

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”:**

**« Пародонтологічне здоров`я та гінгівіт.
Сучасні класифікації та підходи до оцінки стадії і ступеню важкості
патології. Пародонтальна карта»**

Ужгород-2024

УДК616.314.17/.18-08(075.8)

**Методичні рекомендації для студентів з дисципліни “Пародонтологія”.
«Пародонтологічне здоров`я та гінгівіт. Сучасні класифікації та підходи до
оцінки стадії і ступеню важкості патології. Пародонтальна карта» Крулько
Д.В ., Гончарук-Хомин М.Ю. - Ужгород, 2024 - 26 с.**

Колектив авторів-укладачів:

Крулько Д.В. – асистент кафедри терапевтичної стоматології ДВНЗ «УжНУ».

Гончарук-Хомин М.Ю. – доктор філософії, PhD, завідувач кафедри
терапевтичної стоматології 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.

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

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №1

ТЕМА: Пародонтологічне здоров'я та гінгівіт.

1. Актуальність теми: Захворювання пародонту в людей пов'язано з широким спектром станів. Деякі з них асоційовані з біоплівкою, в той час як інші з'являються незалежно від накопичення нальоту і можуть бути модифіковані. Система класифікації 1999 року була першою, що класифікувала захворювання та стани ясен, але вона мала багато недоліків. Представлені захворювання в цій класифікації були дещо дивакуватими, наприклад, «гінгівіт, асоційований з діабетом» або «гінгівіт нестачі аскорбінової кислоти». Такі діагнози є неправдивими, оскільки гінгівіту нестачі аскорбінової кислоти не існує — насправді це цинга або ясенне виразкування, спричинене нестачею аскорбату. В цій системі не було жодної спроби пояснити термін «здоров'я», що є критичним фактором при спробі встановлення діагнозу для клінічного випадку. Також опис гінгівіту є необгрунтовано складним, оскільки в діагнозі об'єднані провокуючі та модифікуючі фактори.

Базуючись саме на цих недоліках класифікації 1999 року, група 1 Світової робочої групи вирішила створити чітке визначення пародонтологічного здоров'я як гістологічно, так і клінічно. Також встановлений скорочений підхід, щоб забезпечити визначення гінгівіту, базуючись лише на двох принципових категоріях:

- 1) гінгівіт, спровокований біоплівкою;
- 2) захворювання ясен, не пов'язані із зубним нальотом.

II. Навчальна мета:

2.1. Студент повинен знати:

1. Знати що таке пародонтологічне здоров'я.
2. Знати етіологію і патогенез запальних хвороб пародонта.
3. Знати клінічні прояви гінгівітів.
4. Знати принципи лікування та профілактики запальних хвороб пародонта.

2.2 Вміти:

- 3 Вміти призначити додаткові методи дослідження та оцінити їх результати.
- 4 Вміти провести клінічне обстеження хворого із гінгівітом.
- 5 Вміти провести диференційну діагностику запальних хвороб пародонта з іншими захворюваннями.
- 6 Вміти обгрунтувати та скласти план лікування хворого із гінгівітом.
- 7 Вміти провести усунення місцевих травмуючих чинників.
- 8 Вміти застосувати лікарські речовини для лікування запальних хвороб пародонта.

III. Зміст теми

Визначення пародонтологічного здоров'я. Критичним фактором у визначенні здоров'я було визнання того, що пародонтологічне здоров'я існує як на локальному рівні, так і на рівні усієї порожнини рота, а також на інтактному та редукованому пародонті.

Інтактний пародонт – це пародонт без втрати клінічного прикріплення (CAL) або втрати кістки, в той час як редукований пародонт може виникати у двох різних ситуаціях: у непародонтологічних пацієнтів (пацієнти з деякими формами ясенних рецесій або після видовження клінічної коронки) або у пацієнтів з пародонтитом в анамнезі. Тому, як описано нижче, визначення здоров'я було встановлено для всіх трьох випадків. Інше фундаментальне рішення пов'язано з концептом «істинного» та «клінічного» здоров'я. Норма в медицині визначається як те, що задовольняє 95% популяції; також слід враховувати, що 95% дорослих мають одну чи дві точки кровоточивості в порожнині рота, тому поняття

«здоров'я» повинно прийняти факт деяких локалізованих ділянок незначного запалення.

