

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ЗАПОРОЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

**АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ПАРОДОНТА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

Учебное пособие для
студентов стоматологического факультета и интернов

Автор: И.В. Возная, доцент кафедры терапевтической, ортопедической и детской стоматологии

Учебное пособие содержит алгоритмы практических умений и навыков, определенные учебным планом подготовки специалистов образовательного уровня «Специалист», квалификации «врач-стоматолог» и программой по терапевтической стоматологии.

Рецензент:

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА.....	6
АЛГОРИТМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА.....	11
Определение глубины патологического зубодесневого кармана.....	11
Проведение пробы Шиллера-Писарева.....	11
Определение индекса РМА.....	12
Определение степени подвижности зубов.....	12
Проведение вакуумной пробы по В. И. Кулаженко.....	13
Определение рентгенологических изменений, характерных для хронического генерализованного пародонтита 2 степени.....	13
Определение рентгенологических изменений, характерных для пародонтоза первой степени.....	13
Выявление первичных морфологических элементов поражения СОПР.....	14
Выявление вторичных морфологических элементов поражения СОПР.....	14
Определение симптома Никольского.....	15
Забор материала с поверхности эрозии для цитологического исследования.....	16
Микробиологическое исследование кандидоза СОПР.....	17
АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА.....	17
Составления плана лечения.....	17
Алгоритмы лечения пациентов с гингивитом.....	19
Алгоритм лечения пациентов с пародонтитом.....	21
Алгоритм лечения пациента с пародонтозом.....	23
АЛГОРИТМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА.....	23
Удаление зубного камня инструментальным методом.....	24
Проведение пальцевого массажа десен.....	24
Проведение вакуумного массажа десны.....	25
Удаление зубного камня ультразвуковым методом.....	25
Аппликационная анестезия.....	26
Удаление некротического налета при лечении язвенного гингивостоматита.....	26
Диатермокоагуляция гипертрофированного десневого сосочка.....	26
Ирригации с помощью ирригатора.....	27
Аппликации на десну жидких лекарственных форм.....	27
Инстилляции жидких лекарственных форм.....	27
Приготовление и наложение твердеющих повязок.....	28
Приготовление и наложение нетвердеющих повязок.....	28
Кюретаж пародонтальных карманов.....	29

Аппликация на слизистую оболочку полости рта.....	30
Медикаментозная обработка участков кератоза.....	30
ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА.....	30
Физические методы лечения при гингивите.....	31
Физические методы лечения пародонтита.....	35
Физиотерапевтическое лечение пародонтоза.....	36
Физиопрофилактика заболеваний пародонта.....	37
Физиотерапевтическое лечение заболеваний слизистой оболочки рта.....	38
Физиотерапевтическое лечение заболеваний языка.....	39
Физиотерапевтическое лечение заболеваний губ.....	40
ТЕСТЫ.....	42
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ.....	60
Список литературы.....	61
Приложение 1. Пример заполнения медицинской карты стоматологического больного форма 0/43у при заболевании лейкоплакия.....	62
Приложение 2. Пример заполнения медицинской карты стоматологического больного форма 0/43у при афтозном стоматите.....	63
Приложение 3. Пример заполнения медицинской карты стоматологического больного форма 0/43у при заболевании красный плоский лишай.....	64
Приложение 4. Пример заполнения медицинской карты стоматологического больного форма 0/43у при герпетическом стоматите.....	65
Приложение 5. Пример заполнения медицинской карты стоматологического больного форма 0/43у при хроническом генерализованном пародонтите.....	66
Приложение 6. Пример заполнения медицинской карты стоматологического больного форма 0/43у при хроническом генерализованном пародонтите.....	67
Приложение 7. Пример заполнения медицинской карты стоматологического больного форма 0/43у при хроническом генерализованном пародонтите.....	68

ВВЕДЕНИЕ

Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта - одни из наиболее распространённых стоматологических заболеваний. Несмотря на значительные достижения в изучении возникновения и развития заболевания, на сегодняшний день продолжает оставаться серьёзной проблемой. Это подтверждается высокой распространённостью данной патологии и свидетельствует о низкой эффективности лечения и профилактики. Заболевания пародонта приводят к преждевременной потере зубов и развитию патологических состояний в зубочелюстной системе.

Развитие стоматологической службы за последние годы, особенно в условиях рыночных отношений, выдвинуло на передний план вопросы повышения качества лечения. Одним из основных направлений обеспечения качества стоматологической помощи является стандартизация.

Предложенные в пособии алгоритмы оказания помощи при заболеваниях пародонта, заболеваниях слизистой оболочки полости рта, а также стоматологические манипуляции, позволят активизировать самостоятельную работу студентов и интернов при подготовке к практическим и семинарским занятиям, улучшить ориентацию при диагностике и лечении клинических ситуаций.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

Требования к врачу:

Врач находится спереди и по правую сторону от кресла пациента, в левой руке держит зеркало, в правой – пинцет или зонд. Правая рука врача во время работы фиксирована на подбородке пациента 4-м и 5-м пальцами.

Методика проведения:

Осмотр лица

- Симметричность левой и правой половины;
- Высота нижней трети лица;
- Выступление подбородка;
- Линия смыкания губ;
- Выраженность подбородочной и носогубной складок;
- Физиологический покой нижней челюсти.

Осмотр губ

- Симметричность углов рта, форма и толщина губ;
- Состояние красной каймы губ;
- Состояние кожи около ротовой области.

Осмотр преддверия полости рта

- Определение глубины преддверия полости рта (мелкое — до 5 мм, среднее — до 10 мм, глубокое — более 10 мм);
- Форма и прикрепление уздечек верхней и нижней губы, тяжести слизистой оболочки.

Осмотр твердого и мягкого неба

- Цвет
- Форма (плоское, куполообразное, готическое);
- Рельеф слизистой оболочки твердого неба.

Осмотр языка

- Определение величины (микроглоссия, макроглоссия);

- Подвижность (ограниченная, чрезмерная);
- Цвет (гиперемированный, цианотичный, бледный, и т.д.);
- Состояние сосочков на дорсальной поверхности (атрофия, гипертрофия).

Осмотр дна полости рта

- Изучение прикрепления и формы уздечки языка (длинная, короткая, широкая).

Исследование десен и пародонтологического статуса

1. Цвет десны (бледно-розовый, гиперемированный, цианотичный, бледный);
2. Характер воспаления (катаральный, гиперпластический, язвенный);
3. Распространенность воспалительного процесса (локализованный, генерализованный);
4. Выраженность процесса (гигиенический индекс Федорова-Володиной (ГИ), папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА), пародонтальный индекс Russel (PI),
5. Состояние линии десневого края: наличие рецессии, отслоение маргинальной десны от шейки зуба;
6. Плотность десны (рыхлая, плотная);
7. Наличие экссудата (серозный, гнойный);
8. Наличие пародонтального кармана, десневого кармана;
9. Степень подвижности зубов:
 - I- Зуб наклоняется в вестибулярно-оральном (лабиально-лингвальном) направлении в пределах ширины режущего края;
 - II - кроме указанных перемещений есть подвижность в медио-дистальном направлении;
 - III - кроме указанных перемещений, зуб визуально подвижен в вертикальном направлении.
10. Оценка кровоточивости десен (индекс кровоточивости десневой борозды (PB1) и степени кровоточивости межзубных сосочков (SBI)
11. Оценка гигиенического состояния, наличие зубного налета (гигиенического индекса Грина-Вермильона, Silness-Loe, индекса нуждаемости в лечении болезней пародонта (SPITN).

Осмотр зубных рядов

- Определение целостности зубных рядов;
- Наличие диастем, контактных пунктов между зубами;
- Форма окклюзии зубного ряда;
- Определение дефекта зубного ряда по Кеннеди:
 - I класс — двусторонний дистально неограниченный зубами дефект;
 - II класс — односторонний дистально неограниченный зубами дефект;
 - III класс — односторонний дистально ограниченный зубами дефект;
 - IV класс — отсутствие передних зубов.
- Тип прикуса (ортогнатический, прямой, опистогнатический, бипрогнатический);
- Выявление травматической окклюзии, травматической артикуляции.

Исследование зубов

- Цвет;
- Форма;
- Величина (макро-, микродентия);
- Число (гиподентия, гипердентия);
- Положение зубов (вестибулярное, оральное, мезио-дистальное смещение, поворот зуба вокруг продольной оси, скученное положение зубов);
- Выраженность бугров у симметричных групп зубов;
- Пораженность зубов кариесом;
- Некариозные поражения;
- Зондирование 5 поверхностей зуба;
- Состоятельность пломб, протезов, коронок.

ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА

На основании всего комплекса данных, полученных в ходе:

- анамнеза vitae, анамнеза morbi;
- осмотра, пальпации, перкуссии, зондирования;
- клинико-лабораторных методов обследования (в т.ч. рентгенологического

исследования — анализ рентгенограмм приведен в приложении 8);

- консультации других специалистов;

проводится установление и формулирование диагноза в соответствии с классификацией заболеваний пародонта, предложенной Н.Ф.Данилевским (1998 г):

I. Воспалительные заболевания пародонта:

1. Папиллит, гингивит.

Форма: катаральный, гипертрофический, язвенный, атрофический.

Степень развития: начальная, I степень, II степень, III степень.

Течение: острый, хронический.

Распространенность:

Ограниченный, диффузный.

Степень тяжести: указывается при гипертрофическом гингивите

2. Локализованный пародонтит.

Форма: катаральный, гипертрофический, язвенный, атрофический.

Степень развития: начальная, I степень, II степень, III степень.

Течение: острый; хронический.

Распространенность: ограниченный.

II. Дистрофически-воспалительные заболевания пародонта:

1. Генерализованный пародонтит

Тяжесть: начальная (глубина пародонтальных карманов до 3 мм), I степень (глубина пародонтальных карманов до 4 мм), II степень (глубина пародонтальных карманов 4—6 мм), III степень (глубина пародонтальных карманов более 6 мм).

Течение:

Хронический, обострившийся (в т.ч. абсцедирующий), стабилизация.

Распространенность: диффузное поражение пародонта.

III. Пародонтоз – дистрофическое поражение пародонта.

Тяжесть: начальная, I степень (незначительная рецессия десны), II степень

(рецессия десны 1,5—2 мм), III степень (рецессия десны 4—5 мм).

Течение: хроническое, ремиссия.

Распространенность: генерализованный.

IV. Прогрессирующие идиопатические заболевания:

1. Сопровождающие заболевания крови: лейкоз, циклическая нейтропения, агранулоцитоз.
2. Гистиоцитоз X: болезнь Летера—Зиве, болезнь Хенда—Шюллера—Крисчена, эозинофильная гранулема (болезнь Таратынова).
3. Сопровождающие нарушения обмена: болезнь Дауна, акаталазия, десмонтоз.

V. Продуктивные процессы (пародонтомы): доброкачественные, злокачественные.

4.1.2. Формулирование пародонтологического диагноза

1 часть:

-Морфологический компонент диагноза, отражающий сущность и локализацию основных патоморфологических изменений в пародонте.

-Степень поражения пародонта (начальная, I степень, II степень, III степень);

-Характер воспаления десны (катаральный, гипертрофический, язвенный);

-Интенсивность распространения;

-Дефекты зубных рядов;

-Патологическая стираемость твердых тканей зубов (горизонтальная, вертикальная, смешанная);

-Регистрация функциональных расстройств всех важнейших физиологических функций челюстно-лицевой области, связанных с патоморфологическими изменениями в тканях пародонта (подвижность зубов, травматическая артикуляция, пародонтальный абсцесс, гиперестезия обнаженных корней зубов, наличие трем, феномен Попова-Годона, снижение высоты прикуса, конвергенция и вестибуло-оральное перемещение зубов и др.).

2 часть:

-Перечисление сопутствующих заболеваний (имеющиеся болезни, не связанные с основным заболеванием этиологически и патогенетически):

-Стоматологические заболевания (хронический рецидивирующий афтозный стоматит, актинический хейлит и др.);

-Общие заболевания, оказывающие влияние на течение патологических процессов в пародонте (гипо- и гиперфункция щитовидной железы, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др.).

Пример пародонтологического диагноза:

Хронический генерализованный пародонтит II степени тяжести, симптоматический катаральный гингивит, дефект зубного ряда нижней челюсти — III класс по Кеннеди; подвижность 31, 32, 33, 41, 42, 43 I-II степени, 46 — I степени, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 25, 26 — III степени; травматический узел в области 31, 32, 33, 41, 42, 43; снижение высоты прикуса, протрузия 11, 12, 13, 21, 22, 23; гипертоническая болезнь, сахарный диабет.

АЛГОРИТМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

1. Определение глубины патологического зубодесневого кармана

Методика проведения:

1. Провести антисептическую обработку ротовой полости.
2. Зубы изолировать от слюны ватными валиками, просушить.
3. Градуированный зонд ввести в пародонтальный карман и медленно продвинуть параллельно вертикальной оси зуба, строго перпендикулярно к десневому краю, прижимая рабочую часть зонда к поверхности зуба.
4. Провести измерение пародонтального кармана с четырех сторон зуба. Необходимо учитывать максимальную глубину пародонтального кармана.
5. При наличии гипертрофии десен, результат отмечать от уровня эмалево-дентинной границы.

