсульовані і некапсульовані нервові закінчення. Капсульовані утворюють так звані колби Краузе та тільця Мейснера. Від клубочків сосочкового шару відходять внутрішньоепітеліальні нервові закінчення. Нервово-рецепторний апарат сприймає біль, температурні і тактильні подразники.

Періодонт – це зв'язковий апарат зуба (щільна сполучна тканина, яка оточує корінь зуба і розташована між цементом та альвеолярною кісткою), який виконує опорно-утримуючу і амортизуючу функції.

Зв'язки представлені великою кількістю колагенових волокон, які зібрані в пучки товщиною 0,004-0,01 мм, між якими розташовані прошарки пухкої сполучної тканини з клітинними елементами, кровоносними судинами, нервовими рецепторами. Напрямок волокон, їх орієнтація диференціюються під впливом жування. Клітини розташовані в прошарках пухкої сполучної тканини між пучками волокон. Найбільше їх поблизу альвеоли та верхівки кореня.

Цемент вкриває корінь зуба від емалі до верхівки. Розрізняють цемент первинний – безклітинний і вторинний – клітинний. Хімічний склад цементу – 22 % органічних речовин, 32 % води, 46 % солей кальцію, фосфору, мікроелементів. Безклітинний (первинний) в пришийковій ділянці кореня складається з колагенових волокон, які йдуть паралельно осі зуба і склеюючої речовини. Клітинний цемент вкриває дентин на верхівці кореня і міжкореневу поверхню молярів і премолярів. Складається з колагенових волокон, склеюючої речовини і клітин – цементоцитів, які анастомозують між собою і з дентинними трубочками.

Альвеолярний відросток – частина верхньої і нижньої щелепи, яка відходить від їхнього тіла і містить зуби. Альвеолярний відросток з'являється тільки після прорізування зубів і майже повністю зникає з їх втратою. В ньому виділяються дві частини: власне альвеолярну кістку і підтримуючу альвеолярну кістку.

Власне альвеолярна кістка (стінка альвеоли) являє собою тонку (0,1-0,4 мм) кісткову пластинку, яка оточує корінь зуба і є місцем прикріплення волокон періодонта. Вона

складається з пластинчастої кісткової тканини, в якій є остеони, вона пронизана великою кількістю шарпеевих волокон періодонта, містить велику кількість волокон, через які в періодонтальний простір проникають кровоносні і лімфатичні судини і нерви.

Підтримуюча альвеолярна кістка складається з:

а) компактної кістки. Розрізняють зовнішню (щічну або губну) і внутрішню (язикову або ротову) стінки альвеолярного відростка, які називаються також кортикальними пластинками альвеолярного відростка,

б) губчастої кістки, яка заповнює простір між стінками альвеолярного відростка і власне альвеолярною кісткою.

Губчаста кістка утворена трабекулами, розподіл яких відповідає напрямку сил, що діють на альвеолу при жувальних рухах. Кістка нижньої щелепи переважно має горизонтальний напрям трабекул. В кістці верхньої щелепи губчастої речовини більше, кісткові трабекули розташовані вертикально. Між ними знаходяться кістковомозкові простори, виповнені у дітей червоним кістковим мозком, а у дорослих – жовтим кістковим мозком. В цілому кістка альвеолярних відростків містить 30-40 % органічних речовин і 60-70 % мінеральних солей і води.

Вимоги до техніки безпеки в стоматологічних кабінетах

Під час препарування каріозних порожнини високооборотовими машинами або турбінками, необхідно захищати органи дихання медичною маскою, яку періодично, на протязі робочого дня потрібно замінювати на нову. Органи зору слід захищати захисними окулярами, щитками.

Після проведення гнійних оперативних втручань у хворого, який переніс вірусний гепатит, потрібно обробити руки 0,5% розчином хлораміну і вимити руки теплою водою.

Ознайомити студентів із технікою безпеки під час роботи в стоматологічному кабінеті терапевтичного відділення.

Студенти зобов'язані дотримуватись даних інструкцій.

Вимоги техніки безпеки.

1. Стоматологічна установка призначена для надання стоматологічної допомоги в амбулаторних умовах.
2. Стоматологічна установка працює від джерела електричної напруги 220 В. Установка є заземленою та зануленою, експлуатується при температурі +10-35⁰С.
3. Установка оглядається один раз на місяць техніком по ремонту медичного обладнання, з відміткою у контрольно-технічному журналі, після чого дається дозвіл на роботу.

Вимоги перед початком роботи.

1. Перевірити роботу світильника та під'єднання установки до водопроводу та каналізації.
2. Підключити установку до електромережі.
3. Перевірити цілісність заземлення, занулення та електрошнурів.
4. Перевірити справність головки наконечника.

Вимоги техніки безпеки під час роботи.

1. Перевірити роботу установки шляхом її включення за допомогою педалі та регулятора частоти обертів.
2. Після закінчення маніпуляцій з пацієнтом, установка вимикається вимикачем на панелі.

Вимоги техніки безпеки після закінчення роботи.

Установка вимикається спочатку на панелі, потім з електромережі.

Вимоги техніки безпеки при аварійних ситуаціях.

При пошкодженні шнурів заземлення, освітлення, установки та ін. необхідно:

- вимкнути установку з електромережі;
- повідомити про несправність завідуючого відділення;
- викликати техніка по ремонту медичного обладнання;

- ремонт установки і крісла проводиться тільки особами, що мають допуск до цих робіт.

При вступі на роботу і періодично не рідше один раз в 12 місяців повинна проводитися перевірка знань персоналу з питань безпеки праці за програмою, затвердженою головним лікарем.

Запитання для самоконтролю:

1. Вимоги техніки безпеки при роботі в стоматологічному кабінеті терапевтичного відділення.
2. Вимоги перед початком, під час роботи та після її закінчення.
3. Вимоги безпеки при аварійних ситуаціях.
4. Гістологічна будова ясен.
5. Гістологічна будова цементу кореня зуба.
6. Анатомо-гістологічні особливості будови альвеолярного відростка.
7. Гістологічна будова пародонту.
8. Кровообіг тканин пародонта
9. Іннервація тканин пародонта
10. Будова кругової зв'язки зуба
11. Будова кісткової тканини альвеолярного паростка
12. Структура губчастої кістки
13. Будова пародонту
14. Функції пародонту
15. Анатомо-фізіологічні особливості будови пародонту
16. Прикріплена частина ясен
17. Функція клітин остеоцитів
18. Функція клітин остеокластів

Самостійна робота № 2

Тема: Пародонт, визначення поняття. Клінічні морфо-функціональні особливості пародонту. Зубо-ясенне з'єднання. Вікові зміни тканин пародонту.

Навчальні цілі:

Знати:

- клінічні морфо-функціональні особливості пародонту та зубо-ясенного з'єднання;
- функції пародонту;
- вікові зміни тканин пародонту.

Оволодіти :

- методикою огляду тканин пародонта;
- навиками визначення стану ясенної бар'єрної;

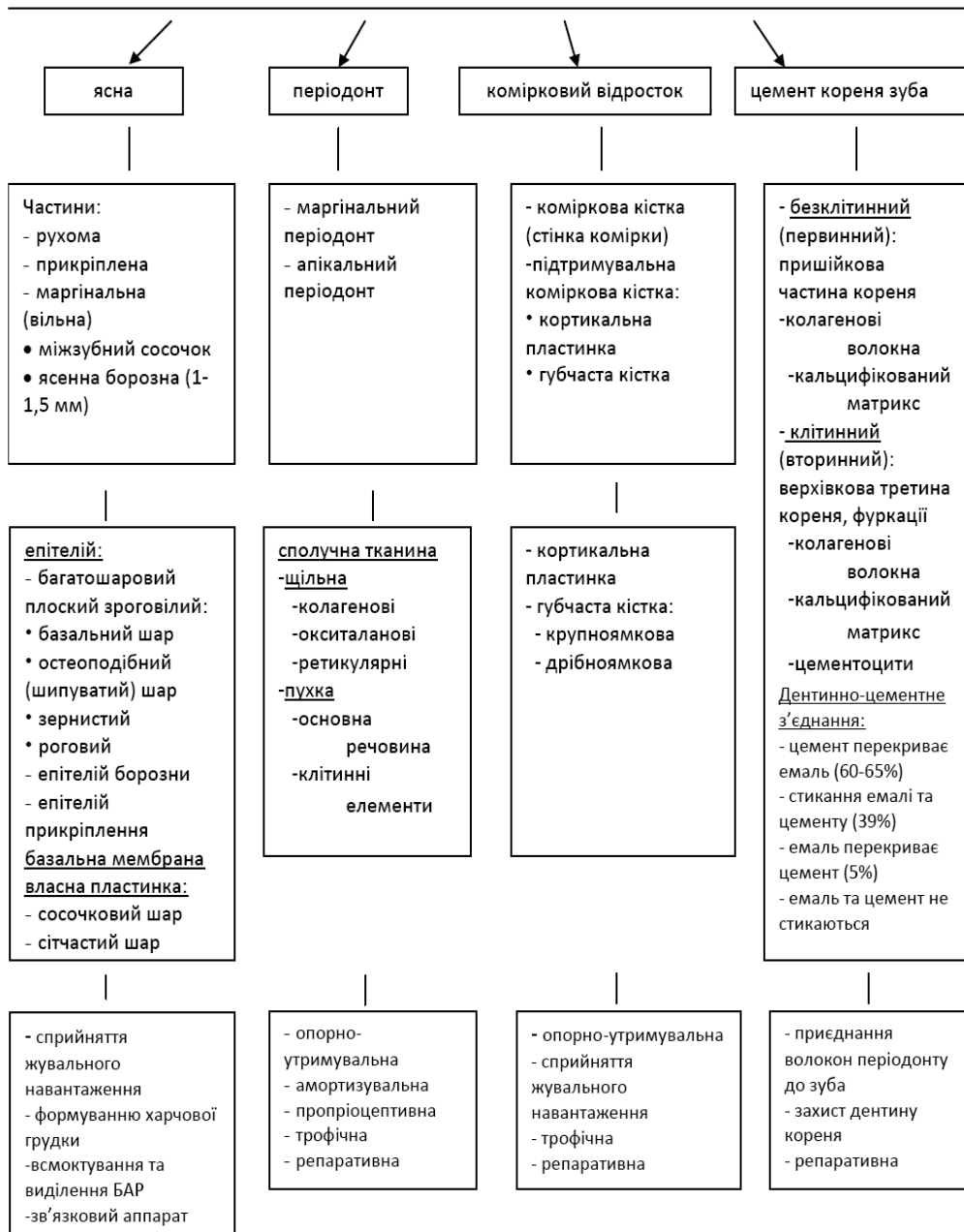
Вміти:

- оцінити стан зубів, зубних рядів та прикусу;
- оцінити стан ясен.

Коротка характеристика теми:

Кровообіг пародонту здійснюється від гілок верхньо-нижньощелепової артерій, які відходять від зовнішньої сонної артерії. Ясна верхньої щелепи постачаються

Пародонт - комплекс анатомічних утворень, які мають спільні джерела іннервації та кровопостачання, що становлять єдине ціле.



кров'ю із анастомозів, утворених судинами зовнішньої артеріальної дуги в/щ. Ясна н/щ постачаються кров'ю від артеріальних гілок внутрішньої альвеолярної дуги.

Кровопостачання слизової оболонки ясен:

Інтенсивність кровотоку в яснах становить 70% інтенсивності кровотоку всіх тканин пародонта. Основні джерела: підокісні судини, які є кінцевими гілочками на верхній щелепі - передньої та задньої альвеолярної артерії, підочної артерії, піднебінної артерії; на нижній щелепі –нижньощелепної артерії, під'язикової артерії, підборідної артерії, щічної та лицевої артерій.

Мікроциркуляторне русло ясен: артерії, артеріоли, прекапіляри, капіляри, посткапіляри, венули, вени, артеріо-венулярні анастомози.

Іннервація періодонта:

- трійчастий нерв та верхньощийний симпатичний вузол
- у приверхівковій ділянці періодонта, між пучками колагенових волокон знаходяться механорецептори (барорецептори). Вони реагують на торкання до зуба (на тиск) під час жування.

Функції пародонту:

1. Опорна і амортизуюча – утримує зуб в альвеолі, розподіляє жувальне навантаження і регулює тиск при жуванні.

2. Бар'єрна – формує бар'єр, перешкоджає проникненню мікроорганізмів і шкідливих речовин в ділянку кореня.
3. Трофічна – забезпечує живлення цементу.
4. Рефлекторна функція полягає в регуляції жувального тиску і здійснюється завдяки численним нервовим рецепторам. За рахунок пародонто-маскулярного рефлексу регулюється сила скорочення жувальної мускулатури в залежності від характеру їжі, повноцінності зубного ряду і стану пародонту.
5. Пластична функція проявляється в постійній побудові тканин пародонту, що змінюється в процесі фізіологічних і патологічних реакцій. Регенерація тканин пародонту забезпечується фібробластами, остео- і цементобластами, тучними клітинами. Важлива роль належить високому рівню обмінних процесів і інтенсивності транскапілярного в судинах мікроциркуляторного русла.

З віком у тканинах пародонту в результаті старіння організму виникають зміни. Знання цих змін допомагає в діагностиці захворювань пародонта, дозволяє правильно вирішувати питання їх лікування та профілактики. Наприклад, внаслідок атрофії ясен оголюється цемент кореня зуба за відсутності запалення ясен та пародонтальних кишень. В ділянці верхівки цемент стовщується (гіперцементоз). В міру атрофії кістки альвеолярного відростка місця прикріплення епітелію і сполучнотканинних волокон до цементу зміщуються до верхівки кореня (рецесія).

Запитання для самоконтролю:

1. Анатомо-фізіологічна характеристика пародонту.
2. Гістологічна будова ясен.
3. Клітинні елементи ясен та їх роль. Міжклітинна речовина, біохімічний склад.
4. Особливості зв'язкового апарату ясен.
5. Гістологічна будова та функції періодонту.
6. Гістологічна будова цементу кореня зуба.
7. Морфологічна будова кісткової тканини альвеолярного паростка.
8. Ремоделювання кісткової тканини.
9. Кровообіг тканин пародонту.
10. Іннервація тканин пародонту.
11. Особливості лімфатичної системи пародонту.
12. Функції пародонту.
13. Зубо-ясенне з'єднання, особливості будови.
14. Ясенна рідина, її склад, функціональне значення.
15. Захисні механізми тканин пародонту.
16. Вікові зміни пародонту та їх клінічне значення.

Самостійна робота № 3

Тема: Сучасні погляди на питання систематизації захворювань пародонту. Термінологія, класифікація

Навчальні цілі:

Знати:

- принципи створення основних класифікацій хвороб пародонта (за Данилевським М.Ф., 1994; Міжнародної робочої групи з захворювань пародонта, 1999; МКХ-10, 2007);
- зазначені класифікації та їх термінологію.

Оволодіти:

- методикою постановки діагнозу відповідно до вимог класифікації;

Вміти:

- формулювати діагноз відповідно до вимог класифікації захворювань тканин пародонта за Данилевським М.Ф., 1994.
- аналізувати різні класифікації, визначати їх недоліки та переваги.

Коротка характеристика теми:

З розвитком науки про пародонт виникла потреба в тлумаченні понять, функціональних та патологічних його станів.

Папіліт – запалення міжзубного сосочка,

Гінгівіт – запалення ясен, зумовлене несприятливою дією місцевих і загальних чинників, без порушення цілостності зубо-ясенного з'єднання,

Пародонтит – запалення тканин пародонту, що характеризується прогресуючою деструкцією періодонта і кістки.

Пародонтоз – дистрофічне ураження тканин пародонту.

Пародонтоми – пухлини і пухлино подібні процеси в пародонті.

В сучасній пародонтології існує декілька десятків класифікацій хвороб пародонту. Така велика кількість класифікацій пояснюється не тільки численністю патології пародонту, а й головним чином розбіжностями в поглядах на характер ураження чи відсутністю єдиного принципу систематизації.

В Україні дотримуються класифікації хвороб пародонту, запропонованої М.Ф. Данилевським (1994). Республіканська конференція стоматологів України (Одеса, 1998) рекомендувала використовувати її як робочу класифікацію в навчальних та лікувальних установах країни.

I. Запальні.

1. Папіліт, гінгівіт.

Форма: катаральний, гіпертрофічний, виразковий, атрофічний

Перебіг: гострий, хронічний

Глибина ураження: м'які тканини остеопороз міжальвеолярних перегородок.

Поширеність процесу: вогнищевий, дифузний.

2. Локалізований пародонтит.

Форма: катаральний, гіпертрофічний, виразковий, атрофічний

Перебіг: гострий, хронічний.

Глибина ураження: м'які тканини і альвеолярна кістка.

Ступінь розвитку: початковий, I ст., II ст., III ст.

Поширеність процесу: обмежений.

II. Дистрофічно-запальні.

1. Генералізований пародонтит.

Перебіг: хронічний, хронічний в стадії загострення, стабілізація.

Глибина ураження: м'які тканини і альвеолярна кістка

Ступінь розвитку: початковий, I ст., II ст., III ст.

Поширеність процесу: дифузне ураження пародонту.

2. Пародонтоз.

Перебіг: хронічний

Ступінь розвитку: початковий, I ст, II ст, III ст.

Поширеність процесу: дифузне ураження пародонту.

III. Прогресуючі та ідіопатичні захворювання.

1. На фоні захворювань крові: лейкоз, циклічна нейтропенія, агранулоцитоз.
2. Гістіоцитоз: хвороба Леттера-Зіве, хвороба Хенда-Шюлера-Крісчена, еозинофільна гранульома (хвороба Таратинова).
3. На фоні порушень обміну: хвороба Німана-Піка, хвороба Гоше, синдром Папійона-Лефевра.
4. При вроджених захворюваннях: хвороба Дауна, акаталазія, десмонтоз.

IV. Продуктивні процеси (пародонтоми)

Доброякісні, злоякісні.

У зв'язку з переходом України з 01.01.1999 р. (наказ МОЗ від 08.10.1998 р. №297) на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб та споріднених проблем медицини виникла потреба ознайомлення з нею у вищій школі. Хвороби порожнини рота, слинних залоз та щелеп окремим блоком K00-K14 внесені в групу – хвороби органів травлення – клас XI блок K00-K93. Назви хвороб подаються із врахуванням Міжнародної номенклатури хвороб (МНХ) як концептуально модульного додатка МКХ. Головними критеріями вибору ставились вимоги, щоб назва була специфічною, однозначною, само описовою, простою.

K05 – Гінгівіт і хвороби пародонту

K05.0 – Гострий гінгівіт

Виключено: гострий виразково-некротичний гінгівіт (A69.1) і гінгівостоматит (B00.2)

K05.1 – Хронічний гінгівіт.

Гінгівіт (хронічний):

БДВ (без дальших виразок);

Десквамативний;

Гіперпластичний;

Простий маргінальний;

Виразковий

K05.2 – Гострий періодонтит.

Пародонтальний абсцес.

Періодонтальний абсцес.

Виключено: гострий апікальний періодонтит (K04.4), періапикальний абсцес (K04.7).

K05.4 – Пародонтоз.

Юнацький пародонтоз.

K05.5 – Інші хвороби пародонту.

K05.6 – Хвороба пародонта, не уточнена

K06.0 – Осідання ясен.

K06.1 – Гіпертрофія ясен.

Фіброматоз ясен.

K06.8 – Інші не уточнені ураження ясен.

Фіброзний епуліс.

Гігантоклітинний епуліс.

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).

Запитання для самоконтролю:

1. Які ви знаєте класифікації хвороб пародонту?
2. На яких засадах побудована класифікація М.Ф. Данилевського (1994)?
3. Дати характеристику групі запальних уражень пародонту.
4. Охарактеризувати групу дистрофічно-запальних уражень тканин пародонту.
5. Які захворювання належать до групи прогресуючих і ідіопатичних захворювань з лізисом тканин пародонту?
6. Дати визначення поняттю „пародонтоми”.
7. Яка основна ознака відрізняє гінгівіт від пародонтиту?
8. За якими типами запальних змін розрізняють гінгівіти?
9. Який перебіг визначають при катаральній і гіпертрофічній формі гінгівіту?
10. При якій патології пародонту визначають атрофічні зміни в ясенній тканині?
11. Який перебіг пародонтозу визначають за класифікацією М.Ф. Данилевського (1994)?
12. Які із захворювань пародонту мають лише генералізоване поширення процесу, і до якої групи їх відносять за класифікацією М.Ф. Данилевського (1994)?
13. До якої групи відносять захворювання пародонту на тлі гістиоцитозу Х, за

- класифікацією Данилевського?
14. Класифікацію МКХ-10, її характеристика.
 15. В чому полягає різниця між класифікацією М.Ф. Данилевського (1994) і класифікацією МКХ-10?
 16. Загальні принципи, що покладені в основу створення класифікацій захворювань тканин пародонта.
 17. Класифікація захворювань тканин пародонта за Данилевським М. Ф., 1994. Принципи, що покладені в основу даної класифікації.
 18. Класифікація захворювань тканин пародонта Міжнародної робочої групи з захворювань пародонта, 1999. Принципи, що покладені в основу даної класифікації.
 19. Класифікація захворювань тканин пародонта МКХ-10, 2007. Принципи, що покладені в основу даної класифікації.
 20. Дати визначення термінам “папіліт”, “гінгівіт”, “пародонтит”, “пародонтоз”.

Самостійна робота № 4

Тема: Особливості клінічного обстеження пацієнтів із патологією пародонту. Основні клінічні методи. Індексна оцінка стану тканин пародонту.

Навчальні цілі:

Знати:

- основні клінічні методи обстеження хворого з патологією тканин пародонта;
- помилки, що виникають під час обстеження пародонтологічного хворого

Оволодіти:

- навичками опитування, збору анамнезу, технікою огляду порожнини рота пародонтологічного хворого;
- навичкою визначення рухомості зубів; кровоточивості ясен;
- методикою візуалізації зубних відкладень та запального процесу тканин пародонту;

Вміти:

- проводити суб'єктивне та об'єктивне обстеження пародонтологічного хворого; виявляти фактори ризику розвитку патології пародонту та чинників, що впливають на перебіг уже наявної патології.

Коротка характеристика теми:

Метою обстеження пародонтологічного хворого є оцінка стану тканин пародонту, загального стану організму, виявлення загальних та місцевих етіологічних та патогенетичних чинників, визначення форми, ступеня та характеру перебігу хвороби. Необхідний комплекс диференціально-діагностичних показників лікар отримує під час ретельного збирання анамнезу, детального клінічного обстеження, використання лабораторних методів та даних обстеження хворого іншими медичними фахівцями. Важливо виявляти загальні фактори ризику, такі як цукровий діабет, прийом деяких медикаментів, наприклад, які застосовують для лікування гіпертензії або для контролю імунної відповіді у пацієнтів, яким проведено трансплантацію.

Обстеження пародонтологічних хворих проводять в такій послідовності:

- первинне обстеження (данні суб'єктивного, зовньошньюротового, клінічного та інструментального обстеження, що дозволяє визначити попередній діагноз);
- детальне обстеження – з використанням спеціальних методів, які скеровані на вивчення окремих синдромів хвороби (стан судин, імунологічний статус тощо) та проведення диференційної діагностики з іншими ураженнями пародонту. На підставі отриманих даних визначається розгорнутий, заключний діагноз;
- повторне обстеження в процесі лікування. Визначається ефективність використання методів і середників лікування.