З літератури відомо, що гістологічні зміни в ясенній мікроциркуляції з'являються майже миттєво після прорізування зуба, а запальний інфільтрат, доказово, є частиною нормальної імунної відповіді. Тому незначні клінічні прояви запалення в окремих ділянках є частиною «клінічного здоров'я». В свою чергу, «істинне здоров'я» може розглядатись як виключення і здебільшого обмежене даними літератури (наявне менш ніж у <5% популяції).



Пародонтальне здоров'я може існувати як місцево, так і у всій порожнині рота на інтактному та редукованому пародонті

Визначення гінгівіту, спровокованого нальотом, в редукованому пародонті було найважчим завданням. Тому що наслідки пародонтиту є незворотніми і пацієнт, у якого розвинувся пародонтит, має високий ризик рецидиву захворювання. Цей ризик залишається незважаючи на те, що пацієнт:

- є здоровим внаслідок успішного лікування
- має ділянки запалення, що кровоточать при зондуванні в неглибоких кишнях (<3 мм)
- має закриті кишні без кровоточивості, глибиною 4 мм

Тому було узгоджено, що в разі діагностики пародонтиту, пацієнт залишається періо-пацієнтом позитивно і його статус в будь-який момент може бути віднесеним до трьох категорій:

- 2 Контрольований: здоровий\стабільний
- 3 Ремісія: запалення ясен
- 4 Неконтрольований: рецидив пародонтиту\нестабільний



Клінічне здоров'я ясен визначається як наявність менше 10% ділянок з кровоточивістю, а також з глибиною зондування в усіх ділянках менше 3 мм

Гінгівіт та „запалення ясен”. В контексті періо-пацієнтів термін «запалення ясен»

використовується замість терміну «гінгівіт». З технічної точки зору ці два терміни означають одні й ті самі речі, проте було визначено, що пацієнт не може мати випадок гінгівіту і пародонтиту одночасно. Деякі пацієнти після лікування можуть мати ділянки кровоточивості при зондуванні менше 3 мм, але вони не потребують очистки кореня, а лише покращення гігієни порожнини рота та усунення нальоту.

Варіації у визначеннях для науки та клініки Наступна проблема з'являється від спроб балансувати між двома конкуруючими потребами: визначити поширеність пародонтиту в епідеміологічних дослідженнях та уникнути «перелікування» в клінічних протоколах. Для епідеміології дуже важливим є «спіймати» усі випадки пародонтиту, а пороговим значенням для визначення здоров'я була позначка 3 мм; що стосується клініки, то для неї пороговою позначкою є 4 мм без кровоточивості для уникнення «перелікування». Гінгівіт та фактори ризику.

Гінгівіт був визначений як просто гінгівіт на редукованому або інтактному пародонті.



Фактори ризику, які провокують накопичення нальоту:

- ретенційні пункти (сходинки на реставраціях чи під'ясенні краї коронок)
- сухість ротової порожнини.

Модифікуючі фактори (системні фактори ризику), які видозмінюють імунну відповідь на наліт:

- паління
- гіперглікемія
- споживання малої кількості антиоксидантних мікронутрієнтів
- ліки, особливо імуномодулюючі
- підвищений рівень статевих гормонів

-гематологічні порушення.

Гінгівіт, спровокований зубним нальотом, розділяється на три категорії:

- пов'язаний лише із зубною біоплівкою
- опосередкований системними факторами ризику
- спричинений прийомом ліків.



Стани та ураження ясен, що не пов'язані з біоплівкою, розподілені у 8 категорій, які відрізняються від таких станів пародонту:

- Генетичні та захворювання розвитку
- Специфічні інфекції
- Запальні та імунні стани
- Реактивні процеси
- Новоутворення
- Ендокринні, харчові та метаболічні захворювання.
- Травматичні ураження
- Пігментації

Потреба у стандартному зонді.

Робоча група 1 також визначала потребу у розробці ISO-стандартизованого пародонтологічного зонда з усталеною силою зондування, так як глибина зондування може варіюватися в залежності від сили зондування: без цього диференціювання випадків з різницею зондування лише в один мм є нераціонально.

