

**ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД «ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

АЛГОРИТМИ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ

*Навчально-методичний посібник для
студентів стоматологічного факультету та лікарів-інтернів*

УДК616.314.17/.18-08(075.8)

A45

Автори:

Самойленко А. В., доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри терапевтичної стоматології ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»;

Возний О. В., доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології Запорізького державного медичного університету;

Самойленко І.І., кандидат медичних наук, доцент, завідувача кафедрою стоматології Дніпропетровського медичного інституту традиційної і нетрадиційної медицини;

Возна І. В., кандидат медичних наук, доцент кафедри терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології Запорізького державного медичного університету;

Орищенко В. Ю., кандидат медичних наук, доцент кафедри терапевтичної стоматології ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»;

Горб-Гаврильченко І. В., кандидат медичних наук, доцент кафедри терапевтичної стоматології ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»

Макарова І.А., асистент кафедри терапевтичної стоматології ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»

Навчально-методичний посібник містить алгоритми практичних умінь та навичок, визначених навчальним планом підготовки фахівців освітньо - кваліфікаційного рівня «Спеціаліст», кваліфікації «лікар-стоматолог» та програмою з терапевтичної стоматології.

Навчальний посібник рекомендован Вченою радою Державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України» протокол №6 від 17 січня 2019 року.

Рецензенти:

Рябоконт Євген Миколайович доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри терапевтичної стоматології Харківського національного медичного університету.

Петрушанко Тетяна Олексіївна доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри терапевтичної стоматології ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія».

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПАРОДОНТУ.....	7
АЛГОРИТМИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ МАНІПУЛЯЦІЙ ПРИ ОБСТЕЖЕННІ ТКАНИН ПАРОДОНТУ.....	15
● Визначення глибини патологічної зубоясневої кишені.....	15
● Проведення проби Шилера-Писарева.....	15
● Визначення індексу	16
● Визначення ступеня рухливості зубів.....	16
● Проведення вакуумної проби по В. І. Кулаженко.....	17
● Визначення рентгенологічних змін, характерних для захворювань пародонту	18
● Збір матеріалу з поверхні виразки для цитологічного дослідження.....	19
ПОСТАНОВКА ДІАГНОЗУ.....	19
АЛГОРИТМ ДІЙ ЛІКАРЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПАРОДОНТУ.....	22
● Складання плану лікування.....	22
● Основні принципи лікування захворювань пародонту.....	23
АЛГОРИТМИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГІНГІВІТОМ.....	24
ПЛАН ЛІКУВАННЯ КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ.....	24
ТАКТИЧНИЙ АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ.....	24
СХЕМА ЛІКУВАННЯ КАТАРАЛЬНОГО ПАПІЛІТА.....	25
ПЛАН ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОГО ГІНГІВІТУ.....	28
ТАКТИЧНИЙ АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОГО ГІНГІВІТУ.....	28
СХЕМА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ВИРАЗКОВОГО ПАПІЛІТА.....	32
ПЛАН ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТРОФІЧНОГО ГІНГІВІТУ ЗАПАЛЬНОЇ ФОРМИ.....	33
ТАКТИЧНИЙ АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТРОФІЧНОГО ГІНГІВІТУ ЗАПАЛЬНОЇ ФОРМИ.....	34

СХЕМА ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТРОФІЧНОГО ПАПІЛІТА.....	37
ПЛАН ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТА.....	38
ТАКТИЧНИЙ АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ.....	39
ТАКТИЧНИЙ АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ ПАРОДОНТОЗУ.....	43
АЛГОРИТМИ ПРОВЕДЕННЯ ОСНОВНИХ ЛІКУВАЛЬНИХ МАНІПУЛЯЦІЙ.....	46
АЛГОРИТМ №1 «НАВЧАННЯ ПАЦІЄНТА РАЦІОНАЛЬНІЙ ГІГІЄНІ ПОРОЖНИНИ РОТА».....	46
АЛГОРИТМ №2 «ПРОФЕСІЙНА ГІГІЄНА ПОРОЖНИНИ РОТА».....	49
АЛГОРИТМ №3 «ЗНЯТТЯ ЗУБНИХ ВІДКЛАДЕНЬ РУЧНИМ МЕТОДОМ».....	51
АЛГОРИТМ №4 «ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КЮРЕТ ГРЕЙСІ ПРИ ЗНЯТТІ ЗУБНИХ ВІДКЛАДЕНЬ РУЧНИМ МЕТОДОМ».....	52
• Призначення кюрет Грейсі.....	55
АЛГОРИТМ №5 «ЗНЯТТЯ ЗУБНИХ ВІДКЛАДЕНЬ ЗА ДОПОМОГОЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКЕЙЛЕРА».....	55
АЛГОРИТМ №6 «РОБОТА ПОВІТРЯНО-АБРАЗИВНОЮ СИСТЕМОЮ».....	58
АЛГОРИТМ №7 «ПРОВЕДЕННЯ АПЛІКАЦІЙНОЇ АНЕСТЕЗІЇ».....	60
АЛГОРИТМ №8 «ВИДАЛЕННЯ НЕКРОТИЧНОГО НАЛЬОТУ».....	61
АЛГОРИТМ №9 «МЕДИКАМЕНТОЗНА ОБРОБКА ДІЛЯНКИ КЕРАТОЗУ».....	61
АЛГОРИТМ №10 «ПРОВЕДЕННЯ АПЛІКАЦІЙ, ПРИГАЦІЙ ТА ІНСТИЛЯЦІЙ».....	62
АЛГОРИТМ №11 «НАКЛАДАННЯ ПАРОДОНТАЛЬНОЇ ПОВ'ЯЗКИ».....	63
АЛГОРИТМ №12 «ЗАКРИТИЙ КЮРЕТАЖ ПАРОДОНТАЛЬНОЇ КИШЕНІ».....	66
АЛГОРИТМ №13 «ШИНУВАННЯ РУХОМИХ ЗУБІВ ІНТРАКОРОНКОВИМ МЕТОДОМ З ВИКОРИСТАННЯМ АРМУЮЧОЇ СТРІЧКИ».....	69

АЛГОРИТМ №14 «ВИБІРКОВЕ ПРИШЛІФОВУВАННЯ ЗУБІВ ПО ДЖЕНКЕЛЬСОНУ».....	70
ФІЗИОТЕРАПЕВТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ	76
● Фізичні методи лікування при гінгівіті.....	76
● Фізичні методи лікування пародонтиту.....	79
● Фізичні методи лікування пародонтозу.....	81
ФІЗИОПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА.....	82
● Методика проведення пальцевого масажу ясен.....	82
● Методика проведення вакуумного масажу ясен.....	83
● Методика проведення іригації за допомогою іригатора.....	83
ТЕСТИ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ АУДИТОРНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТА (КРОК -2 СТОМАТОЛОГІЯ).....	84
ТЕСТИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ.....	92
ПЕРЕЛІК НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	112
ДОДАТОК 1	114
ДОДАТОК 2	115
ДОДАТОК 3.....	117
ДОДАТОК 4.....	118
ДОДАТОК 5.....	121
ДОДАТОК 6.....	122
ДОДАТОК 7.....	123
ДОДАТОК 8.....	124
ДОДАТОК 9.....	125
ДОДАТОК 10.....	126

ВСТУП

Захворювання пародонту - одні з найбільш поширених стоматологічних захворювань. Незважаючи на значні досягнення у вивченні його виникнення і розвитку, дане захворювання, на сьогодні, продовжує залишатися серйозною проблемою. Це підтверджується високою поширеністю цієї патології і свідчить про низьку ефективність лікування і профілактики. Захворювання пародонту призводять до передчасної втрати зубів і розвитку патологічних станів в зубощелепної системі.

Розвиток стоматологічної служби за останні роки, особливо в умовах ринкових стосунків, висунув на передній план питання підвищення якості лікування. Одним з основних напрямів забезпечення якості стоматологічної допомоги є стандартизація.

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

ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПАРОДОНТУ

Вимоги до лікаря:

Лікар знаходиться попереду і праворуч від крісла пацієнта, в лівій руці тримає дзеркало, в правій - пінцет або зонд. Права рука лікаря під час роботи фіксована на підборідді пацієнта 4-м та 5-м пальцями.

Методика проведення :

Огляд обличчя

-Симетричність лівої і правої половини (рис. 1, 2);



Рисунок 1. Пацієнт К. Визначення тургору шкіри обличчя

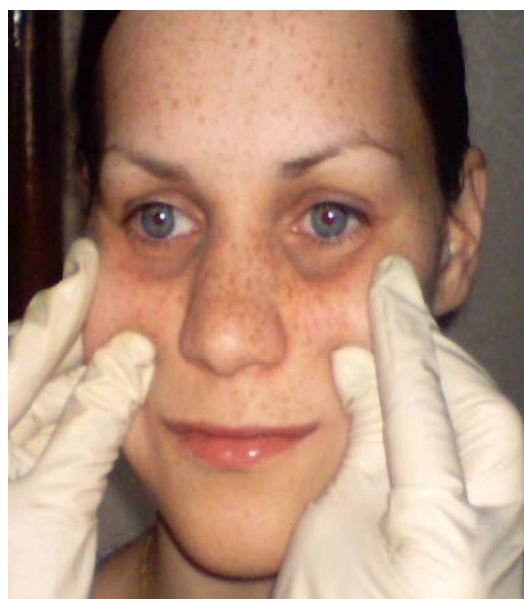


Рисунок 2. Пацієнт К. Визначення еластичності шкіри обличчя

- Висота нижньої третини обличчя;
- Виступ підборіддя;
- Лінія змикання губ;
- Вираженість носогубних складок;
- Пальпація лімфатичних вузлів (рис 3);

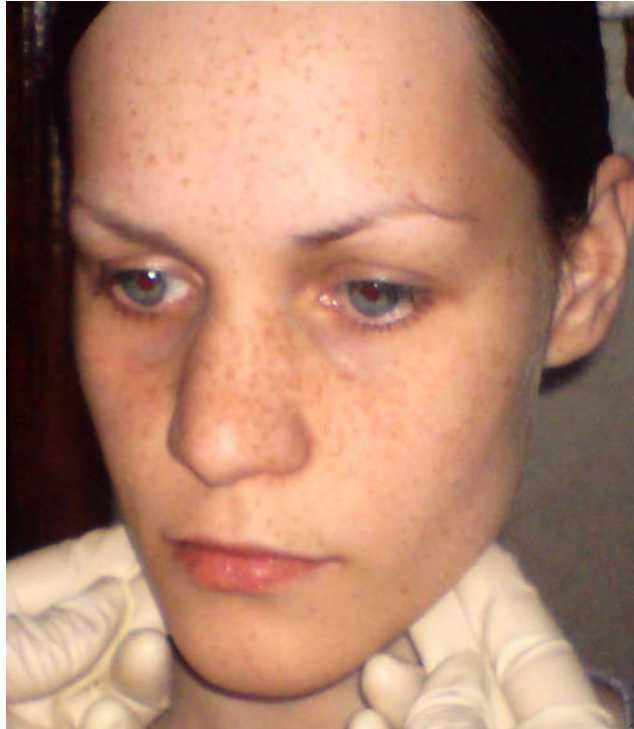


Рисунок 3. Пацієнт К. Бімануальна пальпація регіональних лімфовузлів

- Пальпація скронево-нижньощелепного суглобу (рис. 4, 5, 6);



Рисунок 4. Пацієнт К. Пальпація скронево-нижньощелепного суглобу при закритому роті

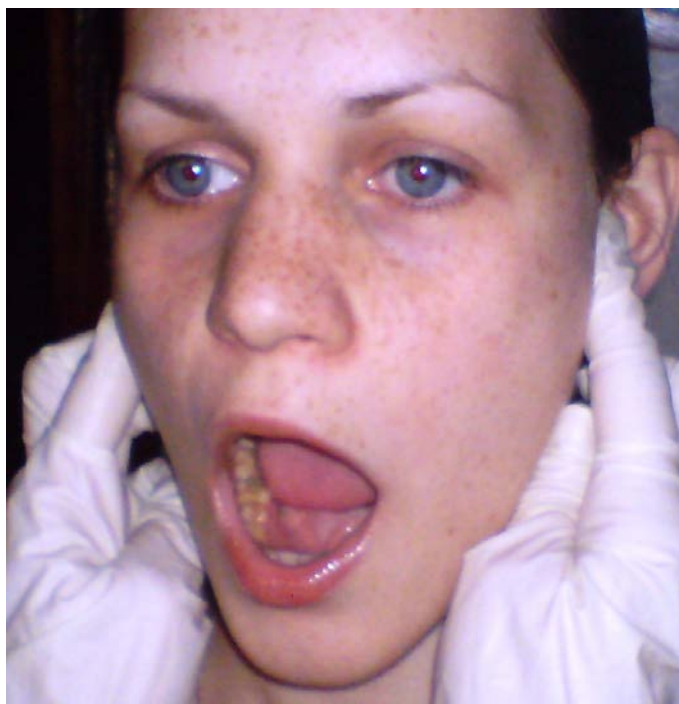


Рисунок 5. Пацієнт К. Пальпація скронево-нижньощелепного суглобу при відкритому роті



Рисунок 6. Пацієнт К. Обстеження ступеню відкриття рота

-Фізіологічний спокій нижньої щелепи.

Огляд губ

-Симетричність кутів рота, форма і товщина губ (рис. 7);



Рисунок 7. Пацієнт К. Обстеження симетричності кутів рота

- Стан червоної облямівки губ;
- Стан шкіри біля ротової порожнини (рис. 8).



Рисунок 8. Пацієнт К. Обстеження шкіри біля ротової порожнини

Огляд присінка порожнини рота

- Визначення глибини присінка порожнини рота (мілке -до 5 мм, середнє — до 10 мм, глибоке — більше 10 мм);
- Форма та прикріплення вуздечок верхньої і нижньої губи, тяжів слизової оболонки (рис. 9, 10).



Рисунок 9. Пацієнт К. Оцінювання форми та прикріплення вуздечки верхньої губи



Рисунок 10. Пацієнт К. Оцінювання форми та прикріплення вуздечки нижньої губи

Огляд твердого і м'якого піднебіння

-Колір

-Форма (плоске, куполоподібне, готичне) (рис. 11);

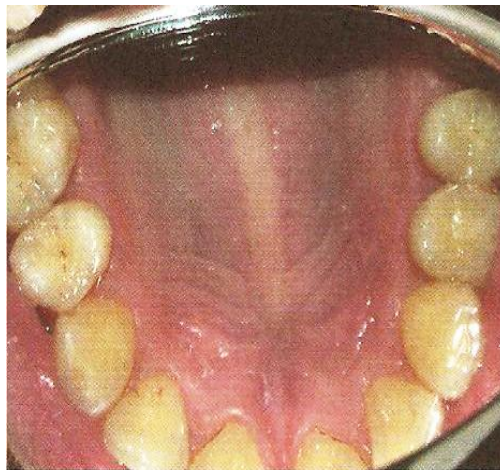


Рисунок 11. Пацієнт К. Огляд піднебіння

-Рельєф слизової оболонки твердого піднебіння (рис. 12).

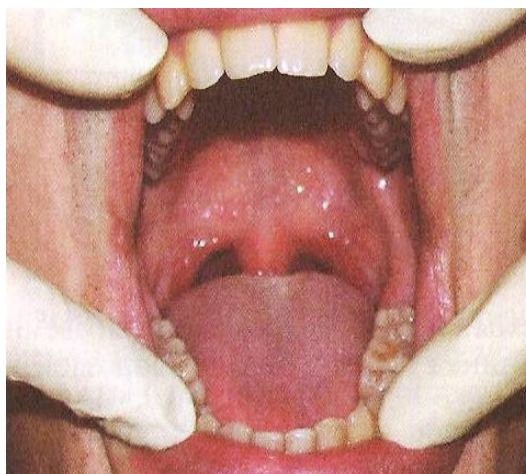


Рисунок 12. Пацієнт К. Огляд слизової оболонки піднебіння

Огляд язика

- Визначення величини (мікроглосія, макроглосія);
- Рухливість (обмежена, надмірна);
- Колір (гіперемований, ціанотичний, блідий, і так далі);
- Стан сосочків на дорсальній поверхні (атрофія, гіпертрофія).

Огляд дна порожнини рота

- Вивчення прикріплення та форми вуздечки язика (довга, коротка, широка).

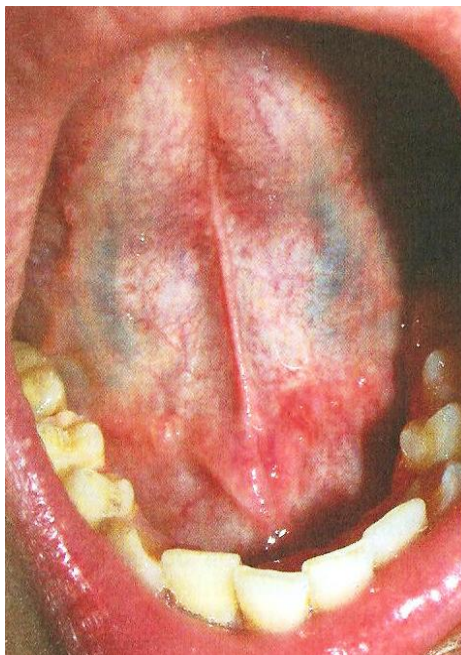


Рисунок 13. Пацієнт К. Оцінювання прикріплення та форми вуздечки язика

Дослідження ясен та пародонтологічного статусу

1. Колір ясен (блідо-рожевий, гіперемований, ціанотичний, блідий);
2. Характер запалення (катаральний, гіперпластичний, виразковий);
3. Поширеність запального процесу (локалізований, генералізований);
- 4.Росповсюдженість та інтенсивність процесу (папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА), пародонтальний індекс Russel (PI),
5. Стан лінії ясенного краю: наявність рецесії (рис. 14, 15), гіпертрофії.



Рисунок 14. Пацієнт 3. Рецесія ясенєвого краю коло зуба 1.6



Рисунок 15. Пацієнт 3. Рецесія ясенєвого краю коло зуба 2.3

6. Щільність ясен (пухкі, щільні);
7. Наявність ексудату (серозний, гнійний);
8. Наявність пародонтальної кишені, ясенної кишені;

9. Ступінь рухливості зубів :

I - Зуб нахилиється у вестибулярно-оральному (лабіально-лінгвальному) напрямку в межах ширини різцевого краю;

II - окрім вказаних переміщень є рухливість в медіа-дистальному напрямку;

III - окрім вказаних переміщень, зуб візуально рухливий у вертикальному напрямку.

10. Оцінка кровоточивості ясен (індекс кровоточивості ясенної борозни (SBI) і міри кровоточивості міжзубних сосочків (PBI)

11. Оцінка гігієнічного стану, наявність зубного нальоту (гігієнічного індексу Федорова-Володкіної, Green-Vermillion, Silness - Loe).

Огляд зубних рядів

-Визначення цілісності зубних рядів;

-Наявність діастем, контактних пунктів між зубами;

-Форма оклюзії зубного ряду;

-Визначення дефекту зубного ряду по Кенеді:

- I клас — двосторонній дистально необмежений зубами дефект;

- II клас — односторонній дистально необмежений зубами дефект;

- III клас — односторонній дистально обмежений зубами дефект;

- IV клас — відсутність передніх зубів.

- Тип прикусу (фізіологічний, патологічний);

- Тип змикання зубів

- Виявлення травматичної оклюзії, травматичної артикуляції.

Дослідження зубів

-Колір;

-Форма;

-Розмір (макро-, мікродентія);

-Кількість (гіподентія, гіпердентія);

-Положення зубів (вестибулярне, оральне, мезіо-дистальное зміщення, поворот зуба навколо подовжньої осі, скупчене положення зубів);

-Вираженість горбів у симетричних груп зубів;

- Ураженість зубів карієсом;
- Некаріозні ураження;
- Зондування 5 поверхонь зуба;
- Стан пломб, протезів, коронок.

АЛГОРИТМИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ МАНІПУЛЯЦІЙ ПРИ ОБСТЕЖЕННІ ТКАНИН ПАРОДОНТУ

1. Визначення глибини патологічної зубоясневої кишені

Методика проведення :

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

2. Проведення проби Шиллера-Писарєва

Методика проведення :

1. Провести антисептичну обробку ротової порожнини.
2. Ясна ізолювати від слини ватними валиками.
3. Ватною кулькою, змоченою в розчині Шиллера-Писарєва, змастити ясна.
4. По інтенсивності забарвлення ясен оцінити пробу:
 - негативна - світло-жовте забарвлення;
 - позитивна - темно-буре забарвлення.

3. Визначення індексу РМА

Методика проведення :

1. Порожнину рота прополоскати розчином антисептика.
2. Зуби ізолювати від слини ватними валиками, просушити.
3. За допомогою стоматологічного дзеркала і зонду візуально визначити наявність запального процесу ясен біля кожного окремого зуба:

1 бал - запалення ясенного сосочка (Р);

2 бала - запалення ясенного краю (М);

3 бала - запалення альвеолярної частини ясен (А).

4. Індекс вичислити за формулою:

$$\frac{\text{Сума балів} \times 100\%}{3 \times n}$$

5. Суму балів отримати при складанні вищих оцінок стану ясен біля усіх обстежених зубів; n - кількість зубів (з 15 років оцінюються 30 зубів).

4. Визначення рухливості зубів

Методика проведення :

1. Порожнину рота прополоскати розчином антисептика.

2. Зуби ізолювати від слини ватними валиками, просушити.

3. Охопити пінцетом коронку зуба.

4. Визначити ступеня рухливості зубів у різних напрямках і провести оцінку за наступними критеріями:

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

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

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

5. Проведення вакуумної проби по В. І. Кулаженко

Методика проведення :

1. Вакуумний апарат підключити до електричної мережі і контура заземлення (рис. 16).



Рисунок 16. Апарат для проведення вакуумної проби по В. І. Кулаженко

2. Ввімкнути апарат, натиснувши на кнопку «Мережа».
3. Перевірити роботу апарату по відхиленню стрілки вакуумметра (залишковий тиск може бути у межах 20 - 40 мм рт. ст.).
4. Стерильну вакуумну кювету з'єднати з штуцером шланга і прикласти на нерухому частину ясна біля конкретного зуба.
5. Спостерігаючи через прозору кювету, визначити час появи перших одиничних екстравазатів (петехій) на яснах (у секундах) (рис. 17).



Рисунок 17. Пацієнт Ю. Методика проведення вакуумної проби

6. Відокремити кювету від ясен, натиснути на клапан скидання на штуцері об'єднуючого шланга.
7. Повторити процедуру біля інших зубів.

6. Визначення рентгенологічних змін, характерних для захворювань пародонту

Методика проведення :

1. Розглянути ортопантограму хворого на пародонтит.
2. Визначити наявність або відсутність кортикальної пластинки.
3. Встановити величину резорбції міжзубних перегородок.
4. Визначити тип резорбції альвеолярного відростка (горизонтальний, вертикальний, змішаний).
5. Визначити наявність або відсутність вогнищ остеопорозу або остеосклерозу.

7. Збір матеріалу з поверхні виразки для цитологічного дослідження

Методика проведення :

1. Промити ротову порожнину фізіологічним розчином з метою видалення залишків їжі і слизу.
2. Стерильним ватним вологим тампоном звільнити поверхню поразки від некротичних плівок.
3. Підготувати предметне скло.
4. Стерильний гумовий маркер прикласти до досліджуваної ділянки.
5. Перенести відбиток на предметне скло.
6. Повторити збір матеріалу з тієї ж самої ділянки для цитологічного дослідження глибших шарів виразки.
7. Висушити отриманий препарат, зафіксувати метиловим спиртом.
8. Пофарбувати препарат.
9. Під мікроскопом провести оцінку цитологічного матеріалу.

ПОСТАНОВКА ДІАГНОЗУ

На підставі усього комплексу даних, отриманих в ході :

- анамнезу vitae, анамнезу morbi;
- огляду, пальпації, перкусії, зондування;
- клініко-лабораторних методів обстеження (в т.ч. рентгенологічного дослідження);
- консультації інших фахівців;

проводиться встановлення і формулювання діагнозу відповідно до класифікації захворювань пародонту, запропонованою Н.Ф. Данилевським (1994г) :

I. Запальні:

1. Папіліт, гінгівіт.

Форма: катаральний, гіпертрофічний, виразковий.