Стоматологічне обстеження хворого (Status praesens)

Внутрішньоротове обстеження розпочинають з виявлення локальних травмуючих чинників у передсінку ротової порожнини (vestibulum oris), так званих муко-гінгівальних аномалій. Серед них: рівень прикріплення вуздечок верхньої та нижньої губи (зависоке – нижньої та занизьке – верхньої); наявність надмірно розвинених тяжів слизової оболонки на рівні ікол і пре молярів; замала (менша ніж 3 мм) ширина прикріпленої частини ясен.

Аномалії прикусу та положення окремих зубів змінюють біомеханіку в тканинах пародонту, як наприклад, перевантаження окремих зубів призводить спочатку до підсилення кровопостачання, а в період декомпенсації до порушення циркуляції крові та застійних явищ.

При огляді ясен звертають увагу на форму, колір, лінію ясенного краю, стан поверхні ясен та об'єм ясенної тканини, порівнюючи при цьому ці показники з аналогічними показниками здорових ясен.

Важливим параметром оцінки стану пародонту є наявність або відсутність зубо-ясенного з'єднання, яке визначається як відстань між межею емаль-цемент і дном ясенної борозни. Стан зубо-ясенного з'єднання, а також параметри ясенної та пародонтальної кишень визначають за допомогою пародонтального зонду. Глибину в ділянці пародонту кожного зуба визначають у чотирьох місцях (з мезіо-щічної, дистально-щічної, вестибулярної і язикової поверхонь). Розрізняють наступні різновидності клінічних кишень: ясенні, пародонтальні (надальвеолярні) та кісткові (внутрішньоальвеолярні).

Для виявлення вмісту пародонтальної кишені легко натискають пальцем на ясна в ділянці проекції верхівки кореня і переміщують його до ясенного краю. Для виявлення гнійного вмісту кишені проводять бензидинові пробу. З метою диференційної діагностики ясенної чи пародонтальної кишені використовують формалінову пробу за С. Рагма.

При захворюваннях пародонту необхідно виключити вузли травматичної оклюзії. Ступінь рухомості зубів пов'язаний з важкістю і глибиною порушення зубо-ясенного з'єднання. Розрізняють статистичну і динамічну рухомість. Статистична рухомість – це величина відхилення зуба (в міліметрах) внаслідок силової дії. Динамічна рухомість зуба – здатність тканин пародонту амортизувати імпульсні дії на зуб.

Показники патологічної рухомості зуба:

I ст. – зуб відхиляється у вестибуло-оральному напрямку в межах ширини ріжучого краю (1-2 мм).

II ст. – зуб рухомий у вестибулярно-оральному та медіо-дистальному напрямку.

III ст. – крім вказаних зміщень, зуб рухомий ротанційно.

Розвиток травматичної оклюзії є постійним симптомом пародонтиту та пародонтозу. Оклюзограма – одержання відбитків зубних рядів на пластичному матеріалі при звичайному змиканні зубів.

Кровоточивість ясен визначають за допомогою індексу кровоточивості (ІК):

0 ст – відсутність кровоточивості.

I ст. – слаба – з'являється в кінці зондування або через деякий час (15-20 сек.) після нього у вигляді вузької смужки крові в папілярно-маргінальних ділянках ясен обстежуваного зуба.

II ст. – помірна – з'являється в процесі зондування у вигляді виділення невеликої плями крові, яка заповнює міжзубні проміжки та пришийкову ділянку обстежуваного зуба.

III ст. – посилена – з'являється на початку чи в процесі зондування як велике крововиділення, що швидко припиняється (через 5-15 сек.), набираючи вигляду розлитої плями крові, яка покриває обстежувану та сусідні папілярно-маргінально-альвеолярні ділянки ясен і поверхні зубів.

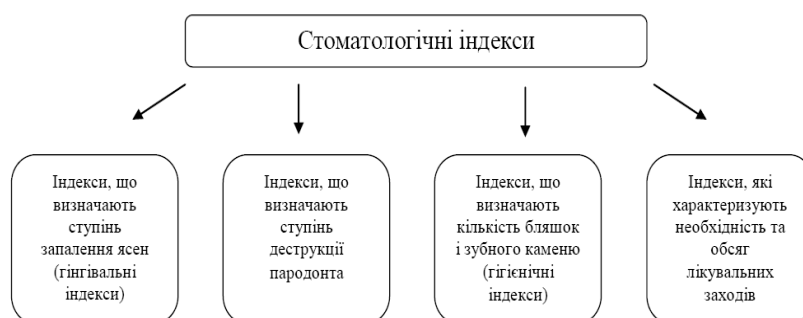
IV ст. – виражена (різка) – з'являється вже на початку зондування як різке і значне крововиділення, що триває на одному рівні деякий час (15-30 сек.), поступово зменшуючись і припиняючись; створюється вигляд, що кров заливає обстежувану та сусідні ділянки ясен та зубів.

Місцеві травмуючі чинники. Виявлення травмуючі чинників є одним з центральних завдань для клінічної оцінки стану пародонту. Зубо-ясенні відкладення, неправильно запломбовані зуби, виготовлені ортопедичні конструкції, каріозні порожнини, розташовані на контактних поверхнях і в пришийкових ділянках, відсутність контактної точки, патологічний прикус, аномалії окремо стоячих зубів та інші – це постійно діючі подразники, які викликають розвиток дистрофічно-запальних процесів в тканинах пародонту.

Визначення рН пародонтальних кишень дозволяє оцінити інтенсивність запального процесу, стан гігієни порожнини рота, ефективність лікування. Використовують рН-метри (рН-340) за допомогою скляних електродів. Дані отримують за допомогою індикаторного паперу з поділками. При запальних процесах кислотність зростає до 4,6-5,1, а при ефективному лікуванні відзначається олушення вмісту кишень (рН 9-11).

Індексна оцінка стану тканин пародонту

Серед клінічних методів дослідження пародонтального статусу пацієнта, важливе значення мають дані індексної оцінки, котрі дозволяють лікарю-пародонтологу отримати дані гігієнічного стану ротової порожнини пацієнта, поширеність та інтенсивність процесів запалення та деструкції тканин пародонту. Описано близько 80 індексів.



Ступінь активності процесу в яснах та його розповсюдженість визначають за допомогою спеціальних пародонтальних індексів: РМА (РМА) – папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (Parma, 1966, Massler, 1967), Лое-Сілнеса, РІ – пародонтальний індекс (Russel, 1956).

При використанні індексу РМА стан ясен оцінюється в області кожного зуба: запалення сосочка ясен (Р) -1; запалення краю ясен (М) – 2; запалення в області альвеолярної дуги (А) -3; індекс РМА обчислюється за формулою:

$$РМА = \frac{\text{Сума показників кожного зуба}}{3 \times \text{кількість зубів}} \times 100\%$$

За допомогою індексу РІ оцінюють стан пародонту кожного зуба:

- 0 – немає запалення
- 1 – легкий гінгівіт, запалення не оточує весь зуб
- 2 – запалення оточує весь зуб (пародонтальної кишені немає)
- 6 – гінгівіт і пародонтальна кишеня, зуб нерухомий
- 8 – деструкція тканин пародонту, рухомість зуба.

Отриманий РІ оцінюють:

- 0,1-1,0 – початкова і I стадія захворювання
- 1,5-4,0 – наявність деструктивних змін, характерних для II стадії захворювання
- 4,0-8,0 – III стадія захворювання.

Індекс ВООЗ – SPITN. Особливість цього індексу в тому, що він дозволяє визначити лікувальну тактику в невеликих по кількості обстежуваних групах. При цьому

використовуються доступні для лікаря критерії оцінки кровоточивість ясен, наявність зубного каменю, пародонтальної кишені і її глибини.

Обстежується пародонт в ділянці: 17, 16, 11, 26, 27, 31, 36, 37, 47, 46 зубів.

Коди: 0 – немає захворювання; 1 – кровоточивість, 2 – зубний камінь, 3 – наявність кишені глибиною 4-5 мм; 4 – наявність кишені 6 мм і більше.

Запитання для самоконтролю:

1. Схема комплексного обстеження пародонтологічного хворого.
2. Особливості проведення суб'єктивного обстеження пацієнтів із хворобами пародонту.
3. Критерії оцінювання стану тканин пародонту та визначення патологічних змін в них.
4. Перерахувати ознаки, за даними яких можна визначити ступінь запального процесу в яснах.
5. Які клінічні методи застосовують для визначення стану та вмісту ясенної борозни, ясенної та пародонтальної кишень?
6. Описати методику проведення проби Шиллера-Писарева, трактування результатів.
7. Визначення глибини присінка порожнини рота та рівня прикріплення вуздечок губ, муко-гінгівальних тяжів. Взаємозв'язок між цими показниками та схильністю до захворювань тканин пародонту.
8. Методика вимірювання глибини пародонтальної кишені.
9. Рівень епітеліального прикріплення. Методика визначення.
10. Фуркаційні дефекти. Види, спосіб виявлення.
11. Що таке рецесія ясен і яким чином вона визначається?
12. Пояснити, що таке дегісценція і фенестрація.
13. Що таке розщілина Стілмена? З якою пародонтологічною патологією вона асоціюється?
14. Бензидинова проба. Методика проведення.
15. Формалінова проба. Методика проведення.
16. Рухомість зубів, причини виникнення, ступені патологічної рухомості зуба.
17. Що таке галітоз і чим пояснюється його виникнення у хворих із запальними захворюваннями тканин пародонту?
18. Травматична оклюзія, види. Клінічна маніфестація.
19. Методи визначення травматичної оклюзії. Оклюзіограма.
20. Перелічити місцеві травмуючі чинники, які відіграють роль у виникненні хвороб тканин пародонту.
21. Визначення рН пародонтальних кишень та інтерпретація цих даних.
22. Характеристика пародонтальних індексів.
23. Які індекси застосовують для визначення гігієнічного стану порожнини рота у пацієнтів?
24. Перерахувати індекси за допомогою яких визначають ступінь тяжкості запального процесу в тканинах пародонту.
25. Методика визначення індексу РМА, його трактування.
26. Методика визначення індексу гінгівіту, його трактування.
27. Методика визначення індексу РІ, його трактування.
28. Методика визначення індексу СРІТН, його трактування, використання для визначення обсягу пар одонтологічних маніпуляцій.
29. Який із індексів застосовують при епідеміологічному обстеженні хворих на пародонтит?
30. Який з пародонтальних індексів відображає прогресування пародонтиту і пародонтозу?

Самостійна робота №5

Тема: Методи дослідження кісткової тканини альвеолярного відростку

Навчальні цілі:

Знати:

- рентгенологічні методи обстеження хворого з патологією тканин пародонту;
- методи дослідження кісткової тканини альвеолярного відростка

- помилки, що виникають під час інтерпретації даних дослідження кісткової тканини альвеолярного відростка.

Оволодіти:

- навичкою читання ортопантомограм

Вміти:

- описувати дані рентгенологічного обстеження пародонтологічного хворого;
- інтерпретувати та аналізувати дані клінічного та рентгенологічного обстеження пародонтологічного хворого

Рентгенологічне обстеження пародонтологічного хворого

Рентгенографія – основний метод обстеження, на якому базується діагноз в пародонтології. 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. 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 зубів. В таких випадках використовують інші рентгенологічні методики (рентгенографію „в прикус” або ж комп’ютерну томографію). Недопустимо орієнтуватися на внутрішньоротову прицільну періапикальну рентгенографію, яка спотворює вказані співвідношення складових пародонту. Проте, певну діагностичну цінність з прицільних дентальних рентгенограм можна одержати, зокрема, за поєднаних ендо-пародонтальних процесів, коли вирішується тактика пародонтальних операцій, а часом і доцільність збереження зубів.

Інтерпретація ортопантомограм вимагає оцінки якості зображення за всіма параметрами: правильність положення голови пацієнта, притиснутий до піднебіння язик, дефекти плівки, артефакти. На рентгенограмах, отриманих за допомогою ортопантомографів, деякі анатомічні деталі відображаються 2-3рази та спотворюються за відомими в рентгенології законами. Тому, некоректно за ортопантомограмами діагностувати патології нижньощелепово-скроневих суглобів, оскільки величина рентгенологічної суглобової щілини на таких зображеннях деформується.

Оцінюють ортопантомограму 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.

Вміння оцінювати стан кісткової тканини альвеолярних відростків щелеп дозволить виявити патологію мінерального обміну, системні захворювання та планувати наступні обстеження та лікування пацієнтів у співпраці з фахівцями відповідних профілів.

В картці стоматологічного хворого введений додаток, в якому окрім задокументованої згоди пацієнта на лікування зазначають радіаційне навантаження пацієнта під час рентгенологічного обстеження. Слід зазначити, що «рентген»-кількість генерованого випромінювання, тобто експозиційна доза. Одиниця, яка враховує коефіцієнт тканинного послаблення поглиненої дози в сучасній системі вимірювання СІ – зіверт (Sv), за прізвиськом шведського фізика, автора теорії лінійного безпорогового ефекту (ЛБЕ) радіації. Суть його теорії: нешкідливих доз не буває, на противагу теорії радіаційного герметизу, за якою малі дози радіації стимулюють фізіологічні процеси. Лікар, який скеровує пацієнта на будь-яке рентгенологічне обстеження (оглядову ортопантомографію, прицільну внутрішньо ротову рентгенографію, конусно-променеву, спіральну комп’ютерну томографію) зобов’язаний зібрати детальний анамнез для оцінки сумарної ефективної еквівалентної дози за рік та співставити її з державними та світовими стандартами допустимих меж радіаційного

навантаження. Допустимою ефективною еквівалентною дозою на рік є 5мЗв (мілізівертів). Флюорографія легень спричиняє одноразову дозу 500-800мкЗв мікрозівертів (1мкЗв=1/1000Зв), КПКТ – 1000-1500мкЗв, СКТ – 400-500мкЗв. За умови використання сучасних візіографів та рентгенівських апаратів з круглим тубусом одна внутрішньо ротова прицільна рентгенографія зумовлює еквівалентну поглинену дозу 1мкЗв. Генератори старих зразків опромінують у 20-40 разів більше. Цифрові апарати значно знижують радіаційне навантаження, тому ортопантомографія, виконана на плівці зумовлює ЕЕД 26-57 мкЗв, а цифрова – 19-37мкЗв. Для розуміння співрозмірності величин варто вказати, що члени екіпажу та пасажери під час 2-х трансатлантичного перельоту отримують опромінення 40 мкЗв; поняття малих доз радіації починається з 100 000 мкЗв, тобто 100 Зв, а променева хвороба з 1 Зв.

Запитання для самоконтролю:

1. Які методики рентгенологічного обстеження в стоматології Вам відомі?
2. Чи дозволяє внутрішньо-ротова прицільна рентгенографія виявляти якісні зміни стану кісткової тканини пародонту?
3. Чи можна за прицільними внутрішньо-ротовими рентгенограмами дати кількісну оцінку стану між альвеолярних перегородок?
4. Поясніть причини рентгенологічних спотворень під час дентальної периапікальної рентгенографії. Як вони відображаються на тканинах пародонту?
5. Різниця між панорамною рентгенографією та ортопантомографією.
6. В чому полягає специфіка електрорентгенографії? Діагностична цінність методу.
7. Яким чином ортопантомографічне дослідження забезпечує відтворення співвідношень висоти коронки, міжальвеолярних перегородок та довжини коренів зубів.
8. Чи існує горизонтальне та вертикальне збільшення зображення на ортопантомограмах.
9. Як впливають рентгенологічні спотворення на ортопантомограмах на оцінку ступеня деструкції кістки альвеолярних відростків щелеп?
10. Чи можна оцінювати за ортопантомограмами патологічні зміни вестибулярних та оральних ділянок лунок альвеолярних відростків?
11. Чи візуалізуються на ортопантомограмах ділянки фуркацій коренів зубів?
12. Визначення термінів резорбція, остеопороз, остеосклероз.
13. Які анатомічні структури кістки альвеолярних відростків описуються рентгенологічним терміном „петлистість”?
14. На ортопантомограмі покажіть:
 - a) зовнішню та внутрішню кортикальні пластинки альвеолярного відростка нижньої щелепи;
 - b) нижньо-щелеповий канал;
 - c) ментальні отвори;
 - d) підборідкове підвищення (protuberantia mentalis);
 - e) губчасту кістку;
 - f) напрям кісткових балок в різних ділянках нижньої та верхньої щелеп, визначте норма це чи патологія;
 - g) визначте петлистість рисунку губчастої кістки у фронтальних та дистальних ділянках, норма це чи патологія;
 - h) висоту міжальвеолярних перегородок відносно емалево-цементної межі;
 - i) у випадку зниження висоти міжальвеолярних перегородок, вкажіть ступінь та причину (резорбція чи атрофія);
 - j) у випадку резорбції – вкажіть тип;
 - k) форма міжальвеолярних перегородок центральних верхніх та нижніх зубів, вкажіть норма це чи патологія;
 - l) форма міжальвеолярних перегородок на рівні нижніх молярів вкажіть – норма це чи патологія;

- m) звужена чи розширена пародонтальна щілина, чи візуалізується lamina dura?
- n) охарактеризуйте стан зубних рядів;
- o) стан зубів, навислих реставрацій, пришийкових каріозних порожнин.

Самостійна робота № 6

Тема: Лабораторні та функціональні методи дослідження, які застосовують у пацієнтів із патологією тканин пародонту.

Навчальні цілі:

Знати: сучасні лабораторні методи діагностики стану тканин пародонту (біохімічні, цитологічні, морфологічні та імунологічні) та функціональні методи дослідження які призначають пацієнтам з патологією тканин пародонту, методи їх проведення та трактування отриманих результатів.

Оволодіти: навичкою забору матеріалу для цитологічного дослідження слизової оболонки ясен, мікробіологічного дослідження вмісту патологічних кишень, оцінювати результати біохімічних, цитологічних, морфологічних та імунологічних методів дослідження.

Проведення функціональних досліджень стану пародонту

Вміти:

-оцінювати результати біохімічних, цитологічних, морфологічних та імунологічних методів дослідження. -оцінювати результати функціональних методів дослідження які призначають пацієнтам з патологією тканин пародонту

Коротка характеристика теми:

I. Цитологічні методи – використовують для обстеження вмісту пародонтальних кишень та інших вогнищ ураження пародонту.

- ✓ *Ексфолиативна цитологія*
- ✓ *Ротова цитодіагностика*
- ✓ *Реакція адсорбції мікроорганізмів*
- ✓ *Метод послідовних полоскань*

✓ Гемограма – сукупність кількісного та якісного обстеження крові.

✓ *Моноцитограма – (О.П. Григорова, 1958)* **II. Мікробіологічні методи** дозволяють встановити склад мікрофлори в поверхневих і глибоких зонах пародонтальної кишені, провести її диференціацію, що важливо для діагностики і наступного вибору лікування. Проте, слід зазначити, що дослідження анаеробної мікрофлори є достатньо проблематичним через труднощі пов'язані з виживанням анаеробів під час забору мікробіологічного матеріалу та його вивченню. Тому, як альтернативу цьому методу використовують ідентифікацію пародонтопатогенів за їхнім ДНК (PCR метод).

III. Біохімічні методи використовують для визначення в сироватці крові і слині вмісту нейрамінової кислоти, фукози, оксипроліна в сечі, вміст ферментів та їх інгібіторів в сироватці крові та слині. Порівняльна оцінка цих показників визначається до і після лікування.

IV. Імунологічні методи. Неспецифічна резистентність організму знижується відповідно до важкості патологічного процесу в пародонті. Неспецифічними тестами алергічного статусу є еозинофілія в периферичній крові і тканинах патологічного вогнища ясен, тромбопенія, лейкопенія, агранулоцитоз, зміни протеїнограми, реакція адсорбції мікроорганізмів. Шкірна проба за Р.Е. Кравецьким в модифікації С.М. Базарнової дозволяє визначити функціональний стан сполучної тканини. Крім того застосовують метод Лоурі побудований на здатності лізоцима слини розщеплювати полісахариди клітинної оболонки бактерій, та визначення фагоцитарної активності лейкоцитів, що характеризує неспецифічну резистентність організму.

V. Морфологічні методи. Біопсію проводять у випадках, коли забруднена диференційна діагностика захворювань пародонту (хвороби крові, злоякісні новоутворення). Висічені ділянки уражених тканин піддають гістологічному обстеженню.

Запитання для самоконтролю:

1. Які лабораторні методи діагностики використовують при дослідженні хворих з патологією пародонту?
2. Які методи діагностики належать до цитологічних?
3. Описати метод ексfolіативної цитології та ротової цитодіагностики.
4. Метод реакції адсорбції мікроорганізмів. Яка діагностична цінність методу реакції адсорбції мікроорганізмів?
5. Описати метод визначення міграції лейкоцитів в порожнину рота (проба Ясиновського). Яка діагностична цінність проби Ясиновського?
6. Мікробіологічні методи діагностики, їх діагностична цінність.
7. Дослідження ясенної рідини: методика, діагностична цінність методу.
8. Які методи діагностики патології пародонту належать до біохімічних?
9. Біохімічне дослідження слини, діагностична цінність методу.
10. Клінічний аналіз крові та аналіз крові на цукор. Діагностична цінність методу.
11. Визначення вмісту вітаміну Е в крові. Діагностична цінність методу.
12. Визначення насиченості тканин аскорбіною кислотою. Діагностична цінність методу.
13. Які методи діагностики патології пародонту належать до імунологічних?
14. Шкірна проба за Р.Є. Кавецьким. Методика проведення та діагностична цінність методу.
15. Визначення рівня лізоциму в слині. Діагностична цінність методу.
16. Дослідження фагоцитарної активності лейкоцитів. Діагностична цінність методу.
17. Морфологічні методи дослідження тканин пародонту. Методика проведення та діагностична цінність методу.

Функціональні методи дослідження застосовують для оцінювання стану судин пародонту. До цих методів належать: стоматоскопія, капіляроскопія, біомікроскопія, реопародонтографія, фотоплетизмографія, полярографія, термометрія.

Стоматоскопія – метод огляду слизової оболонки порожнини рота за допомогою люмінесцентного фотодіагностопу при збільшенні 10-30 раз.

Капіляроскопія – метод дослідження кровоносних капілярів за допомогою капіляроскопу при збільшенні до 70 раз. Подібним є і метод **біомікроскопії**, коли за допомогою бінокулярного мікроскопа, контактного мікроскопа або щілинної лампи визначають густину капілярних петель, кількість функціонуючих капілярів, їх форму, структуру, характер та якість кровотоку в капілярах.

Реографія (реопародонтографія) – безкровний метод дослідження стану кровопостачання тканин, який ґрунтується на реєстрації електричного опору тканин під час проходження через них струмів високої частоти. Оцінюють реограми за кількісними та якісними показниками.

Фотоплетизмографія – це метод вивчення стану кровопостачання тканин пародонту, який базується на реєстрації оптичної щільності тканин. Аналіз фотоплетизмограми проводять аналогічно аналізу реограм.

Полярографія тканин пародонту – метод, який дозволяє судити про характер окисновідновних процесів, шляхом визначення кисневого балансу. За змінами висоти полярограми роблять висновок про концентрацію кисню, стан мікроциркуляції і транскапілярного обміну, швидкість засвоєння кисню клітинами і тканинами пародонту.

Термографію міжзубних сосочків і пародонтальних кишень проводять з діагностичною метою та для контролю ефективності лікування. Температура в пародонтальних кишнях залежно від перебігу патологічного процесу становить 36,2-34,3°C. Температура ясен підвищується в напрямку від різців до молярів.

