

*МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ*



***Гончарук-Хомин М.Ю., Крулько Д.В.**
«ТЕРАПЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ»:
«Захворювання пародонту».
Навчально-методичний посібник
до практичних занять з терапевтичної стоматології
для студентів 4-го курсу стоматологічного факультету*

УДК 616.314(076)

Терапевтична стоматологія: Захворювання пародонту. Навчально-методичний посібник до практичних занять з терапевтичної стоматології для студентів 4-го курсу стоматологічного факультету / Гончарук-Хомин М.Ю., Крулько Д.В. - Ужгород, 2024 – 68 с.

Колектив авторів-укладачів:

Гончарук-Хомин М.Ю. – PhD, завідувач кафедри терапевтичної стоматології ДВНЗ «УжНУ»;

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

Навчально-методичний посібник підготовлено для вивчення програми «Захворювання пародонту» з дисципліни «Терапевтична стоматологія» студентами 4-го курсу стоматологічного факультету. У посібник ввійшли методичні розробки для проведення практичних занять в комплексі з переліком рекомендованої навчально-методичної літератури. Даний посібник розроблений для поглиблення знань студентів стосовно етіопатогенетичних факторів, способів діагностики та методик лікування і профілактики захворювань пародонту.

Навчально-методичний посібник розглянуто та затверджено до друку на засіданні кафедри терапевтичної стоматології, протокол №1 від 18 січня.2024 р.

ЗМІСТ

Тема 1. Місцеве медикаментозне лікування хвороб пародонта, групи препаратів, способи застосування, показання.....	5
Тема 2. Мукогінгівальні операції у пацієнтів із хворобами пародонта.....	8
Тема 3. Хірургічні методи лікування хвороб пародонта (гінгівальні, остеомукогінгівальні, естетичні, регенеративні операції).....	11
Тема 4. Ортопедичні та ортодонтичні втручання у порожнині рота при хворобах пародонта.....	21
Тема 5. Загальне медикаментозне лікування пацієнтів із хворобами пародонта. Показання, групи препаратів, схеми лікування, виписування рецептів лікарських засобів.....	25
Тема 6. Фізіотерапія. Дієтотерапія пацієнтів із хворобами пародонта.....	28
Тема 7. Особливості лікування пацієнтів із запальними та запально-дистрофічними хворобами пародонта.....	33
Тема 8. Особливості лікування пацієнтів із хворобами тканин пародонта на тлі хвороб внутрішніх органів.....	36
Тема 9. Профілактика захворювань тканин пародонта. Етіологічні та патогенетичні підходи до профілактики, різновиди, форми організації, способи профілактики. Суспільні та індивідуальні заходи профілактики захворювань пародонта.....	41
Тема 10. Алгоритм індивідуальної гігієни порожнини рота при різному стані тканин пародонта.....	53
Тема 11. Організація пародонтологічного кабінету (відділення), його оснащення та необхідні лікарські засоби.....	55
Тема 12. Диспансеризація хворих із захворюваннями пародонта. Етапи, документація, оцінка ефективності диспансеризації.....	57
ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ	62
ВИСНОВКИ	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	68

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ ТА ТЕРМІНІВ

CAL	Клінічка втрата прикріплення
ВГ	Виразковий гінгівіт
ГГ	Гіпертрофічний гінгівіт
КГ	Катаральний гінгівіт
ХКГ	Хронічний катаральний гінгівіт
СОПР	Слизова оболонка порожнини рота

ТЕМА 1. Місцеве медикаментозне лікування хвороб пародонта, групи препаратів, способи застосування, показання.

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, наявності 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 ТМ) - розчин: 0,5%

глюканат хлоргексидину; - Hebident (Zeneca TM) - рідина для полоскання рота: 0,2% глюканат хлоргексидину; - 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 кислоти, 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 кислоти, 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 вигляді 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; - профезим; - 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 дезінфікуючі, протизапальні, дезодоруючі засоби у вигляді

аплікацій, інстиляцій, 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 бактериостичну дію на грампозитивні і грамнегативні бактерії. За наявності в пародонтальних кишнях грибової мікрофлори використовують протигрибкові препарати. За наявності гнійного ексудату в пародонтальних кишнях 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 пародонтологічній 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 інстиляцій в пародонтальні кишні. 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. Обґрунтоване використання 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 кишні та застосовують для аплікації у вигляді паст.

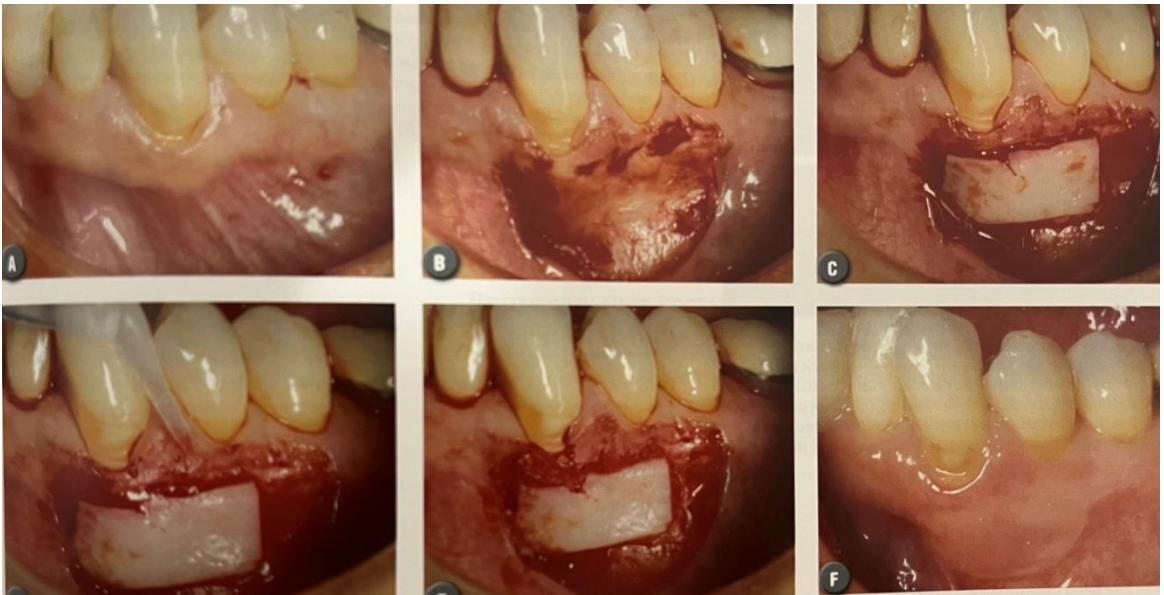
З метою стимуляції репаративних процесів в пародонті застосовують похідні піримідинових основ, яким властива анаболічна і антикатаболічною активність. Ці препарати не мають токсичної дії. Їх застосовують в комплексі з антибіотиками, вітамінами. В процесі місцевого лікування пародонтита лікарські речовини, введені в пародонтальні кишні, 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 кишнях, 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.

ТЕМА 2. Мукогінгівальні операції у пацієнтів із хворобами пародонта.

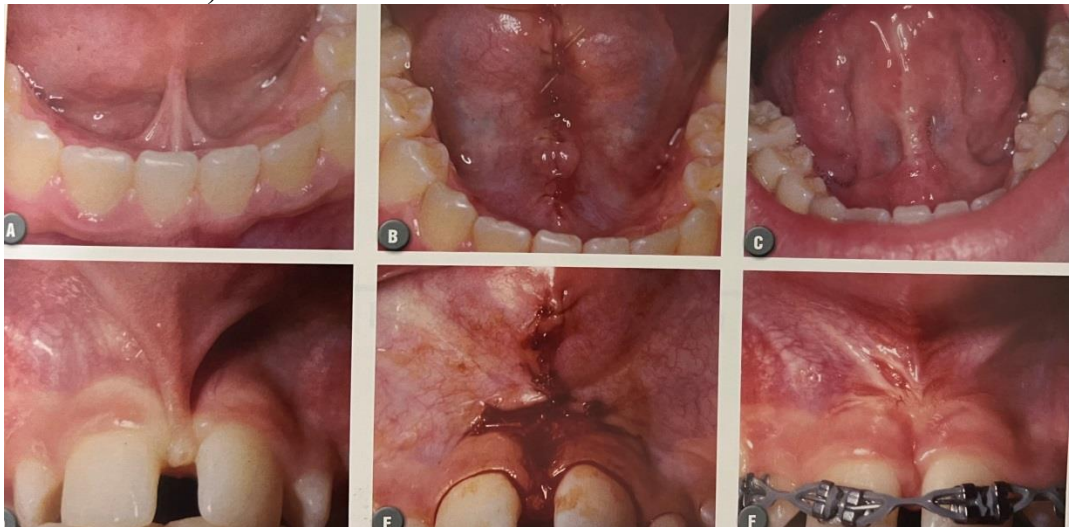
Мукогінгівальні операції розроблені для створення функціонально адекватної зони кератинізованих прикріплених ясен, поглиблення присінку порожнини рота, усунення несприятливого розташування і прикріплення сполучнотканинних тяжів, вуздечок і м'язів, корекція рівня ясенного краю при рецесіях.

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 коріннів зубів.

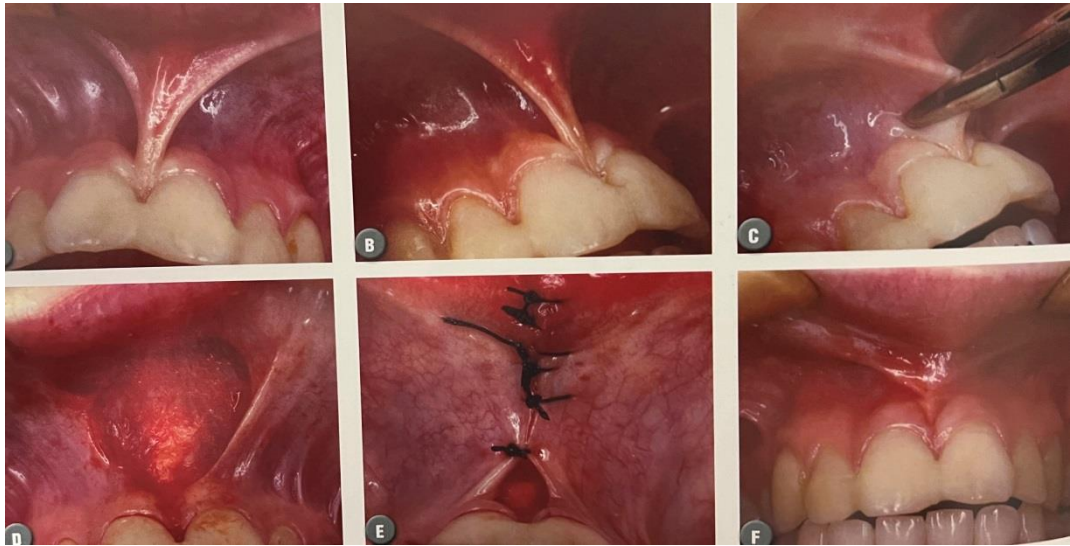


Вільний мягкотканний ауотрансплантат

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).



Френулотомія



Френулоектомія

Методика V- ромбоподібної френотомії полягає у проведенні розрівів 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-образної форми, яка може загоїтися вторинним натягненням, а може бути закрита швами.

Методика підслизової френотомії 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 слизової 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.



ТЕМА 3. Хірургічні методи лікування хвороб пародонта (гінгівальні, остеомукогінгівальні, естетичні, регенеративні операції).

Види хірургічних методів лікування хвороб пародонта:

1. Кюретаж: (закритий кюретаж; відкритий кюретаж; вакуум-кюретаж; кріокюретаж).
2. Гінгівотомія.
3. Гінгівектомія: (проста, радикальна).
4. Клаптеві операції:
 - що коригують край ясен (гінгівопластика),
 - із застосуванням засобів, стимулюючих регенерацію кістки (гінгівоостеопластика)
5. Спрямована тканинна регенерація.

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.

Показання до закритого кюретажу: генералізований пародонтит I - II ступеня тяжкості за наявності пародонтальних кишень глибиною до 4-5 мм.

Протипоказання до закритого кюретажу:

- гострий запальний процес;
- наявність абсцесу, кісткових кишень;
- стоншені стінки кишень;
- фіброзно змінені ясна;
- глибина кишень більше 5 мм;
- значна рухливість зуба;
- аномалія положення;
- гострі інфекційні захворювання СОПР, загальні захворювання.

Інструменти для кюретажу: кюрети, зуболікарські гачки різних форм і розмірів, екскаватори, напилки, рашпілі.

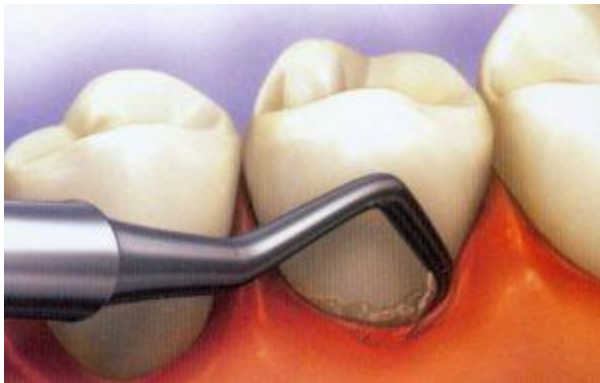
Етапи кюретажу :

1. Иригація порожнини рота слабкими розчинами антисептиків.
2. Знеболення розчинами анестетиків (аплікаційне, а краще інфільтраційне або провідникове).
3. Обробка операційного поля йодовмісними розчинами.
4. Видалення зубного каменю і зруйнованого цементу зуба.
5. Кюретаж кісткової тканини альвеоли.
6. Видалення грануляцій і врослого в кишень епітелію (деепітелізація кишень).
7. Промивання пародонтального кишень антисептичними розчинами під тиском, вимивання залишків зубного каменю, грануляції та ін. Заходи по зупинці кровотечі, формування кров'яного згустка.

8. Закриття кишені (притискання обробленої ясенної стінки до твердих тканин зубів і альвеолярної кістки). Накладання лікувальної пов'язки.

