МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
Кафедра терапевтичної стоматології

Крулько Д.В., Гончарук-Хомин М.Ю.

Методичні рекомендації для студентів з дисципліни“Пародонтологія ”

Ужгород-2024

УДК УДК616.314.17/.18-08(075.8)

Методичні рекомендації для студентів з дисципліни“Пародонтологія ”. Крулько Д.В, Гончарук-Хомин М.Ю. – Ужгород, 2024 – 77 с.

Колектив авторів-укладачів:
Крулько Д.В. – асистент кафедри терапевтичної стоматології ДВНЗ «УжНУ».
Гончарук-Хомин М.Ю. – доктор філософії, PhD, завідувач кафедри терапевтичноїстоматології ДВНЗ «УжНУ».

Методичні рекомендації для студентів з дисципліни "Пародонтологія". Дане видання підготовлене для поглиблення знань студентів щодо клінічного перебігу, діагностики, диференціальної діагностики та методів лікування тканин пародонта.

Навчально-методичні рекомендації розглянуто та затверджено на засіданні кафедри терапевтичної стоматології стоматологічного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет», протокол № 1 від 18 січня 2024 р.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №1

ТЕМА: Поняття пародонтології. Організація пародонтологічної допомоги хворим. Будова та функції пародонта.

І. Актуальність теми: Проблема захворювань тканин пародонта не втрачає своєї актуальності. За даними ВООЗ, 65-98% пацієнтів віком від 35 до 44 років страждають на генералізований пародонтит В різних регіонах України розповсюдженість захворювання сягає 81,5%.. Наслідком проблеми є рання втрата зубів, глибока дезорганізація зубощелепного апарату, порушення діяльності інших органів та систем організму. Більшість захворювань тканин пародонта на ранніх етапах розвитку характеризується відсутністю виражених клінічних проявів. Отже, знання анатомо-функціональних особливостей будови пародонта дає можливість лікарю своєчасно діагностувати доклінічні функціональні та морфологічні зміни в тканинах пародонта, виявляти ранні клінічні прояви окремих захворювань, що в свою чергу забезпечує подальше якісне лікування пацієнта.

ІІ. Навчальна мета:

2.2. Студент повинен знати:

1. Знати визначення поняття «пародонт»;
2. Знати топографо-анатомічну будову тканин пародонта.
3. Знати методику огляду тканин пародонта.

2.3. Вміти:

1. Оцінити стан зубів, зубних рядів та прикусу;
2. Оцінити стан ясен;
3. Проводити комплексний огляд та оцінювати стан тканин порожнини рота.

ІІІ. Зміст теми.

Пародонтологія – галузь сучасної стоматології, що вивчає структуру пародонту і спрямована на лікування та профілактику захворювань, що вражають м’які навколозубні тканини (тканини пародонту).

Серед актуальних проблем сучасної стоматології, хвороби пародонта займають значне місце. Пародонтологія в останні роки сформувалась в науковому та організаційному плані в самостійний розділ стоматології. Це пояснюється значним поширенням патології пародонт серед населення. За даними ВООЗ хвороби пародонта вражають половину дитячого населення і майже все доросле населення Земної кулі.

Організація пародонтологічної допомоги в стоматологічних закладах здійснюється на декількох рівнях. Система закладів, що забезпечують пародонтологічну допомогу.

Об'єм пародонтологічної допомоги:

І рівень - заклади кваліфікаційної стоматологічної допомоги стоматологічні кабінети на промислових підприємствах, навчальних закладах; - кабінети в комерційній та приватній структурі. Допомога в межах загального прийому лікаря :

ІІ рівень – заклади спеціалізованої стоматологічної допомоги. Стоматологічні відділення районних поліклінік. Муніципальні стоматологічні поліклініки з невеликим штатом лікарів, кабінети в комерційних та приватних структурах. Допомога в пародонтологічному кабінеті :

ІІІ рівень - заклади вузько спеціалізованої стоматологічної допомоги.

Великі муніципальні, обласні та республіканські стоматологічні поліклініки та центри (бюджетні та приватні). Пародонтологічний центр. Спеціалізоване пародонтологічне відділення.

Об'єм пародонтологічної допомоги в закладах І рівня:

1.Навчання правилам гігієни порожнини рота;

2.Санація порожнини рота;

3.Проведення професійної гігієнічної обробки порожнини рота;

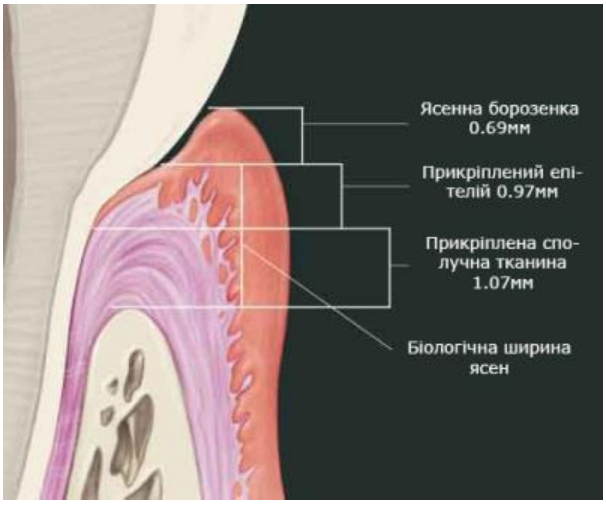
4.Вибіркове пришліфовування зубів;
5.Місцева протизапальна терапія. В такому об'ємі нуждається 80% пародонтологічних хворих.

В лікувальних закладах II рівня проводиться в основному :
1.Навчання правилам гігієни порожнини рота;
2.Санація порожнини рота;
3.Вибіркове пришліфовування зубів ;
4.Тимчасове шинування зубів;
5.Професійна гігієна порожнини рота;
6.Місцева протизапальна терапія;
7.Хірургічні втручання на пародонті (кюретаж, розтин абсцесу, гінгівотомія, гінгівектомія, мукогінгівальні операції);
8.Фізіотерапевтичне лікування. Такого лікування потребують 10-20 % хворих.

В лікувальних закладах III рівня проводять наступні лікувальнопрофілактичні заходи:
1. Поглиблене обстеження хворого;
2. Навчання правилам гігієни порожнини рота;
3. Санація порожнини рота, включаючи і протезування;
4. Вибіркове при шліфування;
5. Шинування;
6. Проведення професійно-гігієнічних заходів;
7. Місцева протизапальна терапія;
8. Призначення загального лікування;
9. Всі види хірургічних втручань;
10.Імплантація;
11.Естетичне протезування;
12.Фізіотерапевтичне лікування;
13.Нетрадиційні методи лікування.

Будова та функції пародонта. 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 інервацію та кровопостачання і складають єдине ціле.

Ясна – слизова оболонка , яка вкриває альвеолярний відросток верхньої та нижньої щелеп і охоплює зуб в ділянці шийки.З клінгічної та фізіологічної точки зору в яснах розрізняють міжзубний(ясенний) сосочок, ясенний край (вільні ясна), альвеолярні ясна (прикріплена частина), рухомі ясна. Ясна вистелені багатошаровим плоским епітелієм, який складається з 4 ох шарів базального, остистого, зернистого,рогового.



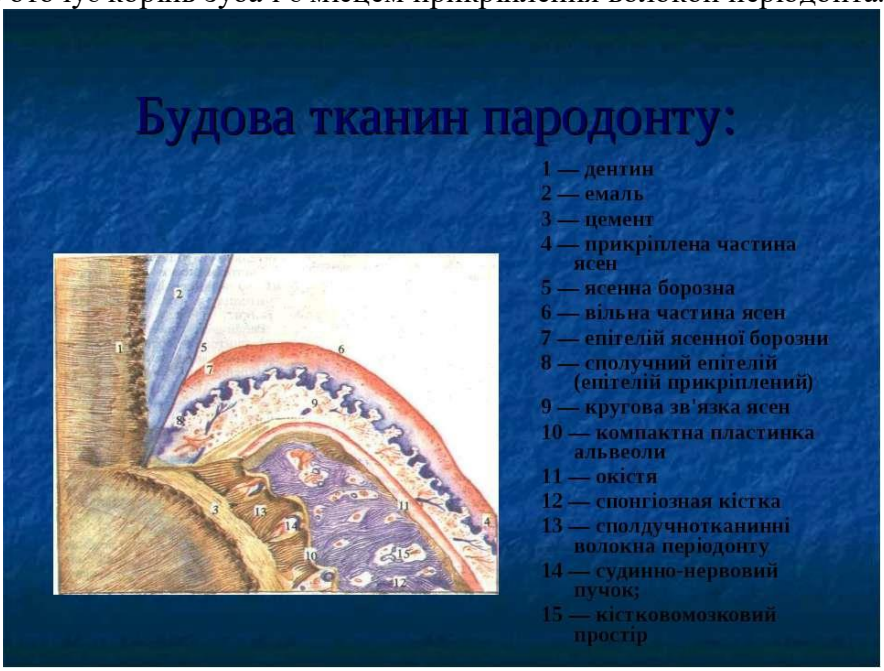
Періодонт- це щільна сполучна тканина, яка оточує корені зуба, розташована між цементом та альвеолярною кісткою. Періодонт виконує опорно-утримуючу і амортизуючу функцію.

Цемент – вкриває корінь зуба від емалі до верхівки . Розрізняють цемент первинний – безклітинний та вторинний –клітинний. Хімічний склад цементу- 22% органічних речовин, 32% води, 46% солей калію, фосфору, мікроелементів.

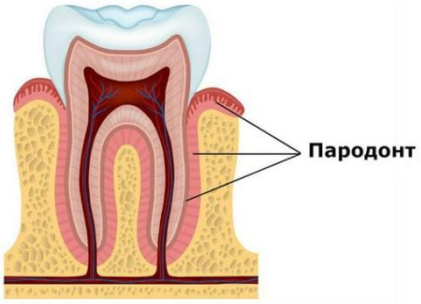
Альвеолярний відросток – це частина верхньої та нижньої щелепи, яка відходить від їхнього тіла і містить зуби.

Власна альвеолярна кістка (стінка альвеоли являє собою тонку 0.1-0.4 мм) кісткову

пластинку, яка оточує корінь зуба і є місцем прикріплення волокон періодонта.



Проблема запально-дистрофічних захворювань пародонту є актуальною для сучасної стоматології, оскільки, в Україні кількість уражень тканин пародонту у людей старших за 40 років становить 96-99%. Особливо несприятлива ситуація серед пацієнтів молодого та працездатного віку – у середньому по Україні захворюваність на пародонтит у віці 15-35 років складає близько 64%. Тяжкі наслідки цього захворювання ведуть до руйнування зубо-щелепного апарату та пов'язаних із цим функцій, крім того, ГП може бути вогнищем хронічної інтоксикації організму, ініціювати виникнення гіперчутливості до різних видів патологічних агентів. Тому важливим є вміння лікаря-стоматолога своєчасно розпізнавати доклінічні функціональні розлади в структурах пародонту, виявляти первинні клінічні ознаки дистрофічно-запальних уражень пародонту. Рання діагностика та проведення необхідних лікувально-профілактичних заходів запобігає прогресуванню патологічного процесу в тканинах пародонту та сприяє збереженню здоров'я пацієнтів.



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

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

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

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

Функції пародонту:

1. Амортизуюча, що обумовлена здатністю сприймати і гасити жувальний тиск за рахунок розтягнення пружних колагенових волокон та передачі тиску на стінки лунки.
2. Трофічна, полягає у живленні інших складових пародонту.
3. Сенсорна, пов'язана з наявністю багаточисленних нервових рецепторів і дає змогу регулювати жувальний тиск.
4. Пластична-відновлення тканин, що були втрачені під час фізіологічних процесів.
5. Бар'єрна-захист організму від інфекції, інтоксикації.
6. Опорно-утримуюча.

Кровопостачання пародонта здійснюється за рахунок гілок верхньої та нижньощелепної артерій (що відходять від зовнішньої сонної артерії). Розрізняють три зони судинної сітки пародонта: ясеневу, альвеолярну, верхівкову. В яснах превалюють капіляри, прекапіляри та дрібні артерії у вигляді клубочків та петель.

Лімфатичні судини супроводжують кровоносні та мають загальні колектори в слизовій оболонці, періодонті, кістці. Лімфатичні судини знаходяться переважно у пухкій сполучній тканині. Лімфа від тканин пародонта та пульпи відводиться переважно в регіонарні (підборідні, підщелепні) лімфатичні вузли.

Іннервація – другою та третьою гілкою трійчастого нерву. Основна маса його волокон - аферентні, що забезпечують чутливість.

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

Основна література

1. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ "Медицина", 2017.
– 664 с.
2. Основи ручного скейлінга. Книга. Т.Б. Волінська. Київ, 2016.
3. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.] – Тернопіль: 2017. – 120 с
4. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.

Допоміжна література

1. Бєлікова Н.І., Петрушанко Т.О., Бєліков О.Б. Принципи біомеханіки шинування рухомих зубів. – К.: ТОВ НВП «Інтерсервіс, 2016. – 186 с.
2. Невідкладні стани у стоматологічній практиці: навч. посіб./ І.М.Скрипник, П.М.Скрипников, Л.Я.Богашова, О.Ф.Гопко. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 224 с.
3. Eaton KA, Ower P, editors. Practical Periodontics-E-Book. – Elsevier Health Sciences, 2022. – 376 p.
4. Palmer R, Floyd P, editors. Periodontology. – Springer International Publishing, 2021. – 224 p.
5. Reddy S. Essentials of clinical periodontology & periodontics. – JP Medical Ltd, 2017. – 500 p.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №2

ТЕМА: Сучасна міжнародна класифікація EFP і AAP, 2017 р. хвороб пародонта.

І. Актуальність теми: Захворювання пародонта по винекненню, механізму розвитку, клінічному перебігу є доволі різноманітними. Одні протікають переважно з проявом гострого та підгострого запалення, для інших характерний лише хронічний перебіг. В пародонті можуть розвиватись запальні, деструктивні та дистрофічні процеси одночасно, а також захворювання, що носить пухлинний або пухлиноподібний характер. На даний час в спеціальній літературі описано велику класифікацій, автори яких спробували відобразити етіологічні, патологічні або клінічні принципи. Вперше спробу єдиної класифікації зробили у 30 роках XX століття. В подальшому було розроблено близько 10 класифікацій захворювань пародонту. Необхідність застосування класифікації у повсякденній практиці лікаря-стоматолога є безспірною через потребу у комунікації між лікарями та розробки єдиних протоколів лікування.

ІІ. Навчальна мета:

2.2. Студент повинен знати:

1. Пояснити принцип побудови класифікацій захворювань тканин пародонту EFP & AAP Word Workshop, 2017.
2. Вміти класифікувати хвороби пародонта за етіологічним, патогенетичним та клінічним принципом.
3. Трактувати хвороби пародонта по формі та розповсюдженості процесу.
4. Проаналізувати позитивні якості та недоліки класифікацій.

2.3 Вміти:

1. Вміти визначити особливості протікання патологічних процесів у тканинах пародонта
2. Провести обстеження стоматологічного хворого
3. Визначити рентгенологічні зміни, характерні для захворювань пародонту
4. Вміти класифікувати хвороби пародонта відповідно до патологічного процесу (запалення, дистрофія, пухлини).

ІІІ. Зміст теми. Класифікація захворювань тканин пародонту та періімплантних тканин (EFP & AAP World Workshop, 2017). Загалом було виділено 4 групи захворювань та станів, по кожній з яких опублікована консенсусна публікація:

1.Здоровий пародонт, захворювання та стани ясен (Chapple I. et al., 2018)

2.Пародонтит (Papapanou P., Sanz M. et al., 2018)

3.Пародонтальні прояви системних захворювань, набутих та спадкових станів

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

І. Здоровий пародонт, захворювання та стани ясен. В консенсусному звіті першої робочої групи (таблиця 2) вперше чітко визначено такі поняття, як здорові ясна та здоровий пародонт. Зокрема, описано параметри норми як для інтактного пародонту, так і для пацієнтів з редукованим пародонтом (наприклад, після завершення пародонтологічного лікування), базуючись на глибині зондування та кровоточивості при зондуванні.

Кровоточивість при зондуванні визначено також основним параметром, який дозволяє діагностувати гінгівіт. Пацієнт з гінгівітом, після відповідного лікування, може повернутись до здорового стану, тоді як пацієнт з пародонтитом зберігає цей діагноз протягом всього життя, навіть після успішного лікування. Більш того, такий пацієнт потребує пожиттевої підтримуючої терапії для попередження рецидиву захворювання.

В цьому консенсусному звіті було також реорганізовано широкий спектр захворювань ясен, не пов'язаних з зубною біоплівкою, а також станів, пов'язаних із первинною етіологією.

ТАБЛИЦЯ 2

Здоровий пародонт та гінгівіт: консенсусний звіт Chapple, Mealey et al. 2018	**Захворювання ясен: визначення та діагностичні аспекти** Trombelli, Tatakis et al. 2018

ЗДОРОВИЙ ПАРОДОНТ, ЗАХВОРЮВАННЯ ТА СТАНИ ЯСЕН

1. **Здоровий пародонт. Захворювання/стани ясен** Lang & Bartold 2018
   - a. Клінічно здорові ясна при інтактному пародонті
   - b. Клінічно здорові ясна при редукованому пародонті
     - i. Пацієнт зі стабілізованим пародонтитом
     - ii. Пацієнт без пародонтиту
2. **Гінгівіт, спричинений зубною біоплівкою** Murakami et al. 2018
   - a. Асоційований лише з біоплівкою
   - b. Модифікований системними чи локальними факторами ризику
   - c. Розростання ясен, зумовлене медикаментами
3. **Гінгівіт, не спричинений зубною біоплівкою** Holmstrup et al., 2018
   - a. Генетичні розлади та розлади, що виникли в процесі розвитку
   - b. Специфічні інфекції
   - c. Запальні та імунні стани
   - d. Реактивні процеси
   - e. Новоутворення
   - f. Ендокринні, харчові та метаболічні захворювання
   - g. Травматичні ураження
   - h. Пігментації ясен

II. Пародонтит. В рамках робочої конференції 1989-го року було визначено, що пародонтит має кілька варіантів клінічних проявів, в залежності від віку, коли виникає захворювання, а також швидкості прогресування. Відтак, пародонтит було класифіковано на препубертатний, ювенільний (локалізований та генералізований), дорослий та швидко прогресуючий. В 1993-му році Європейська робоча конференція постановила, що ця класифікація має бути спрощена, і запропонувала розділити пародонтит на дві велиці групи – дорослий пародонтит та пародонтит раннього віку. В 1996 році, на черговій робочій конференції, було визначено, що немає достатніх даних для зміни класифікації. Основні зміни було втілено в класифікації 1999-го року, яка використовувалась протягом останніх 19-ти років. Тоді пародонтит було класифіковано на хронічний, агресивний (локалізований та генералізований), некротизуючий та пародонтит як прояв системних захворювань.

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

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

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

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

Таким чином, визначення ступеню пародонтиту дозволяє ввести в діагноз фактори самого пацієнта, які є дуже важливими для комплексного підходу до лікування.

ТАБЛИЦЯ 3

Пародонтит: консенсусний звіт Papapanou, Sanz et al. 2018	**Стадії та ступені пародонтиту:** структура та пропозиція нової класифікації, визначення захворювання Tonetti, Greenwell, Kornman 2018

ФОРМИ ПАРОДОНТИТУ

1. Некротизуючі захворювання тканин пародонту Herrera et al. 2018

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

2. Пародонтит як прояв системних захворювань Jepsen, Caton et al. 2018 Consensus Report Albandar et al. 2018

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

3. Пародонтит Fine et al. 2018 Needleman et al. 2018 Billings et al. 2018

a. **Стадії**: базується на Важкості Захворювання[1] та Складності Лікування[2]
   Стадія I: Початковий пародонтит
   Стадія II: Помірний пародонтит
   Стадія III: Важкий пародонтит з ризиком додаткової втрати зубів
   Стадія IV: Важкий пародонтит з ризиком втрати всіх зубів
b. Протяжність та розповсюдженість[3]: локалізований, генералізований; молярно-різцеве ураження
   Ступені: свідчення швидкого прогресування[4], очікувана відповідь[5] на лікування
   Ступінь A: повільне прогресування
   Ступінь B: помірне прогресування
   Ступінь C: швидке прогресування

III. Пародонтальні прояви системних захворювань, набутих та спадкових станів

Нова класифікація включає також системні захворювання та стани, що можуть мати вплив на тканини пародонту. Визначено, що існує ряд рідкісних системних розладів (наприклад, синдром Papillon Lefevre), при яких у ранньому віці виникає важкий пародонтит. Такі стани віднесені до групи "Пародонтит як прояв системних захворювань", і вони повинні класифікуватись на основі основного захворювання. Інші системні стани, такі як новоутворення, можу впливати на тканини пародонту, незалежно від пародонтиту, зумовленого зубною біоплівкою. Відповідно, такі клінічні стани повинні також бути класифіковані відповідно до основного системного захворювання. Однак, є кілька поширених системних захворювань, як, наприклад неконтрольований цукровий діабет, які можуть впливати на перебіг пародонтиту. Ці захворювання є частиною багатофакторної природи таких комплексних захворювань, як пародонтит, і тому вони внесені в систему стадій та ступенів пародонтиту.

Зміни в класифікації спадкових та набутих деформацій та станів тканин пародонту

Мукогінгівальні стани

Запропоновано нову класифікацію ясенних рецесій, що базується на фенотипі ясен, апроксимальній втраті клінічного прикріплення, а також оцінці оголеної поверхні кореня та цементно-емалевої границі. Окрім того, термін *пародонтальний біотип* замінено на термін *пародонтальний фенотип*.

Оклюзійна травма та травматичні оклюзійні сили

Термін "*надмірні оклюзійні сили*" замінено на термін "*травматичні оклюзійні сили*", які описуються як сили, що перевищують адаптаційні можливості пародонту та/або зубів. Травматичні оклюзійні сили можуть призвести до оклюзійної травми (ураження) та надмірного стирання чи зламу зуба. На сьогодні немає даних досліджень на людях, які б підверджували вплив оклюзійної травми на прогресування втрати прикріплення при пародонтиті.

Фактори, пов'язані з зубами чи протезними конструкціями

В новій класифікації подано розширений опис цієї теми. Термін *біологічна ширина* замінено на термін *супракрестальні прикріплені тканини*. Було додано дані щодо клінічних маніпуляцій, пов'язаних із виготовленням непрямих протезних конструкцій, оскільки є нові дані щодо їх впливу на виникнення рецесій та втрату клінічного прикріплення.

ТАБЛИЦЯ 4

Пародонтальні прояви системних захворювань, а також спадкових та набутих станів: консенсусний звіт
Jepsen, Caton et al., 2018

ПАРОДОНТАЛЬНІ ПРОЯВИ СИСТЕМНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, А ТАКОЖ СПАДКОВИХ ТА НАБУТИХ СТАНІВ: КОНСЕНСУСНИЙ ЗВІТ

1. **Системні захворювання та стани, що уражують тканини пародонту** Herrera et al. 2018
2. **Інші пародонтальні стани** Papapanou, Sanz et al. 2018 Herrera et al. 2018
   a. Пародонтальні абсцеси
   b. Ендо-періо ураження
3. **Муко-гінгівальні деформації та стани навколо зубів** Cortellini & Bissada 2018
   a. Ясенний фенотип
   b. Рецесії ясен/м'яких тканин
   c. Недостатня кількість ясен
   d. Зменшена глибина присінку
   e. Аномальне прикріплення вуздечки/м'язів
   f. Надлишок ясен
   g. Аномальний колір
   h. Стан оголеної поверхні кореня
4. **Травматичні оклюзійні сили** Fan & Caton 2018
   a. Первинна оклюзійна травма
   b. Вторинна оклюзійна травма
   c. Ортодонтичні сили
5. **Пов'язані з зубами чи протезними конструкціями фактори, які модифікують або сприяють виникненню захворювань ясен/пародонту, викликаних біоплівкою** Ercoli & Caton 2018
   a. Локальні фактори, пов'язані з зубами
   b. Локальні фактори, пов'язані з протезними конструкціями

IV. Періімплантні захворювання та стани

Вперше в класифікацію було введено групу захворювань періімплантних тканин. Було зроблено спробу охопити всі аспекти здоров'я періімплантних тканин, а також їх захворювань.

Здорові періімплантні тканини.

Здоров'я періімплатних тканин описане як клінічно, так і гістологічно. Клінічні, здорові періімплантні тканини характеризуються відсутністю візуальних ознак запалення та кровоточивості при зондуванні. Здорові тканини можуть існувати також на імплантатах зі зменшеною кількістю кісткової підтримки. Неможливо визначити діапазон глибини зондування, сумісної зі здоров'ям.

Періімплантний мукозит.

Періімплантний мукозит характеризується кровоточивістю при зондуванні та візуальними ознаками запалення. Є переконливі докази того, що періімплантний мукозит спричиняється зубною біоплівкою, однак є мало доказів щодо наявності періімплантного мукозиту, що виникає без відсутності біоплівки. Періімплантний мукозит є зворотнім, і лікується шляхом контролю зубних відкладень.

Періімплантит.

Періімплантит – це спричинений зубними відкладеннями патологічний стан періімплантних тканин, який характеризується запаленням періімплантної слизової та подальшою прогресуючою втратою кісткової тканини. Вважається, що періімплантиту передує періімплантний мукозит. Періімплантит асоціюється з недостатнім контролем зубних відкладень та наявністю в анамнезі важкого пародонтиту. При відсутності лікування періімплантит швидко прогресує, і це прогресування є нелінійним.

Дефекти м'яких та твердих тканин навколо імплантатів.