2. Проведение пробы Шиллера-Писарева

Методика проведения:

1. Провести антисептическую обработку ротовой полости.
2. Десну изолировать от слюны ватными валиками.
3. Ватным тампоном, смоченным в растворе Шиллера-Писарева, смазать десну.
4. По интенсивности окраски десны оценить пробу:
 - отрицательная - светло-желтое окрашивание;
 - положительная - темно-бурая окраска.

3. Определение индекса РМА

Методика проведения:

1. Полость рта прополоскать раствором антисептика.
2. Зубы изолировать от слюны ватными валиками, просушить.
3. С помощью стоматологического зеркала и зонда визуально определить наличие воспалительного процесса десны возле каждого отдельного зуба:

- 1 балл - воспаление сосочка (Р);
- 2 балла - воспаление десневого края (М);
- 3 балла - воспаление альвеолярной части десны (А).
4. Индекс вычислить по формуле

$$\frac{\text{Сумма баллов} \times 100\%}{3 \times n}$$

$$3 \times n$$

5. Сумму баллов получить при складывании высших оценок состояния десны возле всех обследованных зубов; n - количество зубов (с 15 лет оцениваются 30 зубов).

4. Определение степени подвижности зубов

Методика проведения:

1. Полость рта прополоскать раствором антисептика.
2. Зубы изолировать от слюны ватными валиками, просушить.
3. Охватить пинцетом коронку зуба.
4. Определить степень подвижности зубов в разных направлениях и провести

оценку по следующим критериям:

I - зуб подвижен в вестибуло-оральном направлении в границах толщины режущего края;

II - зуб подвижен в вестибуло-оральном и мезио-дистальном направлениях;

III - зуб подвижен в вестибуло-оральном, мезио-дистальном и вертикальном направлениях.

5. Проведение вакуумной пробы по В. И. Кулаженко

Методика проведения:

1. Вакуумный аппарат подключить к электрической сети и контуру заземления.
2. Включить аппарат, нажав на кнопку «Сеть».
3. Проверить работу аппарата по отклонению стрелки вакуумметра (остаточное давление может быть в границах 20 - 40 мм. рт. ст.).
4. Стерильную вакуумную кювету соединить со штуцером шланга и приложить на неподвижную часть десны возле конкретного зуба.
5. Наблюдая через прозрачную кювету, определить время появления первых единичных экстравазатов (петехий) на десне (в секундах).
6. Отделить кювету от десны, нажать на клапан сброса на штуцере объединяющего шланга.
7. Повторить процедуру возле других зубов.

6. Определение рентгенологических изменений, характерных для хронического генерализованного пародонтита 2 степени

Методика проведения:

1. Рассмотреть рентгенограмму нижней челюсти больного пародонтитом.
2. Определить неравномерную резорбцию альвеолярного отростка, остеопороз сохраненной части верхушек межзубных перегородок, которые указывают на хроническое течение заболевания.
3. Определить величину резорбции межзубных перегородок: она составляет 1/2 длины корней зубов, что подтверждает среднюю степень тяжести пародонтита у данного больного.

7. Определение рентгенологических изменений, характерных для пародонтоза первой степени

Методика проведения:

1. Рассмотреть рентгенограмму нижней челюсти больного пародонтозом.
2. Обнаружить остеосклероз губчатого вещества альвеолярного роста.
3. Определить величину резорбции межзубных перегородок: она составляет 1/3 длины корня, что указывает на первую степень пародонтоза.

8. Выявление первичных морфологических элементов поражения СОПР

Методика проведения:

1. Усадить больного так, чтобы источник света находился впереди него.
2. Определить участок поражения слизистой оболочки. Если элемент поражения находится на неизменной поверхности СОПР, то он будет относиться к первичным элементам.
3. Провести оценку элементов поражения по следующим критериям:

Пятно - изменение цвета СОПР на ограниченном участке.

Папула - бесполостной элемент, выступающий над поверхностью СОПР. Форма - полукруглая, диаметр 3-4 мм.

Узел - ограниченное уплотнение значительных размеров.

Бугорок - инфильтративный бесполостной элемент округлой формы, размером с горошину, выступающий над уровнем СОПР. Центральная часть бугорка некротизируется.

Пузырек - полостной элемент размером от просяного зерна до горошины, заполненный жидкостью. Покрышка пузыря быстро вскрывается, и образуется эрозия.

Пузырь - полостной элемент значительных размеров (до куриного яйца), заполненный жидкостью. Экссудат серозный или геморрагический. Покрышка толстая, если вскрывается - образуется эрозия.

9. Выявление вторичных морфологических элементов поражения СОПР

Методика проведения

1. Усадить больного так, чтобы источник света находился впереди него.

2. Определить участок поражения слизистой оболочки. Если элемент является следствием трансформации или повреждения уже существующих, то он будет относиться к вторичным элементам поражения.

3. Провести оценку элементов поражения по следующим критериям:

Чешуйка - пластинка, состоящая из десквамированных ороговевших клеток эпителия, образуются в местах обратного развития пятен, папул, бугорков.

Эрозия - дефект поверхностного слоя эпителия, возникающая от разрыва пузыря, пузырька, разрушения папул, травмы. Заживает без рубца.

Афта - эрозия округлой или овальной формы, располагающаяся на воспаленном участке слизистой оболочки, покрытая фибринозным налетом, по периферии окруженная гиперемированным ободком.

Язва - дефект слизистой оболочки в пределах соединительнотканного слоя. Заживает с образованием рубца.

Трещина - линейный дефект различной глубины, возникающий при чрезмерной сухости, воспалительной инфильтрации, потере эластичности.

Корка - ссохшийся экссудат, образующийся после вскрытия пузыря, пузырька, пустулы. Представляет собой соединение коагулированной тканевой жидкости и эпителиальных клеток.

Рубец - участок соединительной ткани, замещающий дефект слизистой оболочки. Различают гипертрофический (келоидный) рубец, который возникает после травмы и хирургических вмешательств, имеет линейную форму, плотную консистенцию; и атрофический рубец, для которого характерна правильная форма и значительная глубина.

10. Определение симптома Никольского

Методика проведения:

I вариант

1. Полость рта прополоскать раствором антисептика.
2. Зубы изолировать от слюны ватными валиками.
3. Зеркалом оттеснить мягкие ткани полости рта.
4. Пинцетом захватить ткань покрышки пузыря и потянуть его.
5. Оценка результата: при положительном симптоме наблюдается отслоение видимо неизменной слизистой оболочки.

II вариант

1. Полость рта прополоскать раствором антисептика.
2. Зубы изолировать от слюны ватными валиками.
3. Зеркалом оттеснить мягкие ткани.
4. Пинцетом зажать ватный шарик и потереть им участок слизистой оболочки между элементами поражения.
5. Оценка результата: при положительном симптоме наблюдается отслоение слизистой оболочки в месте трения.

III вариант

1. Полость рта прополоскать раствором антисептика.
2. Зубы изолировать от слюны ватными валиками.
3. Зеркалом оттеснить мягкие ткани.
4. Пинцетом зажать ватный шарик и потереть им видимо неизменную слизистую оболочку в отдаленном от элементов поражения участке.
5. Оценка результатов: при положительном симптоме наблюдается отслоение слизистой оболочки в участке трения.

11. Забор материала с поверхности эрозии для цитологического исследования

Методика проведения:

1. Промыть ротовую полость физиологическим раствором с целью удаления остатков пищи и слизи.
2. Стерильным ватным влажным тампоном освободить поверхность поражения от некротических пленок.
3. Подготовить предметное стекло.

4. Стерильный резиновый маркер приложить к исследуемому участку.
5. Перенести отпечаток на предметное стекло.
6. Повторить забор материала из того же самого участка для цитологического исследования более глубоких слоев поражения.
7. Высушить полученный препарат, зафиксировать метиловым спиртом.
8. Покрасить препарат.
9. Под микроскопом провести оценку цитологического материала.

12. Микробиологическое исследование кандидоза СОПР

Методика проведения:

1. Предварительно пациент три дня не использует лекарственные препараты, утром не чистит зубы.
2. Стерильным ватным тампоном взять с пораженного участка слизистой оболочки белые пленки и творожистый налет.
3. Перенести его на чашку Петри с питательной средой Сабуро.
4. Поместить в термостат при температуре 37° С на 48 ч.
5. Подсчитать количество колоний дрожжеподобных грибов.
6. Оценка результатов: в норме прорастает **1-1,5** тыс. колоний (до 2 тыс.) в поле зрения, при остром кандидозе — 7-11 тыс. колоний.

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

Составления плана лечения

Требования к врачу:

Врач находится впереди и по правую сторону от кресла пациента, в левой руке держит зеркало, в правой – пинцет или зонд.

Правая рука врача во время работы фиксирована на подбородке пациента 4-м и 5-м пальцами.

Методика проведения:

В план пародонтологического лечения входят:

- Обучение пациента рациональной гигиене полости рта;
- Санация полости рта — лечение кариеса и его осложнений;
- Профессиональная гигиена — удаление над - и поддесневого камня, налета, полировка поверхности зуба, доступной части корня;

Терапевтическое лечение:

Местное: применение местно препаратов антимикробных, противовоспалительных, противоотечных, кератопластических и др.;

Общее : применение антимикробных препаратов, витаминов, иммуномодуляторов и др.;

Хирургическое лечение:

◆Основные виды операций при заболеваниях пародонта (гингивотомия, гингивэктомия, кюретаж, открытый кюретаж, лоскутная операция и др.);

◆Вспомогательные виды операций при заболеваниях пародонта (пластика уздечек губ, вестибулопластика);

Ортопедическое лечение включает в себя:

◆Шинирование зубов с помощью несъемных конструкций (традиционного, фрагментарного шинирования с парапульпарной фиксацией и техникой протравливания);

◆Шинирование с помощью цельнолитых съемных конструкций;

◆Другие виды шинирования;

◆Устранение травматической окклюзии;

◆Замена нерациональных ортопедических конструкций;

◆Рациональное протезирование.

Основные принципы лечения заболеваний пародонта

Требования к врачу:

Врач находится впереди и по правую сторону от кресла пациента, в левой руке держит зеркало, в правой – пинцет или зонд.

Правая рука врача во время работы фиксирована на подбородке пациента 4-м и 5-м пальцами.

Методика проведения:

- Мотивация пациента по вопросам гигиены полости рта;
- Устранение травматических факторов в полости рта (зубной бляшки, зубного камня, острых и нависающих краев пломб, искусственных коронок, травматической окклюзии; восстановление контактных пунктов между зубами и т.д.);
- Эффективное обезболивание (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая анестезия);
- Ликвидация воспаления тканей пародонта;
- Приостановление дистрофического процесса и восстановление утраченной функции тканей пародонта;
- Стимулирование процесса регенерации;
- Исключение наиболее вероятных патогенетических факторов.

Алгоритмы лечения пациентов с гингивитом

Требования к врачу:

Врач находится впереди и по правую сторону от кресла пациента, в левой руке держит зеркало, в правой – пинцет или зонд.

Правая рука врача во время работы фиксирована на подбородке пациента 4-м и 5-м пальцами.

Методика проведения:

Лечение катарального гингивита

Мотивация пациента по вопросам рациональной гигиены полости рта;

Проведение профессиональной гигиены;

Устранение местных факторов, способствующих ретенции зубной бляшки (сошлифовывание нависающих краев пломб, острых краев искусственных коронок, восстановление контактных пунктов и т.д.);

Устранение нарушений окклюзии (избирательное пришлифовывание зубов);

Местное медикаментозное лечение;

Общеукрепляющая терапия (витаминотерапия, иммуностимулирующая терапия);

Санация полости рта;

Ортодонтическое лечение по показаниям;

Ортопедическое лечение по показаниям;

Лечение язвенного гингивита (в зависимости от тяжести состояния этапность и количество посещений может меняться):

Антисептическая обработка полости рта (1 % р-р перекиси водорода, 0,06 % р-р хлоргексидина, 0,25% р-р хлорфилипта);

Анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая);

Профессиональная гигиена полости рта (при тяжелой стадии заболевания профессиональная гигиена проводится в неполном объеме, с минимальной травматизацией тканей десны, поддесневые зубные отложения удаляются после снятия острых явлений);

-Удаление некротизированных тканей десны в области поражения с помощью гладилок, ватно-марлевых тампонов; полное очищение очага поражения от некротического налета проводят методом аппликации ферментативных препаратов на 15—20 минут (растворы трипсина, террилитина, химопсина);

-Аппликации смесей антибактериальных и противовоспалительных средств в течение 15—20 минут (геля Метрогил-дента, индометациновой мази, смесь левомеколевой мази с таблеткой трихопола или аппликации купрала (гидроокись меди-кальция));

-Через 3—5—7 дней, после снятия явлений острого воспаления приступить к аппликации кератопластических средств на слизистую оболочку десны в области поражения (солкосерил-дентальная адгезивная паста, актовегин в желе, мази и т. д.);

-Провести назначения на дом:

-курса антибактериальной терапии 10 дней (трихопол по 0,25г 3 раза в день —3 дня, по 0,25 г — 2 раза в день — 7 дней);