Запитання для самоконтролю:

1. Які методи дослідження відносяться до функціональних?
1. Які морфологічні структури пародонту досліджуються за допомогою функціональних методів дослідження?
2. Стоматоскопія, капіляроскопія: методика проведення, діагностична цінність.
3. Біомікроскопія, особливості проведення біомікроскопічного дослідження. Які зони слизової оболонки ясен досліджують за допомогою біомікроскопії?
4. Особливості структури капілярного руслу у різних зонах слизової оболонки ясен в нормі та при патології, які виявляють за допомогою біомікроскопії.
5. Основні принципи діагностичного методу – реопародонтографії.
6. Які є кількісні та якісні показники реопародонтографії?
7. Які зміни спостерігаються на реопародонтограмі при захворюваннях пародонту?
8. Фотоплетизмографія: основні характеристики методу.
9. Які зміни тканин пародонту досліджуємо за допомогою фотоплетизмографії?
10. Поляррографія: основні характеристики методу.
11. Які зміни тканин пародонту досліджуємо за допомогою поляррографії?
12. Метод термометрії тканин пародонту.
13. Особливості діагностики із використанням методу термометрії.

Самостійна робота № 7

Тема: Механізм виникнення над- і під'ясенних зубних відкладень, їх вплив на стан тканин пародонту та методи їх усунення.

Навчальні цілі:

Знати: види над- і під'ясенних зубних відкладень, механізм їх утворення, вплив зубних відкладень на тканини пародонту.

Оволодіти: навичкою визначення зубних відкладень на поверхні твердих тканин зуба з адопомогою барвників, навичками видалення твердих і м'яких зубних відкладень.

Вміти: оцінювати стан гігієни порожнини рота за показниками індексів зубного нальоту та зубного каменю, проводити зняття зубного нальоту за допомогою полірувальних паст, а також зубного каменю ручним та ультразвуковим методом.

Коротка характеристика теми:

Серед місцевих травмуючих факторів, які поєднують у собі механічну, хімічну та біологічну (токсини мікробів,) дію, особливе значення мають зубні відкладення. Завдяки численним епідеміологічним, біохімічним, мікробіологічним дослідженням у клінічних та експериментальних умовах встановлено етіопатогенетичне значення зубного нальоту у виникненні запальних та дистрофічно-запальних захворювань пародонту. Розрізняють м'які (немінералізовані) та тверді (мінералізовані) зубні відкладення: зубний наліт та зубний камінь.

З немінералізованих зубних відкладень найважливіше значення для виникнення уражень пародонту мають м'який зубний наліт (біла речовина) та зубна бляшка (біофільм).

Білий зубний наліт – поверхнєве набуте утворення на зубах, яке вкриває їх пелікулу. Основну масу нальоту становлять мікроорганізми, яких в 1 мг його речовини може міститися до кількох мільярдів. Серед мікроорганізмів зубного нальоту переважають стрептококи – 70% колоній, 15% представлено вейлонелами та нейсеріями, 15% – стафілококами, лептотрихіями, фузобактеріями, актиноміцетами, дріжджоподібними грибами тощо.

Інтенсивність утворення і кількість зубного нальоту залежать від низки чинників:

кількості та якості їжі, в'язкості слини, наявності та характеру мікрофлори, ступеня очищення зубів, стану тканин пародонта. При підвищеному вживанні вуглеводів з їжею швидкість утворення нальоту та його кількість зростають.

Різновидом зубного нальоту є **зубна бляшка**, яка являє собою м'яке сформоване гранульоване утворення і накопичується на зубах, пломбах, протезах тощо. Вона щільно прилипає до їх поверхні і відокремити її можна лише шляхом механічного очищення інструментом. У невеликій кількості бляшку не помітно, але коли її накопичується значна кількість, тоді бляшка набуває вигляду сірої або жовто-сірої маси. Бляшки утворюються однаково інтенсивно на верхній та нижній щелепах, більше на присінковій поверхні бічних зубів та язиковій поверхні нижніх фронтальних зубів.

Зубна бляшка складається переважно з проліферуючих організмів, епітеліальних клітин, лейкоцитів та макрофагів. Вона містить 70% води, у сухому залишку 70% становлять мікроорганізми, решта – міжклітинний матрикс. Останній складається з комплексу глікозаміногліканів, в жому головними компонентами є вуглеводи та протеїни (приблизно по 30%), 15% ліпідів, а решта – продукти життєдіяльності бактерій бляшки, залишки їх цитоплазми та клітинної мембрани, їжі та похідні глікопротеїнів слини. Головними неорганічними компонентами матриксу бляшки є кальцій та фосфор, калій та незначна кількість натрію.

Залежно від локалізації, відносно ясенного краю, розрізняють над'ясенний та під'ясенний **зубний камінь**. Мінеральні компоненти (кальцій, фосфор, магній, карбонати, мікроелементи) над'ясенного зубного каменю походять зі слини, а під'ясенного – із сироватки крові. Близько 75% з них становить кальцію фосфат, 3% – кальцію карбонат, решта – фосфат магнію та сліди інших металів. Зазвичай неорганічна частина зубного каменю має кристалічну структуру і складається з гідроксиапатиту та інших апатитів. Органічну основу зубного каменю становить сукупність протеїнолісахаридного комплексу, десквамованих епітеліальних клітин, лейкоцитів та різних видів мікроорганізмів. Значну частину складають вуглеводи, такі, як: галактоза, глюкоза, глюкуронова кислота, протеїни та амінокислоти. У будові зубного каменю виділяють поверхневу зону бактеріального нальоту без ознак мінералізації, проміжну зону з центрами кристалізації та зону зубного каменю. Наявність великої кількості бактерій у зубному камені пояснює його виражену сенсibiliзувальну, протеолітичну та токсичну дію.

Зубний камінь (особливо під'ясенний) має виражену механічну пошкоджувальну дію на пародонт, сприяє розвитку місцевого С-гіповітамінозу. У його складі виявлено оксиди металів (ванадію, свинцю, міді тощо), які спричиняють виражену токсичну дію на пародонт. На поверхні зубного каменю завжди міститься певна кількість немінералізованих бляшок, які є подразниками тканини пародонту і взагалі визначають характер патогенної дії зубного каменю. Механізм ушкоджувальної дії зубного каменю на пародонт значною мірою пов'язаний з дією мікрофлори, яка міститься в ньому. Виявлена висока протеолітична активність зубних відкладень, яка також зумовлена ферментативними властивостями мікрофлори. Це сприяє розвитку мікроциркуляторних порушень у пародонті і викликає деструкцію сполучної тканини.

Зубні відкладення справляють на тканини пародонту різнобічну дію, тому важливо приділяти значну увагу лікарським втручанням з профілактики та видалення зубного нальоту, зубного каменю тощо. Правильний догляд за порожниною рота є найважливішим індивідуальним заходом з усунення зубних відкладень.

Видалення м'яких зубних відкладень проводять механічним шляхом, починаючи із рясних зрошень порожнини рота. Зубний наліт видаляють за допомогою тугих ватних турунд, змочених мікроцидом, 0,02% розчином фурациліну або іншими антибактеріальними засобами. Для ефективнішого відділення нальоту (особливо пігментованого) від твердих тканин зубів можна використовувати протеолітичні ферменти (трипсин, хімотрипсин, терилітин тощо). Попередньо їх розчинюють у співвідношенні 1 мг ферменту на 1 мл розчину в мікроциді, ізотонічному розчині натрію хлориду або буфері (ацетатному, цитратному) і накладають у вигляді аплікацій на обпрацьовані зуби. Для часткового розчинення зубного нальоту можна використовувати деякі антисептики, наприклад 3%

розчин водню пероксиду.

Для видалення зубних бляшок застосовують зубні щітки та спеціальні торцеві щіточки, які вставляють у стоматологічні наконечники. Вони можуть мати різну форму пучка щетинок і різну жорсткість. Торцеві щітки із плоским зрізом застосовують для очищення гладеньких і жувальних поверхонь зубів, конічної форми – для очищення міжзубних проміжків, ямок та фісур. Рекомендована швидкість обертання щітки – 5000-10 000 обертів за хвилину.

Ефективність очищення підвищується в разі використання спеціальних абразивних паст. За своїм складом вони нагадують зубні пасти і можуть мати різну абразивність для видалення зубних бляшок і пігментованих зубних відкладень. Пасти мають різну зернистість і їх можна використовувати як для очищення поверхні зубів, так і для її полірування. Досить часто до складу таких паст вводять сполуки фтору, що позитивно впливає на тверді тканини зубів.

Для видалення пігментованого нальоту, який міцно прикріплюється до твердих тканин зубів, та зубного каменю використовують спеціальні гачки, рашпілі та інструменти для полірування обпрацьованої поверхні зуба. Ефективним є видалення зубного нальоту із міжзубних проміжків за допомогою зубних ниток (дентальних флосів), полосок та спеціальних йоржиків. Якщо зубні бляшки досить міцно прикріплені до поверхні твердих тканин зубів, то їх видаляють екскаваторами, гачками та спеціальними пристроями за правилами видалення зубного каменю. Після видалення зубних відкладень (особливо зубних бляшок) поверхню твердих тканин зубів (емаль, оголений цемент і дентин) обов'язково полірують спеціальними дисками, чашечками та щіточками з використанням полірувальних паст.

Видалення зубного каменю. Це першочергове завдання під час усунення основних причин і факторів, що травмують пародонт. Не можна лікувати запалення тканин пародонту без попереднього видалення зубного каменю.

Видаляти зубний камінь слід дуже ретельно і обов'язково проводити візуальний або інструментальний контроль його видалення. Залишки зубного каменю є джерелом кристалізації, де швидко утворюються нові його відкладення. Існують три методи видалення зубного каменю: механічний (інструментальний), хімічний та ультразвуковий.

Застосовуючи механічний (інструментальний) метод видаляють зубний камінь за допомогою наборів спеціальних інструментів: гачків, екскаваторів, прямих долот, рашпелів, кюреток тощо.

Хімічний метод видалення зубного каменю останніми роками застосовують досить рідко. З цією метою застосовують невисокі концентрації (18-20%) органічних кислот, якими опрацьовують поверхню зубного каменю. Проте використання кислот має недолік, оскільки одночасно може відбуватися демінералізація твердих тканин зуба (емалі, цементу, дентину). Тому виробники пропонують з цією метою ряд офіційних препаратів, які розм'якшують зубні відкладення та полегшують їх видалення інструментами або за допомогою ультразвуку.

Ультразвуковий метод видалення зубних відкладень набуває все більшого поширення. Його проводять за допомогою спеціальних апаратів (ультразвукових скалерів), які можуть бути самостійними або входити до комплекту універсальних стоматологічних установок.

У цих апаратах використовують магніострикційний або п'єзоелектричний спосіб утворення високочастотних коливань (20 000-60 000 Гц), які передаються на робочу частину наконечника. Важливим є наявність води навколо робочої частини ультразвукового скалера. У воді під дією ультразвукових коливань виникає кавітація, яка додатково руйнує зубний камінь. Явище кавітації дає можливість без зміни сили тиску на наконечник добре очистити поверхню зуба

Нині існують також пристрої для видалення зубних відкладень та обпрацювання поверхні твердих тканин зубів, в яких використано так званий піскоструминний принцип. Слід зазначити, що використання соди (NaCO_3), яка має кристалічну будову, зумовлює абразивність поверхні коренів зубів. Тому в останні роки з'явилися содові порошки у вигляді кульок (Perla KaVo).

Після видалення зубних відкладень (переважно зубних бляшок) поверхню твердих тканин зубів (емаль, оголений цемент і дентин) обов'язково полірують спеціальними дисками, чашечками та щіточками з використанням полірувальних паст.

У пародонтальних кишнях і на поверхні коренів зубів міститься значна кількість різноманітної пародонтопатогенної мікрофлори. Вони виділяють велику кількість ендотоксинів (ліпополісахаридні комплекси), яких чимало скупчується в цементі або оголеному дентині коренів зубів. Механічне видалення розм'якшеного цементу і дентину з поверхні кореня дає можливість видалити з них мікроорганізми й ендотоксини, проте в окремих випадках для нейтралізації ендотоксинів необхідне використання медикаментних засобів. Ця процедура має назву „детоксикація поверхні коренів зубів”. З цією метою використовують деякі антибіотики, зокрема тетрацикліни, антисептики, препарати фтору тощо.

Для запобігання повторного утворення зубних бляшок на обпрацьованій поверхні коренів зубів можна використовувати певні медикаментні препарати. Так, препарати фтору перешкоджають адсорбції бактерій на поверхні зубів. Поверхнево-активні речовини (хлоргексидин, тимол, діацид тощо) також перешкоджають бактеріям прикріпитися до обпрацьованої поверхні. А препарати, що містять кислоти та деякі рослинні олії (наприклад, гвоздичну), утворюють на поверхні зуба гідрофобні плівки і цим ускладнюють прикріплення бактерій. До складу зубних паст вводять ферментні препарати, які руйнують органічну плівку – основу зубних відкладень.

У процесі видалення зубних відкладень слід дотримуватися низки профілактичних заходів. Для запобігання травм очей від потрапляння в них часточок зубного каменю лікар повинен працювати в захисних окулярах або в спеціальній масці. Враховуючи можливе порушення цілісності слизової оболонки під час видалення зубного каменю і появу крові у слині хворого, лікар зобов'язаний користуватися захисною маскою, яку замінюють через кожні 2 год, а також працювати в гумових рукавичках. Такі заходи унеможливають зараження лікаря вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та іншими інфекційними збудниками, наприклад, вірусом гепатиту тощо.

Запитання для самоконтролю:

1. Які відкладення можуть утворюватись на зубах?
2. Які види немінералізованих зубних відкладень можуть утворюватись, яка між ними різниця?
3. Які види мінералізованих зубних відкладень можуть утворюватись, яка між ними різниця?
4. Який склад м'якого зубного нальоту?
5. З чого складається зубна бляшка?
6. Який механізм утворення зубного нальоту?
7. Який механізм утворення надясенного зубного каменю?
8. Який механізм утворення підясенного зубного каменю?
9. Як м'які зубні відкладення впливають на тканини пародонту?
10. Який вплив зубного каменю на пародонт?
11. Який мікробний склад зубного нальоту?
12. Який мікробний склад зубної бляшки, після її дозрівання?
13. З чого складається зубний камінь?
14. Який вплив чинять мікроорганізми зубної бляшки на тканини пародонту?
15. Як проводять видалення м'яких зубних відкладень?
16. Які препарати використовують при видаленні м'якого зубного нальоту? Яка їхня дія?
17. Як проводять видалення пігментованого зубного нальоту?
18. Які є способи видалення зубного каменю?
19. Які інструменти використовують для механічного (інструментального) видалення зубного каменю?
20. З якою метою проводять полірування поверхні кореня?
21. Які препарати використовують для хімічного впливу на зубний камінь? З якою метою?
22. Як використовують ультразвук для видалення зубного каменю?

23. Які типи ультразвукових апаратів використовують для зняття зубного каменю?
24. Що таке повітряно-абразивні системи для очищення поверхні зубів? З якою метою їх використовують?
25. Аплікації на ясна яких препаратів проводять після зняття зубного нальоту та зубного каменю? З якою метою?

Самостійна робота № 8

Тема: Папіліт. Катаральний гінгівіт. Етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, диференційна діагностика.

Навчальні цілі:

Знати:

- етіологію, патогенез папіліту, катарального гінгівіту;
- клінічні ознаки різних форм папіліту;
- клінічні ознаки гострого хронічного катарального гінгівіту;
- лабораторні та рентгенологічні методи обстеження пацієнтів з катаральним гінгівітом;
- патоморфологічні зміни тканин пародонта при катаральному гінгівіті.

Оволодіти:

- методикою проведення огляду тканин пародонта хворого на папіліт та катаральний гінгівіт;
- методикою візуалізації зубних відкладень та запального процесу тканин пародонта.

Вміти:

- проводити обстеження хворого на катаральний гінгівіт;
- проводити індексну оцінку гігієни порожнини рота та стану тканин пародонта хворого, інтерпретувати та аналізувати отримані дані;
- виявляти місцеві подразнювальні фактори тканин пародонта;
- інтерпретувати та аналізувати дані лабораторного та рентгенологічного обстеження хворого;
- диференціювати катаральний гінгівіт за перебігом та з іншими захворюваннями пародонта.

Коротка характеристика теми:

Катаральний гінгівіт – запальний процес ясен, зумовлений несприятливим впливом місцевих та загальних чинників, що протікає без порушення цілісності зубо-ясенного з'єднання та характеризується превалюванням процесів ексудації. Внаслідок набряку та збільшення обсягу ясен утворюється ясенна кишень.

Провідним етіологічним чинником у розвитку запальних захворювань пародонта вважається розвиток дисбіозу в біотопах порожнини рота та активізація пародонтопатогенної мікрофлори. Мікробний фактор – високоактивний агент, що постійно присутній в порожнині рота. В цілому виявлено 300-400 видів мікроорганізмів, із яких тільки деякі (8-10) є умовнопатогенними. Наукові дослідження свідчать, що представники нормальної мікрофлори порожнини рота, володіючи визначеними механізмами адгезії та колонізації в характерних для них ділянках (еконішах), здатні викликати захворювання при зниженому імунітеті організму пацієнта та зниженій резистентності тканин пародонта. Вірулентність бактерій може проявлятися їх безпосереднім токсичним впливом, що викликає запалення й деструкцію тканин пародонту, а також стимулювати імунопатологічні деструктивні реакції.

В результаті ушкодження тканинних компонентів виділяються біологічно активні речовини – просерінестераза, тромбін, кінини, фібриноген, активовані фракції комплементу та інші. У сполучнотканинній основі ясен відбувається руйнування білково-глікозаміногліканових комплексів, накопичується вільні аміно- та уринові кислоти,

аміносахара, низькомолекулярні полісахариди, поліпептиди. Збільшується осмотичний тиск і набряк, розвивається ацидоз, гіпоксія. Високий рівень перекисного окиснення ліпідів призводить до руйнування клітинних мембран. Ці процеси супроводжуються вираженою вазомоторною реакцією, тривалою вазодилатацією. Включення неспецифічних імунних реакцій у патогенетичні механізми розвитку запалення ясен обумовлює генералізацію патологічного процесу і його перехід у хронічну фазу перебігу.

Запитання для самоконтролю:

1. Етіологія та патогенез гострого папіліту.
1. Етіологічні фактори виникнення хронічного папіліту.
2. Які патологічні зміни виникають в ясенному сосочку під впливом різних травмуючих чинників.
3. Які ятрогенні причини папілітів Ви знаєте?
4. Механізм розвитку хронічного папіліту.
5. Клінічні ознаки гострого катарального папіліту.
6. Клінічні ознаки хронічного катарального папіліту.
7. Клінічні ознаки хронічного гіпертрофічного папіліту
8. Клінічні ознаки виразкового папіліту.
9. Які основні методи дослідження необхідно провести для діагностики папіліту?
10. Диференційна діагностика папіліту.
11. Які помилки спостерігаються при диференційній діагностиці папіліту?
12. Профілактика папілітів ятрогенного походження.
13. Визначення катарального гінгівіту.
14. Місцеві чинники, що спричиняють виникнення катарального гінгівіту.
15. Роль мікрофлори в етіопатогенезі запальних захворювань ясен.
16. Зубний наліт та його вплив на розвиток запальних процесів у пародонті.
17. Первинна травматична оклюзія, значення у виникненні хвороб пародонту.
18. Аномалії прикусу та положення окремих зубів.
19. Аномалії анатомічної будови тканин ясен.
20. Вплив шкідливих звичок на виникнення захворювань пародонту.
21. Значення гігієни порожнини рота у розвитку запальних хвороб пародонту.
22. Клінічно-морфологічна характеристика гострого катарального гінгівіту.
23. Клінічно-морфологічна характеристика хронічного катарального гінгівіту.
24. Які етапи включає в себе діагностика катарального гінгівіту у хворих з підозрою на нього?
25. Додаткові методи дослідження для постановки діагнозу гострого катарального гінгівіту.
26. Додаткові методи дослідження для постановки діагнозу хронічного катарального гінгівіту.
27. Лабораторні методи дослідження гострого катарального гінгівіту
28. Диференційна діагностика гострого та хронічного катарального гінгівіту.
29. Які помилки допускаються лікарем при постановці діагнозу катарального гінгівіту?
30. Значення катарального гінгівіту у виникненні прогресуючих запальних захворювань пародонту (локалізованого та генералізованого пародонтитів)?

Самостійна робота №9

Тема: Лікування катарального гінгівіту

Навчальні цілі:

Знати:

- принципи консервативного лікування катарального гінгівіту

- фармакодинаміку основних медикаментних препаратів, які застосовують для лікування цієї патології.

Оволодіти:

- методикою видалення зубних відкладень у хворого на катаральний гінгівіт;
- методикою вибору лікувальних засобів і методів їх введення: аплікація, иригація, инстиляція

Вміти:

- проводити лікування катарального гінгівіту.

Коротка характеристика теми:

Лікування катарального гінгівіту повинно бути комплексним (етіотропне, патогенетичне та симптоматичне).

Етіотропне лікування заключається у виявленні та усуненні місцевих пошкоджуючих факторів (зубного нальоту, каменю, каріозних порожнин, дефектів пломбування та протезування). Патогенетична терапія являє собою медикаментний вплив на патофізіологічні ланки запального процесу. Тому, при виборі лікарських засобів необхідно враховувати фазу запалення та механізм дії препарату. При гострому запаленні під час періоду ексудації потрібні у великій кількості полоскання та аплікації розчином натрію хлориду, натрію гідрокарбонату, штучного лізоциму, препаратами мефенаміну натрієвої солі. В репаративній фазі доцільне використання аплікацій 1% метилурацилової та мефенмінової паст, вітамінних препаратів, настоїв та відварів лікарських рослин – звіробою, шалфею, ромашки, евкаліпту та ін.

За показаннями при лікуванні гострого катарального гінгівіту проводять загальну терапію: жарознижуючі, загальнозміцнюючі та десенсибілізуючі засоби, раціональна дієта, вітаміни.

При лікуванні хронічного катарального гінгівіту призначають протизапальну терапію та фізіотерапевтичні методи лікування, спрямовані на нормалізацію мікроциркуляції та покращення трофіки тканин, підвищення її репаративних та імунобіологічних властивостей. З цією метою застосовують аскорбінову кислоту з рутином, токоферолу ацетат, ретинолу ацетат, вікасол, засоби рослинного походження. Серед фізіотерапевтичних методів ефективним є масаж та аутомасаж ясен (гідро-, вібро-, вакуум-масаж), гідротерапія, електрофорез, фонофорез алое, аскорбінової кислоти з вітаміном Р, галаскорбіну.

Запитання для самоконтролю:

1. Основні принципи лікування папіліту.
2. Особливості лікування гострої стадії запалення папіліту
3. Особливості лікування хронічної стадії запалення папіліту
4. Основні принципи лікування катарального гінгівіту.
5. Місцеве лікування катарального гінгівіту залежно від фази запалення.
6. Загальне лікування катарального гінгівіту.
7. Опишіть види інструментарію для видалення зубних відкладень
8. Характеристика фармакологічних препаратів, які застосовуються при лікуванні катарального гінгівіту.
9. До якого методу вдаються за потреби пролонгації дії препаратів?
10. Що таке відкритий і закритий метод медикаментного лікування гінгівіту?
11. Що таке іригація, аплікація, инстиляція? Покази до застосування.
12. Покази до застосування антибіотикотерапії.
13. Поясніть механізм дії препаратів, які покращують мікроциркуляцію пародонта
14. Доцільність застосування нестероїдних протизапальних препаратів при лікуванні катарального гінгівіту. Методика їх використання.