Класифікація пародонтального здоров'я та захворювання/стани ясен

Пародонтальне здоров'я та здоров'я ясен	Гінгівіт, індукований зубною біоплівкою	Захворювання ясен, не пов'язані з біоплівкою
а.Клінічне здоров'я на інтактному пародонті б.Клінічне здоров'я на редукованому пародонті: - Стабільний періо пацієнт - Не періо пацієнт	а.Пов'язаний лише з зубною біоплівкою б.Опосередкований системними або локальними факторами ризику с.Розростання ясен внаслідок прийому медикаментів	а.Генетичні захворювання та захворювання розвитку б.Специфічні інфекції с.Запальні та імунні стани д.Реактивні процеси е.Новоутворення ф.Ендокринні, харчові та метаболічні захворювання г.Травматичні ураження ґ.Пігментації

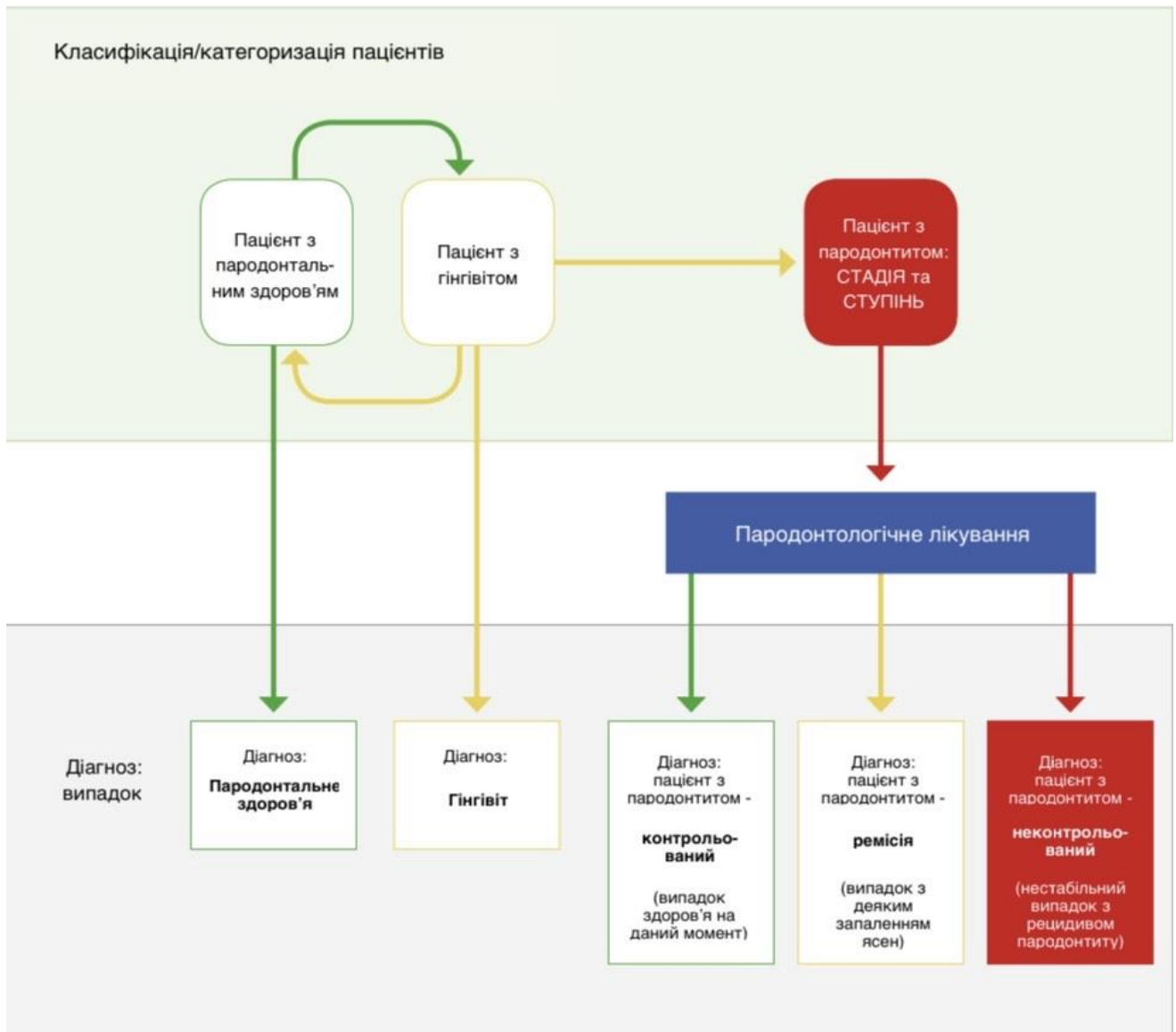
* Фактори схильності (локальні фактори ризику)