Перебіг: гострий, хронічний.

Глибина ураження: м'які тканини, остеопороз міжкоміркових перегородок.

Поширеність: обмежений, дифузний.

2. Локалізований пародонтит.

Форма: катаральний, гіпертрофічний, виразковий.

Перебіг: гострий; хронічний.

Глибина ураження: м'які тканини, комірковий відросток.

Ступінь розвитку : початковий, I, II, III.

Поширеність: обмежений.

II. Дистрофічно-запальні:

1. Генералізований пародонтит

Перебіг: хронічний, загострений, стабілізація.

Ступінь розвитку: початковий, I, II, III.

Поширеність: дифузне ураження пародонта.

III. Пародонтоз - дистрофічне ураження пародонта.

Тяжкість процесу: легка, середня, тяжка.

Перебіг: хронічний.

Поширеність процесу: дифузне ураження пародонта.

IV. Прогресивні ідіопатичні захворювання пародонта:

1. Супроводжуючі захворювання крові: лейкоз, циклічна нейтропенія, агранулоцитоз.
2. Гістіоцитоз Х : хвороба Летера-Зіве, хвороба Хенда-Шюллера-Крісчена еозинофільна гранульома (хвороба Таратинова).
3. Супроводжуючі порушення обміну : хвороба Дауна, акаталазія, десмонтоз.

V. Продуктивні процеси (пародонтоми) : доброякісні, злоякісні.

4.1.2. Формулювання пародонтологічного діагнозу

1 частина:

- Морфологічний компонент діагнозу, що відображає суть і локалізацію основних патоморфологічних змін у пародонті.
- Ступінь ураження пародонту (початкова, I, II, III);
- Характер запалення ясен (катаральний, гіпертрофічний, виразковий);
- Інтенсивність поширення;

- Дефекти зубних рядів;
- Патологічна стертість твердих тканин зубів (горизонтальна, вертикальна, змішана);
- Реєстрація функціональних розладів усіх найважливіших фізіологічних функцій щелепно-лицьової області, пов'язаних з патоморфологічними змінами в тканинах пародонту (рухливість зубів, травматична артикуляція, пародонтальний абсцес, гіперестезія зубів, наявність трем, феномен Попова-Годона, зниження висоти прикусу, конвергенція і вестибуло-оральне переміщення зубів та ін.).

2 частина:

- Перерахування супутніх захворювань (наявні хвороби, не пов'язані з основним захворюванням етіологічно і патогенетично) :
- Стоматологічні захворювання (хронічний рецидивуючий афтозний стоматит, актинічний хейліт та ін.);
- Загальні захворювання, що роблять вплив на течію патологічних процесів в пародонті (гіпо- і гіперфункція щитовидної залози, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки та ін.).

Приклад пародонтологічного діагнозу :

Хронічний генералізований пародонтит II ступеня тяжкості, симптоматичний катаральний гінгівіт, дефект зубного ряду нижньої щелепи — III клас по Кенеді; рухливість 31, 32, 33, 41, 42, 43 I — II ступеню, 46 — I ступеню, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 25, 26 — III ступеню ; травматичні вузли в області 31, 32, 33, 41, 42, 43; зниження висоти прикусу, протрузія 11, 12, 13, 21, 22, 23; гіпертонічна хвороба, цукровий діабет.

АЛГОРИТМ ДІЙ ЛІКАРЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТА ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПАРОДОНТУ

Складання плану лікування

Методика проведення :

У план пародонтологічного лікування входять:

- Навчання пацієнта раціональній гігієні порожнини рота;
- Санація порожнини рота — лікування карієсу і його ускладнень;
- Професійна гігієна — видалення над — і підясенного каменю, нальоту, полірування поверхні зуба, доступної частини кореня;

Терапевтичне лікування:

Місцеве: застосування місцево препаратів антимікробних, протизапальних, протинабрякових, кератопластичних та ін.;

Загальне : застосування антимікробних препаратів, вітамінів, імуномодуляторів;

Хірургічне лікування:

◆ Основні види операцій при захворюваннях пародонту (гінгівотомія, гінгівектомія, кюретаж, відкритий кюретаж, клаптева операція та ін.);

◆ Допоміжні види операцій при захворюваннях пародонту (пластика вуздечок губ, вестибулопластика);

Ортопедичне лікування включає:

◆ Шинування зубів за допомогою незнімних конструкцій (традиційного, фрагментарного шинування з парапульпарною фіксацією і технікою протравлення);

◆ Шинування за допомогою суцільнолитих знімних конструкцій;

◆ Інші види шинування;

◆ Усунення травматичної оклюзії;

◆ Заміна нераціональних ортопедичних конструкцій;

◆ Раціональне протезування.

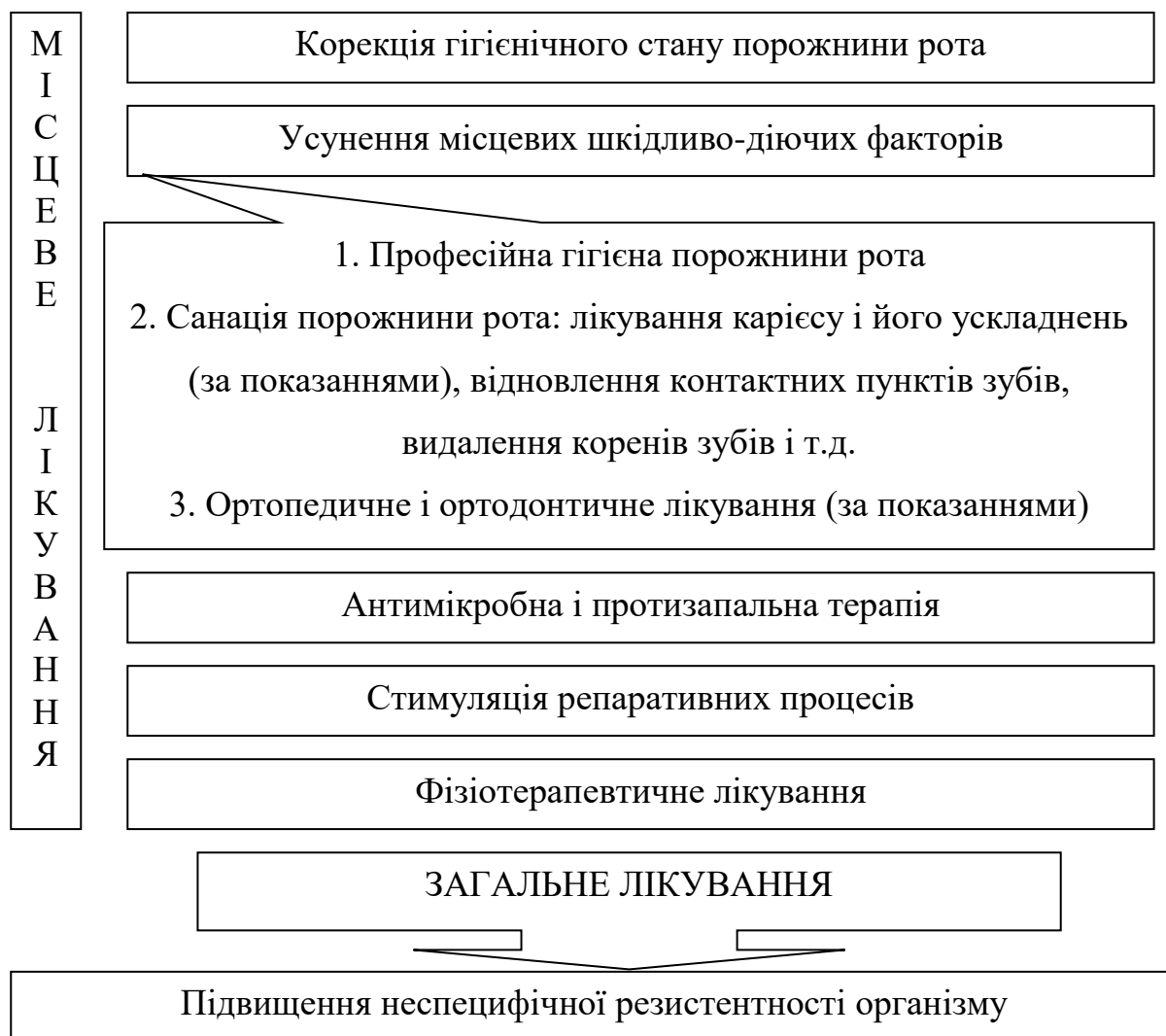
Основні принципи лікування захворювань пародонту

Методика проведення :

- Мотивація пацієнта з питань гігієни порожнини рота;
- Усунення травматичних чинників в порожнині рота (зубної бляшки, зубного каменю, гострих і нависаючих країв пломб, штучних коронок, травматичної оклюзії; відновлення контактних пунктів між зубами і так далі);
- Ефективне знеболення(аплікаційна, інфільтраційна, провідникова анестезія);
- Ліквідація запалення тканин пародонту;
- Призупинення дистрофічного процесу і відновлення втраченої функції тканин пародонту;
- Стимулювання процесу регенерації;
- Виключення найбільш вірогідних патогенетичних чинників.

АЛГОРИТМИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГІНГІВІТОМ

ПЛАН ЛІКУВАННЯ КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ



ТАКТИЧНИЙ АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ

№ з/п	ЕТАПИ	МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ, НЕОБХІДНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ, ПРЕПАРАТИ ТА ІН.
1.	Навчання пацієнта раціональної гігієни порожнини рота	Методика проведення згідно з алгоритмом №1. Набір гігієнічних засобів і моделей щелеп для навчання пацієнтів правилам догляду за порожниною рота: зубні пасти, гелі; зубні щітки; зубні порошки, порошки для обробки зубних протезів; інтердентальні

		засоби (флоси, зубочистки); зубні еліксири, ополіскувачі, дезодоранти для порожнини рота; фарбувальні таблетки для виявлення зубного нальоту; жувальна гумка (лікувально-профілактична).
2	Проведення антисептичної обробки порожнини рота	Полоскання, ротові ванночки, зрошення розчинами антисептиків. (див. додаток № 2) <i>Повторна антисептична обробка проводиться після кожного етапу лікування.</i>
3.	Усунення місцевих шкідливо діючих факторів	
3.1	Професійна гігієна порожнини рота	Методика проведення згідно з алгоритмом №2 Набір інструментів: скейлери, кюрети, долото, мотиґа, ультразвуковий або звуковий скейлер, повітряно-абразивні системи, нейлонові щітки, полірувальні пасти (рис. 18, 19).
3.2	Санація порожнини рота	Полірування композиційних реставрацій, зішліфовування гострих і нависаючих країв пломб. <i>Після ліквідації запального процесу:</i> лікування карієсу і його ускладнень (за показаннями), відновити контактні пункти зубів, направити на видалення коренів зубів і т.д.
3.3	Ортопедичне і ортодонтичне лікування (за показаннями)	Направити до лікаря ортопеда для усунення нераціонально виготовлених ортопедичних конструкцій. <i>Після ліквідації запального процесу:</i> 1. направити до лікаря-ортопеда з метою раціонального протезування; 2. направити до лікаря ортодонта для усунення аномалій зубощелепної системи
3.4	За показаннями направити хворого на пластику вуздечки,	<i>Після ліквідації запального процесу:</i> виписати направлення до хірурга-

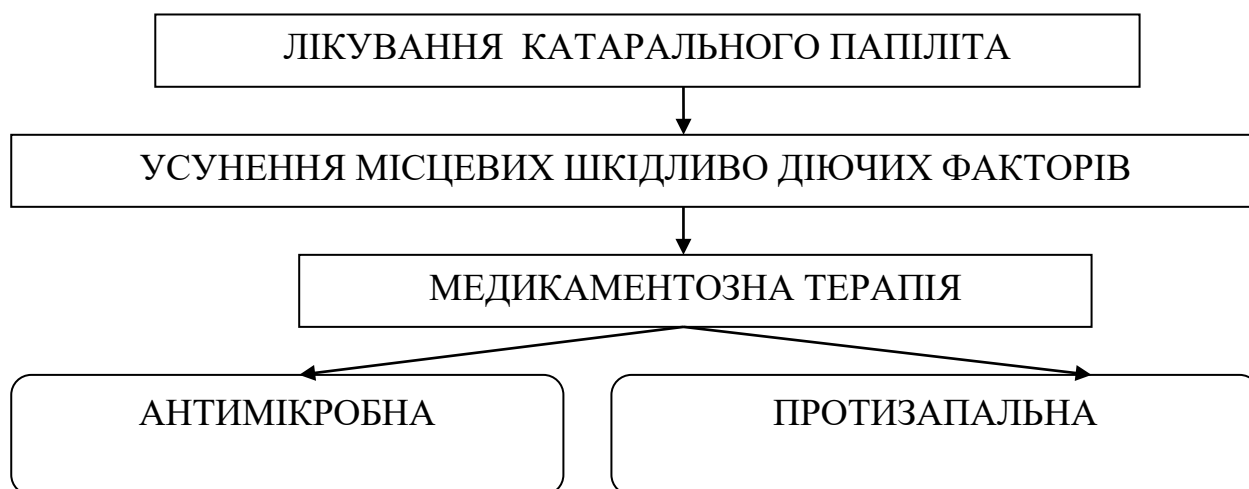
	корекцію присінку порожнини рота.	стоматолога.
4.	Накласти лікувальну пародонтальну пов'язку	Методика проведення згідно з алгоритмом №11 (див. додаток № 4)
5.	Призначити фізіотерапевтичне лікування	Вибрати вид фізіотерапевтичного лікування (див. фізіотерапевтичне лікування). Виписати направлення в фізіотерапевтичний кабінет.
6.	Призначити місцеве лікування додому	Полоскання, ротові ванночки, зрошення розчинами антисептиків. Аплікації антимікробних і протизапальних препаратів. (див. додаток №2,3)
7.	Призначити загальне лікування.	За погодженням з лікарем-інтерністом призначити препарати для підвищення резистентності організму, комплекси полівітамінів. Виписати рецепти.
8.	На заключному етапі лікування місцево застосувати препарати, що стимулюють процеси репаративної регенерації	Провести аплікації кератопластиків. Методика проведення згідно з алгоритмом №9 (див. додаток № 3)



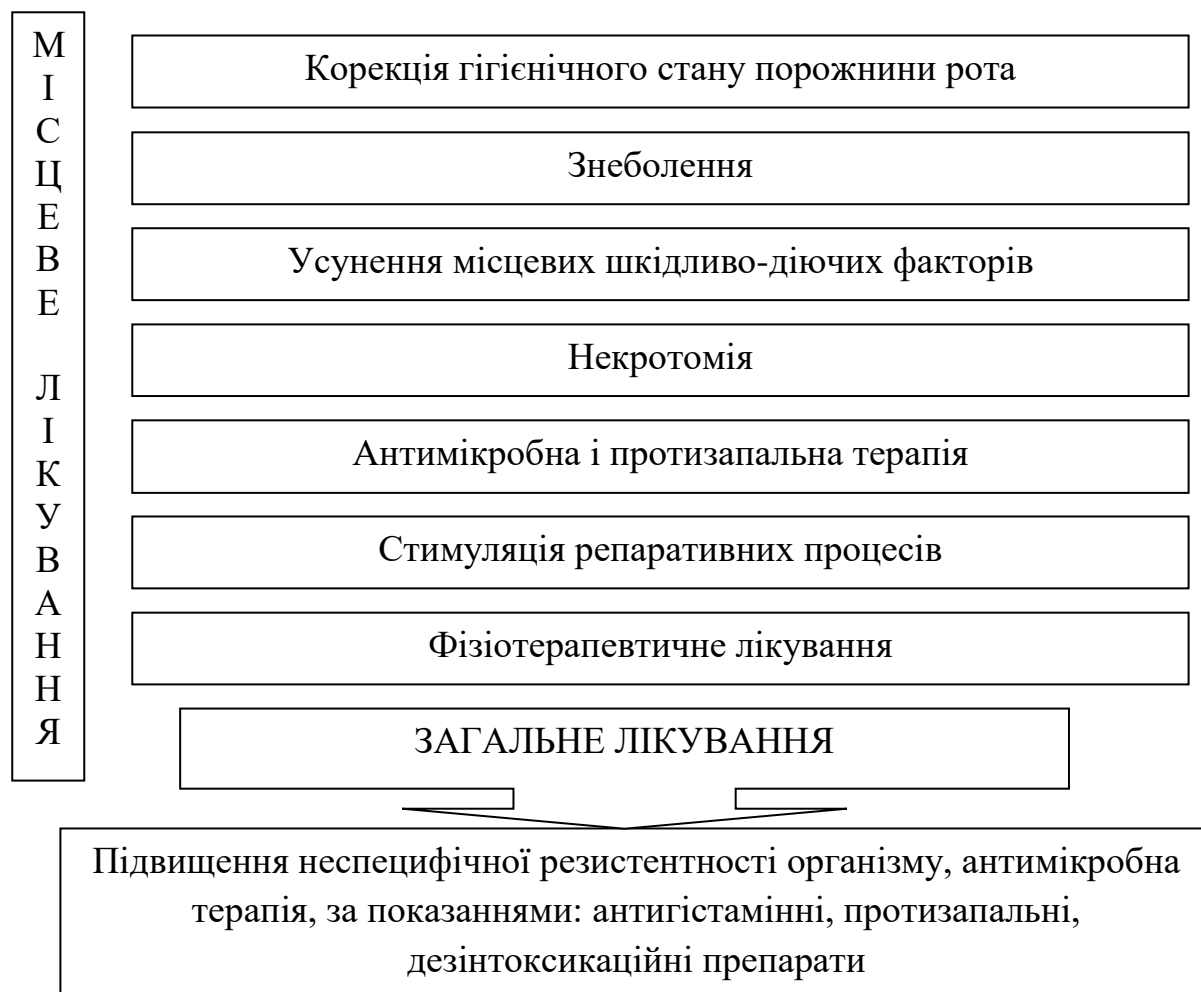
Рисунок 18. Набір кюрет Грейсі



Рисунок 19. Пародонтальний зонд, долото, скейлери.



ПЛАН ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОГО ГІНГІВІТУ



ТАКТИЧНИЙ АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ВИРАЗКОВОГО ГІНГІВІТУ

№ з/п	ЕТАПИ	МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ, НЕОБХІДНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ, ПРЕПАРАТИ ТА ІН.
1.	Навчання пацієнта раціональної гігієни порожнини рота	<p>Методика проведення згідно з алгоритмом №1.</p> <p>Набір гігієнічних засобів і моделей щелеп для навчання пацієнтів правилам догляду за порожниною рота: зубні пасти, гелі; зубні щітки; зубні порошки, порошки для обробки зубних протезів; інтердентальні засоби (флоси, зубочистки); зубні еліксири, ополіскувачі, дезодоранти для порожнини рота; фарбувальні таблетки для виявлення зубного нальоту; жувальна гумка (лікувально-профілактична).</p>

2.	Провести аплікаційне знеболення	На неушкоджену слизову оболонку ясен за допомогою ватної кульки нанести топікальний анестетик. Методика проведення згідно з алгоритмом №7 (рис. 4). (див. додаток №6)
3.	Проведення антисептичної обробки порожнини рота	Полоскання, ротові ванночки, зрошення розчинами антисептиків. (див. додаток №2) <i>Повторна антисептична обробка проводиться після кожного етапу лікування.</i>
4.	Усунення місцевих шкідливо діючих факторів	
4.1	Професійна гігієна порожнини рота	Методика проведення згідно з алгоритмом №2 Набір інструментів: скейлери, кюрети, долото, мотиґа, ультразвуковий або звуковий скейлер, повітряно-абразивні системи, нейлонові щіточки, полірувальні пасти і т.д ..
4.2	Санація порожнини рота	Пломбування карізних порожнин: до епітелізації виразок - водним дентином, після - постійним пломбувальних матеріалів. Корекція пломб. Закриття коренів зубів на час лікування водним дентином, після епітелізації виразок - видалення.
4.3	Ортопедичне і ортодонтичне лікування (за показаннями)	Направити до лікаря ортопеда для усунення нераціонально виготовлених ортопедичних конструкцій. Після ліквідації запального процесу: 1. направити до лікаря-ортопеда з метою раціонального протезування; 2. направити до лікаря ортодонта для усунення аномалій зубощелепної системи
4.4	За показаннями направити хворого на пластику вуздечки, корекцію присінку порожнини рота.	Після ліквідації запального процесу: виписати направлення до хірурга-стоматолога.
5.	Повторне аплікаційне	див. п.3

	знеболення	
6.	Провести видалення залишків некротичного нальоту	Аплікації на ясна протягом 5 хвилин розчинів протеолітичних ферментів: трипсин, хімотрипсин, хімопсін, террілітін, мазь «Іруксол». Процедуру повторити 3-4 рази. Методика проведення згідно з алгоритмом №8 (див. додаток № 2)
7.	Повторна антисептична обробка	див. п.3
8.	Накласти лікувальну пародонтальну пов'язку	Методика проведення згідно з алгоритмом №11 (див. додаток № 4)
9.	Призначити фізіотерапевтичне лікування	Вибрати вид фізіотерапевтичного лікування (див. фізіотерапевтичні методи лікувння). Виписати направлення в фізіотерапевтичний кабінет.
10.	Призначити загальне лікування.	За погодженням з лікарем-інтерністів призначити препарати для підвищення резистентності організму, антимікробної, протизапальної, гіпосенсибілізуючої терапії. Комплекси полівітамінів і мікроелементів. Виписати рецепти.
11.	Призначити місцеве лікування додому	Полоскання, ротові ванночки, зрошення розчинами антисептиків. Аплікації антимікробних і протизапальних препаратів. (див. додаток №2,3)
12.	На заключному етапі лікування місцево застосувати препарати, що стимулюють процеси репаративної регенерації	Провести аплікації кератопластиків. Методика проведення згідно з алгоритмом №9 (див. додаток №3)

Лікування виразкового гінгівіту (залежно від тяжкості стану, етапність і кількість відвідувань може змінюватися) :

Методика проведення :

Антисептична обробка порожнини рота (1 % р-н перекису водню, 0,06 % р-н хлоргексидину, 0,25% р-н хлорфіліпту);

Анестезія(аплікаційна, інфільтраційна, провідникова);

Професійна гігієна порожнини рота(при важкій стадії захворювання професійна гігієна проводиться в неповному об'ємі, з мінімальною травматизацією тканин ясен, під'ясенні зубні відкладення видаляються після зняття гострих явищ);

- Видалення некротизованих тканин ясен в області виразки за допомогою гладилок, ватно-марлевих тампонів; повне очищення осередку ураження від некротичного нальоту проводять методом аплікації ферментативних препаратів на 15-20 хвилин (розчини трипсину, терилітіну, хімопсину);

- Аплікації сумішей антибактеріальних і протизапальних засобів впродовж 15-20 хвилин (гелю Метрогіл-дента, індометацинової мазі, суміш левомеколевої мазі з пігулкою трихопола або аплікації купрала (гідроокис міді-кальцію));

-Через 3-5-7 днів, після зняття явищ гострого запалення приступити до аплікації кератопластичних засобів на слизову оболонку ясен в області виразки (солкосерил-дентальна адгезивна паста, актовегин в желе, мазі і т. д.);

-Провести призначення додому:

-курсу антибактеріальної терапії 10 днів(трихопол по 0,25г 3 рази в день — 3 дні, по 0,25 г — 2 рази в день — 7 днів);

-курсу полівітамінів впродовж I місяця;

-курсу десенсибілізуючої терапії — 10 днів;

-внутрішньоротові ванночки з 0,06 % розчином хлоргексидину біглюконату, 0,25% розчином хлорфіліпту, розчином лізоциму, аплікації гелю Метрогілдента на 15-20 хвилин або аплікації купрала (гідроокис міді-кальцію);

-иммунокорегуюча терапія;

-мотивація пацієнта з питань гігієни порожнини рота (після стихання яскравих запальних станів);



ПЛАН ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТРОФІЧНОГО ГІНГІВІТУ ЗАПАЛЬНОЇ ФОРМИ



ТАКТИЧНИЙ АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТРОФІЧНОГО ГІНГІВІТУ ЗАПАЛЬНОЇ ФОРМИ

№ п/п	ЕТАПИ	МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ, НЕОБХІДНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ, ПРЕПАРАТИ ТА ІН.
1.	Навчання пацієнта раціональної гігієни порожнини рота	Методика проведення згідно з алгоритмом №1. Набір гігієнічних засобів і моделей щелеп для навчання пацієнтів правилам догляду за порожниною рота: зубні пасти, гелі; зубні щітки; зубні порошки, порошки для обробки зубних протезів; інтердентальні засоби (флоси, зубочистки); зубні еліксири, ополіскувачі, дезодоранти для порожнини рота; фарбувальні таблетки для виявлення зубного нальоту; жувальна гумка (лікувально- профілактична).
2	Проведення антисептичної обробки порожнини рота	Полоскання, ротові ванночки, зрошення розчинами антисептиків. (див. додаток № 2) <i>Повторна антисептична обробка проводиться після кожного етапу лікування.</i>
3	<i>Усунення місцевих шкідливо діючих факторів</i>	
3.1	Професійна гігієна порожнини рота	Методика проведення згідно з алгоритмом №2 Набір інструментів: скейлери, кюрети, долото, мотиґа, ультразвуковий або звуковий скейлер, повітряно-абразивні системи, нейлонові щіточки, полірувальні пасти і т.д ..