15. Чому недоцільно застосовувати антибіотики при лікуванні хронічних гінгівітів?
16. Фізіотерапевтичні методи лікування катарального гінгівіту.
17. Фітопрепарати, які використовуються для лікування катарального гінгівіту
18. Поясніть механізм дії методу фотодинамічної терапії при лікуванні катарального гінгівіту
19. Що таке пародонтальні повязки, їх призначення
20. Які вимоги для накладання лікувальних пародонтальних повязок

Самостійна робота №10

Тема: Гіпертрофічний гінгівіт. Етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, диференційна діагностика

Навчальні цілі:

Знати:

- етіологію, патогенез гіпертрофічного гінгівіту;
- клінічні ознаки гранулюючої форми та фіброзної форми гіпертрофічного гінгівіту;
- патоморфологічні зміни тканин пародонта при гіпертрофічному гінгівіті;
- лабораторні та рентгенологічні методи обстеження пацієнтів із гіпертрофічним гінгівітом;

Оволодіти:

- методикою проведення обстеження хворого на гіпертрофічний гінгівіт;
- методикою пародонтального зондування хворого на гіпертрофічний гінгівіт.

Вміти:

- проводити клінічне обстеження хворого на гіпертрофічний гінгівіт;
- проводити індексну оцінку гігієни порожнини рота та стану тканин пародонту хворого, інтерпретувати та аналізувати отримані дані.

Коротка характеристика теми:

Гіпертрофічний гінгівіт – хронічний запальний процес, що супроводжується реактивним розростанням волокнистих елементів сполучнотканинної основи та базальних клітин епітелію ясен.

За клініко-морфологічними змінами розрізняють гранулюючу та фіброзну форму захворювання. В залежності від розміру розростання ясен розрізняють I, II та III ступінь гіпертрофії. Гіпертрофічний гінгівіт може бути як самостійне захворювання, так і симптомом генералізованого пародонтиту.

Для гранулюючої форми характерні значна кровоточивість, болючість, пухка консистенція ясен. Сосочки ясен набряклі, гіперемійовані, різко виявлений ціаноз. По периферії сосочків відмічається десквамація епітелію (ексфолюативний гіпертрофічний гінгівіт). Рельєф краю ясен пропущений. В результаті вираженого набряку та гіперплазії утворюються різної глибини ясенні кишень.

При фіброзній формі гіпертрофічного гінгівіту колір ясен незначно змінений, болісність та кровотеча ясен при подразненні незначні або відсутні. Відмічається ущільнення, з'являється так звана слоновість ясен, що турбує хворого лише косметично. Ясна мають вигляд потовщеного в основі валика, сосочки ясен округленої форми, гіперплазовані.

Запитання для самоконтролю:

1. Етіологічні чинники виникнення гіпертрофічного гінгівіту.
2. Перелічіть медикаментні причини гіпертрофічного гінгівіту.
3. Класифікація гіпертрофічного гінгівіту.
4. Які етапи включає в себе діагностика гіпертрофічного гінгівіту у хворих з підозрою на нього?
5. Характеристика скарг хворого на гіпертрофічний гінгівіт.
6. Клінічна характеристика гранулюючої (набрякової) форми гіпертрофічного гінгівіту.
7. Дані додаткових методів дослідження пацієнта із гранулюючою формою гіпертрофічного гінгівіту.
8. Інформативність функціональних методів дослідження стану тканин пародонту у хворих на гіпертрофічний гінгівіт.
9. Результати лабораторних методів дослідження стану тканин пародонту у хворих на гіпертрофічний гінгівіт.
10. Стан кісткової тканини альвеолярних паростків у пацієнтів з гіпертрофічним гінгівітом.
11. Патоморфологічні зміни тканин пародонту при гранулюючій формі гіпертрофічного гінгівіту.
12. Клінічна характеристика фіброзної форми гіпертрофічного гінгівіту.
13. Дані додаткових методів дослідження пацієнта із фіброзною формою гіпертрофічного гінгівіту.
14. Патоморфологічні зміни тканин пародонту при фіброзній формі гіпертрофічного гінгівіту.
15. Захворювання, які необхідно диференціювати з гіпертрофічним гінгівітом.
16. Диференційна діагностика гіпертрофічного гінгівіту гранулюючої форми.
17. Диференційна діагностика гіпертрофічного гінгівіту фіброзної форми.
18. Помилки на етапах постановки діагнозу хворим на гіпертрофічний гінгівіт.

Самостійна робота №11

Тема: Лікування гіпертрофічного гінгівіту

Навчальні цілі:

Знати:

- принципи консервативного лікування гіпертрофічного гінгівіту;
- фармакодинаміку основних медикаментних препаратів, які застосовують для лікування цієї патології;
- послідовність застосування різних методів і засобів лікування гіпертрофічного гінгівіту;
- принципи хірургічного лікування гіпертрофічного гінгівіту.

Оволодіти:

- методикою видалення зубних відкладень у хворого на гіпертрофічний гінгівіт;
- методикою вибору лікувальних засобів і методів їх введення: аплікація, иригація, инстиляція, ін'єкція, електрофорез, пародонтальна пов'язка.

Вміти:

- проводити консервативне лікування гіпертрофічного гінгівіту.

Коротка характеристика теми

Лікування гіпертрофічного гінгівіту необхідно проводити комплексно: загальне в поєднанні з місцевим із урахуванням ступеню гіпертрофії, форми захворювання (гранулюючої чи фіброзної) та причинних факторів.

При I-II ступені гіпертрофії рекомендується медикаментне та фізіотерапевтичне лікування, при неефективності лікування та II-III ступенях захворювання рекомендується хірургічний метод лікування.

При проведенні медикаментної терапії використовують лікарські засоби з різноманітним механізмом дії – знеболюючі, протизапальні, антигістамінні, антисептичні, регенеруючі, протипухлинні, склерозуючі.

Місцеве лікування слід починати з ретельного усунення місцевих подразнюючих факторів. Ефективно знижують проліферацію ясен настої та відвари трав (календула, арніка, чистотіл та ін.), які краще використовувати в полі компонентних офіційних препаратах (Стоматофіт, Фітодент). Надалі при недосягненні клінічного ефекту можна застосовувати препарати протипухлинної дії або препарати для поверхневої склерозуючої терапії (10-20% спиртовий розчин прополісу, ваготил, кристали йодиду калію, хлорофіліпт у вигляді аплікацій та інстиляцій у клінічні кишені).

За відсутності ефекту проводять глибоку склерозуючу терапію або фізіотерапевтичне лікування (електрофорез, вакуум масаж, точкову діатермокоагуляцію, дарсонвалізацію). Препарати протипухлинної дії (бефунгін, проспідін, неоцид, круцин), застосовуються у вигляді розчинів, суспензій в основі пов'язок, аплікацій на ясна, інстиляцій у кишені.

Після усунення запального набрякання ясен проводять склерозуючу терапію – ін'єкції у верхівку сосочків ясен 50-60% розчину глюкози, емульсії гідрокортизону, в перехідну складку вводять по 1 мл гепарину (500 ОД).

Ефективним методом лікування є фізіотерапія. Проводять електрофорез 5% розчином калію йодиду, ліпазою, ронідазою (12-15 сеансів), а на заключному етапі – аскорбіновою кислотою з вітаміном Р, 1% розчином галаскорбіну (12-15 сеансів). Ефективні також вакуум-масаж ясен (6-10 процедур, через 2-3 дні), зрошування вуглекислою (10-20 сеансів при I ступеню), дія контрастних температур.

При відсутності ефекту від застосованої терапії, а також при II-III ступенях захворювання проводять хірургічне лікування-гінгівектомію, кріодеструкцію, діатермокоагуляцію.

Загальне лікування включає вітамінотерапію (аскорбінова кислота, рутин, вікасол, токоферол), лікування соматичних захворювань (гіпертонічної хвороби, ендокринопатій).

Запитання для самоконтролю:

1. Характеристика методів лікування гіпертрофічного гінгівіту.
2. Основні принципи лікування гіпертрофічного гінгівіту.
3. Етіотропна терапія гіпертрофічного гінгівіту.
4. Патогенетична терапія гіпертрофічного гінгівіту.
5. Симптоматична терапія гіпертрофічного гінгівіту.
6. Усунення травматичних чинників при комплексному лікуванні гіпертрофічного гінгівіту.
7. Методи місцевого лікування гіпертрофічного гінгівіту залежно від форми та ступеню захворювання.
8. Медикаментна терапія гранулюючої форми гіпертрофічного гінгівіту.
9. Основні групи фармакологічних препаратів, які застосовують для лікування гранулюючої форми гіпертрофічного гінгівіту.
10. Склерозувальна терапія гіпертрофічного гінгівіту. Показання до застосування. Можливі ускладнення при її застосуванні.
11. Препарати для поверхневої склерозувальної терапії. Рецептатура, фармакодинаміка. Методика застосування.
12. Препарати для глибокої склерозувальної терапії. Рецептатура, фармакодинаміка. Методика застосування.
13. Фітопрепарати, які використовуються для лікування гіпертрофічного гінгівіту
14. Показання до застосування хірургічних методів лікування гіпертрофічного гінгівіту.
15. Хірургічні методи лікування гіпертрофічного гінгівіту.

16. Показання до застосування фізіотерапевтичних методів для лікування гіпертрофічного гінгівіту. Ефективність їх при різних ступенях захворювання.

Самостійна робота №12

Тема: Виразковий гінгівіт. Етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, диференційна діагностика.

Навчальні цілі:

Знати:

- етіологію, патогенез виразково-некротичного гінгівіту;
- клінічні ознаки гострого та хронічного виразково-некротичного гінгівіту;
- лабораторні та рентгенологічні методи обстеження пацієнтів з виразково-некротичним гінгівітом;
- патоморфологічні зміни тканин пародонта при виразково-некротичному гінгівіті.

Оволодіти:

- методикою проведення огляду тканин пародонта хворого на виразково-некротичний гінгівіт;
- методикою візуалізації зубних відкладень та запального процесу тканин пародонта.

Вміти:

- проводити клінічне обстеження хворого на виразково-некротичний гінгівіт;
- проводити індексну оцінку гігієни порожнини рота та стану тканин пародонта хворого, інтерпретувати та аналізувати отримані дані;
- виявляти місцеві подразнюючі фактори тканин пародонта;
- інтерпретувати та аналізувати дані лабораторного та рентгенологічного обстеження хворого;
- диференціювати виразково-некротичний гінгівіт за перебігом, важкістю та іншими некротичними процесами в яснах;
- встановити діагноз виразково-некротичний гінгівіт на підставі результатів основних та додаткових методів обстеження хворого.

Коротка характеристика теми:

Виразково-некротичний гінгівіт - запальний процес ясен, зумовлений несприятливим впливом місцевих та загальних чинників, що характеризується превалюванням процесів альтерації, порушенням цілісності тканин, їх некрозом, наявністю виразок.

Основне значення мають зміни реактивності організму та зниження резистентності слизової оболонки порожнини рота до аутоінфекції, особливо до фузоспірілярного симбіозу (гіперергічна реакція на сенсibiliзацію тканин фузоспірілярним симбіозом). В звичайних умовах веретеноподібна паличка та спірохета Венсана є сапрофітами порожнини рота та знаходяться в ясенних кишнях, криптах мигдаликів, каріозних порожнинах.

Захворювання нерідко розвивається у дітей після прорізування молочних зубів, при множинному карієсі, присутності місцевих травматичних подразників, незадовільному гігієнічному догляді за порожниною рота, затрудненому прорізуванні зуба мудрості.

Розрізняють гострий та хронічний перебіг процесу. Гострий виразковий гінгівіт залежно від ступеню ураження ясен та виявлення загальної реакції підрозділяють на три форми: легку, середньої тяжкості та важку.

Основними клінічними ознаками являються кровоточивість ясен, свербіж, біль (інколи вона носить характер каузалгії), обмежений чи дифузний некроз ясен, неприємний запах з рота. Із загальних порушень відмічається головний біль, неспокійний сон, зниження апетиту, працездатності, підвищення температури тіла. Виразковий гінгівіт протікає по типу гострого інфекційного захворювання.

Виділяють такі періоди його розвитку: продромальний, період первинних клінічних проявів, розпалу захворювання та зворотного розвитку. Гінгівіт починається переважно в тих ділянках ясен, де є місцеві подразнюючі фактори. Звичайно в процес втягується 1-2 ясенні сосочки, потім некроз швидко розповсюджується уздовж ясенного краю на суміжні ділянки. Особливістю гострого виразкового гінгівіту в дитячому та юнацькому віці являється схильність до гіперергічної реакції, основною ознакою котрої є високий ступінь альтеративних проявів.

В ослаблених хворих з обтяженим загальним станом може зустрічатись гіпоергічний характер гострого виразкового гінгівіту. Клінічні прояви до виникнення некрозу виражені слабо.

При сприятливому клінічному перебігу хвороби патологічний процес прогресує, виразкові зміни характеризуються повзучістю.

В продромальний період завжди відмічається сухість, печія, біль в яснах, забруднене приймання їжі, інколи ковтання.

В період первинних клінічних проявів, біль підсилюється, гіперемія поширюється з крайової на альвеолярну ділянку ясен, спостерігається значна їх кровоточивість та набряк.

В залежності від ступеню тяжкості захворювання відмічається підвищення температури тіла від 37,50 до 390 С, наростає інтоксикація, особливо при тяжкій формі захворювання.

Період виражених клінічних проявів характеризується появою та швидким підсиленням некротичних змін в яснах.

Некроз розпочинається з вершини ясенних сосочків та крайової ділянки ясен. При видаленні некротизованої тканини оголюється різко болюча виразкова поверхня, яка кровоточить. Некроз швидко поширюється, ясенні сосочки втрачають свою форму, набуваючи форми рівномірно зрізаного конуса.

При прогресуванні процесу некроз може поширюватись на кісткову тканину, що приводить до секвестрації міжальвеолярних перегородок. Осередки некрозу завжди міцно з'єднані з підлеглими тканинами. Розпадаючись, вони утворюють великі виразкові поверхні, покриті шаром нальоту сірого кольору з різким неприємним запахом. Краї виразок нерівні, фестончасті. Регіональні лімфатичні вузли збільшені, м'якої консистенції, болючі при пальпації. Цей період продовжується від 5 до 15 днів. Його тривалість, як правило, зв'язана з тяжкістю захворювання, віком хворого, станом загальної та місцевої імунологічної реактивності, ясенні сосочки покриті шаром нальоту сірого кольору з різким неприємним запахом.

Хронічний виразковий гінгівіт може розвинути як самостійна форма захворювання, так і внаслідок переходу гострого процесу в хронічний. Ураження обмежене і виникає звичайно там, де є місцеві подразнюючі фактори. Ясна набряклі, почервонілі, з синюшним відтінком. Рентгенологічно в ділянці виразкування відмічається остеопороз кістки альвеолярного відростку.

Клінічно можна виділити два варіанти хронічного виразково-некротичного гінгівіту. При першому – візуально спостерігається вузька смужка некротичного нальоту в папілярно-маргінальній зоні.

При другому – видима слизова ясен чиста від некротичних мас, але при зондуванні ясенної борідки, особливо в інтерпроксимальних ділянках з'являється різка кровоточивість, болючість і неприємний запах. Для хронічного виразкового гінгівіту як правило не характерно порушення загального самопочуття.

Запитання для самоконтролю:

1. Етіологія виразкового гінгівіту.
2. Фактори зниження реактивності організму, що впливають на розвиток виразкового гінгівіту.

3. Місцеві подразнювальні фактори, що сприяють втнекненню виразкового гінгівіту.
4. Значення фузо-спірилярного комплексу мікроорганізмів у виникненні виразкового гінгівіту.
5. Мікробіологічний спектр зони виразкового ураження ясен.
6. Класифікація виразкового гінгівіту.
7. Етапи діагностики виразкового гінгівіту у хворих з підозрою на нього?
8. Періоди розвитку виразкового гінгівіту.
9. Дані суб'єктивного обстеження пацієнтів з підозрою на виразковий гінгівіт.
10. Клінічна характеристика гострого виразкового гінгівіту.
11. Характер некротичного процесу в яснах при гострому виразковому гінгівіті.
12. Дані додаткових методів дослідження пацієнта із гострим виразковим гінгівітом.
13. Результати лабораторних методів дослідження стану тканин пародонту у хворих на виразковий гінгівіт.
14. Диференційна діагностика ступеней тяжкості виразкового гінгівіту.
15. Патоморфологічні зміни тканин пародонту при гострому виразковому гінгівіті.
16. Скарги пацієнта з хронічним виразковим гінгівітом
17. Клінічна характеристика хронічного виразкового гінгівіту.
18. Об'єктивна характеристика некротичних проявів при хронічному виразковому гінгівіті.
19. Патоморфологічні зміни тканин пародонту при хронічному виразковому гінгівіті.
20. Захворювання, які необхідно диференціювати з виразковим гінгівітом.
21. Диференційна діагностика самостійного і симптоматичного виразкового гінгівіту.
22. Помилки на етапах постановки діагнозу хворим на виразковий гінгівіт.

Самостійна робота № 13

Тема: Лікування виразкового гінгівіту.

Навчальні цілі:

Знати:

- принципи лікування та профілактики виразково-некротичного гінгівіту.
- фармакодинаміку основних медикаментних препаратів, які застосовують для лікування цієї патології.

Оволодіти:

- методикою проведення некректомії слизової оболонки ясен у хворого на виразково-некротичний гінгівіт;
- методикою використання лікувальних засобів: аплікація, іригація

Вміти:

- скласти план лікування хворого на виразково-некротичний гінгівіт та обґрунтувати призначення лікувальних засобів;
- провести некректомію слизової оболонки ясен у хворого на виразково-некротичний гінгівіт;
- провести усунення місцевих подразнювальних факторів тканин пародонта у хворого на виразково-некротичний гінгівіт.

Коротка характеристика теми:

Лікування виразкового гінгівіту повинно бути комплексним. Місцеве лікування направлене на ліквідацію запальних явищ слизової оболонки та зниження больової реакції, видалення тканин, що омертвіли, зменшення інтоксикації, створення умов, несприятливих для життєдіяльності патогенної мікрофлори, покращення оксигенації тканин, нормалізацію

обмінних та стимуляцію репаративних процесів в ділянці запалення, запобігання рецидиву захворювання.

Перебіг та завершення захворювання в значній мірі залежать від своєчасного та старанного видалення некротичних тканин – джерела інфекції та інтоксикації. Неповне їх видалення створює сприятливі умови для життєдіяльності анаеробної мікрофлори та подальшого прогресування процесу. Місцеве лікування необхідно розпочинати з рясного зрошення порожнини рота розчинами антисептиків.

В зв'язку з вираженим болем ясен перед хірургічною обробкою некротичних осередків, у випадку незначного слиновиділення, проводять аплікаційне знеболення 5% розчином дікаїну чи 0,1% розчином мефенаміну натрієвої солі. У разі значних некротичних уражень та при значному слиновиділенні для знеболення використовують провідникову анестезію. Відторгнуту некротичну тканину видаляють гострим екскаватором чи гладилкою, із міжзубних проміжків – марлевою турундою.

Хірургічне опрацювання доцільно поєднувати з іригацією, вивільняючими кисень піноутворюючими антисептиками (перекис водню, атоній та ін.), або комбінацією (послідовним застосуванням) концентрованого розчину калію перманганату та перекису водню. Для остаточного видалення залишків некротичних тканин застосовують протеолітичні ферменти (трипсин, хімотрипсин, террілітин), у поєднанні з антибіотиками (стрептоміцином, неоміцином, мономіцином) – 1 мг ферменту на 100 000 ОД антибіотика.

Сполучення трипсину та хімотрипсину підсилює лізис, так як ці ферменти більш активно розщеплюють різноманітні пептидні зв'язки в білковій молекулі. Розчини ферментів застосовують у вигляді аплікацій, інстиляцій, аерозольних інгаляцій.

Безперечний практичний інтерес викликає використання емульсованої форми ферментів, основою якої являється суміш вазелінової олії (2 частини) та ланоліну (1 частина) з гліцериновим розчином ферменту та антибіотику в співвідношеннях 1:1.

Гліцеринові розчини трипсину та хімотрипсину (1 мг/мл), на відміну від водяних, мають високу стабільність, зберігаючи свою активність впродовж двох тижнів при температурі 18-200С, а при зберіганні в холодильнику – впродовж місяця. Сеанс лікування продовжується зрошуванням порожнини рота антисептичними препаратами, які мають тропізм до анаеробної мікрофлори (...). І на завершенні сеансу місцево полі компонентні фітопрепарати стоматофіт. Фітодент, які виявляють палівалентну дію їх рослинних компонентів, що забезпечує достатню антисептичну, протизапальну, судинотропну дію.

На заключній стадії лікування для відновлення слизової оболонки застосовують препарати, які стимулюють репаративну регенерацію тканин (аскорбінову кислоту з рутином, ретинолу ацетат, токоферолу ацетат, ліки рослинного походження з вираженою ранозаживлюючою дією – сік каланхое, масло шипшини, обліпихи, шалфею, каратолін, анілінові барвники, солкосерил).

В домашніх умовах необхідно полоскати порожнину рота та робити ванночки 1-2% розчином натрію гідрокарбонату чи 2% розчином натрію хлориду, 0,1% розчином калію перманганату, 1% розчином витралу, аплікацій 0,01% розчином лізоциму.

Загальну терапію при виразковому гінгівіті проводять з врахуванням стану хворого, ступеню тяжкості захворювання. При необхідності призначають жарознижуючі, гіпосенсибілізуючі засоби, полівітаміни, дієтотерапію, та антипротизойні препарати, імуномоделюючі.

Запитання для самоконтролю:

1. Основні принципи лікування виразкового гінгівіту.
2. Загальна терапія виразкового гінгівіту.
3. Місцева терапія виразкового гінгівіту.
4. Характеристика методів лікування виразкового гінгівіту, залежно від перебігу та ступеню захворювання.
5. Етіотропна терапія виразкового гінгівіту.
6. Усунення травматичних чинників при комплексному лікуванні виразкового гінгівіту.

7. Основні групи фармакологічних препаратів, які застосовують для лікування гострого виразкового гінгівіту.
8. Антисептичні препарати. Мета застосування. Фармакодинаміка. Представники офіційних препаратів.
9. Протеолітичні ферменти. Мета застосування. Фармакодинаміка. Представники офіційних препаратів.
10. Протизапальні препарати. Мета застосування. Фармакодинаміка. Представники офіційних препаратів.
11. Антипротозойні препарати. Мета застосування. Фармакодинаміка. Представники офіційних препаратів.
12. Антибактеріальні препарати. Мета застосування. Фармакодинаміка. Представники офіційних препаратів.
13. Кератопластичні препарати. Мета застосування. Фармакодинаміка. Представники офіційних препаратів.
14. Фітопрепарати, які використовуються для лікування виразкового гінгівіту
15. Показання до застосування фізіотерапевтичних методів лікування виразкового гінгівіту.
16. Схема лікування пацієнта із виразковим гінгівітом на стадії гідратації розвитку патологічного процесу.
17. Схема лікування пацієнта із виразковим гінгівітом на стадії дегідратації розвитку патологічного процесу.
18. Схема загального лікування пацієнта із виразковим гінгівітом.
19. Помилки на етапах лікування виразкового гінгівіту.