- | | |
|--|---------------------------|
| 1. Фактори ретенції зубного нальоту (наприклад, під'ясенні краї коронок, ортодонтичні апарати) | 2. Сухість порожнини рота |
|--|---------------------------|

* Модифікуючі фактори (системні фактори ризику)

1. Паління;
2. Гіперглікемія (у пацієнтів з діабетом);
3. Споживання малої кількості антиоксидантних мікронутрієнтів (напр. Вітамін С);
4. Медикаменти, особливо імуномодулюючі
5. Підвищений рівень статевих гормонів;
6. Гематологічні розлади (напр. нейтропенія)

Здоров'я та гінгівіт, індукований зубною біоплівкою, на інтактному та редукованому пародонті:
від класифікації до діагнозу



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. Белікова Н.І., Петрушанко Т.О., Беліков 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. <https://uaperio.org/wp-content/uploads/2020/06/1-Periodontal-health-and-gingivitis.pdf>
2. <https://terstom.pdmu.edu.ua/storage/common/docs/cfYJ3KJLkgxThx26kyovbo4Oq5iiHX8VYFWXTr7q.pdf>

ТЕМА: Сучасні класифікації та підходи до оцінки стадії і ступеню важкості патології.

1. Актуальність теми: Захворювання пародонта по виникненню, 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 ХХ 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.

II. 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. Тракувати 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).
5. Скласти план лікування.

III. Зміст теми

Захворювання пародонту - одні з найбільш поширених стоматологічних захворювань. Незважаючи на значні досягнення у вивченні його виникнення і розвитку, дане захворювання, на сьогодні, продовжує залишатися серйозною проблемою. Це підтверджується високою поширеністю цієї патології і свідчить про низьку ефективність лікування і профілактики. Захворювання пародонту призводять до передчасної втрати зубів і розвитку патологічних станів в зубощелепної системі. Розвиток стоматологічної служби за останні роки, особливо в умовах ринкових стосунків, висунув на передній план питання підвищення якості лікування. Одним з основних напрямів забезпечення якості стоматологічної допомоги є стандартизація.

Запропоновані в посібнику стоматологічні підходи при захворюваннях пародонту, а також стоматологічні маніпуляції, дозволять активізувати самостійну роботу студентів і інтернів при підготовці до практичного і семінарського заняття, покращать орієнтацію при діагностиці і лікуванні клінічних ситуацій.

Історія класифікацій захворювань пародонту.

Захворювання пародонта за своїм виникненням, механізмом розвитку, перебігом та клінічними проявами досить різноманітні, що зумовило появу різних їх класифікацій. Дискусія про класифікацію захворювань пародонта продовжується постійно, починаючи з

початку ХХ століття. З того часу було запропоновано кілька варіантів цих класифікацій, які в певній мірі відображали наукові досягнення у вивченні захворювань пародонта. Першу спробу створити єдину класифікацію зробила Міжнародна організація з вивчення хвороб пародонта (ARPA) у 30-х роках ХХ ст. Класифікація пародонтопатій ARPA була розроблена за принципом виділення основних характерних патологічних процесів – запальних, дистрофічних та пухлинних, але дана класифікація об'єднювала основні ураження тканин пародонта, проте сам термін «пародонтопатія» є збірним і не завжди відображає патогенетичну суть захворювання.

У зв'язку з переходом України з 01.01.1999 р. (наказ МОЗ від 08.10.1998 р. №297) на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб та споріднених проблем медицини запропонована Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10), яка більше призначена для статистичної обробки даних, а не для клінічного використання. Цю класифікацію досить важко використовувати в умовах клініки. Більш прийнятними для практичної діяльності лікаря-стоматолога є класифікації, що відображають клінічні аспекти перебігу захворювань пародонта.