Рекомендується проводити кюретаж не більше 2 раз на рік, одночасно обробляються пародонтальні кишені в ділянці 3-4 зубів. Успішно проведений кюретаж дозволяє ліквідувати пародонтальні кишені, призводить до їх рубцевого зморщування і вrostання з'єднувальнотканинних волокон, що утворюються у міру організації кров'яного згустка і біологічно активних речовин, в шар цементу, що зберігся, і новоутвореного.

Недолік закритого кюретажу: недостатній огляд операційного поля, що може привести до неповного видалення вмісту пародонтальних кишень.



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.

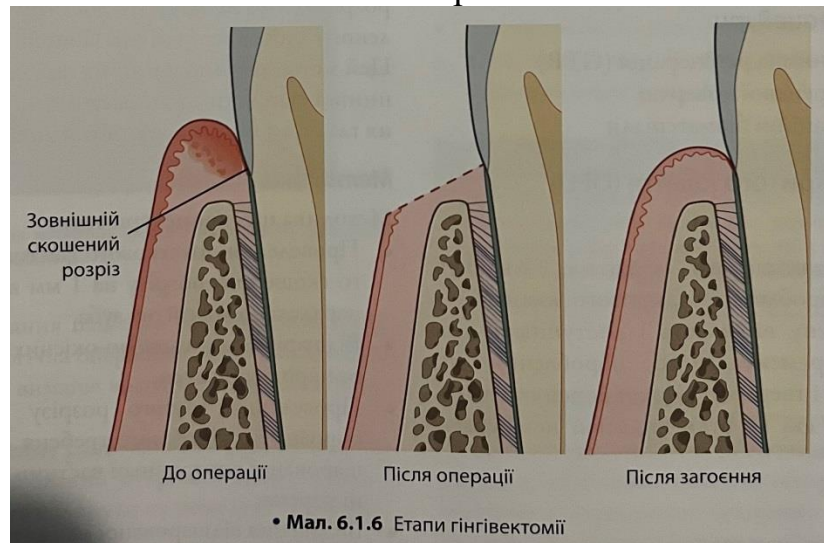
Має наступні етапи:

1. Проведення адекватного знеболення (інфільтраційне або провідникове), виявлення найбільшої глибини кишені.
2. Косий розріз ясенної стінки від її вільного краю до дна кишені (на вестибулярній, оральній стороні) так, щоб розітнути її на дві половини (внутрішню і зовнішню). Мета: повне посічення внутрішньої частини ясенної стінки пародонтальної кишені навколо зуба.
3. Видалення посіченої тканини кюретками і ретельна обробка поверхні кореня зуба.
4. Промивання кишені розчинами антисептиків і зупинка кровотечі.
5. Закриття кишені легким притисненням пальцями обробленої ясенної стінки до поверхні кореня і альвеолярних ясен. Накладення захисної пародонтальної пов'язки.



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

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

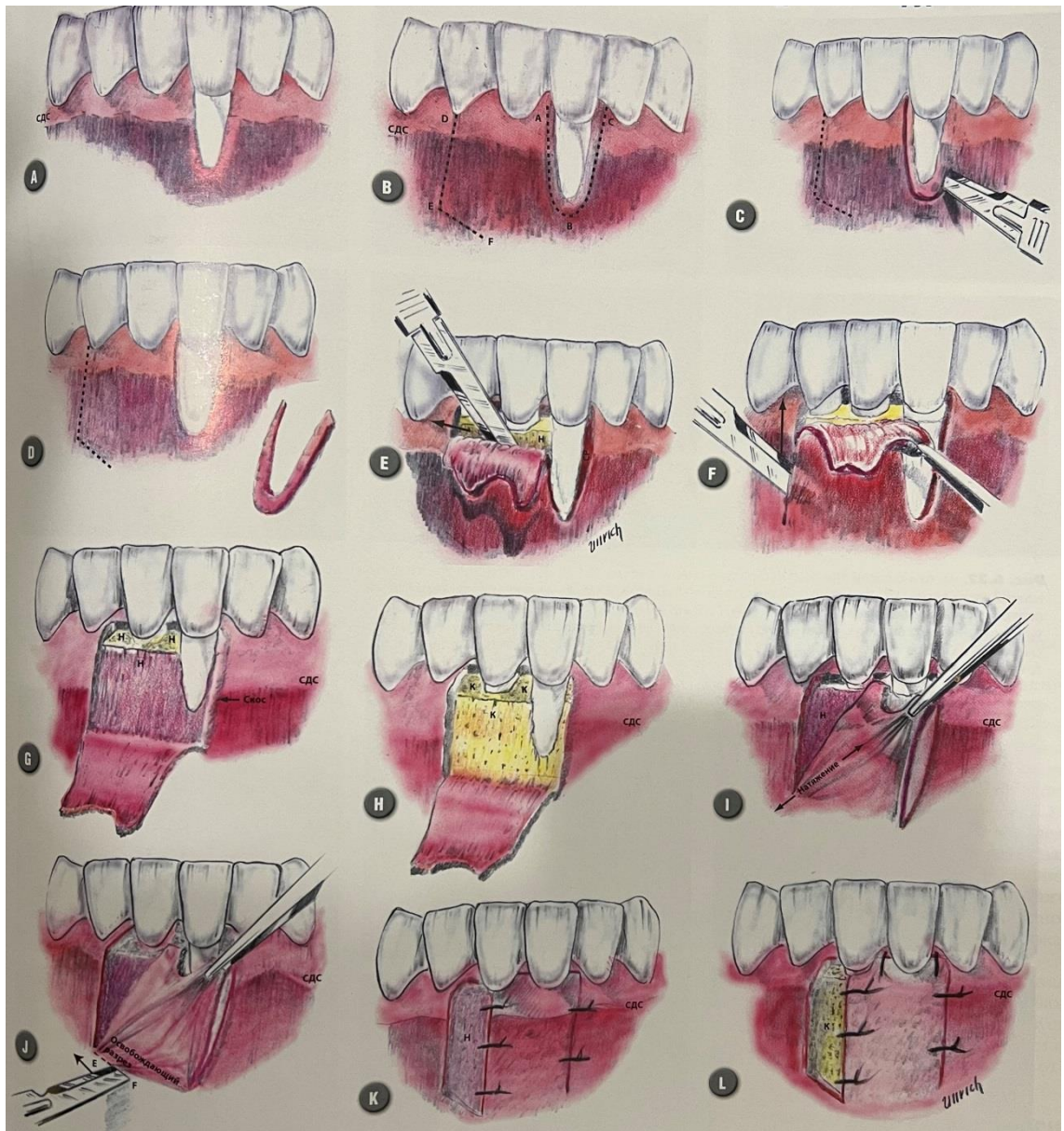


Проста гінгівектомія - при глибині пародонтальних кишень більше 4-5 мм і горизонтальній, рівномірній резорбції альвеолярного краю, при гіпертрофічному гінгівіті, розростанні грануляцій, підвищеній десквамації епітелію, відсутності рубцювання після кюретажу.

Радикальна гінгівектомія - подібна простій і включає видалення ясенної стінки пародонтальних кишень і обробку (нівелювання) кістки альвеолярного краю.

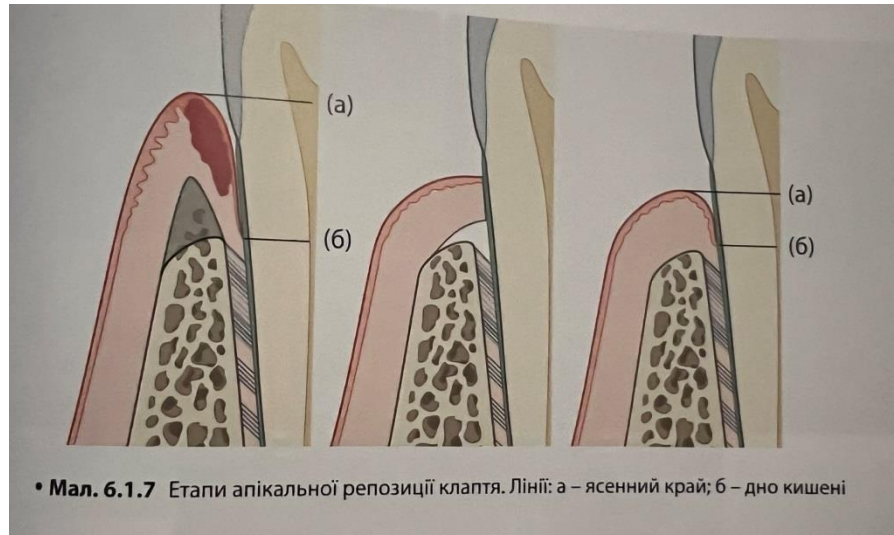


Клаптеві операції проводяться для ліквідації пародонтальних кишень і корекції дефектів альвеолярної частини верхньої і нижньої щелепи.



Латерально зміщений клапоть на ніжці

Показаннями до клаптевої операції є генералізований пародонтит II, III ступенів при глибині пародонтальних кишень більше 5 мм, деструкція кісткової тканини не більше ніж 1/2 довжини коренів зубів, стоншені і фіброзні змінені ясна.



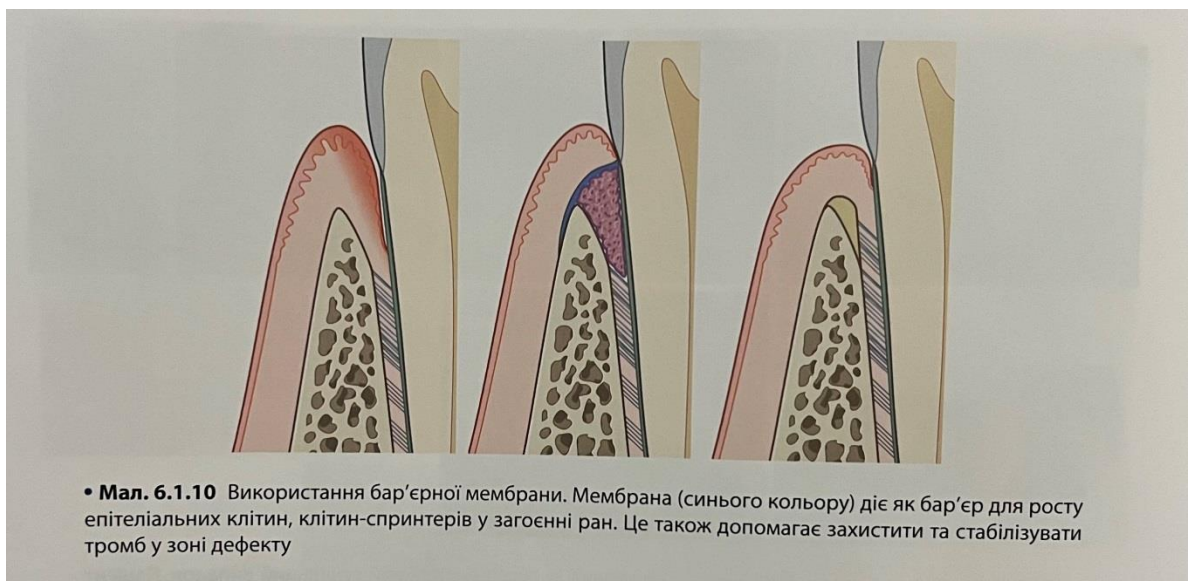
Гінгівоостеопластика - клаптеві операції із застосуванням засобів, які стимулюють регенерацію кістки.

Для посилення остеогенетичних процесів у кісткових кишнях їх після кюретажу заповнюють трансплантатами (ліофілізоване кісткове борошно, стружка, кістка, хрящ, формалінована кістка, брешокість, колагеновий остеопласт, препарати крові, консервована кров, фібриновий порошок, біопластмаса, біологічно активні тампони, тканинні трансплантати та ін.

Окрім кісткових трансплантатів застосовується і ряд інших на основі колагену, гідроксиапатиту, сорбентів, ціанакрилатів та ін.

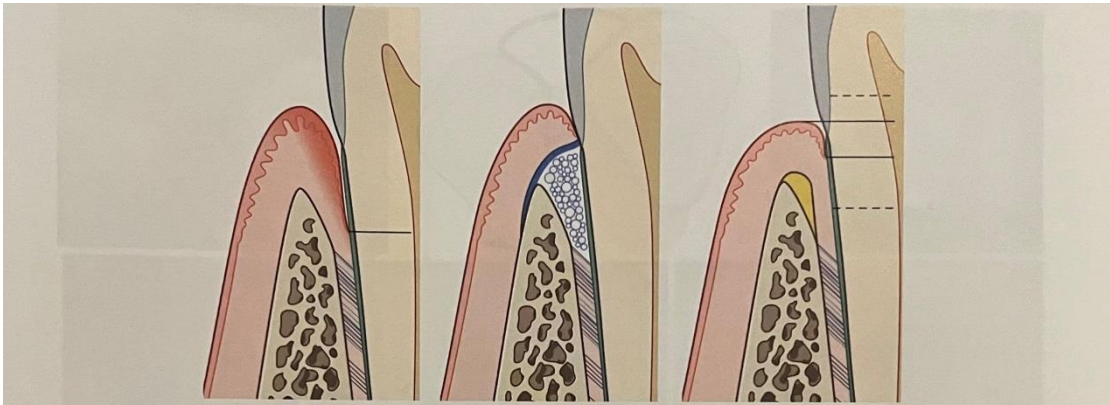


Метод спрямованої тканинної регенерації - застосування в ході клаптевої операції мікропористих мембран. Використання цього методу дозволяє зберегти кістку альвеолярного відростка і запобігти його резорбції.