Нормальне загоєння після втрати зуба призводить до зменшення лінійних розмірів альвеолярного відростка, що, в свою чергу, спричиняє дефекти твердих і м'яких тканин. Латеральні дефекти альвеолярного відростка можуть виникати в ділянках значної втрати тканин пародонту, травми при екстракції зуба, ендодонтичної інфекції, зламу кореня зуба, тонкої вестибулярної кісткової пластинки, неправильного положення зуба, травми чи пневматизації верхньощелепних синусів. Інші фактори можуть бути пов'язані з прийомом медикаментів та системними захворюваннями, агенезом зубів та тиском протезу.

ТАБЛИЦЯ 5

Періімплантні захворювання та стани. Консенсусний звіт
Berglundh, Armitage et al. 2018

ПЕРІІМПЛАНТНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА СТАНИ	
1. Здорові періімплантні тканини	Araujo & Lindhe 2018
2. Періімплантний мукозит	Heitz-Mayfield & Salvi 2018
3. Періімплантит	Schwarz et al. 2018
4. Дефекти м'яких та твердих тканин навколо імплантатів	Hammerle & Tarnow 2018

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

Основна література

1. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ "Медицина", 2017.
– 664 с.
2. Основи ручного скейлінга. Книга. Т.Б. Волінська. Київ, 2016.
3. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк

В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.] – Тернопіль: 2017. – 120 с
4. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.

Допоміжна література

1. Бєлікова Н.І., Петрушанко Т.О., Бєліков О.Б. Принципи біомеханіки шинування рухомих зубів. – К.: ТОВ НВП «Інтерсервіс, 2016. – 186 с.
2. Невідкладні стани у стоматологічній практиці: навч. посіб./ І.М.Скрипник, П.М.Скрипников, Л.Я.Богашова, О.Ф.Гопко. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 224 с.
3. Eaton KA, Ower P, editors. Practical Periodontics-E-Book. – Elsevier Health Sciences, 2022. – 376 p.
4. Palmer R, Floyd P, editors. Periodontology. – Springer International Publishing, 2021. – 224 p.
5. Reddy S. Essentials of clinical periodontology & periodontics. – JP Medical Ltd, 2017. – 500 p.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №3

ТЕМА: Клінічні методи обстеження пацієнтів із хворобами пародонта. Індексна оцінка стану пародонта та гігієни порожнини рота.

І. Актуальність теми: Вміння методично правильно і послідовно обстежувати пацієнта з патологією тканин пародонту, виявляти симптоми, аналізувати їх є основою діагностичного процесу. Ретельне дослідження місцевого статусу хворого з урахуванням загальних змін організму дозволяє лікарю-стоматологу діагностувати захворювання, виявити етіологічні чинники і встановити патогенетичні механізми.

Визначення стоматологічних індексів допомагає лікарю об'єктивно оцінити гігієнічний рівень порожнини рота пацієнта, стан зубів, ясен тощо. Спостереження за індексами в динаміці дозволяє визначити вплив тих чи інших факторів (вік, заходи профілактики, лікування та ін.) на стан органів порожнини рота. Середня величина індексів в групі, популяції дає чітке уявлення про стан органів порожнини рота, рівні здоров'я в тій чи іншій місцевості, віковій групі тощо, характеризує необхідність та обсяг лікувальних заходів.

ІІ. Навчальна мета:

2.2. Студент повинен знати:

1. основні клінічні методи обстеження хворого з патологією тканин пародонта;
2. спеціальні клінічні методи обстеження хворого з патологією тканин пародонта;
3. індекси, які використовують для визначення рівня гігієни порожнини рота;
4. індекси, які використовують для оцінки стану ясен;
5. індекси, які використовують для оцінки пародонтального статусу;

2.3 Вміти:

1. проводити суб'єктивне обстеження хворого з патологією тканин пародонта;
2. проводити об'єктивне обстеження хворого;
3. оцінити рівень гігієни порожнини рота за результатами визначення гігієнічних індексів Федорова-Володкіної та Green-Vermillion (OHI-S);
4. оцінити ступінь запалення ясен за результатами визначення гінгівальних індексів – проби Шіллера-Писарєва, індексу гінгівіту Silness-Loe, індексу PMA (в модифікації Parma); індексу кровоточивості SBI.
5. оцінити пародонтальний статус за результатами визначення пародонтальних індексів – індексу ПІ (за Russel), індексу CPITN, індексу КПІ (за П.А. Леусом).

ІІІ. Зміст теми. Методи обстеження хворого, які застосовуються в терапевтичній стоматології, як і в інших розділах клінічної медицини, підрозділяють на: - основні (клінічні) - додаткові (параклінічні). Основний метод складається з суб'єктивного обстеження (опитування хворого) і об'єктивного обстеження. Опитування хворого з патологією органів порожнини рота починають з виявлення скарг, зв'язаних: - з основним захворюванням, - з порушенням загального стану організму.

Скарги – найчастіше основною скаргою є біль в зубах, яснах, слизовій оболонці порожнини рота. Необхідно уточнити характер, тривалість, інтенсивність болю. Больові відчуття можуть бути постійними або тимчасовими, гострими або тупими, мимовільними або пов'язаними з їдою, дотиком до зуба, іншими подразниками, локалізованими або розлитими. Важливо запитати в який час доби біль посилюється (вдень, вночі), чи впливає на її інтенсивність мова, дихання, зміна положення тіла і т.п.

Лікар з'ясовує у хворого наявність кровоточивості ясен, її інтенсивність, відчуття болю, свербіння в яснах, зубних відкладень, неприємного запаху з рота, можливе оголення зубів і їх рухливість. Разом зі скаргами, пов'язаними з ураженнями зубів, тканин пародонту і слизової оболонки порожнини рота хворі нерідко скаржаться на порушення загального стану організму в цілому або на функції окремих органів і систем. Ці скарги також необхідно піддати аналізу і встановити їх можливий зв'язок з ураженням органів порожнини рота.

Уточнюють характер харчування: регулярність, різноманітність, переважання в раціоні вуглеводів, консистенцію їжі. Слід з'ясувати як пацієнт дотримується правил догляду за порожниною рота, чи має шкідливі звички (куріння, вживання алкоголю, наркотиків, жування на одній стороні). Важливе значення має визначення загального стану хворого - наявність супутніх і спадкових захворювань, алергії на будь-які медикаментозні препарати, продукти харчування.

Слід з'ясувати які захворювання переніс хворий, як вони протікали, яке було лікування і його результати. У хронологічному порядку встановлюють перенесені захворювання, травми, оперативні втручання, указують характерні особливості перебігу 5 захворювання і ефективність лікування. Особливу увагу звертають на такі захворювання як туберкульоз, сифіліс, гепатит, новоутворення, можливі контакти з ВІЛ-інфікованими, психічні захворювання.

Обстеження об'єктивного стану хворого проводиться за допомогою основного - клінічного і додаткових методів. Об'єктивне обстеження лікар проводить за допомогою своїх органів чуття: зору, слуху, нюху, дотику. Основний метод включає огляд, пальпацію, перкусію і інше. Визначають загальний стан хворого, його свідомість, вираз обличчя, проводить зовнішній огляд шкіри і видимих слизових оболонок, кістково-м'язової системи, обстеження грудної клітки і органів дихання, серцево-судинної системи, органів черевної порожнини і сечостатевої системи, нервової, ендокринної систем. Першим етапом обстеження об'єктивного стану є огляд хворого, який проводять з метою виявлення видимих змін щелепно-лицьової ділянки і елементів ураження слизової оболонки порожнини рота. Зовнішній огляд починається вже під час зустрічі з хворим. При цьому лікар звертає увагу на загальний вид пацієнта, його конституціональні особливості, вираз обличчя, артикуляцію, колір видимої поверхні шкіри. Визначає психологічний стан пацієнта (пригнічений настрій, збудження, підвищена вразливість, замкнутість і інше). Огляд хворого проводять в стоматологічному кріслі. Голова хворого повинна бути добре фіксована на підголовнику. Звертають увагу на симетричність і пропорційність обличчя, на стан шкіри обличчя, ступінь відкривання рота. Порушення симетрії обличчя може відбуватися за рахунок запальних, травматичних захворювань або неопластичних процесів. Стан шкіри обличчя оцінюють по її кольору (нормальний, блідий, рожевий, червоний, землистий, синюшний, інше), вогкістю (звична, помірно зволожена, волога, суха), еластичністю і тургором, цілісністю, наявністю патологічних елементів (крововиливу, висипання, рубці, “судинні зірочки” і т.п.).

Важливе значення має пальпація регіонарних лімфатичних вузлів. Збільшення лімфатичних вузлів щелепно-лицьової області може бути викликане наявністю хронічних осередків інфекції в періапікальних тканинах зубів, тканинах пародонту, слизовій оболонці, в ЛОР-органах, а також внаслідок метастазів злоякісних пухлин. Лімфатичні вузли досліджують в такому порядку: потиличні, привушні, підборідні, піднижньощелепні, поверхневі шийні. При пальпації лікар одержує інформацію про розміри, форму, консистенцію лімфатичних вузлів, їх болісність, взаємовідношення з навколишніми тканинами. У нормальному стані лімфатичні вузли мають 6 розмір дрібної горошини, одиночні, м’якоеластичної консистенції, рухомі, безболісні.

Огляд порожнини рота. Визначають наскільки вільно і безболісно відкривається порожнина рота, чи немає хрускоту в суглобі. В нормі максимальне відкривання рота повинне бути до 5 см. Характер відкривання рота позначають: вільне, утруднене, обмежене. Огляд присінку порожнини рота починають з обстеження губ: шкіри, червоної облямівки, слизової оболонки. Відзначають їх колір, зволоженість, тонус м'язів. Зміни забарвлення червоної облямівки нерідко свідчать про захворювання внутрішніх органів.

Необхідно звернути увагу на стан кутів губ, оскільки саме тут часто локалізуються тріщини і інші патологічні елементи. Вимірюють глибину присінку порожнини рота – відстань від краю ясен до мукогінгівальної лінії в області центрального різці нижньої щелепи (тобто сума ширини крайової та прикріпленої ясни). Нормальний (середній) присінок 5-10 мм, глибокий - більше 10 мм, дрібний - менше 5 мм. Оцінюють рівень прикріплення вуздечок губ, язика (нормальне прикріплення, високе, низьке, вуздечка коротка, широка,

вузька, деформована, без змін), ширину та товщину прикріпленої ясни. Стан слизової оболонки порожнини рота та язика – оцінюють колір, зволоженість, наявність набряку, патологічних елементів ураження, нальоту. Вивчають стан прикусу - характер змикання зубів в положенні центральної оклюзії, аномалії положення окремих зубів, їх скупченість, наявність трем і діастем, феномена Попова-Годона. Розрізняють види прикусу: ортогнатичний, дисгнатичний, прогнатія, прогенія, відкритий, глибокий і інші. Травматична оклюзія характеризується передчасним контактом зубів-антагоністів. Для їх реєстрації використовують воскові пластинки, смужки фольги, копіювального паперу (метод А.І. Пушенко, 1972) , оклюзограму. Досліджують стан зубів.

Оцінюють стан тканин пародонту - колір, конфігурація, консистенція, болісність при пальпації, гіпертрофія, атрофія, рецесія, набряк ясен, наявність пародонтальних кишень, їх глибина, кількість і характер ексудату.

При деяких захворюваннях спостерігають гіпертрофію ясенних сосочків і ясен. Її оцінюють таким чином:

І ступінь – збільшення висоти ясенних сосочків в межах 1/3 висоти коронки зуба, І

І ступінь – у межах 1/2 висоти

ІІІ ступінь – більше 2/3 висоти коронки зуба.

Часто виникає рецесія ясен, коли ясенний край розміщується нижче рівня емалево-цементного з’єднання.

Інтенсивність кровоточивості ясен оцінюють за анамнестичними даними (індекс Ketscke, 1975): І ступінь – рідко, ІІ ступінь – під час чищення 7 зубів, ІІІ ступінь – під час їжі та за індексом Muhlemann (1971) при зондуванні. Діагностика стану зубоясенного прикріплення (проводиться зондування ясеневої борозни пародонтальним зондом навколо всіх сторін зуба, записується максимальне значення в мм):

Глибина пародонтальної кишені (ПК) – відстань від краю ясен до точки, де зупиняється кінчик зонда (неточне вимірювання). Клінічний рівень прикріплення (КРП) або втрата епітеліального прикріплення (ВЕП) – відстань від емалево-цементної межі до точки зупинки зонда (точне вимірювання). Рівень втрати епітеліального прикріплення є об’єктивним критерієм тяжкості пародонтиту.

Рецесія ясен (РЯ) – відстань нижче емалево-цементної межі до краю ясен. Зазначають також клас рецесії за класифікацією Miller, 1985.

Діагностику стану фуркації проводять за допомогою фуркаційних зондів, виділяють три ступеня деструкції. Визначають наявність і вид зубних відкладень (над’ясенні, під’ясенні, мінералізовані, немінералізовані, їх колір та інше).

Проводять визначення рухомості зубів. Рівень рухомості зубів пов'язаний з тяжкістю та глибиною руйнування зв’язкового апарата зуба і характером перебігу деструктивного процесу в пародонті. Патологічну рухомість зубів характеризують за напрямком і рівнем відхилення зуба від його нормального положення в зубному ряду. Її визначають пальпаторно або за допомогою пінцету.

Розрізняють три ступені рухомості зубів (Д.А. Ентін, 1957):

І – зуб відхиляється у присінкові-оральному (присінкові-язиковому) напрямку в межах ширини його різального краю (1-2 мм);

ІІ – окрім зазначеної при І ступені, спостерігається рухомість у мезіодистальному напрямку;

ІІІ – окрім зазначених переміщень, зуб рухомий також і у вертикальному напрямку.

Індексна оцінка стану пародонта та гігієни порожнини рота.

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

Основна література

1. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017.
– 664 с.
2. Основи ручного скейлінга. Книга. Т.Б. Волінська. Київ, 2016.
3. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.] – Тернопіль: 2017. – 120 с
4. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.

Допоміжна література

1. Бєлікова Н.І., Петрушанко Т.О., Бєліков О.Б. Принципи біомеханіки шинування рухомих зубів. – К.: ТОВ НВП «Інтерсервіс, 2016. – 186 с.
2. Невідкладні стани у стоматологічній практиці: навч. посіб./ І.М.Скрипник, П.М.Скрипников, Л.Я.Богашова, О.Ф.Гопко. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 224 с.
3. Eaton KA, Ower P, editors. Practical Periodontics-E-Book. – Elsevier Health Sciences, 2022. – 376 p.
4. Palmer R, Floyd P, editors. Periodontology. – Springer International Publishing, 2021. – 224 p.
5. Reddy S. Essentials of clinical periodontology & periodontics. – JP Medical Ltd, 2017. – 500 p.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №4

ТЕМА: Функціональні методи обстеження пацієнтів із хворобами пародонта. Рентгенологічна діагностика хвороб пародонта. Лабораторні методи обстеження пародонтологічних хворих.

І. Актуальність теми: Розділ діагностичного процесу є надзвичайно важливим та включає в себе застосування на практиці спеціальних методів вивчення морфологічних, біохімічних і функціональних змін в організмі людини, що обумовлені хворобою. Сучасний етап розвитку медичної науки, що спирається на новітні сучасні досягнення НТР, характеризується приходом в діагностику високих технологій, що значно підвищує можливості діагностичної техніки. В той же час, не дивлячись на сильний вплив на діагностичний процес в пародонтології високих лабораторних технологій, на першому місці все ж залишаються традиційні методи обстеження, що дають можливість поставити заключний діагноз.

ІІ. Навчальна мета:

2.2. Студент повинен знати:

1. Знати налізувати дані рентгенологічних, лабораторних та функціональних методів обстеження, які можуть вказувати на генералізований пародонтит.
2. Знати, які методи відносять до “рентгенологічних, лабораторних та функціональних методів обстеження” при генералізованому пародонтиті.

2.3. Вміти:

1. провести обстеження тканин пародонту за допомогою рентгенологічних, лабораторних та функціональних методів обстеження при генералізованому пародонтиті.
2. Трактувати отримані дані в результаті обстеження хворих
3. Проаналізувати дані рентгенологічних, лабораторних та функціональних методів обстеження при генералізованому пародонтиті.

ІІІ. Зміст теми. Кровоносні судини служать тією патогенетичною ланкою захворювань пародонта, в якій можна виявити найменші його початкові зміни. Ці зміни проявляються в порушенні енергетичних та обмінних процесів, а також подальшим розвитком облітеративних і склеротичних змін. Для оцінювання стану судин використовують низку функціональних, біохімічних та морфологічних методів.

Стоматоскопія – один з допоміжних методів огляду слизової оболонки порожнини рота. Його проводять за допомогою люмінесцентного фотодіагноскопа. Візуально за 10-30-разового збільшення оглядають ясенні сосочки, ясенний край, коміркові ясна, виявляють зубні відкладення, оцінюють йодну пробу, визначають стан капілярів ясен.

Капіляроскопія – метод дослідження кровоносних капілярів. Використовують капіляроскоп М-70-А з освітлювачем за 28- або 70-разового збільшення (два змінних окуляри). Капіляри ясен оглядають за допомогою спеціальної приставки, яка щільно притискує захисне скло до ясен. Метод є ефективним для оцінювання стану судин пародонта у процесі лікування.

Біомікроскопія – прижиттєве вивчення стану тканин пародонта за допомогою збільшувальних оптичних систем. Використовують капіляроскоп, бінокулярний мікроскоп МБІ-1, контактний мікроскоп МЛК-1, щілинну лампу ЩЛ-56, яку застосовують в офтальмологічній практиці. Метод дає можливість визначити густоту (кількість) капілярних петель, кількість функціонуючих капілярів, їх форму, структуру, характер та якість кровотоку в капілярах.

За допомогою біомікроскопії слизової оболонки ясен виділяють три зони.

Для першої зони характерний жовто-рожевий фон, капіляри мають правильну форму, артеріальна частина капіляра тонка, венозна – у 2 рази довша і товстіша, артеріальна частина чітко переходить у венозну, субкапілярна сітка не визначається.

Друга зона має блідо-рожевий фон, капіляри тонкі, короткі. Артеріальна частина

капіляра тонша венозної, слабко розвинута субкапілярна сіточка, течія крові рівна, неперервна.

Третя зона – на рожевому, трохи синюшному тлі великі капіляри, венозна частина подовжена і розширена, перехідний відділ заокруглений, течія крові неперервна .

Реографія – безкровний метод дослідження стану кровопостачання тканин. Він ґрунтується на реєстрації електричного опору тканин під час проходження через них струмів високої частоти. Для запису реопародонтограм (РПГ) використовують реографи та реєструючі пристрої «Элкар», «Салют», двоканальний реограф РІГ-2-02 та 6-канальний електрокардіограф.

Фотоплетизмографія – метод вивчення стану кровопостачання тканин пародонта, який базується на реєстрації оптичної щільності тканин. Використовують фотоплетизмографи типу ФП-1, ФП-7 тощо. Аналіз фотоплетизмограми проводять аналогічно аналізу реограм.

Полярографія тканин пародонта – визначення кисневого балансу. Метод дозволяє робити висновок про характер окисно-відновних процесів. Використовують полярографи Р-60 у імпульсному режимі подачі поляризуючої напруги. Метод ґрунтується на відновленні кисню на платиновому електроді, що вводять в тканини ясен. Ступінь кисневого балансу визначають за величиною струму при постійній напрузі, яка прямо пропорційна концентрації кисню у тканинах. За змінами висоти полярограми роблять висновок про концентрацію кисню, стан мікроциркуляції і транскапілярного обміну, швидкість засвоєння кисню.

Рентгенологічна діагностика хвороб пародонту.

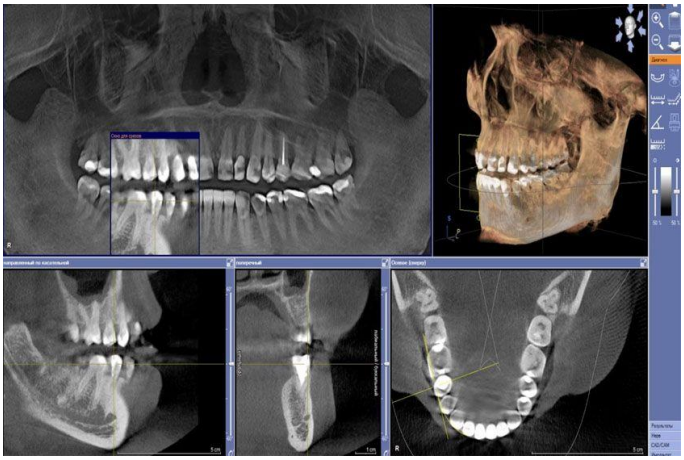
При захворюваннях пародонта рентгенографія дозволяє визначити стан кісткової тканини альвеолярного відростку щелеп, ступінь атрофії міжальвеолярних перетинок, глибину та конфігурацію кісткових пародонтальних кишень тощо. За допомогою цього методу в місцях, недоступних для безпосереднього огляду легко виявляються місцеві подразники тканин пародонта (зубний камінь, нависаючі краї коронок, проміжних частин мостоподібних протезів тощо).

Контактна рентгенографія – найбільш поширена в стоматології, і дозволяє отримати чітке зображення зубів та оточуючих його тканин. При дотриманні правил проведення рентгенографії ізометричним методом за бісектрисою кута (метод Цешинського) на знімку можна отримати зображення зуба, розміри якого практично дорівнюють реальним анатомічним. Контактна рентгенографія в прикус. При цьому методі рентгенівська плівка розміщується між зубними рядами, а рентгенівський апарат – з вестибулярної сторони, що дає можливість отримати відображення відносно великих ділянок щелепи з просторовим розміщенням на ній зубів. Технічно ця методика більш проста, тому ширше застосовується у дитячій практиці та у хворих з обмеженим відкриванням рота. Більш якісне зображення періапікальних тканин зубів дає сучасна методика отримання рентгенограм – “паралельна” рентгенографія. При виконанні даної методики тубус рентген-апарата та фотоплівка утримується спеціальними фіксатором (позиціонером). Завдяки цього рентгенографія зубів проводиться завжди в стандартному положенні: фотоплівка розміщується паралельно поздовжній вісі зуба, а центральний промінь спрямовується до них під прямим кутом. Позаротова рентгенографія дає змогу отримати зображення скронево-нижньощелепного суглоба, великих ділянок щелеп, одночасне зображення обох щелеп, на яких можна оцінити просторове розміщення зубів, вивчити стан навколозубних кісткових тканин, провести діагностику різних кісткових уражень та уражень щелепового суглоба.

Панорамна томографія або ортопантомографія – яка дозволяє отримати на одній плівці розвернуте по площині пошарове зображення відразу обох зімкнутих (або розімкнутих) щелеп. Обстеження пацієнта проводиться на спеціальному апараті –

ортопантомографі. Методика дозволяє виявити співвідношення щелеп, отримати уявлення про стан зубів, структури кістки альвеолярних відростків, скронево-нижньощелепних суглобів, стан верхньощелепних пазух, нижньощелепного каналу тощо, при мінімальному променевому навантаженні.

Комп'ютерна томографія –- перспективний напрям в пародонтології, що дозволяє отримати пошарове зображення тканин пародонту. За допомогою цього рентгенологічного методу можна з'ясувати топографію пародонтальної кишені, детально оцінити стан кісткової тканини пародонту.



Рентгенографія з використанням контрастних речовин – в пародонтології використовується для оцінки стану м'яких тканин пародонту. З метою виявлення і виміру глибини пародонтальних кишень. Використовують рентгенконтрастні розчини або пластичні матеріали: сульфат барії з гліцерином, препарати з окислом цинку, з порошком срібла та ін.

Электрорентгенографія – принципово новий метод отримання рентгенівського зображення на напівпровідникових селенових пластинах, які потім фіксуються на папері. Метод дає дуже чітке і контрастне зображення м'яких тканин і кісткових структур пародонту, економічніший і швидший за інші. Проте, менша чутливість селенових пластин потребує збільшення напруги і променевої дози на пацієнта.

Ретгеноголографія – метод, який дозволяє отримувати об'ємне тривимірне зображення тканин пародонту.

Про активність кісткової резорбції свідчать нечіткість і нерівність контурів кісткової тканини в ділянках міжальвеолярних перетинок довкола кореня зуба, наявність вогнищ остеопорозу біля ділянок резорбції. При стиханні гострих процесів в пародонті, контури альвеолярного відростка стають рівнішими і чіткішими, зони осередкового остеопорозу зникають.

Лабораторні методи діагностики пародонтологічних пацієнтів.

Лабораторні методи обстеження пародонтологічних хворих відіграють важливу роль на етапах діагностики захворювання та встановлення супутньої патології.

Дослідження **клінічного аналізу крові** є обов'язковим методом обстеження хворих із захворюваннями тканин пародонту. За допомогою клінічного аналізу крові лікар-стоматолог

може виявити ознаки захворювання крові або інших системних соматичних хвороб з проявами пародонтиту, що вимагає подальшого, біль глибшого і ретельнішого обстеження хворого. Клінічний аналіз крові може вказувати на загострення хронічного процесу в пародонті (збільшення кількості лейкоцитів, нейтрофільний "зсув вліво", прискорення швидкості осідання еритроцитів і інше); виявити ознаки захворювання крові або інших системних соматичних хвороб з проявами пародонтиту, що вимагає глибшого і ретельнішого обстеження хворого. Крім того, якщо плануються хірургічні втручання на тканинах пародонту (відкритий кюретаж, гінгівектомія, клаптеві операції і інше), необхідно визначати час кровотечі і здатності згущуватися крові, тромбіновий час, кількість тромбоцитів і інше.

Пацієнтам з ознаками цукрового діабету (сухість в роті, прогресуюча рухливість зубів, пародонтальні абсцеси то що) обов'язково призначається аналіз крові на вміст глюкози. Якщо показник перевищує норму (3,33-5,55 ммоль/л) хворого необхідно проконсультувати у лікаря-ендокринолога.

Для визначення наявної мікрофлори пародонтальних кишень, її виду, патогенного характеру усім пацієнтам з патологією пародонта необхідно проводити мікробіологічне дослідження, особливо, з метою визначення чутливості до антибактеріальних препаратів.