Класифікація, яка рекомендована республіканською конференцією (Одеса, 1998) для використання в навчальних та лікувальних закладах України, а на I (VIII) з'їзді Асоціації стоматологів України у грудні 1999 року була затверджена як обов'язкова до використання в нашій країні – це класифікація М.Ф. Данилевського (1994). А у 1999 році Міжнародна робоча група із захворювань пародонта (International Workshop for the classification of the periodontal diseases) затвердила останню редакцію класифікації захворювань пародонта (G.C. Armitage, 1999).

З того часу змінилися певні положення стосовно розуміння природи цих захворювань і принципів їх лікування. Тому, починаючи із 2015 року, Всесвітньою робочою групою зі створення класифікації захворювань пародонта та періімплантатних захворювань і станів (World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions) була розроблена нова редакція класифікації. Робоча група була спільно проспонсорована Американською академією пародонтології (AAP) та Європейською федерацією пародонтології (EFP) і в неї були включені експерти зі всього світу. Класифікація була представлена на конференції, що відбулась у Чикаго з 9 по 11 листопада 2017 року. В склад робочої групи ввійшло понад 100 експертів з Європейської Федерації Пародонтологів та Американської Академії Пародонтології.

Класифікація захворювань тканин пародонту та періімплантатних тканин (EFP & AAP World Workshop, 2017).

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

- I) Здоровий пародонт, захворювання та стани ясен (Chapple I. et al., 2018)
- II) Пародонтит (Papanou P., Sanz M. et al., 2018)
- III) Пародонтальні прояви системних захворювань, набутих та спадкових станів
- IV) (Jepsen S. et al., 2018) IV) Періімплантатні захворювання та стани (Berglundh T. et al., 2018)

КЛАСИФІКАЦІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА СТАНІВ ТКАНИН ПАРОДОНТУ І ПЕРИІМПЛАНТНИХ ТКАНИН 2017

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

I. 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 пожиттєвої 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 великі 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 Захворювання¹ та Складності Лікування²
 - 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 розповсюдженість³: локалізований, генералізований; молярно-різцеве ураження
- Ступені:** свідчення швидкого прогресування⁴, очікувана відповідь⁵ на лікування
- Ступінь А: повільне прогресування
 - Ступінь В: помірне прогресування
 - Ступінь С: 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, можуть 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 багатofакторної 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*.

Оклюдійна травма та травматичні оклюдійні сили

Термін “надмірні оклюдійні сили” замінено на термін “травматичні оклюдійні сили”, які описуються як сили, що перевищують адаптаційні можливості пародонту та/або зубів. Травматичні оклюдійні сили можуть призвести до оклюдійної травми (ураження) та надмірного стирання чи зламу зуба. На сьогодні немає даних досліджень на людях, які б підтверджували вплив оклюдійної 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 періімплантних 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 передують 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

Метою обстеження хворого з патологією пародонту є встановлення діагнозу, ступеню важкості захворювання, виявлення місцевих та загальних чинників виникнення і розвитку хвороби

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 мм 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	Глибина зондування 4-5 мм	У додаток до II Стадії складності Глибина зондування ≥6 мм	У додаток до III Стадії складності
		Переважаю горизонтальна втрата кісткової тканини	Переважаю горизонтальна втрата кісткової тканини	Вертикальна втрата кісткової тканини ≥3 мм Фуркація II або III класу Помірний дефект відростка	Потреба в комплексній реабілітації за рахунок: Жувальної дисфункції Вторинної оклюзійної травми (рухомість зубів ≥ 2 мм) Коллапс 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 А, повільне прогресування	Ступінь В, помірне прогресування	Ступінь С, 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 В захворювання й шукати конкретні докази для переходу до ступеня А або С, 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.

^aВідноситься 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. Белікова Н.І., Петрушанко Т.О., Беліков 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. <https://uaperio.org/klasifikatsiia-zakhvoriuvan-tkanyn-par/>

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА №3

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 зубояснавої 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