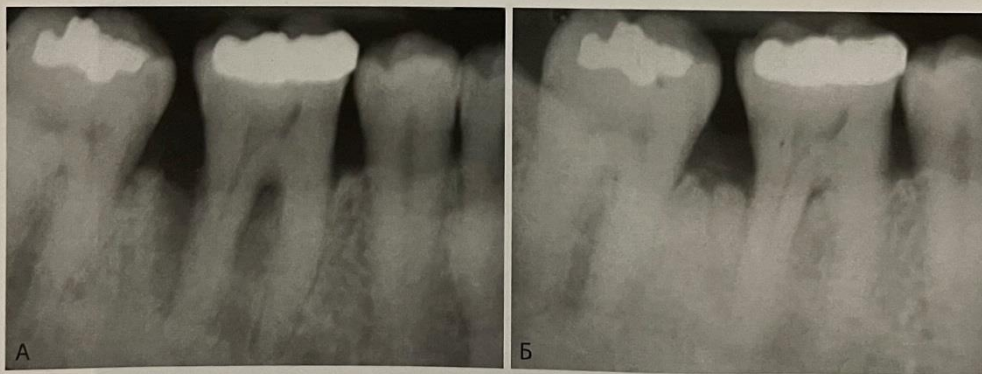


У післяопераційному періоді пацієнту показане дотримання ряду рекомендацій, що дозволить зменшити дискомфорт і вірогідність розвитку ускладнень:

1. Невелика кровоточивість може мати місце протягом 24 годин після операції.
2. Деяка набряклість є нормальним наслідком хірургічного втручання. Щоб уникнути виникнення набряку, потрібно прикладати пакет з льодом до щоки в області операції протягом наступних 2-3 години на 15 хвилин з перервами по 15 хвилин.
3. Приймати медикаменти, дотримуючись рекомендацій лікаря. При прийомі лікарських засобів не можна вживати алкогольні напої або інші медичні препарати без дозволу лікаря. Запивайте таблетки цілим стаканом води або соку, що дозволить уникнути нудоти.
4. Приймати велику кількість рідини протягом слідуючих декількох днів. Не можна використовувати соломинку.
5. Приймати будь-яку комфортну їжу (наприклад, супи або іншу м'яку їжу) протягом декількох наступних днів.
6. Протягом декількох днів після операції зменшити фізичне навантаження.
7. Чистий рот гоїться швидше! Проводити чищення акуратно, не пошкоджуючи тканини в ділянці операції.
8. Для підтримки гігієни акуратно полоскати рот теплою водою після кожного прийому їжі.
9. Уникати паління і прийому алкоголю після операції!
10. При використанні пародонтологічної пов'язки вона повинна знаходитися у порожнині рота протягом 1 тижня.
11. За наявності швів їх видалення проводить лікар-стоматолог через 7-14 днів.



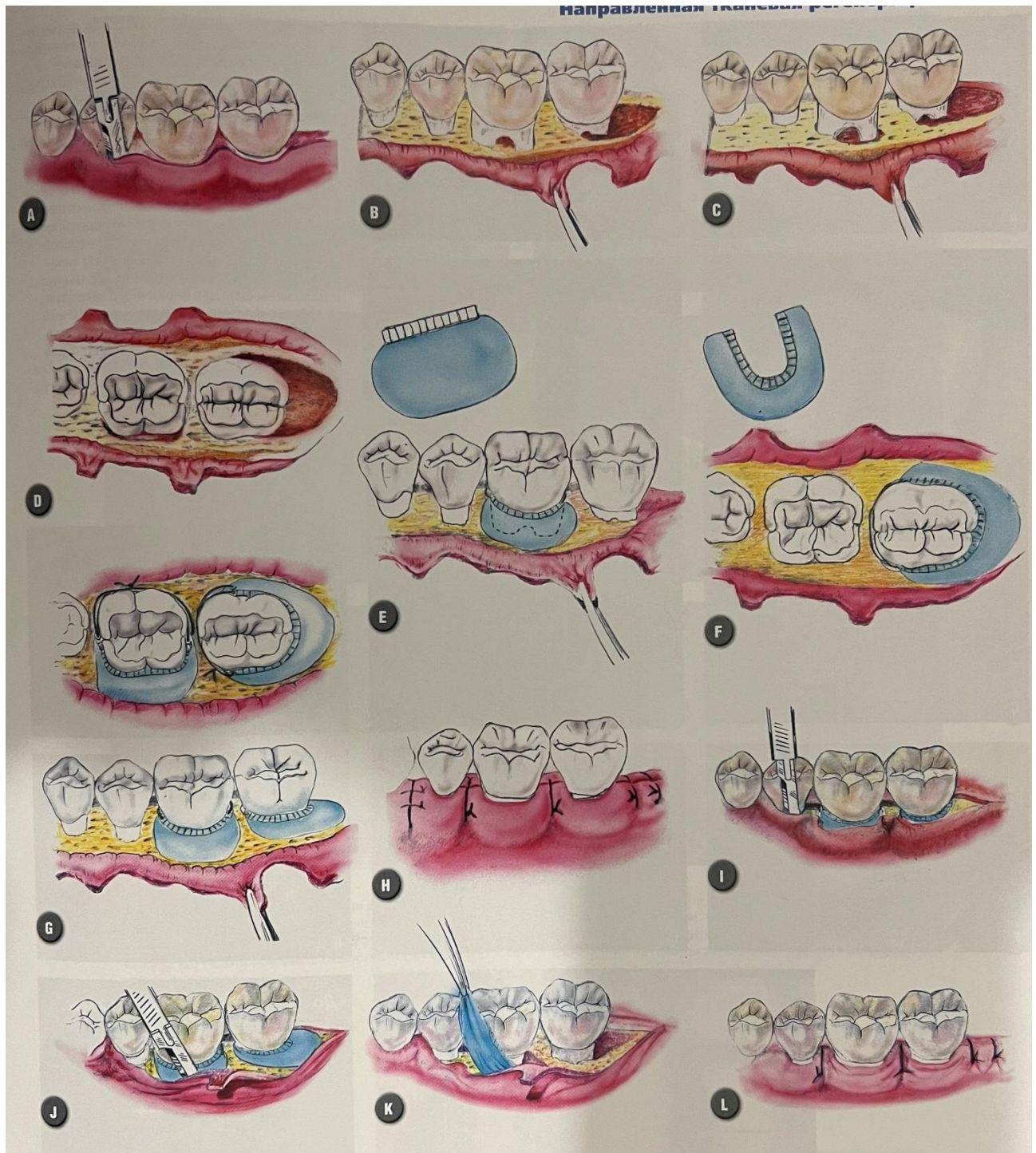
• **Мал. 6.1.14** Комбінований регенеративний підхід із використанням бар'єрної мембрани та кісткового «наповнювача», призначений для збереження простору для згустка крові та запобігання колапсу мембрани в дефект



• **Мал. 6.1.15** Внутрішньокістковий дефект на 36 зубі дистально із залученням фуркації, призначено лікування за допомогою комбінованої методики спрямованої тканинної регенерації (GTR) з ксенографічним кістковим заміником. Передопераційна рентгенограма та контроль загоєння через 6 міс.



Спрямована тканинна регенерація, Біо-Осс/БіоГайд.



Хірургічні методики спрямованої регенерації тканини. (А) Внутрішньом'язовий розріз. (В) Видалення залишкового епітелію кармана. (С, D) Ретельне видалення каменів, згладжування кореня зуба та хірургічна обробка тканин здійснюється таким чином, що дефекти повністю звільнюються від тканин. (Е) 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 врослої тканини та епітелію з-під клаптя. (K) Мембрани видалено. (L) Остаточне накладання швів за допомогою вузлових швів

ТЕМА 4. 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.



Травматична оклюзія викликає значне перевантаження тканин пародонта, тому виявляти і усувати її необхідно якомога раніше, не допускаючи виражених форм: зсуву, міграції зубів, порушень прикусу та ін.

За наявності травматичної оклюзії слід здійснити вибіркоче 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 оклюзії, 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.

Після зішліфовування поверхню зубів полірують, потім проводять курс ремінералізуючої терапії.

Шинування (тимчасове і постійне) – передбачає з'єднання функціонально орієнтованих груп зубів в єдиний блок, здатний протистояти різним напрямкам 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.

Вимоги до накладання шин: - не травмувати ясна, опорні зуби;

- не утрудняти підхід до тканин пародонта для проведення місцевих медикаментозних втручань;
- створити умови фізіологічного спокою;
- не порушувати естетичного вигляду.

Переваги тимчасових шин:

- естетична і психологічна;
- виключає перевантаження зубів, які залишилися;
- настає швидка адаптація;
- максимально сприятлива для формування ложа протеза;
- виключається міжальвеолярне зближення щелеп.

Конструкції тимчасових шин:

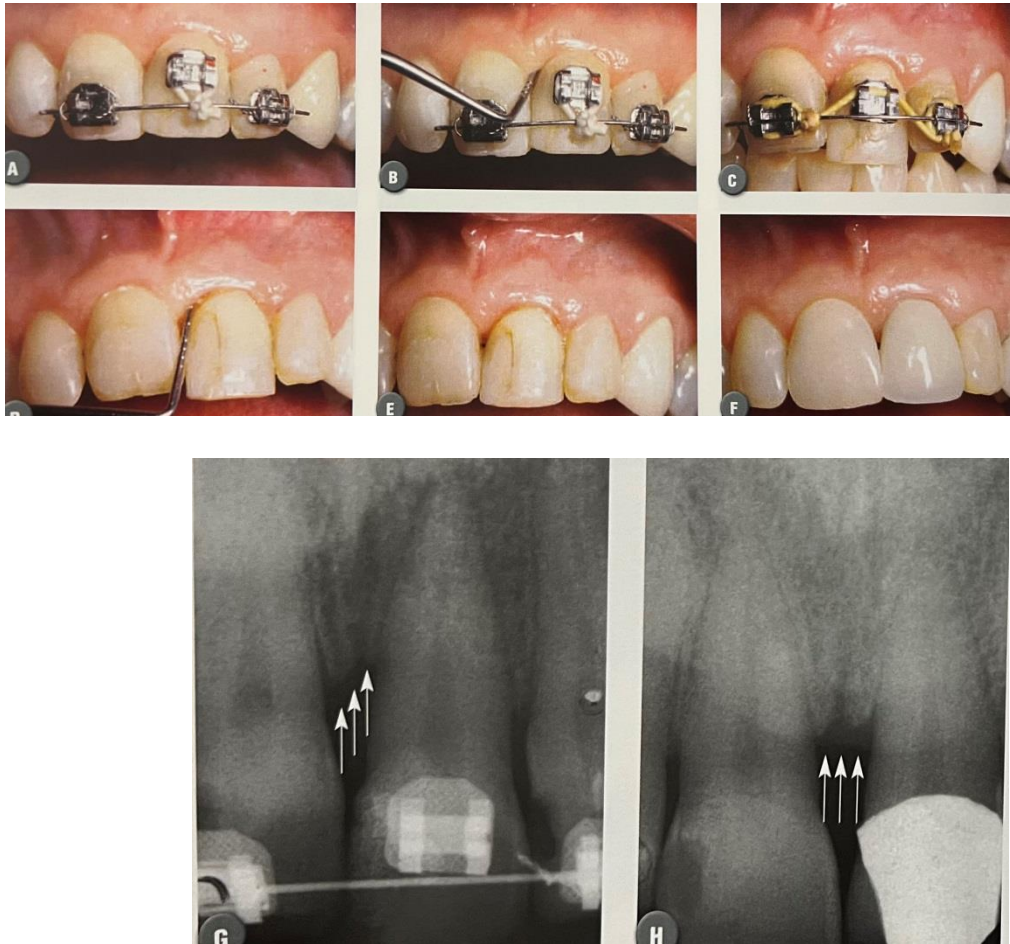
- пластмасові шини з композитів;
- лігатурні шини, облицьовані композитом;
- скловолоконні;
- дротяні балочні по ріжучому краю фронтальних зубів або жувальних поверхнях бічних зубів; - попарне шинування зубів парапульпарними П-подібними скобами.

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. (А, В) Клінічна картина до лікування. Зверніть увагу на мезіальний внутрішньокістковий дефект на центральному різці. (С) 4 тиж. по тому. Зверніть увагу на витяг зуба. (D) 1 міс. по тому. (Е, 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

При втраті хворим значної кількості зубів і при видаленні зубів у процесі лікування використовують безпосереднє протезування (іммедіатпротези). Його здійснюють для відновлення безперервності зубних рядів, „розвантаження” пародонта зубів, що залишилися і попередження зміщення зубів, розміщених поряд із дефектом.



Подовження коронки: ясенна посмішка внаслідок висунання верхньої щелепи. (А, В) Початковий зовнішній вигляд висунання переднього сегмента верхньої щелепи та глибокий прикус. (С, D) Вид збільшеної опуклості верхньої щелепи та сильної стертості нижніх зубів. (Е, F) Виконано подовження коронки зубів верхньої та нижньої щелеп, клапті фіксовані вертикальними періостальними матрацними швами. (G, H) Остаточне загоєння через 3 міс. після операції. Остаточне протезування на зубах з 12-го по 22-й та з 32-го по 42-й. Зверніть увагу на відмінне співвідношення лінії змикання зубів та ясенної лінії. (К) Виправлення глибокого прикусу. (I) Остаточна посмішка. Зверніть увагу на симетрію оклюзійної та губної лінії. Порівняйте з К.

ТЕМА 5. Загальна медикаментозна лікування пацієнтів із хворобами пародонта. Показання, групи препаратів, схеми лікування, виписування рецептів лікарських засобів.

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. При місцевому лікуванні комплексний підхід включає консервативні, хірургічні, ортопедичні та фізіотерапевтичні методи. Об'єм та послідовність їх застосування визначається клінічними проявами захворювання та загальносоматичним станом хворого в кожному конкретному випадку.

Загальне лікування. Мета: покращення загальносоматичного стану хворого, підвищення опірності організму. **Показання:** генералізований пародонтит (початковий, I, II, III ступінь)

Заходи:

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



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

Фази лікування генералізованого пародонтиту

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

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

- Ліквідація чи зменшення глибини пародонтальних кишень зі створенням мінімальної глибини ясенної борозни.
- Створення функціональної оклюзії за допомогою вибіркового пришліфування зубів, раціонального тимчасового шинування, ортодонтичного лікування та постійного протезування.
- Проведення подальшого постійного раціонального догляду

2. Хірургічне лікування захворювань пародонта із подальшими реабілітаційними заходами:

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

3. Реставраційне лікування. Постійне протезування:

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

4. Підтримувальна терапія, диспансерне спостереження:

- Підтримувальне лікування пародонта.
- Підвищення рівня гігієни порожнини рота.
- Повторне видалення зубних відкладень і оброблення поверхні коренів.
- Хірургічні втручання.