Існує декілька способів забору матеріалу для дослідження:

1. Мазок-відбиток. Знежирене етиловим спиртом сухе предметне скло прикладають до поверхні ділянки СОПР, що досліджують і легко притискають. Потім скло висушують на повітрі, фіксують і фарбують, використовуючи методи Романовського-Гімзи, Папаніколау або інші.
2. Мазок-перевідбиток використовують коли елементи ураження СОПР знаходяться в місцях, недоступних для одержання прямого відбитка. При цьому стерильну учнівську резинку спочатку прикладають до поверхні патологічної ділянки, а потім контактним способом відбиток переносять на знежирене предметне скло.
3. Мазок-зішкряб. Вміст поверхні елементу ураження беруть гладилкою, шпателем, кюреткою або ватним тампоном і тонким рівномірним шаром наносять на знежирене сухе предметне скло.
4. Змив.

Серед **цитологічних методів** дослідження при генералізованих захворюваннях тканин пародонту визначають міграцію лейкоцитів у ротову порожнину та кількості епітеліальних клітин.

Для гістологічного дослідження патологічного вогнища СО використовують – біопсію – прижиттєве взяття тканин.

Біопсію проводять у складних випадках диференціальної діагностики при наявності гіпертрофії тканин пародонту тощо. При цьому, дотримуючись правил асептики і антисептики, під місцевою анестезією, скальпелем висікають шматочок тканини розміром 3-5 мм з підслизовою основою та підлеглими тканинами.

Мікробіологічний метод дослідження проводять для визначення характеру і виду наявної мікрофлори з пародонтальних кишень, а також для визначення її чутливості до антибіотиків і інших лікарських препаратів.

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

Основна література

1. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ "Медицина", 2017.
– 664 с.
2. Основи ручного скейлінга. Книга. Т.Б. Волінська. Київ, 2016.
3. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.] – Тернопіль: 2017. – 120 с
4. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична

стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.

Допоміжна література

1. Бєлікова Н.І., Петрушанко Т.О., Бєліков О.Б. Принципи біомеханіки шинування рухомих зубів. – К.: ТОВ НВП «Інтерсервіс, 2016. – 186 с.
2. Невідкладні стани у стоматологічній практиці: навч. посіб./ І.М.Скрипник, П.М.Скрипников, Л.Я.Богашова, О.Ф.Гопко. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 224 с.
3. Eaton KA, Ower P, editors. Practical Periodontics-E-Book. – Elsevier Health Sciences, 2022. – 376 p.
4. Palmer R, Floyd P, editors. Periodontology. – Springer International Publishing, 2021. – 224 p.
5. Reddy S. Essentials of clinical periodontology & periodontics. – JP Medical Ltd, 2017. – 500 p.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №5

ТЕМА: Пародонтальна карта.

1. Актуальність теми: Пародонтальна карта є медичним документом, у якому за результатами всебічної діагностики вказуються всі негативні зміни у тканинах пародонту. Саме з обстеження та створення пародонтальної карти починається планування лікування пародонтиту.

II. Навчальна мета:

2.2. Студент повинен знати:

1. Знати що містить пародонтальні карта
2. Знати для чого потрібна пародонтальні карта
3. Знати правила зондування кишень

2.3. Вміти:

1. Вміти скласти пародонтальні карту
2. Вміти визначити глибину патологічної зубоясневої кишені.
3. Вміти визначити стадію та ступінь пародонтиту.

III. Зміст теми. ЩО ТАКЕ ПАРОДОНТОЛОГІЧНА КАРТА?

Карта пародонтологічного хворого - це документ, де фіксуються всі відомості про стан пародонту та здоров'я ротової порожнини пацієнта. Якщо раніше для цих цілей використовувалися переважно паперові носії (велася амбулаторна карта), то зараз перевага надається більш зручному електронному формату, відомості про проведену діагностику можуть навіть вноситися автоматично.

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. Цифровий варіант карти пародонтологічного хворого зберігається в медичній базі клініки, а паперові копії можуть бути роздруковані та видані на руки пацієнту.

Які відомості містить пародонтальні карта? Пародонтологічна карта поєднує в собі всю інформацію, отриману в ході рентгенологічних досліджень, вимірів зубоясенних кишень та іншої діагностики. Тут є такі дані:

- Статус зуба
- Ясенний край
- Глибина зондування кишень
- Ураження фуркацій зубів
- Рухомість зубів
- Кровоточивість
- Зубні відкладення

Як складати пародонтальну карту. Перший етап - 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.

Другий етап - рентген-обстеження

Третій етап - зондування. Вимірюють параметри всіх пародонтальних кишень за допомогою спеціального зонда. Результати вимірювань заносяться до пародонтальної карти.

Навіщо потрібна пародонтальна карта. Початкова діагностика - пародонтальна карта є відправним документом для розробки індивідуального плану лікування пародонтиту, а також для підбору засобів гігієни та рекомендацій щодо догляду за ротовою порожниною.

Контроль лікування - порівняння початкової пародонтологічної карти та карти отриманої в процесі лікування дозволяє наочно фіксувати зміни та оцінити ефективність

вжитих заходів

Моніторинг - порівнюючи пародонтальні карти, отримані при планових оглядах в різні візити, можна робити висновки про зміни в стані пародонту і, виявити можливі погіршення на ранніх стадіях, коли хвороба легко піддається купірування.

Глибина пародонтальної кишені - відстань від шийки зуба (емалевоцементної границі) до дна кишені визначається біля кожного зуба окремо.

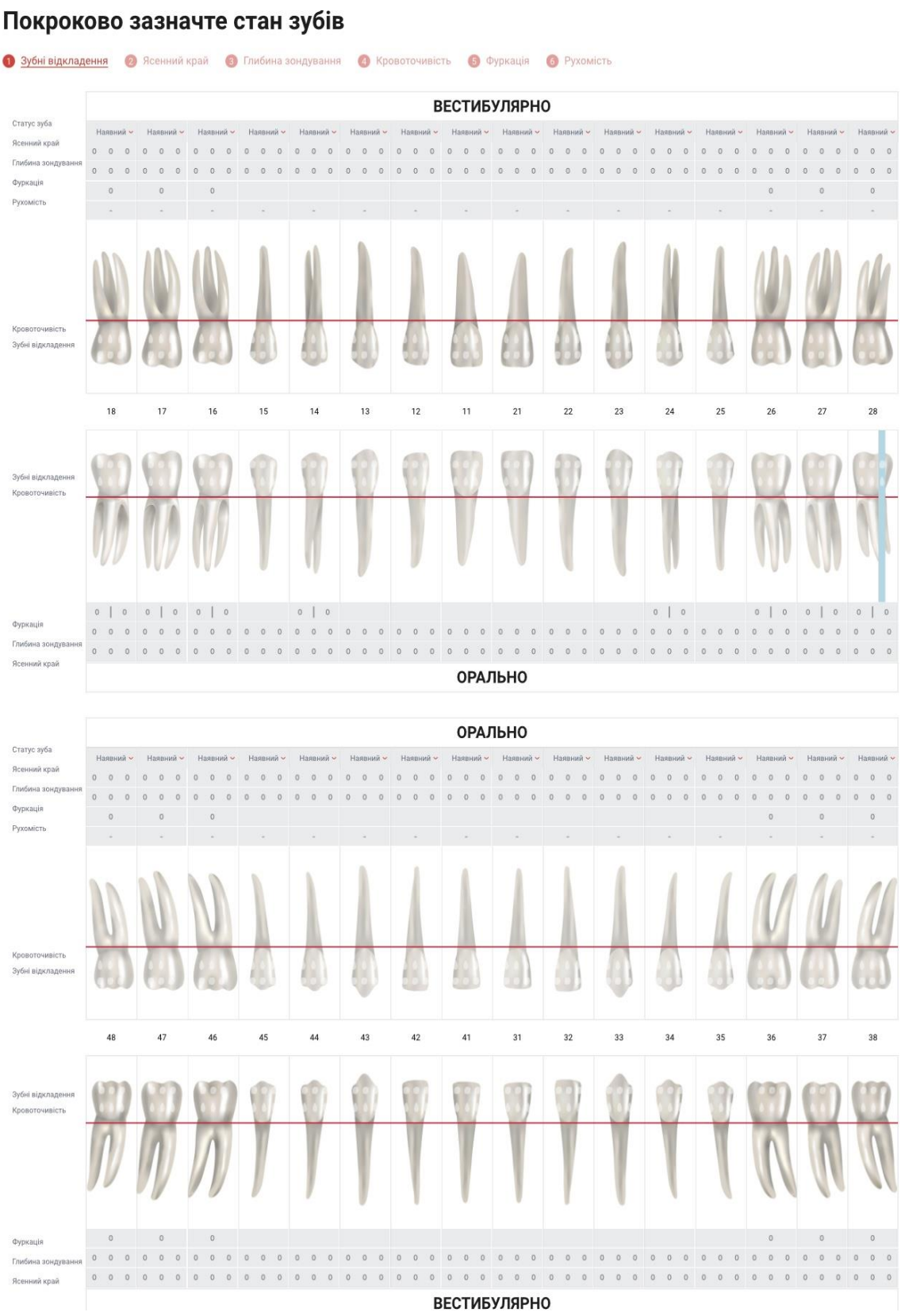
Для вимірювання глибини і топографії пародонтальних кишень, а також рівнів прикріплення використовується пародонтологічний зонд.

Правила зондування:

1. 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.
2. При визначенні індексу PSR враховуються найбільші виміряні показники.
3.Для правильного вимірювання глибини зондування інструмент слід вводити вздовж кореневої поверхні.
4. Зонд повинен бути нахиленим у мезіо-дистальній площині, але розміщуватись паралельно повздовжній осі.

Визначення глибини патологічної зубоясневої кишені. Методика проведення :

1.Провести антисептичну обробку ротової порожнини.
2.Зуби ізолювати від слини ватними валиками, просушити.
3.Градуйований зонд ввести в пародонтальну кишеню і повільно просунути паралельно вертикальній осі зуба, строго перпендикулярно до ясенного краю, притискаючи робочу частину зонду до поверхні зуба.
4. Провести вимір пародонтальної кишені з 6-ти сторін зуба. Необхідно враховувати максимальну глибину пародонтальної кишені.
5. За наявності гіпертрофії ясен, результат відмічати від рівня емалево-дентиної межі.



РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

Основна література

1. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017.

– 664 с.
2. Основи ручного скейлінга. Книга. Т.Б. Волінська. Київ, 2016.
3. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.] – Тернопіль: 2017. – 120 с
4. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.

Допоміжна література

1. Бєлікова Н.І., Петрушанко Т.О., Бєліков О.Б. Принципи біомеханіки шинування рухомих зубів. – К.: ТОВ НВП «Інтерсервіс, 2016. – 186 с.
2. Невідкладні стани у стоматологічній практиці: навч. посіб./ І.М.Скрипник, П.М.Скрипников, Л.Я.Богашова, О.Ф.Гопко. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 224 с.
3. Eaton KA, Ower P, editors. Practical Periodontics-E-Book. – Elsevier Health Sciences, 2022. – 376 p.
4. Palmer R, Floyd P, editors. Periodontology. – Springer International Publishing, 2021. – 224 p.
5. Reddy S. Essentials of clinical periodontology & periodontics. – JP Medical Ltd, 2017. – 500 p.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №6

ТЕМА: Папіліт. Класифікація, клініка, діагностика, лікування, профілактика. Катаральний гінгівіт. Клініка, діагностика, лікування, профілактика.

1. Актуальність теми: Помилки при лікуванні та протезуванні зубів, хронічна травма в багато інфікованій ротовій порожнині викликають запалення ясеневого сосочка та відкривають ворота для розвитку захворювань пародонту. Своєчасне лікування й профілактика папіліту є основою профілактики гінгівіту, пародонтиту та пародонтозу.

Серед хвороб тканин пародонта провідне місце посідають запальні захворювання, зокрема катаральний гінгівіт. Розповсюдженість даної проблеми зростає з віком: у 7 річних дітей клінічні прояви запалення в тканинах ясен спостерігаються у 16-55% випадків, у 10-річних - 69% випадків, у 12-ти річних - 77%. У дітей 15-17 років гінгівіт діагностується у 87% випадках. У дорослого населення найчастіше (90%) спостерігається хронічний катаральний гінгівіт.

II. Навчальна мета:

2.2. Студент повинен знати:

1.Знати аналізувати класифікацію, етіологію, патогенез клініку та діагностику папілітів.
2.Знати етапи лікування різних форм папіліту та його профілактику
3.Знати принципи лікування і профілактики різних форм папіліту
4.Знати етіологію, патогенез катарального гінгівіту;
5.Знати клінічні ознаки гострого катрального гінгівіту; клінічні ознаки хронічного катарального гінгівіту;
6.Знати лікування та профілактики катарального гінгівіту

2.3. Вміти:

1.Вміти виконати техніку діатермокоагуляції і кріодеструкції
2.Визначити вид і послідовність проведення необхідних додаткових методів дослідження
3.Провести диференційну діагностику різних форм папіліту з подібними захворюваннями.
4. Проводити суб'єктивне та субєктивне обстеження хворого на катаральний гінгівіт;
5.Встановити діагноз катарального гінгівіту на підставі результатів основних та додаткових методів обстеження хворого;скласти план лікування.

III. Зміст теми. Папіліт – це запальне ураження 1-2 ясенних сосочків, викликане місцевими травмувальними чинниками. У клініці розрізняють катаральний, гіпертрофічний, виразковий та атрофічний папіліт. За перебігом процесу – гострий і хронічний.

Катаральнйи папіліт. Зустрічається найчастіше серед інших форм папілітів – у 45-50% випадків. Причина гострого катарального папіліту - гостра травма твердими предметами, кісточками, іноді стоматологічними інструментами під час лікування зубів. Хронічний каральний папіліт виникає внаслідок тривалої дії місцевих подразників.

Клініка. Скарги хворих на гострий каральний папіліт пов`язані з болем під час уживання їжі, особливо твердої. Біль має постійний, ниючий характер. Об`єктивно виявляються характерні ознаки ексудативного запалення: гіперемія, набряк ясенних сосочків. Набряк змінює їхню конфігурацію, рельєф – вони стають куполоподібними, зі згладженою верхівкою, під час пальпації болючі, легко кровоточать. Через виражений набряк часто утворюється ясенна кишеня. Хворі з хронічним процесом скаржаться на

незначні больові відчуття, свербіж, кровоточивість. При огляді 4 виявляються застійна гіперемія, невеликий набряк та зміна його контурів. Пальпаторно виявляється чутливість і кровоточивість запаленого сосочка.

Гіпертрофічний папіліт. Виявляється у 28-30% хворих із запаленням ясенних сосочків. Виникає під впливом місцевих подразливих факторів. У підлітків у період статевого дозрівання може виникнути ювенільний гіпертрофічний папіліт, який не пов'язаний із дією місцевих чинників.

Перебіг – хронічний, загострення.

Клініка. Пацієнти скаржаться на неприємні відчуття від хімічних та механічних подразників , у разі локалізації у фронтальній ділянці щелеп – на косметичний дефект. Об'єктивно: гіпертрофований ясенний сосочок гіперемійований, із ціанотичним відтінком, набряклий, заповнює каріозну порожнину, нерідко виступає над нею. Залежно від вираженості гіпертрофії виділяють:

I ступінь тяжкості гіпертрофічного папіліту – сосочок збільшений до 1/3 висоти коронки зуба;

II ступінь – сосочок перекриває до ½;

III ступінь тяжкості – більше 1/2 висоти коронки зуба.

Пальпаторно виявляються кровоточивість сосочка, незначна болючість. Патологічний процес може загостритися через травмування гіпертрофованого сосочка, зниження реактивності організму. Це супроводжується суб'єктивними (ниючий біль, виражена кровоточивість) та об'єктивними ознаками (яскрава гіперемія, значний набряк сосочка, біль та виділення ексудату під час пальпації).

Виразковий папіліт. Порівняно з іншими формами папілітів у клініці зустрічається не так часто. Етіологічним чинником може бути хімічна травма - дія кислоти або лугу, деяких медикаментів (миш'яковистого ангідриду, резорцин-формалінової суміші, ортофосфорної кислоти, травильного гелю та ін.), а також механічні травмувальні чинники в разі незадовільної гігієни порожнини рота.

Перебіг хвороби – гострий або хронічний типу альтеративного запального процесу. Клініка. Пацієнти з гострим перебігом папіліту скаржаться на виражений біль, іноді з іррадіацією, неприємний запах із рота. Об'єктивно: ясенний сосочок яскраво гіперемійований, набряклий, верхівка його некротизована, сірого кольору. Під час зондування - гострий біль, некротизовані тканини легко знімаються, утворюючи виразкову поверхню, яка сильно кровоточить. Можливе збільшення регіонарних лімфатичних вузлів. Загальний стан хворих не порушений. Для хронічного перебігу хвороби характерна невиразна суб'єктивна симптоматика, об'єктивно: застійна гіперемія сосочка, його верхівка "зрізана", незначна кількість брудно-сірого нальоту. Зондування ураженої ділянки викликає неприємні відчуття, внаслідок дії білка крові фібриногену некротизовані тканини важко знімаються.

Атрофічний папіліт. З місцевих причин, що призводять до атрофічного папіліту, найбільш часті - незадовільно накладені пломби. Ясенний сосочок біля таких зубів весь час зазнає тиснення, причиною якого бувають харчові залишки, що щільно виповнюють міжзубний проміжок за відсутності контактного пункту, або ж навислий край пломби. Тривале тиснення призводить до ішемії тканин ясенного сосочка, порушення кровообігу, процесів обміну, що і зумовлює розвиток атрофічного процесу. Клініка. Скарги пацієнтів пов'язані з неприємними відчуттями, іноді болем від застряглої між зубами їжі. Біль може бути дуже інтенсивним, мати нападоподібний характер. Найчастіша локалізація патологічного процесу – ясенні сосочки в ділянці молярів і премолярів. В анамнезі з'ясовується, що хворі лікували зуби, після чого і виникли зазначені скарги. Такі хворі, як правило, оберігають бік ураження під час жування, а іноді навіть відмовляються від регулярного вживання їжі, відчуваючи постійний страх перед можливістю виникнення

больового нападу. Об'єктивно: розміри ясенного сосочка зменшені, верхівка відсутня або різко згладжена, явища гіперемії виражені помірно. Під час зондування – больова реакція і кровоточивість незначні.

Диференційна діагностика папілітів. Для клінічних проявів катарального, виразкового, атрофічного папілітів характерні больові напади, які нагадують симптоми гострих пульпітів. Від локалізованих форм гінгівітів і пародонтиту папіліт відрізняється тим, що запальний процес обмежується тільки 1-2 ясенними сосочками і не поширюється на інші тканини пародонта. Гіпертрофічний папіліт необхідно диференціювати від епулідів, гіпертрофічного пульпіту і гінгівіту.

Лікування та профілактика папілітів полягають насамперед в усуненні причини, яка викликала хворобу або ускладнює її перебіг, після застосовуються антисептичні, протизапальні, кератопластичні препарати. Особливо ефективне раціональне пломбування апроксимальних порожнин у зубах, розміщених біля ураженого ясенного сосочка.

Катаральний гінгівіт.

Гострий катаральний гінгівіт. Ясенні сосочки і край ясен набряклі, гіперемовані, злегка кровоточать. Такий стан ясен супроводжує більшість інфекційних та вірусних захворювань дитини. Гострий гінгівіт та підщелепний лімфаденіт часто передують та супроводжують гострий герпетичний стоматит, переходячи у виразковий гінгівіт у випадку затяжного та тяжкого перебігу хвороби. Катаральний гінгівіт може зберігатись протягом 10-12 днів після епітелізації ураження при ггс.

Хронічний катаральний гінгівіт пубертатного віку, який посилюється поганою гігієною ротової порожнини. Хронічний катаральний гінгівіт. Ступінь залучення ясен до запального процесу визначається за допомоги проби Шиллера-Писарева. Після змащення ясенного краю розчином, який містить йод, ділянки ясен з хронічним запаленням фарбуються у темно-коричневий колір за рахунок прижиттєвого забарвлення глікогену ясен, кількість якого збільшується при запаленні. Необхідно враховувати, що у дітей кількість глікогену у ясенній тканини збільшена.

Схема лікування катарального гінгівіту

1.Професійна гігієна ротової порожнини. «Камістад» гель.

2.Антибактеріальна терапія (антисептики, препарати групи нітроімідазолу), перекис водню 3%, хлоргексидин, гексетидин, триклозан, мірамістин – хлормісткі антисептики, похідні нітрофурана – 0,05% р-н фурациліну, р-н фурагіну; Похідні нітроімідазолу – метронідазол,25% ліпідний гель «Елізол», «Диплендента М», «Метрогіл-дента».

3.Протизапальна терапія (засоби рослинного походження, не стероїдні протизапальні препарати (НПЗП), інгібітори протеолітичних ферментів), препарати рослинного походження – настоянка календули, евкаліпту, ромашки, новоімаін, ромазулан, хлорофіліпт; НПЗП – мефенаміну натрієва сіль (1% паста, 0,1% водний розчин), Диклофенак-натрій (1% «Диклоран», 1% емульгель «Вольтарен», піроксикам (1% крем); інгібітори протеолітичних ферментів-апрокал, тросилил, контрикал.

4.Фізіотерапія – гідротерапія з вуглекислим газом, електрофорез з галаскорбіном 1%, фонофорез з біостимуляторами – алое.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №7

ТЕМА: Клініка, діагностика, лікування, профілактика гіпертрофічного та виразково-некротичного гінгівітів.

І. Актуальність теми: За даними епідеміологічних досліджень останніх років частота захворювань пародонту у віці 12-20 років становить у середньому 68-90%. Характерно, що рівень стоматологічної захворюваності має тенденцію до збільшення. Тому вивчення причин, частоти різноманітних форм гінгівіту, їх клінічних проявів, сучасних методик лікування і профілактики дають можливість отримати сприятливе завершення захворювання і попередити розвиток більш глибоких уражень пародонту.

Виразково-некротичний гінгівіт може розвиватись як самостійно, так і під впливом інфекції чи тяжкого загального соматичного захворювання. Може бути першим симптомом при захворюваннях органів кровотворення, імунної системи, судинній патології, отруєнні солями важких металів. Це необхідно враховувати при встановленні діагнозу, проведенні диференційної діагностики та виборі методу лікування захворювання.

ІІ. Навчальна мета:

2.2. Студент повинен знати:

1.Знати клінічні прояви гіпертрофічного гінгівіту, виразково-некротичного гінгівіту
2.Знати етіологію, патогенез гіпертрофічного гінгівіту, виразково-некротичного гінгівіту;
3.Лабораторні та рентгенологічні методи обстеження пацієнтів з виразково-некротичним та гіпертрофічним гінгівітом;
4.Принципи лікування та профілактики.

2.3. Вміти:

1.Проводити суб'єктивне обстеження хворого на виразково-некротичний та гіпертрофічний гінгівіт;
2.Проводити об'єктивне обстеження хворого; індексну оцінку гігієни порожнини рота та стану тканин пародонта хворого, інтерпретувати та аналізувати отримані дані;
3.Виявляти місцеві подразнюючі фактори тканин пародонта;
4.Диференціювати виразково-некротичний та гіпертрофічний гінгівіт за перебігом та з іншими захворюваннями пародонта; провести усунення місцевих подразнювальних факторів тканин пародонта у хворого.

ІІІ. Зміст теми. Гіпертрофічний гінгівіт - хронічний запальний процес ясен, що супроводжується реактивним розростанням волокнистих елементів сполучнотканинної основи та базальних клітин епітелію ясен та протікає без порушення цілісності зубо-ясенного з'єднання. Характеризується процесами проліферації. Внаслідок гіпертрофії та збільшення обсягу ясен утворюється ясенна кишеня. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт в більшості випадків є генералізованим процесом і частіше виявляється у пацієнтів з ендокринною дисфункцією або патологією, при хворобах крові, аутоімунних станах, внаслідок тривалого прийому медикаментозних засобів. При всіх формах гінгівіту уражаються тільки ясна і немає необоротних змін в циркулярної зв'язці зуба, а також не порушена цілісність зубо-епітеліального прикріплення. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт переважно проявляється у дітей у віці 11-15 років, а також в період вагітності, лактації, у клімактеричному періоді у жінок. Кровоточивість гіпертрофованих ясен залежить від ступеня участі ексудативного компонента в розвитку запалення. Одним із найважливіших напрямків лікування цієї категорії хворих є питання виявлення та усунення загальної причини захворювання.

Основна складність в лікуванні полягає в необхідності регуляції дисбалансу гормонів

ендокринної системи. Обов'язковим для лікаря-стоматолога є видалення зубної бляшки (каменя) та інших місцевих етіотропних факторів, з подальшим вибором методів лікування в залежності від загального стану пацієнта і форми гіпертрофічного гінгівіту. При лікуванні даної категорії пацієнтів велике значення стоматолог повинен надавати питанням профілактики ускладнень, використовуючи ортодонтичні, хірургічні заходи та індивідуальні гігієнічні форми догляду за порожниною рота.

Виразковий гінгівіт Венсана. Ясна гіперемовані, набряклі, по краю ясен виразково-некротичний процес. В області центрального та бокового різців верхньої щелепи загибель тканин ясенного сосочка, ранова поверхня вкрита сірим нальотом. Захворювання супроводжується підвищенням температури та підщелепним лімфаденітом. Частіше хворіють діти пубертатного віку.

Схема місцевого лікування гострого виразкового гінгівіту.

- знеболювання.
- видалення некротизованих тканин (ферменті препарати). Ферменти – трипсин, хімотрипсин, террілітин, мазь «Лінегзин», містить протеазу С та лінкоміцин і гентаміцин.
- антибактеріальна терапія (препарати групи нітроімідазолу, антисептики).
- протизапальна терапія (засоби рослинного походження, НПЗП).
- стимуляція регенерації тканин (кератопластичні засоби). Масляні розчини вітамінів А і Е, «Аевіт», «Солкосерил».
- навчання методам індивідуального догляду за ротовою порожниною, гігієнічний контроль за їх виконанням та рекомендації з вибору гігієнічних засобів.
- усунення місцевих схиляючи факторів.