3.2	Санація порожнини рота	<p>Полірування композиційних реставрацій, зішліфовування гострих і нависають країв пломб.</p> <p>Після ліквідації запального процесу: лікування карієсу і його ускладнень (за показаннями), відновити контактні пункти зубів, направити на видалення коренів зубів і т.д.</p>
3.3	Ортопедичне і ортодонтичне лікування (за показаннями)	<p>Направити до лікаря ортопеда для усунення нераціонально виготовлених ортопедичних конструкцій.</p> <p>Після ліквідації запального процесу:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. направити до лікаря-ортопеда з метою раціонального протезування; 2. направити до лікаря ортодонта для усунення аномалій зубощелепної системи
4.	Провести поверхневу склерозуючу терапію	<p>Аплікації на ясна та інстиляції в ясенні кишені протягом 10-15 хвилин розчинів «Мараславін», «Бефунгін», «Полімінерол», «Ваготил», «Фітодент», 10% настоянки прополісу і 20% настоянки чистотілу не менше 4-5 разів за один сеанс.</p> <p>Методика проведення згідно з алгоритмом №10.</p>
5.	Накласти лікувальну пародонтальну пов'язку	Методика проведення згідно з алгоритмом №11 (див. додаток № 4)
6.	Призначити фізіотерапевтичне лікування	<p>Вибрати вид фізіотерапевтичного лікування (див. фізіотерапевтичні методи лікування).</p> <p>Виписати направлення в фізіотерапевтичний кабінет.</p>

7.	Призначити загальне лікування.	За погодженням з лікарем-інтерністом призначити препарати для підвищення резистентності організму, комплекси полівітамінів. Виписати рецепти.
8.	Призначити місцеве лікування додому	Полоскання, ротові ванночки, зрошення розчинами антисептиків. Аплікації антимікробних і протизапальних препаратів. (див. додаток №2,3)
9.	Після ліквідації запального процесу провести операцію гінгівектомії (при гіпертрофії II-III ступеня)	Виписати направлення в хірургічний кабінет для проведення операції гінгівектомії, за показаннями френуло- або вестибулопластики.
10.	Накласти пародонтальну пов'язку з лікарськими препаратами, що володіють цитостатичних дією (циклофосфан і метатрексат).	Методика проведення згідно з алгоритмом №11 (див. додаток № 4)

Лікування пацієнтів з гіпертрофічним гінгівітом (незалежно від перебігу і ступеня тяжкості захворювання склерозуюча терапія проводиться при набряклій стадії, фіброзна стадія підлягає хірургічному лікуванню).

Методика проведення :

- Мотивація пацієнта з питань гігієни порожнини рота;
- Антисептичне полоскання порожнини рота (0,06% р-н хлоргексидину; 0,5-1 % р-н перекису водню і так далі);
- Іригація ясених кишень розчинами антисептиків;
- Знеболення(анестезія аплікаційна, інфільтраційна, провідникова);
- Проведення професійної гігієни(за 3-4 сеанси) :
- Аплікація протизапальних засобів;
- Гель Метрогіл-Дента, купрал (гідроокис міді-кальцію), мазь левоміколева,

індометацинова, ібупрофенова, мундизаль гель (проводиться щодня до повного зникнення запалення, до негативної проби Шиллера-Писарева);

-Аплікації кератолітичних засобів (розчини мараславіна, прополісу, вагодила, бефунгіна вводяться на турундах в хибні пародонтальні кишені на 10-15 хвилин);

-Проведення фізіотерапевтичного лікування (електрофорез з 10% розчином кальцію хлориду, гепарину, лідазы; дарсонвалізація, вакуум-масаж);

-У місцях значної гіпертрофії проводиться гінгівектомія.



ПЛАН ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТА



**ТАКТИЧНИЙ АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО
ПАРОДОНТИТУ**

№ з/п	ЕТАПИ	МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ, НЕОБХІДНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ, ПРЕПАРАТИ ТА ІН.
	<i>I ФАЗА</i>	
1.	Навчання пацієнта раціональної гігієни порожнини рота	Методика проведення згідно з алгоритмом №1. Набір гігієнічних засобів і моделей щелеп для навчання пацієнтів правилам догляду за порожниною рота: зубні пасти, гелі; зубні щітки; зубні порошки, порошки для обробки зубних протезів; інтердентальні засоби (флоси, зубочистки); зубні еліксири, ополіскувачі, дезодоранти для порожнини рота; фарбувальні таблетки для виявлення зубного нальоту; жувальна гумка (лікувально-профілактична).
2	Проведення антисептичної обробки порожнини рота	Полоскання, ротові ванночки, зрошення розчинами антисептиків. (див. додаток № 2) <i>Повторна антисептична обробка проводиться після кожного етапу лікування.</i>
3	<i>Усунення місцевих шкідливо-діючих факторів</i>	
3.1	Вибіркове пришліфування зубів по Дженкельсону	Методика проведення згідно з алгоритмом №13
3.2	Тимчасове шинування рухомих зубів	Методика проведення згідно з алгоритмом №14
3.3	Професійна гігієна порожнини рота	Методика проведення згідно з алгоритмом №2

		Набір інструментів: скейлери, кюрети, долото, мотиґа, ультразвуковий або звуковий скейлер, повітряно-абразивні системи, нейлонові щітки, полірувальні пасти і т.д ..
3.4	Санація порожнини рота	Полірування композиційних реставрацій, зішліфовування гострих і нависають країв пломб. Після ліквідації запального процесу: лікування карієсу і його ускладнень (за показаннями), відновити контактні пункти зубів, направити на видалення коренів зубів і т.д.
3.5	Ортопедичне лікування (за показаннями)	Направити до лікаря ортопеда для усунення нераціонально виготовлених ортопедичних конструкцій.
4.	Провести ірригацію, інстиляцію пародонтальних кишень	Провести: ірригацію пародонтальних кишень розчинами антисептиків, інстиляцію р-нами ферментів, протизапальних гелів, мазей, сорбентів, біополімерних плівок, іммобілізованими преператами і ін. Методика проведення згідно з алгоритмом №10 (див. додаток № 2,5)
5.	Накласти лікувальну пародонтальних пов'язку	Методика проведення згідно з алгоритмом №11 (див. додаток № 4)
6.	Призначити фізіотерапевтичне лікування	Вибрати вид фізіотерапевтичного лікування (див. фізіотерапевтичні методи лікування). Виписати направлення в фізіотерапевтичний кабінет.
7.	Призначити загальне	За погодженням з лікарем-

	лікування.	інтерністом за показаннями призначити: 1. Антибактеріальну терапію 2. Протизапальну терапію 3. Гіпосенсибілізуючу терапію 4. Препарати для нормалізації процесів мікроциркуляції 5. Препарати, що впливають на процеси обміну речовин 6. Препарати для стимуляції репаративної регенерації 7. Седативну терапію 8. Імунокорегуючу терапію 9. Комплекси полівітамінів і мікроелементів. 10.Остеотропну терапію Виписати рецепти.
8.	На заключному етапі лікування місцево застосувати препарати, що стимулюють процеси репаративної регенерації	Провести аплікації кератопластиків. Методика проведення згідно з алгоритмом №9 (див. додаток № 3)
9.	II ФАЗА Хірургічне лікування	
	<i>Після усунення запального процесу (діагностичний критерій - проба Шиллера-Писарєва - негативна, РМА 0%)</i>	
9.1.	Проведення закритого кюретажу (за показаннями)	Методика проведення згідно з алгоритмом №12 Набір стоматологічних інструментів, карпульний шприц, голка, р-н анестетика, р-н антисептика, шприц з тупою вигнутою канюлею, кюрети Грейсі, рашпіль, УЗ скейлер, пародонтологічні бори, офіційні пародонтальні пов'язки або

		біополімерні плівки, колагенові або клейові композиції.
9.2	Проведення відкритого кюретажу (за показаннями)	Виписати направлення в хірургічний кабінет для проведення операції з ліквідації пародонтальних кишень
9.3	Проведення клаптевої операції (за показаннями)	Виписати направлення в хірургічний кабінет для проведення операції з ліквідації пародонтальних кишень
9.4	За показаннями направити хворого на пластику вуздечки, корекцію присінка порожнини рота.	Виписати направлення в хірургічний кабінет
10.	<i>III ФАЗА</i> Ортопедичне лікування	
10.1	Раціональне протезування і постійне шинування	Виписати направлення до лікаря-ортопеда
10.2	Ортодонтичне лікування (за показаннями)	Направити до лікаря ортодонта для усунення аномалій зубоцелепної системи. Виписати направлення.
11.	<i>IV ФАЗА</i> Диспансерне спостереження	
11.1	Генералізований пародонтит початкового, I-II ступеня.	Динамічне спостереження і підтримуюча терапія 2 рази в рік.
11.2	Генералізований пародонтит III ступеня.	Динамічне спостереження і підтримуюча терапія 3-4 рази на рік.

ТАКТИЧНИЙ АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ ПАРОДОНТОЗУ

№ з/п	ЕТАПИ	МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ, НЕОБХІДНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ, ПРЕПАРАТИ ТА ІН.
1.	Навчання пацієнта раціональної гігієни порожнини рота	Методика проведення згідно з алгоритмом №1. Набір гігієнічних засобів і моделей щелеп для навчання пацієнтів правилам догляду за порожниною рота: зубні пасти, гелі; зубні щітки; зубні порошки, порошки для обробки зубних протезів; інтердентальні засоби (флоси, зубочистки); зубні еліксири, ополіскувачі, дезодоранти для порожнини рота; фарбувальні таблетки для виявлення зубного нальоту; жувальна гумка (лікувально- профілактична).
2.	Проведення антисептичної обробки порожнини рота	Полоскання, ротові ванночки, зрошення розчинами антисептиків. (див. додаток №2) <i>Повторна антисептична обробка проводиться після кожного етапу лікування.</i>
3.	Професійна гігієна порожнини рота	Методика проведення згідно з алгоритмом №2 Набір інструментів: ультразвуковий або звуковий скейлер, повітряно- абразивні системи, нейлонові щіточки, полірувальні пасти і т.д ..
4.	Пломбування клиноподібних дефектів	Зішліфувати стінки клиноподібного дефекту, накласти пломбу з

		фототвердіючого матеріалу, дотримуючись послідовності виконання всіх етапів пломбування порожнин.
5.	Лікування системної гіперестезії	Покрити чутливі ділянки зубів кальцій- і фторовмісними препаратами
6.	Усунення гострих країв зубів при підвищеній стертості зубів	Заполірувати гострі краї зубів гумовими головками
7.	Вибіркове пришліфування зубів по Дженкельсону	Методика проведення згідно з алгоритмом №14
8.	Санація порожнини рота	Лікування карієсу та його ускладнень (за показаннями)
9.	Призначити фізіотерапевтичне лікування	Вибрати вид фізіотерапевтичного лікування (див. фізіотерапевтичні методи лікування). Виписати направлення в фізіотерапевтичний кабінет.
10.	Призначити загальне лікування.	За погодженням з лікарем-інтерністом за показаннями призначити: 1. Препарати для нормалізації процесів мікроциркуляції. 2. Препарати, що впливають на процеси обміну речовин. 3. Імунокорегуючу терапію. 4. Комплекси полівітамінів і мікроелементів. 5. Седативні рослинні засоби. 6. Засоби, що стимулюють нервову систему. 7. Лікарські засоби, що рекомендуються при атеросклерозі

11.	<i>Диспансерне спостереження</i>	
11.1	Пародонтоз початкового, I-II ступеня.	Динамічне спостереження і підтримуюча терапія 2 рази в рік.
11.2	Пародонтоз III ступеня.	Динамічне спостереження і підтримуюча терапія 3-4 рази на рік.

АЛГОРИТМИ ПРОВЕДЕННЯ ОСНОВНИХ ЛІКУВАЛЬНИХ МАНІПУЛЯЦІЙ

АЛГОРИТМ №1 «НАВЧАННЯ ПАЦІЄНТА РАЦІОНАЛЬНІЙ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА»

№ з/п	ЕТАП	ОСОБЛИВІ ВКАЗІВКИ, НЕОБХІДНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ, ПРЕПАРАТИ ТА ІН.
<i>1-е відвідування</i>		
1.	Визначення гігієнічних індексів по Федорову - Володкіной, Green-Vermillion	Методика проведення згідно з алгоритмом <i>Барвники: Колор-тест №3; р-н Шиллера-Писарева; розчин Люголя, розчин метиленового синього 2%, р-н фуксину (10-15 крапель розчину на 1/4 склянки води), фарбувальні таблетки для виявлення зубного нальоту.</i>
2.	Навчання пацієнта техніці чищення зубів зубною щіткою.	1. Починати чистку зубів з верхніх правих жувальних зубів, послідовно переходячи від сегмента до сегмента. 2. У тій же послідовності провести чистку зубів на нижній щелепі. Методика проведення: 1. При очищенні малих і великих корінних зубів, розташувати робочу частину зубної щітки під кутом 45 ° до зуба. 2. Провести очищуючі рухи від ясен до зуба, видаляючи наліт не тільки з зубів, але й з ясен. 3. Аналогічно очистити піднебінні (язикові) поверхні малих і великих корінних зубів. 4. Жувальні поверхні зубів очистити горизонтальними (зворотньо-поступальними) рухами (волокна щітки направляти перпендикулярно поверхні зуба, вони повинні глибоко проникнути в міжзубні проміжки і фісури). 5. Вестибулярні поверхні верхніх і нижніх фронтальних зубів очистити такими ж рухами, як

		<p>щічні поверхні молярів і премолярів.</p> <p>6. Для очищення піднебінних (язикових) поверхонь верхніх (нижніх) фронтальних зубів необхідно ручку щітки розташувати паралельно до оклюзійної поверхні зубів, два або три пучка щетинок повинні охоплювати ясна.</p> <p>6.1.Провести чистку горизонтальними зворотньо-поступальними рухами</p> <p>6.2 Змінити положення щітки, направивши її головку перпендикулярно до оклюзійної поверхні. Працювати рухами вгору-вниз.</p> <p>N. B.! Волокна щітки повинні розташовуватися під гострим кутом до зубів і захоплювати не тільки зуби, але і ясна.</p> <p>7. Зімкнути щелепи і завершити чистку зубів круговими рухами зубної щітки, таким чином здійснюється масаж ясен.</p> <p>Тривалість чищення зубів - 3 хвилини.</p> <p><i>Набір гігієнічних засобів і моделей щелеп для навчання пацієнтів правилам догляду за порожниною рота: зубні паста, гелі; зубні щітки</i></p>
3.	<p>Навчання пацієнта правилам використання зубних йоршиків і ниток.</p>	<p>Для якісної чистки контактних поверхонь зубів необхідно використовувати міжзубні йоршики і зубні нитки.</p> <p>1. Йоршик обережно ввести в міжзубний проміжок і зробити кілька зворотньо-поступальних або обертальних рухів.</p> <p>2. Промити йоршик під струменем проточної води.</p> <p>3. Повторити подібну операцію з іншими міжзубними проміжками.</p> <p>N.B.! Не можна застосовувати зусилля при використанні йоршика, він повинен входити легко і вільно. Якщо рухи йоршика ускладнені, необхідно взяти йоршик меншого діаметру.</p> <p>Правила використання флоса.</p> <p>1.Из касети витягується 30-40 см флоса.</p> <p>2. Велика частина флоса намотується на середній</p>

		<p>палець лівої руки.</p> <p>3. Частина флоса намотується на середній палець правої руки так, щоб проміжок нитки між пальцями був довжиною близько 10 см.</p> <p>4. Флос натягують вказівним і великим пальцями і обережно вводять в проміжок між зубами.</p> <p>5. Чистять поверхню зуба рухами у напрямку до ріжучого краю (жувальної поверхні),</p> <p>6. Знизу вгору для нижньої щелепи,</p> <p>7. Зверху вниз для верхньої щелепи зуба.</p> <p>8. Після цього флос виводиться з під ясен, але не виймається з міжзубного проміжку.</p> <p>9. Таким же чином чиститься поверхня сусіднього зуба.</p> <p>10. Після закінчення чищення флос виводиться з проміжку між зубами.</p> <p>11. Процедура повторюється на всіх зубах.</p> <p>12. Відпрацьована ділянка флоса намотується на середній палець правої руки.</p> <p>13. З пальця лівої руки відмотується новий відрізок нитки. Після закінчення чищення флос виводиться з проміжку між зубами.</p> <p>N.B.! Частина нитки, що очистила одну контактну поверхню зуба, не повинна використовуватися повторно.</p> <p><i>Набір гігієнічних засобів і моделей щелеп для навчання пацієнтів правилам догляду за порожниною рота: інтердентальні засоби флоси, міжзубні йоршики.</i></p>
2-е відвідування - Контроль індивідуальної гігієни порожнини рота		
1.	Визначення гігієнічних індексів по Федорову - Володкіной, Green-Vermillion.	Методика проведення згідно з алгоритмом Барвники: Колор-тест №3; р-н Шиллера-Писарева; розчин Люголя, розчин метиленового синього 2%, р-н фуксину, фарбувальні таблетки для виявлення зубного нальоту.

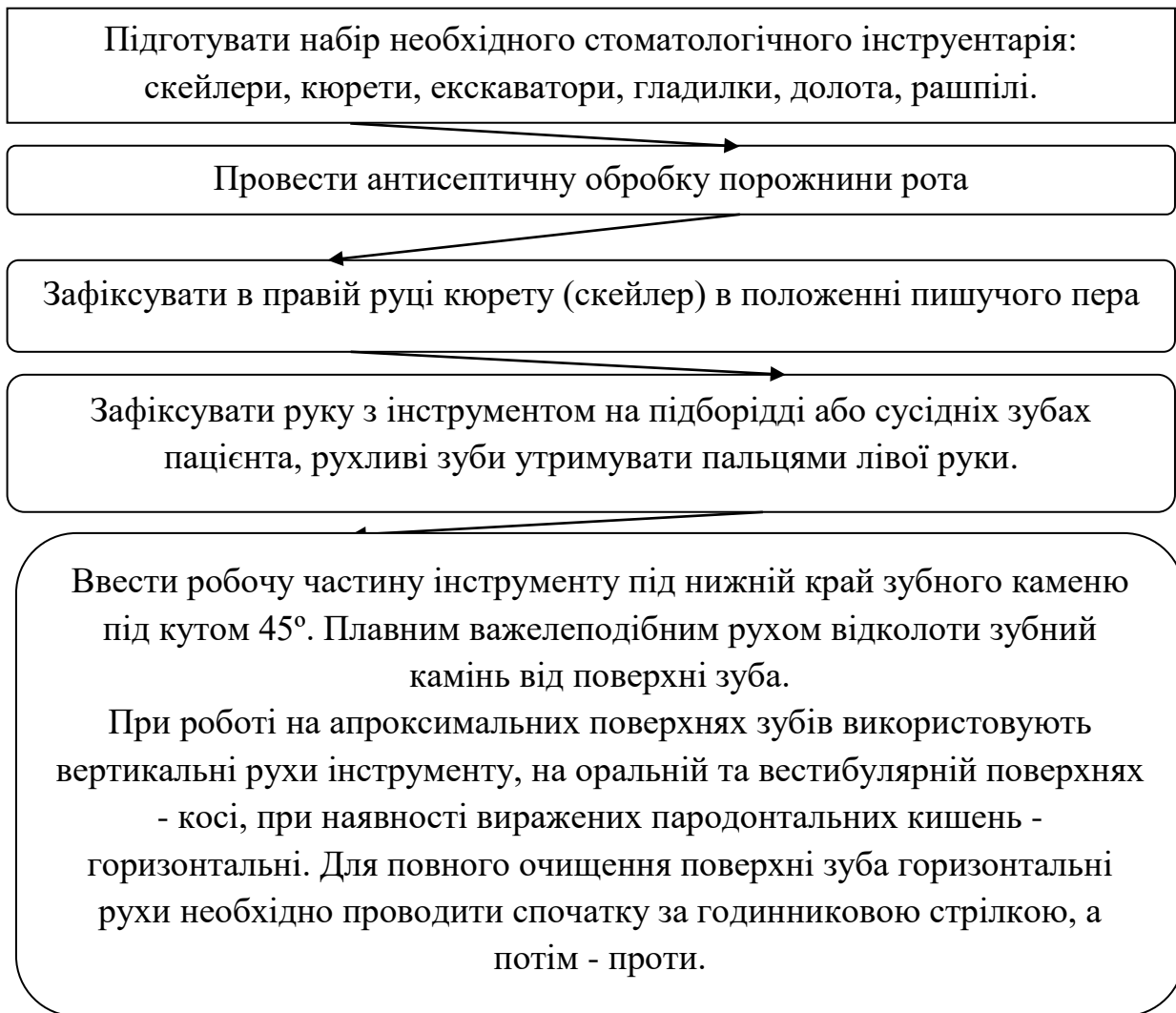
2.	Демонстрація пацієнту місць найбільшого скупчення зубного нальоту.	Дзеркало
3.	Самостійна чистка зубів пацієнтом	Зубна щітка, зубна паста, дзеркало.
4.	Повторне визначення гігієнічних індексів.	1. Порівняти показники індексів гігієни до і після чистки зубів. 2. Продемонструвати пацієнту за допомогою дзеркала забарвлені ділянки, де не був видалений зубний наліт під час чищення зубів.
5.	Повторне навчання пацієнта раціональної гігієни порожнини рота	1. Продемонструвати правильну техніку чистки зубів на моделі. 2. Дати рекомендації пацієнту по корекції недоліків гігієнічного догляду. 3. Повторно продемонструвати методику використання зубних ниток і зубних йоршиків. Набір гігієнічних засобів і моделей щелеп для навчання пацієнтів правилам догляду за порожниною рота.
6.	Вручити пацієнтові пам'ятку пародонтологічного хворого	див. додаток №1

АЛГОРИТМ №2 « ПРОФЕСІЙНА ГІГІЄНА ПОРОЖНИНИ РОТА»

№ з/п	ЕТАП	НЕОБХІДНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ, ПРЕПАРАТИ ТА ІН.
1.	Індикація над- і під'ясенних зубних відкладень	Барвники: Колор-тест №3; р-н Шиллера-Писарева; розчин Люголя, розчин метиленового синього 2%, р-н фуксину.
2.	Видалення м'яких зубних відкладень	Нейлонові щітки з абразивною пастою, гумові ковпачки, профілактичні полірувальні головки, повітряно-абразивні системи
3.	Видалення твердих зубних відкладень	Набір інструментів: скейлери, кюрети, мінімальний пародонтологічний набір (див. додаток №7), долото, мотига, ультразвуковий або звуковий скейлер.
4.	Полірування поверхні зуба і композиційних реставрацій	Нейлонові щітки з абразивною пастою, профілактичні полірувальні головки, повітряно-абразивні системи, пародонтологічні бори для шліфування та полірування під'ясеневої частини кореня, полірувальні головки для композиційних реставрацій.
5.	Флюоризація поверхонь зубів	Фторовмісні лаки, пасти, гелі
6.	Навчання пацієнта раціональної гігієни порожнини рота	Набір гігієнічних засобів і моделей щелеп для навчання пацієнтів правилам догляду за порожниною рота: зубні пасти, гелі; зубні щітки; зубні порошки, порошки для обробки зубних протезів; інтердентальні засоби (флоси, зубочистки); зубні еліксири, ополіскувачі, дезодоранти для порожнини рота; фарбувальні таблетки для

		виявлення зубного нальоту; жувальна гумка (лікувально-профілактична) і т. д ..
--	--	---

АЛГОРИТМ № 3 «ЗНЯТТЯ ЗУБНИХ ВІДКЛАДЕНЬ РУЧНИМ МЕТОДОМ»



Провести ретельне видалення зубного каменю з 6-8 зубів, після цього провести полірування поверхні зубів за допомогою щіток і полірувальних паст.