Загальний план лікування хворого на генералізований пародонтит

1. Усунення місцевих подразників

- Навчання та контроль індивідуальної гігієни порожнини рота
- Видалення зубних відкладень
- Лікування карієсу та його ускладнень
- Заміна неякісних пломб та ортопедичних конструкцій
- Ортодонтичне лікування
- Ортопедичне лікування.

2. Ортопедичне лікування

- Усунення травматичної оклюзії
- Створення ковзної оклюзії
- Тимчасове шинування рухомих зубів
- Раціональне протезування та постійне шинування рухомих зубів

3.Медикаментозне лікування(місцеве, загальне). Місьцеве

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

ТЕМА 6. Фізіотерапія. Дістотерапія пацієнтів із хворобами пародонта.

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

Загальні протипоказання до фізіотерапії.

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

Фізіотерапія в практиці пародонтолога протипоказана при:

- ідіопатичних захворюваннях пародонту,
- пародонтомах,
- за наявності загальних протипоказань,
- за наявності особистих протипоказань.

Умови призначення фізіотерапії в пародонтології:

- попереднє усунення місцевих травмуючих чинників в порожнині рота;
- можливе одночасне поєднання з ортопедичним, хірургічним, медикаментозним лікуванням захворювання пародонту.

Рецептура фізіотерапії при захворюваннях пародонту визначається:

- особливостями патологічного процесу в пародонті;
- перебігом, фазою розвитку, тяжкістю захворювання;
- загальним станом хворого;
- універсальними і специфічними механізмами дії фізичного чинника

Етіологічні покази до фізіотерапії захворювань пародонту:

- I. Ліквідація мікрофлори в порожнині рота:
 1. Місцеве УФО, КУФ;
 2. Електрофорез антибіотиків, антисептиків.

II. Наявність соматичних захворювань:

Невроз, астеничний стан :

1. Електросон, 2. Загальне УФО 3. Аероіонізація 4. Гальванізація коміркової зони 5. Дія на слизову оболонку носа діадінамічними і СМТ-струмами

Вегетосудинна дистонія:

1. Гальванізація коміркової зони 2. Загальне УФО 3.Електрофорез на коміркову зону брому, вітамінів, 5% новокаїну, 2% тримекаїну, 5% сульфату магнію. 4. Ультразвук на верхньошийний відділ хребта. 5. Франклінізація 6. Гідротерапія 7. Лікувальний масаж.

Функціональні порушення судинної системи:

1. Гальванізація за назальною методикою 2. Електросон 3. Електрофорез за назальною методикою димедролу, вітаміну В1, 5% новокаїну
2. Аероіонотерапія 3. Франклінізація 4. Гідротерапія загальна 5. Прогулянки на свіжому повітрі, ЛФК.

Гіпертонічна хвороба:

1. Масаж коміркової області.
2. Рефлексотерапія.
3. Аероіонотерапія

Помилки призначення фізіотерапії при захворюваннях пародонту:

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

Фізіотерапія гінгівіту катарального:

1. Гідротерапія
2. КУФ, загальне УФО
3. Лазеротерапія
4. Дарсонвалізація
5. Аероіонотерапія
6. Франклінізація

Фізіотерапія гінгівіту гіпертрофічного:

1. Електрофорез
2. Дарсонвалізація
3. Гідротерапія
4. Діадинамо-і СМТ-терапія

Фізіотерапія гінгівіту виразкового:

1. Гіпотермія
2. КУФ
3. Аерозольотерапія
4. Гідротерапія
5. Атермічні дози УВЧ
6. Мікрохвильова терапія

7.Лазеротерапія

Фізіотерапія пародонтиту:

1. Гідротерапія
2. Лазеротерапія
3. Флюктоорізація
4. Фонофорез

Ясенні кишені ліквідують за допомогою діатермокоагуляції та кріохірургії – некротизують за допомогою високих та низьких температур, потім також накладають лікувальні пародонтальні пов'язки, які сприяють епітелізації пошкодженої поверхні ясен.

Дієтотерапія пацієнтів із хворобами пародонта.

Дієтотерапія – лікувальний метод, що полягає у терапії різних захворювань спеціальною дієтою, використання харчування для лікування різноманітних захворювань. Для оптимального формування функцій жувального апарату велике значення має активне жування, повноцінне і рівномірне навантаження на зубні ряди.

Особливо необхідне вживання твердої їжі, яка стимулює обмін речовин у тканинах пародонта, поліпшує мікроциркуляцію. Сирі овочі та фрукти, сухофрукти, тверді сири, сприяють механічному самоочищенню зубів, стимулюють слиновиділення, що поліпшує гігієнічний стан порожнини рота. В основу дієтотерапії покладена теорія збалансованого харчування. Вплив лікувального харчування визначається якісним і кількісним складом їжі (білки, жири, вуглеводи, вітаміни, мінеральні речовини, мікроелементи тощо), її калорійністю, фізичними властивостями (об'єм, температура, консистенція), режимом харчування (години прийому, розподіл їжі протягом дня, частота прийомів), лікувальними властивостями окремих продуктів.

Виділяють 10 кроків до здорового харчування:

1. Здорова збалансована дієта – різноманітні продукти, переважно рослинні. Прийом їжі кілька разів на день, в одні і ті ж години.

2. Хліб, круп'яні та макаронні вироби, рис і картопля доцільно вживати кілька разів на день з кожним прийомом їжі.

3. Різноманітні овочі та фрукти їсти кілька разів протягом дня в кількості більше 400 г на добу додатково до картоплі. Перевагу овочам і фруктам, вирощеним в місцевих умовах.



4. Молоко і молочні продукти з низьким вмістом жиру і солі (кефір, сир, йогурт) вживати щодня, особливо жінкам.

5. М'ясо та м'ясні продукти з високим вмістом жиру слід замінити бобовими, рибою, птицею або худими сортами м'яса. Порції м'яса, риби, птиці повинні бути невеликими.

6. Перевага дієти з низьким вмістом цукру – не більше 10% добової енергетичної цінності раціону.

7. Споживання загального жиру сумарно має бути 15-30% добової енергетичної цінності їжі. Перевага приготування продуктів на пару, відварюванням, запіканням.

8. Загальне споживання кухонної солі з урахуванням її кількості, що міститься в хлібі та інших продуктах, не повинно перевищувати 1ч.л. (6 г) на день. Рекомендується використовувати йодовану сіль.

9. Ідеальна маса тіла відповідає межах ІМТ Кетле (маса тіла / зріст (м²)) - 18,5 - 24,9 кг / м². Необхідний помірний рівень фізичної активності. Критерії абдомінального ожиріння: відношення обхвату талії до обхвату стегон понад 1,0 для чоловіків і 0,85 для жінок. Критерії метаболічного синдрому: окружність талії у чоловіків понад 102 см, у жінок – понад 80 см і, особливо, 88 см.

10. Споживання алкоголю повинно складати не більше 20 г на день. При щоденному вживанні слід утримуватися від прийому не менше 1 разу на тиждень. Необхідно пам'ятати, що переїдання, як і голодування, порушує обмін речовин в організмі.

Раціональне харчування передбачає правильне співвідношення білків, жирів, вуглеводів, вітамінів та мінеральних речовин. У віковій групі до 20 років частка рослинних жирів повинна складати не менше 10 % від їх загальної кількості. Необхідно подбати про достатнє надходження в організм мінеральних солей і фосфатів (кальцію – до 1,5 г на добу, фосфату – до 2,5 г на добу). Необхідно зменшити частку кондитерських виробів, солодоців. Збалансоване харчування у віці 20-40 років передбачає збільшення частки рослинної нерафінованої олії до 20-25 % від загальної кількості жирів і продуктів, які мають ліпотропний ефект (овочі, молочні і морські продукти).

У режимі харчування у віці понад 40 років слід передбачати зниження загальної енергетичної цінності їжі до 2400 ккал. Кількість вуглеводів повинна бути мінімальною, з підвищенням у раціоні частки кисломолочних страв. Із продуктів харчування при пародонтиті можна призначати солодовокукурудзяний екстракт – по 1 ст. л. 2-3 рази на день. Він містить комплекс мікроелементів (кобальт, нікель, золото, мідь, цинк), мінеральних речовин (кальцій, магній, натрій, фтор та ін.), вітаміни, цінні білки, гормони, ферменти.

Для дієтотерапії пацієнтів із хворобами пародонта застосовують рибні продукти, які містять ейкозапантаєнову і докозагексаєнову кислоти та знижують синтез прозапальних простагландинів II типу і лейкотриєнів IV типу в ясенній крові, в ясенній і ротовій рідинах та тканинах пародонта (В. І.

Герелюк, 2004). В умовах підвищеного радіаційного впливу в харчуванні пацієнтів із хворобами пародонта велику роль відіграють жири, особливо рослинні, які мають поліненасичені жирні кислоти та антиоксиданти. Метионін і цистеїн містяться в білку молока, яєць, бобових, у вівсяних крупах, домашньому сирі, курятині, а найбільше їх – у насінні соняшника. Пектин зв'язує в травній системі радіоактивний стронцій, зменшуючи тим самим відкладання його в кістках скелету. Найбільше пектину містять: буряк, редис, редька, абрикоси, айва, сливи, груші, цитрусові. Вітаміни мають вплив на підвищення опірності організму до опромінення, тому щоденно треба вживати 2-3 яблука, свіжу зелень або кислу капусту, джем із чорної смородини, відвар шипшини. Вітаміни групи В містять сірку і мають радіопротекторну дію. Дуже корисним є тіамін, рибофлавін, нікотинова кислота, їх джерело – чорний хліб, молоко, яйця, риба, печінка, бобові, овочі, молода зелень. Джерела вітаміну Д для організму людини – жирна риба (оселедець, скумбрія, лосось), молочні продукти, яйця. Оптимальне надходження для дорослих [(рекомендації Institute for Clinical Improvement (Osteoporosis, 2005)] 800-1000 МО/добу. Рівень синтезу в організмі залежить від: пігментації шкіри, площі неприкритою одягом шкіри, широти розташування регіону, погодних умов, тривалості дня, пори року, віку.

Велика кількість мінеральних речовин у раціоні пацієнтів із захворюваннями пародонта є дуже важливою. Це – солі калію, кальцію, магнію, фосфору, які містяться у фруктах, картоплі, крупах, капусті, моркві, буряці, куразі, родзинках, чорносливі, чорній смородині. Із круп найкорисніші вівсяна і гречана. Соя містить у 1,5 разів більше білків (до 52 %), ніж м'ясо, риба, яйця. У сої високий вміст калію, магнію, селену, антиоксидантів, лецитину, вітамінів, поліненасичених жирних кислот, які не синтезуються в організмі (лінолева – 55 %, ліноленова – 11 %), але входять до складу клітинних мембран, сприяють виведенню холестерину.

Корисні різні види горіхів, у яких міститься багато повноцінних білків, велика кількість токоферолу. Перешкоджають засвоєнню кальцію в організмі людини продукти з високим вмістом щавлевої кислоти, 0,5-1,5% (утворюється нерозчинний оксалат кальцію) – шпинат, агрус, ревінь, щавель, кропива; захворювання шлунково-кишкового тракту – виразкова, жовчнокам'яна хвороба, хронічні гепатити; надмірний вміст в їжі фосфору, калію, магнію (оптимальне співвідношення Ca, P, Mg в раціоні або продукті 1: 1: 0,7); жирна їжа; надмірне споживання, легкозасвоюваних вуглеводів, кави. Важливу роль у дієтотерапії пацієнтів із хворобами пародонта відіграє помірне вживання антистресових продуктів харчування: твердих сирів, чорного шоколаду, бананів, вівсянки, червоних сортів риби, насіння соняшника, горіхів, фруктів, меду.

ТЕМА 7. Особливості лікування пацієнтів із запальними, запально-дистрофічними та дистрофічними хворобами пародонта

Місцеві втручання при лікуванні запальних захворювань тканин пародонта можна звести до загальної схеми, яка з різними варіаціями може бути застосована для будь якої нозологічної одиниці в межах даної групи.

1. Видалення зубних відкладень.
2. Усунення травматичних агентів – дефектів пломбування і протезування, аномалій положення зубів, патологій прикусу.
3. Навчання правильному чищенню зубів і контроль його із використанням індикаторних розчинів (фуксин, розчин Люголя, таблеток еритрозиу, діплаку).
4. Розробка індивідуального алгоритму гігієнічного догляду за порожниною рота та рекомендації по вибору засобів гігієни.
5. Санація порожнини рота.
6. Місцеве медикаментозне лікування.
7. За показаннями стоматологічне хірургічне (реконструктивні операції з усунення аномалій розвитку м'яких тканин - вуздечок язика, губ, тяжів слизової оболонки, мілкого передвер'я рота тощо), ортодонтичне та ортопедичне лікування.

8. Фізіотерапія.

Для лікування запальних захворювань пародонта найчастіше використовують такі групи медикаментів: • препарати рослинного походження; • антисептики; • протизапальні препарати; • інгібітори протеолізу і фібринолізу, антикоагулянти; • кератолітики і препарати склерозуючої дії; • ферментні препарати; • антипротозойні та протигрибкові препарати; • кератопластики.

Загальне лікування призначають з урахуванням поширеності захворювання, загального стану організму, наявної соматичної патології, етіології і патогенезу захворювання, ступеню інтоксикації організму, превалювання тих чи інших симптомів захворювання.

Особливості лікування пацієнтів з локалізованим пародонтитом

- 1) усунення місцевих травмуючих факторів;
- 2) застосування симптоматичної протизапальної терапії;
- 3) раціональне пломбування, протезування, у разі необхідності – хірургічні втручання. При усуненні місцевих травмуючих факторів використовуються різноманітні антисептики, протизапальні засоби, ферменти. Обов'язковою умовою успішного лікування є раціональне пломбування і протезування.

Етапи лікування генералізованого пародонтиту Попердній етап – системне лікування, екстренна допомога, оптимізація гігієни порожнини рота.

Фаза 1 – усунення усіх імовірних етіологічних факторів та подразників тканин пародонта, медикаментозне лікування симптоматичного гінгівіту та пародонтальних кишень.

Фаза 2 – хірургічне лікування із подальшими реабілітаційними заходами. Сюди входять лікарські заходи, спрямовані на ліквідацію або зменшення

глибини пародонтальних кишень, відновлення архітекτονіки кістки коміркового відростка.