Схема лікування гранулюючої форми гіпертрофічного гінгівіту у дітей.

- професійна гігієна ротової порожнини.
- антибактеріальна терапія (антисептики, препарати групи нітроімідазолу).
- протизапальна терапія (засоби рослинного походження, НПЗП).
- склерозуюча терапія (біогенні препарати, рослинні та інші засоби, в залежності від ступеню гіпертрофії). Склерозуюча терапія – рослинного походження – чистотіл, марасловін, Бефунгін, вакуум-масаж, електрофорез10% кальцію хлорида, електрофорез з ферментами – лідаза.
- кріодеструкція
- діатермокоагуляція
- фізіотерапія.

Схема лікування фіброзної форми гіпертрофічного гінгівіту.

- професійна гігієна ротової порожнини.
- антисептична обробка ротової порожнини.
- склерозуюча терапія.
- фізіотерапія.
- навчання правилам раціональної гігієни ротової порожнини.
- санація ротової порожнини.
- ортодонтичне лікування (за показниками).

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

Основна література

1. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017.
– 664 с.
2. Основи ручного скейлінга. Книга. Т.Б. Волінська. Київ, 2016.
3. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.] – Тернопіль: 2017. – 120 с
4. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.

Допоміжна література

1. Бєлікова Н.І., Петрушанко Т.О., Бєліков О.Б. Принципи біомеханіки шинування рухомих зубів. – К.: ТОВ НВП «Інтерсервіс, 2016. – 186 с.
2. Невідкладні стани у стоматологічній практиці: навч. посіб./ І.М.Скрипник, П.М.Скрипников, Л.Я.Богашова, О.Ф.Гопко. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 224 с.
3. Eaton KA, Ower P, editors. Practical Periodontics-E-Book. – Elsevier Health Sciences, 2022. – 376 p.
4. Palmer R, Floyd P, editors. Periodontology. – Springer International Publishing, 2021. – 224 p.
5. Reddy S. Essentials of clinical periodontology & periodontics. – JP Medical Ltd, 2017. – 500 p.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №8

ТЕМА: Клініка, діагностика та диференційна діагностика, лікування, профілактика локалізованого пародонтиту.

І. Актуальність теми: Локалізований пародонтит - це захворювання, що характеризується запаленням та прогресуючою деструкцією тканин пародонта (ясен, періодонта, міжальвеолярної перегородки, цементу кореня) в області одного, або декількох зубів, та може призвести до втрати уражених зубів. В залежності від причини, яка викликала захворювання за характером перебігу локалізований пародонтит може бути гострим, хронічним та загостреним. Характер перебігу та тяжкість його проявів мають важливе значення для вибору методів терапії. Тому лікар-стоматолог повинен знати симптоматику та перебіг цього захворювання, використовувати клінічні та рентгенологічні методи дослідження для повноцінної діагностики та адекватного призначення лікування

ІІ. Навчальна мета:

2.2. Студент повинен знати:

1. Знати етіологію, патогенез локалізованого пародонтиту;
2. Патоморфологічні зміни тканин пародонта при локалізованому пародонтиті;
3. Клініко-рентгенологічні ознаки локалізованого пародонтиту різної стадії.
4. Диференційну діагностику локалізованого пародонтиту;
5. Принципи лікування та профілактики локалізованого пародонтиту;

2.3. Вміти:

1. Проводити суб'єктивне обстеження хворого на локалізований пародонтит.
2. Обґрунтувати індивідуальний план обстеження хворого на локалізований пародонтит;
3. Інтерпретувати та аналізувати дані лабораторного та рентгенологічного обстеження хворого;
4. Диференціювати локалізований пародонтит за перебігом, стадією розвитку та з іншими захворюваннями пародонта;
5. Скласти план лікування хворого на локалізований пародонтит та обґрунтувати призначення лікувальних засобів;
6. Провести медикаментозне лікування хворого на локалізований пародонтит

ІІІ. Зміст теми. Локалізований пародонтит – це запальний процес у тканинах пародонта, обмежений ділянкою одного або кількох зубів (в межах одного сегменту), зумовлений несприятливим впливом місцевих травматичних факторів (коротка вуздечка, патологія прикусу, скупченість зубів, неякісні пломбі та протези, брекети), для якого характерна прогресуюча деструкція тканин пародонта.

Симптомокомплекс локалізованого пародонтиту поєднує симптоматичний гінгівіт, пародонтальні кишені, деструктивні зміни кісткової тканини, травматичну оклюзію, які обмежені ділянкою одного зуба або кількох (в межах одного сегменту).

Локалізований пародонтит

Додаткову інформацію знайдіть в темі 10 !

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

Основна література

1. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017.
– 664 с.
2. Основи ручного скейлінга. Книга. Т.Б. Волінська. Київ, 2016.
3. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.] – Тернопіль: 2017. – 120 с
4. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.

Допоміжна література

1. Бєлікова Н.І., Петрушанко Т.О., Бєліков О.Б. Принципи біомеханіки шинування рухомих зубів. – К.: ТОВ НВП «Інтерсервіс, 2016. – 186 с.
2. Невідкладні стани у стоматологічній практиці: навч. посіб./ І.М.Скрипник, П.М.Скрипников, Л.Я.Богашова, О.Ф.Гопко. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 224 с.
3. Eaton KA, Ower P, editors. Practical Periodontics-E-Book. – Elsevier Health Sciences, 2022. – 376 p.
4. Palmer R, Floyd P, editors. Periodontology. – Springer International Publishing, 2021. – 224 p.
5. Reddy S. Essentials of clinical periodontology & periodontics. – JP Medical Ltd, 2017. – 500 p.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №9

ТЕМА: Етіологія і патогенез дистрофічно-запальних та дистрофічних хвороб пародонта. Роль місцевих та загальних хвороботворних факторів. Механізми утворення ясенної та пародонтальної кишень.

І. Актуальність теми: Хвороби тканин пародонта належать до найбільш поширених. Згідно даним ВООЗ, втрата зубів через захворювання тканин пародонта значно вища ніж за іншими причинами. Знання етіології та патогенезу дистрофічно-запальних та дистрофічних хвороб пародонта буде сприяти якості діагностики, ефективності лікування хворих та профілактиці захворювань. Ефективність терапії і особливо профілактики захворювання визначається застосуванням підходів - етіологічним, патогенетичним, симптоматичним. В зв'язку з цим особливу актуальність набувають питання етіології та патогенезу хвороб тканин пародонта.

ІІ. Навчальна мета:

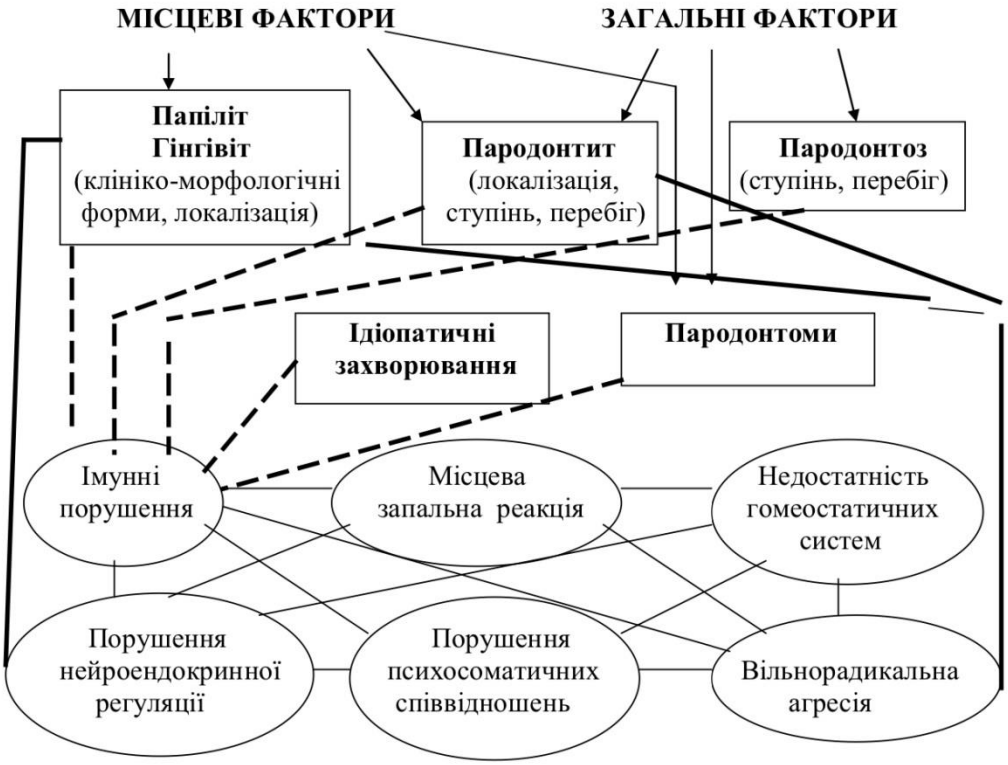
2.2. Студент повинен знати:

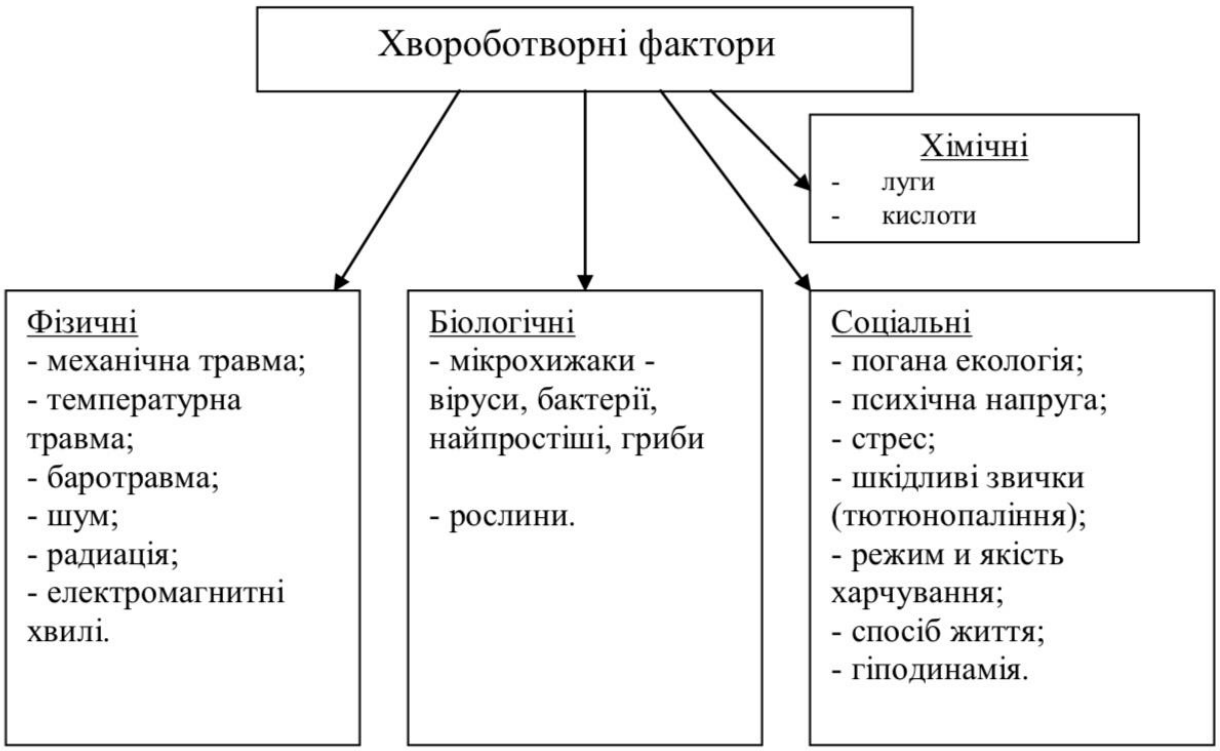
1. Аналізувати місцеві та загальні хвороботворні фактори, які призводять до виникнення дистрофічно-запальних та дистрофічних хвороб пародонта.Знати топографо-анатомічну будову тканин пародонта.
2. Пояснювати патогенез дистрофічно-запальних та дистрофічних хвороб пародонта

2.3. Вміти:

1. Проаналізувати стоматологічний статус та дані додаткових методів обстежень пацієнта.
2. Аналізувати роль місцевих та загальних факторів у виникненні захворювання у конкретного пацієнта з метою призначення індивідуального лікування.

ІІІ. Зміст теми.

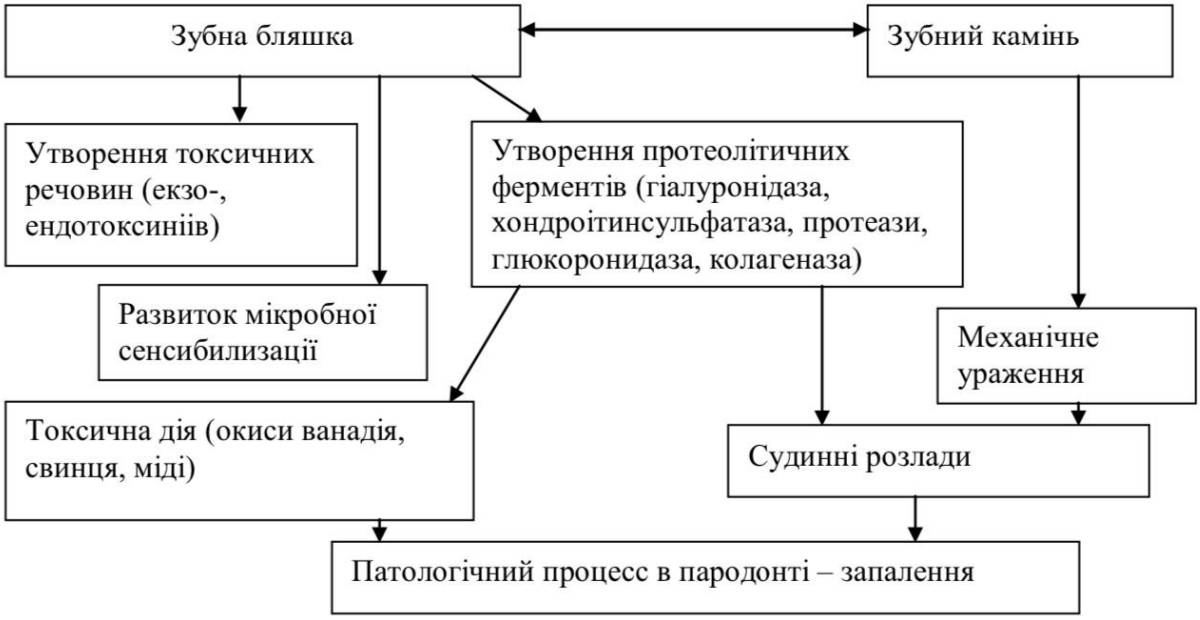




Хвороботворний (патогенний) чинник

Чинник, що є *неадекватним* (незвичним, надзвичайним) для організму і що виводить його із стану здоров'я

Тривале механічне перенавантаження зубів
Зміни гідростатичного тиску в судинах періодонта
Набухання і деструкція колагенових волокон
Зниження мінералізації кістки
Поява гемо-, лімфостаза, періваскулярного набряку
Діапедез форменних елементів крові, агрегація тромбоцитів
Патологічний процес в пародонті – запалення, дистрофія
Механічна травма пародонта
Ретенція харчових залишків
Зміна гідростатичного тиску в судинах періодонта
Формування зубних відкладень
Поява гемо-, лімфостаза, періваскулярного набряку
Рост активності патогенної мікрофлори
Діапедез форменних елементів крові, агрегація тромбоцитів
Патологічний процес в пародонті – запалення



Чинники патогенності (вірулентності) пародонтопатогенов:

– здібність до адгезії до епітелію, колонізації, руйнування епітеліальних бар'єрів

– здібність до інвазії углиб тканин (до цементу кореня зуба) завдяки секреції ферментів деструкції (колагенази, еластази, трипсин- і хімотрипсиноподібної протеаз та ін.);

– резистентність до антибіотиків за рахунок продукції β-лактамази;

– резистентність до захисних реакцій хазяїна

– секреція чинників, інактивуючих механізми імунітету (антиімуноглобулінова активність, антилізоцимна активність, стійкість до фагоцитозу;

– продукція ендотоксину Гр- мікрофлорою (LPS клітинної стінки бактерій) і екзотоксину Гр+ мікробами (лейкотоксин А. actinomycetemcomitans);

– ініціація продукції чинників, що підсилюють резорбцію кісткової тканини (цитокинів прозапальних, эйкозаноїдів).

Зубна біоплівка – складається з мікроорганізмів (до 70 % об'єму) і міжклітинного матриксу (комплекс глікозаміногликанів і протеїнів). Усередині має сітчасту структуру, є напівпроникною мембраною, здатною вибірково пропускати різні речовини, зокрема вуглеводи (сахароза, глюкоза).

Резистентність тканин пародонту обумовлюють:

– високий рівень гігієни порожнини рота;

– їжа з високим ефектом, що очищає зуби;

– засоби, що знижують патогенність мікрофлори;

– місцеві захисні чинники: здоровий пародонт; санована порожнина рота, якісні пломби, протези; відсутність аномалій зубощелепової системи; достатнє функціональне навантаження тканин пародонту; нормальні захисні властивості ротової рідини;

– загальні захисні чинники: відсутність соматичних хвороб; збалансованість нейрогуморальних механізмів регуляції гомеостазу; Зубна бляшка Зубний камінь Утворення токсичних речовин (екзо-, ендотоксиніів) Развиток мікробної сенсибилизації Утворення протеолітичних ферментів (гіалуронідаза, хондроітинсульфатаза, протеази, глюкоронидаза, колагеназа) Механічне ураження Токсична дія (окиси ванадія, свинця, міді) Судинні розлади Патологічний процесс в пародонті – запалення нормальна імунологічна реактивність; збалансоване харчування; відсутність патогенної дії чинників зовнішнього середовища.

Місцеві чинники, що знижують захисні сили тканин пародонту:

– зубні відкладення;

– неправильно виготовлені пломби, ортопедичні або ортодонтичні конструкції;

– гострі краї зубів, каріозні порожнини;

– травма механічна, термічна, променева, хімічна;
– надмірне механічне навантаження на зуб;
– аномалії і деформації прикусу, зубних рядів, окремих зубів;
– аномалії м'яких тканин порожнини рота;
– мілкий присінок порожнини рота. Загальні чинники, що знижують захисні сили організму:
– генетична схильність;
– стрес і психоемоційна напруга;
– захворювання внутрішніх органів;
– інтоксикації;
– гіпо-, авітамінози, неповноцінне живлення;
– атеросклеротичні зміни судин;
– порушення нейрогуморальной регуляції гомеостазу;
– зміни імунологічної реактивності;
– низький соціально-економічний рівень.

Соматичні захворювання, які найчастіше супроводжуються ураженням пародонта: – цукровий діабет; гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, нейроциркуляторна дистонія; виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки; підгострий септичний ендокардит; гіпо- і авітамінози; сечокам'яна хвороба; поразки центральної і вегетативної нервової системи; імунодефіцит і имунодепресивні стани; СНІД.

Синдроми з ураженням тканин пародонта: – синдром Папійона-Лефевра; синдром Хенда-Шюллера-Крісчена; гіпофосфатазія; еозинофільна гранульома; десмодонтоз; геміатрофія лиця; спадкові коагулопатії (гемофілія А, хвороба Віллебранда).

Соматичні захворювання, які часто супроводжуються ураженням пародонту: – гіперпаратиреоз первинний і вторинний; ревматоїдний артрит; хронічний панкреатит; «кортикоїдний» і «гепариновий» остеопороз; гастроезофагеальна рефлюксна хвороба; хронічні вірусні гепатити; хвороба Педжета; хронічний гастрит.

Механізм утворення ясенної та пародонтальної кишень.

Ясенна кишеня. Цілісність зубоясенного з'єднання в разі гінгівіту не порушується, однак внаслідок набряку міжзубних ясенних сосочків, збільшення їх об'єму утворюється заглиблення ясенної борозни з виникненням ясенної кишені.

Пародонтальна кишеня. В процесі пародонтиту утворюється пародонтальна кишеня. У механізмі утворення пародонтальної кишені істотну роль відіграють немінералізовані (зубна бляшка) та мінералізовані зубні відкладення (зубний камінь). В основі лежать трофічні зміни в тканинах пародонта, внаслідок чого порушується зв'язок між цементом, сулькулярним епітелієм та комірковою кісткою. В епітелії дна кишені з'являються мікроби, утворюються виразки, відбувається проліферація та поступове зростання епітелію в напрямку кореня зуба. У підепітеліальному шарі власної сполучнотканинної пластинки ясен виникає дрібноклітинна інфільтрація. Внаслідок вегетації епітелію у вигляді тяжів уздовж кореня зуба дно пародонтальної кишені переміщується за межі емалево-цементного з'єднання. Циркулярна зв'язка зуба при цьому руйнується.

У пародонтальній кишені скупчуються залишки їжі, десквамовані клітини епітелію, серозний або гнійний ексудат, клітини крові, різноманітна мікрофлора. Глибина пародонтальних кишень зумовлена ступенем резорбції періодонта та кістки альвеолярного відростка, характером перебігу дистрофічно-запального процесу в пародонті. Залежно від рівня розміщення дна пародонтальної кишені розрізняють надкісткові або супраоссальні кишені, дно яких розміщене вище гребеня коміркової кістки, і внутрішньокісткові або інтраоссальні — їх дно розміщене нижче верхівки міжкоміркової перегородки. 13 Виділяють два шляхи утворення пародонтальної кишені: низхідний і висхідний. Низхідний відбувається під впливом протеолітичних ферментів мікробної зубної бляшки на ранніх етапах розвитку захворювання. При висхідному відбуваються нейросудинні порушення в тканинах пародонта, що має превалююче значення при наявності супутньої патології. Цей шлях розвитку основний при серцево-судинній патології, нейрогенних захворюваннях, патології

ендокринної системи тощо.

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

Основна література

1. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017.
– 664 с.
2. Основи ручного скейлінга. Книга. Т.Б. Волінська. Київ, 2016.
3. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.] – Тернопіль: 2017. – 120 с
4. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.

Допоміжна література

1. Бєлікова Н.І., Петрушанко Т.О., Бєліков О.Б. Принципи біомеханіки шинування рухомих зубів. – К.: ТОВ НВП «Інтерсервіс, 2016. – 186 с.
2. Невідкладні стани у стоматологічній практиці: навч. посіб./ І.М.Скрипник, П.М.Скрипников, Л.Я.Богашова, О.Ф.Гопко. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 224 с.
3. Eaton KA, Ower P, editors. Practical Periodontics-E-Book. – Elsevier Health Sciences, 2022. – 376 p.
4. Palmer R, Floyd P, editors. Periodontology. – Springer International Publishing, 2021. – 224 p.
5. Reddy S. Essentials of clinical periodontology & periodontics. – JP Medical Ltd, 2017. – 500 p.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №10

ТЕМА: Клінічні прояви генералізованого пародонтиту.

Актуальність теми: Генералізований пародонтит – це дистрофічнозапальна хвороба тканин пародонта, зумовлена несприятливим впливом місцевих і загальних факторів, для якої характерна прогресуюча деструкція періодонта і кістки. Генералізовані захворювання тканин пародонта за етіологією належить до мультифакторних хвороб, які є результатом поєднання спадкових і середовищ, для якого характерна прогресуюча деструкція кісткової тканини, симптоматичний гінгівіт, пародонтальна кишня, травматична оклюзія. Рання діагностика та усунення місцевих і загальних факторів попереджають виникнення та прогресування генералізованого пародонтиту.

Навчальна мета:

2.2. Студент повинен знати:

1. Знати клінічні прояви генералізованого пародонтиту ;
2. Знати визначити вид і послідовність проведення необхідних додаткових методів дослідження, а їх результати підпорядкувати з клінічною картиною;.
3. Класифікувати генералізований пародонтит за перебігом та ступенем тяжкості.

2.3. Вміти:

1. Вміти розпізнавати клінічні прояви, перебіг та ступінь тяжкості окремих форм генералізованого пародонтиту, провести диференційну діагностику різних форм генералізованого пародонтиту з подібними захворюваннями.
2. Проаналізувати дані рентгенологічних, лабораторних та функціональних методів обстеження при генералізованому пародонтиті.

III. Зміст теми. Генералізований пародонтит – це дистрофічно-запальна хвороба тканин пародонта, зумовлена несприятливим впливом місцевих і загальних факторів, для якої характерна прогресуюча деструкція тканин пародонта.

Генералізовані захворювання тканин пародонта за етіологією належать до мультифакторних хвороб, які є результатом поєднання спадкових (загальних) і (місцевих) середовищних факторів. Згідно класифікації EFP і AAP, 2017 р виділяють 4 стадії пародонтиту та 3 ступені.

Симптомокомплекс пародонтиту поєднує симптоматичний гінгівіт, пародонтальні кишені, деструктивні зміни кісткової тканини, травматичну оклюзію. Гігієнічні та пародонтальні індекси, показники проб Кулаженка, Шіллера-Пісарєва та інш. не відповідають нормі, спостерігаються зміни клінічних та біохімічних показників крові та сечі, імунологічних досліджень.