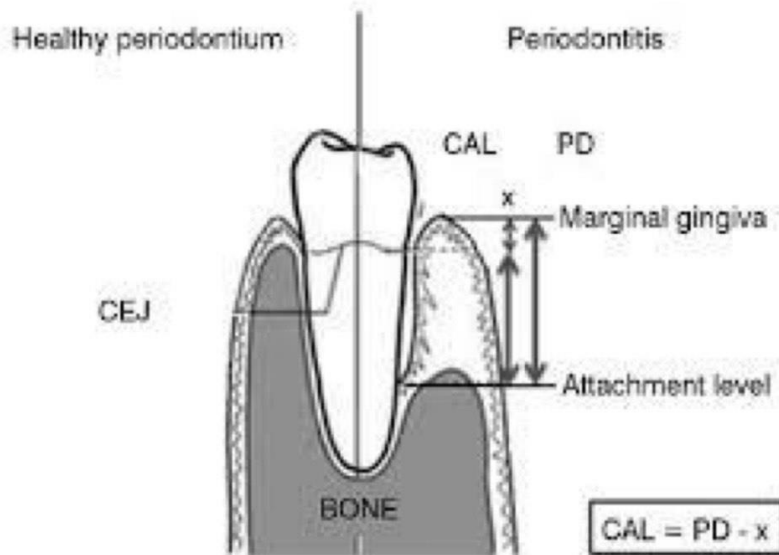
Початкова діагностика - пародонтальна карта є відправним документом для розробки індивідуального плану лікування пародонтиту, а також для підбору засобів гігієни та рекомендацій щодо догляду за ротовою порожниною.

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 купіруванню.

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 борідки 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 вимірні 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.

Важливо! При вимірюванні глибини не можна допускати вестибуло-орального нахилу інструменту. Зонд занурюють у шести точках навколо зуба та дивляться на наявність кишень і кровоточивості, оцінюють стан ясен.

Визначення глибини патологічної зубоясенної кишені

Методика проведення :

1. Провести антисептичну обробку ротової порожнини.
2. Зуби ізолювати від слини ватними валиками, просушити.
3. Градуирований 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-дентинової межі.



Визначення рухливості зубів

Методика проведення:

1. Порожнину рота прополоскати розчином антисептика.
2. Зуби ізолювати від слини ватними валиками, просушити.
3. Охопити пінцетом коронку зуба.
4. Визначити ступеня рухливості зубів у різних напрямках і провести оцінку за наступними критеріями:

I - зуб рухливий у вестибуло-оральному напрямку у межах товщини різцевого краю;

II - зуб рухливий у вестибуло-оральному і мезіо-дистальному напрямках;

III - зуб рухливий у вестибуло-оральному, мезіо-дистальному і вертикальному напрямках.

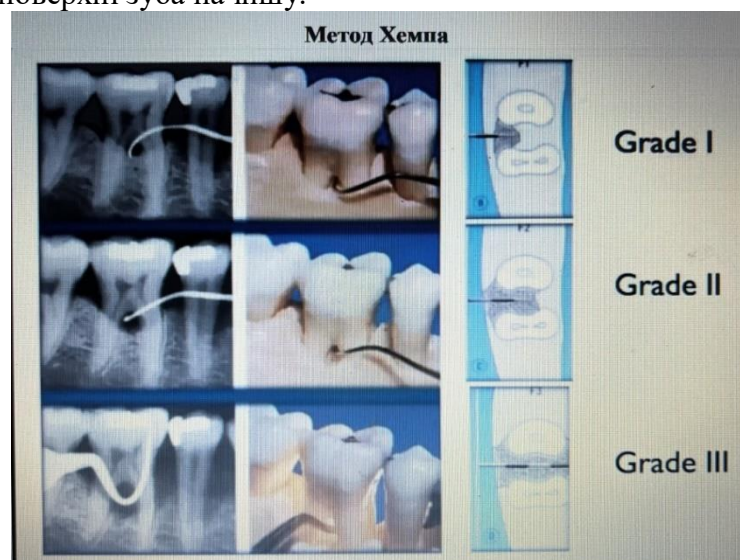
Залучення фуркації. За допомогою спеціального заокругленого пародонтального зонда визначається ступінь залучення фуркації. Проникнення зонда в ділянку фуркації вказує на її залучення в патологічний процес.