Фаза 3 – реставраційне лікування. На даному етапі проводять потрібні медико-профілактичні заходи згідно з термінами диспансерного спостереження за хворим, раціональне зубне протезування з використанням постійних шин та шин-протезів.

Фаза 4 – підтримуюча терапія. Передбачає диспансерне спостереження, яке проводять у певні терміни та в обсязі, що відповідають стану тканин пародонта в цілому.

Схема лікування хворого на генералізований пародонтит I. Місцеве лікування

1. Усунення подразнюючих чинників: а) професійна гігієна порожнини рота; б) раціональне пломбування каріозних порожнин, відновлення міжзубних контактів; с) вилучення неповноцінних пломб та ортопедичних конструкцій; д) усунення аномалій положення окремих зубів та деформацій жувальної системи; е) усунення фізичних та хімічних подразників.

2. **Медикаментозне лікування:** а) лікування симптоматичного гінгівіту (згідно зі схемою лікування окремих форм гінгівіту); б) лікування пародонтальних кишень.

3. Хірургічне лікування: а) френулотомія, вестибулопластика, закриття ізольованих рецесій; б) кюретаж пародонтальних кишень; с) гінгівотомія, гінгівектомія, лоскутні операції, спрямована тканинна регенерація; д) видалення зубів, які не підлягають консервативному лікуванню або мають III ступінь рухомості.

4. Ортопедичне лікування: а) вибіркоче пришліфовування; б) шинування (тимчасове і постійне); с) раціональне протезування; д) ортодонтичне лікування.

5. Фізіотерапевтичне лікування: а) електролікування; б) гідротерапія; с) світлолікування; д) парафіно-, озокерито-, пелоїдотерапія і т.ін.

II. Загальне лікування

1. Лікування загальних соматичних захворювань.

2. Нормалізація психологічного статусу.

3. Дієтотерапія.

4. Антибактеріальні, протизапальні, антиоксидантні, остеотропні, гіпосенсибілізуючі, імуномодулюючі, інфузійні, адаптогени, фітостероїди, апіпрепарати, гомеопатичні, антирезорбенти, біостимулятори, вітаміни, мінерали, біопрепарати, сорбенти, седативні, засоби рослинного походження .

Запропонована схема відображає лише загальні підходи і в кожній конкретній ситуації обсяг допомоги визначається станом здоров'я пацієнта, початковим станом тканин пародонта, психологічними даними (мотивація звернення до стоматолога, взаємовідносини лікар-хворий, ставлення до можливого хірургічного втручання), регулярністю та якістю догляду за порожниною рота, компетентністю лікаря.

За спостереженнями А.І. Ніколаєва, Л.М. Цєпова (2003), хворий на генералізований пародонтит у стадії ремісії потребує диспансерного спостереження з курсами протирецидивної і підтримуючої терапії, що включає:

1. Контроль гігієни порожнини рота.
2. Контроль якості пломб, протезів.
3. Проведення курсів медикаментозного лікування сумісно з лікаремінтерністом, психотерапії, фізіотерапії та інших заходів, спрямованих на збереження нормального гомеостазу тканин пародонта.

ТЕМА 8. Особливості лікування пацієнтів із хворобами тканин пародонта на тлі хвороб внутрішніх органів.

МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ГАСТРИТУ .

1. Професійна гігієна порожнини рота.
2. Інстиляції в пародонтальні кишені 0,2% р-ну Сангвіритрину.
3. Аплікації на ясна пасти (сангвиритрин, вітамін U, окис цинку.)
4. Прийом всередину - вітамін U (0,1 x 3 рази в день), полівітаміни.
5. Електрофорез 2,5% р-ну глюконату кальцію № 15, струми Дарсонваля № 10.
6. Лікування у гастроентеролога.
7. Курс лікування - 7-10 днів, 2 рази на рік.

МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ НА ТЛІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

1. Професійна гігієна порожнини рота.
2. Ліквідація місцевих пародонтогенних факторів.
3. Аплікації на ясна 1% метилурацилової мазі, Метрогіл-дента, полоскання відваром календули № 10, при гнійному ексудаті - р-н трипсину (хімотрипсину).
4. Прийом всередину - Кальцій Д3 Нікомед (місяць).
5. Електрофорез ендоназальний даларгін № 10.
6. Лікування у гастроентеролога.
7. Курс антихелобактерної терапії всередину (Маахстрітський консенсус, 2002).
8. Курс лікування - 2 рази на рік.

МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ НА ТЛІ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ І ПАНКРЕАТАТУ.

1. Професійна гігієна порожнини рота.
2. Ліквідація місцевих травмуючих чинників.
3. Інстиляції в пародонтальні кишені рослинного антисептика Тимсал.
4. Антибіотикотерапія – Цифран СТ по 1 табл. 2 рази на день 5-7 днів.
5. Пробіотик – Йогурт по 1 капс. 2 рази на день 2-3 тижні.
6. Остеотропна терапія – Кальцемін – по 1 табл 2 рази на день місяць.
7. Лікування у гастроентеролога.

МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ (ЦД) (Т.М. Козуб, П.Т. Максименко, 1990)

1. Професійна гігієна порожнини рота.
2. Іригація ясен 0,02% р-ном хлоргексидину.
3. Вакуум-масаж ясе.н
4. Аплікації на ясна пасти під парафінову пов'язку (мазь Клотримазол 1,0, гель Троксевазин 1,0, інсулін 0,5 мл (20 ОД), біла глина до консистенції пасти).

5. Лікування у ендокринолога.

ЦД 2 ТИПУ (ІНСУЛІННЕЗАЛЕЖНИЙ) (А.А. Гударьян, 2010) При компенсованій формі. Латентний перебіг

1. Професійна гігієна порожнини рота.
2. Місцево - А-бактерин + озono-і лазеротерапія.
3. Прийом всередину - раферон, Кальцій ДЗ Нікомед, симвастин.
4. Лікування у ендокринолога.

При декомпенсованій формі. Прогресуючий перебіг

1. Професійна гігієна порожнини рота.
2. Місцево - А-бактерин, біфідумбактерин.
3. Прийом всередину - амоксиклав, поліоксидоній, альфакальцидол, остеогенон, флувастин.

4. Лікування у ендокринолога.

МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ НА ТЛІ ЗНИЖЕННЯ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ (Н.В. Розколупа, В.М. Бобирьов, 1995)

1. Професійна гігієна порожнини рота.
2. Аплікації на ясна пасти (токоферолу ацетат 2,0; аскорбінова кислота 4,0; рутин 4,0; окис цинку 80,0; гліцерин до консистенції пасти).
3. При вираженому запаленні ясен - аплікація пасти з лінкоміцином.
4. Прийом всередину: зимово-весняний сезон - токоферолу ацетат 0,01 х3 рази на день, аскорбінова кислота 0,1 х2 рази на день, флакумін 0,02 х3 рази на день (2 тижні); літньо-осінній період - глютамінова кислота 0,25 х2 рази в день, ліпоєва кислота 0,025 х2 рази на день (2 тижні).

МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ НА ТЛІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ (Ждан В.М., Бойченко О.М., Ніколішин А. К., Катрушов О.В., Костенко В. О., 2012) У пацієнтів без серцевої недостатності:

1. Професійна гігієна порожнини рота.
2. Ліквідація місцевих травмуючих чинників.
3. Інстиляції в пародонтальні кишені 5% розчину мексикору та накладання твердіючої пов'язки з цією речовиною.
4. Внутрішньо - мексикор протягом 10 діб (у капсулах по 100 мг 3 рази на добу).

У пацієнтів із серцевою недостатністю:

1. Професійна гігієна порожнини рота.
2. Ліквідація місцевих травмуючих чинників.
3. Інстиляції в пародонтальні кишені 5% розчину мексикору та накладання твердіючої пов'язки з цією речовиною.
4. Внутрішньо - мексикор протягом 10 діб (у капсулах по 100 мг 3 рази на добу).

5. Коензим Q10 (внутрішньом'язово по 2,2 мл, 2 рази на тиждень).

МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ НАПРУГИ (І.Ю. Литовченко, Л.М. Тарасенко та співавт.; 1995)

1. Професійна гігієна порожнини рота.
2. Аплікації на ясна пасти (ретинолу ацетат 3,44% (1,0), токоферолу ацетат 10% (1,0); аскорбінова кислота 2,0; метилурацил 3,0; окис цинку до консистенції пасти).
3. Прийом всередину: оксибутират натрію 5% по 1 ст.л. 4 рази на день, метіонін 0,25 по 2-4 т. на день за 30 хв. до їжі, ретинолу ацетат 3300 МО по 1-2 драже 3 рази на день, токоферолу ацетат по 100 мг на день, аскорбінова кислота по 0,05 після їжі 7 днів по 200 мг на день, далі 7 днів по 100 мг (10-14 днів).
4. Електрофорез 5% аскорбінової кислоти на ясна № 10.

Помилки та ускладнення в лікуванні хвороб пародонта.

Прогноз лікування запальних хвороб пародонта найчастіше сприятливий. Успішним лікуванням генералізованого пародонтиту, ідіопатичних хвороб пародонта вважають стабілізацію процесу при здійсненні підтримуючої терапії.

Критерії стабілізації патологічного процесу в пародонті:

1. Скарги відсутні, але можливі скарги на гіперестезію оголених коренів зубів.
2. Ясна блідо-рожевого кольору, щільно прилягають до поверхні зуба. Можливе прикріплення епітелію до зуба нижче ділянки емалевоцементного з'єднання з оголенням анатомічної шийки і частини кореня зуба.
3. Зубні відкладення відсутні.
4. Пародонтальні кишені після відповідного хірургічного лікування зникають. Індекс РМА = 0%, РІ за Russel – зменшений, гігієна порожнини рота – добра.
5. На рентгенограмі відсутні ознаки активного процесу: відсутні вогнища остеопорозу, кісткова тканина ущільнена, не спостерігається її прогресуючого зменшення.
6. Відновлені функції зубів, дикція, естетика зубних рядів. Досягти стабілізації при лікуванні пацієнтів із запально-дистрофічним процесом у пародонті, вилікувати запальний процес у яснах можна тільки при умові дотримання етіологічного, патогенетичного і симптоматичного підходів, а також принципів лікування хворого із патологічними змінами тканин пародонта (комплексність, поєднаність, індивідуалізація, диференціація, курсовість лікування, що періодично повторюється).

Помилки при проведенні лікування, в першу чергу, стосуються недотримання зазначених підходів та принципів.

Помилки при складанні плану лікування пацієнта із хворобами пародонта і реалізації його:

— не враховуються всі наявні місцеві хвороботворні фактори та належним чином не усуваються (зубні відкладення, аномалії та деформації прикусу, зубних рядів, аномалії м'яких тканин порожнини рота, ортопедичні чи ортодонтичні конструкції, каріозні порожнини, неякісно виготовлені пломби, гострі краї зубів, дія механічного, термічного, променевого чи хімічного травмуючого чинника, суттєве механічне навантаження на зуби);

- необґрунтовано тривале використання медикаментозної терапії пародонтальних кишень при глибині 4 мм і більше замість хірургічного лікування;
- не використовуються хірургічні, ортопедичні та фізіотерапевтичні методи лікування в повній мірі;
- фізіотерапія застосовується не за показами та без врахування протипоказів;
- нераціональна ортопедична допомога на різних фазах лікування (підходи до шинування зубів із патологічною рухомістю, заміщення дефектів зубних рядів без урахування стану пародонту опорних зубів та ін.);
- не дотримання необхідної послідовності при виконанні комплексу лікувальних заходів з урахуванням індивідуалізації та диференціації лікування;
- не враховуються у плані лікування психосоматичний стан пацієнта у взаємозв'язку із стоматологічним статусом та вплив на нього соціальних хвороботворних факторів;
- не здійснюється належним чином навчання гігієни порожнини рота, не створюється індивідуальний алгоритм догляду за порожниною рота, контроль за його виконанням;
- не звертається увага на характер, кратність підтримуючої терапії, її ефективність.

Помилки та ускладнення у призначенні фармакотерапії:

- призначення лікарських засобів без достатнього обґрунтування;
- використання малоефективних препаратів;
- велика кількість медикаментів і надмірна частота їх прийому;
- застосування недостатніх доз і концентрацій;
- неадекватна тривалість медикаментозного лікування;
- відсутність видимого ефекту лікування;
- нераціональні комбінації лікарських засобів;
- поліфармакотерапія (поліпрагмазія --- одночасне, часто необґрунтоване призначення багатьох лікарських засобів);
- відсутність узгодження призначень стоматолога з призначеннями лікарів-інтерністів, які лікують супутні соматичні захворювання;
- дороговизна ліків. Можливі ускладнення та їх причини при застосуванні системної медикаментозної терапії:
 - передозування абсолютне чи у зв'язку з недоврахуванням віку пацієнтів, маси тіла, функцій печінки та нирок, наявності супутніх захворювань, медикаментозної взаємодії (фізичної, хімічної та фармакокінетичної);
 - кумуляція;
 - порушення метаболізму та елімінації, ензимні дефекти;
 - алергія та ідіосинкразія (індивідуальна непереносимість);
 - дисбактеріоз, кандидоз. Помилки при лікуванні антибактеріальними препаратами:
 - не приймається до уваги чутливість мікроорганізмів, виникнення стійких штамів;

- неправильно вибраний метод введення чи застосування медикаменту;
- надто мала доза, великі інтервали між прийомами та недостатня тривалість курсу препарату;
- зниження захисних сил організму;
- одночасне лікування імунодепресантами. Негативні фактори тривалого застосування хлоргексидину:
 - безконтрольне застосування більше 2-х тижнів викликає резистентність мікрофлори зі зниженням ефективності антибактеріальної дії;
 - подразнююча і алергізуюча дія;
 - забарвлення зубів, пломб, язика;
 - неприємний смак;
 - порушення смакової чутливості;
 - десквамація епітелію ротової порожнини;
 - запалення привушних слинних залоз. Помилки та ускладнення при застосуванні фізичних факторів лікування пацієнтів із хворобами пародонта:
 - застосування фізіотерапевтичних методів за наявності протипоказань;
 - фізіотерапевтична поліпрагмазія;
 - порушення методики проведення процедур;
 - недостатність використання фізичних факторів у комплексній терапії хворих;
 - неоптимальне і нераціональне комбінування лікувальних фізичних факторів;
 - невчасне (раннє або пізнє) призначення фізіотерапевтичних процедур;
 - статичність фізіотерапевтичних призначень;
 - недооцінка супутніх захворювань, сінтропій;
 - зміни показників гемодинаміки (артеріального тиску, частоти серцевих скорочень і т.ін.) при гальванізації та електрофорезі;
 - загострення запального процесу в пародонті, активація «васкулярної» резорбції кісткової тканини при застосуванні процедур, які спричиняють активну гіперемію (діатермія, УВЧ). Щоб не допустити наведені вище помилки та ускладнення, лікар повинен бути всебічно підготовленим, уважним, вчасно реагувати на виникнення негативних наслідків та відсутність позитивних змін у стані пародонта під впливом лікування.