Контроль якості видалення зубного каменю проводять візуально (за допомогою стоматологічного дзеркала) та інструментально (зонд) — поверхня кореня і коронки зуба гладка, блискуча.

**АЛГОРИТМ №4 «ПОСЛІДОВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КЮРЕТ ГРЕЙСІ ПРИ
ЗНЯТТІ ЗУБНИХ ВІДКЛАДЕНЬ РУЧНИМ МЕТОДОМ»**

<i>№ кюре ти</i>	Оброблювані поверхні зубів	Положення пацієнта	Положення лікаря	Методика роботи
<i>1/2 3/4 5/6</i>	Вестибулярна поверхня фронтальних зубів.	Напівлежачи, голова повернута до лікаря	На «9 годин»	Робоча рука спирається на великий палець лівої руки, який притримує зуб. Пряма видимість робочої зони. Один ріжучий край інструменту обробляє заднє - щічну поверхню зуба, а інший (на звороті) – переднє - щічну поверхню зуба.
<i>1/2 3/4 5/6</i>	Піднебінна поверхня фронтальних зубів.	Голова пацієнта повернута вправо і назад.	На «11 годин»	Робоча рука спирається на зуб, що стоїть попереду (наприклад, при обробці заднє- піднебінної поверхні зуба 2.2 - робоча рука спирається безпосередньо на зуб 2.1). Непряма видимість - за допомогою дзеркала. Передньо-піднебінна і заднє-піднебінна поверхні обробляються різними кінцями кюрети.
<i>11/12 15/16</i>	<i>Мезіальна поверхня жувальних зубів</i>			
	Доступ зі	Голова	На «10	Робоча рука спирається

	щічної сторони.	пацієнта злегка нахилена	годину»	на сусідній зуб. Пряма видимість. Точку опори робочої руки створює безіменний палець, розташований як можна ближче до мезіальної поверхні оброблюваного зуба. Обробляється медіальна поверхня зуба і вхід в фуркації.
	Доступ з піднебінної сторони.	Голова пацієнта нахилена назад і вліво.	На «8 годин»	Робоча рука спирається на нижню щелепу або на зуби антагоністи. З піднебінного доступу можна обробити частину фуркації.
13/14 17/18	<i>Дистальна поверхня жувальних зубів</i>			
	Доступ зі щічної сторони	Голова пацієнта повернута вправо.	На «10 годин»	Робоча рука спирається на сусідні зуби. Дзеркалом відвести щоку. Плече інструменту, паралельно поверхні зуба.
	Доступ з піднебінної сторони.	Голова пацієнта повернута вліво	На «9 годину»	Робоча рука спирається на тильну поверхню вказівного пальця лівої руки. Вказівним пальцем лівої направляти робочий інструмент і чинити на нього тиск.
7/8	Вестибулярна	Голова	На «10	Робоча рука спирається

9/10	поверхня жувальних зубів	пацієнта злегка нахилена у напрямку лікаря	годину»	на сусідній зуб. У першому поглибленні плеча інструменту розташувати середній палець робочої руки. Рухи: вертикальні, горизонтальні, діагональні. Входом в щічну фуркацію є поглиблення з вестибулярної поверхні. При оголенні коренів, їх поверхню поблизу фуркації, обробити з мезіальної поверхні - кюретою 11/12, а з дистальної - 13/14)
7/8 9/10	Піднебінна поверхня жувальних зубів	Голова пацієнта повернута вліво «від лікаря».	На «8 годин»	Робоча рука спирається на жувальну поверхню. Піднебінний корінь, як правило, опуклий, проте можуть бути вузькі жолобки, що ускладнює обробку.
	Проконтролювати якість проведеної процедури			За допомогою зонда, експлорера, дзеркала, флосів послідовно і обережно з усіх поверхонь переглянути всі оброблені зуби.

Призначення кюрет Грейсі:

- Грейсі 1/2 - для обробки фронтальних зубів (всі поверхні);
- Грейсі 3/4 - для обробки фронтальних зубів (всі поверхні);
- Грейсі 5/6 - для обробки фронтальних зубів і премолярів (всі поверхні);
- Грейсі 7/8 - для обробки бічних зубів (вестибулярна і оральна поверхні);
- Грейсі 9/10 - для обробки бічних зубів (вестибулярна і оральна поверхні), відсутні в серіях «After five» і «Mini five»;
- Грейсі 11/12 - для обробки бічних зубів (медіальні поверхні);
- Грейсі 13/14 - для обробки бічних зубів (дистальні поверхні);
- Грейсі 15/16 - для обробки бічних зубів (медіальні поверхні), кут більше, ніж у 11/12;
- Грейсі 17/18 - для обробки бічних зубів (дистальні поверхні), кут більше, ніж у 13/14.

АЛГОРИТМ №5 «ЗНЯТТЯ ЗУБНИХ ВІДКЛАДЕНЬ ЗА ДОПОМОГОЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКЕЙЛЕРА»

Вимоги перед початком роботи:

1. Зафіксувати наконечник. Заземлити ультразвуковий апарат і ввімкнути в електричну мережу.
2. Натиснути на педаль і, повертаючи ручку подання води, відрегулювати її подання на кінцеву частину наконечника. Струмінь води повинен розсіюватися, як аерозоль.
3. Встановити максимальну потужність апарату, про що свідчить тонкий звук (писк).

Перед початком роботи надіти окуляри, рукавички, маску. Забезпечувати захист очей пацієнта окулярами, попередити його про дихання носом. Підготувати необхідний інструментарій і медикаменти: УЗ скейлер і розчини антисептиків.

При видаленні зубних відкладень на нижній щелепі. Лікар знаходиться позаду підголівника (положення «12 годин»), пацієнт опускає підборіддя вниз

При видаленні зубних відкладень на верхній щелепі. Лікар праворуч від пацієнта. Пацієнт повертає голову направо або наліво, в залежності від оброблюваного сектора.

Провести антисептичну обробку порожнини рота. Наконечник скейлера утримувати великим і вказівним пальцями. Руку зафіксувати на підборідді або зубному ряду пацієнта.

Розташувати кінчик інструменту вздовж осі зуба і під гострим кутом до оброблюваної поверхні зуба

Здійснювати плавні рухи наконечником з легким бічним тиском. Підтримувати постійний контакт робочої частини інструменту і поверхні зуба.

Надлишок рідини видаляти за допомогою слюноотсоса. Під час роботи часто зрошувати слизову ясен розчином антисептика

Н.В! 1. Уникати зони декальцінації, карієсу, ерозії, підвищеної стертості, країв реставрації, штучних коронок, ортодонтичних конструкцій, імплантів.

2. Не допускати контакту слизової оболонки порожнини рота з наконечником ультразвукового і звукового приладів через небезпеку її пошкодження.

3. Якщо розташувати кінчик інструменту не під гострим кутом до оброблюваної поверхні, то з'являються «б'ючі» моменти, неприємні і болючі для пацієнта, а також може призвести до пошкодження емалі і відколи пломб.

4. Не працювати безперервно на одному місці, поверхня зуба слід обробляти з перервами, так як скейлер надає термічний вплив на пульпу зуба.

Контроль якості видалення зубного каменю: візуальний (за допомогою стоматологічного дзеркала) і інструментальний (зонд) - поверхня кореня і коронки зуба гладка, блискуча.



Рисунок 20. Пацієнт В. Проведення видалення зубного каменю ультразвуковим методом

АЛГОРИТМ №6 «РОБОТА ПОВІТРЯНО-АБРАЗИВНОЮ СИСТЕМОЮ»

Перед початком роботи надіти окуляри, рукавички, маску. Пацієнт повинен зняти контактні лінзи. Забезпечувати захист очей пацієнта окулярами, попередити його про дихання носом, підготувати необхідний інструментарій і медикаменти: хендібластер і р-н антисептика (рис. 21).

При видаленні зубних відкладень на нижній щелепі. Лікар знаходиться позаду підголівника (положення «12 годин»), пацієнт опускає підборіддя вниз

При видаленні зубних відкладень на верхній щелепі. Лікар праворуч від пацієнта. Пацієнт повертає голову направо або наліво, в залежності від оброблюваного сектора.

Провести антисептичну обробку порожнини рота. Хендібластер утримувати великим і вказівним пальцями. Руку зафіксувати на підборідді або зубному ряду пацієнта.

Розташувати насадку хендібластера на відстані 3-5 мм від поверхні зуба під кутом 30-60 ° (рис. 22).

Працювати круговими рухами, насадка хендібластера повинна бути спрямована тільки на поверхню зуба.

Надлишок рідини видаляти за допомогою відсмоктувача. Струмінь суміші води, повітря і порошку вдаряється об поверхню зуба, відбивається від нього і збирається помічником лікаря за допомогою пілососа

N.B! 1. Не використовувати повітряно-абразивне шліфування на ділянках, де є оголений цемент або дентин, а також реставрації з композитних матеріалів і металокерамічні коронки.

2. Після повітряно-абразивної обробки зубів провести ремінералізацію твердих тканин з метою нормалізації їх мінерального складу і зниження чутливості.

3. Дати рекомендації пацієнту протягом трьох годин утриматися від вживання фарбувальних продуктів і напоїв, а також від куріння.



Рисунок 21. Підготовка до роботи з повітряно-абразивною системою



Рисунок 22. Робота з повітряно-абразивною системою

АЛГОРИТМ №7 «ПРОВЕДЕННЯ АПЛІКАЦІЙНОЇ АНЕСТЕЗІЇ»

Ізолювати вивідні протоки слюнных залоз ватними валиками

Висушити ватними кульками ділянку пародонту або слизової оболонки що підлягають знеболенню

Нанести анестетик ватною кулькою на знеболювану ділянку на 2-5 хв. (рис 23, 24), або провести зрошування аерозолем

Повторити процедуру, якщо не отриманий необхідний результат

Контроль якості - зондування ділянки слизовою оболонкою безболісне

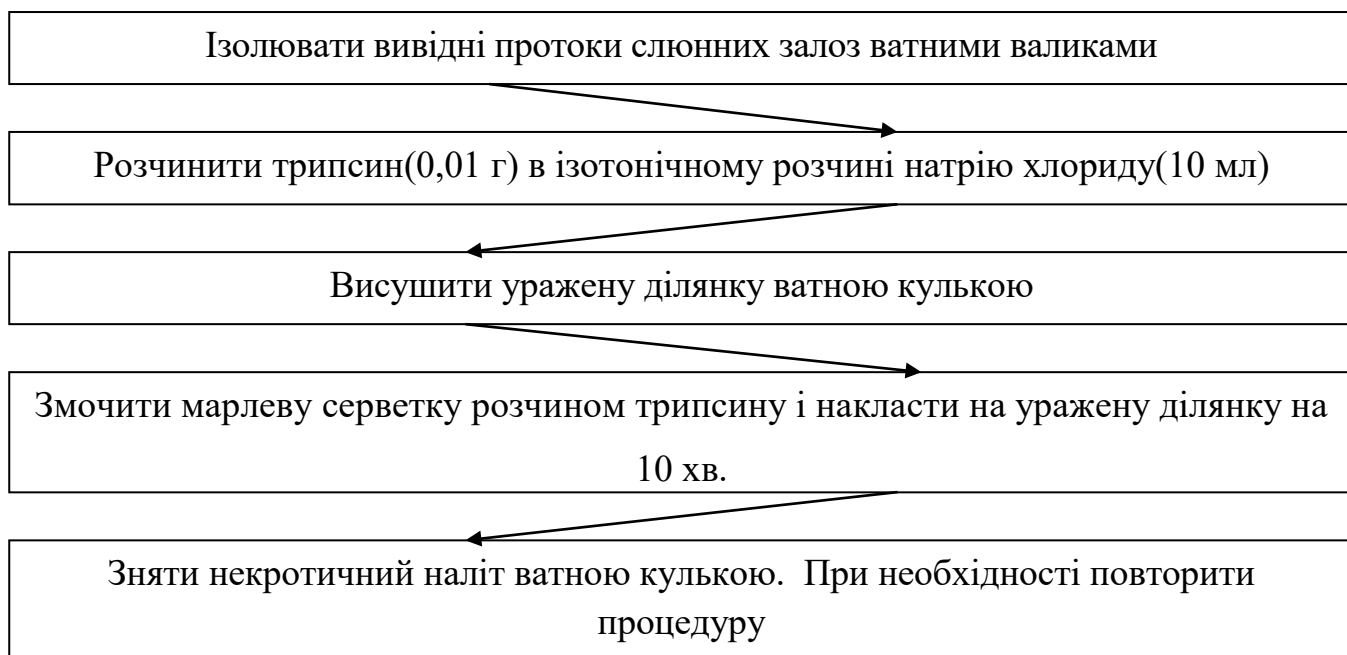


Рисунок 23. Пацієнт М. Нанесення анестетика



Рисунок 24. Пацієнт М Контроль якості анестезії

АЛГОРИТМ №8 «ВИДАЛЕННЯ НЕКРОТИЧНОГО НАЛЬОТУ»



Контроль якості — поверхня ясен і слизової оболонки без брудно-сірого некротичного нальоту, чиста, кровоточить при дотику.

АЛГОРИТМ №9 «МЕДИКАМЕНТОЗНА ОБРОБКА ДІЛЯНКИ КЕРАТОЗУ»



АЛГОРИТМ №10 «ПРОВЕДЕННЯ АПЛІКАЦІЙ, ІРИГАЦІЙ ТА ІНСТИЛЯЦІЙ»

<i>№ з/п</i>	<i>Етапи</i>	<i>Необхідний інструментарій, медикаменти</i>	<i>Методика проведення</i>
1	Іригація пародонтальних кишень.	1. Розчини антисептиків, ферментів 2. Шприц з тупою вигнутою канюлею	1. Шприц з вигнутою канюлею ввести в пародонтальну кишеню. 2. Промити кишеню антисептиком під тиском 3-4 рази
2.	Інстиляція пародонтальних кишень	1. Розчини антисептиків, ферментів 2. Ватні турунди .	1. Слизову ясенного краю ізолювати від слини, просушити. 2. Змочити ватні турунди розчином антисептиків або ферментів. 3. Зондом або гладилкою ввести турунди в пародонтальні кишені, зафіксувати її за допомогою пінцета. 4. Турунду залишити в кишені на 10- 15 хвилин. Повторити процедуру 3-5 разів.
3.	Проведення аплікації	1. Розчини лікарських препаратів. 2. Ватні валики або марлеві смужки	1. Слизову ясенного краю ізолювати від слини, просушити. 2. Ватні валики або марлеві смужки змочити лікарським препаратом. 3. Накласти на слизову оболонки ясна на 10-15 хв

АЛГОРИТМ №11 «НАКЛАДАННЯ ПАРОДОНТАЛЬНОЇ ПОВ'ЯЗКИ»

1. Розплавити парафін у сухожаровій шафі

2. Приготувати лікарську пародонтальну пов'язку:

2.1 На предметне скло нанести порошок білої глини, масляний розчин вітаміну Е і лікарські препарати (відповідно до рецептурного пропису)

2.2 Змішати зазначені компоненти, щоб вийшла паста однорідної консистенції.

3. Підготувати слизову оболонку ясен:

3.1 Ізолювати ясна від слини за допомогою ватних валиків, просушити їх

4. Накласти пародонтальну пов'язку:

4.1 За допомогою шпателя нанести пасту на ясенні сосочки, в міжзубні проміжки і на маргінальну частину ясен з оральної і вестибулярної поверхні ясен (рис.25, 26, 27);

4.2. Сконденсувати пасту за допомогою ватної кульки затиснутої в бранші пінцета

Як ізолюючі пов'язки можна використовувати:

1. Відбиткові маси - Дентол С, Репін, еластик, стомальгин, цінкопласт;

2. Медичні клеї - клей МК, Septo-pack, колагеновий клей, диплен-1000, клейова пов'язка КЛ-3, МК-14І, СК-1;

3. Колагенові композиції.



Рисунок 25. Пацієнт С. Накладання пародонтальної пов'язки

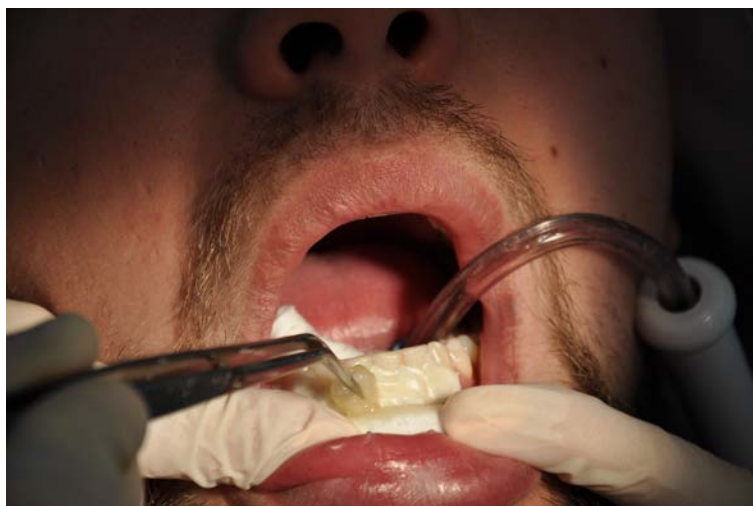


Рисунок 26. Пацієнт С. Накладання парафіну на пов'язку з вестибулярної поверхні

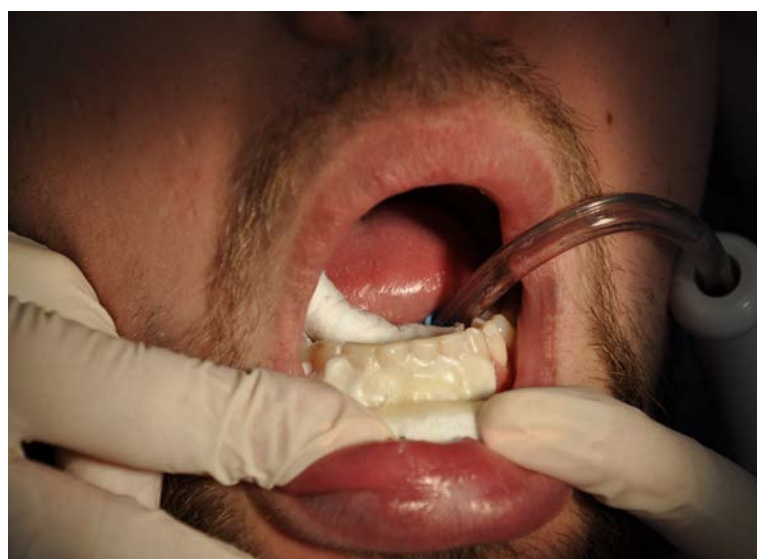


Рисунок 27. Пацієнт С. Накладання парафіну на пов'язку з язичної поверхні

Методика проведення №2:

1. Ізолюючу пов'язку приготувати *ex tempore*, замішуючи складні частини рипіна на матовій поверхні скляної пластинки (основну і каталітичну пасти беруть в рівній кількості, необхідній для пов'язки).

2. Провести зрошування порожнини рота пацієнта розчином хлоргексидину з шприца, після чого пацієнт спльовує розчин.

3. Ясна ізолювати від слини ватними валиками і висушити.

4. В пародонтальні кишені за допомогою тонкої гладилки ввести метилурацилову мазь.

5. На поверхню ясен спочатку з оральної, а потім і з вестибулярного боку за допомогою шпателя накласти пов'язку так, щоб вона лежала в пришийковій частині коронок зубів, покриваючи ясна і закриваючи вхід в пародонтальну кишеню.

6. Контроль якості — пов'язка заходить в міжзубні проміжки, сполучаючи вестибулярну і оральну частини; покриває ясна на усьому протязі, не завищує прикусу і не входить в пародонтальну кишеню; різальні краї і жувальні поверхні зубів залишаються вільними.

7. Поверхню пов'язки щільно притиснути смужкою гуми від рукавичок. Час затвердіння 1-3 хв.

8. Видалити ізолюючі ватні валики за допомогою пінцета.

9. Попросити пацієнта закрити рот. Ізолюючу пов'язку утримувати в порожнині рота 1 - 2 год.

Методика проведення №3:

1. Провести зрошування порожнини рота пацієнта розчином хлоргексидину зі шприца, після чого пацієнт спльовує розчин.

2. Ясна ізолювати від слини ватними валиками і висушити.

3. У пародонтальні кишені за допомогою тонкої гладилки ввести пародонтальную пасту та покрити марлевими валиками;

4. Попросити пацієнта закрити рот. Утримувати пов'язку в порожнині рота мінімально 20 хв., випльовуючи слину, що накопичується.

АЛГОРИТМ №12 «ЗАКРИТИЙ КЮРЕТАЖ ПАРОДОНТАЛЬНОЇ КИШЕНІ»

№ з/п	<i>Етап</i>	<i>Методика проведення</i>
1.	Розкриття пародонтальної кишені	Ввести в пародонтальні кишені на 24 години один з наступних матеріалів: смужки просочені йодоформом, ретракційна нитка, волокна Actisite.
2.	Підготувати необхідні матеріали та інструменти	Набір стоматологічних інструментів, карпульний шприц, голка, р-н анестетика, р-н антисептика, шприц з тупою вигнутою канюлей, кюрети Грейсі, рашпіль, УЗ скейлер, пародонтологічні бори, офіційні пародонтальні пов'язки або біополімерні плівки, колагенові або клейові композиції.
3.	Антисептична обробка порожнини рота і зони втручання	Стерильним тампоном просоченим антисептиком обробити слизову порожнину рота і шийки зубів
4.	Знеболювання	Відповідно місця маніпуляції провести анестезію (інфільтраційну або провідникову)
5.	Видалення з пародонтальної кишені йодоформної смужки (ретракційна нитка, волокна Actisite)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ізолювати зуби ватними валиками. 2. За допомогою зонда і пінцета видалити з пародонтальної кишені матеріал. 3. Провести іригацію пародонтальної кишені антисептиком (див. Алгоритм)
6.	Обробка кореня зуба.	<p>Кюрети і УЗ скейлером видалити залишки зубних відкладень і інфікований цемент кореня зуба:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Зафіксувати інструмент біля основи зубних відкладень і працювати плавними важелеподібними рухами від апексу кореня до коронки зуба. 2. Послідовно обробити всі поверхні кореня зуба.

		3. Заполірувати поверхню кореня пародонтологічними борами.
7.	Антисептична обробка пародонтальних кишень	Провести іригацію пародонтальної кишені антисептиком (див. алгоритм)
8.	Обробка дна кишені	Обережно екскаватором або рашпілем зішкребти поверхневий розм'якшений шар краю альвеолярного відростка і міжкоміркової перегородки.
9.	Антисептична обробка пародонтальних кишень	Провести іригацію пародонтальної кишені антисептиком (див. алгоритм)
10.	Обробка ясеневі стінки пародонтальної кишені – деепітелізація пародонтальної кишені	1. Зафіксувати палець на зовнішньому краї ясеневі стінки кишені. 2. Провести кюретками видалення грануляцій та врослого епітелію з внутрішньої поверхні ясенної стінки «по пальцю». Кюретою «проходити» в одному місці не більше 1-го разу.
11.	Антисептична обробка пародонтальних кишень	Провести іригацію пародонтальної кишені антисептиком (див. алгоритм)
12.	Закриття кишені	1. Простежити, щоб кишеня заповнилася кров'ю. 2. Пальцем (без сильного тиску) притиснути ясенну стінку до поверхні кореня.
13.	Накладення пародонтальної пов'язки	Накласти захисну пародонтальну пов'язку (див. алгоритм). Перевага віддається самотвердуючим пов'язкам, що володіють слабкою антисептичною дією. Пов'язки виробництва фірм Septodont, VOSO, діпленовими плівками з різними лікарськими наповнювачами.