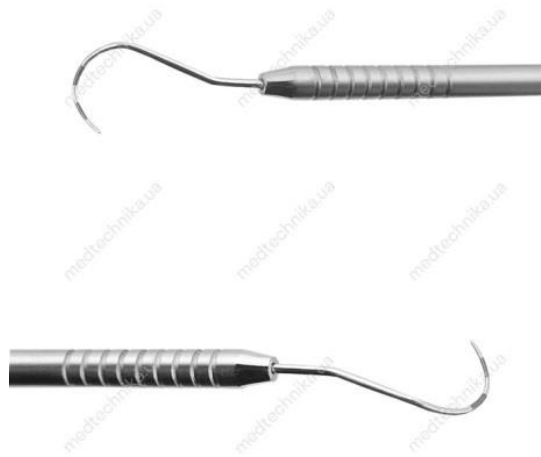
Класифікація ступеню залучення фуркації у патологічний процес:

Клас 1: рання стадія захворювання характеризується наявністю кісткової кишені з мінімальною резорбцією кістки в області фуркації. Фуркаційний зонд увійде в дефект на глибину 1 - 2 мм, визначається дуга фуркації.

Клас 2: кісткова резорбція проходить глибше в фуркацію, але не наскрізь. Зонд проникає в фуркацію на відстань більше 1-2 мм горизонтально.

Клас 3: кісткова резорбція повністю проходить через фуркацію. Зонд через фуркацію проходить з однієї поверхні зуба на іншу.





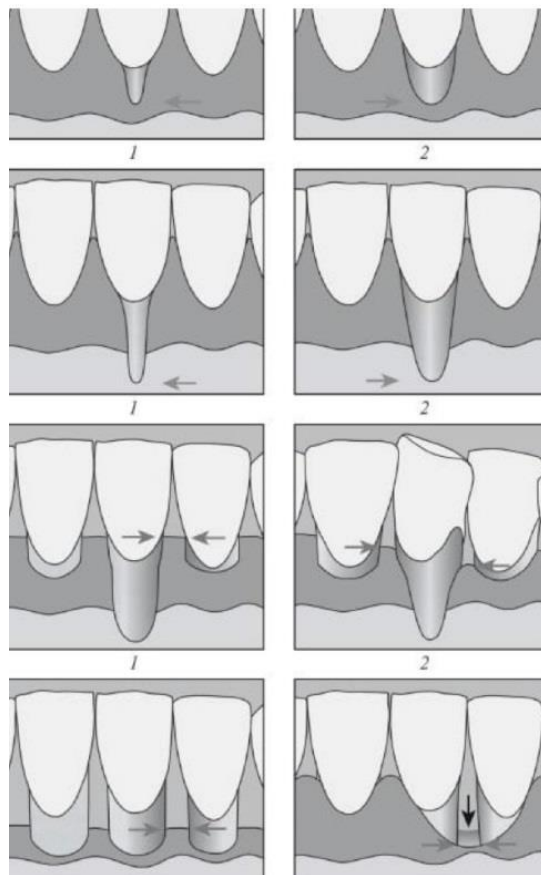
Визначення рецесії проводиться пародонтологічним зондом з вестибулярної і піднебінної (язичної) поверхонь кожного зуба. За визначенням Х.П.Мюллера рецесія ясен — це відстань між клінічним рівнем втрати прикріплення і глибиною зондування борозни (кишені).

Клінічна втрата прикріплення — це відстань між емалево-цементною межею і дном кишені, що клінічно зондується. Х.П.Мюллер виділяв залежно від причини дві форми рецесії ясен:

- 1) травматичної етіології — коли ясна практично не мають ознак запалення;
- 2) запального генезу — при деструктивних захворюваннях пародонту.

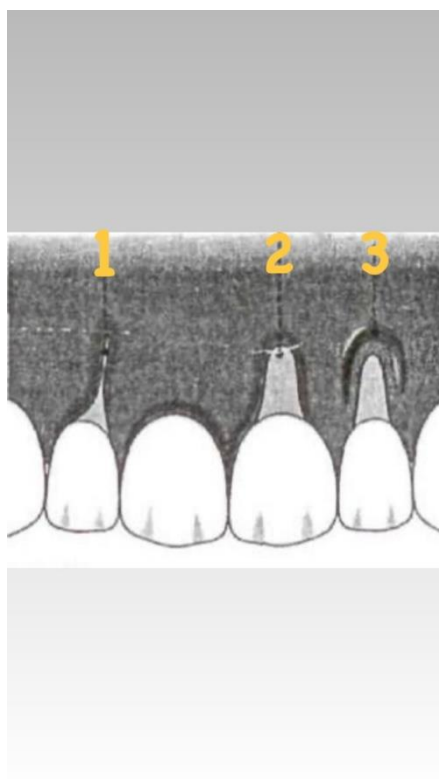
Класифікація рецесій ясен за Р.Д.Міллера:

- 1 клас — рецесія не доходить до слизово-ясенної межі
- 2 клас — рецесія переходить слизово-ясенну межу
- 3 клас — втрата прикріплення також апроксимальна (втрата ясенних сосочків)
- 4 клас — апроксимальна втрата прикріплення в поєднанні з порушенням розташування зуба.