ТЕМА 9. Профілактика захворювань пародонта. Етіологічні та патогенетичні підходи до профілактики, різновиди, форми організації, способи профілактики.

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. Первинна профілактика буває декілька видів. Вона може мати характер етіологічної, яка базується на знанні етіології хвороби і направлена на недопущення або ліквідацію дії причинних чинників виникнення патології. Ефективність етіологічної профілактики досягає 70-100 %.

Етіологічна профілактика розроблена для обмеженої кількості хвороб. Якщо профілактика направлена проти впливу етіологічного чинника, але не може його ліквідувати через недосконалість методів і з інших причин, її називають етіотропною. Найчастіше проводять патогенетичну профілактику – ліквідацію або обмеження дії окремих або конкретних одиниць патогенезу хвороби. Її ефективність - 40-50%. Залежно від часу реалізації первинної профілактики вона може бути антенатальна і постнатальна. Антенатальна профілактика передбачає вплив на організм дитини, зокрема на органи і тканини порожнини рота, для формування оптимального здоров'я до її народження через організм вагітної жінки. Це напрям первинної профілактики найважливіше, але недостатньо розроблено і впроваджено в практику.

Постнатальна профілактика здійснюється після народження дитини. Виділяють також екзогенну (місцеву) і ендогенну профілактику стоматологічних хвороб, коли відбувається безпосередній профілактичний вплив на органи і тканини порожнини рота або опосередкований - через організм людини.

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;
- вибіркоче 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 заключається 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. Різновиди профілактичних заходів і засобів. ВОЗ класифікує всі профілактичні заходи щодо позицій первинної і вторинної профілактики на державні, соціальні і медичні.

Суспільні та індивідуальні заходи профілактики захворювань пародонта.

Система державних (суспільних) профілактичних заходів діє в масштабах країни або окремих регіонів за рахунок засобів бюджету на підставі ухвал, наказів Уряду, міністерств та інших нормативних документів. Такі заходи дещо умовно зведені в одну групу, оскільки їх здійснюють у широкому загальнодержавному масштабі і вони мають загальнооздоровчий характер. Вона охоплює заходи щодо охорони навколишнього середовища, здоров'я тканин пародонта матері і дитини, умов праці, медичного обслуговування, фізичного виховання.

У галузі пародонтології до них відносять заходи, що спрямовані на різні вікові й соціальні верстви населення:

- 1) регуляція життя і харчування (загальноосвітні програми в організованих колективах та серед неорганізованого населення шляхом застосування різних засобів масової інформації);
- 2) санація порожнини рота в організованих колективах, декретованих групах (вагітні, контингент спеціалізованих шкіл-інтернатів, дитячих будинків, будинків інвалідів);
- 3) планова систематична санація порожнини рота в організованих колективах, у професійно-споріднених групах – військовослужбовці, працівники підприємств із шкідливими умовами праці тощо;
- 4) виявлення та усунення захворювань внутрішніх органів; запровадження державних програм профілактики основних захворювань тканин пародонта;
- 5) грудне вигодовування дитини;
- 6) збалансоване харчування дитини з урахуванням її віку;
- 7) боротьба з інфекційними та іншими дитячими хворобами;
- 8) раціональний режим праці та відпочинку дітей;
- 9) протикаріозні профілактичні заходи (фторування питної води і харчових продуктів;
- 10) санітарно - освітня робота через засоби масової інформації,
- 11) гігієнічне навчання і виховання в організованих дитячих колективах,
- 12) будівництво дитячих садків, шкіл, стоматологічних лікувальних і учбових закладів,
- 13) виробництво гігієнічних і профілактичних засобів, які використовуються в пародонтології.

Соціальні профілактичні заходи пов'язані з державними програмами і реалізуються на місцевому рівні у вигляді фінансування профілактичної роботи в дитячих організованих колективах, організації їх матеріальної бази, кімнат здоров'я, випуску плакатів, листівок, проведення виховних виступів, закупівлі засобів профілактики, навчання медичного і іншого персоналу, підтримки раціонального режиму праці, відпочинку, науково обґрунтованих норм харчування та ін. Залежно від технології реалізації заходи державного, соціального і медичного характеру розподіляються на організаційні, адміністративно господарські, медичні і виховні.

В той же час за рівнем і масштабом б застосування розрізняють, групові (колективні), індивідуальні і персональні профілактичні заходи популяційні (масові). Масовими є державні профілактичні заходи. Групові розраховані на обмежений конкретний контингент людей, особливості їх побуту, звичок, житла і передбачають гігієнічне навчання, медикаментозну профілактику. Індивідуальні профілактичні заходи призначає лікар з урахуванням соматичного статусу, розвитку особи, віку, статі, стану зубощелепного апарату та інших факторів. Це вищий рівень профілактики, але він потребує значних витрат сил, засобів, кадрів. Персональні профілактичні заходи здійснює кожна людина відповідно до своїх знань, виховання, звичок, рекомендацій лікаря. Їх об'єм, характер значною мірою визначаються рівнем знань і культури особи.

Санітарно-освітня робота при захворюваннях тканин пародонта. Мета санітарно-освітньої роботи – гігієнічне виховання населення та прищеплення йому санітарної культури на основі опанування корисними навичками та звичками здорового способу життя, переконаності в необхідності їх дотримання. Послідовність досягнення цієї мети має такий вигляд: інформація → знання → переконання → навички → звички.

Виділяють три провідні напрямки санітарно-освітньої роботи:

- 1) поширення відомостей про здоровий спосіб життя, шляхи та методи збереження здоров'я, профілактику хвороб тканин пародонта;
- 2) пропаганда дотримання здорового способу життя та реалізації профілактики;
- 3) гігієнічне навчання і виховання населення.

Вони базуються на науковій основі з урахуванням рівня санітарної культури населення, його навичок і поінформованості щодо гігієни порожнини рота, етіології та патогенезу стоматологічних хвороб, шляхів їхньої профілактики. Дізнатися про все це можна завдяки опитуванню, анкетуванню, спостереженню. Саме ці методи дозволяють правильно визначити завдання санітарно-освітньої роботи, шляхи мотивації різних груп населення до профілактики в стоматології. Розрізняють активні й пасивні форми санітарно-освітньої роботи. Активні форми передбачають безпосереднє спілкування медичних працівників із населенням у вигляді бесід, виступів, лекцій, семінарів, проведення уроків здоров'я, ігрових занять, що дозволяє найбільш ефективно впливати на аудиторію. Пасивні методи роботи не вимагають обов'язкової присутності медичних спеціалістів, але їхня дія триває довше і на більшу кількість людей. Пасивні форми санітарно-освітньої роботи - це видання науково-популярної літератури, статей, листівок, пам'яток, плакатів, санітарних бюлетенів, проведення виставок, показ кінофільмів.

За обсягом впливу на аудиторію санітарно-освітня робота може бути масовою (видання книг, плакатів, листівок, замітки в газетах, створення кінофільмів, виступи по телебаченню, радіо), колективною (доповіді, лекції, виступи, бесіди, випуски санітарних бюлетенів та ін.) та індивідуальною (індивідуальні бесіди). В організації та проведенні санітарно-освітньої роботи беруть участь чотири групи зацікавлених осіб: медичні працівники, зокрема стоматологи, гігієністи стоматологічні, середній медичний персонал;

педагогічний колектив, психологи; батьки; діти. Здійснюється вона методами агітації та навчання організованих і неорганізованих груп населення, але насамперед дитячого віку. Якщо активна санітарно-освітня робота впроваджується у дитячих садках, школах, інтернатах, дитячих лікувальних та оздоровчих закладах, вона реалізується низкою послідовних етапів, насамперед проведенням бесід і семінарів із педагогами, вихователями, медичними працівниками дитячих установ із метою залучення їх до контингенту співробітників та помічників у реалізації профілактики стоматологічних хвороб. Другим етапом активних форм стоматологічної освіти мають бути бесіди та виступи перед батьками, головне завдання яких полягає в інформуванні про загальний стан здоров'я і стоматологічний статус дітей, обґрунтуванні зацікавленості та необхідності проведення профілактичних заходів, пропонуванні шляхів їх реалізації. Третій етап активної санітарно-освітньої роботи в організованих дитячих колективах - це бесіди, ігрові заняття, уроки здоров'я, які мають бути наочними, інформативними, впливати на емоційну сферу, викликати зацікавленість.

У неорганізованих групах дітей такі активні форми роботи мають переважно індивідуальний характер, рідше – колективний. Важливою складовою частиною санітарно-освітньої роботи вважаються гігієнічне виховання та навчання в пародонтології. Їхня мета полягає в навчанні дорослих і дітей у повному обсязі навичкам гігієни порожнини рота на основі усвідомленого ставлення до неї як до однієї з головних ланок здорового способу життя. Досягається ця мета комплексною реалізацією таких компонентів: санітарною освітою, навчанням гігієни порожнини рота і постійним контролем за її здійсненням. Гігієнічне виховання та навчання мають бути безперервними, систематичними і диференційованими залежно від віку, стану здоров'я, освіти, професії, інших факторів. Виконують цю роботу не тільки стоматологи, гігієністи, а й середній медичний персонал. Працюючи з дітьми, вагітними, активну участь у гігієнічному вихованні та навчанні мають брати і педіатри, гінекологи, педагоги, вихователі.

Підтримуюча терапія хворих на генералізований пародонтит.

Підтримуюча терапія (ПТ) – це комплекс діагностичних, лікувальнопрофілактичних заходів, що включають ретельне обстеження хворих, динамічне спостереження за розвитком і перебігом захворювання, а також ефективністю проведеного лікування і профілактичних заходів.

Підтримуюча терапія проводиться для закріплення успіху лікування та досягнення стійкої ремісії. Забезпечення здорового стану пародонту можливо при дотриманні інтервалу між повторними сеансами підтримуючої терапії від 2 тижнів до 3 місяців. Сеанси підтримуючого лікування включають в себе проведення



професійної гігієни порожнини рота, інструктаж з індивідуальної гігієни, лікування карієсу та його ускладнень. Інтервали між повторними візитами повинні бути підбрані індивідуально для кожного пацієнта. У ранні терміни після активного лікування проводяться сеанси підтримуючої терапії для мінімізації впливу нальоту на загоєння рани, усунення гострих станів, а також пацієнтам з неадекватною гігієною порожнини рота. Найбільш поширеним після завершення активного пародонтологічного лікування є інтервал у три місяці. 4 ПТ здійснюється на третій фазі лікування пародонтологічних хворих.

Програма ПТ повинна складатися індивідуально для кожного пацієнта і залежати від характеру та вираженості місцевих патогенних факторів, наявності фонової загальносоматичної патології, фізіологічних особливостей організму і фази патологічного процесу, на якій вперше було розпочато лікування. Для проведення ПТ пацієнт повинен відвідувати лікаря в середньому 4 рази на рік, тобто кожні 3 місяці. Інтервали між відвідинами можуть бути менше при наявності ознак активності захворювання. Зменшення інтервалів повторних візитів визнано раціональним у курящих пацієнтів і пацієнтів старшої вікової групи (понад 60 років). Також рекомендується знизити інтервали повторних візитів до 2 місяців у пацієнтів з агресивними формами пародонтиту. Сеанс повторного пародонтологічного лікування включає обстеження пацієнта, вибір методів підтримуючого лікування і інтервалів між наступними сеансами, а також безпосередньо проведення маніпуляцій.

В ході оцінки стоматологічного статусу пацієнта враховують стан м'яких тканин, ясен, глибину кишень, наявність ділянок кровоточивості або ексудації, рухливість зубів, залучення в патологічний процес біфуркацій, наявність каріозних порожнин, гігієнічний стан порожнини рота, дані рентгенологічного обстеження. Етап безпосереднього лікування представлений загальною та індивідуальною підтримуючою терапією. Загальна підтримуюча терапія полягає в інструктажі з гігієни порожнини рота, поліруванні поверхонь зубів, видалення зубних відкладень і додаткових маніпуляцій (іригації розчинами антисептиків, аплікації антимікробних засобів, місцеве застосування фторидів). Індивідуальна підтримуюча терапія проводиться при наявності показань (важка ступінь пародонтиту) і включає в себе проведення пародонтологічних операцій, а також призначення системної антибіотикотерапії.

При виявленні рецидиву пародонтиту необхідно визначити форму захворювання (локалізована або генералізована), виявити фактори, які могли призвести до рецидиву, вибрати оптимальну програму лікування в осередках повторного розвитку захворювання. При рецидиві початкового ступеня повторний візит призначають через три місяці. В ході цього візиту лікар оцінює ефективність індивідуальної гігієни, а також результат проведеного лікування.

У разі рецидиву пародонтиту більш важкого ступеня наступний візит призначають через місяць, на підставі отриманої в ході нього інформації стоматолог приймає рішення про обсяг необхідного лікування. Хірургічні втручання призначають лише пацієнтам з задовільною індивідуальною гігієною порожнини рота. В іншому випадку обмежуються частими візитами до гігієніста для проведення підтримуючого або активного нехірургічного

лікування. У сучасній пародонтології інтервали між оглядами і обсяг підтримуючої терапії прагнуть планувати відповідно до рівня 5 індивідуального ризику. Апробовані різні підходи до того, щоб реалізувати цю ідею на практиці, проте стандартна програма до сих пір не склалася. При виборі частоти підтримуючого лікування та обсягу заходів основною базою служить клінічний досвід. Враховуються такі чинники та параметри: кількість зубів; кількість кишень з глибиною більше 5 мм; відсоток кишень з позитивним тестом на кровоточивість; руйнування кістки в ділянці бічних зубів (у співвідношенні з віком); соматичний і генетичний статус; кількість сигарет, що викурюються протягом дня, рівень психосоціального стресу.