14.	Рекомендації пацієнту	<ol style="list-style-type: none"> 1. Спокій операційної рани 2. Щадна дієта (утриматися від вживання грубої і подразнюючої їжі). 3. Ретельна гігієна порожнини рота: «щадна» чистка зубів, антисептична обробка порожнини рота слабкими неспиртовими антисептиками або відварами і витяжками трав (див. додаток). 4. Контрольний огляд на наступний день після оперативного втручання (виключити зондування та інші маніпуляції в області оброблених пародонтальних кишень - мінімум 21 день).
-----	-----------------------	---

Одночасно операцію проводити в ділянці 3-4-х різців або 2-3-х молярів.

АЛГОРИТМ №13 « ШИНУВАННЯ РУХОМИХ ЗУБІВ ІНТРАКОРОНКОВИМ МЕТОДОМ З ВИКОРИСТАННЯМ АРМУЮЧОЇ СТРІЧКИ»

Видалити зубні відкладення з поверхні зубів, що підлягають іммобілізації. Очистити апроксимальні поверхні штрипсами, поверхні зубів заполірувати дрібно абразивними пастами що не містять фтор

Видалити зубні відкладення з поверхні зубів, що підлягають іммобілізації. Очистити апроксимальні поверхні штрипсами, поверхні зубів заполірувати дрібноабразивними пастами що не містять фтор

При шинуванні фронтальної групи зубів проводиться препарування борозни на язичній (піднебінній) поверхні різців та іклів шириною 2-3 мм і глибиною 1-1,5 мм, відступивши

При шинуванні бічних зубів проводиться препарування борозни на жувальній поверхні молярів і премолярів шириною 2-3 мм і глибиною 1-1,5 мм

Виміряти робочу довжину стрічки за допомогою спеціальної фольги

Накласти вузьку смужку фольги на зуби, підтримуючи їх у потрібній позиції. Гладилкою втиснути стрічку фольги в міжзубні проміжки так, щоб вона щільно прилягала до зубів, повторюючи їх контури. Відрізати необхідну смужку фольги. Підготувати такої ж довжини армуючу стрічку.

Ізолювати зуби за допомогою коффердама (рабердаму)

Відпрепарованих борозну протравити гелем на основі ортофосфорної кислоти протягом 60 с. Змити кислоту протягом 50 с. Ретельно просушити поверхню зубів

У підготовлену борозну внести адгезив і полімерізувати його. Шинуючу стрічку добре просочити адгезивом, та не полімерізувати його.

АЛГОРИТМ №13 « ШИНУВАННЯ РУХОМИХ ЗУБІВ ІНТРАКОРОНКОВИМ МЕТОДОМ З ВИКОРИСТАННЯМ АРМУЮЧОЇ СТРІЧКИ» (продовження)

На дно підготовленої борозни нанести тонкий шар текучого композиту, помістити в нього шинуючу стрічку. Гладилкою заводити стрічку в міжзубні проміжки, повторюючи контури зубів і відразу полімерізувати, з двох сторін (язикової та вестибулярної), кожен зуб по 30-40 секунд.

Закрити шину тонким шаром гібридного композиту, заполімерізувати світлом галогенової лампи.
Видалити коффердам (раббердам). Заполімерізувати шину.

АЛГОРИТМ №14 «ВИБІРКОВЕ ПРИШЛІФОВУВАННЯ ЗУБІВ ПО ДЖЕНКЕЛЬСОНУ»

<i>№ з/п</i>	<i>Етап</i>	<i>Необхідний інструментарій</i>	<i>Методика проведення</i>
1	Перше відвідування		
1.1	Виявити і промаркувати передчасні оклюзійні контакти III класу в дистальної оклюзії	Артикуляційний папір, воскові пластинки.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Попросить пацієнта кілька разів зімкнути і розімкнути щелепи для зняття напруги жувальної мускулатури. 2. Зафіксувати нижню щелепу в дистальному положенні («притримати підборіддя» до повного змикання щелеп). 3. Помістити воскову пластину з копіювальним папером на верхній зубний ряд.

			<p>4. Виявити передчасні оклюзійні контакти: пофарбовані щічні скати піднебінних горбів верхніх молярів і премолярів.</p>
1.2	<p>Пришліфувати передчасні контакти III класу в дистальній оклюзії</p>	<p>Турбінні наконечники або мікромотори з обов'язковим водяним охолодженням, алмазні бори конусоподібної, кулястої або пламенеподіної форми, середньої зернистості карборундові головки, тверді і м'які гумові поліри</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ввести бор в фісуру жувальній поверхні зуба, медіальніше (дистальніше) зазначеного передчасного контакту. 2. Працювати легкими рухами бору (без натискання). 3. Загострити контури піднебінного бугра. 4. Перевести передчасний контакт на його верхівку. 5. Провести корекцію кілька разів з постійними повторними накушуваннями воскової пластинки до повної ліквідації передчасного контакту. 6. Покрити оброблені зуби фторовмісним лаком або гелем. <p>Якщо верхні жувальні зуби покриті коронками корекцію контактів III класу можна проводити на антагонуючих ділянках нижніх зубів, тобто на язиковій поверхні щічних горбів нижніх молярів і премолярів.</p>

2	Друге відвідування (Через 3-5 днів)		
2.1	Перевірити і відкоригувати результати прішліфовування передчасних оклюзійних контактів III класу в дистальній оклюзії	Див. п. 1.1-1.2	Див. п. 1.1-1.2
2.2	Виявити і промаркувати передчасні оклюзійні контакти I класу	Артикуляційний папір, воскові пластинки.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Просушити нижній зубний ряд струменем повітря або ватними тампонами. 2. Нанести воскову пластинку з копіювальним папером на зуби нижньої щелепи. 3. Попросити пацієнта, проковтнувши слину, зімкнути щелепи в найбільш звичну для нього оклюзію. 4. Виявити пофарбовані передчасні оклюзійні контакти: на вестибулярній поверхні щічних горбів нижніх молярів і премолярів, а також на вестибулярній поверхні коронок різців та іклів.
2.3	Пришліфувати передчасні контакти I класу.	Турбінні наконечники або мікромотори з обов'язковим водяним охолодженням, алмазні бори конусоподібної, кулястої або пламенеподіної	<ol style="list-style-type: none"> 1. Углибити фісуру на вестибулярній поверхні молярів. <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Помістити алмазний бор на 2-3 мм нижче передчасного контакту під кутом 45 ° до діаметру коронки в області екватора. 1.2 Здійснювати плавні рухи бору (без натиску) від фісури в медіальному і дистальному

		форми, середньої зернистості карборундові головки, тверді і м'які гумові поліри	напрямах. 1.3 Поступово переміщатися в бік верхівки бугра. 2. Пришліфувати різці та ікла нижньої щелепи. 2.1 Вирівняти оклюзійну криву, вкоротити ділянки коронок різців, що висуюються. 2.2 Згладити передчасні контакти на вестибулярній поверхні коронок в медіадистальному напрямку зі збереженням випуклої форми зубів. Працювати в напрямку ріжучого краю. Усунути на ньому ділянки підвищеної стертості. 3. Покрити оброблені зуби фторовмісним лаком або гелем.
3.	Третє відвідування (Через 7-10 днів)		
3.1	Перевірити і відкоригувати результати пришліфовування передчасних оклюзійних контактів I класу	Див. п. 2.2-2.3	Див. п. 2.2-2.3
3.2	Виявити і промаркувати передчасні оклюзійні контакти II класу	Артикуляційний папір, воскові пластинки.	1. Просушити верхній зубний ряд струменем повітря або ватними тампонами, 2. Нанести воскову пластинку з копіювальним папером на зуби верхньої щелепи. 3. Попросити пацієнта, проковтнувши слину, зімкнути щелепи в найбільш звичною для нього оклюзії. 4. Виявіль пофарбовані

			передчасні оклюзійні контакти: на піднебінній поверхні піднебінних горбів верхніх молярів і премолярів.
3.3	Пришліфувати передчасні контакти II класу	Турбінні наконечники або мікромотори з обов'язковим водяним охолодженням, алмазні бори конусоподібної, кулястої або пламенеподіної форми, середньої зернистості карборундові головки, тверді і м'які гумові поліри	<ol style="list-style-type: none"> 1. Розташувати бор під кутом 45 ° до екватора коронки зуба. 2. Працювати в напрямку від екватора до верхівки бугра, при цьому висота його залишається незмінною. 3. Проводити прішліфовування легкими згладжуючими рухами бору. 4. Покрити оброблені зуби фторовмісним лаком або гелем.
4	Четверте відвідування (Через 3-5 днів)		
4.1	Перевірити і відкоригувати результати прішліфовування передчасних оклюзійних контактів II класу	Див. п. 3.2-3.3	Див. п. 3.2-3.3
4.2	Виявити і промаркувати передчасні оклюзійні контакти III класу в центральній оклюзії .	Артикуляційний папір, воскові пластинки.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Просушити верхній зубний ряд струменем повітря або ватними тампонами, 2. Нанести воскову пластинку з копіювальним папером на зуби верхньої щелепи. 3. Попросити пацієнта, проковтнувши слину, зімкнути

			щелепи в найбільш звичною для нього оклюзії. 4.Виявіть пофарбовані передчасні оклюзійні контакти: на щічних схилах піднебінних горбів верхніх молярів і премолярів.
4.3	Пришліфувати передчасні контакти III класу в центральній оклюзії	Див. п. 1.2	Див. п.1.2
5.	П'яте відвідування (Контрольне через 10-14 днів)		
5.1	Перевірка передчасних контактів всіх класів	Див. вище	Див. вище
5.2	Згладити і заполірувати всі шорсткі поверхні на буграх молярів, премолярів і на вестибулярній поверхні різців та іклів.	Полірувальні набори, до складу щіточок, керамічних борів, гумових ковпачків	На заключному етапі полірування використовувати полірувальні фторовмісні пасти.
Загальні рекомендації			
<p><i>Інструменти з алмазним покриттям застосовуються для шліфування зубних поверхонь, а карборундові головки найбільш показані для пломб і пластмасових литих коронок. Послідовність використання інструментів: карборундові тонкозернисті фасонні головки, водостійкі абразивні паперові диски, тверді, а потім м'які гумові поліри.</i></p>			

ФІЗИОТЕРАПЕВТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ

Фізичні методи займають велике місце в комплексному лікуванні захворювань пародонту. Вони застосовуються і в діагностиці, майже при усіх формах і стадіях захворювання. Видалення зубних відкладень, вискоблювання патологічних кишень є необхідною умовою до призначення фізіотерапевтичних процедур при захворюваннях пародонту. Фізіотерапія проводиться, як правило, після зняття гострого запального процесу.

Деякі з фізіопроцедур (УФ-випромінювання, гідротерапія, лазеротерапія, аероіонотерапія можуть призначатися з самого початку лікування). Фізичні методи лікування закріплюють ефект, отриманий після терапевтичного, хірургічного втручання. Фізіотерапію не застосовують при гноєтечі, абсцедуванні та новоутвореннях.

Важливі діагностичні дані дає вакумна проба стійкості капілярів - проба В. І. Кулаженко (1960 р.). Для цього використовується вакуумний апарат АЛП - 02. Дослідження ясен рекомендують проводити в області різців вище перехідної складки. Прикладаючи трубочку апарату до ясен, визначають час утворення гематоми. Прискорене утворення гематоми (за 15-30 с.) свідчить про наявність запалення. При нормальному стані ясен гематома утворюється за 60с.

Фізичні методи лікування при гінгівіті

Загострення катарального гінгівіту:

Медикаментозне зрошування (гідротерапія) — 8-12 відвідувань (у воду для проведення процедури додають фурацилін, відвари, настоянки лікувальних трав, застосовують зрошування водою, насиченою вуглекислотою, та ін.); КУФ — опромінення — курс лікування 5-6 відвідувань (розпочинають опромінення з 1-2 біодоз, збільшуючи тривалість кожної подальшої дії на 1/2 — 1 біодозу, максимальна доза опромінення ясен до 3-5 біодоз).

Гідротерапію доцільно поєднувати з КУФ — опроміненням, після зняття запальних явищ — з дарсонвалізацією ясен; гідроіонотерапія(проводять інгаляції зі знеболювальними і протизапальними засобами); пальцевий і вібраційний масаж

(рекомендується після зняття гострих явищ); лазерне опромінення (у параметрах, що мають протизапальну дію, — щільність потужності 100-200 мВт/см², експозиція — 2-4 хвилини на зону опромінення, апарат ЛГ— 75).

При загостренні гінгівіту можна застосовувати флюктуоризацію.

Хронічний катаральний гінгівіт

Враховуючи тривалість захворювання, при хронічному гінгівіті необхідно проводити 2-3 курси лікування фізичними чинниками в рік.

Застосовується: гідротерапія — зрошування проводять водою, насиченою вуглекислим газом, киснем. В умовах санаторію можна проводити мінеральними, сульфідними, морськими, родоновими водами 10-15 відвідувань, призначаються ротові ванночки з 0,06 % розчином хлоргексидину по 3 хвилини уранці і увечері після чищення зубів на період навчання гігієні порожнини рота (7-10 днів); КУФ — опромінення — 10-15 відвідувань через день у поєднанні з гідротерапією (опромінення розпочинають з ½ біодози, поступово збільшують до 3-4 біодоз до кінця лікування); електрофорез — курс лікування до 15-20 відвідувань, призначається після усунення активного запалення (для електрофорезу використовується 10% розчин хлористого кальцію, 5% розчин аскорбінової кислоти, 1% розчин вітаміну Р, 5% розчин за наявності кровоточивості і явищі ексудації); дарсонвалізація — курс лікування до 10-20 процедур щодня або через день; діадинамофорез — курс лікування 4-5 процедур щодня або через день; вакуум-терапія — при кожному сеансі на різних ділянках ясен роблять 4-6 гематом, наступне відвідування через 3-4 дні, коли гематоми розсмоктуються.

При проведенні вакуум-масажа вакуумна трубка не фіксується, а пересувається по слизовій оболонці в області ясен і перехідної складки, затримуючись на одній ділянці 1-2 секунди. Час дії — 5-7 хвилин, курс лікування — 8-12 процедур. Вакуумний масаж застосовується при застійних явищах і набряку. Аутомасаж — проводять один раз в день перед сном після чищення зубів впродовж 5-7 хвилин. При лазеротерапії застосовуються параметри лазерного випромінювання 1-50 мВт/см² при експозиції від 20 с. до 2 хвилин на зону опромінення.

При хронічному катаральному гінгівіті за показаннями можна призначити: УФ-опромінення; аеріонотерапію; електросон; кальцій-електрофорез на комірну зону.

Лікування гіпертрофічного гінгівіту.

Набрякла форма: Гідротерапія — застосовується зрошування водою, насиченою вуглекислим газом, киснем з додаванням антисептика, полоскання розчином хлориду натрію, відваром ромашки, фурациліном.

Електрофорез рекомендується проводити з 10% розчином кальцію хлориду поперемінно(з анода і катода), що забезпечує протизапальний ефект.

Для впливу на процеси ексудації застосовується електрофорез з 5% розчином аскорбінової кислоти, 1% розчином вітаміну Р, розчинів трипсину, рибонуклеази (1мг/мл) з анода, з катода рекомендується вводити водні розчини екстракту алое, 1% розчин нікотинової кислоти, розчин гепарину 1: 15.

КУФ-випромінення — курс лікування 8-10 процедур (розпочинають процедуру з однієї біодози, збільшуючи кожне подальше опромінення на 1/2 біодози доводячи до 3-4 біодоз до кінця курсу). Дарсонвалізація — курс лікування 10-20 відвідувань для боротьби з проліферативною реакцією тканин ясен (застосовується короткою іскрою, кожен сосочок обробляється одну хвилину, в одне відвідування обробляється 4-5 сосочків, рекомендується проводити процедуру один раз в 4-5 днів).

Фонофорез 15% розчину дібунола в соняшниковій олії (12 процедур впродовж 10 хвилин). Інтенсивність звукових коливань при проведенні перших двох процедур має бути $0,25 \text{ Вт/см}^2$ у безперервному режимі, подальші — в режимі $0,4 \text{ Вт/см}^2$. Впродовж процедури 3 рази нанести дібунол на слизову оболонку (М.М. Царинский).

Усі види масажу застосовуються після усунення явищ запалення.

Фібозна форма: застосовується точкова діатермокоагуляція ясенних сосочків (коренева голка вводиться в тканину ясенного сосочка на глибину 3-5 мм, коагуляція проводиться впродовж 2-3 хвилми з потужністю струму 6-7 Вт. Одночасно коагулюють 3-4 сосочки, за один прийом здійснюється коагуляція 4-5

сосочків під анестезією; гідротерапія — полоскання слабкими розчинами антисептиків (0,25% розчин хлораміну, 0,1% розчин декаміна); лікування парафіном — курс лікування 10-15 сеансів (розплавлений парафін накладається на висушені ясна з боку присінка спеціальним шприцем або серветками (8-10 шарів марлі на 10 хвилин)); кріодеструкція — проводиться при гіпертрофічному гінгівіті 3-го ступеню (температура дії — 60-140 С, експозиція — 35-44 с).

Фізіотерапевтичні методи лікування виразково-некротичного гінгівіту

Фізичні методи впливу застосовуються в комплексі з іншими заходами, спрямованими на усунення загальної інтоксикації організму.

Лікувальні маніпуляції розпочинають із зрошування водою, насиченою вуглекислим газом, киснем, до яких додаються антисептичні речовини (фурацилін, етакридин лактад та ін.) для видалення некротичних ділянок тканин. Зрошування з розпилювача розчинами антисептиків проводять після механічного видалення розпаду тканин.

Призначають полоскання додому 0,25 % розчином хлораміну 4-6 раз на день, 0,05% розчин хлоргексидину біглюконата; КУФ-опромінення ясен поєднують із зрошуванням водою в це ж відвідування (розпочинають опромінення з однієї біодози, збільшуючи на 1/2 біодозу кожне подальше опромінення доводячи загальну біодозу до 4 біодоз. Курс лікування — 6-8 дій); аерозольтерапія — застосовують інгаліпт в аерозольному варіанті (перед зрошуванням необхідно прополоскати рот теплою водою, зняти некротичний наліт, тримати препарат в порожнині рота 5-7 хвилин); електричне поле УВЧ в атермічній дозі або мікрохвилі потужністю 1-3 Вт, тривалістю 5-7 хвилин за наявності реакції з боку лімфатичних вузлів; лазер-терапія.

Фізичні методи лікування пародонтиту

Фізіотерапевтичне лікування загострення пародонтиту

Застосовують зрошування розчинами лікарських засобів, використовують мінеральні води: сульфідні, вуглекислі, вода з 1 % розчином ромазулана, з відварами лікарських трав (ромашка, шавлія, звіробій); можна використати воду, піддану магнітній обробці; ротові ванночки з антисептиками (фурациліном,

перманганатом калію, риванолом) призначаються 3 рази в день після їжі по 5-10 хвилин при температурі розчину 34-35 С; КУФ опромінення розпочинають з 1/2 біодози, до кінця курсу повинно бути 3-4 біодоз; курс лікування — 10 процедур щоденно; електричне поле УВЧ — призначається для розсмоктування вогнищ абсцедування в атермічній або слабо тепловій дозі, при вихідній потужності до 30 Вт, повітряний проміжок 0,5-5 см впродовж 10 хвилин; курс лікування — 4-10 дій; мікрохвильова терапія призначається при локальному утворенні абсцесів, з вихідною потужністю 1-3 Вт впродовж 5-7 хвилин. Курс лікування — 4-8 процедур щоденно.

Для швидшого зняття запальних явищ і кровоточивості на початку впливають мікрохвилями на обидві щоки справа і ліворуч по 5 хвилин при вихідній потужності 7 Вт, після чого відразу проводять електрофорез ясен з вітаміном В₁ впродовж 20 хвилин при щільності струму 0,2 мА/см², курс — 12 дій; флюктууючі струми застосовуються при загостренні процесів з гноетечею з патологічних зубоясневих кишень; тривалість процедур 12-15 хвилин, курс лікування — 6-8 процедур (при запальних явищах в тканинах пародонту флюктуоризацію поєднують з електричним полем УВЧ і мікрохвильовою терапією); лазер-терапія застосовується при запальних явищах перед оперативним втручанням і після операції (гелій-неоновий лазер).

Фізіотерапевтичне лікування хронічного пародонтиту

При хронічних пародонтитах застосовують фізичні чинники: ультразвук для зняття зубних відкладень; гідротерапію у вигляді зрошень з мінеральними водами, з лікарськими препаратами (1% розчином ромазулана, 2 % розчином цитраля, відвари ромашки, шавлії, звіробою). Розпочинають процедуру з температури води 35°С, потім поступово її знижують; курс лікування — 8-10 процедур; аероіонізацію проводять впродовж 10 хвилин з розрахунку 100-150 млрд легких негативних іонів на одну процедуру; курс лікування — 10-15 процедур щодня або через день; дарсонвалізацію — проводять тихим розрядом по 10 хвилин на кожну щелепу; курс лікування — 10-15 процедур (призначають при венозному застої і набряку); магнітотерапія — застосовується магнітна капа, яка використовується періодично впродовж 20-30 днів, що чинить протизапальну дію,

можна використати полоскання омагніченою водою з лікарськими препаратами; електрофорез — призначається електрофорез кальцію, вітамінів С і Р по 15-20 відвідувань (призначається при кровотечі ясен), електрофорез гепарину з катода (5 мл гепарину з активності 10 000 ЕД розчиняють в 30 мл дистильованої води, на одну процедуру беруть 500 ЕД розчину), курс лікування — 15 відвідувань щоденно по 20 хвилин (чинить протизапальну дію); при відчутті свербіжу, незручності в яснах застосовують електрофорез таніну, цинку або міді з 3 % розчину сульфатів цих мікроелементів; при гнійному виділенні з патологічних ясенних кишень призначають електрофорез 2 % розчини трипсину впродовж 20 хвилин, курс лікування — 20 процедур; електросон — призначається по 20-60 хвилин, курс лікування 10-20 процедур при розладах центральної нервової системи; вакуум-терапія — призначається за відсутності абсцесів, курс — 6-8 разів; аутомасаж — призначається після видалення зубних відкладень.

Фізичні методи лікування пародонтозу

При пародонтозі застосовується: електрофорез — при підвищеній чутливості шийок зубів показаний електрофорез кальцію (10% розчин глюконату кальцію), фтору (2% розчин фториду натрію), фосфору (2,5% розчин кальцію гліцерофосфату), процедура триває 20 хвилин, курс лікування 20 відвідувань через день.

Призначають електрофорез вітаміну С, вітаміну В₁ з новокаїном, препаратами загальностимулюючої дії (склоподібне тіло); дарсонвалізація — використовується в початковій стадії пародонтозу (високочастотний розряд чинить тонізуючу дію на судини пародонту і є електромасажем); аутомасаж — рекомендують проводити уранці після чищення зубів. Масажуючи ясна вказівним пальцем, поміщаючи його на перехідну складку, здійснюючи рухи до його вершини, вниз, кругові (3-5 хвилин); гідромасаж — проводить сам пацієнт (струмінь рідини з вуглекислою або водою під тиском 1,5-2 атм. спрямовується на тканини пародонту на відстані 20-30 мм впродовж 7-10 хвилин), курс лікування — 20 процедур (10 перших проводяться щодня, 10 подальших через день); вібротерапія — проводиться за допомогою вібратора, який переміщується

вертикально від перехідної складки до шийки зуба (перші 2-3 дії проводяться впродовж 1-2 хвилин, поступово збільшуючись до 10 хвилин), доцільно проводити не більше 2 курсів вібромасажа в рік; оксигенотерапія — курс лікування 10 -12 ін'єкцій по 4 введення 5 мл кисню через день; на місці ін'єкції утворюється «пухир», який розсмоктується впродовж 20-30 хвилин.

Найбільш простим є насичення тканин киснем за допомогою ватних тампонів, змочених перекисом водню, перманганатом калію, можна проводити ірригацію цими розчинами.

ФІЗІОПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ

Загальні заходи: гартування організму, використовуючи повітряні і водні процедури.

Місцеві заходи: тренування судин ясен і порожнини рота (гідротерапія) - проводять зрошування водою, починаючи з температури 34-35°C, потім поступово доводять до 20 С і нижче; контрастні гідро процедури (при цьому температуру води впродовж однієї процедури міняють кілька разів і закінчують холодною дією); УФ-опромінення ясен (розпочинають опромінення з 1/3-1/2 біодози і доводять до 2-3 біодоз), курс опромінення 10-12 процедур, 2 рази в рік з перервою 2-3 місяці; аероіонізація - проводиться в дозі 1-2 млрд легких негативних іонів на процедуру, 10-15 процедур, через 1-2 дні; електросон - процедуру проводять 10-15 днів.