Самостійна робота № 14

Тема. Атрофія ясен. Рецесія ясен. Клініка, діагностика. Методи лікування.

Навчальні цілі:

Знати:

- етіологію, патогенез атрофічного гінгівіту;
- патоморфологічні зміни тканин пародонта при атрофічному гінгівіті;
- клінічна картина атрофічного гінгівіту;
- класифікація та клінічні вияви рецесії ясен;
- принципи лікування та профілактики атрофічного гінгівіту;
- принципи лікування та профілактики рецесії ясен.

Оволодіти:

- методикою проведення огляду тканин пародонта хворого на атрофічний гінгівіт;
- методикою проведення огляду тканин пародонта хворого на рецесію ясен;
- методикою використання лікувальних засобів: аплікація, іригація

Вміти:

- проводити клінічне обстеження хворого на атрофічний гінгівіт;
- проводити клінічне обстеження хворого на рецесію ясен;
- проводити індексну оцінку гігієни порожнини рота та стану тканин пародонта хворого, інтерпретувати та аналізувати отримані дані;
- виявляти місцеві подразнюючі фактори тканин пародонта;
- інтерпретувати та аналізувати дані лабораторного та рентгенологічного обстеження хворого;
- диференціювати атрофічний гінгівіт з іншими захворюваннями пародонта;
- встановити діагноз атрофічного гінгівіту на підставі результатів основних та додаткових методів обстеження хворого;
- скласти план лікування хворого із рецесією ясен та обґрунтувати призначення лікувальних засобів;

- скласти план лікування хворого на атрофічний гінгівіт та обґрунтувати призначення лікувальних засобів.

Коротка характеристика теми

Атрофія ясенної тканини характеризується атрофією ясенних сосочків, ясенного краю при слабо вираженому хронічному запаленні. Розвиток захворювання пов'язують з дією місцевих та загальних чинників (порушення трофіки тканин пародонту, нейрогуморальні та ін. розлади). У дітей причиною розвитку атрофії ясен можуть бути аномалії прикріплення вуздечок нижньої або верхньої губи, переваження ясен під впливом ортодонтичних апаратів. Атрофія ясенних сосочків зазвичай спостерігається в літніх людей.

Розрізняють обмежену атрофію ясен та дифузний атрофічний гінгівіт. Обмежена атрофія ясен виникає в ділянці одного зуба, нерідко симетрично, частіше у ділянці ікол, малих кутніх зубів. Внаслідок атрофії зникає ясенний край, поступово оголюються шийка і корінь зуба. Іноді атрофічний процес призводить до утворення V-подібного дефекту (gingivitis atrofica deundus). Ясна навколо дефекту стоншені, у вигляді валика, нерідко з ознаками хронічного катарального запалення. Внаслідок оголення шийки і кореня зуба іноді спостерігається підвищена їх чутливість до механічних, термічних і хімічних подразників.

Рідше трапляється дифузний атрофічний гінгівіт, при якому спостерігають ретракцію ясен, переважно з боку пристінкових поверхонь щелеп. Поступово оголюються шийки зубів, ясна втрачають властиву їм фестончастість, міжзубні проміжки. Захворювання перебігає суб'єктивно безсимптомно, лише в разі оголення шийок зубів можуть з'явитися ознаки гіперестезії.

Під час лікування атрофічного гінгівіту рекомендують засоби, які стимулюють процеси обміну в яснах, поліпшують кровопостачання. Широко застосовують фізіотерапевтичні методи лікування, у тому числі різні види масажу. Для усунення дефекту ясен рекомендують хірургічні методи з переміщенням клаптів слизової оболонки або їх вільної пересадки.

Рецесія ясен

За визначенням Ререке С. Е., рецесія ясен – це атрофія тканин пародонта, що проявляється клиновидним або овальним за формою зниженням висоти ясен з вестибулярної поверхні, і оголенням кореневої частини зуба без ознак запалення, морфологічно обумовлена зміною структури пародонта, спровокованою різними чинниками. Для рецесії ясен існують певні закономірності: рецесія ясен збільшується з віком, щічна поверхня зубів найбільш схильна до рецесії, нижні різці частіше уражаються, ніж верхні, чоловіки частіше схильні до рецесії, ніж жінки. Як правило, хворі з рецесією ясен скаржаться на оголення кореневої частини зуба, пов'язаний з цим естетичний дефект, а також появу підвищеної чутливості твердих тканин зубів на різні види подразників, кровоточивість ясен і неможливість використовувати засоби індивідуальної гігієни.

Зальноприняті класифікації рецесій ясен:

I. за Miller P. D.

1 клас – рецесія ясен не виходить за мукогінгівальне з'єднання, без втрати ясен в міжзубних проміжках;

2 клас – рецесія ясен виходить за межі мукогінгівального з'єднання, без втрати ясен в міжзубних проміжках;

3 клас – рецесія ясен, що виходить за межі мукогінгівального з'єднання з втратою ясен в міжзубних проміжках;

4 клас – рецесія ясен навколо зуба;

II. за Sullivan H. C. і співавт., рецесія ясен оцінюється за формою дефекту: глибока-широка, неглибока-широка, глибока-вузька, неглибока-вузька.

В результаті рецесії ясен відбувається втрата маргінальної тканини і альвеолярної кістки в щічній, язиковій і піднебінній проекції. Множинні рецесії насамперед виникають при аномалії прикусу, мілкому присінку dna порожнини рота, конституційних особливостях хворого. Нерідко множинні рецесії є результатом довготривалого пародонтиту, результатом

хірургічного втручання при клаптевих операціях, ортодонтичному лікуванні, травми ортопедичними конструкціями.

У вітчизняній літературі термін „рецесія ясен” замінювали на V-подібний атрофічний гінгівіт. Таким чином, намагалися показати зв'язок назви і етіології. Багато авторів вказували на дистрофічний характер захворювання, але більшість сходяться на думці, що немає єдиної причини виникнення даної патології і, як правило, це комплекс.

Сучасна класифікація етіологічних чинників, які сприяють формуванню рецесії ясен включає:

- 1) морфологічні особливості:
 - а) особливості будови кістки альвеолярного відростка (тип кістки по Mish, щільність кістки, розмір і форма альвеолярного відростка);
 - б) особливості будови слизової оболонки і ясен (біотип ясен, низьке прикріплення вуздечок губ, язика, слизових тяжів, мілкий присінок);
 - в) форма зубів, їх неправильне положення в зубному ряду;
 - г) особливості прикріплення м'язів (високе і широке прикріплення біля ментального отвору);
- 2) функціональні особливості:
 - а) первинні (інфантильний тип ковтання, оклюзійні парафункції, порушення постави);
 - б) вторинні (механічна травма при чищенні зубів, наявність супраконтактів, ятрогенні фактори (механічні, хімічні), пірсинг);
- 3) запалення:
 - а) незадовільна гігієна;
 - б) пародонтит;
- 4) вік і стать;
- 5) наявність супутніх захворювань.

Існує кілька теорій виникнення рецесії ясен, в яких розглядається вплив екзогенних і генетично обумовлених факторів. Теорія виникнення рецесії під впливом екзогенних факторів враховує вплив ортопедичних конструкцій на пародонт, вплив ортодонтичних апаратів, натяг слизових тяжів і вуздечок, мілкий присінок порожнини рота, скупченість зубів.

В даний час вплив екзогенних чинників поділяють на наступні категорії: рецесія, спричинена травмою; викликана бактеріальною інфекцією; вірусною інфекцією і змішаною етіологією (травма і бактеріальна інфекція).

Рецесію першої категорії викликає травма, яка може бути нанесена самим хворим (неправильне чищення зубів, застосування флосу, травма оральним пірсингом) або в результаті лікування стоматолога (ортодонтичне лікування, травма ортопедичними конструкціями, поява травматичної оклюзії). При неправильному використанні флоса хворий занадто глибоко заводить його в зубоясенну борозну, тим самим завдаючи травму. Найчастіше після цього спостерігається рецесія ясен у вигляді щілини Штілмана, також дана рецесія спостерігається при травматичній оклюзії і наявності супраконтактів. Ще один фактор який сприяє виникненню рецесії – біотип ясен. Наявність низько прикріплених слизових тяжів і вуздечок нижньої і верхньої губ в поєднанні з тонким біотипом ясен можуть призводити до рецесії ясен.

Іншою популярною теорією виникнення рецесії ясен є генетична (Lange D. E. і співавт.). Гінгівіт-альвеолярна атрофія виникає первинно після прорізування зубів, через генетично обумовлену неправильну закладку співвідношення розмірів, форми (ознак викривлення) коренів по відношенню до товщини кістки альвеолярного відростка щелепи. Таким чином, після прорізування зубів утворюються ділянки кісткової резорбції, які клінічно себе ніяк не проявляють. Протягом життя зуби піддаються навантаженню, а з віком настає витончення ясенної зв'язки, яке викликане трофічними порушеннями. Ці порушення поглиблюються при розтягуванні зв'язок пародонта, коли зуби піддаються надмірному навантаженню (наявність супраконтактів; травматична оклюзія при неповному зубному ряді, незадовільному протезуванні), а також за недостатнього обсягу прикріплених ясен.

Вкрай важливим в лікуванні рецесії ясен є комплексний підхід, який полягає в застосуванні препаратів на основі гіалуронової кислоти, гідролізату колагену та еластину для місцевої терапії, одночасно з використанням як додатку до традиційної схеми системної медикаментозної терапії. Гіалуронова кислота відноситься до полісахаридів класу глікозаміногліканів, володіє гістомодифікуючою дією, стимулює біосинтез колагену, впливає на функцію ендотеліоцитів, усуває запальні і деструктивні процеси. Протизапальна дія пояснюється, головним чином, впливом гіалуронової кислоти на обмін нессульфатованих глікозаміногліканів, зниженням тканинної гіпоксії, нормалізацією проникності судин, підвищенням захисної функції епітелію ясен.

Слід зауважити, що для ліквідації рецесії ясен в основному застосовуються хірургічні методики. Основними завданнями всіх технік є: закриття оголеної поверхні кореня і збільшення об'єму прикріплених ясен. Найчастіше застосовується різне переміщення клаптя – коронально або латерально зміщений клапоть із застосуванням вільноясенного або сполучнотканинного трансплантата, також існують тунельні методики із застосуванням трансплантатів. На даний час коронально зміщений клапоть з вільноясенного трансплантата є золотим стандартом в лікуванні рецесії ясен.

Ще одним варіантом ліквідації рецесії ясен є спрямована тканинна регенерація. Ця техніка була вперше описана PiniPrato – хворим проводилася ліквідація рецесії коронально зміщеним клаптем із застосуванням мембран і вільноясенним трансплантатом.

Запитання для самоконтролю:

1. Етіологія атрофічного гінгівіту.
2. Клініка та діагностика атрофічного гінгівіту.
3. Диференційна діагностика атрофічного гінгівіту.
3. Схема комплексного лікування атрофічного гінгівіту.
4. Фізіотерапевтичні методи лікування атрофічного гінгівіту.
5. Класифікація рецесії ясен.
6. Етіологія і патогенез рецесії ясен.
7. Клінічні вияви рецесії ясен.
8. Принципи лікування рецесії ясен.
9. Медикаментозні препарати для лікування рецесії ясен.

Самостійна робота № 15

Тема: Локалізований пародонтит. Клініка, діагностика.

Навчальні цілі:

Знати:

- етіологію, патогенез локалізованого пародонтиту;
- патоморфологічні зміни тканин пародонту при локалізованому пародонтиті;
- клініко-рентгенологічні ознаки локалізованого пародонтиту різного ступеня розвитку та перебігу;
- лабораторні та рентгенологічні методи обстеження пацієнтів з локалізованим пародонтитом;
- диференційну діагностику локалізованого пародонтиту;

Оволодіти:

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

- навичкою визначення кровоточивості ясен;
- методикою візуалізації зубних відкладень та запального процесу тканин пародонту;

Вміти:

- проводити клінічне обстеження хворого на локалізований пародонтит;
- проводити індексну оцінку гігієни порожнини рота та стану тканин пародонта хворого, інтерпретувати та аналізувати отримані дані;
- виявляти місцеві подразнювальні фактори тканин пародонту;
- обґрунтувати індивідуальний план обстеження хворого на локалізований пародонтит;
- інтерпретувати та аналізувати дані лабораторного та рентгенологічного обстеження хворого;
- диференціювати локалізований пародонтит за перебігом, ступенем розвитку та з іншими захворюваннями пародонту.

Коротка характеристика теми:

Локалізований пародонтит - це захворювання, що характеризується запаленням та прогресуючою деструкцією тканин пародонта (ясен, періодонта, міжальвеолярної перегородки, цементу кореня) в ділянці одного, або декількох зубів, та може призвести до втрати уражених зубів.

Клінічна характеристика локалізованого пародонтиту представлена набутими симптомокомплексами: симптоматичний гінгівіт, пародонтальні кишень, деструкція цементу кореня зуба, остеопатія, порушення статичності зубів та травматична оклюзія.

Особливість перебігу процесу, характер клінічних виявів пародонтиту мають важливе значення для визначення методів лікування, тому для встановлення правильного діагнозу хвороби необхідно знати симптоматику, клінічні та лабораторні показники, а також рентгенологічну картину локалізованого пародонтиту.

Класифікація (М.Ф. Данилевський 1994 р.):

Форма: катаральний, гіпертрофічний, виразковий, атрофічний

Перебіг: гострий, хронічний

Глибина ураження: м'які тканини і альвеолярна кістка

Ступінь розвитку: початковий, I ступінь, II ступінь, III ступінь.

Поширеність процесу: вогнищевий

Початковий ступінь локалізованого пародонтиту залежить від характеру перебігу симптоматичного гінгівіту (гострого чи хронічного). Клінічно визначається симптоматичний гінгівіт легкого ступеню (папіліт), зубні відкладення, ясенні кишень, травматична оклюзія. Рентгенологічно визначається порушення компактної пластинки вершин альвеолярних перегородок (деструкція), незначна резорбція вершин перегородок і розширення періодонтальних щілин в пришийковій ділянці.

При I ступені локалізованого пародонтиту клінічно визначається симптоматичний гінгівіт, пародонтальні кишень глибиною до 4 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 періодонтальної щілини. Доволі часто діагностується пришийковий карієс.

Для II ступеню локалізованого пародонтиту характерний симптоматичний гінгівіт легкого чи середнього ступеню тяжкості (маргінальний гінгівіт), пародонтальні кишень до 6 мм з серозно-гнійним вмістом, травматична оклюзія, рухомість зубів I-II ступеней. Рентгенологічно визначається розширення періодонтальної щілини, резорбція міжальвеолярних перегородок до 1/2 довжини кореня. Часто наявність карієсу цементу кореня.

При локалізованому пародонтиті III ступеню тяжкості клінічні вияви зводяться до важкого симптоматичного гінгівіту, вираженої травматичної оклюзії, заглибленням

пародонтальних кишень до 6-8 мм, рухомість зубів II-III ступеней. На рентгенограмі визначається резорбція кісткової тканини на 2/3 і більше довжини кореня, розширення періодонтальної щілини, декальцинація цементу кореня зуба.

Гострий локалізований пародонтит розвивається, як правило, під впливом інфекції та внаслідок порушення цілостності зубо-ясенного з'єднання, що може відбуватися, наприклад, при стоматологічному лікуванні карієсу апроксимальних та пришийкових поверхонь, а також, відновленні зубів ортопедичними конструкціями. Локалізований пародонтит можуть супроводжувати зубні відкладення, перевантаження окремих зубів при аномаліях прикусу та положення окремих зубів. Клінічно гострий локалізований пародонтит характеризується виявами гострого симптоматичного гінгівіту, наприклад, катарального або виразкового, ступінь тяжкості підтверджують індексом РМА. Пародонтальні кишень містять серозно-гнійний ексудат, який характеризують за допомогою бензидинової проби. Рухомість зубів відповідає ступеню резорбції кісткової тканини міжзубних перегородок. Показник гігієнічного індексу – знижений.

Хронічний локалізований пародонтит характеризується хронічним симптоматичним гінгівітом (катаральним, гіпертрофічним) помірним вмістом серозного, чи серозно-гнійного ексудату пародонтальних кишень.

Проба Шіллера-Пісарєва позитивна. Мікрофлора пародонтальних кишень різноманітна, спостерігаються коки, веретеноподібні палички, спірохети, гриби, простіші. Рухомість зубів відповідає ступеню резорбції кістки міжзубних перегородок. Визначається вторинна травматична оклюзія.

Локалізований пародонтит необхідно диференціювати з гінгівітом, генералізованим пародонтитом, пародонтозом та дистрофічно-запальними процесами в пародонті на тлі хвороб внутрішніх органів та кісткової системи. Тому при встановленні діагнозу локалізованого пародонтиту вирішальне значення має рентгенологічне дослідження.

Запитання для самоконтролю:

1. Дати визначення термінам: ясенна борозна, ясенна та пародонтальна кишеня.
2. Пародонтоушкоджуючі мікроорганізми, представники, їх роль в пошкодженні тканин пародонту.
3. Механізм утворення пародонтальної кишень.
4. Основні синдроми пародонтиту.
5. Диференційна діагностика самостійного і симптоматичного катарального гінгівіту.
6. Класифікація локалізованого пародонтиту.
7. Етіологія і патогенез локалізованого пародонтиту.
8. Діагностичні критерії симптоматичного гінгівіту.
9. Класифікація пародонтальних кишень, їх характеристика.
10. Діагностичні критерії визначення пародонтальної кишень.
11. Види остеопатій кісткової тканини при запально-дистрофічних хворобах пародонту.
12. Рентгенологічні ознаки остеопатії кісткової тканини у хворого на локалізований гінгівіт
13. Травматична оклюзія, її види, характеристика.
14. Методи визначення травматичної оклюзії.
15. Рухомість зубів. Методика визначення.
16. Суб'єктивна та об'єктивна маніфестація основних синдромів пародонтиту.
17. Основні клінічні ознаки локалізованого пародонтиту.
18. Клініка та рентгендіагностика початкового ступеню локалізованого пародонтиту (гострого та хронічного перебігу).
19. Морфологічні зміни тканин пародонту при початкового ступеню локалізованого пародонтиту.
20. Клініка та рентгендіагностика I-го ступеню локалізованого пародонтиту (гострого та хронічного перебігу).
21. Морфологічні зміни тканин пародонту I-го ступеню локалізованого пародонтиту. Клініка та рентгендіагностика II-го ступеню локалізованого пародонтиту (гострого та хронічного перебігу).

22. Морфологічні зміни тканин пародонту II-го ступеню локалізованого пародонтиту.
23. Клініка та рентгендіагностика III-го ступеню локалізованого пародонтиту (гострого та хронічного перебігу).
24. Пародонтальний абсцес, клінічні вияви, діагностика.
25. Морфологічні зміни тканин пародонту III-го ступеню локалізованого пародонтиту.
26. Ознаки локалізованого пародонтиту в стадії ремісії.
27. Диференційна діагностика локалізованого пародонтиту.

Самостійна робота № 16

Тема: Лікування та профілактика локалізованого пародонтиту

Навчальні цілі:

Знати:

- лабораторні та рентгенологічні дані результатів обстеження пацієнтів з локалізованим пародонтитом;
- диференційну діагностику локалізованого пародонтиту;
- принципи лікування та профілактики локалізованого пародонтиту.

Оволодіти:

- технікою огляду тканин пародонта хворого з патологією тканин пародонта та навичками виконання пародонтального зондування, визначення рухомості зубів, кровоточивості ясен;

Вміти:

- проводити клінічне обстеження хворого на локалізований пародонтит;
- проводити індексну оцінку гігієни порожнини рота та стану тканин пародонта хворого, інтерпретувати та аналізувати отримані дані;
- виявляти місцеві подразнювальні фактори тканин пародонта;
- інтерпретувати та аналізувати дані лабораторного та рентгенологічного обстеження хворого;
- обґрунтувати схему лікування хворого на локалізований пародонтит.

Коротка характеристика теми:

Лікування локалізованого пародонтиту повинно бути комплексним і включати етіотропне, патогенетичне та симптоматичне.

Етіотропне лікування передбачає виявлення та усунення загальних та місцевих чинників, таких як зубний наліт, зубний камінь, неповноцінні пломби, протези, ортодонтичні апарати, каріозні порожнини, корені зубів. Дуже важливо навчити пацієнта правилам раціональної гігієни порожнини рота та переконати його виконувати їх. Патогенетичне лікування полягає в медикаментозному впливові на різні патофізіологічні ланки запального процесу. Симптоматичне – медикамент ний вплив на симптоми локалізованого пародонтиту (напр. – набряк, біль, кровоточивість ясен, неприємний запах з порожнини рота, рухомість зубів, гноетеча з пародонтальних кишень тощо.)

Лікування локалізованого пародонтиту також поділяється на місцеве та загальне.

До загальних заходів лікування локалізованого пародонтиту належить:

1. Навчання догляду за порожниною рота;
2. Призначення раціональних засобів гігієни порожнини рота і врахуванням впливу факторів ризику (лікувально-профілактичних зубних паст, що містять екстракти лікарських трав, антисептики, макро- і мікроелементи; м'якої та дуже м'якої зубної щітки, ополіскувачів та ін.);
3. Санація порожнини рота;
4. Усунення місцевих етіологічних чинників, травматичних факторів, зубних нашарувань;

5. Відновлення колонізаційної резистентності порожнини рота шляхом застосування імуномодуляторів бактеріального походження (Імудон);
6. Відновлення рівномірності оклюзійних контактів шляхом пришліфовування зубів, ортодонтичного чи ортопедичного лікування;
7. Хірургічна корекція аномалій будови і розташування м'яких тканин;
8. Призначення препаратів кальцію, мікроелементів, вітамінів (курс 30 днів, 2 курси на рік);
9. Раціональне збалансоване харчування.

Лікування необхідно починати із усунення вірогідних етіологічних та патогенетичних факторів. Ретельно видаляються усі місцеві подразники тканин пародонту, обробляють та полірують оголені поверхні коренів зубів. Виявляють травматичну оклюзію, точки передчасного контакту зубів тощо і проводять вибіркоче пришліфовування зубів. За наявності патологічної рухомості зубів проводять їх тимчасове шинування. З метою ліквідації запалення тканин пародонту проводять медикаментне лікування залежно від виду місцевого гінгівіту: катаральний, виразковий, гіпертрофічний. Для зменшення глибини пародонтальних кишень видаляють під'ясенні зубні відкладення разом із грануляціями. За наявності пародонтальних кишень, глибиною понад 3мм, необхідно проводити відповідні хірургічні втручання: кюретаж, гінгівотомія, клаптикові операції тощо.

Для усунення або припинення дистрофічного процесу, стимуляції процесів регенерації, відновлення порушених функцій тканин пародонту призначають фізіотерапевтичні методи лікування – а саме, опромінення гелій-неоновим лазером (1-3 хв., на курс 5-7 процедур), УФ-терапія (1-2 хв., 3-5 сеансів) або УВЧ-терапія (3-5 хв.).

Загальне лікування: застосування антибактеріальних препаратів, гіпосенсибілізуюча, імуномодуюча терапія, вітамінотерапія призначаються залежно від стану тканин пародонту та організму пацієнта в цілому.

Особливості лікування в залежності від ступеня тяжкості.

Легкий ступінь захворювання:

- лікування симптоматичного гінгівіту;
- професійна гігієна порожнини рота;
- антисептичні препарати (місцево);
- антибіотики (місцево) – з урахуванням чутливості мікрофлори кишень;
- нестероїдні протизапальні препарати (місцево).