-курса поливитаминов в течение I месяца;

-курса десенсибилизирующей терапии — 10 дней;

-внутриротовые ванночки с 0,06 % раствором хлоргексидина биглюконата, 0,25% раствором хлорфилипта, раствором лизоцима, аппликации геля Метрогил-дента на

15—20 минут или аппликации купрала (гидроокись меди-кальция);

-иммунокорректирующая терапия;

-мотивация пациента по вопросам гигиены полости рта (после стихания ярких воспалительных состояний);

Лечение пациентов с гипертрофическим гингивитом (независимо от течения и степени тяжести заболевания склерозирующая терапия проводится при отечной стадии, фиброзная стадия подлежит хирургическому лечению):

-Мотивация пациента по вопросам гигиены полости рта;

-Антисептическое полоскание полости рта (0,06% р-р хлоргексидина; 0,5-1 % р-р перекиси водорода и т.д.);

-Ирригация ложных пародонтальных карманов растворами антисептиков;

-Обезболивание (анестезия аппликационная, инфильтрационная, проводниковая);

-Проведение профессиональной гигиены (за 3—4 сеанса):

-Аппликация противовоспалительных средств;

-Гель Метрогил-дента, купрал (гидроокись меди-кальция), мазь левомиколовая, индометациновая, ибупрофеновая, мундизаль гель, «Периодонтол» (проводится ежедневно до полного исчезновения воспаления, до отрицательной пробы Шиллера-Писарева);

-Аппликации кератолитических средств (растворы мараславина, прополиса, ваготила, бифунгина вводятся на турундах в ложные пародонтальные карманы на 10—15 минут);

После стихания воспалительных явлений проводится склерозирующая терапия, путем введения в десну инъекционным методом 0,1—0,2 мм 50—60% раствора глюкозы, раствора гидрокортизона, раствора гепарина;

-Проведение физиотерапевтического лечения (электрофорез с 10% раствором кальция хлорида, гепарина, лидазы; дарсонвализация, вакуум-массаж);

-В местах упорной гипертрофии проводится гингивэктомия.

-

Алгоритм лечения пациентов с пародонтитом

Требования к врачу:

Врач находится впереди и по правую сторону от кресла пациента, в левой руке держит зеркало, в правой – пинцет или зонд.

Правая рука врача во время работы фиксирована на подбородке пациента 4-м и 5-м пальцами.

Методика проведения:

Этапы лечения пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом:

Первый этап (устранение пародонтопатогенных этиологических факторов):

- Мотивация пациента по вопросам гигиены полости рта;
- Проведение профессиональной гигиены за 3—4 сеанса;
- Лечение кариеса и его осложнений (по показаниям);
- Избирательное пришлифовывание, временное шинирование;
- Устранение коротких уздечек, вестибулопластика;

Второй этап (ликвидация воспалительного процесса в десне):

- Местное и общее применение противовоспалительных и антимикробных препаратов;
- Применение средств и препаратов, нормализующих иммунологическую реактивность, стимулирующих репаративную регенерацию костной ткани;
- Лечение сопутствующих заболеваний;

Третий этап (ликвидация пародонтальных карманов — проводится при полном устранении воспалительного процесса в тканях десны, при отрицательной пробе Шиллера-Писарева):

- Кюретаж: (закрытый кюретаж проводится при глубине кармана 2—4 мм, открытый кюретаж — 4—6 мм);
- Лоскутная операция;
- Гингивостеопластика (лоскутная операция с НТР с использованием мембранной техники);
- Рациональное ортопедическое лечение (постоянное шинирование, рациональное

протезирование).

После проведенного лечения (пациенты с хроническим генерализованным пародонтитом в стадии ремиссии) врач рекомендует раз в полгода проходить профилактические осмотры (с целью контроля гигиены полости рта, состоятельности пломб, протезов); а также проведение курсов медикаментозного лечения, физиотерапии и других мероприятий, направленных на сохранение нормального гомеостаза тканей пародонта

Алгоритм лечения пациента с пародонтозом

Требования к врачу:

Врач находится впереди и по правую сторону от кресла пациента, в левой руке держит зеркало, в правой - пинцет, зонд.

Правая рука врача во время работы фиксирована на подбородке пациента 4-м и 5-м пальцами.

Методика проведения:

Первый этап (местное лечение):

- Мотивация пациента по вопросам рациональной гигиены;
- Проведение профессиональной гигиены полости рта;
- Проведение лечения системной гиперестезии путем покрытия чувствительных участков зубов кальций- и фторсодержащими препаратами;
- Лечение эрозий, клиновидных дефектов;
- Устранение острых краев зубов при повышенной стираемости зубов;
- Устранение травматической окклюзии;
- Санация кариозных зубов, осложненных форм кариеса (по показаниям);
- Физиотерапевтические процедуры;

Второй этап — лечение сопутствующих соматических заболеваний по согласованию с лечащим врачом-терапевтом (терапия направлена на улучшение микроциркуляции тканей пародонта, устранение гипоксии, улучшение кровоснабжения тканей пародонта).

АЛГОРИТМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

1. Удаление зубного камня инструментальным методом

Методика проведения:

На предыдущем этапе (при необходимости) провести обезболивание.

1. Провести орошение полости рта раствором антисептика из шприца.
2. Десну изолировать ватными валиками от слюны.
3. Смочить ватный шарик раствором йода, отжать, обработать им десневой край возле поверхности зубов.
4. Взять инструмент для удаления зубного камня в правую руку в позиции «пишущего пера», а челюсть и зуб, с поверхности которого удаляют зубной камень, зафиксировать пальцами левой руки. Рабочую часть инструмента, (например экскаватора), подвести под нижний край зубного камня, а потом рычагоподобным движением отколоть с поверхности зуба. Сначала удаляют наддесневой, а потом поддесневой зубной камень.
5. Для удаления зубного камня с контактных поверхностей фронтальных зубов используют гладилки, а боковых зубов — серповидные крючки, выполняя скальвающие, подрывающие движения и периодически орошая полость рта раствором антисептика.
6. Провести тщательное удаление зубного камня с 6-8 зубов.
7. После тщательного удаления над- и поддесневого зубного камня провести полировку поверхности зубов при помощи щеток и полировочных паст.
8. Контроль качества удаления зубного камня визуальный (с помощью стоматологического зеркала) и инструментальный (зонд) — поверхность корня и коронки зуба гладкая, блестящая.

2. Проведение пальцевого массажа десен

Методика проведения:

1. Большим и указательным пальцами правой руки обхватить альвеолярный отросток верхней челюсти.

2. Перемещая в вертикальном направлении пальцы сверху вниз, плотно сжимать ткани поочередно в области каждого зуба.

3. Таким же образом провести горизонтальные движения вдоль альвеолярного отростка в медиальном направлении.

4. Указательным пальцем провести круговые массажные движения проекции корня каждого зуба.

5. Провести манипуляции на верхней челюсти на протяжении 10 мин.

6. Повторить манипуляции на нижней челюсти и завершить их полосканием полости рта. Продолжительность всей процедуры — 15-20 мин.

3. Проведение вакуумного массажа десны

Методика проведения:

1. Провести орошение полости рта пациента раствором антисептика из шприца (раствор перманганата калия). После этого пациент сплевывает раствор.

2. К слизистой оболочке альвеолярного отростка по переходной складке приложить вакуумный наконечник.

3. Включить аппарат, давление должно быть 300-400 мм рт. ст.

4. Медленно продвигать наконечник вдоль всего альвеолярного отростка верхней, а потом нижней челюсти. На каждом участке десны наконечник задерживать не более чем на 1-2 с.

5. После окончания процедуры нажать кнопку сбрасывания вакуума и отнять наконечник. Продолжительность процедуры — 10 мин. Курс лечения — до 20 процедур, которые проводят через 2-3 дня.

4. Удаление зубного камня ультразвуковым методом

Методика проведения:

1. Зафиксировать наконечник. Заземлить ультразвуковой аппарат и включить в электрическую сеть.

2. Нажать на педаль и, поворачивая ручку подачи воды, отрегулировать ее подачу

на конечную часть наконечника. Струя воды должна рассеиваться, как аэрозоль.

3. Установить максимальную мощность аппарата, о чем свидетельствует тонкий звук (писк).

4. Подвести наконечник под основание камня с язычной поверхности зуба и нажать на педаль. Держать наконечник в таком положении до разрушения камня, после этого перевести его на другой участок. Использовать долотообразные, игловидные и клинообразные наконечники в зависимости от потребности.

5. Контроль качества удаления зубного камня визуальный (с помощью стоматологического зеркала) и инструментальный (зонд) - поверхность корня и коронки зуба гладкая, блестящая.

5. Аппликационная анестезия

Методика проведения

- Изолировать выводные протоки слюнных желез ватными валиками;
- Высушить ватными шариками участок пародонта или слизистой подлежащих обезболиванию;
- Нанести анестетик ватным шариком на обезболиваемый участок на 2-5 мин., или провести орошение аэрозолем;
- Повторить процедуру, если не получен необходимый результат;
- Контроль качества - зондирование участка слизистой безболезненное.

6. Удаление некротического налета при лечении язвенного гингивостоматита

Методика проведения:

1. Изолировать выводные протоки слюнных желез ватными валиками.
2. Растворить трипсин (0,01 г) в изотоническом растворе натрия хлорида (10 мл).
3. Высушить пораженный участок ватным шариком.
4. Смочить марлевую салфетку раствором трипсина и наложить на пораженный участок на 10 мин.
5. Снять некротический налет ватным шариком.
6. Повторить процедуру при необходимости.
7. Контроль качества — поверхность десны и слизистой оболочки без грязно-

серого некротического налета, чистая, кровоточит при прикосновении.

7. Диатермокоагуляция гипертрофированного десневого сосочка

Методика проведения:

1. Изолировать зубы от слюны ватными валиками, высушить.
2. Провести антисептическую обработку десны раствором йода.
3. Набрать в шприц раствор глюкозы.
4. Сделать укол в середину сосочка, не доводя иглу до надкостницы, выпустить раствор до стойкой ишемии сосочка.
5. Вынуть иглу и прижать место укола ватным шариком 3-5 мин.

8. Ирригации с помощью ирригатора

Методика проведения:

1. Разогреть раствор для ирригации до 22-36 °С.
2. Набрать подогретый раствор в ирригатор.
3. Ввести наконечник ирригатора больному в рот, нажать клапан ирригатора, провести ирригацию (на протяжении 3-5 мин).

9. Аппликации на десну жидких лекарственных форм

Методика проведения:

1. Провести орошение полости дуга раствором антисептика из шприца (настой шалфея), после чего пациент сплевывает данный раствор.
2. Десну изолировать ватными валиками от слюны, высушить.
3. Марлевые турунды пропитать раствором хлоргексидина.
4. На поверхность десны наложить марлевые турунды, пропитанные раствором хлоргексидина.
5. На турунды с лекарством наложить сухие ватные валики. Пациент закрывает рот. Продолжительность процедуры — 15-20 мин.
6. Удалить пинцетом ватные валики и марлевые турунды.
7. Провести орошение полости рта водой.

10. Инстилляции жидких лекарственных форм

Методика проведения:

1. Провести орошение полости рта раствором хлоргексидина из шприца, после чего пациент сплевывает раствор.
2. Десну изолировать от слюны ватными валиками и высушить.
3. Ввести в пародонтальные карманы тонкие ватные турунды, пропитанные раствором хлоргексидина (0,05%-м).
4. На десну наложить сухие ватные валики. Пациент закрывает рот. Продолжительность процедуры — 15 мин.
5. Удалить ватные валики и турунды из пародонтальных карманов пинцетом.
6. Провести орошение полости рта водой с помощью шприца.

11. Приготовление и наложение твердеющих повязок

Методика проведения:

1. Изолирующую повязку приготовить extempore, замешивая сложные части репина на матовой поверхности стеклянной пластинки (основную и каталитическую пасты берут в равном количестве, необходимом для повязки).
2. Провести орошение полости рта пациента раствором хлоргексидина из шприца, после чего пациент сплевывает раствор.
3. Десну изолировать от слюны ватными валиками и высушить.
4. В пародонтальные карманы с помощью тонкой гладилки ввести метилурациловую мазь.
5. На поверхность десны сначала с оральной, а потом и с вестибулярной стороны с помощью шпателя наложить повязку так, чтобы она лежала в пришеечной части коронок зубов, покрывая десну и закрывая вход в пародонтальный карман.
6. Контроль качества — повязка заходит в межзубные промежутки, соединяя вестибулярную и оральную части; покрывает десну на всем протяжении, не повышает прикуса и не входит в пародонтальный карман; режущие края и жевательные поверхности зубов остаются свободными.
7. Поверхность повязки плотно прижать полоской резины от перчаток. Время отвердения 1-3 мин.

8. Удалить изолирующие ватные валики с помощью пинцета.

9. Попросить пациента закрыть рот. Изолирующую повязку удерживать в полости рта 1 -2 ч.

12. Приготовление и наложение нетвердеющих повязок

Методика проведения:

1. Провести орошение полости рта пациента раствором хлоргексидина из шприца, после чего пациент сплевывает раствор.