Методика проведення пальцевого масажу ясен:

1. Великим і вказівним пальцями правої руки обхопити альвеолярний відросток верхньої щелепи.

2. Переміщаючи у вертикальному напрямі пальці зверху вниз, щільно стискати тканини по черзі в області кожного зуба.

3. Так само провести горизонтальні рухи уздовж альвеолярного відростка в медіальному напрямі.

4. Вказівним пальцем провести кругові масажні рухи проекції кореня кожного зуба.

5. Провести маніпуляції на верхній щелепі впродовж 10 хв.

6. Повторити маніпуляції на нижній щелепі і завершити їх полосканням порожнини рота. Тривалість усієї процедури — 15-20 хв.

Методика проведення вакуумного масажу ясен:

1. Провести зрошування порожнини рота пацієнта розчином антисептика зі шприца (розчин перманганату калію). Після цього пацієнт спльовує розчин.

2. До слизової оболонки альвеолярного відростка по перехідній складці прикласти вакуумний наконечник.

3. Увімкнути апарат, тиск має бути 300-400 мм рт. ст.

4. Повільно просувати наконечник уздовж усього альвеолярного відростка верхньої, а потім нижньої щелепи. На кожній ділянці ясен наконечник затримувати не більше ніж на 1-2 с.

Після закінчення процедури натиснути кнопку скидання вакууму і відняти наконечник. Тривалість процедури — 10 хв. Курс лікування — до 20 процедур, які проводять через 2-3 дня.

Методика проведення іригації за допомогою іригатора:

1. Розігріти розчин для іригації до 22-36°C.

2. Набрати підігрітий розчин в іригатор.

Ввести наконечник іригатора хворому в рот, натиснути клапан іригатора, провести іригацію (упродовж 3-5 хв.).

ТЕСТИ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ АУДИТОРНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТА (КРОК -2 СТОМАТОЛОГІЯ)

1. Хворий 37-ми років скаржиться на кровоточивість ясен, неприємний запах з рота, рухомість зубів, утруднене пережовування їжі. Об'єктивно: ясна синюшно-червоного кольору, пародонтальні кишені 6 мм з серозним вмістом, рухомість зубів II ст., на зубах помірне відкладення над- і під'ясенного зубного каменю, гігієнічний індекс - 3 бали, травматична оклюзія визначається по всій протяжності зубних дуг. Який попередній діагноз?

- A. Гістіоцитоз-Х
- B. Генералізований пародонтит, I ступінь, загострений перебіг
- C. Гіпертрофічний гінгівіт
- D. Генералізований пародонтит, II ступінь, хронічний перебіг
- E. Генералізований пародонтит, II ступінь, загострений перебіг

2. При рентгенологічному дослідженні ротової порожнини виявлено, що повсюди виразно простежується порушення цілісності компактної пластинки, слабковиражений остеопороз вершин міжальвеолярних перегородок та розширення періодонтальної щілини навколо шийок зубів. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Генералізований пародонтит, I ступінь, хронічний перебіг
- B. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг
- C. Хронічний катаральний гінгівіт
- D. Пародонтоз, I ступінь
- E. Пародонтоз, початковий ступінь

3. Хвора 28-ми років впродовж тижня скаржиться на неприємні відчуття в яснах, кровотечу і біль, особливо під час їжі. Об'єктивно: набряк та інтенсивна гіперемія ясен, особливо в межах 43, 42, 41, 31, 32, 33 зубів, м'які нашарування та зубний камінь, ясеневі борозенки до 2 мм. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Генералізований пародонтит початкового ступеня, загострений перебіг
- B. Хронічний катаральний гінгівіт
- C. Гіпертрофічний гінгівіт
- D. Генералізований пародонтит початкового ступеня, хронічний перебіг
- E. Гострий катаральний гінгівіт

4. Пацієнт 35-ти років звернувся зі скаргами на відчуття свербіння в яснах та біль в зубах від холодної та гарячої їжі. Об'єктивно: ясна щільні, анемічні. Рентгенологічно відмічається чергування вогнищ остеопорозу та остеосклерозу. Рівномірна резорбція міжальвеолярних перегородок у межах 1/3. Який найбільш імовірний діагноз

- A. Пародонтит I ступеня
- B. Пародонтоз початкового ступеня

С. Пародонтоз I ступеня

D. Пародонтит початкового ступеня

Е. Атрофічний гінгівіт

5. Пацієнт 23-х років скаржиться на незначне оголення коренів зубів і кровоточивість ясен під час чищення зубів, свербіж у яснах. Об'єктивно: мають місце відкладення над- і під'ясенного зубного каменя. Ясна гіперемовані, набряклі, кишені глибиною 3,5 мм. На рентгенограмі: резорбція міжальвеолярних перегородок на 1/3. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Генералізований пародонтит II ступеня, загострений перебіг

B. Генералізований пародонтит II ступеня хронічний перебіг

C. Генералізований пародонтит I ступеня, загострений перебіг

D. Генералізований пародонтит I ступеня, хронічний перебіг

Е. Пародонтоз II ступеня

6. Вагітна (36 тижнів) скаржиться на кровоточивість ясен, ясне утворення зубного нальоту, незважаючи на ретельний гігієнічний догляд за порожниною рота. Об'єктивно: ясеневі сосочки і маргінальний край ясен пухкі, кровоточать під час дотику. Гігієнічний індекс за Федоровим-Володкіною - 3,7 бали. Яку пасту слід рекомендувати цій хворій після проведення професійної гігієни порожнини рота?

A. Гелеву

B. Що містить мінералізуючі препарати

C. Що містить рослинні препарати

D. Фторвмісну

Е. Що містить хлоргексидин

7. Лікар-стоматолог впродовж 4-х днів проводить лікування гострого виразкового гінгівіту чоловіку 30-ти років. Об'єктивно: ясна злегка набряклі, гіперемовані, звиразковані поверхні очистилися від некротичного нальоту. Препарати якої групи слід включити у план лікування на цьому етапі?

A. Кортикостероїди

B. Антибіотики

C. Кератопластики

D. Інгібітори протеолізу

Е. Протеолітичні ферменти

8. Чоловік 52-х років скаржиться на рухливість зубів, біль і кровоточивість ясен, неприємний запах з рота. Об'єктивно: ясна гіперемовані, набряклі, пухкі, пародонтальні кишені 6-8 мм із значним гнійним ексудатом, значне відкладення над- і під'ясенного зубного каменя, рухливість зубів II-III ступеня. На

рентгенограмі: горизонтальна і вертикальна резорбція міжальвеолярних перегородок до 2/3 довжини кореня. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Загострення генералізованого пародонтиту II ступеня
- B. Генералізований пародонтит III ступеня
- C. Локалізований пародонтит II ступеня
- D. Пародонтит I ступеня
- E. Виразковий гінгівіт

9. Хвора 32-х років скаржиться на незначну болючість під час їжі в ділянці 36 зуба, кровоточивість ясен. При огляді в 36 зубі на дистальній поверхні пломба, контактний пункт між 37 та 36 зубами відсутній, міжзубний ясенний сосочок атрофований, глибина пародонтальної кишені 4 мм. На рентгенограмі резорбція верхівки міжальвеолярної перегородки між 37 та 36 зубами, явища остеопорозу, в інших ділянках змін немає. Що є першопричиною данного захворювання?

- A. Вірулентна мікрофлора
- B. Нераціональне пломбування
- C. Травматична оклюзія
- D. Недостатня гігієна
- E. Зниження місцевої резистентності

10. Хворий 20-ти років скаржиться на кровоточивість ясен, зміну їх вигляду. Переніс ГРВІ в тяжкій формі. Об'єктивно: ясенні сосочки набрякли, синюшно-червоного кольору, вкривають коронки зубів на 1/2, дуже кровоточать. На слизовій оболонці порожнини рота множинні петехіальні крововиливи, в окремих ділянках по краю ясен виразки. В крові змін немає. Які поєднання вітамінів необхідно призначити в комплексній терапії хворого?

- A. Аскорбінова кислота + рутин
- B. Ретинола ацетат + рибофлавін
- C. Піридоксин + тіамін бромід
- D. Рутин + нікотинова кислота
- E. Ціанокобаламін + тіамін бромід

11. Встановлено заключний діагноз: виразково-некротичний стоматит Венсана. При медикаментозній обробці поверхні виразок наліт важко видаляється. Які лікарські препарати доцільно використати?

- A. Антисептики
- B. Кератопластичні засоби
- C. Протеолітичні ферменти
- D. Противірусні препарати
- E. Протигрибкові препарати

12. Хворий 50-ти років скаржиться на відчуття свербіж у яснах, чутливість зубів до тактильних, термічних і хімічних подразників. Під час огляду ясна щільні, блідо-рожевого кольору. На зубах клиноподібні дефекти. Корені зубів оголені на 2/3 довжини, зуби стійкі. Рентгенографічно визначається горизонтальна деструкція (атрофія) міжзубних перегородок на 2/3 їх висоти. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Пародонтит II ступеня
- B. Пародонтоз II ступеня
- C. Пародонтоз III ступеня
- D. Атрофічний гінгівіт
- E. Пародонтит III ступеня

13. Хвора 25-ти років скаржиться на розростання і кровоточивість ясен під час чищення зубів. Слизова ясен набрякла з ціанотичним відтінком. Ясенні сосочки збільшені в розмірі й перекривають коронки зубів на 1/3, легко кровоточать при дотику. Яке додаткове дослідження необхідне для визначення остаточного діагнозу?

- A. Рентгенографія
- B. Проба Кулаженко
- C. Проба Шиллера-Писарева
- D. Реопародонтографія
- E. Мікробіологічне дослідження

14. Жінка 43-х років скаржиться на свербіж, неприємні відчуття у яснах, підвищену чутливість зубів до різних подразників. Після ретельного дослідження встановлений діагноз: пародонтоз I тупеня важкості. Який з фізіотерапевтичних впливів доцільно включити в комплексний план лікування цієї хворої?

- A. Діадинамічні струми
- B. Гелій-неоновий лазер
- C. Дарсонвалізація
- D. УВЧ-терапія
- E. Флюктуоризація

15. Дівчина 18-ти років звернулася до пародонтолога зі скаргами на розростання і кровоточивість ясен. Об'єктивно: скупченість зубів у фронтальній ділянці нижньої щелепи; ясенні сосочки яскраво-червоного кольору, округлої форми, вкривають коронки зубів на 1/2 їх висоти, кровоточать під час пальпації, рясні відкладення зубного каменя. Нарентгенограмі змін кісткової тканини міжальвеолярних перегородок не виявлено. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гіпертрофічний гінгівіт, набрякова форма II ступеня
- B. Гіпертрофічний гінгівіт, набрякова форма I ступеня

- C. Гіпертрофічний гінгівіт, фіброзна форма I ступеня
- D. Гіпертрофічний гінгівіт, фіброзна форма II ступеня
- E. Фіброматоз ясен

16. Пацієнт 53-х років скаржиться на запалення ясен, рухливість зубів. Об'єктивно: зубні ряди всі інтактні, всі зуби 2 ступеня рухливості, атрофія 1/2 довжини стінок комірок. Який вид стабілізації зубів слід застосувати у даному випадку?

- A. Фронтосагітальна
- B. Фронтальна
- C. Стабілізація по дузі
- D. Сагітальна
- E. Парасагітальна

17. Чоловікові 30-ти років діагностовано гострий виразково-некротичний гінгівіт середнього ступеня важкості. Препарат якої групи необхідно використати на заключному етапі лікування?

- A. Протеолітичні ферменти
- B. Антибіотики
- C. Антиоксиданти
- D. Кератолітики
- E. Кератопластики

18. Пацієнтці 47-ми років встановлено діагноз: генералізований пародонтит II ступеня, загострений перебіг. Лікар-стоматолог провів розтин пародонтального абсцесу в ділянці 11 і 21 зубів. В анамнезі у хворої гіперацидний гастрит, гіпотонія. Що з фізіотерапевтичних процедур можна призначити цій хворій?

- A. Діатермія
- B. Мікрохвильова (НВЧ) терапія
- C. УВЧ-терапія
- D. КУФ-терапія
- E. Електрофорез з трипсином

19. У парубка 20-ти років діагностований генералізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг. Виявлені відкладення зубного каменю у міжзубних проміжках під яснами. Проведена професійна гігієна порожнини рота. Який з перерахованих предметів догляду за порожниною рота слід рекомендувати використовувати цьому хворому додатково?

- A. Електрична зубна щітка
- B. Жувальна гумка
- C. Зубні йоршики
- D. Міжзубні стимулятори

Е. Зубні флоси

20. У жінки 49-ти років діагностований генералізований пародонтит II ступеня, хронічний перебіг. При проведенні комплексної терапії рухливі фронтальні зуби нижньої щелепи були зашиновані волоконною адгезивною шиною. Який з предметів догляду за порожниною рота слід рекомендувати цій хворій додатково?

А. Зубні флоси

В. Жувальна гумка

С. Зубні йоршики

Д. Міжзубні стимулятори

Е. Електрична зубна щітка

21. Дівчина 19-ти років звернулася зі скаргами на кровоточивість і розростання ясен. Об'єктивно: ясна у ділянці фронтальних зубів нижньої щелепи пухкі, гіперемовані, перекривають коронки зубів на 1/3 висоти, кровоточать під час дотику.

Визначаються пародонтальні кишені до 3,5 мм. Зубна дуга нижньої щелепи звужена, скупченість зубів у фронтальній ділянці. Гігієнічний індекс за Федоровим-Володкіною - 3,5 бали. Який найбільш імовірний діагноз?

А. Локалізований пародонтит I ступеня, хронічний перебіг

В. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг

С. Гіпертрофічний гінгівіт, набрякова форма I ступеня

Д. Десквамативний гінгівіт, еритематозна форма

Е. Загострення хронічного катарального гінгівіту

22. Хворий 38-ми років скаржиться на підвищену чутливість зубів від температурних і хімічних подразників. Об'єктивно: ясна бліді, анемічні, ясенні сосочки згладжені, відзначається оголення зубів на 1/3 їх довжини. Реакція на холодне болісна, швидкоминуча. Діагноз: пародонтоз I ступеня, гіперестезія тканин зубів. В комплексі лікування гіперестезії призначені зубні пасти. Які речовини мають входити до складу зубних паст, рекомендованих хворим з пародонтозом для усунення гіперестезії?

А. Триполіфосфат натрію

В. Солі хлоргексидину

С. Лаурилсульфат натрію

Д. Цетилпіридний хлорид

Е. Хлорид стронцію

23. Пацієнту 28-ми років встановлено діагноз -гіпертрофічний гінгівіт, гранулююча форма, середній ступінь. Як часто повинне проводитися спостереження лікарем-стоматологом цього диспансерного хворого?

А. 2 рази на рік

- В. 1 рази на рік
- С. 3 рази на рік
- Д. 4 рази на рік
- Е. 6 разів на рік

24. Хвора 45-ти років страждає на хронічний генералізований пародонтит II ступеня важкості. Під час проведення мікробіологічного дослідження вмісту пародонтальних кишень було виявлене значне обсіменіння трихомонадами. Який з перелічених препаратів найбільш доцільно застосувати для інстиляцій у пародонтальні кишені у цієї хворої?

- А. Парагель
- В. Хлоргексидину біглюконат
- С. Хлорофіліпт
- Д. Метрогіл-дента
- Е. Ротокан

25. Пацієнту 27-ми років що страждає на цукровий діабет, лікарем-пародонтологом проведений курс комплексного лікування хронічного генералізованого пародонтиту II ступеня важкості. Як часто на рік потрібно даному пацієнту відвідувати лікаря-пародонтолога з метою профілактики прогресування захворювання пародонта?

- А. 1 раз
- В. 4 рази
- С. 2 рази
- Д. 3 рази
- Е. 6 разів

26. Дівчина 18-ти років знаходиться на консультації у лікаря-пародонтолога. Об'єктивно: глибина присінку 3,5 мм. В ділянці 41, 31 визначається рецесія ясенного краю, відмічається скупчене положення 42, 41, 31, 32 та хронічний катаральний гінгівіт в ділянці нижніх фронтальних зубів. В анамнезі - ротове дихання. Що із запропонованих лікувальних заходів слід застосувати в першу чергу?

- А. Пластика присінку порожнини рота
- В. Пальцевий масаж
- С. Міогімнастика
- Д. Лікування гінгівіту
- Е. Вестибулярна пластинка

27. До стоматолога звернувся пацієнт 22-х років зі скаргами на біль в ділянці 34, 35 зубів постійного характеру, який виник через 7 днів після пломбування зубів з приводу карієсу. Об'єктивно: в 34, 35 зубах одна пломба без міжзубного проміжку,

зубний сосочок в міжзубному проміжку 34, 35 набряклий, гіперемований, при доторкуванні зондом кровоточить. Поставлено діагноз: гострий катаральний папіліт. Яка помилка в лікуванні карієсу 34, 35 зубів спровокувала папіліт?

- A. Застосування композитного матеріалу
- B. Наявність супраконтакту в 34, 35 зубах
- C. Відсутність ізолюючої прокладки
- D. Травма ясенного сосочка бором
- E. Постановка однієї пломби на суміжні порожнини

28. Хвора 53-х років страждає на пародонтоз III ступеня, з приводу якого перебуває на диспансерному обліку. Скільки планових курсів лікування на рік слід призначити цій хворій?

- A. 6
- B. 2
- C. 4
- D. 3
- E. 1

29. Хвора 40-ка років скаржиться на кровоточивість ясен, рухомість зубів, неприємний запах з рота. Об'єктивно: ясна в ділянці нижніх фронтальних зубів гіперемовані, набряклі, на зубах значні відкладення зубного каменю. Пародонтальні кишені глибиною 2-3 мм, рухомість зубів I ступеня. На рентгенограмі відзначається остеопороз, резорбція міжкоміркових перегородок у межах 1/3 їх висоти. Встановлений діагноз: генералізований пародонтит, I ступінь, хронічний перебіг. З чого слід почати лікування?

- A. Шинування
- B. Видалення зубних відкладень
- C. Визначення оклюзіограми
- D. Аплікації антимікробних препаратів
- E. Вибіркове зішліфування зубів

30. Пацієнтка 42-х років скаржиться на потрапляння їжі в міжзубний проміжок. Об'єктивно: у 26 на дистальній поверхні каріозна порожнина. Міжзубний сосочок гіперемований, набряклий. На рентгенограмі: остеопороз вершини міжальвеолярної перегородки. Яка подальша тактика лікаря?

- A. Відновити контактний пункт та провести місцеву протизапальну терапію
- B. Відновити контактний пункт та призначити електрофорез хлориду кальцію
- C. Контактний пункт не відновлювати, призначити гліцерофосфат кальцію per os
- D. Запломбувати зуб без відновлення контактного пункту та провести місцеву протизапальну терапію
- E. Відновити контактний пункт та провести загальну остеотропну терапію

ТЕСТИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

ЗАХВОРЮВАННЯ ПАРОДОНТУ

1. Комплекс тканин, об'єднаних поняттям пародонт
 - а) ясна і кругова зв'язка зуба
 - б) періодонт, ясна, окістя, зуб
 - в) ясна, окістя, кістка альвеоли, періодонт, тканини зуба
 - г) ясна, тканини зуба, цемент
 - д) ясна, окістя, цемент

2. Функції пародонту
 - а) бар'єрна, трофічна, рефлекторна, пластична, амортизуюча
 - б) бар'єрна, амортизуюча
 - в) бар'єрна, рефлекторна, пластична
 - г) рефлекторна
 - д) амортизуюча

3. Основною функцією пародонту є
 - а) амортизуюча
 - б) бар'єрна
 - в) рефлекторна
 - г) рецепторна
 - д) пластична

4. Бар'єрна функція пародонту забезпечується
 - а) ороговінням багатошарового плоского епітелію, наявністю огрядних клітин в епітелії
 - б) антибактеріальною функцією ясенної рідини і слини
 - в) ороговінням багатошарового плоского епітелію, тургором ясен, станом мукополисахаридов, особливостями будови і функції ясенної борозенки, антибактеріальною функцією слини за рахунок лізоциму, наявністю огрядних клітин
 - г) наявністю великої кількості рецепторів
 - д) ороговінням багатошарового плоского епітелію

5. Будова кісткової тканини альвеоли
 - а) кістка альвеоли складається з компактної кісткової речовини
 - б) кістка альвеоли з губчастої кісткової тканини

в) кістка альвеоли і міжзубної перегородки складається з компактної кісткової речовини, що утворює кортикальну пластинку, кістка альвеолярного відростка представлена губчастою кістковою тканиною

г) кістка альвеоли представлена кортикальною пластинкою

д) кістка альвеоли представлена міжзубною перегородкою

6. Структурними утвореннями мікроциркуляторного русла пародонту являються

а) капіляри

б) артеріоли і венули

в) артеріоли, прекапіляри, капіляри, посткапіляри, венули

г) прекапіляри, капіляри, посткапіляри

д) венозні судини

7. Іннервацію пародонту забезпечує

а) лицьовий нерв

б) друга гілка трійчастого нерва

в) гілки зубних сплетень другої і третьої гілки трійчастого нерва

г) перша гілка трійчастого нерва

д) усі три гілки трійчастого нерва

8. Ключові чинники в етіології захворювань пародонту

а) змінена реактивність організму

б) мікроорганізми зубної бляшки

в) мікроорганізми і продукти їх обміну в зубному нальоті; чинники порожнини рота, здатні посилювати або послабляти вплив мікроорганізмів, загальні чинники, що регулюють метаболізм тканин порожнини рота

г) спадковість

д) травматична оклюзія

9. Склад зубної бляшки

а) зубна бляшка представлена скупченням мікроорганізмів

б) зубна бляшка складається з вуглеводів і ліпідів

в) зубна бляшка представлена міжклітинним матриксом, що складається з полісахаридів, протеїнів, ліпідів, неорганічних компонентів, в який включені мікроорганізми, епітеліальні клітини, лейкоцити, макрофаги

г) зубна бляшка представлена органічними компонентами

д) зубна бляшка складається з елементів слини

10. Чи є різниця між запальними і дистрофічними захворюваннями пародонту(пародонтитом і пародонтозом)?
- а) немає, це лише форми одного і того ж дистрофічного процесу в щелепах
 - б) це абсолютно різні захворювання
 - в) різниця визначається лише спочатку, розвинуті стадії цих захворювань не відрізняються один від одного
 - г) запальний процес передує дистрофічному
 - д) пародонтоз передує пародонтиту
11. Найбільш несприятливим при розвитку захворювань пародонту є
- а) відкритий прикус
 - б) глибокий прикус
 - в) перехресний прикус
 - г) дистальний прикус
 - д) прямий прикус
12. Проба Шиллера - Писарева проводиться з метою
- а) визначення гігієнічного стану зубів
 - б) виявлення виразок усередині ясенних кишень
 - в) оцінки міри запальних змін ясен
 - г) виявлення зубної бляшки
 - д) визначення гною в ясенній кишені
13. Проба Кулаженко проводиться з метою
- а) виявлення бар'єрних можливостей пародонту
 - б) визначення стану проникності стінок судин
 - в) виявлення стійкості стінок судин пародонту
 - г) визначення запальних змін ясен
 - д) виявлення зубної бляшки
14. Методи функціональної діагностики, використовувані в пародонтології
- а) реопародонтографія, остеометрія
 - б) реопародонтографія, полярографія
 - в) реопародонтографія, остеометрія, полярографія, біомікроскопія
 - г) реографія
 - д) полярографія
15. Клінічними ознаками катарального гінгівіту є:
- а) кровоточивість ясен

- б) наявність зубного нальоту, кровоточивість ясен
- в) набряк і гіперемія ясенного краю і міжзубних ясенних сосочків, кровоточивість ясен, відсутність ясенної кишені
- г) кровоточивість ясен, гіперестезія шийок зубів
- д) гіперестезія шийок зубів

16. Основними клінічними ознаками набряклої форми гіпертрофічного гінгівіту є:

- а) ясенні сосочки збільшені, мають синюшний відтінок, глянцеvidную поверхню, кровоточуть, при натисканні залишаються відбитки
- б) ясенні сосочки збільшені, щільні на дотик, кровоточуть при натисканні
- в) ясенні сосочки збільшені, набряклі, гіперемійовані, кровоточуть при натисканні, при зондуванні визначаються ясенні кишені
- г) кровоточивість при натисканні
- д) наявність хибних ясенних кишень

17. Клінічними ознаками фіброзної форми гіпертрофічного гінгівіту є:

- а) ясенні сосочки збільшені, синюшного кольору, кровоточуть при натисканні
- б) ясенні сосочки збільшені, щільні на дотик, на внутрішній поверхні мають виразки, при зондуванні визначаються хибні ясенні кишені
- в) ясенні сосочки синюшні, набряклі, кровоточуть при натисканні, на зубах велика кількість нальоту і зубного каменю
- г) наявність глибоких ясенних кишень
- д) кровоточивість і болі від температурних подразників

18. Найбільш важливими дифференціально-діагностичними ознаками гострого виразкового гінгівіту є:

- а) гіперемія, набряклість ясенних сосочків, наявність ясенних кишень, виразка внутрішнього епітеліального вистилання ясенних сосочків
- б) генералізована виразка ясенного краю з усіченою вершиною сосочків, покриті фібринозним нальотом
- в) хворобливість ясенних сосочків, що кровоточать при натисканні, велика кількість над- і під'ясенних зубних відкладень
- г) наявність глибоких ясенних кишень
- д) кровоточивість при натисканні

19. Основні клінічні прояви пародонтита 1 міри

- а) набряк, гіперемія ясенного краю, кровоточивість при натисканні, ясенні кишені глибиною 3-4 мм, резорбція компактних пластинок міжзубних перегородок

б) набряк, гіперемія ясенних сосочків, що кровоточать при натисканні, відсутність ясенних кишень, рухливості зубів немає

в) різке збільшення ясенних сосочків, синюшність, хворобливість, кровоточивість, глибина ясенних кишень до 8 мм, резорбція кісткової тканини на 1/2 корені зуба

г) наявність великої кількості зубних відкладень

д) кровоточивість ясенних сосочків

20. Які дані рентгенографічного обстеження при 1 ступені пародонтита?