Середній ступінь захворювання:

- антибіотики (місцево) – з урахуванням чутливості мікрофлори кишень;
- нестероїдні протизапальні препарати (місцево);
- протеолітичні ферменти або протеолітичні ферменти з антибіотиками (місцево) – при наявності гнійного ексудату у пародонтальних кишнях;
- хірургічне лікування: кюретаж – при глибині пародонтальних кишень 3-5 мм;
- фізіотерапія – електрофорез препаратів кальцію і фтору – при прогресуючій резорбції альвеолярної кістки.

Тяжкий ступінь захворювання:

- антибіотики (місцево) – з урахуванням чутливості мікрофлори кишень;
- нестероїдні протизапальні препарати (місцево);
- протеолітичні ферменти або протеолітичні ферменти з антибіотиками (місцево) – при наявності гнійного ексудату у пародонтальних кишнях;
- хірургічні методи: кюретаж – при глибині пародонтальних кишень 3-5 мм; гінгівотомія – при глибині кишень більше 5 мм;
- фізіотерапія – електрофорез препаратів кальцію і фтору – при прогресуючій резорбції альвеолярної кістки.

Загострення локалізованого пародонтиту:

- антисептики рослинного походження (місцево);
- нестероїдні протизапальні препарати в пародонтальні кишні (місцево);
- фітонцидні препарати (місцево) – в пародонтальні кишні.

Диспансеризація пацієнтів полягає у регулярних оглядах 2-4 рази на рік з повторною діагностикою факторів ризику та відповідною корекцією плану профілактично-лікувальних заходів.

Критерії ефективності лікування:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- стабілізація рентгенологічних змін в альвеолярному паростку.

Запитання для самоконтролю:

1. Основні принципи лікування локалізованого пародонтиту.
2. Етіотропне лікування локалізованого пародонтиту.
3. Сутність симптоматичного лікування локалізованого пародонтиту.
4. Патогенетичне лікування локалізованого пародонтиту.
5. Методи усунення пародонтальних кишень.
6. Показання до застосування і характеристика хірургічних методів лікування локалізованого пародонтиту.
7. Медикаментні препарати для пародонтальних пов'язок. Показання і протипоказання до застосування закритого способу лікування.
8. Методи усунення травматичної оклюзії
9. Методика проведення вибіркового пришліфування зубів. Показання.
10. Особливості створення контактного пункту при відновленні апроксимальних поверхонь у пацієнтів з локалізованим пародонти том у залежності від рівня ясенного краю.
11. Лікування локалізованого пародонтиту I-го ступеню тяжкості захворювання.
12. Лікування локалізованого пародонтиту II-го ступеню тяжкості захворювання.
13. Лікування локалізованого пародонтиту III-го ступеню тяжкості захворювання.
14. Які можливі ускладнення під час лікування локалізованого пародонтиту?
15. Профілактика локалізованого пародонтиту.
16. Які загальні заходи лікування локалізованого пародонтиту?
17. Загальні заходи лікування легкого ступеня захворювання.
18. Загальні заходи лікування середнього ступеня захворювання
19. Загальні заходи лікування важкого ступеня захворювання.
20. Які можливі ускладнення під час лікування локалізованого пародонтиту?

Список рекомендованої літератури:

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. Борисенко А. В. Практична пародонтологія: довідник лікаря "Стоматолог" /А. В. Борисенко, М. Ю. Антоненко, Л. Ф. Сідельнікова. – К.: Здоров'я України, 2011. – 469 с.
3. Ніколішин А. К. Терапевтична стоматологія: підручник, У 2 т. / ред. А. К.Ніколішин. – Полтава: Дивосвіт, 2007. – 280 с.

Додаткова:

1. Барер Г. М. Терапевтическая стоматология: Учебник: В 3 ч. – Ч.2 – Болезни пародонта / Г. М. Барер, Т. И. Лемецкая, Б. Ю. Суражев [и др.]. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 224с.
2. Вольф Герберт Ф. Пародонтология / Герберт Ф. Вольф, Эдит М. Ратейцхак, Клаус Ратейцхак; Пер.с нем.; Под ред. проф. Г.М.Барера. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 548 с.

3. Мащенко И.С. Заболевания пародонта. – Днепропетровск: Коло, 2003. – 271с.
4. Мюллер Х.-П. Пародонтология / Х.-П. Мюллер, пер. с нем. – Львов: «ГалДент», 2004. – 256 с.
6. Цепов Л. М. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта /Л. М. Цепов, А. И. Николаев, Е. А. Михеева. – 3-е изд., испр. и доп. – М.:МЕДпресс-информ, 2008. – 272 с.

Електронні джерела:

1. <http://med-edu.ru/stomat>
2. <http://dental-ss.org.ua>
3. <http://6years.net>
4. <http://tstm-nmu.org.ua/tt/doc>

Приклади тестів для підготовки студентів до практичних занять

1. Комплекс тканин, об'єднаних в поняття пародонт:
 - А. Ясна, кістка альвеоли, періодонт, цемент кореня зуба
 - В. Періодонт, ясна, окістя, зуб
 - С. Ясна і кругова зв'язка зуба
 - Д. Ясна, тканини зуба
 - Е. Ясна, окістя, цемент
2. Структурними утвореннями мікроциркулярного русла пародонту є:
 - А. Капіляри
 - В. Артеріоли і венули
 - С. Артеріоли, прекапіляри, капіляри, посткапіляри, венули
 - Д. Прекапіляри, капіляри, посткапіляри
 - Е. Венозні судини
3. Які клітинні елементи найчастіше зустрічаються у сполучній тканині ясен?
 - А. Остеоцити
 - В. Цементобласти
 - С. Остеобласти
 - Д. Гістіоцити
 - Е. Фібробласти
4. Щільна сполучна тканина власне слизової оболонки ясен носить назву:
 - А. Сосочкового шару
 - В. Базального шару
 - С. Зернистого шару
 - Д. Рогового шару
 - Е. Сітчастого шару
5. Які біологічно активні речовини синтезують фібробласти сполучної тканини ясен?
 - А. Колаген і мукопротеїди
 - В. Гістамін
 - С. Гепарин
 - Д. Серотонін
 - Е. Антитіла
6. Які біологічно активні речовини синтезують тучні клітини сполучної тканини ясен?
 - А. Гепарин і гістамін
 - В. Серотонін

- C. Колаген
- D. Мукопротеїди
- E. Антитіла

7. Дном клінічної ясенної кишені є:

- A. Кругова зв'язка зуба
- B. Косі волокна періодонту
- C. Резорбована кісткова тканина
- D. Ясенно-кісткова зв'язка
- E. Немає правильної відповіді

8. Гістологічно маргінальна частина ясен складається з:

- A. Багатошарового плоского ороговіваючого епітелію, власне слизової оболонки
- B. Плоского ороговіваючого епітелію, підслизового шару
- C. Плоского неороговіваючого епітелію, власне слизової оболонки погано вираженого підслизового шару
- D. Багатошарового циліндричного епітелію, базальної мембрани, підслизового шару.
- E. Немає правильної відповіді

9. Епітелій ясен складається з таких ділянок:

- A. Оральної, сулькулярної і сполучної
- B. Сулькулярної і сполучної
- C. Оральної і сулькулярної
- D. Оральної і сполучної
- E. Немає правильної відповіді

10. Пухка сполучна тканина власне слизової оболонки ясен носить назву:

- A. Сосочкового шару
- B. Шипуватого шару
- C. Базального шару
- D. Зернистого шару
- E. Рогового шару

11. В нормі епітелій ясенної борозни:

- A. Не ороговіває
- B. Ороговіває завжди
- C. Ороговіває в 50% випадків
- D. Всі відповіді правильні
- E. Немає правильної відповіді

12. При запаленні ясен відкладення глікогену відбувається в:

- A. Кітинах шипуватого шару
- B. Клітинах сітчастого шару
- C. Клітинах базального шару
- D. Клітинах рогового шару
- E. Клітинах сітчастого шару

13. Сулькулярний епітелій ясен вистилає ясенну борозну і локалізується в:

- A. В ділянці шийки зуба
- B. В ділянці кореня зуба
- C. В ділянці коронки зуба
- D. В ділянці цементу кореня зуба
- E. Немає правильної відповіді

14. Запалення ясен починається з :
- A. Боріздового епітелію й епідермального прикріплення
 - B. Сполучного епітелію
 - C. Зернистого епітелію
 - D. Рогового епітелію
 - E. Немає правильної відповіді
15. Пучки яких волокон складають основу власне слизової оболонки ясен?
- A. Колагенових
 - B. Аргірофільних
 - C. Окситаланових
 - D. Еластичних
 - E. Немає правильної відповіді
16. Кістка на нижній щелепі має:
- A. Мілкопетлисту будову з горизонтальним напрямком трабекул
 - B. Мілкопетлисту будову з вертикальним напрямком трабекул
 - C. Крупнопетлисту будову з вертикальним напрямком трабекул
 - D. Крупнопетлисту будову з горизонтальним напрямком трабекул
 - E. Немає правильної відповіді
17. На верхній щелепі кістка представлена:
- A. Крупнопетлистою будовою з вертикальним напрямком трабекул
 - B. Мілкопетлистою будовою з горизонтальним напрямком трабекул
 - C. Мілкопетлистою будовою з вертикальним напрямком трабекул
 - D. Крупнопетлистою будовою з горизонтальним напрямком трабекул
 - E. Немає правильної відповіді
18. Поняття терміну пелікула:
- A. Набута тонка органічна плівка, що покриває емаль зуба
 - B. Вроджена тонка органічна плівка, що покриває емаль зуба
 - C. М'яке зубне нашарування, щільно з'єднане з поверхнею зуба
 - D. Набута мінералізована тонка органічна плівка, що покриває емаль зуба
 - E. Немає правильної відповіді
19. Який із мінеральних компонентів переважає в зубному камені:
- A. Гідроксиапатит
 - B. Фосфат кальцію
 - C. Карбонат кальцію
 - D. Фосфат магнію
 - E. Немає правильної відповіді
20. Катаральний папіліт виникає від:
- A. Всі перераховані відповіді
 - B. Нависаючої пломби на контактній поверхні зуба
 - C. Дії хімічного (медикаментозного) подразника
 - D. Гострої травми
 - E. Немає правильної відповіді
21. Якої форми папіліту немає за класифікацією М.Ф. Данилевського (1994р.):
- A. Гранулематозної
 - B. Катаральної
 - C. Гіпертрофічної
 - D. Атрофічної

Е. Немає правильної відповіді.

22. Задовільному рівню гігієни порожнини рота по Федорову–Володкіній відповідають значення:

А. 1,6-2,0

В. 1,1-1,5

С. 2,1-2,5

Д. 2,6-3,4

Е. Всі відповіді правильні

23. Точковий крововилив при зондуванні ясенного жолобка в області міжзубного ясенного сосочка по Мюлеману відповідає:

А. 1 балу

В. 0 балів

С. 2 балам

Д. 3 балам

Е. 4 балам

24. При визначенні індекса Гріна–Вермільйона встановлено, що рівень гігієни дуже поганий. Якому числовому значенню це відповідає

А. Більше 2,6

В. 1,0 – 1,3

С. 1,4 – 1,9

Д. 2,0 -2,1

Е. Немає правильної відповіді

25. Для визначення індексу СРІТН зубний ряд умовно ділиться на:

А. 6

В. 4

С. 2

Д. 8

Е. 10 секстантів

26. Розчин еритрозину використовують для:

А. Індикації зубного нальоту

В. Виявлення осередкової демінералізації

С. Виявлення запалення ясен

Д. Все вище перераховане

Е. Немає правильної відповіді

27. При визначенні індексу гінгівіту Silness-Loe встановлено результат 1,9. Про який гінгівіт можна судити?

А. Гінгівіт середнього ступеня важкості

В. Гінгівіт легкий

С. Гінгівіт важкий

Д. Немає правильної відповіді

Е. Гінгівіт вкрай важкого ступеня

28. При обстеженні визначено, що показник комплексного пародонтального індексу становить 3,7. Про який стан тканин пародонту можна судити в даному випадку

А. III ступінь пародонтиту

В. I ступінь пародонтиту

С. II ступінь пародонтиту

Д. Важкий ступінь гінгівіту

Е. Початковий ступінь пародонтиту

29. Індекс СРІТН реєструє слідуючі ознаки:

- А. Кровоточивість, зубний камінь, пародонтальну кишеню
- В. Зубний наліт, зубний камінь
- С. Кровоточивість, зубний камінь;
- Д. Зубний камінь, пародонтальну кишеню;
- Е. Кровоточивість, зубний наліт

30. Взаємозв'язок глікогену з чим забезпечить позитивну пробу Шиллера – Пісарєва?

- А. З йодом
- В. З фуксином
- С. З глюкозою
- Д. З еритрозином
- Е. Немає правильної відповіді

31. Бензидинова проба дозволяє визначити:

- А. Вид ексудату клінічних кишень
- В. Ступінь ороговіння слизової
- С. Наявність виразок в пародонтальних кишнях
- Д. Дрібні судини пародонта.
- Е. Немає правильної відповіді

32. Метод полярографії базується на :

- А. Вивченні кисневого балансу тканин пародонту
- В. Прижиттєвому кровонаповненню за допомогою реєстрації пульсових коливань
- С. Вивченні порога збудливості пульпи за допомогою електричного струму
- Д. Вивченні кровообігу, що базується на реєстрації оптичної щільності тканин
- Е. Немає правильної відповіді

33. Дистрофічні зміни в кістковій тканині проявляються:

- А. Остеопорозом і остеосклерозом
- В. Мукоїдним набуханням
- С. Гіалінозом і склерозом
- Д. Вакуольною дистрофією
- Е. Немає правильної відповіді

34. Для пародонтозу рентгенологічні ознаки проявляються в виді:

- А. Всі відповіді правильні
- В. Порушення цілістності кортикального шару
- С. Рівномірне зниження висоти міжальвеолярних перегородок
- Д. Тенденція до утворення мілкопетлистого малюнка
- Е. Склерозування порожнин зубів

35. Метод, який базується на швидкості утворення гематоми на слизовій оболонці ясен це:

- А. Проба Кулаженко
- В. Транслюмінесцентний метод
- С. Фотоплетизмографія
- Д. Електроодонтодіагностика
- Е. Немає правильної відповіді

36. Основні рентгенологічні симптоми патології пародонту це:

- А. Всі відповіді правильні
- В. Деструкція вершин міжальвеолярних перегородок

- C. Остеопороз альвеолярного відростка
- D. Розширення періодонтальної щілини;
- E. Утворення кісткових кишень

37. Як називається метод, за допомогою якого вивчають кількісний та якісний склад клітинних елементів крові та епітеліальних клітин?

- A. Ексфолиативна цитологія
- B. Томографія
- C. Мікробіологічне дослідження
- D. Ехоостеометрія
- E. Полярнографії

38. Захворювання пародонту на тлі гістіоцитоза Х, за класифікацією Данилевського, відносять до групи:

- A. Ідіопатичних хвороб з лізисом тканин пародонту
- B. Запальних уражень пародонту
- C. Пародонтом
- D. Дистрофічно-запальних уражень пародонту
- E. Не відносять до жодної з вищенаведених груп

39. До групи запальних захворювань пародонту, за класифікацією Данилевського відносять:

- A. Папіліт, гінгівіт, локалізований пародонтит
- B. Генералізований пародонтит, пародонтоз
- C. Ідіопатичні хвороби з лізисом тканин пародонту, гінгівіт
- D. Пародонтоми і пародонтоз
- E. Гінгівіт і пародонтоми

40. До групи дистрофічно-запальних уражень пародонту за класифікацією Данилевського відносять:

- A. Генералізований пародонтит, пародонтоз
- B. Папіліт, гінгівіт, локалізований пародонтит
- C. Ідіопатичні хвороби з лізисом тканин пародонту, гінгівіт
- D. Пародонтоми і пародонтоз
- E. Гінгівіт і пародонтоми

41. Запалення пародонту, що супроводжується деструкцією зубо-епітеліального з'єднання з подальшим утворенням пародонтальної кишені і резорбцією кісткової тканини міжзубних перегородок відбуваються при:

- A. Пародонтиті
- B. Гінгівіті
- C. Пародонтомах
- D. Пародонтозі
- E. Папіліті

42. Використовуючи індекс РМА оцінюють стан:

- A. Ясен
- B. Пародонту
- C. Ретракції ясен
- D. Пародонтальних кишень
- E. Ясенних кишень

43. Жінка 25 років скаржиться на кровоточивість ясен, яка турбує протягом півроку і поступово прогресує. Об'єктивно: ясенний край набряклий, пухкий, пастозний, індекс кровоточивості II ст., ясенні кишені глибиною до 3 мм з серозним ексудатом. На шийках

зубів – відкладення зубного каменю. Яке додаткове обстеження є необхідним для визначення остаточного діагнозу?

- A. Ортопантомографія
- B. Проба Шиллера-Писарева
- C. Визначення ПІ
- D. Визначення стійкості капілярів
- E. Оцінка ступеню рухомості зубів

44. Який з додаткових методів обстеження необхідний для встановлення етіологічного чинника при запальних ураженнях тканин пародонту?

- A. Проведення мікробіологічного дослідження вмісту пародонтальних кишень
- B. Визначення ступеню рухомості зубів
- C. Визначення ступеню кровоточивості ясен
- D. Зондування глибини пародонтальних кишень
- E. Рентгендіагностика

45. Група спеціалістів проводить епідеміологічне обстеження певних вікових груп по вивченню поширеності ознак ураження пародонту і потреб у лікуванні. За допомогою якого індексу вивчаються ці показники?

- A. SPITN (ВООЗ)
- B. РМА (Парма)
- C. РDІ (Рамф'єрда)
- D. РНІ-S (Гріна-Вермільона)
- E. РІ (Рассела)

46. Дослідження фагоцитарної активності лейкоцитів дозволяє визначити:

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

47. У хворого на генералізований пародонтит спостерігається зниження титру секреторного ІgА в ротовій рідині. Такі показники свідчать про:

- A. Зниження захисних функцій слизової оболонки ясен та несприятливий перебіг захворювання
- B. Зменшення активності запального процесу в тканинах пародонту
- C. Стабілізацію патологічного процесу
- D. Підвищення рівня неспецифічної резистентності організму
- E. Зниження рівня сенсibiliзації організму

48. До функціональних методів обстеження хворих з патологією пародонту належать:

- A. Біомікроскопія, реопародонтографія, фотоплетизмографія, полярографія, термометрія
- B. Біомікроскопія, реопародонтографія, фотоплетизмографія, цитологічний та гістологічний методи
- C. Фотоплетизмографія, реопародонтографія, біомікроскопія, полярографія, визначення вмісту лізоциму у слині
- D. Огляд, біомікроскопія, реопародонтографія, фотоплетизмографія, полярографія, проба Ясиновського
- E. Реопародонтографія, фотоплетизмографія, полярографія, термометрія, біохімічні, мікробіологічні, рентгенологічні методи

49. До лабораторних методів обстеження хворих з патологією пародонту належать:

- A. Цитологічні, біохімічні, мікробіологічні, морфологічні методи
- B. Функціональні, цитологічні, біохімічні, мікробіологічні методи

- C. Збір анамнезу, біохімічні, мікробіологічні та морфологічні методи
- D. Огляд, біохімічні, мікробіологічні та морфологічні методи
- E. Цитологічні, біохімічні, мікробіологічні, рентгенологічні методи

50. Хворий віком 42 роки скаржиться на кровоточивість ясен, неприємний запах з рота. Після обстеження був встановлений діагноз: генералізований пародонтит II ступеня тяжкості, загострений перебіг. Яке дослідження дозволить визначити ступінь захисної реакції організму, рівень фагоцитозу та характер запальної реакції?

- A. Проба Ясиновського
- B. Визначення глибини пародонтальних кишень
- C. Визначення ступеня рухомості зубів
- D. Проба Кулаженка
- E. Формалінова проба

51. 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 кишені 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

52. 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 зубного каменю. Яке додаткове дослідження необхідно провести цьому хворому з метою дослідження неспецифічної резистентності у порожнині рота?

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

53. Морфологічний метод дослідження тканин пародонту проводять з метою:

- A. У випадку утрудненої диференційної діагностики захворювань пародонту на тлі захворювань системи крові та інших новотворчих процесах
- B. Дослідження вмісту пародонтальних кишень
- C. Визначення мікробного числа
- D. Дослідження рівня неспецифічної резистентності організму
- E. Дослідження рівня сенсibilізації організму

54. Пацієнт віком 25 років скаржиться на кровоточивість ясен, біль та свербіж у яснах. При обстеженні виявлено: ясенний край фронтальної ділянки верхньої та нижньої щелеп гіперемійований, набряклий, пастозний, легко кровоточить у разі доторкання. На пришийковій ділянці коронок зубів спостерігається сірувато-біле нашарування, яке щільно прикріплене до зуба та знімається за допомогою гладилки. Що за нашарування виявлено у пацієнта?