Нижче вказано деякі варіанти інтервалів між повторними сеансами, винайдених при проведенні ПТ. Один тиждень:

- Відразу після операції: для мінімізації впливу нальоту на загоєння рани.
- Після етапу усунення відкладень: з метою усунення пародонтологічного захворювання.

- Гострі стани. Два тижні:

- Для мінімізації патологічного процесу у пацієнтів з неадекватною гігієною порожнини рота. Три місяці:

- Найбільш поширений інтервал після завершення активного пародонтологічного лікування.

В залежності від рівня гігієни порожнини рота і ступеня активності захворювання інтервал може бути збільшений або скорочений. Сеанс повторного пародонтологічного лікування складається з трьох етапів. Перший полягає в обстеженні пацієнта, другий в ухваленні рішення, на третьому етапі проводять безпосередньо лікування. Етап лікування поділяється на загальну та індивідуальну частини. Необхідно проводити всі етапи підтримуючого пародонтологічного лікування. Для ретельного і правильного виконання всіх етапів потрібно багато часу.

Незважаючи на те, що неможливо точно передбачити, скільки часу буде потрібно на кожен сеанс, в середньому на його повне й ретельне проведення необхідно близько 60 хвилин. За цей період можна встигнути зробити наступне: посадити пацієнта в крісло, оновити дані анамнезу, провести клінічне обстеження, оцінити рівень нальоту і провести процедури підтримуючої терапії. Однак для кожного пацієнта необхідно підбирати час індивідуально. Під час кожного відвідування значний час може бути витрачено на встановлення кращого контакту з пацієнтом. Це необхідно зробити, оскільки увага до особистості пацієнта збільшує його/її зацікавленість і допомагає забезпечити успіх клінічної практики. Обстеження: До початку лікування або повторного лікування у кожного з пацієнтів обов'язково провести повторний збір анамнезу. Між оглядами в стані пацієнта можуть відбутися значні зміни. Деякі з цих змін при проведенні рутинного стоматологічного огляду можуть привести до виникнення загрозливих для життя станів. Крім того, необхідно оцінити ступінь впливу системних факторів, наприклад паління або діабету. Рекомендується зібрати дані щодо попередньо проведеного лікування та визначити прогноз всього зубного ряду в цілому і кожного зуба окремо. Потім

проводять оцінку теперішнього стоматологічного та пародонтологічного статусу пацієнта.

Для проведення ретельного обстеження необхідно дотримувати певну послідовність:

- Обстеження тканин. Проводять до застосування будь-яких барвників (індикаторів нальоту або карієсу) на яснах або зубах. Визначають колір, контури і консистенцію ясен.

- Глибина кишень. Проводять зондування в усіх ділянках та позначають усі ділянки глибиною понад 4 мм.

- Після проведення зондування на невеликій ділянці порожнини рота (4-6 зубів) визначають ділянки кровоточивості і ексудації.

Виявлення та лікування подібних ділянок дозволяють підтримувати здоровий стан пародонту. Порівнюючи ділянки кровоточивості в динаміці, можна виявити ті, що важко піддаються лікуванню, ділянки з персистою перебігом захворювання та наявністю серйозних проблем. Кровоточивість є симптомом активного захворювання, а значить вимагає проведення будь-якого лікування. Наявність постійної кровоточивості є ознакою серйозних проблем і в даній ділянці вірогідний розвиток захворювання, що вимагає негайного активного і агресивного лікування. Ділянки, кровоточивість в яких виявляють лише час від часу, теж вимагають підвищеної уваги. Відсутність кровоточивості або рідко кровоточать ділянки асоційовані зі стабільним станом і можуть бути стабільними протягом тривалого періоду часу.

Прийняття рішення: На підставі отриманих даних клініцист приймає рішення щодо методів загального підтримуючого лікування та необхідності проведення індивідуальної терапії. Може знадобитися повторне проведення активного пародонтологічного лікування. Крім того, клініцист визначає інтервал між наступними сеансами підтримуючої терапії.

Етап лікування: Загальна підтримуюча терапія:

- Інструктаж з гігієни порожнини рота. Під час кожного відвідування необхідно проводити інструктаж пацієнтів по індивідуальній гігієні порожнини рота. Деяких пацієнтів потрібно постійно мотивувати для проведення адекватної самостійної гігієни порожнини рота.

- Полірування. Майже весь наліт і плями можуть бути усунені за допомогою полірувальної чашки і пасти. Порошкові абразивні апарати з повітряним приводом дозволяють ефективно і швидко видаляти наліт і плями за допомогою обробки клінічної коронки зуба струменем води з вмістом кристалів бікарбонату натрію. Як і у випадку з будь-яким іншим інструментом, неправильне використання може призвести до видалення надмірної кількості цементу і дентину з оголеної поверхні кореня. 7

- Зняття відкладень. Необхідно провести ретельну санацію всіх під'ясневих просторів і міжзубних проміжків. При наявності глибоких кишень потрібне проведення згладжування (детоксикації) поверхні коренів. Додаткові методи підтримуючої терапії:

- Іригація. Хлоргексидин є ефективним антисептиком, який має здатність зв'язуватися з твердими і м'якими тканинами з вивільненням активного

компонента протягом 12-ти годин. Під'ясенна іригація в ділянці кишень дозволяє позбавити активність патогенних мікроорганізмів. Іригацію можна здійснювати за допомогою ультразвукових інструментів для зняття відкладень, а також після зняття відкладень за допомогою спеціальних апаратів для іригації.

- Аплікації антимікробних засобів. Розчин 1,64% фториду олова дозволяє значно знизити в пародонтальних кишнях кількість спірохет і кишкових паличок протягом тривалого періоду. Промивання під'ясеного простору фторидом олова за допомогою шприця дозволяє усунути мікроорганізми, що залишилися після зняття відкладень і згладжування коренів. При використанні на додаток до хлоргексидину фториду олова, його необхідно застосовувати після хлоргексидину.

- Місцеве застосування фторовмісних засобів. Фторовмісні засоби застосовують для профілактики карієсу і знищення над'ясених мікроорганізмів. Наносять за допомогою зубної щітки або індивідуальних капш.

- Індивідуальна підтримуюча терапія: Місцеве застосування антимікробних засобів: - Тетрациклінові нитки (Actisite): нерезорбуємі волокна насичені 25% розчином тетрацикліну гідрохлориду. - Хлоргексидиновий чіп (PerioChip): біорезорбтивний желатиновий чіп, що містить 2,5 мг хлоргексидину глюконату. - Доксидиклінвміщуючий гель (Atridox): біорезорбтивний гель, який містить гідрохлорид доксицикліну. Проводяться дослідження з використанням інших засобів, які призводять до вивільнення антимікробних препаратів з резорбуємої матриці. Системи місцевих антимікробних засобів дають стоматологу вибір при усуненні неефективної терапії кишень.

- Пародонтологічні операції. При проведенні підтримуючої терапії може знадобитися обмежене хірургічне лікування. При наявності показань для забезпечення більш тривалого збереження зубного ряду клініцист повинен не вагаючись рекомендувати проведення операції.

- Системна антибіотикотерапія.

У невеликої кількості пацієнтів захворювання не піддається лікуванню. З метою усунення захворювання таким пацієнтам показано проведення системної антибіотикотерапії. Для їх лікування можна застосовувати різні антибіотики: тетрациклін, метронідазол, комбінацію амоксициліну з клавулановою кислотою (Аугментин, Амоксиклав), а також комбінацію амоксициліну (або амоксициліну з клавулановою кислотою) з метронідазолом. З метою оптимального вибору 8 антибактеріальних препаратів необхідно проведення культуральних методів діагностики і визначення чутливості мікроорганізмів до антибіотиків. Застосування системи VECTOR є успішною складовою початкової та підтримуючої терапії.

Основні переваги системи:

- Видалення мікробної біоплівки;
- Щадне полірування поверхні кореня;
- Видалення під'ясного зубного каменю;
- Щадне ставлення до м'яких тканин;
- Безболісність процедури;

- Ергономічність;
- Простота експлуатації;

Показання: -Застосування в активній фазі лікування при всіх формах пародонтиту; -Підтримуюча терапія;

- Передопераційна підготовка;
- Обробка поверхні коренів в процесі оперативного лікування

Немає жодних сумнівів у тому, що підтримуюча терапія є потрібною і ефективною для всіх пацієнтів, які страждають захворюваннями пародонту. Підтримуюча терапія повинна мати пріоритет у щоденній стоматологічній практиці.

Роль засобів професійної та індивідуальної гігієни в профілактиці хвороб пародонта.

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 регенеративних процесів; – посилення природних захисних механізмів ротової порожнини; – вплив, що інгібує, на компоненти запалення слизової 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 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 фізіологоанатомічних, 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, душі; лікувальнопрофілактичні дезодоранти і спреї.

Індивідуальні засоби: – Зубні щітки (поділ по 7 параметрам) – Інтердентальні засоби (йоршики, флосси, флоссети, смужки, зубочистки, межзубні стимулятори) – Іригатори порожнини рота (іригація в режимі «струї», «душа», гідромасаж, гідроповітряний масаж) – Засоби для догляду за язиком – Махрова ганчірка для очищення порожнини рота немовляти – Гігієнічне резинове зубне кільце – Індивідуальне стоматологічне 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 саливації – Барвники для самостійного виявлення зубних відкладень – Засоби для догляду за ортодонтичними і

знімними ортопедичними конструкціями Стимулятори утворення слини (при швидкості слюновиділення менше 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

ТЕМА 10. Алгоритм індивідуальної гігієни порожнини рота при різному стані тканин пародонта

Стоматолог повинен скласти конкретно для кожного пацієнта “Індивідуальну гігієнічну програму профілактики стоматологічних хвороб”, контролювати її виконання та проводити подальший індивідуальний моніторинг. Ефективність індивідуальної гігієни порожнини рота залежить в деякій мірі і від методів чищення зубів і ясен. Враховуючи індивідуальні особливості стану порожнини рота, доцільно рекомендувати комбінацію окремих прийомів різних методів чищення зубів (стандартного, методів Леонарда, Басса, Сміта-белла, Чартеру, Стілмана, Фонема і ін.).

Для того, щоб вирішити ці питання необхідно підібрати відповідний набір індивідуальних засобів до яких відносяться: – мануальні та електричні профілактичні зубні щітки; – лікувально-профілактичні зубні пасти; – інтердентальні засоби; – лікувально-профілактичні ополіскувачі; – стимулятори, іригатори та душі для рота; – лікувально-профілактичні дезодоранти і спреї.

Набір гігієнічних засобів необхідно використовувати в правильній послідовності і складається із наступних етапів:

1. Полоскання порожнини рота;
2. Очищення міжзубних проміжків і апроксимальних поверхонь коронок і коренів зубів флосами; 2а. Проміжне полоскання порожнини рота;
3. Власне чистка з використанням щітки та пасти; 3а. Проміжне полоскання порожнини рота;
4. Використання міжзубних йоршиків або суперфлосса; 4а. Проміжне полоскання порожнини рота;
5. Масаж ясеневого сосочка і прилеглих ясен стимулятором; 5а. Проміжне полоскання порожнини рота;
6. Пальцевий масаж ясен або за допомогою щітки типу сенситів, використовуючи для цього бальзам для ясен;
7. Остаточне полоскання порожнини рота за допомогою лікувальнопрофілактичного ополіскувача (С.Б. Улитовский, 2003).

Особливості проведення індивідуальних оральних гігієнічних процедур, послідовність етапів і їх тривалість визначаються особливостями клінічної картини, відповідній конкретній нозологічній формі (гінгівіт, пародонт, пародонтоз). Наприклад, при гострому катаральному гінгівіті може бути відсутній етап флосінга в тому випадку, якщо запальні явища ярко виражені, викликають біль та кровоточивість ясен. Не можна проводити активне ополіскування, так як воно призведе до погіршення стану (не будемо давати формуватися зроговілому епітелію, а будемо його передчасно відшелушувати). Тому, зрошення порожнини рота повинно максимально бути наближено до ротових ванночок.

При пародонтологічних захворюваннях слід використовувати ополіскувачі, що містять антисептики типу хлоргексидину біглюконату, триклозану, але тільки в гострій період до купірування запальних явищ,

бажано не більше 2-3 тижнів, щоб уникнути розвитку дисбактеріозу порожнини рота і т.д.

ТЕМА 11. Організація пародонтологічного кабінету (відділення), його оснащення та необхідні лікарські засоби.

Пародонтологічний кабінет або відділення районної стоматологічної поліклініки є організаційно-методичним, лікувальним, консультативним та навчальним центром з пар одонтології. Тут проводиться підготовка пародонтологів, підвищення кваліфікації дільничих стоматологів та зубних лікарів з пародонтології. Укомплектованість цих підрозділів лікарськими кадрами та середнім медичним персоналом залежить від місцевих умов розвитку стоматологічної служби кількість населення яке обслуговує підрозділ, та забезпеченості медичними кадрами даного регіону.