Стадії пародонтиту		Стадія I	Стадія II	Стадія III	Стадія IV
Тяжкість	Міжзубна CAL у ділянках найбільшої втрати	1–2 мм	3–4 мм	≥5 мм або поширюється до середньої третини кореня	≥8 mm або поширюється до апікальної третини кореня
	Рентгенологічна втрата кістки вздовж кореня	Коронкова третина (<15%)	Коронкова третина (15%-33%)	Поширюється до середньої третини кореня	Поширюється до апікальної третини кореня
	Втрата зубів внаслідок пародонтиту	Немає втрати зубів		Втрата ≤ 4 зубів	Втрата зубів ≥ 5 зубів
Складність	Локально	Глибина зондування 3-4 мм Переважно горизонтальна втрата кісткової тканини	Глибина зондування 4-5 мм Переважно горизонтальна втрата кісткової тканини	У додаток до II Стадії складності Глибина зондування ≥6 мм Вертикальна втрата кісткової тканини ≥3 мм Фуркація II або III класу Помірний дефект відростка	У додаток до III Стадії складності Потреба в комплексній реабілітації за рахунок: Жувальної дисфункції Вторинної оклюзійної травми (рухомість зубів ≥ 2 мм) Колапс прикусу, рухомість, запалення Менше ніж 20 зубів, що лишилися (10 антагонуючих пар) Важкий дефект альвеолярного гребеня
Обсяг і розповсюдження	Додати стадію як дескриптор	Для кожної стадії опишіть протяжність/поширеність процесу: локалізований (<30% уражених зубів), генералізований або молярно-різцевий			

ТАБЛИЦЯ 8 Ступінь пародонтиту

Ступінь пародонтиту		Ступінь A, повільне прогресування	Ступінь B, помірне прогресування	Ступінь C, швидке прогресування
Основні критерії	**Прямі докази прогресування**			
	Поздовжні дані (рентгенологічна втрата кістки або втрата CAL)	Докази відсутності втрати протягом 5 років	<2 мм протягом 5 років	≥2 мм протягом 5 років
	Непрямі докази прогресування			
	Втрата кісткової тканини/вік Фенотип випадку	< 0.25	0.25–1.0	>1.0
	Фенотип випадку	Значні відкладення біоплівки з низьким рівнем руйнування	Руйнування, співмірне з відкладенням біоплівки	Руйнування перевищує очікування, враховуючи відкладення біоплівки; Специфічні клінічні ураження, що вказують на періоди швидкого прогресування та/або раннього початку захворювання, наприклад, молярно-різцеве ураження; відсутність очікуваної відповіді на стандартне лікування, що має на меті бактеріальний контроль
Модифікатори Ступеня	Фактори ризику			
	Куріння	Не курить	Курець <10 цигарок/день	Курець ≥10 цигарок/день
	Діабет	Нормоглікемічний з або без попереднього діагнозу діабет	HbA1c < 7.0 % у хворих на цукровий діабет	HbA1c ≥ 7.0 % у хворих на цукровий діабет
Ризик системного впливу пародонтиту[a]	Обтяжуюче запалення Високочутливий CRP (hsCRP)	<1 mg/L	1–3 mg/L	>3 mg/L
	Показники CAL/втрати кісткової тканини			
Біомаркери	Слина, GCF, сироватка	?	?	?

Ступінь слід використовувати як індикатор швидкості прогресування пародонтиту. Основними критеріями є прямі або непрямі ознаки прогресування. У разі наявності, використовуються прямі докази; за їх відсутності непряма оцінка проводиться з використанням втрати кісткової тканини в залежності від віку на найбільш ураженому зубі або презентованому випадку (радіографічна втрата кістки, виражена як відсоток довжини кореня, поділений на вік суб'єкта, RBL/вік). Клініцисти повинні спочатку припустити Ступінь B захворювання й шукати конкретні докази для переходу до ступеня A або C, якщо такі є. Після того, як ступінь встановлений на основі доказів прогресування, його можна змінити на основі наявності факторів ризику

From: Tonetti, Greenwell and Kornman 2018.

[a]Відноситься до підвищеного ризику тому, що пародонтит може бути запальним супутнім захворюванням для конкретного пацієнта. Значення CRP представляють собою підсумок загального системного запалення у пацієнта, на яке частково може впливати пародонтит, але в інших випадках це «непояснений» тягар запального характеру, який важливо оцінити у співпраці з лікарями пацієнта. Сірий колір клітинок таблиці говорить про необхідність обґрунтування конкретними доказами. Цей елемент розміщено в таблиці, щоб привернути увагу до цього аспекту біології пародонтиту. Передбачається, що в майбутньому можна буде інтегрувати інформацію в Ступінь пародонтиту, щоб підкреслити потенціал системного впливу.

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

Основна література

1. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017.
– 664 с.
2. Основи ручного скейлінга. Книга. Т.Б. Волінська. Київ, 2016.
3. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк

В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.] – Тернопіль: 2017. – 120 с
4. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.

Допоміжна література

1. Бєлікова Н.І., Петрушанко Т.О., Бєліков О.Б. Принципи біомеханіки шинування рухомих зубів. – К.: ТОВ НВП «Інтерсервіс, 2016. – 186 с.
2. Невідкладні стани у стоматологічній практиці: навч. посіб./ І.М.Скрипник, П.М.Скрипников, Л.Я.Богашова, О.Ф.Гопко. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 224 с.
3. Eaton KA, Ower P, editors. Practical Periodontics-E-Book. – Elsevier Health Sciences, 2022. – 376 p.
4. Palmer R, Floyd P, editors. Periodontology. – Springer International Publishing, 2021. – 224 p.
5. Reddy S. Essentials of clinical periodontology & periodontics. – JP Medical Ltd, 2017. – 500 p.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №11

ТЕМА: Пародонтальні прояви системних захворювань, набутих та спадкових станів. Періімплантні захворювання та стани.

І. Актуальність теми: Переімплантит-інфекційно-запальне та дистрофічне захворювання, при якому патологічний процес вражає м'які і тверді тканини в ділянці зубного імплантату, що при прогресуванні веде до резорбції альвеолярної кістки. Причини і лікування при даній патології взаємопов'язані, тому дуже важливо своєчасно і точно визначити етіологію. Чому ж виникає періімплантит? Причини можуть бути різні. Найбільш часто до розвитку даного захворювання призводить недотримання пацієнтом рекомендацій лікаря, чи не ретельна і нерегулярна гігієна порожнини рота, ігнорування профілактичних стоматологічних оглядів. До виникнення симптомів переімлантита схильні особи, які страждають бруксизмом, захворюваннями пародонту, цукровим діабетом. Неправильний вибір методу імплантації, неякісні імплантати, лікарські помилки також можуть спровокувати переімплантит. Лікування даного захворювання найчастіше поєднує в собі і консервативні, і хірургічні методи. Відторгнення імплантату і необхідність у повторній імплантації — цим дуже часто закінчується переімплантит. Тому лікування має бути своєчасним і якісним!

ІІ. Навчальна мета:

2.2. Студент повинен знати:

1. Знати системні розлади, які провокують пародонтит.
2. Знати симптоматику періімплантного мукозиту та періімплантиту
3. Знати причини відторгнення імпланту

2.3. Вміти:

1. Визначити основні симптоми періімплантиту.
2. Відрізнити періімплантитний мукозит від переімплантиту.
3. Виявити ознаки відторгнення імпланту.

ІІІ. Зміст теми. Пародонтальні прояви системних захворювань та стани, що можуть мати вплив на тканини пародонту. Визначено, що існує ряд рідкісних системних розладів (наприклад, синдром Papillon Lefevre), при яких у ранньому віці виникає важкий пародонтит. Такі стани віднесені до групи "Пародонтит як прояв системних захворювань", і вони повинні класифікуватись на основі основного захворювання.

Інші системні стани, такі як новоутворення, можу впливати на тканини пародонту, незалежно від пародонтиту, зумовленого зубною біоплівкою. Відповідно, такі клінічні стани повинні також бути класифіковані відповідно до основного системного захворювання.

Однак, є кілька поширених системних захворювань, як, наприклад неконтрольований цукровий діабет, які можуть впливати на перебіг пародонтиту. Ці захворювання є частиною багатофакторної природи таких комплексних захворювань, як пародонтит, і тому вони внесені в систему стадій та ступенів пародонтиту.

ТАБЛИЦЯ 4

Пародонтальні прояви системних захворювань, а також спадкових та набутих станів: консенсусний звіт
Jepsen, Caton et al., 2018

ПАРОДОНТАЛЬНІ ПРОЯВИ СИСТЕМНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, А ТАКОЖ СПАДКОВИХ ТА НАБУТИХ СТАНІВ: КОНСЕНСУСНИЙ ЗВІТ

1. **Системні захворювання та стани, що уражують тканини пародонту** Herrera et al. 2018
2. **Інші пародонтальні стани** Papapanou, Sanz et al. 2018 Herrera et al. 2018
   a. Пародонтальні абсцеси
   b. Ендо-періо ураження
3. **Муко-гінгівальні деформації та стани навколо зубів** Cortellini & Bissada 2018
   a. Ясенний фенотип
   b. Рецесії ясен/м'яких тканин
   c. Недостатня кількість ясен
   d. Зменшена глибина присінку
   e. Аномальне прикріплення вуздечки/м'язів
   f. Надлишок ясен
   g. Аномальний колір
   h. Стан оголеної поверхні кореня
4. **Травматичні оклюзійні сили** Fan & Caton 2018
   a. Первинна оклюзійна травма
   b. Вторинна оклюзійна травма
   c. Ортодонтичні сили
5. **Пов'язані з зубами чи протезними конструкціями фактори, які модифікують або сприяють виникненню захворювань ясен/пародонту, викликаних біоплівкою** Ercoli & Caton 2018
   a. Локальні фактори, пов'язані з зубами
   b. Локальні фактори, пов'язані з протезними конструкціями

Періімплантні захворювання та стани. Вперше в класифікацію було введено групу захворювань періімплантних тканин. Було зроблено спробу охопити всі аспекти здоров'я періімплантних тканин, а також їх захворювань.

Здорові періімплантні тканини.

Здоров'я періімплатних тканин описане як клінічно, так і гістологічно. Клінічні, здорові періімплантні тканини характеризуються відсутністю візуальних ознак запалення та кровоточивості при зондуванні. Здорові тканини можуть існувати також на імплантатах зі зменшеною кількістю кісткової підтримки. Неможливо визначити діапазон глибини зондування, сумісної зі здоров'ям.

Періімплантний мукозит.

Періімплантний мукозит характеризується кровоточивістю при зондуванні та візуальними ознаками запалення. Є переконливі докази того, що періімплантний мукозит спричиняється зубною біоплівкою, однак є мало доказів щодо наявності періімплантного мукозиту, що виникає без відсутності біоплівки. Періімплантний мукозит є зворотнім, і лікується шляхом контролю зубних відкладень.

Періімплантит.

Періімплантит – це спричинений зубними відкладеннями патологічний стан періімплантних тканин, який характеризується запаленням періімплантної слизової та подальшою прогресуючою втратою кісткової тканини. Вважається, що періімплантиту передує періімплантний мукозит. Періімплантит асоціюється з недостатнім контролем зубних відкладень та наявністю в анамнезі важкого пародонтиту. При відсутності лікування періімплантит швидко прогресує, і це прогресування є нелінійним.

Дефекти м'яких та твердих тканин навколо імплантатів.

Нормальне загоєння після втрати зуба призводить до зменшення лінійних розмірів альвеолярного відростка, що, в свою чергу, спричиняє дефекти твердих і м'яких тканин. Латеральні дефекти альвеолярного відростка можуть виникати в ділянках значної втрати тканин пародонту, травми при екстракції зуба, ендодонтичної інфекції, зламу кореня зуба, тонкої вестибулярної кісткової пластинки, неправильного положення зуба, травми чи пневматизації верхньощелепних синусів. Інші фактори можуть бути пов'язані з прийомом медикаментів та системними захворюваннями, агенезом зубів та тиском протезу.

ТАБЛИЦЯ 5

Періімплантні захворювання та стани. Консенсусний звіт
Berglundh, Armitage et al. 2018

ПЕРИІМПЛАНТНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА СТАНИ

1. Здорові періімплантні тканини	Araujo & Lindhe 2018
2. Періімплантний мукозит	Heitz-Mayfield & Salvi 2018
3. Періімплантит	Schwarz et al. 2018
4. Дефекти м'яких та твердих тканин навколо імплантатів	Hammerle & Tarnow 2018

Основні симптоми переімплантита. Симптоми захворювання найчастіше розвиваються вже на першому тижні після імплантації зуба. Набряклість, гіперемія ясен близько імплантату — перші ознаки такого захворювання, як переімплантит. Симптоми при прогресуванні патологічного процесу включають також кровоточивість ясен, біль, який часто іррадіює в сусідні області, рихлість, розростання ясен. На рентгені можна помітити зменшення кісткової тканини різної інтенсивності.

Виникнення пародонтальних кишень, нориць, рухливість імплантату — такі симптоми характеризують більш пізній переімплантит. Симптоми захворювання при особливо важкому, ускладненому протіканні можуть набувати і загальний характер — слабкість, нездужання, головний біль, регіонарна лімфаденопатія, підвищення температури тіла.

Як зрозуміти, що почалося відторгнення імплантату. Існують післяопераційні та віддалені ускладнення, які з'являються внаслідок імплантації.

До післяопераційних належать:

- набряк ясен, який не зменшується через 5-7 днів;
- кровотеча з рани, що триває понад 12 годин;
- ниючий біль, який не зникає через 3-5 днів після імплантації;
- розходження швів тощо.
- поява виділень біля імплантата через 7-14 днів

Віддалені ускладнення:

- поява рухомості коронки на імплантаті та його подальше відторгнення;
- набряк та почервоніння слизової оболонки навколо імпланта;
- утворення кишень;
- оголення краю імплантата
- переімплантит — запалення м'яких тканин довкола імпланта.
- поява будь-яких виділень біля коронки на імпланті

Причинами відторгнення імплантів стають:

- непрофесійне встановлення конструкції;
- некоректна припасовко коронка в прикус;
- недотримання правил гігієни та рекомендацій лікаря;
- недотримання правил гігієни після постійного протезування;
- втрата та несвоєчасне протезування інших зубів, що веде до перенавантаження коронки на імпланті;
- загострення хронічних захворювань;

У порівнянні з періімплантитом, мукозит - менш серйозна проблема. При його розвитку спостерігається запалення м'яких тканин, кісткова хвороба не зачіпає. Прояви мукозиту:

- почервоніння;
- витончення слизової в області поразки;
- припухлість ясен;

- виразки на ній і на внутрішній стороні щік.

Можуть також з'являтися білуваті плями на слизовій, що свідчить про некротичні процеси в м'якій тканині. Мукозит може супроводжуватися болем під час прийому їжі, підвищенням температури тіла, нездужанням, сухістю в роті, зниженням ваги. Хоча захворювання вкрай рідко стає причиною втрати імплантату, не варто ним нехтувати. У занедбаній стадії воно загрожує сильним запаленням слизової, через який пацієнт не зможе ковтати. Харчуватися можна буде тільки за допомогою зонда.

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

Основна література

1. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017.
– 664 с.
2. Основи ручного скейлінга. Книга. Т.Б. Волінська. Київ, 2016.
3. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.] – Тернопіль: 2017. – 120 с
4. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.

Допоміжна література

1. Бєлікова Н.І., Петрушанко Т.О., Бєліков О.Б. Принципи біомеханіки шинування рухомих зубів. – К.: ТОВ НВП «Інтерсервіс, 2016. – 186 с.
2. Невідкладні стани у стоматологічній практиці: навч. посіб./ І.М.Скрипник, П.М.Скрипников, Л.Я.Богашова, О.Ф.Гопко. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 224 с.
3. Eaton KA, Ower P, editors. Practical Periodontics-E-Book. – Elsevier Health Sciences, 2022. – 376 p.
4. Palmer R, Floyd P, editors. Periodontology. – Springer International Publishing, 2021. – 224 p.
5. Reddy S. Essentials of clinical periodontology & periodontics. – JP Medical Ltd, 2017. – 500 p.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №12

ТЕМА: Загальні принципи та фази лікування пацієнтів із хворобами пародонта. Складання плану лікування.

Актуальність теми: Для з'ясування патології пародонту найважливішим є питання етіології та патогенезу, оскільки тільки визначення причини хвороби і механізму її розвитку допомагає провести адекватні діагностичні та лікувальні заходи. Насамперед слід звернути увагу на захворювання внутрішніх органів. Для цього пацієнта необхідно обстежувати в поєднанні з іншими фахівцями (терапевт, ендокринолог, невропатолог, педіатр і т. ін.), дотримуючись відповідного принципу. Індивідуальне визначення взаємозв'язку із загальносоматичною патологією, на фоні якої виникають і розвиваються захворювання пародонту, дасть змогу ефективно і повноцінно провести лікування пацієнта. У комплексному лікуванні генералізованого пародонтита важливе значення займають загальні втручання, що проводяться після ретельного обстеження хворого на інших фахівців (терапевт, ендокринолог, невропатолог, педіатр). Завдяки загальному лікуванню досягаються наступні цілі: підвищення опірності організму, стимуляція процесу регенерації, продовження ремісії, попередження рецидиву, визначення етіологічного і патогенетичного зв'язку між загальносоматичними захворюваннями, на фоні яких нерідко виникають і розвиваються захворювання пародонту. Загальне лікування суворо індивідуальне і здійснюється паралельно з місцевою терапією.

II. Навчальна мета:

2.2. Студент повинен знати:

1. 1Знати фази лікування пацієнтів із хворобами пародонта.
2. Класифікувати та систематизувати загальні принципи лікування.
3. Класифікувати групи фармакологічних препаратів дотримуючись загальних принципів лікування для конкретного хворого.

2.3. Вміти:

1. Пояснювати основні механізми фармакокінетики та фармакодинаміки різних груп лікарських препаратів.
2. Запропонувати індивідуальну схему лікування пацієнтів із хворобами пародонта

III. Зміст теми. Генералізований пародонтит (ГП) виникає внаслідок дії загальних та місцевих факторів і супроводжується порушенням метаболізму, зниженням бар'єрної функції як пародонта, так і всього організму. Це обумовлює необхідність комплексного підходу до лікування хворого на генералізований пародонтит.

Схема 1

Схема 3

Фази лікування генералізованого пародонтиту

Фаза 1

Усунення усіх імовірних етіологічних факторів та подразників тканин пародонта, медикаментозне лікування симптоматичного гінгівіту та пародонтальних кишень:

1. Усунення етіологічних чинників або зменшення їх ушкоджувального впливу на тканини пародонта.
2. Усунення запальних явищ у тканинах пародонта (симптоматичного гінгівіту).
3. Ліквідація чи зменшення глибини пародонтальних кишень зі створенням мінімальної глибини ясенної борозни.
4. Створення функціональної оклюзії за допомогою вибіркового пришліфування зубів, раціонального тимчасового шинування, ортодонтичного лікування та постійного протезування.
5. Проведення подальшого постійного раціонального догляду за тканинами пародонта як стоматологом, так і самостійно пацієнтом.

Фаза 2

Хірургічне лікування захворювань пародонта із подальшими реабілітаційними заходами:

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

Фаза 3

Реставраційне лікування. Постійне протезування:

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

Фаза 4

Підтримувальна терапія, диспансерне спостереження:

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

Загальний план лікування хворого на генералізований пародонтит

1. Усунення місцевих подразників

1. Навчання та контроль індивідуальної гігієни порожнини рота
2. Видалення зубних відкладень
3. Лікування карієсу та його ускладнень
4. Заміна неякісних пломб та ортопедичних конструкцій
5. Ортодонтичне лікування
6. Ортопедичне лікування

2. Ортопедичне лікування

1. Усунення травматичної оклюзії
2. Створення ковзної оклюзії
3. Тимчасове шинування рухомих зубів
4. Раціональне протезування та постійне шинування рухомих зубів

3. Медикаментозне лікування

Місцеве

1. Антимікробна терапія:
– антисептики
– антипротозойні
– протигрибкові
2. Знеболювальні засоби
3. Протизапальна терапія:
– протизапальні
– гіпосенсибілізуючі
– протинабрякові
– некролітичні
– інгібітори ферментів
4. Нормалізація процесів мікроциркуляції
5. Вплив на метаболізм тканин пародонта
6. Стимуляція репаративної регенерації
7. Стимуляція епітелізації

Загальне

1. Антибактеріальна терапія
2. Протизапальна терапія
3. Гіпосенсибілізуюча терапія
4. Нормалізація процесів мікроциркуляції
5. Вплив на процеси обміну речовин
6. Стимуляція репаративної регенерації
7. Седативна терапія
8. Імунокорегуюча терапія
9. Вітаміно та остеотропна терапія

4. Хірургічне лікування

1. Кюретаж
2. Гінгівотомія
3. Гінгівоектомія
4. Клаптеві операції з застосуванням спрямованої тканинної регенерації

5. Фізіотерапевтичне лікування

1. Електролікування
2. Ультразвукова терапія
3. Гідролікування
4. Світлолікування
5. Озонотерапія
6. Вакуумтерапія
7. Масаж
8. Термотерапія тощо

6. Загальне лікування*

1. Лікування фонових загальносоматичних захворювань
2. Збалансоване харчування
3. Регуляція процесів обміну речовин
4. Регуляція неспецифічної реактивності організму
5. Загальнозміцнювальне лікування
6. Седативна терапія тощо

*проводиться одночасно з місцевим лікуванням

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

Основна література

1. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017.
– 664 с.
2. Основи ручного скейлінга. Книга. Т.Б. Волінська. Київ, 2016.
3. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.] – Тернопіль: 2017. – 120 с
4. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.

Допоміжна література

1. Бєлікова Н.І., Петрушанко Т.О., Бєліков О.Б. Принципи біомеханіки шинування рухомих зубів. – К.: ТОВ НВП «Інтерсервіс, 2016. – 186 с.
2. Невідкладні стани у стоматологічній практиці: навч. посіб./ І.М.Скрипник, П.М.Скрипников, Л.Я.Богашова, О.Ф.Гопко. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 224 с.
3. Eaton KA, Ower P, editors. Practical Periodontics-E-Book. – Elsevier Health Sciences, 2022. – 376 p.
4. Palmer R, Floyd P, editors. Periodontology. – Springer International Publishing, 2021. – 224 p.
5. Reddy S. Essentials of clinical periodontology & periodontics. – JP Medical Ltd, 2017. – 500 p.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №13

ТЕМА: Професійна гігієна порожнини рота, її складові, професійні засоби гігієни порожнини рота. Ручний спосіб видалення зубних відкладень. Перелік інструментів, правила роботи. Переваги, недоліки.

Актуальність теми: Найефективнішим напрямком лікування будь якого захворювання є етіотропна терапія. Відомо, що дистрофічно-запальний процес в тканинах пародонта при генералізованому пародонтиті є результатом складної взаємодії комплексу загальних та місцевих подразнювальних факторів на тлі зниження реактивності організму. Тому, надзвичайно важливою складовою етіотропної терапії цього захворювання є усунення місцевих подразників тканин пародонта. Складність виконання даного етапу обумовлена значною різноманітністю таких факторів (зубні відкладення; каріозні порожнини, неякісні реставрації, неповноцінні ортопедичні конструкції; оклюзійні порушення; аномалії прикусу та будови м'яких тканин порожнини рота тощо) та вимагає ґрунтовних знань лікарястоматолога з різних стоматологічних дисциплін: терапевтичної, ортопедичної, хірургічної, ортодонтії. Ретельне виявлення та повноцінне комплексне усунення місцевих подразників тканин пародонта значно покращує стан пацієнта та прогноз лікування генералізованого пародонтиту. Від якості проведення даного етапу значною мірою залежить успіх подальшого лікування та кінцевий його результат.

Навчальна мета:

2.2. Студент повинен знати:

1. Місцеві подразнювальні фактори тканин пародонта та їх роль у виникненні хвороб пародонта;
2. Методи діагностики та способи усунення місцевих подразнювальних факторів тканин пародонта;
3. Види зубних відкладень та їх вплив на тканини пародонта;
4. Поняття «професійна гігієна порожнини рота», її значення у комплексному лікуванні хворих на захворювання пародонта;
5. Алгоритм проведення професійної гігієни порожнини рота; інструментальне забезпечення професійної гігієни порожнини рота;

2.3. Вміти:

1. Методикою виявлення зубних відкладень;
2. Методикою видалення зубних відкладень за допомогою ручних інструментів;
3. Методикою видалення зубних відкладень електромеханічними інструментами (звуковими та ультразвуковими);

III. Зміст теми. Професійна гігієна - комплекс заходів, які усувають та запобігають розвитку карієсу зубів і запальних хвороб пародонта шляхом механічного видалення з поверхонь зуба над- і під'ясенних зубних відкладень.

Етапи професійної гігієни порожнини рота

1. Мотивація пацієнта до боротьби зі стоматологічними хворобами.
2. Навчання пацієнтів раціональному використанню засобів і методів гігієнічного догляду за ротовою порожниною.
3. Видалення лікарем-стоматологом зубних відкладень усіх видів.
4. Полірування поверхонь зубів і пломб.
5. Усунення факторів, які сприяють накопиченню зубного нальоту.

Професійну гігієну порожнини рота як один із основних компонентів профілактики стоматологічних хвороб слід проводити дітям, підліткам і дорослим суворо індивідуально і через певні проміжки часу. Регулярність проведення професійної гігієни залежить від віку пацієнта, резистентності тканин зубів і пародонта й анатомо-фізіологічних особливостей

жувального апарату.

Професійна гігієна забезпечує:

1. Видалення з поверхонь зубів м'яких і мінералізованих зубних відкладень.
2. Контроль якості індивідуальної гігієни, визначення гігієнічних індексів.
3. Діагностику ранніх стадій карієсу за допомогою вітального забарвлення.
4. Діагностику хвороб пародонта.

Професійну гігієну порожнини рота проводить лікар-стоматолог за допомогою відповідних інструментів, медикаментів і засобів.

Предмети і засоби професійної гігієни

- індикатори для виявлення зубних відкладень;
- набори і системи, які дозволяють визначити ступінь ризику розвитку стоматологічних хвороб у конкретної людини;
- мануальні, ультразвукові та повітряно-абразивні інструменти для видалення зубних відкладень;
- хімічні засоби для видалення зубних відкладень;
- циркулярні щітки для стоматологічного наконечника;
- полірувальні чашечки для стоматологічного наконечника та інші предмети для полірування поверхонь зубів;
- пасти різної абразивності для видалення зубних відкладень і полірування поверхонь зубів;
- мінераловмісні засоби для використання в умовах клініки.