2. Десну изолировать от слюны ватными валиками и высушить.

3. В пародонтальные карманы с помощью тонкой гладилки ввести пародонтальную пасту и покрытия марлевыми валиками;

4. Попросить пациента закрыть рот. Удерживать повязку в полости рта минимально 20 мин., выплевывая накапливающуюся слюну.

13. Кюретаж пародонтальных карманов

Методика проведения:

1. Провести орошение полости рта пациента раствором хлоргексидина из шприца, после чего пациент сплевывает раствор.

2. Провести проводниковую или инфильтрационную анестезию раствором лидокаина (2%).

3. Приготовить лечебную твердеющую повязку *extempore*, замешивая сложные части на матовой поверхности стеклянной пластинки по рецепту:

Rp: Zinci oxidi

Dentini aa

Ung. Methyluracili 5% ut f. pasta.

4. Десну изолировать от слюны стерильными марлевыми тампонами и высушить.

5. С помощью экскаватора подрывающими движениями удалить поддесневой зубной камень и патологически измененный цемент корня зуба, начиная от шейки зуба и постепенно углубляясь по направлению к верхушке корня.

6. Поверхность корня отполировать финирами и полирамами.

7. Пародонтальный карман промыть теплым раствором хлоргексидина (36 °С) из шприца под давлением.

8. Острой кюреткой удалить грануляции со дна пародонтального кармана.

9. Ввести кюретку до дна пародонтального кармана, большим пальцем прижимая десну к зубу, движениями инструмента по направлению к коронке срезать грануляции и тяжи эпителия. Движения инструмента контролировать пальцем, что предотвращает перфорацию десневой стенки. Сначала обрабатывать вестибулярную часть пародонтального кармана, потом - боковые участки, закончить операцию с оральной поверхности. Одновременно операцию проводить в участке 3-4-х резцов или 2-3-х моляров.

10. Провести орошение операционного поля раствором хлоргексидина.

11. Прижать десну к зубам марлевыми тампонами.

12. Наложить лечебную повязку.

14. Аппликация на слизистую оболочку полости рта

Методика проведения:

1. Набрать раствор для аппликаций в тигелек.

2. Изолировать выводные протоки слюнных желез ватными валиками.

3. Высушить пораженный участок ватным тампоном, струей воздуха.

4. Смочить стерильную марлевую салфетку данным раствором, отжать пинцетом так, чтобы раствор не стекал с салфетки.

5. Наложить аппликацию на пораженный участок. Аппликация находится в полости рта 15-20 мин, на протяжении этого времени трижды меняется (через каждые 5 мин.).

15. Медикаментозная обработка участка кератоза

Методика проведения:

1. Изолировать выводные протоки слюнных желез ватными валиками.

2. Высушить пораженный участок ватным тампоном.

3. Смазать пораженный участок масляным раствором витамина А.

Физиотерапевтическое лечение заболеваний пародонта

Заболевание пародонта — это наиболее сложная проблема стоматологии, что определяется их значительной распространенностью.

Физические методы занимают большое место в комплексном лечении заболевания пародонта. Применяются они в диагностике, почти при всех формах и стадиях заболевания. Удаление зубных отложений, выскабливание патологических карманов является необходимым условием к назначению физиотерапевтических процедур при заболеваниях пародонта. Физиотерапия проводится, как правило, после купирования острого воспалительного процесса.

Некоторые из физиопроцедур (УФ-облучение, гидротерапия, лазеротерапия, аэроионотерапия могут назначаться с самого начала лечения). Физические методы лечения закрепляют эффект, полученный после терапевтического, хирургического вмешательства. Физиотерапию не применяют при гноетечении, абсцедировании и новообразованиях.

Важные диагностические данные дает вакуумная проба стойкости капилляров - проба В. И. Кулаженко (1960 г.). Для этого используется вакуумный аппарат АЛП - 02. Исследование десны рекомендуют проводить в области резцов выше переходной складки. Прикладывая трубочку аппарата к десне, определяют время образования гематомы. Ускоренное образование гематомы (за 15-30 с) свидетельствует о наличии воспаления. При нормальном состоянии десны гематома образуется за 60с.

Физические методы лечения при гингивите

Острый катаральный гингивит:

Медикаментозное орошение (гидротерапия) - 8—12 воздействий (в воду для проведения процедуры добавляют фурациллин, отвары, настойки лечебных трав, применяют орошение водой, насыщенной углекислотой, и др.); КУФ - облучение - курс лечения 5—6 воздействий (начинают облучение с 1—2 биодоз, увеличивая продолжительность каждого последующего воздействия на 1/2 — 1 биодозу, максимальная доза облучения десны до 3-5 биодоз).

Гидротерапию целесообразно сочетать с КУФ - облучением, после снятия воспалительных явлений — с дарсонвализацией десен; гидроионотерапия (проводят ингаляции с обезболивающими и противовоспалительными средствами); пальцевой и вибрационный массаж (рекомендуется после снятия острых явлений); лазерное облучение (в параметрах, обладающих противовоспалительным действием, — плотность мощности 100-200 мВт/см², экспозиция - 2-4 минуты на зону облучения, аппарат ЛГ-75).

При выраженных формах острого гингивита можно применять флюктуоризацию.

Хронический катаральный гингивит

Учитывая длительность заболевания, при хроническом гингивите необходимо проводить 2—3 курса лечения физическими факторами в год.

Применяется: гидротерапия — орошение проводят водой, насыщенной углекислым газом, кислородом. В условиях санатория можно проводить минеральными, сульфидными, морскими, родоновыми водами 10—15 воздействий, назначаются ротовые ванночки с 0,06 % раствором хлоргексидина по 3 минуты утром и вечером после чистки зубов на период обучения гигиене полости рта (7—10 дней); КУФ – облучение - 10—15 воздействий через день в сочетании с гидротерапией (облучение начинают с ½ биодозы, постепенно увеличивают до 3—4 биодоз к концу лечения); электрофорез - курс лечения до 15-20 воздействий, назначается после устранения активного воспаления (для электрофореза используется 10% раствор хлористого кальция, 5% раствор аскорбиновой кислоты, 1% раствор витамина Р, 5% раствор при наличии кровоточивости и явлении экссудации); дарсонвализация - курс лечения до 10—20 процедур ежедневно или через день (используется для снятия венозного застоя и отека в сочетании с УФ - облучением, как болеутоляющее и противозудное средство); диадинамофорез - курс лечения 4—5 процедур ежедневно или через день (продолжительность сеанса в процессе лечения увеличивают с 5 до 15 минут); вакуум-терапия — при каждом сеансе на различных участках десны делают 4—6 гематом, следующее посещение через 3—4 дня, когда гематомы рассасываются.

При проведении вакуум-массажа вакуумная трубка не фиксируется, а передвигается по слизистой оболочке в области десны и переходной складки, задерживаясь на одном участке 1—2 секунду. Время действия - 5—7 минут, курс лечения - 8—12 процедур. Вакуумный массаж применяется при застойных явлениях и отеке. Аутомассаж - проводят один раз в день перед сном после чистки зубов в течение 5-7 минут. Лазеротерапия при застойных явлениях применяются параметры лазерного излучения 1—50 мВт/см² при экспозиции от 20 с до 2 минут на зону облучения.

При хроническом катаральном гингивите по показаниям можно назначить: УФ-облучение; аэроионотерапию; электросон; кальций-электрофорез на воротниковую зону.

Лечения гипертрофического гингивита.

Отечная форма: Гидротерапия — применяется орошение водой, насыщенной углекислым газом, кислородом с добавлением антисептика, полоскание раствором хлорида натрия, отваром ромашки, фурациллином.

Электрофорез рекомендуется проводить с 10% раствором кальция хлорида попеременно (с анода и катода), что обеспечивает противовоспалительный эффект.

Для воздействия на процессы экссудации применяется электрофорез с 5% раствором аскорбиновой кислоты, 1% раствором витамина Р, растворов трипсина, рибонуклеазы (1мг/мл) с анода, с катода рекомендуется вводить водные растворы экстракта алоэ, 1% раствор никотиновой кислоты, раствор гепарина 1:15.

КУФ-облучение десен — курс лечения 8—10 процедур (начинают процедуру с одной биодозы, увеличивая каждое последующее облучение на 1/2 биодозы доводя до 3—4 биодоз к концу курса). Дарсонвализация — курс лечения 10—20 воздействий для борьбы с пролиферативной реакцией тканей десны (применяется короткой искрой, каждый сосочек обрабатывается одну минуту, в одно посещение обрабатывается 4—5 сосочков, рекомендуется проводить процедуру один раз в 4—5 дней).

Фонофорез 15% раствора дибунола в подсолнечном масле (12 процедур в течение 10 минут). Интенсивность звуковых колебаний при проведении первых

двух процедур должна быть 0,25 Вт/см² в непрерывном режиме, последующие — в режиме 0,4 Вт/см². В течение процедуры 3 раза нанести дибунол на слизистую (М.М. Царинский). Вакуум-терапия.

Все виды массажа применяются после устранения явлений воспаления.

Фиброзная форма:

Применяется точечная диатермокоагуляция десневых сосочков (корневая игла вводится в ткань десневого сосочка на глубину 3—5 мм, коагуляция проводится в течение 2—3 с мощностью тока 6-7 Вт одновременно коагулируют 3-4 сосочка, за один прием осуществляет коагуляцию 4-5 сосочков под анестезией; гидротерапия — полоскание слабыми растворами антисептиков (0,25% раствор хлорамина, 0,1% раствор декамина); лечение парафином — курс лечения 10—15 сеансов (расплавленный парафин накладывается на высушенную десну со стороны предверия специальным шприцом или салфетками (8—10 слоев марли на 10 минут)); криодеструкция — проводится при гипертрофическом гингивите 3-й степени (температура воздействия - 60—140°С, экспозиция - 35—44 с).

Физиотерапевтические методы лечения язвено-некротического гингивита

Физические методы воздействия применяются в комплексе с другими мероприятиями, направленными на устранение общей интоксикации организма.

Лечебные манипуляции начинают с орошения водой, насыщенной углекислым газом, кислородом, к которым добавляются антисептические вещества (фурациллин, этакридин лактад и др.) для удаления некротических участков тканей. Орошение из распылителя растворами антисептиков проводят после механического удаления распада тканей.

Назначают полоскание на дом 0,25 % раствором хлорамина 4—6 раз в день, 0,05% раствор хлоргексидина биглюконата; КУФ-облучение десны сочетают с орошением водой в это же посещение (начинают облучение с одной биодозы, увеличивая на 1/2 биодозу каждое последующее облучение доводя общую биодозу до 4 биодоз. Курс лечения — 6—8 воздействий); аэрозольтерапия — применяют ингалипт в аэрозольном варианте (перед орошением необходимо прополоскать рот теплой водой, снять некротический на

лет, держать препарат в полости рта 5—7 минут); электрическое поле УВЧ в атермической дозе или микроволны мощностью 1-3 Вт, длительностью 5—7 минут при наличии выраженной реакции со стороны лимфатических узлов; лазер-терапия.

Пародонтит острый, обострившийся

Применяют орошение растворами лекарственных средств, используют минеральные воды: сульфидные, углекислые, вода с 1 % раствором ромазулана, с отварами лекарственных трав (ромашка, шалфей, зверобой); можно использовать воду, подвергнутую магнитной обработке; ротовые ванночки с антисептиками (фурациллином, перманганатом калия, риванолом) назначаются 3 раза в день после еды по 5-10 минут при температуре раствора 34-35°C; КУФ облучение начинают с 1/2 биодозы, к концу курса должно быть 3-4 биодоз; курс лечения - 10 процедур ежедневно; электрическое поле УВЧ — назначается для рассасывания очагов абсцедирования в атермической или слабо тепловой дозе, при выходной мощности до 30 Вт, воздушный зазор 0,5—5 см в течение 10 минут; курс лечения — 4—10 воздействий; микроволновая терапия назначается при локальном образовании абсцессов, с выходной мощностью 1—3 Вт в течение 5-7 минут. Курс лечения - 4-8 процедур ежедневно.

Для более быстрого снятия воспалительных явлений и кровоточивости в начале воздействуют микроволнами на обе щеки справа и слева по 5 минут при выходной мощности 7 Вт, после чего сразу проводят электрофорез десен с витамином B_1 в течение 20 минут при плотности тока $0,2 \text{ мА/см}^2$, курс — 12 воздействий; флюктуирующие токи применяются при обострении процессов с гноетечением из патологических зубодесневых карманов; длительность процедур 12—15 минут, курс лечения - 6—8 процедур (при выраженных воспалительных явлениях в тканях пародонта флюктуоризацию сочетают с электрическим полем УВЧ и микроволновой терапией); лазер-терапия применяется при выраженных воспалительных явлениях перед оперативным вмешательством и после операции (гелий-неоновый лазер).