- A. Зубна бляшка
- B. Наліт курця
- C. Надясенний зубний камінь
- D. Підясенний зубний камінь
- E. Залишки їжі

55. До складу м'якого зубного нальоту входять:
- A. Мікроорганізми, харчові залишки, злуцнені клітини епітелію, лейкоцити, ліпопротеїни слини та продукти життєдіяльності мікроорганізмів
 - B. Мікроорганізми та продукти їхньої життєдіяльності
 - C. Харчові залишки та мікроорганізми
 - D. Мікроорганізми та лейкоцити
 - E. Злуцнені клітини епітелію, лейкоцити та мікроорганізми
56. В утворенні надясенного зубного каменю основну роль відіграє:
- A. Випадіння в осад та кристалізація на зрілій зубній бляшці фосфатів кальцію слини
 - B. Вживання великої кількості їжі з вмістом кальцію
 - C. Випадіння в осад та кристалізація на зубній бляшці солей кальцію з ясенної рідини
 - D. Зміна рН ротової рідини в кислу сторону
 - E. Наявність в ротовій порожнині великої кількості каріозних порожнин
57. В утворенні підясенного зубного каменю основну роль відіграє:
- A. Випадіння в осад та кристалізація на підясенній зубній бляшці солей кальцію сироватки крові
 - B. Вживання великої кількості їжі з вмістом білку
 - C. Випадіння в осад та кристалізація на зубній бляшці солей кальцію з продуктів харчування
 - D. Зміна рН ротової рідини в лужну або кислу сторону
 - E. Наявність гнійних виділень з пародонтальних кишень
58. Хворим з виразковим гінгівітом місцево призначено препарат, який представляє собою термостабільний білок, що відноситься до ферментів класу мурамінідаз, що міститься в слюзах, слині, грудному молоці. Як називається ця сполука?
- A. Лізоцим
 - B. Інтерлейкін
 - C. Інтерферон
 - D. Комплемент
 - E. Іманін
59. Хворому 20 років, що звернувся зі скаргами на біль, набряк і кровоточивість ясен, встановлений діагноз: катаральний гінгівіт. Виникнення патології, ймовірно, пов'язано зі зниженнями місцевого імунітету. Який імуноглобулін формує місцевий імунітет слизової оболонки порожнини рота?
- A. IgA
 - B. IgM
 - C. IgH
 - D. IgE
 - E. IgG
60. Одним з найбільш поширених тестів при обстеженні хворих з щелепово-лицевою патологією є проба Шіллера-Пісарєва, що дозволяє виявити осередки нагромадження глікогену, найважливішого продукту обміну речовин в яснах. До якої групи хімічних сполук відноситься глікоген?
- A. Полісахариди
 - B. Дисахариди
 - C. Глікозаміноглікани
 - D. Моносахариди
 - E. Кислі мукополісахариди

61. При обстеженні хворого з абсцедуючим генералізованим пародонтитом проведено загальний аналіз крові. Якими змінами в картині крові проявляється діагностована форма патології пародонту?
- A. Лейкоцитоз
 - B. Моноцитоз
 - C. Тромбоцитоз
 - D. Еритроцитоз
 - E. Лімфоцитоз
62. Пацієнт віком 19 років скаржиться на біль, припухлість і кровоточивість ясен. Впродовж останнього тижня хворіє ГРВІ. Об'єктивно: слизова оболонка ясен в ділянці фронтальних зубів верхньої і нижньої щелеп набрякла, яскраво гіперемійована, болісна при пальпації, ясенні сосочки і ясенний край припухли, легко кровоточать при дотику. Визначається регіонарний лімфаденіт. На рентгенограмі тканини пародонту без патологічних змін. Який попередній діагноз?
- A. Гострий катаральний гінгівіт
 - B. Гострий виразковий гінгівіт
 - C. Хронічний катаральний гінгівіт
 - D. Загострення гіпертрофічного гінгівіту
 - E. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт
63. Пацієнт віком 19 років скаржиться на кровоточивість, біль ясен під час їжі та чищення зубів. Об'єктивно: у фронтальній ділянці нижньої щелепи зуби скупчені, визначаються гіперемія, ціаноз ясен, розростання ясенних сосочків у межах 1/3 висоти коронок зубів, значні відкладення зубного нальоту. Формалінова проба Рагма негативна. Яке дослідження необхідно провести для встановлення діагнозу захворювання?
- A. Рентгенологічне дослідження
 - B. Бактеріологічне дослідження
 - C. Цитологічне дослідження
 - D. Реопародонтографію
 - E. Визначення стійкості капілярів за Кулаженком
64. Жінка віком 23 років скаржиться на кровоточивість ясен під час чищення зубів і приймання твердої їжі. Об'єктивно: слизова оболонка ясен з присінкового боку обох щелеп набрякла, гіперемійована, з синюшним відтінком, є відкладення над'ясенного зубного каменю, гігієнічний індекс за Федоровим-Володкіною 2,0. Пародонтальні кишені – відсутні. Який із методів дослідження буде провідним у диференційній діагностиці цього захворювання?
- A. Рентгенологічне дослідження
 - B. Проба Шилера-Писарева
 - C. Визначення стійкості капілярів за Кулаженко
 - D. Реопародонтографія
 - E. Визначення міграції лейкоцитів
65. Під час профілактичного огляду у хворого віком 24 роки виявлено такі зміни тканин пародонту: ясенний край валикоподібно збільшений, синюшний після дотику стоматологічним зондом, ясна помірно кровоточать, болю немає, пародонтальні кишені відсутні. Після нанесення на ясна розчину Люголя слизова оболонка забарвлюється в світло-коричневий колір. Визначте діагноз.
- A. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт
 - B. Гострий катаральний гінгівіт
 - C. Загострений хронічний катаральний гінгівіт
 - D. Генералізований пародонтит, I ступінь, хронічний перебіг
 - E. Хронічний катаральний гінгівіт

66. Виберіть етіотропну терапію для лікування катарального гінгівіту.

- A. Антибактеріальні
- B. Імуномодуючі препарати
- C. Кератопластичні препарати
- D. Знеболювальні препарати
- E. Ферментні препарати

67. Пацієнт 43 років після перенесеного гострого респіраторного захворювання скаржиться на загальну слабкість, інтенсивний біль в яснах, їх кровоточивість, неприємний запах з рота. Об'єктивно: ясна гіперемійовані, набряклі, спостерігаються численні виразкові вогнища, вкриті сірим некротичним нальотом. Підщелепні лімфовузли збільшені і болючі, Що в першу чергу буде виявлено при мікроскопічному дослідженні матеріалу з уражених ділянок ясен?

- A. Змішана флора зі значною кількістю фузобактерій і спірохет
- B. Нейсерії, вейлонели, колі-бактерії, епітеліальні клітини
- C. Значна кількість еритроцитів, актиноміцети
- D. Нейтрофільні гранулоцити в стадії розпаду, епітеліальні клітини, стафілококи
- E. Стрептококи, стафілококи, лактобацили, епітеліальні клітини

68. Найбільш важливими диференційно-діагностичними ознаками гострого виразкового гінгівіту є:

- A. Генералізоване виразкування ясенного краю, вкрите фібринозним нальотом
- B. Гіперемія, набряк ясенних сосочків, наявність ясенних кишень, виразка внутрішньої епітеліальної вистилки ясенних сосочків
- C. Болючість ясенних сосочків, кровоточать при натисканні, велика кількість над-і під'ясневих зубних відкладень
- D. Наявність глибоких ясенних кишень
- E. Кровоточивість при доторканні

69. Хворий віком 19 років скаржиться на біль і кровоточивість ясен під час приймання їжі, загальне нездужання. З анамнезу відомо, що 2 тижні тому хворів на гостре респіраторне вірусне захворювання. Об'єктивно: загальний стан пацієнта задовільний, температура тіла 37,8°C, неприємний запах з рота, ясенний край у ділянці всіх зубів нижньої щелепи зліва некротизований, ясна яскраво гіперемійовані, болісні під час доторкування. Установлений діагноз гострого виразкового гінгівіту. Виберіть етіотропну терапію:

- A. Антибактеріальні препарати типу метронідазолу
- B. Імуномодуювальні препарати
- C. Кератопластичні препарати
- D. Знеболювальні препарати
- E. Ферментні препарати

70. У чоловіка 30 років діагностований гострий виразковий гінгівіт, середнього ступеню тяжкості. Препарати якої групи необхідно застосовувати на заключному етапі лікування цього захворювання?

- A. Кератопластичні препарати
- B. Антиоксиданти
- C. Антибіотики
- D. Протеолітичні ферменти
- E. Кератолітичні препарати

71. Після перенесеного гострого респіраторного захворювання пацієнт звернувся до стоматолога зі скаргами на біль у яснах, неприємний запах з рота, неможливість приймати їжу, загальну слабкість. Об'єктивно: ясна гіперемійовані, набряклі, вкриті фібринозним нальотом, після зняття якого оголюються виразкові ділянки і виникає кровоточивість. Під час мікробіологічного

дослідження виявлено велику кількість коків, паличок, фузобактерій і спірохет. Який із препаратів використовують для етіотропного лікування захворювання?

- A. Метронідазол
- B. Галаскорбін
- C. Токоферолу ацетат
- D. Трипсин
- E. Каратолін

72. Дівчина віком 18 років хворіє на ерозивну форму гострого десквамативного гінгівіту. На даний час зареєстровано період згасання хвороби. Якими лікарськими препаратами необхідно доповнити місцеве лікування на цьому етапі?

- A. Кератопластичними засобами
- B. Противірусними препаратами
- C. Протеолітичними ферментами
- D. Антисептиками
- E. Знеболювальними засобами

73. Хворий скаржиться на розростання, кровоточивість ясен і біль, які виникли рік тому. Об'єктивно: у ділянці нижніх фронтальних зубів ясенні сосочки збільшені, вкривають коронки зубів на 1/2 їх висоти. Ясенні сосочки мають вигляд яскраво-червоних грануляцій, болісні при пальпації. На зубах значні відкладення зубного каменю. На рентгенограмі змін коміркового відростка невиявлено. Який найбільш ймовірний діагноз захворювання?

- A. Гіпертрофічний гінгівіт, II ступінь, набрякова форма
- B. Локалізований пародонтит
- C. Хронічний катаральний гінгівіт
- D. Хронічний виразковий гінгівіт
- E. Гострий катаральний гінгівіт

74. 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?

- A. Вітаміну B₁
- B. Алое
- C. Гепарину
- D. Трипсину
- E. Натрію фториду

75. Жінка 27 років звернулась зі скаргами на біль і кровоточивість ясен, що посилюється під час їжі. Тиждень тому перехворіла ГРЗ. Протягом року періодично турбує кровоточивість ясен. Об'єктивно: ясна яскраво-червоні, різко набряклі, ясенні сосочки пухкі, кровоточать при найменшому дотику. Незначні відкладення зубного каменю, велика кількість м'якого зубного нальоту. Підщелепні вузли збільшені, болючі при пальпації. Рентгенологічно остеопороз міжальвеолярних перегородок. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Загострення хронічного катарального гінгівіту
- B. Генералізований пародонтит, початкового ступеню, загострений перебіг
- C. Гіпертрофічний гінгівіт, набрякова форма
- D. Гіпертрофічний гінгівіт, фіброзна форма
- E. Гострий катаральний гінгівіт

76. Хронічний перебіг локалізованого пародонтиту II ступеню тяжкості в ділянці 24-26 зубів характеризується наступними рентгенологічними ознаками:

- A. Резорбція міжзубних перегородок до 1/2 висоти, остеопороз губчастої кістки міжзубних перегородок, розширення періодонтальної щілини в ділянці 24-26 зубів
- B. Зниження висоти міжзубних перегородок до 1/2 висоти, остеосклероз губчастої кістки, звуження періодонтальної щілини
- C. Резорбція міжзубних перегородок більш ніж на 1/2 висоти, остеопороз губчастої кістки міжзубних перегородок
- D. Зниження висоти міжзубних перегородок більш ніж на 2/3 висоти, остеопороз губчастої кістки міжзубних перегородок, розширення періодонтальної щілини
- E. Атрофія кісткової тканини міжзубних перегородок до 1/2 висоти, звуження періодонтальної щілини, явища гіперцементозу

77. У хворого 43 років скарги на затруднене жування їжі, неприємний запах з рота, рухомість зубів фронтальної ділянки нижньої щелепи, кровоточивість ясен. Об'єктивно: ясна гіперемійовані з ціанотичним відтінком, наявність зубного каменю фронтальної ділянки нижньої щелепи з оральної поверхні, індекс кровоточивості II ст., пародонтальні кишень в ділянці 32-41 зубів глибиною 5-6 мм., з серозно-гнійним ексудатом. На рентгенограмі – резорбція кісткової тканини міжзубних перегородок до 1/2 довжини кореня. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Локалізований пародонтит II ст., загострений перебіг
- B. Локалізований катаральний гінгівіт середньої тяжкості, в стадії загострення
- C. Генералізований пародонтит II ст., загострений перебіг
- D. Генералізований пародонтит I ст., гострий перебіг
- E. Локалізований пародонтит III ст., гострий перебіг

78. Основні принципи лікування локалізованого пародонтиту:

- A. Усунення місцевих травматичних чинників, медикаментна терапія, кюретаж пародонтальних кишень, раціональне пломбування та протезування
- B. Ліквідація запального процесу в пародонті, стимуляція захисних сил організму, усунення травматичних чинників
- C. Усунення травматичних чинників, протизапальна терапія, ортодонтичне лікування.
- D. Загальнозміцнююча терапія, усунення місцевих подразнюючих чинників, раціональне протезування
- E. Усунення клінічних виявів пародонтиту за допомогою хірургічних, фізіотерапевтичних та ортопедичних методів лікування

79. Мета пародонтальної хірургії:

- A. Ліквідація пародонтальних кишень і створення умов для стабілізації процесу в тканинах пародонту
- B. Протизапальний та десенсибілізуючий ефект
- C. Створення умов для регенерації кісткової тканини
- D. Усунення вогнищ інтоксикації організму
- E. Зменшення рухомості зубів

80. Значення лікувально-захисних пов'язок в комплексному лікуванні локалізованого пародонтиту:

- A. Забезпечують тривалу дію медикаментів на тканини пародонту і створюють умови спокою в зоні ураження
- B. Попереджують виникнення атрофічних та гіперпластичних процесів в тканинах пародонту
- C. Створюють умови для стабілізації рухомих зубів
- D. Ведуть до швидкого виліковування пародонтиту
- E. Немає правильної відповіді

81. Чоловік 45 років звернувся два тижні тому до пародонтолога. Встановлено діагноз: локалізований пародонтит III ступеню в ділянці 25, 26 зубів. Після усунення травмуючих чинників та проведення протизапальної терапії ясна набули звичайного забарвлення, пародонтальні кишені глибиною 4-5 мм без ексудату. Якому методу усунення пародонтальних кишень треба віддати перевагу в даному клінічному випадку?

- A. Кюретаж
- B. Поверхнева склерозуюча терапія
- C. Глибока склерозуюча терапія
- D. Гінгівектомія
- E. Клаптикова операція

82. У хворої В. у вмісті пародонтальних кишень виявлено значний ступінь обсіменіння дріжджоподібними грибами роду *Candida*. Які із перерахованих препаратів найдоцільніше застосовувати для інстиляцій?

- A. Клотримазол
- B. Трихопол
- C. Диклофенак Na
- D. Діоксидин
- E. Тінідазол

83. Критерієм якості вибіркового пришліфування зубів є:

- A. Отримання множинних контактів зубів-антагоністів у центральній, передній та бокових оклюзіях
- B. Отримання множинних контактів зубів-антагоністів у центральній оклюзії
- C. Отримання множинних контактів зубів-антагоністів у передній оклюзії
- D. Отримання множинних контактів зубів-антагоністів у боковій оклюзії
- E. Отримання множинних контактів зубів-антагоністів у центральній та боковій оклюзії

84. За наявності патологічної рухомості зубів для її усунення та створення відносного спокою тканинам пародонту доцільним є:

- A. Тимчасове шинування
- B. Видалення зубів
- C. Видалення зубного каменю
- D. Відновлення контактних пунктів
- E. Медикаментне лікування

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

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

86. Який з препаратів протипоказаний при гіпертрофічному гінгівіті?

- A. Метилурацил
- B. Хлоргексидин
- C. Гепарин
- D. Стоматидин
- E. Бефунгін

87. Які з груп препаратів доцільно застосовувати для покращення мікроциркуляції тканин пародонту при хронічному перебігу запального процесу?

- A. Антикоагулянти
- B. Антирезорбенти
- C. Антипротозойні
- D. Адаптогени
- E. Антисептики

88. Який з препаратів доцільно застосовувати при гіпертрофічному гінгівіті?

- A. Бефунгін
- B. Метронідазол
- C. Пентоксил
- D. Метилурацил
- E. Каротолін

89. Які з перелічених груп препаратів доцільно застосовувати при виразково-некротичному гінгівіті на стадії дегідратації?

- A. Кератопластичні препарати
- B. Антиферментні препарати
- C. Антипротозойні препарати
- D. Ферментні препарати
- E. Інгібітори простагландинів

90. Пародонтальна пов'язка в порожнині рота не повинна:

- A. Перекривати різучі краї та жувальну поверхню зубів
- B. Заходити в міжзубні проміжки
- C. Покривати нерухому частину ясен
- D. Локалізуватися з обох боків зубного ряду
- E. Накладатися на висушену ясенну поверхню

91. Оберіть невідкладний метод хірургічних втручань:

- A. Розкриття пародонтального абсцесу
- B. Кюретаж
- C. Гінгівотомія
- D. Гінгівоектомія
- E. Клаптеві операції

92. Вкажіть, який з нижчеперерахованих хірургічних методів лікування захворювань пародонту є операційною методикою з елементами пародонтопластики:

- A. Клаптикові операції
- B. Гінгівотомія
- C. Кюретаж
- D. Гінгівоектомія
- E. Фізіохірургічні методи (вакуум-хірургія, електрохірургія, кріохірургія)

93. При якій глибині пародонтальної кишені можливе проведення закритого кюретажу:

- A. До 4 мм
- B. 4-5 мм
- C. 5-6 мм
- D. 6-8 мм
- E. Більше 8 мм

94. Кюретаж рекомендують проводити одномоментно в ділянці:

- A. 3-4 зубів

- B. 1 зуба
- C. 6-8 зубів
- D. 8-10 зубів
- E. Однієї щелепи

95. Травматична оклюзія – це:

- A. Функціональне перенавантаження тканин пародонту
- B. Змикання зубних рядів при висунутій вперед нижній щелепі
- C. Множинний контакт зубних рядів
- D. Співвідношення зубів верхньої та нижньої щелепи у зімкненому стані
- E. Симптом перехресного прикусу

96. Вибіркове пришліфовування проводять:

- A. Тільки в межах емалі
- B. В межах емалі і плащевого дентину
- C. В межах емалі і всього дентину
- D. До виведення зубів від передчасних контактів
- E. Для усунення деформацій оклюзійних поверхонь, що виступають із зубного ряду і усуненні передчасних контактів

Самостійне опрацювання тем, які не входять до плану аудиторних занять:

- 1.Внесок вітчизняних вчених у вивчення питань етіології та патогенезу захворювань пародонту.
- 2.Критерії оцінки стану пародонту.
- 3.Індексна оцінка. SPR-скринінг тест.
- 4.Аналіз ортопантомограми
- 5.Оформлення пародонтологічної карти стоматологічного хворого
- 6.Оформлення звітно-облікової документації стоматолога, аналіз кількісних та якісних показників роботи лікаря-стоматолога.
- 7.Аналіз результатів цитологічного, гістологічного, бактеріального дослідження пацієнта.

Тема №1 Внесок вітчизняних та зарубіжних вчених у вивчення питань етіології та патогенезу захворювань пародонту.

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 Нвик 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 змін 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 як 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 ХХІ сторіччі проводиться значна робота молодих вчених у всебічному вивченні пародонтологічних проблем та напрямків їх усунення в світлі сучасних технологічних можливостей.

Тема №2 Критерії оцінки стану пародонту.

Метою обстеження пародонтологічного хворого є оцінка стану тканин пародонту, загального стану організму, виявлення загальних та місцевих етіологічних та патогенетичних чинників, визначення форми, ступеня та характеру перебігу хвороби. Необхідний комплекс диференціально-діагностичних показників лікар отримує під час ретельного збирання анамнезу, детального клінічного обстеження, використання лабораторних методів та даних обстеження хворого іншими медичними фахівцями. Важливо виявляти загальні фактори ризику, такі як цукровий діабет, прийом деяких медикаментів, наприклад, які застосовують для лікування гіпертензії або для контролю імунної відповіді у пацієнтів, яким проведено трансплантацію.

Обстеження пародонтологічних хворих проводять в такій послідовності:

- первинне обстеження (данні суб'єктивного, зовньошньюротового, клінічного та інструментального обстеження, що дозволяє визначити попередній діагноз);
- детальне обстеження – з використанням спеціальних методів, які скеровані на вивчення окремих синдромів хвороби (стан судин, імунологічний статус тощо) та проведення диференційної діагностики з іншими ураженнями пародонту. На підставі отриманих даних визначається розгорнутий, заключний діагноз;
- повторне обстеження в процесі лікування. Визначається ефективність використання методів і середників лікування.

Схема обстеження хворого з захворюванням тканин пародонта



Стоматологічне обстеження хворого (Status praesens)

Внутрішньоротове обстеження розпочинають з виявлення локальних травмуючих чинників у передсінку ротової порожнини (*vestibulum oris*), так званих муко-гінгівальних аномалій. Серед них: рівень прикріплення вуздечок верхньої та нижньої губи (зависоке – нижньої та занизьке – верхньої); наявність надмірно розвинених тяжів слизової оболонки на рівні ікол і пре молярів; замала (менша ніж 3 мм) ширина прикріпленої частини ясен.

Аномалії прикусу та положення окремих зубів змінюють біомеханіку в тканинах пародонту, як наприклад, перевантаження окремих зубів призводить спочатку до підсилення кровопостачання, а в період декомпенсації до порушення циркуляції крові та застійних явищ.

При огляді ясен звертають увагу на форму, колір, лінію ясенного краю, стан поверхні ясен та об'єм ясенної тканини, порівнюючи при цьому ці показники з аналогічними показниками здорових ясен.

Важливим параметром оцінки стану пародонту є наявність або відсутність зубо-ясенного з'єднання, яке визначається як відстань між межею емаль-цемент і дном ясенної борозни. Стан зубо-ясенного з'єднання, а також параметри ясенної та пародонтальної кишень визначають за допомогою пародонтального зонду. Глибину в ділянці пародонту кожного зуба визначають у чотирьох місцях (з мезіо-щічної, дистально-щічної, вестибулярної і язикової поверхонь). Розрізняють наступні різновидності клінічних кишень: ясенні, пародонтальні (надальвеолярні) та кісткові (внутрішньоальвеолярні).

Для виявлення вмісту пародонтальної кишені легко натискають пальцем на ясна в ділянці проекції верхівки кореня і переміщують його до ясенного краю. Для виявлення гнійного вмісту кишені проводять бензидинові проби. З метою диференційної діагностики ясенної чи пародонтальної кишені використовують формалінову пробу за С. Парма.

При захворюваннях пародонту необхідно виключити вузли травматичної оклюзії. Ступінь рухомості зубів пов'язаний з важкістю і глибиною порушення зубо-ясенного з'єднання. Розрізняють статистичну і динамічну рухомість. Статистична рухомість – це величина відхилення зуба (в міліметрах) внаслідок силової дії. Динамічна рухомість зуба – здатність тканин пародонту амортизувати імпульсні дії на зуб.

Показники патологічної рухомості зуба:

I ст. – зуб відхиляється у вестибуло-оральному напрямку в межах ширини ріжучого краю (1-2 мм).

II ст. – зуб рухомий у вестибулярно-оральному та медіо-дистальному напрямку.

III ст. – крім вказаних зміщень, зуб рухомий ротаційно.

Розвиток травматичної оклюзії є постійним симптомом пародонтиту та пародонтозу. Оклюзограма – одержання відбитків зубних рядів на пластичному матеріалі при звичайному змиканні зубів.

Кровоточивість ясен визначають за допомогою індексу кровоточивості (ІК):

0 ст – відсутність кровоточивості.

I ст. – слаба – з'являється в кінці зондування або через деякий час (15-20 сек.) після нього у вигляді вузької смужки крові в папілярно-маргінальних ділянках ясен обстежуваного зуба.

II ст. – помірна – з'являється в процесі зондування у вигляді виділення невеликої плями крові, яка заповнює міжзубні проміжки та пришийкову ділянку обстежуваного зуба.

III ст. – посилена – з'являється на початку чи в процесі зондування як велике крововиділення, що швидко припиняється (через 5-15 сек.), набираючи вигляду розлитої плями крові, яка покриває обстежувану та сусідні папілярно-маргінально-альвеолярні ділянки ясен і поверхні зубів.

IV ст. – виражена (різка) – з'являється вже на початку зондування як різке і значне крововиділення, що триває на одному рівні деякий час (15-30 сек.), поступово зменшуючись і припиняючись; створюється вигляд, що кров заливає обстежувану та сусідні ділянки ясен та зубів.

Місцеві травмуючі чинники. Виявлення травмуючих чинників є одним з центральних завдань для клінічної оцінки стану пародонту. Зубо-ясенні відкладення, неправильно запломбовані зуби, виготовлені ортопедичні конструкції, каріозні порожнини, розташовані на контактних поверхнях і в пришийкових ділянках, відсутність контактної точки, патологічний прикус, аномалії окремо стоячих зубів та інші – це постійно діючі подразники, які викликають розвиток дистрофічно-запальних процесів в тканинах пародонту.

Визначення рН пародонтальних кишень дозволяє оцінити інтенсивність запального процесу, стан гігієни порожнини рота, ефективність лікування. Використовують рН-метри (рН-340) за допомогою скляних електродів. Дані отримують за допомогою індикаторного паперу з поділками. При запальних процесах кислотність зростає до 4,6-5,1, а при ефективному лікуванні відзначається олушення вмісту кишень (рН 9-11).