а) резорбція кісткової тканини альвеолярного відростка на 1/2 корені

б) резорбція компактних пластинок і вершин міжзубних перегородок

в) наявність вогнищ остеопорузу альвеолярної кістки

г) збереження кортикальної пластинки лунок зубів

д) змін в кістковій тканині альвеолярного відростка немає

21. Чи є кишень при 1 ступені пародонтита?

а) немає

б) є, глибиною до 6 мм

в) є, глибиною 3-4 мм

г) є хибні ясенні кишень

д) є кісткові кишень

22. Глибина кишень при пародонтиті 2 ступеню:

а) кишень немає

б) 5-7 мм

в) більше 8 мм

г) є неправдиві ясенні кишень

д) до 5 мм

23. Рухливість зубів при пародонтиті 2 ступеню:

а) є легка рухливість I ступеню

б) немає

в) рухливість зубів I - II ступеню

г) є рухливість II – III ступеню

д) є, за наявності травматичної оклюзії

24. Гнійне виділення із зубоясенних кишень при пародонтит 2 ступеню

а) немає

б) спостерігається дуже рідко

- в) спостерігається часто у стадії загострення
- г) виявляється тільки при проведенні бензидинової проби
- д) виявляється при проведенні формалинової проби

25. Які дані рентгенологічного обстеження щелеп при пародонтиті 2 ступеню ?

- а) резорбція міжзубних перегородок на висоту від $1/3$ до $1/2$ довжини кореня зуба, вогнища остеопорозу в губчастій кістці альвеолярного відростка
- б) зниження висоти гребенів міжзубних перегородок на величину від $1/2$ до $2/3$ довжини кореня
- в) резорбція вершин міжзубних перегородок, вогнища остеопорозу в губчастій кістковій тканині альвеолярного відростка
- г) змін в кістковій тканині немає
- д) явища остеопорозу в губчастій кістці

26. Вирішальним при диференціальній діагностиці хронічного катарального гінгівіту і пародонтиту 1 ступеню є:

- а) рухливість і зміщення зубів
- б) відсутність кругової зв'язки зуба, наявність зубоясенних кишень
- в) виражені запальні зміни ясенного краю і ясенних сосочків
- г) відсутність ясенної кишені, збереження кругової зв'язки
- д) глибина ясенних кишень до 5 мм

27. Глибина кишень при важкому пародонтиті складає:

- а) кишень немає
- б) 3-4 мм
- в) до 6 мм
- г) більше 8 мм
- д) до 2.5 мм

28. Рухливість зубів при важкому пародонтиті:

- а) рухливість I - II міри
- б) немає рухливості
- в) рухливість II - III міри
- г) рухливість тільки при значному навантаженні
- д) рухливість тільки в окремих ділянках щелепи

29. Вирішальним при диференціальній діагностиці хронічного генералізованого пародонтиту і пародонтозу є:

- а) відсутність запальних змін ясен, відсутність зубодесневих кишень, збереження кортикальної пластинки на вершинах міжзубних перегородок
- б) рухливість і зміщення зубів
- в) підвищена чутливість в області шийок зубів, наявність клиновидних дефектів
- г) наявність гнійного відокремлюваного з ясенних кишень
- д) позитивна формалінова проба

30. При пародонтозі 1 ступеня тяжкості зубоясенні кишені:

- а) є, внаслідок загибелі зв'язки зуба
- б) немає, оскільки дистрофічні процеси у яснах і кістковій тканині відбуваються одночасно
- в) немає, оскільки при пародонтозі зберігається кругова зв'язка зуба
- г) є тільки в ділянках перевантаження зубів
- д) глибина ясенних кишень до 5 мм

31. До ідіопатичних хвороб пародонту можна віднести:

- а) нейтропенію, агамаглобулінемію, епуліс, фіброматоз ясен
- б) синдром Папійон - Лефевра, X-гістоцитози, нейтропенію, агамаглобулінемію
- в) нейтропенію, X-гістоцитози, гінгівіти, пародонтоми
- г) гінгівіт, пародонтит
- д) пародонтит, пародонтоз

32. Вкажіть план лікування найбільш ефективний при генералізованому хронічному катаральному гінгівіті:

а) антисептична обробка порожнини рота, видалення зубних відкладень, полірування поверхні зубів, обробка зубів фторвмісними препаратами, протизапальна терапія ясен, заміна пломб і коронок за свідченнями, лікування у ортодонта за свідченнями

б) антисептична обробка порожнини рота, зняття над- і під'ясенних зубних відкладень, кюретаж, протизапальна терапія ясен, лікування у ортодонта і ортопеда

в) антисептична обробка порожнини рота, зняття зубних відкладень, обробка зубів фторвмісними препаратами, протизапальне лікування ясен, включаючи припікаючі препарати

- г) ін'єкції в ясна біологічно активних речовин
- д) обробка зубів фторвмісними препаратами

33. При лікуванні катарального гінгівіту використовуються кератолітичні, склерозуючі препарати і кислоти

- а) так, оскільки вони сприяють зняттю набряку і запалення ясен

- б) немає, оскільки сильнодіючі препарати призводять до загибелі фібробластів
- в) так, оскільки вони мають припікаючу дію і призводять до загибелі мікроорганізмів зубного нальоту
- г) так, тільки спочатку лікування
- д) так, в завершальній стадії лікування

34. При хронічному катаральному гінгівіті в якості антимікробних препаратів рекомендується використати:

- а) антибіотики і ферменти
- б) аплікації слабких розчинів антисептиків, пов'язки з трихополом, гепариновой, дибуноловой, гідрокортизоном мазями, склерозуючі препарати
- в) розчини антисептиків, ферментів, трихопол, бісептол у складі пов'язок
- г) кератолітичні препарати
- д) кислоти, що припікають препарати, спиртові розчини

35. При набряклій формі гіпертрофічного гінгівіту в якості протинабрякової терапії рекомендуються

- а) сильні антисептики, бо вони окрім антимікробного мають припікаючу дію
- б) ферменти, які сприяють відторгненню некротичних мас і гнійного ексудату
- в) препарати нітрофуранового ряду, відвари лікарських трав, гіпертонічні розчини солей, гепариновая мазь, мазь гідрокортизону і емульсія
- г) ін'єкції в сосочки новембихіна, емульсії гідрокортизону
- д) антибіотики

36. В якості склерозуючої терапії при гіпертрофічному гінгівіті в ясенні сосочки вводять:

- а) емульсію гідрокортизону, розчин глюкози 50-60%, розчин новембихіна
- б) сильні розчини антисептиків, ферменти
- в) розчини антибіотиків
- г) фурацилін
- д) гепарин

37. Медикаментозні препарати в якості аплікацій розчинів накладаються на ясна:

- а) на 2 години
- б) на 20 хвилин
- в) на 6 годин
- г) на 5 хвилин
- д) не накладаються, а вводяться у вигляді ін'єкцій в ясенні сосочки

38. Вкажіть план лікування гострого виразкового гінгівіту :

- а) знеболення, антисептична обробка, аплікація розчинів ферментів, аплікація препаратів, що покращують епітелізацію
- б) антисептична обробка, протизапальна терапія, дія кератолітичних препаратів
- в) антисептична обробка, аплікація ферментів, пов'язки з кортикостероїдними мазями
- г) введення антибіотиків
- д) зняття зубних відкладень і дія препаратами, що покращують епітелізацію

39. При гострому виразковому гінгівіті всередину призначають:

- а) знеболювальні препарати
- б) антибіотики, що знеболюють, вітаміни
- в) метронідазол, десенсибілізуючі препарати, вітаміни
- г) сульфаніламідні препарати, антибіотики, вітаміни
- д) загальне лікування не призначається

40. При протизапальній терапії хронічного генералізованого пародонтиту 1 ступеню перевагу необхідно віддати:

- а) антибіотикам, оскільки вони мають протимікробну дію
- б) біологічно активним речовинам
- в) сильним антисептикам, оскільки вони окрім антимікробного мають припікаючу дію
- г) слабким антисептикам, ферментам, трихополу
- д) сильним кислотам, ваготилу, резорцину

41. Концентрація розчину хлоргексидину, рекомендована для зрошувальних порожнини рота, складає:

- а) 2%
- б) 0.5%
- в) 0.1%
- г) 0.05%
- д) 0.01%

42. При захворюваннях пародонту метою виборчого пришліфовування являється:

- а) нормалізація прикусу
- б) усунення передчасних оклюзійних контактів, що призводять до травми від оклюзії
- в) відновлення анатомічної форми зубів
- г) усунення запального процесу

д) естетичні показання

43. Рекомендації по зміні живлення хворим із захворюваннями пародонту :

а) обмежити прийом вуглеводів, особливо перед сном і у кінці їжі, закінчувати їжу сирими фруктами і овочами, що добре очищають поверхню зубів

б) збільшити час обробки їжі, щоб виключити підвищене навантаження на пародонт

в) виключити з прийому їжу, гостру, кислу, холодну, подразнюючу нервові закінчення в області голих шийок зубів

г) необхідно рекомендувати смажене, жирне

д) потрібна молочно-рослинна дієта

44. З метою профілактики захворювань пародонту чистити зуби необхідно:

а) один раз уранці

б) двічі - уранці і увечері

в) тільки увечері

г) три рази

д) 3-5 разів

45. Для чищення зубів необхідно рекомендувати щітку:

а) з натуральною щетиною

б) з штучною щетиною

в) не має значення

г) жорстку

д) м'яку

46. Зберігати зубну щітку рекомендують:

а) у футлярі

б) з намиленою щетиною

в) в гіпертонічному розчині солі

г) без футляра

д) в содовому розчині

47. Ознакою, що свідчить про найбільшу вираженість запалення, є:

а) набряклість

б) кровоточивість мимовільна

в) порушення тургора

г) ретракція ясен

д) кровоточивість індукована

48. Яким чином зубний камінь викликає і підтримує запалення ясен?
- а) травмує ясна
 - б) погіршує кровопостачання ясен
 - в) ерозує поверхню зуба
 - г) є постійним джерелом токсичних продуктів
 - д) знижує рівень ясенного краю
49. Найбільш ефективна в очищенні апроксимальних поверхонь зубів :
- а) зубна щітка
 - б) нитка(флосс)
 - в) водяний струмінь
 - г) зубочистка
 - д) процедура полоскання
50. З виникненням гіперплазії ясен пов'язані такі чинники, як:
- а) прийом протисудомних препаратів
 - б) вагітність
 - в) лейкемія
 - г) ротове дихання
 - д) усе перераховане
51. Хірургічні методи лікування захворювань пародонту використовуються:
- а) дуже широко
 - б) широко
 - в) дуже рідко
 - г) за свідченнями
 - д) рідко
52. При кюретажі підлягають видаленню наступні ділянки зміненої тканини :
- а) грануляційна тканина
 - б) підясенний зубний камінь, розм'якшений цемент кореня
 - в) підясенний зубний камінь, грануляційна тканина, пророслий епітелій
 - г) підясенний зубний камінь, ділянки розм'якшеного цементу, вміст кишени, грануляційна тканина, пророслий епітелій ясен
53. Ясенна пов'язка після кюретажа накладається на термін:
- а) 12-14 днів
 - б) не накладається

- в) 5-7 днів
- г) 3 дні
- д) на добу

54. Після кюретажа використовують в першу добу:

- а) захисні пов'язки(індиферентні)
- б) лікувальні протизапальні пов'язки
- в) лікувальні стимулюючі пов'язки
- г) пов'язки, що містять ферменти
- д) пов'язки з кератопластичними препаратами

55. До тканин власне періодонта відносяться:

- а) колагенові волокна
- б) еластичні волокна
- в) колагенові, еластичні, окситаланові волокна, кровоносні і лімфатичні судини, нерви, клітинні елементи
- г) елементи, властиві сполучній тканині

56. Вкажіть джерело артеріального кровопостачання тканин пародонту?

- а) гілки щелепної артерії
- б) гілки крилоподібної артерії
- в) крилопіднебінна артерія
- г) нижньощелепна артерія
- д) басейн зовнішньої сонної артерії

57. Трофічну функцію пародонту здійснюють:

- а) артерії
- б) артеріоли
- в) артеріоли і венули
- г) мережа капілярів і нервових рецепторів
- д) прекапіляри і посткапіляри

58. Основними чинниками, що призводять до розвитку оклюзійної травми являються :

- а) бруксизм
- б) часткова вторинна адентія
- в) патологія прикусу
- г) помилки протезування

д) патологія прикусу, бруксизм, часткова вторинна адентія, помилка протезування

59. Вкажіть основні ознаки запальних змін в яснах?

- а) гіперемія, набряклість, кровоточивість
- б) десквамація, виразка, набряклість, кровоточивість, гіперемія
- в) кровоточивість
- г) гіперемія, гноетеча
- д) гноетеча

60. Вкажіть головні причини розвитку осередкового катарального гінгівіту?

- а) дефекти пломбування пришийкових каріозних порожнин
- б) підясенний зубний камінь
- в) поганий догляд за порожниною рота
- г) надясенні зубні відкладення, наявність зубного нальоту, коротка низько прикріплена вуздечка губи та язика, дефекти пломбування і протезування
- д) зниження місцевого імунітету

61. Вкажіть головні причини розвитку генералізованого катарального гінгівіту?

- а) над- і підясенний зубний камінь
- б) помилки пломбування каріозних порожнин і протезування
- в) наявність зубної бляшки внаслідок поганого догляду за зубами на тлі зниження місцевого і загального імунітету
- г) низький рівень гігієни порожнини рота
- д) захворювання шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи

62. Патоморфологічна картина хронічного катарального гінгівіту?

- а) виражена судинна реакція
- б) порушення процесу ороговіння епітелію
- в) набряк, набрякання колагенових волокон
паракератоз, акантоз, клітинна інфільтрація, судинна реакція
- г) підвищена міграція лейкоцитів
- д) ексудація рідини з ясенної борозни

63. Головні причини розвитку гіпертрофічних гінгівітів?

- а) гормональні зміни в організмі
- б) патологія прикусу
- в) нерациональне протезування

г) гормональні зміни в організмі, прийом певних медикаментозних препаратів(дифенін та ін.), захворювання крові, дефіцит вітаміну С, нераціональне протезування

д) недостатня гігієна порожнини рота

64. Клінічна картина набряклої стадії гіпертрофічного гінгівіту?

а) кровоточивість при доторканні

б) збільшення ясенних сосочків, що супроводжуються синюшністю, напруженою тканиною

в) збільшення ясенних сосочків з утворенням неправдивих зубодесневих кишень

г) наявність над- і підясенних зубних відкладень

д) збільшення ясенних сосочків, синюшність, гіперемія, кровоточивість при доторканні, утворення хибних ясенних кишень, поява відбитків при натисканні твердим предметом

65. Клінічна картина фіброзної форми гіпертрофічного гінгівіту?

а) розростання ясенних сосочків

б) кровоточивість ясен

в) щільні ясенні сосочки блідо-рожевого кольору, що розрослися, кровоточивість відсутня, є неправдиві ясенні кишені

г) утворення ясенних кишень глибиною до 5 мм, кровоточивість ясен

д) кровоточивість ясен, гноетеча, запах з рота

66. Головні причини розвитку виразкового гінгівіту?

а) змінена реактивність організму після загальних інфекційних захворювань, стрес

що призводить до блокади системи мононуклеарних макрофагів

б) зниження резистентності тканин пародонту до грамнегативних бактерій

в) утворення над- і підясенного зубного каменю

г) гормональні зміни в організмі

д) прийом медикаментозних препаратів, що викликають порушення імунітету

67. Клінічна картина виразкового гінгівіту?

а) кровоточивість і болі в яснах при їжі

б) розростання ясен, кровоточивість при доторканні

в) виразка ясенного краю з усіченою вершин сосочків, болі в яснах, гнильний запах з рота, велика кількість зубного нальоту і каменю, підвищення температури тіла, втрата апетиту

г) гноетеча з ясен, гіперемія, болі

д) кровоточивість ясен при їжі, глибина ясенних кишень 6-7 мм

68. Розвиток виразкового гінгівіту викликають?

а) ясенна амеба, трихомонада, стрептококи, стафілококи, фузоспірохети, спірохети

б) прості порожнини рота

в) стрептококи, стафілококи

г) фузоспірохети

д) прості і стрептококи

69. Головні причини розвитку пародонтита?

а) патологія прикусу

б) недостатній гігієнічний догляд за зубами

в) порушення бар'єрної функції пародонту і імунологічної реактивності організму, на тлі яких місцеві причини (мікроорганізми, оклюзійна травма) призводять до запальних змін і деструктивних явищ в пародонті

г) зниження місцевої і загальної реактивності організму

д) мікроорганізми порожнини рота, що призводять до розвитку і прогресу запальних змін в пародонті

70. Основною диференціально-діагностичною ознакою пародонтита є:

а) гноетеча з ясенних кишень

б) ушкодження зв'язки зуба і утворення ясенної кишені

в) кровоточивість ясен і гноетеча при натисканні на ясенний сосочок

г) глибина ясенної кишені від 5 мм

д) збільшення ясенних сосочків, гіперемія, синюшність, кровоточивість

71. Основними клінічними ознаками пародонтита є:

а) кровоточивість ясен

б) глибина ясенних кишень 5-7 мм

в) гноетеча з ясенних кишень, підвищена чутливість шийок зубів

г) кровоточивість ясен, відкладення підясенного каменю, рухливість зубів, виділення гною з ясенної кишені, зубодесневые кишені глибиною від 3 мм і більше

д) збільшення ясенних сосочків, підвищена чутливість шийок

72. Клінічні ознаки пародонтозу :

а) відсутність запальних явищ і зубоясенних кишень

б) гіперемія ясен, гноетеча з ясенних кишень

- в) оголення шийок зубів, ретракція ясен, відсутність запальних змін, відсутність рухливості зубів, підвищена чутливість шийок зубів, свербіж в яснах
- г) набряклість, гіперемія ясен, глибина ясенних кишень від 5 мм, свербіж в яснах
- д) хворобливість і кровоточивість ясен, рухливість зубів, підвищена чутливість шийок зубів

73. Особливістю рентгенологічної картини кісткової тканини щелеп

при пародонтозі являються:

- а) зменшення висоти міжзубних перегородок
- б) зменшення кістковомозкових просторів, дрібнопористий малюнок губчастої кісткової тканини, рівномірне зменшення висоти міжзубних перегородок при збереженні кортикальних пластинок
- в) атрофічні процеси в кістковій тканині
- г) запальна резорбція кісткової тканини лунок
- д) потовщення кісткових балок

74. Свідченнями до проведення оклюзійного пришліфовування є:

- а) наявність оклюзійної травми
- б) дистопія зубів
- в) бруксизм, болі у скронево-нижнещелепному суглобі, віялоподібна розбіжність зубів, нерівномірне розсмоктування кісткової тканини альвеолярного відростка, рухливість зубів
- г) рухливість зубів, дистопія зубів
- д) гноетеча з ясенних кишень, оголення шийок зубів

75. Оклюзійне пришліфовування зубів проводиться:

- а) при пародонтозі
- б) при пародонтите важкої міри
- в) при гіпертрофічному гінгівіті
- г) за наявності оклюзійної травми, незалежно від нозологічної форми
- д) при загостреннях різних форм захворювання пародонту

76. Вікові свідчення для проведення оклюзійного пришліфовування?

- а) молочний прикус
- б) змінний прикус
- в) після прорізування усіх постійних зубів
- г) від 20 до 30 років
- д) тільки у дорослих

77. Група зубів, на якій може бути проведене постійне(балочне) шинування при вираженій рухливості?

- а) моляри
- б) різці
- в) моляри і премоляри
- г) будь-яка група зубів
- д) все, окрім різців

78. Свідченням для проведення постійного шинування є:

- а) рухливість зубів I міри
- б) рухливість зубів II - III міри
- в) пародонтоз важкої міри
- г) перед хірургічним лікуванням
- д) після хірургічного лікування

79. Свідченнями для депульпирования зубів при пародонтиті являються:

- а) глибина ясенних кишень 6 мм
- б) рухливість зубів II - III міри
- в) перед хірургічним лікуванням пародонтита важкої міри при глибині надясенних кишень більше 7 мм і рухливості зубів II ступеню
- г) не має значення глибина кишень і рухливість зубів
- д) ніколи не депульпують

80. Вкажіть фізіотерапевтичні дії, рекомендовані при загостренні запальних процесів в пародонті, супроводжувані гноетечею?

- а) електрофорез і фонофорез вітамінів
- б) ультрафіолетове випромінювання коротким спектром, лазерне випромінювання, флюктуоризація
- в) магнітотерапія
- г) УВЧ-терапія
- д) масаж

81. Гідромасаж рекомендується проводити при лікуванні хвороб пародонту?

- а) до кюретажа або через три тижні після кюретажа
- б) через тиждень після кюретажа
- в) на будь-якому етапі лікування
- г) відразу після кюретажа
- д) через півроку після кюретажа

82. Протипоказаннями для проведення фізіотерапевтичного лікування є:
- а) гноетеча з ясенних кишень
 - б) онкологічні захворювання, туберкульоз, інфекційні захворювання, що супроводжуються високою температурою, вагітність
 - в) хірургічне лікування хвороб пародонту
 - г) вік до 15 років
 - д) вік старше 50 років
83. При проведенні методики електрофорезу лікарських препаратів в тканині пародонту використовується:
- а) струм постійний, високої напруги, невеликої сили
 - б) низької напруги, невеликої сили постійний струм
 - в) змінний струм, невеликої сили високої напруги
 - г) змінний струм низької напруги, невеликої сили
 - д) постійний струм високої напруги, великої сили
84. Протипоказаннями до проведення електрофорезу при хворобах пародонту являються:
- а) наявність гною в зубоясенних кишнях
 - б) непереносимість постійного струму, порушення цілісності епітеліального покриття слизової оболонки, виразковий гінгівіт
 - в) рухливість зубів II - III ступеню
 - г) глибина зубоясенних кишень більше 6 мм
 - д) хірургічне лікування хвороб пародонту
85. Який діючий чинник методики д'арсонвалізації, використовується при лікуванні пародонтитів?
- а) імпульсний високочастотний змінний струм малої сили і високої напруги
 - б) постійний струм низької напруги і великої сили
 - в) постійний струм високої напруги і невеликої сили
 - г) змінний струм високої напруги і великої сили
 - д) змінний струм низької напруги і великої сили
86. Які параметри ультрафіолетового випромінювання використовуються для отримання вираженого бактерицидного ефекту, при гнійних процесах в пародонті?
- а) короткохвильове ультрафіолетове випромінювання
 - б) довгохвильове ультрафіолетове випромінювання
 - в) ультрафіолетове випромінювання інтегрального спектру
 - г) інфрачервоні промені

д) не має значення довжина хвилі

87. При навчанні пацієнта гігієні порожнини рота необхідно підкреслити, що зростання нальоту поновлюється: через скільки годин після ретельного чищення зубів він починає рости і шкідливо впливати на зуби і ясна?