Пародонтит хронический

При хронических пародонтитах применяют физические факторы:

ультразвук для снятия зубных отложений; гидротерапию в виде орошений с минеральными водами, с лекарственными препаратами (1% раствором ромазулана, 2 % раствором цитраля, отвары ромашки, шалфея, зверобоя). Начинают процедуру с температуры воды 35°C, затем постепенно ее понижают; курс лечения - 8—10 процедур; аэроионизацию проводят в течение 10 минут из расчета 100—150млрд легких отрицательных ионов на одну процедуру; курс лечения - 10—15воздействий ежедневно или через день (процедура назначается при гипертонической болезни); дарсонвализацию — процедуру проводят тихим разрядом по 10 минут на каждую челюсть; курс лечения - 10—15воздействий (назначают при венозном застое и отеке); магнитотерапию — применяется магнитная капа, которая используется периодически в течение 20—30 дней, оказывающая противовоспалительное действие, можно использовать полоскание омагниченной водой с лекарственными препаратами; электрофорез — назначается электрофорез кальция, витаминов С и Р по 15—20 воздействий (назначается при кровоточивости десен), электрофорез гепарина с катода (5 мл гепарина с активностью 10 000 ЕД растворяют в 30 мл дистиллированной воды, на одну процедуру берут 500 ЕД раствора), курс лечения -15 воздействий ежедневно по 20 мин (оказывает противовоспалительное действие); при ощущении зуда, неловкости в деснах применяют электрофорез танина, цинка или меди из 3 % раствора сульфатов этих микроэлементов; при гнойном отделяемом из патологических десневых карманов назначают электрофорез 2 % раствора трипсина в течение 20 мин, курс лечения — 20 процедур; электросон - назначается по 20—60 минут, курс лечения 10—20 процедур при расстройствах центральной нервной системы; вакуум-терапия — назначается при отсутствии абсцессов, курс - 6—8 раз; аутомассаж — назначается после удаления зубных отложений.

Физиотерапевтическое лечение пародонтоза

При пародонтозе применяется: электрофорез — при повышенной чувствительности шеек зубов показан электрофорез кальция (10% раствор глюконата кальция), фтора (2% раствор фторида натрия), фосфора (2,5% раствор кальция глицерофосфата), процедура длится 20 мин, курс лечения 20 воздействий

через день.

Назначают электрофорез витамина С, витамина B_1 с новокаином, препаратами общестимулирующего действия (стекловидное тело, экстракт алое); дарсонвализация — используется в начальной стадии пародонтоза (высокочастотный разряд оказывает тонизирующее действие на сосуды пародонта и является электромассажем); аутомассаж — рекомендуют проводить утром после чистки зубов по общепринятой методике, массируя десну указательным пальцем, помещая его на переходную складку у оснований межзубного сосочка, совершая движения к его вершине, вниз, круговые (3—5 минут); гидромассаж — проводит сам пациент (струя жидкости с углекислотой или водой под давлением 1,5—2 атм. направляется на ткани пародонта на расстоянии 20—30 см в течение 7—10 минут), курс лечения — 20 процедур (10 первых проводятся ежедневно, 10 последующих через день); вибромассаж - проводится с помощью вибратора, который перемещается вертикально от переходной складки к шейке зуба (первые 2—3 воздействия проводятся в течение 1—2 минут, постепенно увеличиваясь до 10 минут), целесообразно проводить не более 2 курсов вибромассажа в год; оксигенотерапия — курс лечения 10—12 инъекций по 4 введения 5 мл кислорода через день; на месте инъекции образуется «волдырь», который рассасывается в течение 20—30 минут.

Наиболее простым является насыщение тканей кислородом с помощью ватных тампонов, смоченных перекисью водорода, перманганатом калия, можно проводить ирригацию этими растворами, аэрозольное распыление этих препаратов, при котором водная струя или лекарственный раствор обогащаются кислородом.

Физиопрофилактика заболеваний пародонта

Общие мероприятия: закаливание организма, используя воздушные и водные процедуры.

Местные мероприятия: тренировка сосудов десны и полости рта (гидротерапия) - проводят орошения водой, начиная с температуры 34-35°C, затем постепенно доводят до 20°C и ниже; контрастные гидропроцедуры (при этом

температуру воды в течение одной процедуры меняют несколько раз и заканчивают холодным воздействием); самомассаж; УФ-облучение десен (начинают облучения с 1/3-1/2 биодозы и доводят до 2-3 биодоз), курс облучения 10-12 процедур, 2 раза в год с перерывом 2-3 месяца; аэроионизация - проводится в дозе 1-2 млрд легких отрицательных ионов на процедуру, 10-15 процедур, через 1-2 дня; электросон - процедуру проводят 10-15 дней.

Физиотерапевтическое лечение заболеваний слизистой оболочки рта

Декубитальная язва

Из физических факторов для лечения декубитальной язвы можно применять: облучение короткими УФ-лучами (облучение начинают с 1 биодозы, увеличивая в каждое последующее посещение на 1 биодозу. Курс лечения - 4—5 процедур ежедневно); местную дарсонвализацию язвенной поверхности в течение 3—5 минут, 4—5 воздействий; аэрозольтерапию; аэроионотерапию (20-30 минут, курс — 15 процедур); франклинизацию.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит

Применяют: общее УФ-облучение по общепринятой методике, 2 раза в год, в период ноябрь - апрель для улучшения сопротивляемости организма в период ремиссии заболевания; УФ-облучение афт в полости рта, 5—6 воздействий ежедневно или через день, начинают с 2 биодоз и увеличивают на 1 биодозу каждое последующее облучение; местную дарсонвализацию, короткой искрой непосредственно на каждую афту 1—3 мин; франклинизацию (воздействие на воротниковую зону); аэрозольтерапию (с новокаином — от 2 до 15 минут 2 раза в день до 30 процедур, с лекарственными веществами до 10—15 воздействий ежедневно); гидротерапию — орошение с антисептиками и минеральными водами.

Многоформная экссудативная эритема

Для лечения этого заболевания назначают следующие физиопроцедуры: общее УФ-облучение (ноябрь — апрель) в период ремиссии; аэрионизацию (антисептиками, новокаином, хемотрипсин); общую франклинизацию; электрофорез магния на воротниковую зону; УФ-облучение короткими или

интегральным спектром очагов поражения на слизистые оболочки, курс лечения — 8—12 процедур; аэроионотерапию; электрическое поле УВЧ в атермической дозе или микроволновую терапию на подчелюстные лимфатические узлы (при выраженной реакции). Мощность 1—3 Вт, длительность 5—6 минут, 3—5 процедур ежедневно.

Красный плоский лишай

Из физических методов при данном заболевании назначают: местную дарсонвализацию контактным или дистанционным методом в течение 3—5 минут на очаг поражения. Курс лечения - 10—12 воздействий ежедневно или через день; электрофорез никотиновой кислоты поочередно с витамином В1. Рекомендуют два курса электрофореза лекарственных средств.

Первый курс — электрофорез никотиновой и аскорбиновой кислот.

Второй курс — электрофорез витамина В₁ с тримекаином. Проводят 20—30 воздействий. УФ-облучение — местное при эрозивно-язвенной форме заболевания. Воздействуют сначала 1 биодозой, доводя до 3-4 биодоз (всего 5—6 процедур); аэрозольтерапию с антисептиком (новокаин, тримекаин), ингалипт, ферменты; аэроионотерапию; гальванический воротник, гальванизацию местных симпатических узлов.

Вирусные заболевания слизистой оболочки (грипп, ящур, опоясывающий лишай)

При данных заболеваниях с первого дня назначают: УФ-облучение короткими лучами, начиная с 1 биодозы и увеличивая последующее воздействие на 1 биодозу, длительность доводят до 4 биодозы к концу курса. На курс лечения назначают 5—6 процедур ежедневно; дидинамофорез тримекаина, новокаина для обезболивания помимо УФ-облучения. Воздействие начинают с двухтактного непрерывного тока 20 с, а затем «коротким периодом» 2 мин. в одной полярности и 2 мин. в обратной. Силу тока доводят до появления выраженной вибрации. На курс лечения назначают 5—6 процедур. Ультрафонофорез с 10 % аналгиновой мазью или гидрокортизоном по подвижной методике, в непрерывном режиме работы интенсивности 0,05—0,2 Вт/см². Курс лечения - до 8—12 воздействий.

Физиотерапевтическое лечение заболеваний языка

Глоссалгия

Глоссалгию необходимо лечить совместно со стоматологом и невропатологом. Назначают: электросон (воздействуют 60—120Гц, при силе тока 7-15 мА. Курс лечения - до 20—30процедур ежедневно или через день, при преобладании процессов возбуждения); электрофорез брома, магния, платифиллина, эуфилина и йода на воротниковую зону; гальванический воротник, электрофорез кальция на воротниковую зону; электрофорез витаминов В₁, В₆, В₁₂, С, РР, новокаина, тримекаина на зону парестезии. На курс лечения назначают до 20—30 воздействий ежедневно или через день; диадинамотерапию проводят модулированными токами - род работы III, IV режим переменный, частота модуляции 100 Гц, длительность посылки — паузы 2-3 с, глубина модуляции — 75 % , время действия – 6 - 8 мин. Курс 5-10 воздействий ежедневно; флюктуирующие токи первой формы, средней дозы для снятия отека языка. Назначают ежедневно, курс 5—10 воздействий; дарсонвализацию местную (назначают при застойных явлениях в языке короткой искрой в течение 5мин. Курс лечения до 12 воздействий, через день); ультрафонофорез 10% анальгиновой мазью в слизистую оболочку языка в комбинации с ультразвуком на шейный отдел позвоночника и шейные симпатические узлы при сильных болях.

Глоссит

Для физиотерапевтического воздействия при данном заболевании применяют: электрофорез антисептиков (тримекаин, новокаин) для обезболивания — сегментарное воздействие на язык. Время процедуры 20 мин, курс лечения по 10—12 воздействий; амплипульсфорез проводят в выпрямленном режиме I род работы, глубина модуляции — 0 %, частота 150 Гц, длительность — 2—3 с, время воздействия — 6—8 мин., курс лечения - до 6-8 процедур ежедневно; ультрафонофорез с 10 % анальгиновой мазью или 10 % раствором анальгина; дарсонвализацию языка короткой искрой в течение 5—8 мин. Курс лечения 6—10 процедур ежедневно.

Физиотерапевтическое лечение заболеваний губ

Ангулярный хейлит (заеда)

Из физиолечения для ангулярного хейлита можно применять: УФ-облучение коротким спектром, начинают с 1 биодозы и доводят до 4—5 биодоз, увеличивая длительность каждого последующего облучения на 1 биодозу. Лечение проводится через 1-2 дня, курс лечения до 5-6 воздействий; ультрафонофорез нистатина и галаскорбина излучатели площадью 1 см² в непрерывном режиме при интенсивности 0,02 Вт/см², длительность процедуры — 5-6 мин; УФ-облучение интегральным спектром в субэритемных дозах по схеме: 1-я процедура — 1/2 биодозы; 2-я — 1; 3-я — 1,5; 4-я — 2; 5-я — 2,5; 6—8-я процедура — 3 биодозы (для ускорения эпителизации).

Гландулярный хейлит

При glandулярном хейлите назначают: электрофорез йода (из 6% раствора йода, калия, курс лечения до 10—20 воздействий), если диагностируется простая форма glandулярного хейлита; УФ-облучение коротким или интегральным спектром, начиная с 1 биодозы и доводя до 5—7 биодоз к концу лечения. Курс лечения до 6—12 воздействий.

Процедура назначается при воспалительной реакции вокруг выводных протоков; ультразвук при застойных явлениях, отеке, уплотнении мягких слюнных желез применяется в непрерывном режиме при площади головки 1 см², интенсивность 0,4 Вт/см², длительность процедуры 6—8 мин. Курс лечения 10—12 воздействий ежедневно или через день.

Экзематозный хейлит

При экзематозном хейлите назначают в острой стадии назальный электрофорез димедрола. Курс лечения 12—18 воздействий. Электрическое поле УВЧ на область высыпаний по поперечной методике в слаботепловой дозе в течение 10—15 мин. Курс лечения 8—12 процедур. Озвучивание шейного отдела позвоночника в импульсном режиме при интенсивности 0,05—0,2 Вт/см².

В хронической стадии УФ-облучение общее и местное в субэритемных дозах; озвучивание участка поражения при наличии инфильтрата или парафинотерапию (курс до 10-12 воздействий); ультрафонофорез кортикостероидных препаратов из мазей.