При рецесії ясен можуть спостерігатись щілини Штільмана: дефекти у вигляді коми, виявляються на ділянці маргінальних ясен, що виникають при механічних ураженнях, зумовлених перш за все горизонтальними рухами зубної щітки та гірлянди Макколла на ділянці рецесії: фіброзне потовщення ясен при побутовому травмуванні зубною щіткою.

- 1 - щілина Штільмана
- 2 - рецесія
- 3 - гірлянда Макколла



Покровово зазначте стан зубів

- 1 Зубні відкладення 2 Ясенний край 3 Глибина зондування 4 Кровоточивість 5 Фуркація 6 Рухомість

		ВЕСТИБУЛЯРНО															
Статус зуба		Наявний	Наявний	Наявний	Наявний	Наявний	Наявний	Наявний	Наявний	Наявний	Наявний	Наявний	Наявний	Наявний	Наявний	Наявний	
Ясенний край		0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	
Глибина зондування		0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	
Фуркація		0	0	0											0	0	
Рухомість		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Кровоточивість																	
Зубні відкладення																	
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

Зубні відкладення																	
Кровоточивість																	
Фуркація		0 0	0 0	0 0		0 0							0 0		0 0	0 0	0 0
Глибина зондування		0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Ясенний край		0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
		ОРАЛЬНО															

		ОРАЛЬНО															
Статус зуба		Наявний	Наявний	Наявний	Наявний	Наявний	Наявний	Наявний	Наявний	Наявний	Наявний	Наявний	Наявний	Наявний	Наявний	Наявний	
Ясенний край		0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	
Глибина зондування		0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	
Фуркація		0	0	0											0	0	
Рухомість		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Кровоточивість																	
Зубні відкладення																	
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Зубні відкладення																	
Кровоточивість																	
Фуркація		0	0	0											0	0	0
Глибина зондування		0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Ясенний край		0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
		ВЕСТИБУЛЯРНО															

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. Белікова Н.І., Петрушанко Т.О., Беліков 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. <https://uaperio.org/klasifikatsiia-zakhvoriuvan-tkanyn-par/>
2. <http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/12535/1/%D0%90%D0%9B%D0%93%D0%9E%D0%A0%D0%98%D0%A2%D0%9C%D0%98.%20%D0%9F%D0%90%D0%A0%D0%9E%D0%94%D0%9E%D0%9D%D0%A2%D0%9E%D0%9B%D0%9E%D0%93%D0%86%D0%AF.%20%D0%94%D0%BD%D1%96%D0%BF%D1%80%D0%BE-%D0%97%D0%B0%D0%BF%D0%BE%D1%80%D1%96%D0%B6%D0%B6%D1%8F.pdf>
3. https://new.meduniv.lviv.ua/uploads/repository/kaf/kaf_prostheticdent_fpge/13.%20%D0%94%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D1%86%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B5%20%D0%BD%D0%B0%D0%B2%D1%87%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F%20%D0%BB%D1%96%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%96%D0%B2-%D1%81%D0%BF%D0%B5%D1%86%D1%96%D0%B0%D0%BB%D1%96%D1%81%D1%82%D1%96%D0%B2/02_%D0%A1%D0%9F%D0%95%D0%A6_%D0%9E%D0%A0%D0%A2_%D0%A1%D0%A2%D0%9E%D0%9C/04_%D0%9E%D0%BB%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%B8%D0%BA_%D0%90_%D0%93_%D0%9B%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F_%D0%9A%D0%BB%D0%B0%D1%81%D0%B8%D1%84%D1%96%D0%BA%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F_%D0%B7%D0%B0%D1%85%D0%B2%D0%BE%D1%80%D1%8E%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D1%8C_%D0%BF%D0%B0%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%BE%D0%BD%D1%82%D1%83.pdf