Пародонтологічне відділення обладнують не менше ніж 3 кабінетами для терапевтичного, хірургічного та ортопедичного лікування. Таке приміщення повинно складатися із 2-3 суміжних кімнат або одного досить просторого кабінету, розділено перегородками. Пародонтологічний кабінет потрібно облаштовувати відповідно до санітарно-гігієнічних норм. У ньому слід передбачити робоче місце медичної сестри, де вона стежить за регулярними запрошеннями пацієнтів, стоматологічну установку, робочий стіл, де ведеться документація та картотека диспансеризації. Передбачається також місце (окреме стоматологічне крісло), де медична сестра проводить низку маніпуляції 4 видалення зубних відкладень, визначення гігієнічних індексів, аерозольні зрошення, накладання фторвмісного лаку тощо... Окрім того, помічники стоматолога навчають пацієнта правилам раціональної гігієни порожнини рота. Після проведеного сеансу лікування пацієнту видають спеціальну пам'ятку з відповідними рекомендаціями з рекомендованими гігієнічними маніпуляціями. Робота в кабінеті проводиться за чітко регламентованим графіком. Один виділяють за чітко регламентованим графіком. Один день виділяють для консультацій хворого групою фахівців (терапевт, хірург, ортопед, фізіотерапевт, тощо). Первинного хворого для вироблення узгодженого плану комплексного лікування. Такий план узгоджують разом із пацієнтом, а потім (для уникнення небажаних юридичних ускладнень) між пацієнтом і даним лікувальним закладом бажано укласти відповідно до виробленого плану угоду на надання медичних послуг. Наявність подібної угоди виключає низку юридичних ускладнень для лікаря стоматолога, увесь комплекс запланованої комплексної медичної допомоги вкладено в ній. У роботі даного спеціалізованого пародонтологічного кабінету бажано відводити один день для диспансерного обслуговування хворих. Цього дня приймають хворих, які проходять контрольний огляд, призначають профілактичне або повторне лікування. В інші дні проводять прийом хворих згідно з їх зверненням по медичну допомогу та здійснюють плановий комплекс лікувальних заходів. Оснащення пародонтологічного кабінету залежить від кількості медичного персоналу. Окрім звичайних наборів стоматологічних інструментів для лікування та пломбування зубів, пар одонтологічні кабінети слід обладнувати відповідним спеціальними інструментами. -для видалення зубних відкладень та вимірювання глибини пародонтальних кишень - для кюретажу пародонтальних кишень - для реконструктивних операцій у разі захворювань пародонта -для

функціонального вибіркового пришліфовування зубів і полірування твердих тканин зубів -для заточування інструментів - шприци для ін'єкцій -голками ін'єкційними –для промивання та оброблення пародонтальних кишень.

Пародонтальний кабінет, а особливо відділення потрібно оснащувати спеціальною апаратурою, яке сприяє розширенню можливостей комплексного лікування захворювань пародонта. До них належить апарати для видалення зубних відкладень, різні діагностичні та фізіотерапевтичні апарати. Медикаментозне забезпечення пародонтологічного кабінету (відділення) набагато ширше за звичайний перелік медикаментів для зуболікарського прийому. Окрім загальноприйнятих, до них включають препарати для забарвлення зубних відкладень, антисептичні, 5 антибактеріальні та протизапальні засоби, анестетики, ферменти та інгібітори протеолізу, засоби стимулюючої та імуномодельючої терапії, вітаміни, різноманітні офіційні мазі, пасти, композиції, пов'язки та інші засоби. Окрім лікувальних засобів, необхідно також мати набір інструментів для невідкладної допомоги, який зберігають на видному місці разом із комплектом одноразових шприців та переліком екстрених заходів допомоги.

У кабінеті повинні бути набори інструментів та матеріалів для шинування зубів, воскові чи спеціальні відтискні пластинки для контролю оклюзійних співвідношень зубів, для вибіркового пришліфовування зубів, набори гігієнічних засобів та моделей щелеп для навчання пацієнтів правилам догляду за порожниною рота, магнітофонні записи лекцій та бесід для проведення санітарно-просвітницької роботи.

ТЕМА 12. Диспансеризація хворих із захворюваннями пародонта. Етапи, документація, оцінка ефективності диспансеризації.

Диспансеризація хворих із захворюваннями пародонту є невід'ємною складовою профілактичного напрямку 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. Диспансеризації підлягають організовані верстви 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 дільничних 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.

Диспансеризації 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 генералізованого 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, вибіркоче 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 резистентності 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 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:

I – 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:

II – 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 III ст.; г) хворі на гінгівіт; д) хворі, що перенесли гострі запальні захворювання пародонту.

III – 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 фонові патології. При хронічному гінгівіті контрольний огляд проводять один раз в рік, при пародонтиті початкового і I ступеня тяжкості – два рази на рік, II ступеня – три рази на рік, III ступеня – чотири рази на рік, при загостренні чотири 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.

ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ

1. Мета та завдання проведення місцевої медикаментозної терапії при лікуванні генералізованого пародонтиту.
2. Препарати рослинного походження. Механізм дії, показання, представники, спосіб застосування.
3. Антисептики. Механізм дії, показання, представники, спосіб застосування.
4. Нестероїдні протизапальні препарати для місцевого застосування при лікуванні захворювань тканин пародонта. Механізм дії, показання, представники, спосіб застосування.
5. Антиферментні препарати (інгібітори протеолізу, антикоагулянти) для місцевого застосування при лікуванні захворювань тканин пародонта. Механізм дії, показання, представники, спосіб застосування.
6. Кератолітики, цитостатики для місцевого застосування при лікуванні захворювань тканин пародонта. Механізм дії, показання, представники, спосіб застосування.
7. Ферментні препарати для місцевого застосування при лікуванні захворювань тканин пародонта. Механізм дії, показання, представники, спосіб застосування.
8. Антипротозойні та протигрибкові засоби для місцевого застосування при лікуванні захворювань тканин пародонта. Механізм дії, показання, представники, спосіб застосування.
9. Кератопластики для місцевого застосування при лікуванні захворювань тканин пародонта. Механізм дії, показання, представники, спосіб застосування.
10. Антибіотики для місцевого застосування при лікуванні захворювань тканин пародонта. Механізм дії, показання, представники, спосіб застосування.
11. Вкажіть різновиди мукогінгівальних втручань на тканинах пародонта та показання до їх проведення.
12. Назвіть показання до проведення гінгівотомії, гінгівектомії.
13. Назвіть принципи підготовки хворих перед хірургічними втручаннями на тканинах пародонта.
14. Назвіть етапи виконання хірургічних методів лікування хвороб пародонта.
15. Визначте тактику ведення пародонтологічного хворого у післяопераційний період.
16. Провести вибір хірургічних втручань при захворюваннях тканин пародонта.
17. Визначити показання і протипоказання до хірургічного лікування при захворюваннях пародонта.
18. Скласти план передопераційної підготовки.
19. Провести адекватне знеболення.
20. Знати техніку виконання френулотомії, пластики короткої вуздечки язика і губ, вестибулопластики, гінгівопластики, кюретажу, гінгівотомії, гінгівектомії, клаптевих операцій, спрямованої тканинної регенерації.
21. Надати рекомендації пародонтологічному хворому у післяопераційному періоді.

22. Визначити показання і протипоказання до ортопедичних та ортодонтичних втручань при хворобах пародонта.
23. Виявити травматичну оклюзію у порожнині рота хворого на пародонтит
24. Знати техніку проведення вибіркового пришліфовування, шинування рухомих зубів
25. Надати рекомендації по гігієні порожнині рота після ортопедичних та ортодонтичних втручань при хворобах пародонта.
26. Основні принципи лікування хворих на генералізований пародонтит.
27. Поняття комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит.
28. Види лікування хворого на генералізований пародонтит.
29. Основні етапи (Фази) комплексного лікування хворого на генералізований пародонтит.
30. Основні пункти плану комплексного лікування хворого на генералізований пародонтит
31. Показання до хірургічного, ортопедичного та фізіотерапевтичного лікування хворого з патологією тканин пародонта.
32. Місцева медикаментозна терапія як елемент комплексного лікування хворого на генералізований пародонтит хронічного перебігу. Основна мета.
33. Загальна фармакотерапія у комплексному лікуванні хворого на генералізований пародонтит. Основна мета.
34. Хірургічні методи лікування у комплексній терапії хворого на генералізований пародонтит. Основна мета.
35. Ортопедичні методи лікування у комплексній терапії хворого на генералізований пародонтит. Основна мета.
36. Фізіотерапевтичні методи лікування у комплексній терапії хворого на генералізований пародонтит. Основна мета.
37. Визначте поняття дієти та дієтотерапії.
38. Вкажіть на роль їжі у формуванні повноцінного навантаження на зубні ряди.
39. Назвіть правила здорового харчування.
40. Визначте роль збалансованого харчування у дієтотерапії пацієнтів із хворобами пародонта.
41. Назвіть радіопротекторні продукти харчування у раціоні пацієнтів із хворобами пародонта.
42. Визначте поняття «Фізіотерапія пародонтологічних хворих»
43. Перелічіть переваги фізіотерапевтичного лікування
44. Перелічіть види лікувальних фізичних факторів
45. Від чого залежить реакція організму на дію фізичного фактору?
46. Які стадії цієї реакції?
47. Перелічіть механізми формування реакції організму на дію фізичного фактору?
48. Які загальні протипокази до фізіотерапії?
49. Назвіть загальні принципи лікування пародонтологічних хворих.
50. Вкажіть етапи лікування хворих із запальними, запально-дистрофічними та дистрофічними ураженнями тканин пародонта.

51. Назвіть особливості усунення місцевих травмуючих чинників у хворих на гінгівіт, генералізований пародонтит та пародонтоз.
52. Вкажіть особливості проведення професійної гігієни порожнини рота у хворого на гінгівіт, генералізований пародонтит і пародонтоз в залежності від клінічної ситуації.
53. Назвіть лікарські засоби для місцевого лікування хворих на гінгівіт, генералізований пародонтит та пародонтоз із урахуванням принципів лікування пародонтологічних хворих.
54. Вкажіть особливості хірургічних втручань на тканинах пародонта у хворих на гінгівіт, генералізований пародонтит та пародонтоз.
55. Вкажіть особливості усунення травматичної оклюзії у хворих на гінгівіт, генералізований пародонтит та пародонтоз.
56. Назвіть особливості застосування фізіотерапевтичних методів лікування у хворих на гінгівіт, генералізований пародонтит та пародонтоз.
57. Вкажіть особливості загального лікування хворих на різні форми гінгівіту, генералізований пародонтит та пародонтоз із урахуванням принципів лікування пародонтологічних хворих.
58. Назвіть особливості дієтотерапії у хворих із дистрофічнозапальними та дистрофічними змінами тканин пародонта.
59. Які загальні принципи лікування пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта?
60. Назвіть критерії успішного лікування захворювань пародонта.
61. Наведіть помилки, що можливі при складанні плану лікування пародонтологічного хворого та реалізації його.
62. Наведіть помилки та ускладнення у призначенні фармакотерапії.
63. Які ускладнення можливі при застосуванні системної медикаментозної терапії?
64. Назвіть особливості клінічних проявів захворювань пародонта у хворих із патологією ендокринної системи.
65. Вкажіть особливості клінічних проявів захворювань пародонта у хворих із патологією серцево-судинної системи.
66. Назвіть особливості клінічних проявів захворювань пародонта у хворих із патологією травної системи.
67. Вкажіть особливості клінічних проявів захворювань пародонта у хворих із патологією кровотворної системи.
68. Назвіть особливості клінічних проявів захворювань пародонта у хворих на тлі імунодефіцитних станів.
69. Перерахуйте суспільні профілактичні заходи.
70. Висвітліть мету санітарно-освітньої роботи
71. Перерахуйте форми санітарно-освітньої роботи
72. Перерахуйте індекси, що доцільно визначати під час огляду пародонтологічних хворих .
73. Пояснити поняття індивідуальна гігієна порожнини рота.
74. Пояснити поняття професійна гігієна порожнини рота
- 75.

76. Охарактеризуйте поняття профілактики хвороб пародонта.
77. В чому полягає етіологічний підхід у профілактиці хвороб пародонта?
78. Як реалізовується патогенетична профілактика хвороб пародонта?
79. Вкажіть рівні профілактики захворювань тканин пародонта.
80. Які існують види профілактики хвороб пародонта?
81. Які етапи алгоритму гігієни порожнини рота у пародонтологічних хворих?
82. Які особливості алгоритму індивідуальної гігієни порожнини рота при гінгівітах (катаральний, гіпертрофічний, виразково-некротичний)?
83. Які особливості алгоритму індивідуальної гігієни порожнини рота застосовують при пародонтиті та пародонтозі?
84. Які особливості індивідуальної гігієни порожнини рота при різних захворюваннях тканин пародонта обтяжених соматичною патологією?
85. Яка роль та значимість індивідуальної гігієни порожнини рота в профілактиці захворювань ясен?
86. Яка роль професійної гігієни порожнини рота в розвитку захворювань пародонта?
87. Які засоби індивідуальної гігієни порожнини рота використовується при захворюваннях тканин пародонта (гінгівіт, пародонтит, пародонтоз)?
88. Які механізми дії профілактичної гігієни порожнини рота?
89. На яких методах базується індивідуальна гігієна порожнини рота?
90. Організація роботи пародонтологічного кабінету (відділення)
91. Як обладнане пародонтологічне відділення
92. Які санітарно-гігієнічні норми потрібні для облаштування пародонтологічного кабінету.
93. Який медичний персонал передбачений для роботи в пародонтологічному відділенні.
94. Які медичні маніпуляції проводить зубний гігієніст.
95. Який набір інструментів та апаратів передбачений в пародонтологічному кабінеті.
96. Яке медикаментозне забезпечення пародонтологічного кабінету 8. Які окрім лікувальних засобів повинні бути набор інструментів для невідкладної допомоги....
97. Які основні завдання диспансеризації ви знаєте
98. Основною організаційною формою диспансеризації є-
99. Які групи населення підлягають диспансерному обліку(та проходить відбір пацієнтів).
100. Які лікарські заходи використовують під час диспансерного обліку
101. Які групи диспансерного хворого визначають згідно з існуючим законодавством – Які етапи диспансеризації
102. Вкажіть яка документація повинна заповнюватися при взятті на диспансерний облік хворого з захворюванням тканин пародонта.
103. Який існує порядок зняття хворих з диспансерного обліку при патології пародонта
104. Що таке диспансеризація?
105. Назвіть етапи диспансеризації.

106. Хто і де здійснює відбір хворих для диспансерного спостереження?
107. Назвіть групи осіб, що підлягають диспансеризації.
108. Яка документація оформляється на кожну особу, що підлягає диспансеризації?
109. Яка кратність проведення лікувально-оздоровчих заходів при різній патології пародонту?
110. Назвіть критерії оцінки проведення диспансеризації на різних етапах її проведення.

ВИСНОВКИ

Доповнюючи навчання на стоматологічному факультеті аналізом та вивченням інформаційного масиву даного навчально-методичного посібника, кожен студент зможе досягти мети вивчення навчальної дисципліни з галузі «Терапевтичної стоматології», а саме бути готовим до роботи в умовах стоматологічної клініки, розвинути здатності діагностувати і лікувати захворювання пародонту.

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.