ІНСТРУМЕНТАЛЬНИЙ (РУЧНИЙ) МЕТОД (Scaling & Root Planing - SRP):

1. Scaling - видалення мінералізованих над- і під’ясенних зубних відкладень.
2. Root planing - згладжування поверхні кореня, обробка ділянки фуркації, видалення розм'якшеного інфікованого цементу.
3. Polishing - полірування поверхні кореня для усунення шорсткостей і інших факторів, що сприяють ретенції зубного нальоту.

Групи інструментів для проведення професійного чищення зубів.

I. Діагностичні інструменти.

1.Пародонтальні зонди (для пошуку, вимірювання пародонтальних кишень). Зонди можна використовувати також для: – оцінки стану ясен; – виявлення кровоточивості; – вимірювання рецесії; – оцінки стану фуркацій; – визначення рухомості зубів.

2. Експлорери (для обстеження поверхні кореня, пошуку скупчень зубного каменю та каріозних порожнин, дефектів реставрацій). Експлорери - дуже тонкі, пружні гострокінцеві зонди різноманітного дизайну.

II. Інструменти для зняття зубних відкладень і вирівнювання поверхні кореня зуба

1. Серповидні скейлери.
2. Кюрети.
3. Екскаватори.
4. Імплакери.
5. Звукові та ультразвукові інструменти.

III. Інструменти для полірування зубної поверхні та зняття пігментованого нальоту.

Поліри; Гумові чашечки; Щітки; Абразивні смужки (Sof-lex finishing strips, 3M Espe); Полірувальні насадки з дерева або пластмаси системи EVA; S.E.T. - Prophy-Leader та ін.

Типи кюрет:

– універсальні - має дві гострі ріжучі кромки і кут 90° між площинами леза і нижньою частиною стержня. Застосовуються для обробки всіх поверхонь зубів, при глибині кишені до 4 мм;

– зоноспецифічні - площина леза відхилена від нижньої частини стержня на 60-70°.

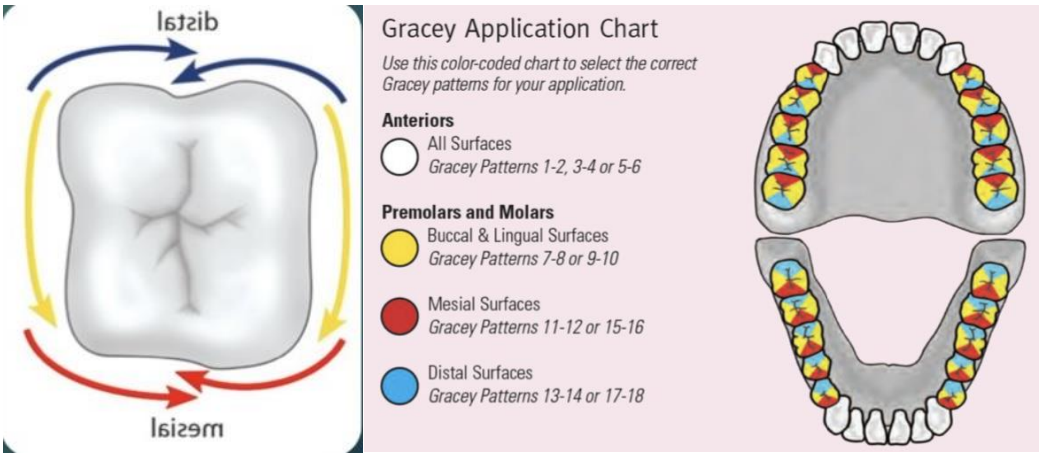
Розроблені для ефективної роботи на певних поверхнях та різних групах зубів - на зонах і мають назву кюрет Грейсі:

№ 1/2 і 3/4 призначені для обробки різців та ікол обох щелеп (всі поверхні); № 5/6 - для обробки різців, ікол і премолярів обох щелеп (всі поверхні);

№ 7/8 - для обробки вестибулярної та оральної поверхні молярів та премолярів обох щелеп;

№ 11/12 і 15/16- застосовують для роботи на мезіальних поверхнях молярів обох щелеп;

№ 13/14 і 17/18 -на дистальних поверхнях молярів обох щелеп.



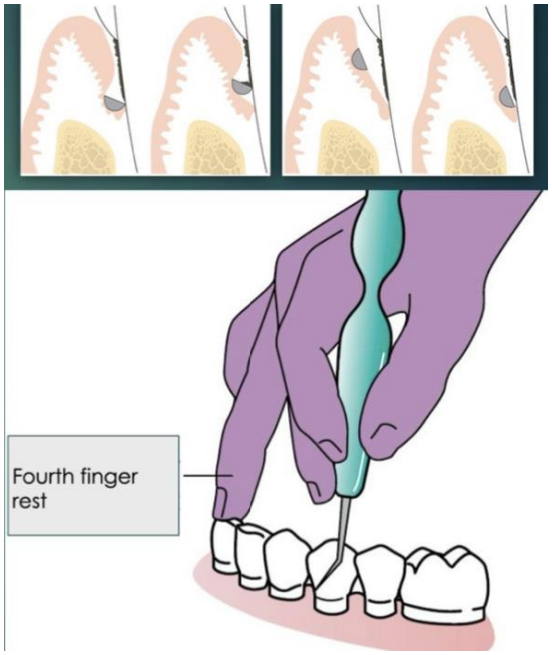
Модифікації кюрет Грейсі:

– стандартна - кюрета зі специфічним дизайном леза - для обробки пародонтальних кишень глибиною до 5 мм;

– кюрета з довшим термінальним коліном - для кишень глибиною 5 мм;

– кюрета з довшим термінальним коліном, тоншим і коротшим (на 50%) лезом - кюрвети Vision (від curvel - викривлений) - для роботи в глибоких і вузьких кишенях;

– фуркаційні кюрети - для ділянок фуркацій при глибині кишень у цьому місці більше 5 мм.



РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

Основна література

1. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017.
– 664 с.
2. Основи ручного скейлінга. Книга. Т.Б. Волінська. Київ, 2016.
3. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.] – Тернопіль: 2017. – 120 с
4. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.

Допоміжна література

1. Бєлікова Н.І., Петрушанко Т.О., Бєліков О.Б. Принципи біомеханіки шинування рухомих зубів. – К.: ТОВ НВП «Інтерсервіс, 2016. – 186 с.
2. Невідкладні стани у стоматологічній практиці: навч. посіб./ І.М.Скрипник, П.М.Скрипников, Л.Я.Богашова, О.Ф.Гопко. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 224 с.
3. Eaton KA, Ower P, editors. Practical Periodontics-E-Book. – Elsevier Health Sciences, 2022. – 376 p.
4. Palmer R, Floyd P, editors. Periodontology. – Springer International Publishing, 2021. – 224 p.
5. Reddy S. Essentials of clinical periodontology & periodontics. – JP Medical Ltd, 2017. – 500 p.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №14

ТЕМА: Апаратні, хімічний та комбінований способи видалення зубних відкладень. Правила роботи апаратами, протипоказання, переваги, недоліки.

І. Актуальність теми: Традиційні методи ліквідації зубних відкладень мають низьку якість лікування хворих з патологією пародонту. Тому виникла необхідність нових якісних підходів для комплексного лікування захворювань пародонту. Апаратні методи видалення м'яких та мінералізованих зубних відкладень набули широкого застосування в практичній стоматології і постійно вдосконалюються. Так, сучасні насадки для ультразвукових апаратів дозволяють працювати у вузьких міжзубних проміжках та інших важкодоступних ділянках, що дало можливість досягти майже ідеального полірування емалі і кореня зуба. Таке лікування досить швидко та широко впровадилось у практичну стоматологію. Протягом вказаного періоду апарати постійно модифікуються, а отже в значній мірі підвищується якість роботи виконаної стоматологом. Хімічні та комбіновані методи видалення зубних відкладень є найбільш важливими в аспекті профілактики та лікування захворювань пародонту. Комбінований підхід у виконанні даних маніпуляцій вбачає обов'язкове застосування хімічного способу ліквідації зубних відкладень в поєднанні з апаратним, механічним та ручним способами. Дотримання правил комбінованого способу ліквідації зубних відкладень у поєднанні з раціональною антисептичною обробкою та виконання пацієнтом зазначених рекомендацій дозволяє значно поліпшити результати профілактики та лікування патології пародонту і в значній мірі понизити вірогідність розвитку ускладнень даного захворювання. Відсутність або невміння повноцінно застосовувати лікаремстоматологом вказані методи видалення зубних відкладень зводить до мінімуму ефективність лікування хворих з патологією пародонту

ІІ. Навчальна мета:

2.2. Студент повинен знати:

1.Засвоїти поняття «Апаратний, хімічний та комбінований способи ліквідації зубних відкладень»

2. Класифікувати основні способи зняття зубних відкладень

3. Класифікувати етапи апаратного способу зняття зубних відкладень

4. Класифікувати етапи хімічного способу зняття зубних відкладень

2.3. Вміти:

1. Пояснити ефективність зазначених методів зняття зубних відкладень

2. Запропонувати диференційований підхід до видалення зубних відкладень в окремо взятому випадку

3.Проаналізувати ефективність очищення поверхні твердих тканин зуба при використанні сучасних методів зняття зубних відкладень.

4.Скласти план лікування хворих з патологією пародонту використовуючи апаратний, хімічний та комбінований способи ліквідації зубних відкладень

ІІІ. Зміст теми.

ФІЗИЧНИЙ (АПАРАТНИЙ) МЕТОД (Root debridement - очищення поверхні від зубних відкладень, не передбачає її вирівнювання). Механізм дії:

- механічна - механічне руйнування зубних відкладень;
- кавітація - утворення пульсуючих бульбашок, заповнених парою, газом або їх сумішшю.
- акустична турбулентність - нерівномірний рух рідини, який утворює вихрові потоки, обумовлює каталітичний ефект і посилення проникаючої здатності розчинів, що застосовуються;
- іригація пародонтальних кишень та вимивання часточок зубних відкладень, мікроорганізмів та бактеріальних ендотоксинів.

1. **Низькочастотний вплив** (Sonic) - • DENSONIK (Dentsplay); • Sonic flex LUX 2000 L (KaVo); • Titan C (Star); • Titan-S Sonic Scaler; • Micro-MediaAir Scaler.
2. **Ультразвуковий вплив** (ультразвукові, магнітострикційні скалери) - • «Piezon Master 400-403» (EMS, Швейцарія) - п'єзоелектричний; • «Varios» (NSK, Японія) - п'єзоелектричний; • «Spartan», «Suprasson P-S», «Suprasson P-Max» (Satalec, Франція) - п'єзоелектричний; • «Cavitron», «Cavitron S-P-S» (Dentsply, США) - магнітострикційний;
3. **Ультрадисперсний** (порошкоструменеві, піскоструменеві) вплив. – • Cavitron PROPHY-JET (Dentsply), має систему забору відробленого порошку; • Air Flow handy, Air Flow S1 (EMS, Швейцарія); • Jetstream і Jetpolisher (Geru Dent) та ін.

Хімічні засоби для видалення зубних відкладень широко використовувалися з початку минулого століття. Для цього застосовували сірчану кислоту, пізніше - соляну, азотну, трихлороцтову, молочну кислоту, фтористоводневий амоній і таке інше. Зважаючи на можливу шкідливу дію на тверді тканини зуба кислотний метод розчинення мінералізованих зубних відкладень не отримав широкого застосування. Проте і зараз для розм'якшення щільно фіксованих мінералізованих зубних відкладень перед їх остаточним видаленням, особливо на рухливих зубах, застосовується ряд хімічних речовин, переважно кислоти. Нерідко для контрольного фарбування зубних нашарувань і антисептичної дії до подібних засобів додається йод. Сучасний засіб Depuration Solution (Products Dentaires, Швейцарія) містить у своєму складі соляну кислоту (20 %), йод (0,5 %), хлороформ (20 %). Detartrol ultra (Septodont) включає концентровану соляну кислоту (20%), йод (0,75%), хлороформ (20%). Розм'якшуючий гель виробництва ВладМиВа (Росія) виготовлений на основі природного полісахариду і також містить кислоти.

Для розм'якшення зубних відкладень пропонувалися суміші, які включали 3Н соляну кислоту, насичений розчин гідрохінону, аскорбінову кислоту (Д. Г. Мясковский., 1978) і таке інше. Згідно методики препарати наносяться на поверхню мінералізованих зубних відкладень на 30-60 сек. (іноді на більш тривалий час), після чого змиваються водою, а зубний камінь віддаляється звичайними методами. Хімічний спосіб видалення зубних відкладань полягає в попередньому розм'якшенні зубних відкладань за допомогою розчинів або гелів, до складу яких входять ферменти або кислоти. Після попередньої ізоляції ясен препарати наносять на поверхню зубів, після чого він видаляється механічним способом. Хімічний спосіб використовується тільки в комбінації з іншими способами видалення зубних відкладань. При цьому клінічні дослідження показали зменшення запальних процесів ясен та глибини пародонтальных кишень.

Хімічне видалення зубних відкладань також проводять за допомогою десорбентів (препарати фтору (монофторфосфати) в низьких концентраціях: гліцерофосфати, фторвмістні поліелектроліти, фторид олова і фторид натрію, які порушують адсорбцію бактерій на поверхні зуба), поверхневоактивних речовин, кислотних розчинників, спеціальних захисних плівок, ферментних препаратів і таке інше. Однак, використання хімічних способів видалення зубних відкладень має певні недоліки, тому що багато патогенних мікроорганізмів перебувають глибоко в товщі тканин і лікувальні речовини туди погано проникають. Крім того, ці речовини недовго втримуються в порожнині рота і їх дія є короткочасною. Вони також впливають на структуру твердих тканини зуба і слизову оболонку порожнини рота. Зубні відкладення містять досить широкий спектр мікроорганізмів, а підібрати відповідну антибактеріальну терапію складно, тому кращий результат дає поєднане використання апаратного і комбінованого способів видалення зубних відкладань.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №15

ТЕМА: Місцеве медикаментозне лікування хвороб пародонта, групи препаратів, способи застосування, показання.

І. Актуальність теми: Однією із основних задач місцевої терапії при патології пародонту є усунення запального процесу. Головну роль в цьому процесі виконує медикаментозна терапія. Своєчасне лікування в поєднанні з місцевими втручаннями дозволяє максимально зберегти функцію тканин пародонту.

ІІ. Навчальна мета:

2.2. Студент повинен знати:

1. Пояснити поняття «місцеве медикаментозне лікування хвороб пародонта»
2. Класифікувати основні способи місцевого медикаментозного лікування хвороб пародонта
3. Трактувати етапи медикаментозного лікування хвороб пародонта

2.3. Вміти:

1. Пояснювати основні принципи виконання місцевого медикаментозного лікування хвороб пародонта
2. Запропонувати диференційований підхід до медикаментозного лікування хвороб пародонта в окремо взятому випадку
3. Проаналізувати ефективність комплексного лікування тканин пародонту в поєднанні з місцевим використанням сучасних медикаментозних засобів.ІІІ. Зміст теми

ІІІ. Зміст теми. Медикаментозна терапія виконує важливу роль в місцевому лікуванні пародонтиту. Раціональне і своєчасне її використання дає можливість зменшити або ліквідувати запальні процеси в тканинах пародонту, зробити вплив на мікрофлору пародонтальних кишень, поліпшити трофіку і обмінні процеси, запобігти прогресуванню патологічного процесу в пародонті. Вибір лікарських препаратів залежно від форми симптоматичного гінгівіту, наявність мікрофлори пародонтальних кишень. Необхідно, також, враховувати можливу непереносимість фармакологічних препаратів пацієнтом, супутню патологію.

Вимоги до лікарських препаратів.

a) Не подразнювати пародонт і слизову оболонку порожнини рота;
b) Ослаблення інфекції пародонтальних кишень;
c) Стимуляція регенерації і рубцювання пародонтальних кишень;
d) Підвищення опірності пародонту;
e) Усунення гіпоксії.

Основний принцип дії лікарських засобів.

a) Дія на мікрофлору;
b) Зменшення проникливості стінки судин;
c) Склерозування тканини;
d) Розрідження нежиттєздатних тканин, гнійного ексудату;
e) Стимуляція регенеративних і обмінних процесів.

Групи медикаментів для лікування запальних захворювань тканин пародонту:

- Препарати рослинного походження.
- Антисептики.
- Нестероїдні протизапальні препарати.
- Антиферментні препарати.
- Кератолітики і препарати склерозуючої дії.
- Ферментні препарати.
- Антипротозойні та протигрибкові препарати.
- Кератопластики

1. Препарати рослинного походження

Настої шавлії, евкаліпту, календули, звіробою - Софори японської, деревію, арніки, -Алтею, кореневища зміє'вика, листя кропиви.

Готові рослинні препарати - Водно – спиртовий 1% р-н уснінату натрію, - Хлорофіліпт, - Сік і мазь каланхое, - Відвар зеленого чаю - Ефірні олії: трояндову, лавандову, ментолову, - «Фітодент» , - «Септолете», - «Комістад – гель Н»

2. Антисептики.

• Окисники - 3% р-н перекису водню, - Рідина «Перимед» 0,05% -0,1%, - 0,5% р-н перманганату калію.

• Галогени - Хлорвмісні - 1,5% р-н хлораміну - 0,5% р-н хлораміну Б - 2,5% р-н гіпохлориду натрію, - Йодвмісні - 1% р-н йодинолу - 5% спиртовий р-н йоду - Р-н Люголя. (Нові препарати на основі хлоргексидину: - Elrudil - 0,1% розчин хлоргексидину глюканату; - Albacil (Polfa-Lods TM) - розчин: 0,5% глюканат хлоргекседину; - Hebident (Zeneca TM) - рідина для полоскання рота: 0,2% глюканат хлоргекседину; - Perio Chip (Pero Products Ltd TM) - назубній стоматологічний препарат у вигляді розчинного протеїну, як носія хлоргексидину;).

• Барвники - 0,1-0,2-1% р-н риванолу - 1% р-н метиленовому синього - 1-2% р-н діамантового синього - 1% р-н фуксину

•Детергенти - 0,5-1% р-н етолію - 0,01-0,035% р-н мірамістину - 0,25-2% р-н димексиду -0,01-0,05% р-н хлогексидину біглюконату

3. **Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП)** - 3-5% водний розчин натрію саліцилату; - 5% бутадіонову мазь; - 3% мазь ацетилсаліцилової кослоти, біорозчинна плівка "Аспіринол"; - 5% індометацинову мазь (всередину - індометацин (індобане, метиндол) по 1-2 капс. 2-3 рази на день під час їди впродовж 7- 10 діб); - мізопростол (сайтотек); - моваліс; - целекокаб, рофекоксиб; - месулід - гель 1%; - ніфлумова кислота (допалгін, ніфлугель) - гель 0,025 г/г; - гель "Холісал". Використовують найчастіше місцево у вигляді аплікацій, інстиляцій, лікувальних пов'язок - 3-5% водний розчин натрію саліцилату; - 5% бутадіонову мазь; - 3% мазь ацетилсаліцилової кослоти, біорозчинна плівка "Аспіринол"; - 5% індометацинову мазь (всередину - індометацин (індобане, метиндол) по 1-2 капс. 2-3 рази на день під час їди впродовж 7- 10 діб); - мізопростол (сайтотек); - моваліс; - целекокаб, рофекоксиб; - месулід - гель 1%; - ніфлумова кислота (допалгін, ніфлугель) - гель 0,025 г/г; - гель "Холісал".

4. Антиферментні препарати. Застосовують у вигяді аплікацій, електрофорезу, мазей, лікувальних паст. Представники: - контрикал (апротин, трасилол, гордок); - пантріпін; - інгіпрол застосовують у полімерних плівкових вкладках; - амбен, 5% розчин кислоти амінокапронової.

5.Препарати склерозуючої дії. Ваготил - кристали калію йодиду - 5% розчин міді сульфату (мідний купорос) - 20% розчин резорцину (група фенолу); - 25-50% розчин цинку хлориду; - 3% розчин хлоргексидину біглюконату.

6.Протеолітичні ферменти які використовують для кращого видалення некротизованих тканин. Володіють некролітичною, протинабряковою , антигістамінною,гемостатичною гіпосенсибілізуючою дією. Представники: - трипсин, хімотрипсин, хімопсин; - іммозімаза; - професим; - папаїн; - терилітин; - лізоамілаза; - лізоцим.

7.Антипротозойні препарати: впливають на анаеробних мікроорганізмів (ротових амеб, трихомонад, фузобактерій, спірохет, бактероїдів). Найпоширеніші представники: - Похідні 5-нітроімідазолу : метронідазол, метрогіл, флагіл, трихопол, кліон. - 1% р-н цитралю.

8.Кератопластики і репаранти - це речовини,які посилюють епітелізацію, стимулюють регенерацію м'яких тканин, мають знеболюючу і протизапальну дію. Представники: "Пропоцеум", "Лівіан",сік каланхое, вінілін, мундизал-гель, катомас, актовегін, "Vivax Dent", 5-10% метилурацилова мазь, пентоксил, солкосерил мазь і гель, хонсурид, живиця.

Антисептичні препарати широко використовують в місцевій терапії пародонтита як дезинфікуючі, протизапальні, дезодоруючі засоби у вигляді аплікацій, інстилляцій,

зрошувань, ротових ванночок. Атомарний кисень антисептиків підсилює бактерицидний ефект. Вільний хлор активно взаємодіє з мікроорганізмами. До хлорвмісних препаратів чутливі грампозитивні і грамнегативні бактерії, віруси, амеби, гриби.

До антимікробні препаратів мають широкий спектр дії, впливають на штами мікробів, стійких до антибіотиків, мають бактеріостичну дію на грампозитивні і грамнегативні бактерії. За наявності в пародонтальних кишенях грибкової мікрофлори використовують протигрибкові препарати. За наявності гнійного ексудату в пародонтальних кишенях застосовують антибіотики широкого спектру дії, які використовують у вигляді розчинів, суспензій, водно-масляних емульсій, паст. Для посилення і пролонгації дії антибіотиків їх застосовують в поєднанні з сульфаніламідними препаратами.

Широке застосування в пародонтологічій практиці знайшли протизапальні препарати. Розроблені лікарські препарат, що складається з рівних частин антибіотиків, протизапальних препаратів та вітамінів. Препарати стероїдного ряду використовують рідше, за показаннями (тільки при загостреннях, оскільки вони пригнічують місцевий імунітет). Препаратам рослинного походження властива протизапальна, дезодоруюча, знеболююча дія. Вони застосовуються у вигляді розчинів, відварів, суспензій для зрошувань аплікацій та інстилляцій в пародонтальні кишені. Деякі з них мають ще і склерозуючу дію для лікування супутнього гіпертрофічного гінгівіту.

З метою усунення порушень процесів метаболізму і мікроциркуляцій в тканинах пародонту при місцевому лікуванні пародонтита застосовують вітамінні препарати. Обгрунтоване використовування антиоксидантів в комплексному лікуванні пародонтита включає використання вітаміна А і 5 вітаміна Е в суміші рослинних масел. Для регенерації кісткової тканини застосовують відповідні стимулятори росту, які вводять в пародонтальні кишені та застосовують для аплікації у вигляді паст.

З метою стимуляції репаративних процесів в пародонті застосовують похідні піримідинових основ, яким властива анаболічна і антикатаболічною активність. Ці препарати не мають токсичної дії. Їх застосовують в комплексі з антибіотиками, вітамінами. В процесі місцевого лікування пародонтита лікарські речовини, введені в пародонтальні кишені, швидко вимиваються з них, що знижує лікувальний ефект препаратів.

Після оперативних втручань, наприклад, кюретажа пародонтальних кишень, ранева поверхня практично не захищена від травм при прийомі їжі і інфікування вмістом порожнини рота. Уникнути цих недоліків можна шляхом використання пародонтальних пов'язок. Лікувальні пародонтальні пов'язки служать для депонування лікарських препаратів в яснах, пародонтальних кишенях, міжзубних проміжках при медикаментозному лікуванні і після хірургічних методів лікування захворювань пародонту. Звичайно вони містять різні лікарські препарати, що розширює можливості медикаментозного лікування. Основу більшості лікувальних пов'язок складають оксид цинку, дентин, біла глина.

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

Основна література

1. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017.
– 664 с.
2. Основи ручного скейлінга. Книга. Т.Б. Волінська. Київ, 2016.
3. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.] – Тернопіль: 2017. – 120 с
4. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.

Допоміжна література

1. Бєлікова Н.І., Петрушанко Т.О., Бєліков О.Б. Принципи біомеханіки шинування рухомих зубів. – К.: ТОВ НВП «Інтерсервіс, 2016. – 186 с.
2. Невідкладні стани у стоматологічній практиці: навч. посіб./ І.М.Скрипник, П.М.Скрипников, Л.Я.Богашова, О.Ф.Гопко. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 224 с.
3. Eaton KA, Ower P, editors. Practical Periodontics-E-Book. – Elsevier Health Sciences, 2022. – 376 p.
4. Palmer R, Floyd P, editors. Periodontology. – Springer International Publishing, 2021. – 224 p.
5. Reddy S. Essentials of clinical periodontology & periodontics. – JP Medical Ltd, 2017. – 500 p.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №16

ТЕМА: Хірургічні методи лікування хвороб пародонта (гінгівальні, мукогінгівальні, остеомукогінгівальні, естетичні, регенеративні операції). Ортопедичні та ортодонтичні втручання при хворобах пародонта.

І. **Актуальність теми:** Хірургічні втручання займають значне місце в комплексному лікуванні захворювань пародонта. Вони приходять на зміну консервативної терапії в тих випадках, коли виникає необхідність видалення патологічного осередку. Без затосування хірургічних методів неможливо повністю усунути такий симптом пародонтиту як пародонтальну кишеню. Раціональне використання хірургічних методів значно підвищує якість і ефективність лікування, подовжує період стабілізації та зменшує кількість рецидивів захворювань пародонта.