- а) через 1 годину
- б) через 3 години
- в) через 6 годин
- г) через 12 годин
- д) через 24 годин

88. Що найважливіше в підтримці гігієни порожнини рота?

- а) вживати багато води і ретельно полоскати рот
- б) регулярно відвідувати зубного гігієніста
- в) ретельно чистити зуби щіткою і користуватися флоссами не менше 1 раз на день

- г) використати антисептичні полоскання
- д) вірно б) і г)

89. Найбільш відповідні якості зубної щітки?

- 1) жорсткі нейлонові щетини
 - 2) м'які нейлонові щетини
 - 3) м'які натуральні щетини
 - 4) щетини повинні мати закруглені кінці
 - 5) щетини повинні мати плоскі кінці
- а) вірно 1 і 3
 - б) вірно 2 і 4
 - в) вірно 2 і 5
 - г) вірно 3 і 4
 - д) вірно 1 і 5

90. Вкажіть твердження, справедливі по відношенню до захворювань пародонту?

- 1) захворювання пародонту ініціюються місцевими дратівливими чинниками
 - 2) системні чинники впливають на прогрес захворювань пародонту
 - 3) травматичні чинники не впливають на прогрес захворювань пародонту
- а) вірно 1; 2 і 3 - неправдиві
 - б) вірно 2; 1 і 3 - неправдиві
 - в) вірно 1 і 2; 3 - неправдиво
 - г) жодне з них невірно
 - д) вірні усі твердження

ЕТАЛОНИ ВІДПОВІДЕЙ

ЗАХВОРЮВАННЯ ПАРОДОНТУ

001 - а	019 - а	037 - б	055 - г	073 - бИ
002 - а	020 - б	038 - а	056 - д	074 - в
003 - б	021 - в	039 - в	057 - г	075 - г
004 - в	022 - б	040 - г	058 - д	076 - в
005 - в	023 - в	041 - а	059 - б	077 - г
006 - в	024 - в	042 - б	060 - г	078 - б
007 - в	025 - а	043 - а	061 - в	079 - в
008 - в	026 - б	044 - б	062 - в	080 - б
009 - в	027 - г	045 - б	063 - г	081 - а
010 - б	028 - в	046 - в	064 - д	082 - б
011 - б	029 - а	047 - б	065 - в	083 - б
012 - у	030 - б	048 - а	066 - а	084 - б
013 - у	031 - б	049 - б	067 - в	085 - а
014 - в	032 - а	050 - д	068 - а	086 - а
015 - в	033 - бИ	051 - д	069 - в	087 - в
016 - а	034 - в	052 - г	070 - б	088 - в
017 - б	035 - в	053 - у	071 - г	089 - б
018 - б	036 - а	054 - а	072 - у	090 - в

ПЕРЕЛІК НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник у 4-х т. Захворювання пародонта / [М.Ф.Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун та ін.] / За редакцією А.В. Борисенко. Т. 3. – К.: Медицина, 2010. – -462с.
2. Терапевтична стоматологія: підручник. / [А.К. Ніколішин, В.М. Ждан, А.В. Борисенко та ін.] / За редакцією А.К. Ніколішина. – Вид. 2. – Вінниця:Нова Книга, 2012.-680с.

Додаткова:

1. Грохольский А.П. Назубные отложения: их влияние на зубы, околозубные ткани и организм / А.П. Грохольский, Н.А. Кодола, Т.Д. Центило. – К.: Здоров'я, 2000. – 160 с.
2. Данилевский Н.Ф. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко. – К.: Здоров'я, 2000. – 461 с.
3. Заболевания пародонта / Под ред. проф. Л.Ю. Ореховой. – М.: Поли Медиа Пресс. – 2004. – 432 с.
4. Косенко К.Н. Профилактическая гигиена полости рта / К.Н. Косенко, Т.П. Терешина. – Одесса, 2003. – 288 с.
5. Кухта С.Й. Пародонтологія. Принципи комплексного лікування захворювань пародонта / С.Й. Кухта. – Львів: Світ, 1995. – 53 с.
6. Максимовский Ю.М. Терапевтическая стоматология / Ю.М. Максимовский, Л.Н. Максимовская, Л.Ю. Орехова. – М.: Медицина, 2002. – 638 с.
7. Мащенко И.С. Болезни пародонта: учебное пособие / И.С. Мащенко. – Днепропетровск, Коло, 2003. – 272 с.
8. Мащенко І.С. Запальні та дистрофічні захворювання пародонта: навчальний посібник. – Дніпропетровськ: АРТ-Прес, 2003. – 241с.
9. Мельничук Г.М. Гінгівіт, пародонтит, пародонтоз: особливості лікування: навчальний посібник / Г.М. Мельничук, М.М. Рожко. – Івано-Франківськ, 2004. – 248 с.
10. Наказ МОЗ України “Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги” за №507 від 28.12.2002 р.
11. Наказ МОЗ України від 03.05.2001 р. №168 “Про оптимізацію диспансеризації населення на етапі реформування системи охорони здоров'я в Україні”.

12. Николаев А.И. Практическая терапевтическая стоматология: учебное пособие. – 8-е издание, дополненное и переработанное / А.И. Николаев, Л.М. Цепов.— М.: МЕДпрессинформ, 2008. – 960 с.
13. Остеотропна терапія в пародонтології: навчальний посібник / В.І. Герелюк, Н.В. Нейко, Т.Д. Павлюк. – Івано-Франківськ, 2001. – 23 с.
14. Поворознюк В.В. Костная система и заболевания пародонта / В.В. Поворознюк, И.П. Мазур. – К., 2005. – 445 с.
15. Протоколи надання медичної допомоги за спеціальностями „ортопедична стоматологія”, „терапевтична стоматологія”, „хірургічна стоматологія”, „ортодонція”, „дитяча терапевтична стоматологія”, „дитяча хірургічна стоматологія”: Нормативне виробничо-практичне видання. – К.: МНІАЦ медичної статистики; МВЦ „Медінформ”, 2007. – 236 с.
16. Рибалов О.В., Пародонтит: діагностика та комплексне лікування / О.В. Рибалов, І.Ю. Литовченко. – Полтава, 2000.– 159 с.
17. Самойленко А.В. Лікарські засоби у пародонтології / Самойленко А.В., Орищенко В.Ю., Климович Л.А., Стрельченя Т.М. // Навч.-метод. посібник. – Днеськ: Літограф, 2015. – 161 с.
18. Терапевтическая стоматология: учебник для студентов медицинских вузов / Под ред. Е.В. Боровского. – М.: Мед. инф. агенство, 2004. – 798 с.
19. Терапевтична стоматологія: обладнання та інструментарій / [В.І. Герелюк, Н.В. Нейко, В.В. Материнський, О.П. Кобрин: навчальний посібник. – Івано-Франківськ, 2002. – 95 с.
20. Тестові завдання «Крок – 2 Стоматологія»
21. Указ Президента України від 21.05.2002 р. №475/2002 “Про Програму профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 рр.”
22. Фармакотерапія в стоматології: навчальний посібник / В.І. Герелюк, Н.В. Нейко, Т.Д. Павлюк, В.В. Материнський. – Івано-Франківськ, 2001. – 58 с.
23. Фармакологічні засоби для місцевого лікування тканин пародонту / І.П. Мазур/ Сучасна стоматологія. - 2010. -№5. -С.47-52.

ПАМ'ЯТКА ПАРОДОНТОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО

1. Чистити зуби двічі на день. Після їжі, для видалення залишків їжі, полоскати рот водою.
2. Зубну щітку міняти кожні три місяці
3. Для очищення міжзубних проміжків обов'язково використовувати міжзубні йоржики і зубні нитки (флоси).
4. За призначенням лікаря-стоматолога:
 - використовувати ополіскувачі для порожнини рота;
 - застосовувати іригатор, після навчання правилам його використання.
5. Не припиняти гігієнічні процедури при виникненні кровоточивості при чищенні зубів. При появі кровоточивості необхідно звернутися до лікаря.
6. Проводити професійну гігієну порожнини рота не рідше 1 раз в 6 (4) місяців у лікуючого лікаря-стоматолога.
7. При появі підвищеної чутливості твердих тканин зубів, після проведення професійної гігієни, використовувати спеціальні зубні пасти для зниження чутливості зубів і звернутися до свого лікаря-стоматолога.
- 8 Не відкушувати жорстку їжу, після проведення шинування зубів, щоб уникнути пошкодження шини.
9. Після проведення оперативних втручань на м'яких тканинах (кюретаж, клаптева операція, френулотомія, френулектомія, вестибулопластика) необхідно:
 - строго дотримуватися рекомендацій лікаря-стоматолога;
 - робити ротові ванночки з розчинами антисептиків;
 - прийняти знеболюючий препарат, при виникненні болю після проведення оперативного втручання;
 - якщо на 2-3 добу після оперативного втручання виник набряк, негайно звернутися до лікаря-стоматолога;
- 10 Виключити фізичні навантаження і перебування в місцях з високою температурою (лазні, сауни, гарячий душ) протягом 3 днів після проведення оперативного втручання.
11. Відвідувати планові огляди **ОБОВ'ЯЗКОВО**.

АНТИСЕПТИКИ

- * Декаметоксин 0,025% водний розчин
- * Етоній -0,02-1% розчин
- * Мірамістин -0,01% розчин
- * Декаметоксин -0,25% водний розчин.
- * Біглюконат хлоргексидину (ХГБ) -0,05% розчин;
- * Фуразолідон -у вигляді розчину 1: 25000;
- * Фурагін - використовують у вигляді розчину 1: 13000.
- * Фурагін розчинний (солафур) - застосовують 1% розчин
- * Діоксидин - розчин від 0,1 до 1%
- * Йодінол - 1% водний розчин для обробки пародонтальних кишень
- * Хлорамін Б - 0,5% розчин для зрошення порожнини рота, 2% розчин - для обробки пародонтальних кишень
- * Калію перманганат -0,1% водний розчин
- * Етакридина лактат (риванол) - 0,05-1% розчин
- * тонзінал
- * Корсодил
- * гексетидін
- * Стоматидін
- * Гівалекс
- * Ангілекс
- * Діоксидин - 0,5% або 1% розчин

Антисептики рослинного походження

- * Фурин М - на основі трав, до складу якого введено метронідазол;
- * Юглон - до складу якого входить компонент із зеленої шкірки волоського горіха;
- * Сильвін - препарат з шавлії;
- * Новоіманін - із звіробою;
- * Хлорофілліпт - містить витяжку з листя евкаліпта;

- * Сангвінарін - витяжку з рясту Северцева;
- * Ромазулан - з ромашки;
- * Ротокан - суміш рідких екстрактів (на 40% етиловому спирті): квіток ромашки аптечної, квіток календули лікарської, трави деревію - в співвідношенні 2: 1: 1 - 50 мл у флаконі.
- * Мараславін - містить комплекс лікарських трав (полин, гвоздика, чорний перець і ін.). Застосовуючи мараславін, треба пам'ятати, що деякі дослідники відзначають його декальцінуючі ефект;
- * Сангвінарін / хелеритрін

ФЕРМЕНТНІ ПРЕПАРАТИ

- * трипсин
- * хімотрипсин
- * хімопсін
- * лізоцим
- * Лізоамідаза і ін

Препарати розчиняють в 10 мл фізіологічного розчину. рекомендують безпосередньо додавати 5 мг ферменту до 5 мл розчину антибіотика або іншого сумісного з ферментами препарату (5 мг трипсину, 1 таблетка метронідазолу).

Препарати, протимікробної та протизапальної дії

Лідохлор

Мундізал гель

Пансорал

Пародіум

Далацін Т

Левомеколь

Фузидин

Фуцідін

Метрогіл

Elyzot

Холісал

Priocline 2% міноциклін-гель

Мазь «Левосін»

Мазь «Фулевіл»

Препарати, для стимуляції регенерації тканин

Метілурацилова мазь

Солкосерілова мазь

Мазь «Пропоцеум»

Актовегін

Каротолін,

Масло шипшини і обліпихи,

Масляні розчини вітаміну А, Е,

Вінілін,

Олазоль,

Гіпозоль

Плівка «Облекол»

«Вінізоль»,

«Лівіан»

ПРОПИСИ ПАРОДОНТАЛЬНИХ ПОВ'ЯЗОК

<p>Rp.: Amoxyclavi 5,0 Cyclophosphanі 5,0 Antipyrini 1,0 Boli albae 8,0 M.D.S. Пародонтальна пов'язка</p>	<p>Rp.: Methyluracili 2,0 Laevomysetini 0, 3 Tetracyclini 0,2 Boli albae 7,5 M.D.S. Пародонтальна пов'язка</p>
<p>Rp.: Metronidasoli 5,0 Sulfapyridazini 5,0 Methyluracili 5,0 M.D.S. Пародонтальна пов'язка</p>	<p>Rp.: Methyluracili 2,0 Norsulfazoli 2,0 Boli albae 6,0 M.D.S. Пародонтальна пов'язка</p>
<p>Rp.: Nitazoli 0,1 Methyluracili 0,5 Boli albae 9,5 M.D.S. Пародонтальна пов'язка</p>	<p>Rp.: Natrii mephenaminatis 0,1 Boli albae 9,9 M.D.S. Пародонтальна пов'язка</p>
<p>Rp.: Methotrexati 0,02 Boli albae 2,0 M.D.S. Пародонтальна пов'язка</p>	<p>Rp.: Chinosoli 2,0 Antipyrini 1,0 Boli albae 7,0 M.D.S. Пародонтальна пов'язка</p>
<p>Rp.: Chinosoli 2,0 Sovcaini 0,2 Boli albae 7,8 M.D.S. Пародонтальна пов'язка</p>	<p>Rp.: Chinoxidini 0,2 De-noli 5,0 Boli albae 9,5 M.D.S. Пародонтальна пов'язка</p>
<p>Rp.: Dalargini 0,001 Chinoxidini 0,15 Boli albae 2,0</p>	<p>Rp.: Chinoxidini 0,2 Хydiphoni 5,0 Sol. Tocopheroli acetatis oleosae</p>

M.D.S. Пародонтальна пов'язка	30% 1,0 Boli albae q.s. M.f. pasta D.S. Пародонтальна пов'язка
Rp.: Cyclophosphani 0,02 Boli albae 2,0 M.D.S. Пародонтальна пов'язка	Rp.: Aethonii 0,3 Antipyrini 1,0 Boli albae 7,5 M.D.S. Пародонтальна пов'язка
Rp.: Natrii mephenaminatis 0,1 Furazolidoni 0,025 Boli albae 25,0 M.D.S. Пародонтальна пов'язка	Rp.: Trypsini crystallisati 0,005 Norsulfazoli 1,0 Boli albae 2,0 M.D.S. Пародонтальна пов'язка
Rp.: Natrii mephenaminatis 1,0 Monomycini 0,25 Boli albae 9,6 M.D.S. Пародонтальна пов'язка	Rp.: Trasyloli 5 000 ED Lysocimi 0,3 Boli albae 4,5 M.D.S. Пародонтальна пов'язка
Rp.: Lysocymi 0,05 Chymotrypsini crystallisati 0,01 Boli albae 3,0 M.D.S. Пародонтальна пов'язка	Rp.: Lysocymi 0,4 Boli albae 50,0 M.D.S. Пародонтальна пов'язка
<p>При наявності вираженого ексудату в пародонтальних кишнях паста для пародонтальної пов'язки заміщується на дистильованій воді, 0,9% фізіологічному розчині хлориду натрію, в інших випадках - на 30% олійному розчині альфа-токоферолу ацетату (додаткова антиоксидантна і репаративна дія).</p>	

В якості лікувальних пов'язок можуть бути використані офіційні пов'язки:

- * *Periodontal Pack*,
- * *Coe Pack*,
- * *Voco Pak*

Біополімерні плівки з різними лікарськими препаратами:

- «Диплен-дента Х» з хлоргексидином;
- «Диплен -дента ХД» з хлоргексидином і дексаметазоном;
- «Диплен -дента Л» з лінкоміцином;
- «Диплен -дента Г» з гентаміцином;
- «Диплен -дента К» з кліндаміцином;
- «Диплен -дента ЛГ» з хлоргексидином і лідокаїном;
- «Гінгітек» - пародонтальна пов'язка з природного біополімера колагену;
- «Сангвікол»;
- ЦМ - пластина для ясен, що розсмоктується;
- солкосерил дентальна адгезивна паста.

Препарати для введення в пародонтальні кишені

Для введення в пародонтальні кишені широко застосовуються лікарські препаратів, іммобілізованих на певній основі - смужки, нитки з різних полімерів, мікрогранули, нестійкі полімерні матриці з желатину, ліпідів та ін. Ці препарати не вимагають видалення, так як розсмоктуються самостійно.

- *Біоактивний лікарський кріогель (БЛК);*

- *Плівки «Диплен-Дента»;*

- *Тетрациклінові волокна Actisite;*

- *Elyzot*

- *Periochip*

- *Priocline 2% міноциклін-гель*

- *Доксіциклін-полімер Atridox та ін.*

Сорбенти

гелевін - гелевий сорбент. Для введення в пародонтальні кишені і аплікацій на ясна на 10 хв, курс лікування - 5-10 відвідувань;

активований вуглецевоволокнистий матеріал (АУВМ) «Днепр-МН»- для введення в пародонтальні кишені під пов'язку з парафіну на 2-3 години, курс лікування - 5-10 відвідувань;

дігіспон - для введення в пародонтальні кишені під пов'язку з парафіну, яку через 2-3 години видаляють. Дігіспон можна не витягувати, так як він розсмоктується.

Препарати для аплікаційної анестезії:

Гель «Десенсил»,

Гель Topical paste Cherry,

Гель Ultracare Topical (Ultradent)

Гель Gingicaine Gel

Гель «Лідоксор»

Гель «Камістад»

Мінімальний пародонтологічний набір:

1. Двосторонній вигнутий скейлер для фронтальних зубів «Гігієніст 6/7».
2. Двосторонній прямий скейлер для фронтальних зубів при сильній скученості «Морзе 34/35».
3. Двосторонній вигнутий скейлер для жувальних зубів «204S».
4. Універсальна кюрет «Коламбія 13/14».
5. Грейсі 1/2 серії Mini-Micro) - для обробки всіх поверхонь фронтальних зубів.
6. Грейсі 7/8 серії Mini-Micro - для обробки щічних і язикових поверхонь молярів і премолярів.
8. Грейсі 11/12 серії Mini Five - для обробки медіальних поверхонь молярів і премолярів.
9. Грейсі 13/14 серії Mini Five (SAS13 / 1478, Nu-Friedy) - для обробки дистальних поверхонь молярів і премолярів.

**Приклад заповнення медичної карти стоматологічного хворого форма 0/43о
при хронічному генералізованому пародонтиті**

Скарги: на кровоточивість ясен, рухливість зубів, больові відчуття в області шийок зубів.

Анамнез: хворіє декілька років, неодноразово проходив консервативне лікування.

Об'єктивно: слизова оболонка ясен набрякла, гіперемійована, сосочки кровоточуть при зондуванні, рясний зубний наліт і під'ясенні зубні відкладення, при натисканні зондом на край ясен виділення гною, рухливість 13,12,11,21,22,23 зубів I - II ступеню, пародонтальні кишені до 5 мм, рухливість 15,14,36,33,32,31,41,42,43,46 зубів II - III ступеню, пародонтальні кишені 5-6мм, травматична артикуляція, значні тремі. На R- грамі резорбція кісткової тканини міжзубних перегородок від $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{2}$ в області 13,12,11,21,22,23 зубів і більше $\frac{1}{2}$ в області інших зубів, великі вогнища деструкції.

Лікування: після передопераційної підготовки (видалення над- і під'ясенних зубних відкладень, депульповування зубів, протизапальна терапія пародонтальних кишень, вибіркоче пришлифовування зубів) під інфільтраційною анестезією (Sol. Ultracaini 1,7 ml) розітнуті з двох сторін ясенні сосочки, сформований слизово-окістний лоскут, кюретаж, дезепітелізація лоскута, кишені щільно заповнені колапалом, лоскут укладений, накладені 10 швів, захисна ясенна пов'язка. Призначений трихопол по 0,25 -3 рази в день.

Рекомендації: ретельний догляд за порожниною рота, антисептичні полоскання.

**Приклад заповнення медичної карти стоматологічного хворого форма 0/43о
при хронічному генералізованому пародонтиті**

Скарги: на кровоточивість ясен, рухливість зубів, запах з рота.

Анамнез: уперше кровоточивість з'явилася кілька років тому, неодноразово проходив курси консервативної терапії.

Об'єктивно: слизова оболонка ясен набрякла, гіперемійована, сосочки синюшні, кровоточать при зондуванні, на зубах м'який зубний наліт, над- і під'ясенні зубні відкладення, зубоясенне прикріплення в області 14,13,12,11,21,22,23, 33,32,31,41,42,43,44 зубів порушене, пародонтальні кишені в області 12,11,21,22 зубів глибиною 4 мм, в області інших зубів 3 мм, з кишень ряснее серозно-гнійне відокремлюване, рухливість 12,11,21,22 - зубів II ступеню, інших I ступеню. Індекс ПМА 66%, індекс гігієни 3,0. На рентгенограмі від 27.10.16 деструкція кісткової тканини за змішаним типом з переважанням вертикального типу, зменшення висоти міжальвеолярних перегородок в області 12,11,21,22 зубів на 1/2, в області інших зубів на 1/3, наявність кісткових кишень, вогнища остеопорозу і остеосклерозу в тлі щелепи при крупно- і середнепетлістій структурі.

Лікування: видалення над- і під'ясенних зубних відкладень, професійна гігієна порожнини рота, обробка пародонтальних кишень 0,06% р-ном хлоргексидину і введення в них мазі з трихополом, пародонтальна пов'язка з індометациновою маззю на 2 години.

Загальне лікування: лінкомицин 0,25 по 2 капсули 2 рази в день, ністатин 500 000 ЕД по 2 таб. 3 рази на день, фенкарол 0,025 по 1 таб. 2 рази на день, полівітаміни з мікроелементами (супрадин, юнікап, пангексавіт, глютамевіт) по 1др. 3 рази на день, кальцію глюконат 0,5 по 1 таб. 2 рази на день.

Рекомендації: гігієнічний догляд за зубами із зубною пастою лакалут що чергують з сенсодіном, антисептичне полоскання рота, протизапальні ванночки.

**Приклад заповнення медичної карти стоматологічного хворого форма 0/43о
при хронічному генералізованому пародонтиті**

Скарги: на кровоточивість ясен, рухливість зубів, больові відчуття в області шийок зубів.

Анамнез: Хворіє декілька років. Консервативне лікування неодноразово проходив.

Об'єктивно: слизова оболонка ясен набрякла, гіперемійована, сосочки кровоточать при зондуванні, рясний зубний наліт і під'ясенні зубні відкладення, при натисканні зондом на край ясен виділення гною, рухливість 13,12,11,21,22,23 зубів I - II ступеню, пародонтальні кишені до 5 мм, рухливість 15,14,36,33,32,31,41,42,43,46 зубів II - III ступеню, пародонтальні кишені 5-6мм, травматична артикуляція, значні тремі. На R- грамі резорбція кісткової тканини міжзубних перегородок від $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{2}$ в області 13,12,11,21,22,23 зубів і більше $\frac{1}{2}$ в області інших зубів, великі вогнища деструкції.

Лікування: під інфільтраційною анестезією (Sol. Ultracaini 1,7 ml.) зняті під'ясенні зубні відкладення і патологічно змінений цемент у 13,12,11,21,22,23 зубів, порожнина кишень промита з шприца розчином фурациліну 1: 5000, кюретаж, захисна пов'язка.

Рекомендації: дотримання правил гігієни порожнини рота, щадна дієта, полоскання лужними і гіпертонічними розчинами, настоями трав (шавлія, ромашка)