ТЕСТЫ

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА

1. Комплекс тканей, объединенных понятием пародонт
 - а) десна и круговая связка зуба
 - б) периодонт, десна, надкостница, зуб
 - в) десна, надкостница, кость альвеолы, периодонт, ткани зуба
 - г) десна, ткани зуба, цемент
 - д) десна, надкостница, цемент

2. Функции пародонта
 - а) барьерная, трофическая, рефлекторная, пластическая, амортизирующая
 - б) барьерная, амортизирующая
 - в) барьерная, рефлекторная, пластическая
 - г) рефлекторная
 - д) амортизирующая

3. Основной функцией пародонта является
 - а) амортизирующая
 - б) барьерная
 - в) рефлекторная
 - г) рецепторная
 - д) пластическая

4. Барьерная функция пародонта обеспечивается
 - а) ороговением многослойного плоского эпителия, наличием тучных клеток в эпителии
 - б) антибактериальной функцией десневой жидкости и слюны
 - в) ороговением многослойного плоского эпителия, тургором десны, состоянием мукополисахаридов, особенностями строения и функции десневой бороздки, антибактериальной функцией слюны за счет лизоцима, наличием тучных клеток
 - г) наличием большого количества рецепторов
 - д) ороговением многослойного плоского эпителия

5. Строение костной ткани альвеолы
 - а) кость альвеолы состоит из компактного костного вещества
 - б) кость альвеолы из губчатой костной ткани
 - в) кость альвеолы и межзубной перегородки состоит из компактного костного вещества, образующего кортикальную пластинку, кость альвеолярного отростка представлена губчатой костной тканью
 - г) кость альвеолы представлена кортикальной пластинкой
 - д) кость альвеолы представлена межзубной перегородкой

6. Структурными образованиями микроциркуляторного русла пародонта являются
 - а) капилляры
 - б) артериолы и вены
 - в) артериолы, прекапилляры, капилляры, посткапилляры, вены
 - г) прекапилляры, капилляры, посткапилляры
 - д) венозные сосуды

7. Иннервацию пародонта обеспечивает
- лицевой нерв
 - вторая ветвь тройничного нерва
 - ветви зубных сплетений второй и третьей ветви тройничного нерва
 - первая ветвь тройничного нерва
 - все три ветви тройничного нерва
8. Ключевые факторы в этиологии заболеваний пародонта
- измененная реактивность организма
 - микроорганизмы зубной бляшки
 - микроорганизмы и продукты их обмена в зубном налете; факторы полости рта, способные усиливать или ослаблять влияние микроорганизмов, общие факторы, регулирующие метаболизм тканей полости рта
 - наследственность
 - травматическая окклюзия
9. Состав зубной бляшки
- зубная бляшка представлена скоплением микроорганизмов
 - зубная бляшка состоит из углеводов и липидов
 - зубная бляшка представлена межклеточным матриксом, состоящим из полисахаридов, протеинов, липидов, неорганических компонентов, в который включены микроорганизмы, эпителиальные клетки, лейкоциты, макрофаги
 - зубная бляшка представлена органическими компонентами
 - зубная бляшка состоит из элементов слюны
10. Имеется ли разница между воспалительными и дистрофическими заболеваниями пародонта (пародонтитом и пародонтозом)?
- нет, это лишь формы одного и того же дистрофического процесса в челюстях
 - это совершенно различные заболевания
 - разница определяется лишь вначале, развившиеся стадии данных заболеваний не отличаются друг от друга
 - воспалительный процесс предшествует дистрофическому
 - пародонтоз предшествует пародонтиту
11. Наиболее неблагоприятным при развитии заболеваний пародонта является
- открытый прикус
 - глубокий прикус
 - перекрестный прикус
 - дистальный прикус
 - прямой прикус
12. Проба Шиллера - Писарева проводится с целью
- определения гигиенического состояния зубов
 - выявления изъязвлений внутри десневых карманов
 - оценки степени воспалительных изменений десны
 - выявления зубной бляшки
 - определения гноя в десневом кармане
13. Проба Кулаженко проводится с целью
- выявления барьерных возможностей пародонта
 - определения состояния проницаемости стенок сосудов
 - выявления стойкости стенок сосудов пародонта

- г) определения воспалительных изменений десны
- д) выявления зубной бляшки

14. Методы функциональной диагностики, используемые в пародонтологии

- а) реопародонтография, остеометрия
- б) реопародонтография, полярография
- в) реопародонтография, остеометрия, полярография, биомикроскопия
- г) реография
- д) полярография

15. Клиническими признаками катарального гингивита являются:

- а) кровоточивость десен
- б) наличие зубного налета, кровоточивость десен
- в) отек и гиперемия десневого края и межзубных десневых сосочков, кровоточивость десен, отсутствие десневого кармана
- г) кровоточивость десен, гиперестезия шеек зубов
- д) гиперестезия шеек зубов

16. Основными клиническими признаками отечной формы гипертрофического гингивита являются:

- а) десневые сосочки увеличены, имеют синюшный оттенок, глянцевидную поверхность, кровоточат при дотрагивании, при надавливании остаются отпечатки
- б) десневые сосочки увеличены, плотные на ощупь, кровоточат при дотрагивании
- в) десневые сосочки увеличены, отечны, гиперемированы, кровоточат при надавливании, при зондировании определяются десневые карманы
- г) кровоточивость при дотрагивании
- д) наличие ложных десневых карманов

17. Клиническими признаками фиброзной формы гипертрофического гингивита являются:

- а) десневые сосочки увеличены, синюшного цвета, кровоточат при дотрагивании,
- б) десневые сосочки увеличены, плотные на ощупь, на внутренней поверхности имеют изъязвления, при зондировании определяются ложные десневые карманы
- в) десневые сосочки синюшные, отечны, кровоточат при надавливании, на зубах большое количество налета и зубного камня
- г) наличие глубоких десневых карманов
- д) кровоточивость и боли от температурных раздражителей

18. Наиболее важными дифференциально-диагностическими признаками острого язвенного гингивита являются:

- а) гиперемия, отечность десневых сосочков, наличие десневых карманов, изъязвление внутренней эпителиальной выстилки десневых сосочков
- б) генерализованное изъязвление десневого края с усеченностью вершин сосочков, покрытое фибринозным налетом
- в) болезненность десневых сосочков, кровоточащих при надавливании, большое количество над- и поддесневых зубных отложений
- г) наличие глубоких десневых карманов
- д) кровоточивость при дотрагивании

19. Основные клинические проявления пародонтита I степени

- а) отек, гиперемия десневого края, кровоточивость при надавливании, десневые карманы глубиной 3-4 мм, резорбция компактных пластинок межзубных перегородок

- б) отек, гиперемия десневых сосочков, кровоточащих при дотрагивании, отсутствие десневых карманов, подвижности зубов нет
- в) резкое увеличение десневых сосочков, синюшность, болезненность, кровоточивость, глубина десневых карманов до 8 мм, резорбция костной ткани на 1/2 корня зуба
- г) наличие большого количества зубных отложений
- д) кровоточивость десневых сосочков
20. Каковы данные рентгенографического обследования при 1 степени пародонтита?
- а) резорбция костной ткани альвеолярного отростка на 1/2 корня
- б) резорбция компактных пластинок и вершин межзубных перегородок
- в) наличие очагов остеопороза альвеолярной кости
- г) сохранение кортикальной пластинки лунок зубов
- д) изменений в костной ткани альвеолярного отростка нет
21. Имеются ли карманы при 1 степени пародонтита?
- а) нет
- б) имеются, глубиной до 6 мм
- в) имеются, глубиной 3-4 мм
- г) имеются ложные десневые карманы
- д) имеются костные карманы
22. Глубина карманов при пародонтите 2 степени:
- а) карманов нет
- б) 5-7 мм
- в) более 8 мм
- г) имеются ложные десневые карманы
- д) до 5 мм
23. Подвижность зубов при пародонтите 2 степени:
- а) имеется легкая подвижность I степени
- б) не имеется
- в) подвижность зубов I-II степени
- г) имеется подвижность II-III степени
- д) имеется, при наличии травматической окклюзии
24. Гнойное отделяемое из зубодесневых карманов при пародонтите 2 степени
- а) не имеется
- б) наблюдается очень редко
- в) наблюдается часто в стадии обострения
- г) выявляется только при проведении бензидиновой пробы
- д) выявляется при проведении формалиновой пробы
25. Каковы данные рентгенологического обследования челюстей при пародонтите 2 степени?
- а) резорбция межзубных перегородок на высоту от 1/3 до 1/2 длины корня зуба, очаги остеопороза в губчатой кости альвеолярного отростка
- б) снижение высоты гребней межзубных перегородок на величину от 1/2 до 2/3 длины корня
- в) резорбция вершин межзубных перегородок, очаги остеопороза в губчатой костной ткани альвеолярного отростка
- г) изменений в костной ткани нет
- д) явления остеопороза в губчатой кости
26. Решающим при дифференциальной диагностике хронического катарального гингивита

и пародонтита 1 степени является:

- а) подвижность и смещение зубов
- б) отсутствие круговой связки зуба, наличие зубодесневых карманов
- в) выраженные воспалительные изменения десневого края и десневых сосочков
- г) отсутствие десневого кармана, сохранение круговой связки
- д) глубина десневых карманов до 5 мм

27. Глубина карманов при тяжелом пародонтите составляет:

- а) карманов нет
- б) 3-4 мм
- в) до 6 мм
- г) более 8 мм
- д) до 2.5 мм

28. Подвижность зубов при тяжелом пародонтите:

- а) подвижность I-II степени
- б) нет подвижности
- в) подвижность II-III степени
- г) подвижность только при значительной нагрузке
- д) подвижность только в отдельных участках челюсти

29. Решающим при дифференциальной диагностике хронического генерализованного пародонтита и пародонтоза является

- а) отсутствие воспалительных изменений десен, отсутствие зубодесневых карманов, сохранение кортикальной пластинки на вершинах межзубных перегородок
- б) подвижность и смещение зубов
- в) повышенная чувствительность в области шеек зубов, наличие клиновидных дефектов
- г) наличие гнойного отделяемого из десневых карманов
- д) положительная формалиновая проба

30. При пародонтозе 1 степени тяжести зубодесневые карманы:

- а) имеются, вследствие гибели связки зуба
- б) не имеются, так как дистрофические процессы в десне и костной ткани происходят одновременно
- в) не имеются, так как при пародонтозе сохраняется круговая связка зуба
- г) имеются только в участках перегрузки зубов
- д) глубина десневых карманов до 5 мм

31. К идиопатическим болезням пародонта можно отнести:

- а) нейтропению, агаммаглобулинемию, эпулис, фиброматоз десен
- б) синдром Папийон - Лефевра, X-гистоцитозы, нейтропению, агаммаглобулинемию
- в) нейтропению, X-гистоцитозы, гингивиты, пародонтомы
- г) гингивит, пародонтит
- д) пародонтит, пародонтоз

32. Укажите план лечения наиболее эффективный при генерализованном хроническом катаральном гингивите:

- а) антисептическая обработка полости рта, удаление зубных отложений, полирование поверхности зубов, обработка зубов фторсодержащими препаратами, противовоспалительная терапия десен, замена пломб и коронок по показаниям, лечение у ортодонта по показаниям
- б) антисептическая обработка полости рта, снятие над- и поддесневых зубных отложений, кюретаж, противовоспалительная терапия десен, лечение у ортодонта и ортопеда

в) антисептическая обработка полости рта, снятие зубных отложений, обработка зубов фторсодержащими препаратами, противовоспалительное лечение десен, включая прижигающие препараты, вызывающие склерозирование

г) инъекции в десну биологически активных веществ

д) обработка зубов фторсодержащими препаратами

33. При лечении катарального гингивита используются кератолитические, склерозирующие препараты и кислоты

а) да, так как они способствуют снятию отека и воспаления десен

б) нет, так как сильнодействующие препараты приводят к гибели фибробластов

в) да, так как они обладают прижигающим действием и приводят к гибели микроорганизмов зубного налета

г) да, только вначале лечения

д) да, в заключительной стадии лечения

34. При хроническом катаральном гингивите в качестве антимикробных препаратов рекомендуется использовать:

а) антибиотики и ферменты

б) аппликации слабых растворов антисептиков, повязки с трихополом, гепариновой, дибуноловой, гидрокортизоновой мазями, склерозирующие препараты

в) растворы антисептиков, ферментов, трихопол, бисептол в составе повязок

г) кератолитические препараты

д) кислоты, прижигающие препараты, спиртовые растворы

35. При отечной форме гипертрофического гингивита в качестве противоотечной терапии рекомендуются

а) сильные антисептики, ибо они помимо антимикробного обладают прижигающим действием

б) ферменты, которые способствуют отторжению некротических масс и гнойного экссудата

в) препараты нитрофуранового ряда, отвары лекарственных трав, гипертонические растворы солей, гепариновая мазь, гидрокортизоновая мазь и эмульсия

г) инъекции в сосочки новэмбихина, эмульсии гидрокортизона

д) антибиотики

36. В качестве склерозирующей терапии при гипертрофическом гингивите десневые сосочки вводят:

а) эмульсию гидрокортизона, раствор глюкозы 50-60%, раствор новэмбихина

б) сильные растворы антисептиков, ферменты

в) растворы антибиотиков

г) фурацилин

д) гепарин

37. Медикаментозные препараты в качестве аппликаций растворов накладываются на десну:

а) на 2 часа

б) на 20 минут

в) на 6 часов

г) на 5 минут

д) не накладываются, а вводятся в виде инъекций в десневые сосочки

38. Укажите план лечения острого язвенного гингивита:

а) обезболивание, антисептическая обработка, аппликация растворов ферментов, аппликация препаратов, улучшающих эпителизацию