При захворюваннях пародонта, і особливо при генералізованому пародонтиті, практично завжди розвивається травматична оклюзія. Вона викликає значне перевантаження тканин пародонта, тому її усунення є важливою ланкою комплексного лікування. При розвинутих ступенях генералізованого пародонтиту, особливо у період загострення, коли патологічна рухомість зубів стає одним з провідних симптомів, виникає необхідність (для підвищення ефективності лікування) провести стабілізацію зубного ряду або групи рухомих зубів.

ІІ. Навчальна мета:

2.2. Студент повинен знати:

1. Аналізувати методи хірургічного лікування захворювань пародонта;
2. Пояснювати показання до проведення хірургічних методів лікування хвороб пародонта;
3. Пояснювати протипоказання до проведення хірургічних методів лікування у пацієнтів із захворюваннями пародонта;
4. Аапропонувати аплікаційне, инстиляційне, ін’єкційне знеболення
5. Аналізувати причини виникнення та види травматичної оклюзії;
6. Запропонувати методи усунення травматичної оклюзії;
7. Пояснювати основні принципи вибіркового пришліфовування зубів;
8. Проаналізувати види і методи шинування зубів;
9. Проаналізувати показання до проведення ортодонтичних втручань при пародонтиті;

2.3. Вміти:

1. запропонувати аплікаційне, инстиляційне, ін’єкційне знеболення;
2. проаналізувати техніку проведення кюретажу;
3. проаналізувати техніку проведення гінгівотомії, гінгівектомії;
4. проаналізувати техніку проведення клаптевих операцій;
5. проаналізувати техніку проведення гінгівоостеопластики; проаналізувати техніку проведення спрямованої тканинної регенерації.
6. визначати наявність травматичної оклюзії;
7. Пояснювати вибір необхідної конструкції шини;
8. Проаналізувати техніку вибіркового пришліфовування зубів;
9. Трактувати техніку тимчасового шинування зубів при пародонтиті.

ІІІ. Зміст теми. Види хірургічних методів лікування хвороб пародонта:

1.Кюретаж: - закритий кюретаж; - відкритий кюретаж; - вакуум-кюретаж; - кріокюретаж.

2. Гінгівотомия.

3. Гінгівектомія: - проста, - радикальна.

4. Клаптеві операції: - що коригують край ясен (гінгівопластика), - із застосуванням засобів, стимулюючих регенерацію кістки (гінгівоостеопластика)

5. Спрямована тканинна регенерація.

Мукогінгівальні операції розроблені для створення функціонально адекватної зони

кератинізованих прикріплених ясен, поглиблення присінку порожнини рота, усунення несприятливого розташування і прикріплення сполучнотканинних тяжів, вуздечок і м'язів, корекція рівня ясенного краю при рецесіях.

До групи цих операцій відносяться методики френулопластик і френулоектомій, вестибулопластики, апікальне переміщення клаптя, модифіковане розширення ясен за Едланом-Мейхером, розширення ясен вільним трансплантатом слизової оболонки, закриття голих поверхонь корінів зубів. Найбільш часто використовуваними методиками френектомій і френотомій є: V- ромбоподібна пластика, її модифікації, V- Y-пластика пластика, зустрічними трикутними клаптями за А.А. Лімбергом (в іноземній літературі -Z-пластика).

Методика V- ромбоподібної френотомии полягає у проведенні розрізів так, щоб після посічення вуздечки утворилася рана ромбоподібної форми, яка легко закривається швами. У разі, коли прикріплені ясна дуже тонкі, може бути використана модифікація цієї операції. Вона полягає в тому, що шви накладаються тільки у верхньому відділі рани, а в нижньому відділі залишається трикутної форми дефект, який гоїться вторинним натягненням.

При виконанні методики V- Y-пластики розріз навколо вуздечки проводять у вигляді букви V так, щоб гостра верхівка розташовувалася біля місця прикріплення вуздечки. Розріз проводять тільки в слизистому шарі і слизовий клапоть распатором відокремлюють від окістя. М'язові волокна в рані розшаровують ножицями, потім клапоть зміщують у бік присінку і фіксують швами в ділянці перехідної складки. В результаті зсуву утворюється рана Y-образной форми, яка може загоїтися вторинним натягненням, а може бути закрита швами.

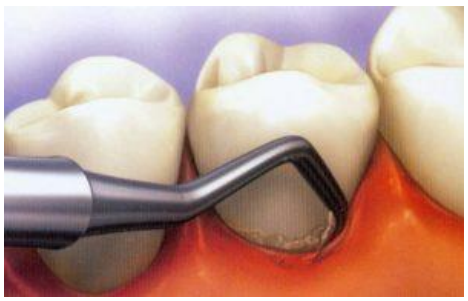
Методика підслизової френотомии використовується при широкій основі вуздечки. При цьому вертикальний розріз проводиться уздовж вуздечки, а двома бічними розрізами вона відсікається від місця прикріплення. Ножицями розшаровують тканини в підслизовому шарі і накладають шви.

Методика зустрічних трикутних клаптів за А.А. Лімбергом, в іноземній літературі описана, як Z-пластика, дає якнайкращі результати при необхідності подовження присінку порожнини рота, оскільки за рахунок переміщення клаптів дозволяє збільшити присінок у вертикальному напрямку.

Модифіковане розширення ясен за Едланом-Мейхером проводять з метою розширення прикріпленої частини ясен в ділянці присінку нижньої щелепи. Методика полягає в наступному: спочатку проводять горизонтальний дугоподібний розріз, потім клапоть препарують на відстані приблизно 5-6 мм від слизово-альвеолярної межі з глибини присінку і відгортають у напрямку коронки. В основі клаптя відшаровують окістя і зміщують його апікально. Потім до голої поверхні альвеолярного відростка сильно притискують розщеплений клапоть слизистої оболонки. Шви не накладають, через 7 днів клапоть слизової оболонки альвеолярного відростка міцно зростається з кісткою і починає функціонувати як кератинізовані ясна.

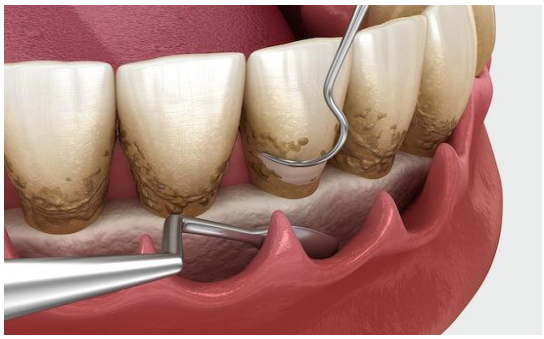
Для закриття дефектів, пов'язаних з рецесією ясен, використовують різні методики пластики місцевими тканинами (клапті на ніжці, узяті по сусідству, модифікації латерально і горизонтально зміщеного ясенного клаптя, їх комбінації), а також вільну пересадку ясенних трансплантатів. Вибір методів багато в чому залежить від того, чи залучений в процес міжзубний сосочок.

Кюретаж - видалення усього вмісту пародонтальних кишень і вискоблювання його стінок.



Мета кюретажа: усунення або зменшення пародонтальних кишень. З кишень видаляються: тканини, що розпалися, грануляції, вегетуючий епітелій, підясенний зубний камінь, уражений цемент, скупчення мікроорганізмів.

Відкритий кюретаж - різновид під'ясенного кюретажа, який дозволяє отримати чисту різану рану на внутрішній поверхні ясенної стінки пародонтальних кишень, що полегшує їх загоєння і подальше рубцювання.

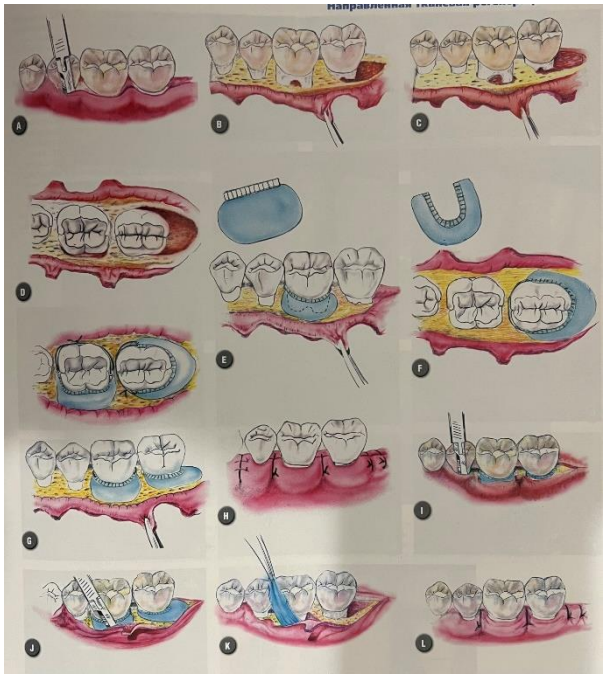


Гінгівотомія - лінійний розтин стінки пародонтального кишені з метою розкриття пародонтального абсцесу або відкритого кюретажу під візуальним контролем.

Гінгівектомія - посічення пародонтального кишені на усю його глибину одночасно з патологічно зміненим ясенним краєм і вмістом кишені.

Клаптеві операції проводяться для ліквідації пародонтальних кишень і корекції дефектів альвеолярної частини верхньої і нижньої щелепи.

Метод спрямованої тканинної регенерації - застосування в ході клаптевої операції мікропористих мембран. Використання цього методу дозволяє зберегти кістку альвеолярного відростка і запобігти його резорбції.



Хірургічні методики спрямованої регенерації тканини. (A) Внутрішньом'язовий розріз. (B) Видалення залишкового епітелію кармана. (C,D) Ретельне видалення каменів, згладжування кореня зуба та хірургічна обробка тканин здійснюється таким чином, що дефекти повністю звільняються від тканин. (E) Мембрана розміщується над областю фуркації. (F) U-подібна мембрана міститься над дистальним дефектом. (G) Мембрани зашивають матеріалом Gore-Tex: вид з оклюзійної та щічної сторін. (H) Зашивання вузловими швами завершено. Видалення мембран. Шматок відсікається гострим

скальпелем для видалення вростої тканини та епітелію з-під клаптя. (K) Мембрани видалено. (L) Остаточне накладання швів за допомогою вузлових швів

Ортопедичні та ортодонтичні втручання у порожнині рота при хворобах пародонта.

Ортопедичне лікування при пародонтиті необхідно проводити одночасно з терапевтичним, після проведення необхідних процедур (зняття зубних відкладень, видалення коренів зубів, зняття запальних явищ).

Ортопедичне лікування направлене на:
- усунення травматичної оклюзії;
- усунення аномалій і деформацій зубо-щелепної системи;
- раціональне шинування і протезування;
- відновлення зубного ряду як єдиної функціональної системи.

За наявності травматичної оклюзії слід здійснити вибіркове пришліфовування зубів. Мета і критерій цієї маніпуляції – отримання множинних контактів зубів-антагоністів при всіх видах оклюзії. Точки передчасних контактів визначаються за допомогою копіювального паперу, воскових пластинок, спеціальних вкладишів і ін. Зішліфовування ріжучих країв і горбиків проводиться спочатку в положенні центральної окклюзії, у наступні відвідування – передній і бокових оклюзіях.

Основні принципи вибіркового пришліфовування:
- зішліфовування тканин в межах товщини емалевого шару;
- зішліфовування твердих тканин на оклюзійній поверхні не здійснюється в зубах, які є опорними, утримуючими міжальвеолярну відстань в центральній оклюзії;
- зуби-антагоністи в центральній оклюзії повинні зберегти множинний контакт.

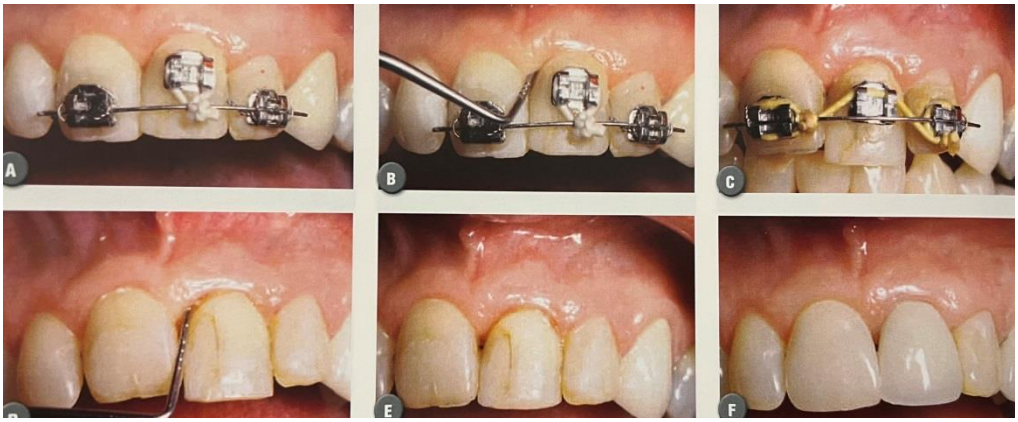
Шинування (тимчасове і постійне) – передбачає з'єднання функціонально орієнтованих груп зубів в єдиний блок, здатний протистояти різним напрямам жувального тиску, більш рівномірно його розподілити, створити найсприятливіші умови спокою для уражених тканин пародонта. Шинування забезпечує необхідні умови для загоєння ран після хірургічного лікування генералізованого пародонтиту. Тимчасові шини накладають на порівняно короткий термін – 3-4 тижні (тобто на період медикаментозного або хірургічного лікування). Надалі їх рекомендовано замінювати на постійні.

Найчастіше при пародонтиті здійснюються такі **ортодонтичні заходи**:

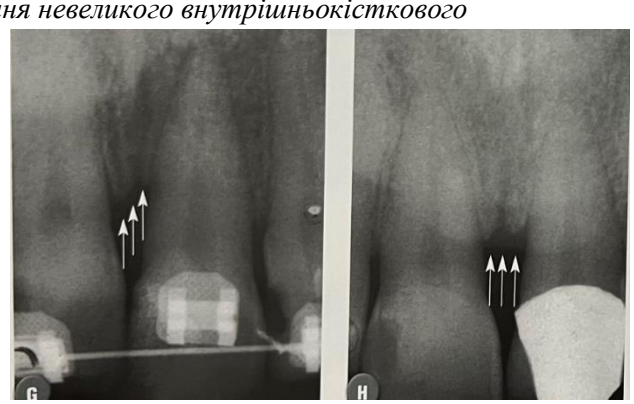
1. Виправлення положення молярів, що нахилилися (через передчасне видалення сусідніх зубів, найчастіше – першого моляра).

2. Екструзія – рух зубів, які лікар може здійснити, щоб досягти запланованого результату лікування (форсоване подовження коронок).

3. Закриття фронтальних проміжків, які виникають через протрузію зубів. При правильному рухові зубів проміжки ліквідуються, ремоделюються м’які тканини, регенеруються міжзубні сосочки.



Примусове прорізування для усунення кишені та виправлення невеликого внутрішньокісткового дефекту. (A, B) Клінічна картина до лікування. Зверніть увагу на мезіальний внутрішньокістковий дефект на центральному різці. (C) 4 тиж. по тому. Зверніть увагу на витяг зуба. (D) 1 міс. по тому. (E, F) 3 міс. по тому. Завершено коронарне зміщення до емалево-дентинного кордону, а кишені зменшено. (G, H) Один рік по тому. Протезування завершено. На рентгенівському знімку показано повне усунення внутрішньокісткового дефекту



РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

Основна література

1. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017.
– 664 с.
2. Основи ручного скейлінга. Книга. Т.Б. Волінська. Київ, 2016.
3. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.] – Тернопіль: 2017. – 120 с
4. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.

Допоміжна література

1. Бєлікова Н.І., Петрушанко Т.О., Бєліков О.Б. Принципи біомеханіки шинування рухомих зубів. – К.: ТОВ НВП «Інтерсервіс, 2016. – 186 с.
2. Невідкладні стани у стоматологічній практиці: навч. посіб./ І.М.Скрипник, П.М.Скрипников, Л.Я.Богашова, О.Ф.Гопко. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 224 с.
3. Eaton KA, Ower P, editors. Practical Periodontics-E-Book. – Elsevier Health Sciences, 2022. – 376 p.
4. Palmer R, Floyd P, editors. Periodontology. – Springer International Publishing, 2021. – 224 p.
5. Reddy S. Essentials of clinical periodontology & periodontics. – JP Medical Ltd, 2017. – 500 p.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №17

ТЕМА: Загальне медикаментозне лікування пацієнтів із хворобами пародонта. Показання, групи препаратів, схеми лікування, виписування рецептів лікарських засобів.

І. **Актуальність теми:** Однією із основних задач загальної терапії при патології пародонту є покращення загальносоматичного стану хворого, підвищення опірності організму. Головну роль в цьому процесі виконує медикаментозна терапія. Своєчасне лікування в поєднанні з місцевими втручаннями дозволяє максимально зберегти функцію тканин пародонту.

ІІ. Навчальна мета:

2.3. Студент повинен знати:

1. Пояснити поняття «загальне медикаментозне лікування хвороб пародонта»
2. Класифікувати основні способи загального медикаментозного лікування хвороб пародонта
3. Трактувати етапи медикаментозного лікування хвороб пародонта

2.3. Вміти:

1. Пояснювати основні принципи виконання загального медикаментозного лікування хвороб пародонта
2. Запропонувати диференційований підхід до медикаментозного лікування хвороб пародонта в окремо взятому випадку
3. Проаналізувати ефективність комплексного лікування тканин пародонту в поєднанні з використанням сучасних медикаментозних засобів.

ІІІ. Зміст теми.

Фармакотерапія у пародонтології поділяється на місцеву та загальну.

Загальне медикаментне лікування є невід'ємною частиною комплексної терапії генералізованого пародонтиту, яке проводиться вже на початковому етапі лікування.

Мета проведення загального лікування полягає у покращенні загальносоматичного стану хворого, підвищенні опірності організму.

Системна фармакотерапія спрямована на боротьбу з інфекцією, інтоксикацією, на активацію імунітету, нормалізацію обмінних порушень та процесів перекисного окиснення ліпідів, а також стимуляцію регенерації уражених тканин пародонту. Лікування фонової патології у багатьох пародонтологічних пацієнтів (із захворюваннями системи крові, ендокринної та серцево-судинної систем) є основним видом загальної терапії.

Показання: генералізований пародонтит.

Заходи:

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

Треба пам'ятати, що місцеве та загальне лікування - це поняття умовне. Усунення місцевих травмуючих факторів та запального процесу має і загальнооздоровче значення. Водночас поліпшення загального стану, раціональне лікування фонової патології забезпечують ефективність місцевої терапії в коротший термін. І навпаки, погіршення загального стану призводить до загострення патологічного процесу в тканинах пародонта.

Арсенал медикаментів, що використовується при лікуванні генералізованого пародонтиту, надзвичайно широкий і передбачає застосування протизапальних,

протимікробних, дезінтоксикаційних засобів, вплив на судинну та імунну системи, а також препаратів, що виявляють метаболічну, загальнозміцнювальну та стимулювальну дію.

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

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

Етіотропне лікування – виявлення і усунення пожкоджуючих факторів, що викликали запалення. При визначенні і усуненні ендогенних етіологічних чинників, пов'язаних з наявністю захворювань внутрішніх органів, нейроендокринних змін, системних захворювань – проводять лікування спільно з терапевтом, ендокринологом, педіатром, іншими фахівцями.

Патогенетична терапія – медикаментозна дія на патофізіологічні ланки запального процесу. При виборі медикаментозних засобів враховують механізм розвитку і фазу запалення.

Симптоматична терапія – дія певними медикаментозними і іншими засобами на окремі симтоми захворювання, наприклад біль, кровоточивість, гноєвиділення з пародонтальних кишень і ін.. Призначаючи лікування пацієнтів з пародонтитом, лікар використовує препарати різного механізму дії. Необхідно враховувати їх сумісність, взаємодію між собою в організмі хворого, всі побічні ефекти. У пародонтології використовується широкий спектр антибіотиків, обов'язковою є сувора відповідність тривалості курсу, дози і кратності застосування. Основою ефективності антибіотиків є ступінь чутливості умовно-патогенної мікрофлори порожнини рота і пародонтальних кишень до них.

Призначаються антибіотики суворо за показаннями у випадках:

1. Загострення пародонтита, яке проявляється гноєвиділенням з пародонтальних кишень, норицями, абсцедуванням.
2. При пародонтиті в разі неефективного місцевого лікування, швидкопрогресуючому пародонтиті.
3. При хронічному уповільненому перебігу за наявності гною в пародонтальних кишенях
4. У випадках хірургічного лікування – до або після нього.

При призначенні препарату необхідно враховувати:

- характер патологічного процесу,
- ступінь його розвитку,
- стан імунобіологічних сил макроорганізму,
- біологічні властивості мікроорганізмів,
- спектр антимікробної дії препаратів,
- поєднаний характер дії на організм одночасно призначених препаратів.

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

Основна література

1. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017.

– 664 с.
2. Основи ручного скейлінга. Книга. Т.Б. Волінська. Київ, 2016.
3. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.] – Тернопіль: 2017. – 120 с
4. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.

Допоміжна література

1. Бєлікова Н.І., Петрушанко Т.О., Бєліков О.Б. Принципи біомеханіки шинування рухомих зубів. – К.: ТОВ НВП «Інтерсервіс, 2016. – 186 с.
2. Невідкладні стани у стоматологічній практиці: навч. посіб./ І.М.Скрипник, П.М.Скрипников, Л.Я.Богашова, О.Ф.Гопко. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 224 с.
3. Eaton KA, Ower P, editors. Practical Periodontics-E-Book. – Elsevier Health Sciences, 2022. – 376 p.
4. Palmer R, Floyd P, editors. Periodontology. – Springer International Publishing, 2021. – 224 p.
5. Reddy S. Essentials of clinical periodontology & periodontics. – JP Medical Ltd, 2017. – 500 p.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №18

ТЕМА: Профілактика захворювань пародонта. Етіологічні та патогенетичні підходи до профілактики, різновиди, форми організації, способи профілактики. Роль засобів професійної та індивідуальної гігієни в профілактиці хвороб пародонта.

І. Актуальність теми: Профілактика - це фундаментальна основа системи охорони здоров'я, пріоритетний напрямок її розвитку. Профілактика (грец. prophylaktikos – запобіжний, попереджувальний) – це система державних, соціальних, гігієнічних, медичних заходів, спрямованих на забезпечення високого рівня здоров'я та запобігання хворобам. Профілактика захворювань тканин пародонту є частиною стоматологічної профілактики, направленої на оздоровлення організму в цілому. Головна мета профілактики – усунення причин виникнення та розвитку хвороб, а також створення умов для підвищення стійкості організму до впливу несприятливих факторів довкілля. Рівень профілактики у країні відображає характер соціально-економічних, науково-технічних, політичних умов життя суспільства, стан гігієнічного та профілактичного виховання населення.

ІІ. Навчальна мета:

2.2. Студент повинен знати:

1. Аналізувати етіологічний та патогенетичний, етіотропний підходи профілактики хвороб пародонта.
2. Трактувати місцеві та загальні хвороботворні фактори розвитку захворювань тканин пародонта.
3. Проаналізувати способи реалізації первинної, вторинної, третинної профілактики

2.3. Вміти:

1. Запропонувати способи реалізації профілактики хвороб пародонта: екзогенний та ендогенний, медикаментозний та немедикаментозний.
2. Пояснити суспільні, соціальні та медичні заходи профілактики хвороб пародонта.

ІІІ. Зміст теми.

Профілактика - це фундаментальна основа системи охорони здоров'я, пріоритетний напрям її розвитку. Профілактика (грец. prophylaktikos – попереджувальний) – система державних, соціальних, гігієнічних, медичних заходів, направлених на забезпечення високого рівня здоров'я та запобігання хворобам.

Головна мета профілактики – усунення причин виникнення і розвитку хвороб, а також створення умов для підвищення стійкості організму до впливу несприятливих чинників навколишнього середовища. Рівень профілактики в країні відображає характер соціально-економічних, науковотехнічних, політичних умов життя суспільства, стан гігієнічного та профілактичного виховання населення. Профілактика, по суті – це соціальноекономічна політика держави, яка зорієнтована на збереження і зміцнення здоров'я людей, збільшення тривалості їх активного життя. Основою стоматології, як і всієї медицини, також повинна бути профілактика.

Рівні і види профілактики. Відповідно до рекомендацій Комітету експертів ВОЗ (1977) розрізняють три рівні профілактики – первинні, вторинні і третинні.

Первинна профілактика - система заходів щодо запобігання виникненню захворювань тканин пародонта шляхом ліквідації причин і умов їх розвитку, підвищення стійкості організму до дії несприятливих чинників природного, виробничого і побутового середовищ. Найперспективніша та ефективніша в медичному, соціальному і економічному відношенні. Її головна мета – зберегти непорушене здоров'я людини в цілому і

порожнини рота зокрема.

Взагалі первинна профілактика захворювань тканин пародонта заключається в наступному:

- раціональному і правильному вигодовуванні дитини і його подальшому харчуванні;
- тренування жувального апарату з метою нормального формування пародонту (компенсація недостатності жувального навантаження);
- своєчасне ортодонтичне лікування із застосуванням багатофункціональної терапії (якщо немає протипоказань);
- навчання основам правил і методів індивідуальної гігієни порожнини рота;
- усунення аномалій прикріплення тяжів і вуздечок (короткі тяжі і вуздечки; мілкий присінок порожнини рота;
- підтримання порожнини рота в санованому стані;
- вибіркове пришліфування зубів з метою ліквідації травматичної оклюзії;
- своєчасному повноцінному ортопедичному лікуванні.