Тема №3 Індексна оцінка. SPR-скринінг тест.

Серед клінічних методів дослідження пародонтального статусу пацієнта, важливе значення мають дані індексної оцінки, котрі дозволяють лікарю-пародонтологу отримати дані гігієнічного стану ротової порожнини пацієнта, поширеність та інтенсивність процесів запалення та деструкції тканин пародонту. Описано близько 80 індексів.



Ступінь активності процесу в яснах та його розповсюдженість визначають за допомогою спеціальних пародонтальних індексів: РМА (РМА) – папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (Parma, 1966, Massler, 1967), Лос-Сілнеса, РІ – пародонтальний індекс (Russel, 1956).

При використанні індексу РМА стан ясен оцінюється в області кожного зуба: запалення сосочка ясен (Р) -1; запалення краю ясен (М) – 2; запалення в області альвеолярної дуги (А) -3; індекс РМА обчислюється за формулою:

$$РМА = \frac{\text{Сума показників кожного зуба}}{3 \times \text{кількість зубів}} \times 100\%$$

За допомогою індексу РІ оцінюють стан пародонту кожного зуба:

- 0 – немає запалення
- 1 – легкий гінгівіт, запалення не оточує весь зуб
- 2 – запалення оточує весь зуб (пародонтальної кишені немає)
- 6 – гінгівіт і пародонтальна кишеня, зуб нерухомий
- 8 – деструкція тканин пародонту, рухомість зуба.

Формула індексу РІ така:

$$РІ = \frac{\text{Сума оцінок для кожного зуба}}{\text{кількість зубів}}$$

Отриманий РІ оцінюють:

- 0,1-1,0 – початкова і I стадія захворювання
- 1,5-4,0 – наявність деструктивних змін, характерних для II стадії захворювання
- 4,0-8,0 – III стадія захворювання.

Індекс ВООЗ – SPITN. Особливість цього індексу в тому, що він дозволяє визначити лікувальну тактику в невеликих по кількості обстежуваних групах. При цьому використовуються доступні для лікаря критерії оцінки кровоточивість ясен, наявність зубного каменю, пародонтальної кишені і її глибини.

Обстежується пародонт в ділянці: 17, 16, 11, 26, 27, 31, 36, 37, 47, 46 зубів.

Коди: 0 – немає захворювання; 1 – кровоточивість, 2 – зубний камінь, 3 – наявність кишені глибиною 4-5 мм; 4 – наявність кишені 6 мм і більше.

PSR (Periodontal Screening and Recording, пародонтальний скринінг-індекс

При запаленнях пародонту особливо важливо своєчасно поставити діагноз. Сьогодні в розпорядженні стоматолога не тільки новітні схеми лікування, але й безліч нових методів діагностики. Один з них – PSR (Periodontal Screening and Recording, пародонтальний скринінг-індекс). За його допомогою спеціаліст (не тільки пародонтолог) за 2-3 хвилини може визначити наявність запальних процесів.

Пародонтальний скринінг-текст слід проводити:

1. Усім первинним пацієнтам;
2. Пацієнтам під час профілактичного огляду (які до цього мали PSR індекс «0», «1» або «2»).

Критерії оцінювання індексу PSR.

До основних діагностичних критеріїв (коди «0», «1», «2», «3», «4») відносять:

1. Глибину зондування;
2. Кровоточивість ясен під час діагностики;
3. Наявність зубного каменю та локальних ретенційних факторів.

Також під час діагностики лікар виявляє особливі проблеми пародонту (код «*»):

1. Фуркації;
2. Рецесії ясен більше 3 мм;
3. Підвищена рухливість зуба;
4. Проблеми зі слизовою ясен – наприклад, відсутність прикріплених ясен.

Для проведення пародонтального скринінг-індексу компанія Meddins розробила спеціальні інструменти. Зонди мають шкалу BOOЗ SPITN-C (рекомендована Всесвітньою організацією охорони здоров'я), яка дозволяє з високою точністю діагностувати наявність патологій пародонту. Завдяки шкалі 2 мм і кулястому кінчику 0,5 мм будь-який стоматолог може швидко та точно виміряти глибину кишені. Кольорове маркування 3,5-5,5-8,5-11,5 мм відкриває можливості ранньої діагностики схильності до захворювання.

Глибина зондування (probing depth) – це відстань у мм від краю ясен (GM) до основи зубо-ясеневі боріздки чи дна кишені (PB).

Для точної і правильної оцінки глибини пародонтальної кишені або зубо-ясенної боріздки треба проводити вимірювання в 6 точках. Якщо дивитись зі сторони оклюзії, кожен зуб можна умовно поділити на 6 зон. При визначенні індексу PSR враховуються найбільші виміряні показники. Для правильного вимірювання глибини зондування інструмент слід вводити вздовж кореневої поверхні. Зонд повинен бути нахиленим у мезіо-дистальній площині, але розміщуватись паралельно поздовжній осі. При вимірюванні глибини не можна допускати вестибуло-орального нахилу інструменту.

Зонд занурюють у шести точках навколо зуба та дивляться на наявність кишень і кровоточивості, оцінюють стан ясен. Після цього лікар маркує результати діагностики від нуля до четвірки, де «0» – це здоровий пародонт, а «4» вказує на необхідність негайно розпочати комплексне пародонтологічне лікування.

Результати

Якщо в усі секстанти внесений індекс «0», ясна повністю здорові. Але, незважаючи на це, необхідно регулярно контролювати гігієну ротової порожнини (раз на рік, за бажанням пацієнта). Індекс «3» вказує на середній ступінь тяжкості, індекс «4» – на важкий пародонтит. Тут необхідно зробити подальше повне діагностичне обстеження (пародонтальний статус, рентгенологічний статус). Окрему групу складає індекс «*». До категорії особливих пародонтальних проблем належать фуркація, ясеневі рецесії глибше 3 мм, а також рухомість зуба. При індексі «*» назначається комплексне пародонтологічне лікування.

Дані, отримані при проведенні діагностики, необхідно занести в карту первинного пародонтологічного обстеження.

Тема №4 Аналіз ортопантограми

Рентгенографія – основний метод обстеження, на якому базується діагноз в пародонтології. 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. 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 зубів. В таких випадках використовують інші рентгенологічні методики (рентгенографію „в прикус” або ж комп’ютерну томографію). Недопустимо орієнтуватися на внутрішньоротову прицільну періапикальну рентгенографію, яка спотворює вказані співвідношення складових пародонту. Проте, певну діагностичну цінність з прицільних денціальних рентгенограм можна одержати, зокрема, за поєднаних ендо-пародонтальних процесів, коли вирішується тактика пародонтальних операцій, а часом і доцільність збереження зубів.

Інтерпретація ортопантомограм вимагає оцінки якості зображення за всіма параметрами: правильність положення голови пацієнта, притиснутий до піднебіння язик, дефекти плівки, артефакти. На рентгенограмах, отриманих за допомогою ортопантомографів, деякі анатомічні деталі відображаються 2-3рази та спотворюються за відомими в рентгенології законами. Тому, некоректно за ортопантомограмами діагностувати патології нижньощелепово-скроневих суглобів, оскільки величина рентгенологічної суглобової щілини на таких зображеннях деформується.

Оцінюють ортопантомограму за наступними критеріями:

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

Вміння оцінювати стан кісткової тканини альвеолярних відростків щелеп дозволить виявити патологію мінерального обміну, системні захворювання та планувати наступні обстеження та лікування пацієнтів у співпраці з фахівцями відповідних профілів.

В картці стоматологічного хворого введений додаток, в якому окрім задокументованої згоди пацієнта на лікування зазначають радіаційне навантаження пацієнта під час рентгенологічного обстеження. Слід зазначити, що «рентген»-кількість генерованого випромінювання, тобто експозиційна доза. Одиниця, яка враховує коефіцієнт тканинного послаблення поглиненої дози в сучасній системі вимірювання СІ – зіверт (Sv), за прізвиськом шведського фізика, автора теорії лінійного безпорогового ефекту (ЛБЕ) радіації. Суть його теорії: нешкідливих доз не буває, на противагу теорії радіаційного герметизу, за якою малі дози радіації стимулюють фізіологічні процеси. Лікар, який скеровує пацієнта на будь-яке рентгенологічне обстеження (оглядову ортопантомографію, прицільну внутрішньо ротову рентгенографію, конусно-променеву, спіральну комп’ютерну томографію) зобов’язаний зібрати детальний анамнез для оцінки сумарної ефективної еквівалентної дози за рік та співставити її з державними та світовими стандартами допустимих меж радіаційного навантаження. Допустимою ефективною еквівалентною дозою на рік є 5мЗв (мілізівертів). Флюорографія легень спричиняє одноразову дозу 500-800мкЗв мікросівертів (1мкЗв=1/1000Зв), КПКТ – 1000-1500мкЗв, СКТ – 400-500мкЗв.

Тема №5 Оформлення пародонтологічної карти стоматологічного хворого

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.

Етапи складання пародонтальної карти:

I. Фотопротокол. Фахівець пародонтолог детально фотографує у великому масштабі ротову 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

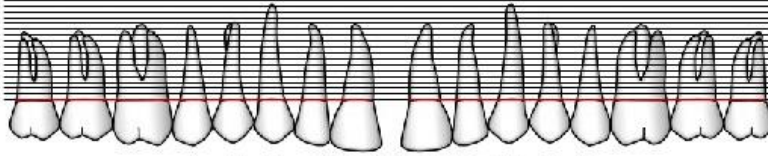
Первинне обстеження

Контрольне обстеження

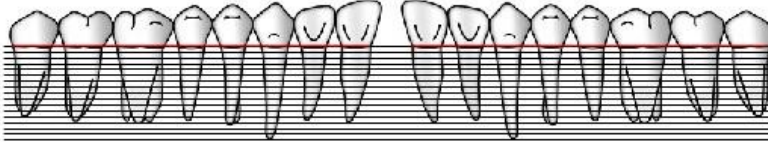
Лікар

	19	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Рухливість	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
Глибина зондування	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Вестибулярно



Орально

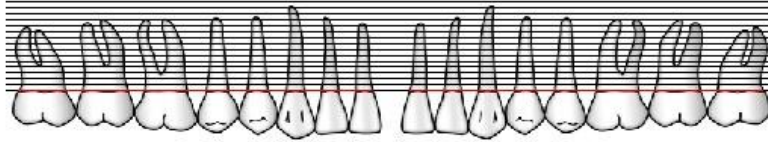


Ясенний край	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Глибина зондування	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Зубні відкладення																
Кровоточивість при зондуванні																
Фуркація																
Примітки																

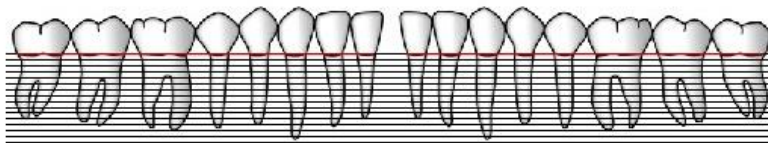
Середня глїб. асн. = 0 mm Середня висота. прикр. = 0 mm 0% Зубні в. 0% Кровоточивіс. п. зонд.

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
Глибина зондування	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Орально



Вестибулярно



Ясенний край	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
Зубні відкладення																
Кровоточивість при зондуванні																
Фуркація																
Імплантат																
Рухливість	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	43	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

www.periodontalchart-online.com

Copyright © 2010 by Department of Periodontology, University of Bern, Switzerland

Пародонтальна карта

Дата

БЕЛН

Прізвище

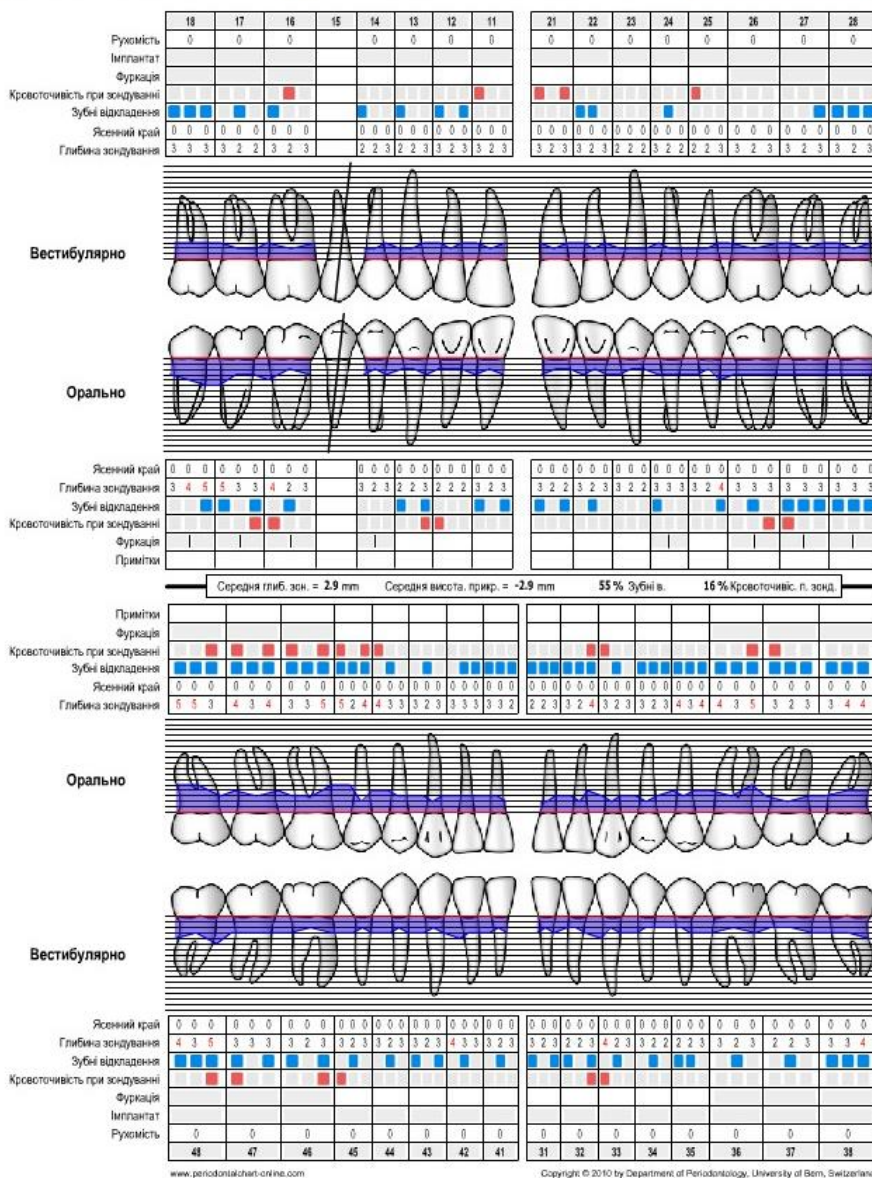
Ім'я

Дата народження

Первинне обстеження

Контрольне обстеження

Лікар



www.periodontalchart-online.com

Copyright © 2010 by Department of Periodontology, University of Bern, Switzerland

Тема №6 Оформлення звітно-облікової документації стоматолога, аналіз кількісних та якісних показників роботи лікаря-стоматолога.

З 14.02.2012 року облік роботи лікаря-стоматолога терапевта проводиться за формами облікової документації, затвердженими наказом МОЗ України № 110 "Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування".

Основним юридичним, статистичним та медичним документом є „Медична карта стоматологічного хворого” (форма № 043/0), в якій лікар-стоматолог відображає весь комплекс діагностичних, лікувальних та профілактичних заходів, що надаються хворому в стоматологічному лікувальному закладі. При первинному звертанні пацієнта в поліклініку, стоматолог повинен поставити діагноз, безпосередньо заповнити всі графи амбулаторної медичної карточки, записати проведене лікування та надані рекомендації. Слід звернути увагу на обов'язкове заповнення граф „Дата навчання навичкам гігієни ротової порожнини”, „Дата контролю гігієни ротової порожнини”, що є елементами профілактичної роботи лікаря.

Медична карта стоматологічного хворого повинна зберігатись в реєстратурі поліклініки протягом 5 років.

Щоденна робота кожного лікаря стоматолога-терапевта реєструється в формі „Листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету” (форма № 037/0). Лікар повинен чітко заповнити графи цього документу згідно нормативних вимог. Термін зберігання 1 місяць.

При проведенні контролю за правильністю заповнення „Листка щоденного обліку...”, порівнюють записи з „Медичною картою стоматологічного хворого”. На підставі „Листків щоденного обліку...” лікар заповнює „Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету” (форма № 039-2/0). За цими даними в кінці кожного місяця підводиться підсумок лікувальної та профілактичної роботи стоматолога. Термін зберігання 1 рік.

Основою роботи стоматологічних поліклінік, відділень, кабінетів є профілактика основних стоматологічних захворювань, проведення заходів диспансеризації населення. На кожного диспансерного хворого заводиться „Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів” (форма № 025-2/0) та „Контрольна карта диспансерного нагляду” (форма № 030/0). Для реєстрації осіб, що пройшли профілактичні огляди, заводиться „Журнал обліку профілактичних оглядів порожнини рота” (форма №049/0). Ведення цих форм дозволяє враховувати кількісні показники роботи лікаря стоматолога-терапевта.

Інформація, що міститься в звітних документах (форма № 039-2/0) обробляється і аналізується в організаційно-методичному кабінеті обласної стоматологічної поліклініки. Це дає можливість спланувати, організувати та проконтролювати роботу кожного лікаря окремо, а також стоматологічної поліклініки (відділення, кабінету) в цілому. Проводити такий аналіз повинен уміти кожен лікар стоматолог, який працює на терапевтичному прийомі.

З метою вдосконалення стоматологічної допомоги населенню та впорядкування системи обліку праці лікарів, орієнтації їх на кінцевий результат, введено облік роботи лікарів-стоматологів в умовних одиницях працеемності (УОП). Ця форма обліку обумовлює надання максимальної медичної допомоги хворому за одне відвідування, розвиток профілактичної направленості в роботі, підвищення зацікавленості лікарів щодо кінцевих результатів їх праці. Лікар стоматолог-терапевт повинен виконати за зміну при п'ятиденному робочому тижні 25 УОП, при шестиденному – 21 УОП.

Медико-економічні критерії надання стоматологічної допомоги є основними регламентуючим документом при здійсненні контролю та нагляду за суб'єктами різних форм власності, що надають стоматологічну допомогу населенню. Оцінка якісних показників роботи лікаря-стоматолога Аналіз оцінки якості роботи лікаря стоматолога-терапевта проводиться за показниками:

1. Співвідношення кількості вилікуваних зубів з неускладненим карієсом до кількості вилікуваних зубів з ускладненим карієсом.
2. Співвідношення між кількістю запломбованих і видалених зубів.
3. Відсоток санованих від загального числа первинних хворих.
4. Відсоток потребуючих санації від загального числа плановооглянутих.
5. Відсоток санованих від загального числа виявлених при плановому огляді.
6. Число відвідувань на 1 постійну пломбу.
7. Число відвідувань на 1 сановану особу.
8. Кількість пломб в 1 день.
9. Кількість санованих в 1 день.
10. Від усіх накладених пломб, питома вага пломб з цементу, хімічних композитів, світлополімерів.
11. Питома вага пульпітів, вилікуваних під анестезією за 1 сеанс.
12. Питома вага пульпітів та періодонтитів, вилікуваних за 1 сеанс.
13. Кількість УОП за 1 день.
14. Кількість УОП на 1 первинного хворого.
15. Кількість УОП на 1 відвідування.
16. Кількість УОП на 1 санацію.

17. Кількість хворих, які знаходяться на диспансерному обліку.

Тема №7 Аналіз результатів цитологічного, гістологічного, бактеріального дослідження пацієнта.

I. Цитологічні методи – використовують для обстеження вмісту пародонтальних кишень та інших вогнищ ураження пародонту.

Ексфолиативна цитологія – дозволяє вести динамічне спостереження за перебігом захворювання, так як ступінь кератинізації слизової характеризує її бар'єрну функцію. Матеріал для цитологічного обстеження беруть з поверхні міжзубних сосочків за допомогою гумових полосок або кубиків і переносять на предметне скло.

Ротова цитодіагностика побудована на даних про циклічні зміни багатошарового плоского епітелію порожнини рота синхронно з менструальним циклом. Матеріал для обстеження беруть зі слизової оболонки щоки вище від лінії змикання зубів. Розрізняють 4 ступені естрогенної насиченості (М.Г. Синиця, 1992).

Реакція адсорбції мікроорганізмів – РАМ (М.Ф. Данилевський, А.П. Самолов, Т.А. Зеленчук, 1985; Т.А. Зеленчук, 1985) клітинами епітелію слизової оболонки рота застосовується для комплексного обстеження хворих, визначення ефективності лікування. Беруть мазок зі здорової ділянки слизової оболонки альвеолярної частини ясен, забарвлюють за Романовським і вивчають взаємовідношення мікрофлори порожнини рота з епітеліальними клітинами.

Метод послідовних полоскань – міграція лейкоцитів в порожнину рота (М.А.Ясиновський, 1931). Дозволяє судити про захисні реакції тканин пародонту, ступінь фагоцитозу, характер запальної реакції. Підраховують кількість мігрованих лейкоцитів в одиниці об'єму змивної рідини. Для полоскань використовують 10 мл ізотонічного розчину хлориду натрію тривалістю полоскань 30 с, проміжки між ними 5 хв.

Гемограма – сукупність кількісного та якісного обстеження крові.

Моноцитограма – (О.П. Григорова, 1958) – це диференційований підрахунок і визначення процентного співвідношення різних форм моноцитів у периферичній крові.

II. Мікробіологічні методи дозволяють встановити склад мікрофлори в поверхневих і глибоких зонах пародонтальної кишені, провести її диференціацію, що важливо для діагностики і наступного вибору лікування. Проте, слід зазначити, що дослідження анаеробної мікрофлори є достатньо проблематичним через труднощі пов'язані з виживанням анаеробів під час забору мікробіологічного матеріалу та його вивченню. Тому, як альтернативу цьому методу використовують ідентифікацію пародонтопатогенів за їхнім ДНК (PCR метод).

III. Біохімічні методи використовують для визначення в сироватці крові і слині вмісту нейрамінової кислоти, фукози, оксипроліна в сечі, вміст ферментів та їх інгібіторів в сироватці крові та слині. Порівняльна оцінка цих показників визначається до і після лікування.

IV. Імунологічні методи. Неспецифічна резистентність організму знижується відповідно до важкості патологічного процесу в пародонті. Неспецифічними тестами алергічного статусу є еозинофілія в периферичній крові і тканинах патологічного вогнища ясен, тромбопенія, лейкопенія, агранулоцитоз, зміни протеїнограми, реакція адсорбції мікроорганізмів. Шкірна проба за Р.Е. Кравецьким в модифікації С.М. Базарнової дозволяє визначити функціональний стан сполучної тканини. Крім того застосовують метод Лоурі побудований на здатності лізоцима слини розщеплювати полісахариди клітинної оболонки бактерій, та визначення фагоцитарної активності лейкоцитів, що характеризує неспецифічну резистентність організму.

V. Морфологічні методи. Біопсію проводять у випадках, коли забруднена диференційна діагностика захворювань пародонту (хвороби крові, злоякісні новоутворення). Висічені ділянки уражених тканин піддають гістологічному обстеженню.