- б) антисептическая обработка, противовоспалительная терапия, воздействие кератолитических препаратов
 - в) антисептическая обработка, аппликация ферментов, повязки с кортикостероидными мазями
 - г) введение антибиотиков
 - д) снятие зубных отложений и воздействие препаратами, улучшающими эпителизацию
39. При остром язвенном гингивите внутрь назначают:
- а) обезболивающие препараты
 - б) антибиотики, обезболивающие, витамины
 - в) метронидазол, десенсибилизирующие препараты, витамины
 - г) сульфаниламидные препараты, антибиотики, витамины
 - д) общее лечение не назначается
40. При противовоспалительной терапии хронического генерализованного пародонтита 1 степени предпочтение необходимо отдать:
- а) антибиотикам, так как они обладают противомикробным действием
 - б) биологически активным веществам
 - в) сильным антисептикам, так как они кроме антимикробного обладают прижигающим действием
 - г) слабым антисептикам, ферментам, трихополу
 - д) сильным кислотам, ваготилу, резорцину
41. Концентрация раствора хлоргексидина, рекомендуемая для орошений полости рта, составляет:
- а) 2%
 - б) 0.5%
 - в) 0.1%
 - г) 0.05%
 - д) 0.01%
42. При заболеваниях пародонта целью избирательного шлифования является:
- а) нормализация прикуса
 - б) устранение преждевременных окклюзионных контактов, приводящих к травме от окклюзии
 - в) восстановление анатомической формы зубов
 - г) устранение воспалительного процесса
 - д) эстетические показания
43. Рекомендации по изменению питания больным с заболеваниями пародонта:
- а) ограничить прием углеводов, особенно перед сном и в конце приема пищи, заканчивать прием пищи сырыми фруктами и овощами, хорошо очищающими поверхность зубов
 - б) увеличить время обработки пищи, чтобы исключить повышенную нагрузку на пародонт
 - в) исключить из приема пищу, острую, кислую, холодную, раздражающую нервные окончания в области обнаженных шеек зубов
 - г) необходимо рекомендовать жареное, жирное
 - д) необходима молочно-растительная диета
44. С целью профилактики заболеваний пародонта чистить зубы необходимо:
- а) один раз утром
 - б) два раза - утром и вечером
 - в) только вечером
 - г) три раза
 - д) 3-5 раз

45. Для чистки зубов необходимо рекомендовать щетку:
- а) с натуральной щетиной
 - б) с искусственной щетиной
 - в) не имеет значения
 - г) жесткую
 - д) мягкую
46. Хранить зубную щетку рекомендуют:
- а) в футляре
 - б) с намыленной щетиной
 - в) в гипертоническом растворе соли
 - г) без футляра
 - д) в содовом растворе
47. Признаком, свидетельствующим о наибольшей выраженности воспаления, является:
- а) отечность
 - б) кровоточивость самопроизвольная
 - в) нарушение тургора
 - г) ретракция десны
 - д) кровоточивость индуцированная
48. Каким путем зубной камень вызывает и поддерживает воспаление десны?
- а) травмирует десну
 - б) ухудшает кровоснабжение десны
 - в) эрозирует поверхность зуба
 - г) является постоянным источником токсических продуктов
 - д) снижает уровень десневого края
49. Наиболее эффективна в очистке апроксимальных поверхностей зубов:
- а) зубная щетка
 - б) нить (флосс)
 - в) водяная струя
 - г) зубочистка
 - д) процедура полоскания
50. С возникновением гиперплазии десны связаны такие факторы, как:
- а) прием противосудорожных препаратов
 - б) беременность
 - в) лейкемия
 - г) ротовое дыхание
 - д) все перечисленное
51. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта используются:
- а) очень широко
 - б) широко
 - в) очень редко
 - г) по показаниям
 - д) редко
52. При кюретаже подлежат удалению следующие участки измененной ткани:
- а) грануляционная ткань
 - б) поддесневой зубной камень, размягченный цемент корня

в) поддесневой зубной камень, грануляционная ткань, проросший эпителий
г) поддесневой зубной камень, участки размягченного цемента, содержимое кармана, грануляционная ткань, проросший эпителий десны

53. Десневая повязка после кюретажа накладывается на срок:

- а) 12-14 дней
- б) не накладывается
- в) 5-7 дней
- г) 3 дня
- д) на сутки

54. После кюретажа используют в первые сутки:

- а) защитные повязки (индифферентные)
- б) лечебные противовоспалительные повязки
- в) лечебные стимулирующие повязки
- г) повязки, содержащие ферменты
- д) повязки с кератопластическими препаратами

55. К тканям собственно периодонта относятся:

- а) коллагеновые волокна
- б) эластические волокна
- в) коллагеновые, эластические, окситалановые волокна, кровеносные и лимфатические сосуды, нервы, клеточные элементы
- г) элементы, свойственные соединительной ткани

56. Укажите источник артериального кровоснабжения тканей пародонта?

- а) ветви челюстной артерии
- б) ветви крыловидной артерии
- в) крылонебная артерия
- г) нижнечелюстная артерия
- д) бассейн наружной сонной артерии

57. Трофическую функцию пародонта осуществляют:

- а) артерии
- б) артериолы
- в) артериолы и венулы
- г) сеть капилляров и нервных рецепторов
- д) прекапилляры и посткапилляры

58. Основными факторами, приводящими к развитию окклюзионной травмы являются:

- а) бруксизм
- б) частичная вторичная адентия
- в) патология прикуса
- г) ошибки протезирования
- д) патология прикуса, бруксизм, частичная вторичная адентия, ошибка протезирования

59. Укажите основные признаки воспалительных изменений в десне?

- а) гиперемия, отечность, кровоточивость
- б) десквамация, изъязвление, отечность, кровоточивость, гиперемия
- в) кровоточивость
- г) гиперемия, гноетечение
- д) гноетечение

60. Укажите основные причины развития очагового катарального гингивита?
- а) дефекты пломбирования пришеечных кариозных полостей
 - б) поддесневой зубной камень
 - в) плохой уход за полостью рта
 - г) наддесневые зубные отложения, наличие зубного налета, короткая низко прикрепленная уздечка губы и языка, дефекты пломбирования и протезирования
 - д) снижение местного иммунитета
61. Укажите основные причины развития генерализованного катарального гингивита?
- а) над- и поддесневой зубной камень
 - б) ошибки пломбирования кариозных полостей и протезирования
 - в) наличие зубной бляшки вследствие плохого ухода за зубами на фоне снижения местного и общего иммунитета
 - г) низкий уровень гигиены полости рта
 - д) заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы
62. Патоморфологическая картина хронического катарального гингивита?
- а) выраженная сосудистая реакция
 - б) нарушение процесса ороговения эпителия
 - в) отек, набухание коллагеновых волокон, паракератоз, акантоз, клеточная инфильтрация, сосудистая реакция
 - г) повышенная миграция лейкоцитов
 - д) экссудация жидкости из десневой борозды
63. Основные причины развития гипертрофических гингивитов?
- а) гормональные изменения в организме
 - б) патология прикуса
 - в) нерациональное протезирование
 - г) гормональные изменения в организме, прием определенных медикаментозных препаратов (дифенин и др.), заболевания крови, дефицит витамина С, нерациональное протезирование
 - д) недостаточная гигиена полости рта
64. Клиническая картина отечной стадии гипертрофического гингивита?
- а) кровоточивость при дотрагивании
 - б) увеличение десневых сосочков, сопровождающихся синюшностью, напряжением тканей
 - в) увеличение десневых сосочков с образованием ложных зубодесневых карманов
 - г) наличие над- и поддесневых зубных отложений
 - д) увеличение десневых сосочков, синюшность, гиперемия, кровоточивость при дотрагивании, образование ложных десневых карманов, появление отпечатков при надавливании твердым предметом
65. Клиническая картина фиброзной формы гипертрофического гингивита?
- а) разрастание десневых сосочков
 - б) кровоточивость десен
 - в) плотные разросшиеся десневые сосочки бледно-розового цвета, кровоточивость отсутствует, имеются ложные десневые карманы
 - г) образование десневых карманов глубиной до 5 мм, кровоточивость десен
 - д) кровоточивость десен, гноетечение, запах изо рта
66. Основные причины развития язвенного гингивита?
- а) измененная реактивность организма после общих инфекционных заболеваний, стресс,

- приводящий к блокаде системы мононуклеарных макрофагов
- б) снижение резистентности тканей пародонта к грамотрицательным бактериям
 - в) образование над- и поддесневого зубного камня
 - г) гормональные изменения в организме
 - д) прием медикаментозных препаратов, вызывающих нарушение иммунитета

67. Клиническая картина язвенного гингивита?

- а) кровоточивость и боли в деснах при приеме пищи
- б) разрастание десен, кровоточивость при дотрагивании
- в) изъязвление десневого края с усеченностью вершин сосочков, боли в деснах, гнилостный запах изо рта, большое количество зубного налета и камня, повышение температуры тела, потеря аппетита
- г) гноетечение из десен, гиперемия, боли при дотрагивании
- д) кровоточивость десен при приеме пищи, глубина десневых карманов 6-7 мм

68. Развитие язвенного гингивита вызывают?

- а) десневая амеба, трихомонада, стрептококки, стафилококки, фузоспирохеты, спирохеты
- б) простейшие полости рта
- в) стрептококки, стафилококки
- г) фузоспирохеты
- д) простейшие и стрептококки

69. Основные причины развития пародонтита?

- а) патология прикуса
- б) недостаточный гигиенический уход за зубами
- в) нарушение барьерной функции пародонта и иммунологической реактивности организма, на фоне которых местные причины (микроорганизмы, окклюзионная травма) приводят к воспалительным изменениям и деструктивным явлениям в пародонте
- г) снижение местной и общей реактивности организма
- д) микроорганизмы полости рта, приводящие к развитию и прогрессированию воспалительных изменений в пародонте

70. Основным дифференциально-диагностическим признаком пародонтита является:

- а) гноетечение из десневых карманов
- б) повреждение связки зуба и образование десневого кармана
- в) кровоточивость десен и гноетечение при надавливании на десневой сосочек
- г) глубина десневого кармана от 5 мм
- д) увеличение десневых сосочков, гиперемия, синюшность, кровоточивость

71. Основными клиническими признаками пародонтита являются:

- а) кровоточивость десен
- б) глубина десневых карманов 5-7 мм
- в) гноетечение из десневых карманов, повышенная чувствительность шеек зубов
- г) кровоточивость десен, отложение поддесневого камня, подвижность зубов, выделение гноя из десневого кармана, зубодесневые карманы глубиной от 3 мм и более
- д) увеличение десневых сосочков, повышенная чувствительность шеек

72. Клинические признаки пародонтоза:

- а) отсутствие воспалительных явлений и зубодесневых карманов
- б) гиперемия десен, гноетечение из десневых карманов
- в) обнажение шеек зубов, ретракция десны, отсутствие воспалительных изменений, отсутствие подвижности зубов, повышенная чувствительность шеек зубов, зуд в деснах

- г) отечность, гиперемия десен, глубина десневых карманов от 5 мм, зуд в деснах
- д) болезненность и кровоточивость десен, подвижность зубов, повышенная чувствительность шеек зубов

73. Особенностью рентгенологической картины костной ткани челюстей при пародонтозе являются:

- а) уменьшение высоты межзубных перегородок
- б) уменьшение костномозговых пространств, мелкоячеистый рисунок губчатой костной ткани, равномерное уменьшение высоты межзубных перегородок при сохранении кортикальных пластинок
- в) атрофические процессы в костной ткани
- г) воспалительная резорбция костной ткани лунок
- д) утолщение костных балок

74. Показаниями к проведению окклюзионного пришлифовывания являются:

- а) наличие окклюзионной травмы
- б) дистопия зубов
- в) бруксизм, боли в височно-нижнечелюстном суставе, веерообразное расхождение зубов, неравномерное рассасывание костной ткани альвеолярного отростка, подвижность зубов
- г) подвижность зубов, дистопия зубов
- д) гноетечение из десневых карманов, обнажение шеек зубов

75. Окклюзионное пришлифовывание зубов проводится:

- а) при пародонтозе
- б) при пародонтите тяжелой степени
- в) при гипертрофическом гингивите
- г) при наличии окклюзионной травмы, независимо от нозологической формы
- д) при обострениях различных форм заболевания пародонта

76. Возрастные показания для проведения окклюзионного пришлифовывания?

- а) молочный прикус
- б) сменный прикус
- в) после прорезывания всех постоянных зубов
- г) от 20 до 30 лет
- д) только у взрослых

77. Группа зубов, на которой может быть проведено постоянное (балочное) шинирование при выраженной подвижности?

- а) моляры
- б) резцы
- в) моляры и премоляры
- г) любая группа зубов
- д) все, кроме резцов

78. Показанием для проведения постоянного шинирования является:

- а) подвижность зубов I степени
- б) подвижность зубов II-III степени
- в) пародонтоз тяжелой степени
- г) перед хирургическим лечением
- д) после хирургического лечения

79. Показаниями для депульпирования зубов при пародонтите являются:

- а) глубина десневых карманов 6 мм
- б) подвижность зубов II-III степени
- в) перед хирургическим лечением пародонтита тяжелой степени при глубине наддесневых карманов более 7 мм и подвижности зубов II степени
- г) не имеет значения глубина карманов и подвижность зубов
- д) никогда не депульпируют

80. Укажите физиотерапевтические воздействия, рекомендуемые при обострении воспалительных процессов в пародонте, сопровождаемые гноетечением?