Вторинна профілактика – комплекс заходів, які запобігають рецидивам і ускладненням наявної хвороби. Основний організаційний метод вторинної профілактики – планова санація порожнини рота в організованих колективах, декретованих групах населення. Вона заклечається в: - усуненні травматичних факторів, таких як зубний камінь, нависаючі краї пломб, неякісні протези, аномалії прикусу і т.д.; - вдосконалення методів проведення індивідуальної гігієни порожнини рота. - здійснення контролю за якістю її здійснення при повторних відвідуваннях лікаря, шляхом визначення цифрових показників індексів гігієни; - усунення провісників захворювань і лікування початкових форм.

Третинна профілактика – система заходів, направлених на реабілітацію стоматологічного статусу шляхом збереження функціональних можливостей органів і тканин щелепно-лицьової ділянки переважно методом заміщення (відновлення органу, тканини, їх функції). Здійснюється в більшості випадків ортопедами і хірургамистоматологами і заключається в комплексному лікуванні (консервативне, хірургічне і ортопедичне), направлене на купірування патологічних станів пародонта, попередження ускладнень і відновлення фізіологічної функції пародонту (і періодонта) в можливих межах, запобігаючи подальшому руйнуванню періодонта, виникненню пародонтальних кишень, резорбцію альвеолярного паростку, переводячи гострий стан в хронічний стабілізуючий процес.

Основним індивідуальним профілактичним заходом є правильно проведена гігієна порожнини рота. Гігієна порожнини рота – це система методів і засобів догляду за порожниною рота, направлена на підтримку високого рівня здоров'я, запобігання розвитку патологічних процесів в порожнині рота. Завдання гігієни порожнини рота - очищення її від залишків їжі, зубних відкладень, детриту, мікрофлори, а також обробка порожнини рота засобами, які позитивно впливають на властивості її органів, тканин, укріплюють їх резистентність і функціональні можливості.

Виділяють основні механізми дії профілактичної гігієни порожнини рота : – очисна дія; – антимікробний вплив; – запобігання утворенню зубного нальоту; – вплив на процеси мінералізації зубів; – дія на функціональну активність слинних залоз; – вплив на процеси обміну в порожнині рота; – стимулювання регенератних процесів; – посилення природних захисних механізмів ротової порожнини; – вплив, що інгібірує, на компоненти запалення слизистої оболонки порожнини рота; – дія, що дезодорує.

5 Розрізняють гігієну порожнини рота професійну і індивідуальну. Професійну гігієну порожнини рота виконують відповідно підготовлені фахівці (стоматологи, гігієністи, зубні лікарі, медичні сестри, асистенти стоматологічного профілю) за допомогою відповідних інструментів, апаратів, пристосувань, медикаментів. Любі лікувальні заходи у пародонтологічних хворих необхідно починати з професійної гігієни порожнини рота, що супроводжуються навчанням методам проведення індивідуальної гігієни порожнини рота, підбором відповідних засобів, з наступним регулярним контролем за її проведенням. Об'єм професійної гігієни порожнини рота.

1. Своєчасна діагностика початкових стадій стоматологічних хвороб, визначення

чинників ризику. Проводиться візуальне обстеження порожнини рота і розрахунок спеціальних проб, індексів, анкетування (регулярність догляду за порожниною рота, характер живлення, останні відвідини стоматолога, стоматологічний статус батьків і ін.).

2. Контроль якості індивідуальної гігієни за допомогою спеціальних проб і індексів.

3. Навчання правильному чищенню зубів безпосередньо в кабінеті з дзеркалом, де є набір щіток, зубних паст і інших засобів гігієни.

4. Індивідуальний підбір засобів гігієни порожнини рота залежно від стану зубів, ясен, виду стоматологічної патології.

5. Професійне чищення зубів. За відсутності зубного каменя для видалення пігментованого нальоту застосовують циркулярні щітки з абразивною пастою, ультразвукові, легкоабразивні інструменти, за наявності зубного каменя – розчинні засоби, скейлери, циркулярні щітки з абразивною пастою. Завершують професійне чищення поліруванням поверхонь зубів полірувальними чашами з дрібнодисперсними пастами.

6. Виконання профілактичних процедур, яке проводиться згідно з планом стоматолога: запечатування фісур герметиками, обробка фторвмісними препаратами, гелями, лаками, плівками, пінками, розчинами. Інтервали між професійною гігієною порожнини рота можуть тривати від 2 тижнів до декількох місяців і визначаються індивідуальними особливостями людини (станом гігієни порожнини рота, інтенсивністю каріозного процесу, станом тканин пародонту, ступенем прорізування зубів у дітей і ін.).

Індивідуальна гігієна порожнини рота – це ретельне і регулярне видалення кожною людиною відкладень з поверхонь зубів, ясен за допомогою засобів спеціального призначення (індивідуальні засоби гігієни порожнини рота). Вибір таких засобів індивідуальної гігієни визначається віком людини, наявністю конкретних стоматологічних хвороб або 6 схильністю до них, індивідуальними особливостями порожнини рота (атиповою будовою зубних рядів, формою зубів, наявністю ортодонтичних або ортопедичних конструкцій та ін.). Для дітей і підлітків виділені 4 основних групи засобів гігієни порожнини рота (зубні щітки, рідкі засоби гігієни порожнини рота, зубні пасти), у дорослих арсенал засобів оральної гігієни істотно розширений, завдяки не тільки особливостям розмірів гігієнічних засобів, але і функціональній залежності від фізіологоанатомічни, психологічних характеристик, властивих кожній віковій групі. Для індивідуальної гігієни порожнини рота підбирають набір індивідуальних засобів: мануальні або електричні профілактичні зубні щітки; лікувально-профілактичні зубні пасти, що мають протизапальну, антимікробну дію; інтердентальні засоби; лікувально-профілактичні протизапальні ополіскувачі; стимулятори; іригатори, души; лікувальнопрофілактичні дезодоранти і спреї.

Індивідуальні засоби: – Зубні щітки (поділ по 7 параметрам) – Інтердентальні засоби (йоршики, флосси, флоссети, смужки, зубочистки, межзубні стимулятори) – Ірігатори порожнини рота (ірігація в режимі «струї», «душа», гідромасаж, гідроповітряний массаж) – Засоби для догляду за язиком – Махрова ганчірка для очищення порожнини рота немовляти – Гігієнічне резинове зубне кільце – Індивідуальне стоматологичне дзеркало – Зубні пасти і гелі для чищення зубів – Зубні порошки – Рідкі засоби гігієни (ополіскувачі, еліксири, бальзами, дезодоранти, тоніки, спреї) – Жувальні гумки і драже без цукру – Засоби для підвищення салівації – Барвники для самостійного виявлення зубних відкладень – Засоби для догляду за ортодонтичними і знімними ортопедичними конструкціями Стимулятори утворення слини (при швидкості слюновиділення меньше 1мл/хв) – рідина Proxident Mouth Spray – таблетки SDI saliva stimulator – жувальні гумки з ксілітом, бікарбонатом натрію – жувальні драже з ксілітом, віддушками – препарати на основі м’яти, ментола

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

Основна література

1. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017.
– 664 с.
2. Основи ручного скейлінга. Книга. Т.Б. Волінська. Київ, 2016.
3. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.] – Тернопіль: 2017. – 120 с
4. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.

Допоміжна література

1. Бєлікова Н.І., Петрушанко Т.О., Бєліков О.Б. Принципи біомеханіки шинування рухомих зубів. – К.: ТОВ НВП «Інтерсервіс, 2016. – 186 с.
2. Невідкладні стани у стоматологічній практиці: навч. посіб./ І.М.Скрипник, П.М.Скрипников, Л.Я.Богашова, О.Ф.Гопко. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 224 с.
3. Eaton KA, Ower P, editors. Practical Periodontics-E-Book. – Elsevier Health Sciences, 2022. – 376 p.
4. Palmer R, Floyd P, editors. Periodontology. – Springer International Publishing, 2021. – 224 p.
5. Reddy S. Essentials of clinical periodontology & periodontics. – JP Medical Ltd, 2017. – 500 p.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №19

ТЕМА: Диспансеризація осіб із захворюваннями пародонта. Етапи, документація, оцінка ефективності диспансеризації.

І. Актуальність теми: Диспансерізація хворих із захворюваннями пародонта є невідемною складовою профілактичного напряму всієї системи охорони здоров'я, конкретний метод його впровадження в практику охорони здоров'я . Основні завдання диспансеризації такі: активне виявлення ранніх форм захворювання і факторів ризику, цілеспрямоване обстеження хворого, проведення комплексних лікувально-профілактичних і соціально-гігієнічних заходів, які дають можливість зберегти функцію зубощелепної системи, динамічне спостереження, проведення санітарнопросвітницької роботи.

ІІ. Навчальна мета:

2.2. Студент повинен знати:

1. Організовувати та провести відбір на диспансерний облік хворих із захворюванням тканин пародонта, оформити медичну документацію.
2. Знати визначення поняття диспансеризація, етапи диспансеризації та оцінку ефективності.
3. Знати загальне принципи організації проведення диспансеризації та правила заповнення документації на диспансерного хворого з патологією пародонту.
4. Знати оснащення пародонтологічного кабінету;

2.3. Вміти:

1. Організувати і провести відбір контингенту для диспансерного спостереження і лікування.
2. Провести облік осіб, потребуючих в диспансеризації;
3. Визначити комплекс лікувально-оздоровчих заходів, взятих на диспансерний облік:

ІІІ. Зміст теми.

Диспансерізація хворих із захворюваннями пародонту є невід ємною складовою профілактичного напряму всієї системи охорони здоров'я, конкретний метод його впровадження в практику охорони здоров'я.

Основні завдання диспансеризації такі Активне виявлення ранніх форм захворювання і факторів ризику. Цілеспрямоване обстеження хворого проведення комплексних лікувально-профілактичних і соціально-гігієнічних заходів, які дають можливість зберегти функцію зубо-щелепної системи, динамічне спостереження, проведення санітарно-просвітницької роботи. Основною організаційною формою обслуговування є дільнично- 4 цеховий принцип. Диспансерізації підлягають організовані версти населення, у першу чергу діти, підлітки, допризовники, студенти, робітники промислових підприємств і сільського господарства, стаціонарні хворі, інваліди ВВВ, вагітні, а також хворі, направлені іншими фахівцями. До цієї роботи залучають усіх лікарів стоматологічного профілю незалежно від місця роботи.

Найефективніше диспансеризацію здійснюють у тих закладах, в яких функціонують пародонтологічні кабінети(відділення). Окрім лікувально-профілактичної роботи, пародонтолог проводить лікувально-консультативну допомогу, здійснює контроль за диспансеризацією даною групою хворих у всіх дільничих лікарів. Відбір на диспансерний облік здійснюють під час профілактично них оглядів, планової санації, прийому хворих за зверненням. При цьому вирішують низку питань – Найбільш виявлення факторів виявлення факторів ризику у здорових людей – Діагностика ранніх, початкових форм захворювання пародонта – Планування і проведення комплексних лікувально-профілактичних заходів індивідуально з урахуванням форми захворювання, характеру, перебігу і глибини уражень. – Визначення лікувальної тактики, динамічне спостереження, рекомендації з реабілітації з призначенням оптимальних повторних курсів лікування.

Диспансерізації підлягають такі особи: – віком до 30 років без клінічних ознак захворювання пародонта, але в яких виявлені місцеві або загальні фактори ризику. Незалежно від віку за наявності хронічного гінгівіту, початкового ступеня геніралізованого

пародонтиту. – віком до 50 років за наявності I, II, III ступеня тяжкості генералізованого пародонтиту або пародонтозу. – особи з ідіоматичними захворюваннями пародонта перебіг яких відбувається на тлі загальних захворювань (захворювання крові, ендокринні захворювання тощо). Також слід урахувати осіб, які мають підвищений ризик виникнення захворювання пародонта, а також осіб з аномаліями прикусу та положення зубів , вагітні, період статевого дозрівання та ін…

Під час диспансерного спостереження можна використовувати наступні лікарські заходи.

– Підтримуюче пародонтологічне лікування

– Посилення рівня гігієни порожнини рота

– Повторне видалення зубних відкладень і оброблення поверхні кореня зубів.

– Хірургічне втручання.

Згідно з існуючими нормативними актами визначають наступні диспансерні групи.

– Здорові(Д1)- не потребують лікування.

– Майже здорові(Д2), в яких спостерігається стабілізація процесу(при гінгівітах до 1 року, при пародонтозі та пародонтиті протягом 2 років). До цієї групи відносять також осіб молодого віку без клінічних ознак захворювання пародонта. Але із виявленими фактором ризику (загальні захворювання, аномалії положення зубів і інші….).

– Особи які потребують лікування (Д3)- найбільш диспансерна група: хворі на гінгівіт, генералізований пародонт та пародонтоз різних ступенів розвитку і характеру перебігу. Диспансерне обслуговування кожної групи має свої особливості.

Групу Д1 оглядають один раз на рік. Під час огляду пацієнту дають індивідуальний листок рекомендацій з гігієни порожнини рота, проводять співбесіду деонтологічного та медичного плану.

Особи з групи Д2 проводять обстеження 1 раз на рік. Профілактичне лікування видалення зубних відкладень, лікування відповідних захворювань, вибіркове пришліфовування зубів, рекомендації з гігієни порожнини рота, фізіотерапевтичні процедури тощо.

У групи Д3 виділяють 2 підгрупи – з активним перебігом захворювання і у фазі ремісії. Хворим 1 підгрупи проводять повний курс лікувально-профілактичної терапії. 2 підгрупа переважно профілактичні заходи При будь-якій формі гінгівіту Д3 хворі проходять повторний курс лікування через кожні 6 місяців (у разі загострення процесу лікування проводять у разі звернення хворого).

Під час настання ремісії хворих із підгрупи активного лікування переводять у групу спостереження. У разі відчутного поліпшення стану і стабілізації процесу триває впродовж року хворого переводять у групу Д2. При генералізованому пародонтиті лікування проводять 2 рази на рік. Якщо протягом року ремісія спостерігається хворих переводять у другу підгрупу. Осіб у яких стабілізація процесу триває впродовж 2 років, переводять у групу Д2. При генералізованому пародонтиті III ступеня курси лікування проводять 3-4 рази на рік. Лише у разі ремісії хворих переводять у 2 підгрупу. У разі стабілізації патологічного процесу впродовж 3 років і більше хворих переводять у групу Д2, а профілактичне лікування проводять 1 раз на рік. У разі пародонтозу курс комплексного лікування проводять 2 рази на рік при I-II ступені, та 4 рази на рік при III ступені.

Хворим 1 диспансерної групи проводять планову санацію, підвищення неспецифічної резистентност й загальнооздоровчі заходи, навчають правилам раціональної гігієни порожнини рота. Хворих на пародонтоз 2 диспансерної групи оглядають через 6 місяців, а в разі процесу стабілізації- 1 раз на рік. Особам 3 групи проводять повторні курси лікування не рідше через 6 місяців. Зняття хворих з диспансерного обліку здійснюють за наявності стійкої стабілізації дистрофічно-запального 6 процесу в пародонті впродовж 3 років, який підтверджують клінічними, рентгенологічними та лабораторними дослідженнями.

Диспансеризація – система роботи лікувально-профілактичних установ, яка полягає в активному спостереженні за здоров’ям певних контингентів населення, у вивченні умов їх праці і побуту, в обстеженні їх правильного розвитку і збереження здоров’я, а також в

попередженні захворювань шляхом проведення відповідних лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних і соціальних заходів.

Диспансеризація будується за трьохетапним принципом:

І – відбір: виявлення осіб, потребуючих в диспансеризації. Його проводять лікарі - стоматологи всіх спеціальностей незалежно від місця роботи і характеру прийому в стоматологічних поліклініках, кабінетах, спеціалізованих відділеннях лікарень, в стоматологічних відділеннях МСЧ, на здравопунктах промислових підприємств, учбових закладів і при проведенні профілактичних медоглядів:

ІІ – облік осіб, що підлягають диспансеризації. Серед них виділяють: 1. Здорових осіб, потребуючих в систематичному спостереженні або внаслідок віково-фізіологічних особливостей організму (діти дошкільного віку, вагітні жінки, підлітки 14-18 років), або робітники, де є професійні шкідливості, особливо ті особи, які складають групу підвищеного ризику захворюваності пародонтитом і пародонтозом: а) особи з патологією прикусу і аномаліями розташування зубів; б) підлітки в період статевого дозрівання; в) вагітні; г) працівники промислових підприємств з шкідливими умовами праці. 2. Хворі, страждаючі окремими захворюваннями: а) хворі з хронічними загальними захворюваннями, де є ризик появи захворювань пародонту; б) хворі, страждаючі пародонтитом незалежно від ступеня тяжкості до 50 років; в) хворі молодого віку з пародонтитом ІІІ ст.; г) хворі на гінгівіт; д) хворі, що перенесли гострі запальні захворювання пародонту.

ІІІ – Проведення лікувально-оздоровчих заходів, тобто клініколабораторне обстеження і лікування. Після клініко-лабораторного обстеження виділяють дві групи: а) ті особи, які знаходяться під спостереженням (профілактичні огляди); б) особи, яким проводиться лікування. На кожного диспансерного хворого заводиться історія амбулаторного стоматологічного хворого (ф.№ 043/0), статистичний талон (ф.№ 0-25-2/0 і ф.№ 30/0, журнал обліку профілактичних оглядів порожнини рота (ф.№ 049/0).

В середньому кожен стоматолог терапевт, що веде загальний прийом хворих, повинен обслужити 100-120 хворих, лікар-пародонтолог 300-350 чоловік в рік. Після проведеного курсу лікування, хворим проводять контрольні огляди. Термін контрольних оглядів і тривалість лікування залежить від тяжкості захворювання і фонової патології. При хронічному гінгівіті контрольний огляд проводять один раз в рік, при пародонтиті початкового і І ступеня тяжкості – два рази на рік, ІІ ступеня–три рази на рік, ІІІ ступеня–чотири рази на рік, при загостреннічотири рази на рік, в період стійкої ремісії–два рази на рік.

Для оцінки ефективності диспансеризації існують кількісні і якісні показники. Перший і другий етапи диспансеризації оцінюються наступними показниками:

а) повнота обхвату диспансеризації;

б) своєчасне виявлення захворювання;

в) своєчасне взяття на диспансерний облік;

г) питома вага взятих на облік; На третьому етапі критерії наступні: а) повнота проведення лікувально-оздоровчих заходів; б) своєчасність проведення повторних оглядів; в) відсоток осіб, переведених з групи активного лікування в групу спостереження; г) відсоток осіб, знятих з диспансерного обліку протягом року; д) середня кратність активних оглядів на одного хворого в рік; е) питома вага хворих, що не з'явилися на контрольний огляд; Якісні показники диспансеризації характеризують: - частота рецидивів захворювання; - тривалість ремісії; 8 - відсоток хворих з клінічним благополуччям і клінічнорентгенологічною ремісією захворювання; В результаті диспансеризації можливі наступні результати: - одужання; - фаза стійкої ремісії; - поліпшення; - без змін; - погіршення. Такі дані у вигляді епікризу заносять в амбулаторну і диспансерну групу хворого Етапи диспансеризації: – 1 етап проводять відбір диспансерних хворих(усі лікарі стоматологічного профілю). – 2 етап проводять комплексне обстеження пародонту. – 3 етап диспансеризації проводять складання комплексного лікування і профілактичних заходів. Визначають характер захворювання пародонта, вікові особливості, загальний стан. На цьому етапі визначають участь час і обсяг роботи фахівців стоматологічного профілю. – 4 етап здійснення складеного комплексного плану лікувальних

і профілактичних заходів. – 5 етап – динамічне спостереження за диспансерним хворим. У разі регулярно проведеної диспансеризації обсяг комплексних лікувальних заходів поступово зменшується. Неодмінною умовою ефективної диспансеризації є чітке оформлення документації- амбулаторної картки, картки диспансерного спостереження, журнал реєстрації хворих. Регламентованих нормативів щодо диспансерного обліку не існує, проте згідно з досвідом провідних стоматологічних поліклінік лікар пар одонтолог за допомогою медичної сестри протягом року може забезпечити диспансеризацію 350-370-хворих, стоматолог терапевтичного відділення 70- 75 хворих. У процесі роботи проводять оцінку ефективності диспансеризації, критеріями якої є стабілізація процесу, ремісія, стан без змін та погіршення. Під час диспансерного спостереження періодично проводять оцінювання якості роботи стоматолога. З цією метою використовують наступні критерії – кількість виявлення хворих під час диспансерного огляду на прийом у стоматолога за зверненням хворих. – Кількість хворих яких беруть на диспансерне спостереження – Відсоток диспансерних хворих серед загальної кількості хворих із ураженням пародонта – Середня кількість хворих на курс лікування різних захворювань пародонта – Дотримання курсів повторного лікування 9 – Ефективність проведеної роботи – Відсоток осіб, які переводять з однієї групи в іншу – Частота рецидивів, ускладнень основного захворювання – Відсоток хірургічних ортопедичних і фізіотерапевтичних методів у комплексному лікуванні хвороб пародонта. – Результати диспансеризації оцінюють через 1,5-2 роки, а потім щорічно. Диспансеризація – система роботи лікувально-профілактичних установ, робота яких полягає в активному спостереженні за здоров'ям певних контингентів населення, у вивченні умов їх праці і побуту, в обстеженні їх правильного розвитку і збереження здоров'я, а також в попередженні захворювань шляхом проведення відповідних лікувальнопрофілактичних, санітарно-гігієнічних і соціальних заходів. – виявлення осіб, потребуючих в диспансеризації. Його проводять лікарі - стоматологи всіх спеціальностей.

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

Основна література

1. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія: підручник / А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.В. Линовицька та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ “Медицина”, 2017.
– 664 с.
2. Основи ручного скейлінга. Книга. Т.Б. Волінська. Київ, 2016.
3. Додаткові методи обстеження у стоматології: навчальний посібник [Гасюк Н.В., Черняк В.В., Клітинська О.В., Бородач В.О. та ін.] – Тернопіль: 2017. – 120 с
4. Батіг В.М. Систематизоване викладення змісту навчальної дисципліни «Терапевтична стоматологія». Навчальний посібник. / В.М.Батіг, В.І.Струк. – Чернівці, 2016. – 227 с.

Допоміжна література

1. Бєлікова Н.І., Петрушанко Т.О., Бєліков О.Б. Принципи біомеханіки шинування рухомих зубів. – К.: ТОВ НВП «Інтерсервіс, 2016. – 186 с.
2. Невідкладні стани у стоматологічній практиці: навч. посіб./ І.М.Скрипник, П.М.Скрипников, Л.Я.Богашова, О.Ф.Гопко. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 224 с.
3. Eaton KA, Ower P, editors. Practical Periodontics-E-Book. – Elsevier Health Sciences, 2022. – 376 p.
4. Palmer R, Floyd P, editors. Periodontology. – Springer International Publishing, 2021. – 224 p.
5. Reddy S. Essentials of clinical periodontology & periodontics. – JP Medical Ltd, 2017. – 500 p.

Інформаційні ресурси в мережі інтернет

1. http://tstm-nmu.org.ua/tt/doc/%E2%84%961-stud.pdf
2. https://uaperio.org/klasyfikatsiia-zakhvoriuvan-tkanyn-par/
3. https://terstom.pdmu.edu.ua/storage/common/docs/rUFek1nwRl91Jzm9GHZlEXG8mwtce6sPryfwJ3wB.pdf
4. http://tstm-nmu.org.ua/tt/doc/%E2%84%963-stud.pdf
5. https://terstom.pdmu.edu.ua/storage/common/docs/pIwkNOZHnskesUbiKMkBtYOvR2oFqaeyOZMio9lb.pdf
6. http://tstm-nmu.org.ua/tt/doc/%E2%84%966-stud.pdf
7. https://terstom.pdmu.edu.ua/storage/common/docs/sunrZamPODzaeZCox4evhFy9jVd7RP6nBTH9a7F1.pdf
8. https://terstom.pdmu.edu.ua/storage/common/docs/nrppHg7VHNvEeKt2AfZiNjYWRSrTXJqS1DEF2wYH.pdf
9. http://tstm-nmu.org.ua/tt/doc/%E2%84%968-stud.pdf
10. http://tstm-nmu.org.ua/tt/doc/%E2%84%969-stud.pdf
11. https://terstom.pdmu.edu.ua/storage/common/docs/0D4SnEEuESpUmAR1ZRE3kB2wEvjd6fp9MJ7QaoS2.pdf
12. https://terstom.pdmu.edu.ua/storage/common/docs/pIwkNOZHnskesUbiKMkBtYOvR2oFqaeyOZMio9lb.pdf
13. https://terstom.pdmu.edu.ua/storage/common/docs/KRW7wSWi4MxZDA6625bis090WZf0cMPyNIhu9Psi.pdf
14. http://tstm-nmu.org.ua/tt/doc/%E2%84%9619%20-stud.pdf
15. https://terstom.pdmu.edu.ua/storage/common/docs/eZUiTiHGoc1yjfdzsVnkHidynEiFEDNsVzKcSAhq.pdf
16. https://terstom.pdmu.edu.ua/storage/common/docs/6TlIaHkNkyHFOtxTpkMw9A6tKg7oTt81iaN4eddH.pdf
17. https://terstom.pdmu.edu.ua/storage/common/docs/1LRC2ejrdh5z6ehFoFqqMhoBTuLfCp4rtlCZThIy.pdf
18. https://terstom.pdmu.edu.ua/storage/common/docs/6mwKFUroCX025UMVTSlfIWH37X8MP5xu2tvS0rr5.pdf
19. https://terstom.pdmu.edu.ua/storage/common/docs/G7a3aciHsA6t8s778U9pE96WDHguBfn2FwKDTRqc.pdf
20. https://terstom.pdmu.edu.ua/storage/common/docs/oWKwzFRGteSxe0kU5gWxoju0lt69v6TzshVNa1pH.pdf
21. http://tstm-nmu.org.ua/tt/doc/Zan%20%E2%84%9610.pdf