- а) электрофорез и фонофорез витаминов
- б) ультрафиолетовое излучение коротким спектром, лазерное излучение, флюктуоризация
- в) магнитотерапия
- г) УВЧ-терапия
- д) массаж

81. Гидромассаж рекомендуется проводить при лечении болезней пародонта?

- а) до кюретажа или спустя три недели после кюретажа
- б) через неделю после кюретажа
- в) на любом этапе лечения
- г) сразу после кюретажа
- д) через полгода после кюретажа

82. Противопоказаниями для проведения физиотерапевтического лечения являются:

- а) гноетечение из десневых карманов
- б) онкологические заболевания, туберкулез, инфекционные заболевания, сопровождающиеся высокой температурой, беременность
- в) хирургическое лечение болезней пародонта
- г) возраст до 15 лет
- д) возраст старше 50 лет

83. При проведении методики электрофореза лекарственных препаратов в ткани пародонта используется:

- а) ток постоянный, высокого напряжения, небольшой силы
- б) низкого напряжения, небольшой силы постоянный ток
- в) переменный ток, небольшой силы высокого напряжения
- г) переменный ток низкого напряжения, небольшой силы
- д) постоянный ток высокого напряжения, большой силы

84. Противопоказаниями к проведению электрофореза при болезнях пародонта являются:

- а) наличие гноя в зубодесневых карманах
- б) непереносимость постоянного тока, нарушение целостности эпителиального покрова слизистой оболочки, язвенный гингивит
- в) подвижность зубов II-III степени
- г) глубина зубодесневых карманов более 6 мм
- д) хирургическое лечение болезней пародонта

85. Каков действующий фактор методики д'арсонвализации, используемый при лечении пародонтитов?

- а) импульсный высокочастотный переменный ток малой силы высокого напряжения
- б) постоянный ток низкого напряжения и большой силы
- в) постоянный ток высокого напряжения и небольшой силы
- г) переменный ток высокого напряжения и большой силы

д) переменный ток низкого напряжения и большой силы

86. Какие параметры ультрафиолетового излучения используются для получения выраженного бактерицидного эффекта, при гнойных процессах в пародонте?

- а) коротковолновое ультрафиолетовое излучение
- б) длинноволновое ультрафиолетовое излучение
- в) ультрафиолетовое излучение интегрального спектра
- г) инфракрасные лучи
- д) не имеет значения длина волны

87. При обучении пациента гигиене полости рта необходимо подчеркнуть, что рост налета возобновляется: через сколько часов после тщательной чистки зубов он начинает расти и вредно воздействовать на зубы и десну?

- а) через 1 час
- б) через 3 часа
- в) через 6 часов
- г) через 12 часов
- д) через 24 часов

88. Что самое важное в поддержании гигиены полости рта?

- а) употреблять много воды и тщательно полоскать рот
- б) регулярно посещать зубного гигиениста
- в) тщательно чистить зубы щеткой и пользоваться флоссами не менее 1 раз в день
- г) использовать антисептические полоскания
- д) верно б) и г)

89. Наиболее подходящие качества зубной щетки?

- 1) жесткие нейлоновые щетинки
 - 2) мягкие нейлоновые щетинки
 - 3) мягкие натуральные щетинки
 - 4) щетинки должны иметь закругленные концы
 - 5) щетинки должны иметь плоские концы
- а) верно 1 и 3
 - б) верно 2 и 4
 - в) верно 2 и 5
 - г) верно 3 и 4
 - д) верно 1 и 5

90. Укажите утверждения, справедливые по отношению к заболеваниям пародонта?

- 1) заболевания пародонта инициируются местными раздражающими факторами
 - 2) системные факторы влияют на прогрессирование заболеваний пародонта
 - 3) травматические факторы не влияют на прогрессирование заболеваний пародонта
- а) верно 1; 2 и 3 - ложны
 - б) верно 2; 1 и 3 - ложны
 - в) верно 1 и 2; 3 - ложно
 - г) ни одно из них неверно
 - д) верны все утверждения

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

1. В основу современных классификаций афтозных стоматитов положена:
 - а) клиника
 - б) этиология
 - в) патогенез
 - г) морфогенез
 - д) элемент
2. Длительность существования афты:
 - а) 5 дней
 - б) 10 дней
 - в) 15 дней
 - г) более 10 дней
 - д) от 15 до 40 дней
3. После заживления афты останется:
 - а) рубец гладкий
 - б) деформирующий рубец
 - в) рубцовая атрофия
 - г) слизистая оболочка останется без изменений
 - д) все вышеперечисленное
4. В основу классификации пузырных заболеваний положен:
 - а) этиологический принцип
 - б) патогенетический принцип
 - в) клинический принцип
 - г) анамнестический принцип
 - д) наследственный принцип
5. Главными "воротами" для проникновения микробов в организм человека является:
 - а) носовые ходы
 - б) полость рта
 - в) раневая поверхность
 - г) половые органы
 - д) мочевые пути
6. Многоформную экссудативную эритему принято относить к группе каких заболеваний?
 - а) инфекционных
 - б) аллергических
 - в) инфекционно-аллергических
 - г) неизвестной этиологии
 - д) лекарственных
7. Для многоформной экссудативной эритемы характерен элемент поражения?
 - а) пузырь
 - б) папула
 - в) уртика
 - г) сочетание нескольких элементов
 - д) эрозия
8. Цикл развития пузырных заболеваний составляет:

- а) 1 неделю
 - б) 2 недели
 - в) 3 недели
 - г) 2 месяца
 - д) 10 дней
9. Наиболее часто провоцирует развитие болезней фактор?
- а) охлаждение
 - б) переутомление
 - в) нарушение диеты
 - г) прием лекарственных препаратов
 - д) обострение воспаления в очагах хронической инфекции
10. Зависит ли характер течения многоформной экссудативной эритемы от давности заболеваний?
- а) да, ибо проявления болезни с течением времени становятся менее выраженными
 - б) да, так как симптомы заболеваний усугубляются
 - в) нет, так как рецидивы болезни отличаются однотипными симптомами
 - г) с течением времени заболевание переходит в аллергию
 - д) нет, заболевание течет монотонно
11. Сколько форм лейкоплакий принято различать?
- а) одну
 - б) две
 - в) три
 - г) четыре
 - д) пять
12. Сколько клинических разновидностей заболеваний красного плоского лишая принято различать на слизистой оболочке полости рта?
- а) три
 - б) четыре
 - в) пять
 - г) шесть
 - д) два
13. Наиболее часто провоцирует развитие язвенно-некротический стоматит такой фактор, как:
- а) охлаждение
 - б) снижение уровня факторов естественной защиты
 - в) вирусная атака
 - г) плохая гигиена полости рта
 - д) утомление
14. Ведущим симптомом при обнаружении декубитальной язвы во время осмотра полости рта является:
- а) увеличение лимфоузлов
 - б) запах изо рта
 - в) валикообразные края язвы и плотное дно
 - г) резкая болезненность
 - д) температура тела
15. Какое действие врача является достаточным и тактически верным при декубитальной язве?
- а) исследование язвы

- б) прижигание язвы
- в) смазывание антисептиками
- г) биопсия
- д) консультация онколога

16. Ведущим признаком медикаментозного стоматита является:

- а) отсутствие продромальных явлений
- б) появление симптомов во рту после употребления лекарств
- в) наличие эрозий или пузырей
- г) наличие гиперемии и отека
- д) положительная накожная проба

17. Наиболее целесообразные действия врача при медикаментозном стоматите?

- а) назначение внутрь антигистаминных препаратов
- б) отмена лекарств
- в) назначение нистатина внутрь
- г) назначение антисептика в виде аппликаций или полосканий
- д) назначение стероидных гормонов

18. Диагноз контактный стоматит ставится на данных:

- а) анамнеза
- б) клинических симптомов
- в) лабораторных анализов
- г) дополнительных методов исследования
- д) цитологических

19. При контактном стоматите ведущим клиническим симптомом является:

- а) гиперемия
- б) отек
- в) боли
- г) парестезия
- д) гиперстезия

20. Действие врача при стоматите, вызванном протезом?

- а) изъятие протеза сроком на 2-3 недели
- б) покрытие поверхности протеза специальными инертными составами
- в) назначение противовоспалительных медикаментозных средств
- г) замена протеза
- д) изготовление протеза из золота

21. Наиболее часто провоцирует кандидамикоз

- а) употребление в пищу большого количества свежих фруктов
- б) утомление
- в) алкоголизация
- г) охлаждение
- д) контакт с больным

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА

001 - а	019 - а	037 - б	055 - г	073 - б
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 - в	030 - б	048 - а	066 - а	084 - б
013 - в	031 - б	049 - б	067 - в	085 - а
014 - в	032 - а	050 - д	068 - а	086 - а
015 - в	033 - б	051 - д	069 - в	087 - в
016 - а	034 - в	052 - г	070 - б	088 - в
017 - б	035 - в	053 - в	071 - г	089 - б
018 - б	036 - а	054 - а	072 - в	090 - в

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

001 - а	005 - б	009 - а	013 - а	017 - б
002 - в	006 - в	010 - б	014 - г	018 - а
003 - г	007 - г	011 - б	015 - а	019 - а
004 - в	008 - в	012 - в	016 - д	020 - а
				021 - а

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Заболевания пародонта /Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко/ -Киев, Здоровье. 2010. - 462с.
2. Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф. Данілевський/ Київ, 1998
3. Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки и губ /Л.М. Ломиашвили/ Омск, 2008.
4. Фармакологічні засоби для місцевого лікування тканин пародонта /І.П. Мазур/ Современная стоматология. -2010. -№5. –С.47-52.
5. Клинико-рентгенологическая диагностика заболеваний зубов и пародонта у детей и подростков /Л.А. Хоменко/ Киев. 2004. С 256.
6. Заболевания пародонта /И.С. Мащенко/ Днепропетровск: КОЛО, 2003. – с272.
7. Заболевания пародонта: учебное пособие. /А.В. Борисенко/ -К.: ВСИ «Медицина», 2013. –с456.

Пример заполнения медицинской карты стоматологического больного форма 0/43у при заболевании лейкоплакия

Жалобы: на чувство стянутости во рту, на щеках и на нижней губе, появление белых пятен, жжение и сухость во рту.

Анамнез: не помнит когда впервые появились пятна.

Объективно: на фоне бледно-розовой слизистой оболочки имеется неравномерное помутнение эпителия с четкими краями, напоминающее пленку серовато-белого цвета (плоская форма); белые бляшки плотной консистенции приподнимающиеся над уровнем бледно-розовой слизистой оболочки языка (веррукозная форма); единичные или множественные эрозии или трещины на фоне лейкоплакических участков, вокруг которых выражена воспалительная реакция.

Лечение:

Внутрь: поливитамины по 3 раза в день, масляный раствор ретинола ацетата по 20 капель 3 раза в день, масляный раствор витамина Е по 20 капель 3 раза в день.

Местно: аппликация 3 раза в день в течение месяца.

Рекомендации: санация полости рта, устранение разнородных металлов, рациональное протезирование, замена альмагамовых пломб, сошлифовывание острых краев зубов. Контрольный осмотр через 1 месяц, консультация хирурга-стоматолога, исключить курение, воздержаться от приёма горячей и острой пищи.

Формы лейкоплакии:

1. Курильщиков Таппейнера
2. Плоская
3. Веррукозная
 - бляшечная
 - бородавчатая
4. Эрозивно-язвенная
5. Мягкая

Пример заполнения медицинской карты стоматологического больного форма 0/43у при афтозном стоматите

Жалобы: на чувство жжения, болезненность, особенно при приеме пищи, язва в полости рта, слабость, повышение температуры.

Анамнез: несколько дней назад появилось жжение, а затем язва, очень болезненная.

Объективно: на фоне участка бледно-розовой и отечной слизистой оболочки имеется афта, окруженная венчиком гиперемии, резко болезненная при пальпации, овальной формы, покрытая фибринозным налетом, который при поскабливании снимается с трудом, оставляя кровоточащую поверхность. Лимфатические узлы несколько увеличены, слегка болезненны при пальпации. Температура тела повышена до 37°C и более.

Лечение:

Общее: десенсибилирующая терапия (тавегил, супрастин, диазолин, фенкарол, гистаглобин по 0,2 г 4 раза в день, поливитамины)

Местное: обработка антисептиками (перекись водорода 0,25-0,5%, фурацилин 1:5000, хлорамин 0,2%), ферментами (трипсин, химотрипсин), анальгетиками (5-10% взвесь анестезина в глицерине, 1-2% раствор лидокаина, 0,5% раствор новокаина); кортикостероидными мазями; эпителизирующая терапия растворами цитраля, витаминов С и Р, сок каланхое, прополис, физиотерапия (фонофорез, электрофорез, лазеротерапия).

Рекомендации: исключить грубую пищу, курение, спиртные напитки, консультация терапевта-гастроэнтеролога, аллерголога, эндокринолога, гематолога.

Формы афтозного стоматита:

1. Фибринозная
2. Некротическая
3. Гландулярная
4. Рубцующаяся
5. Деформирующая

Пример заполнения медицинской карты стоматологического больного форма 0/43у при заболевании красный плоский лишай

Жалобы: на чувствительность к горячей и острой пище, чувство зуда на коже предплечий и жжения в полости рта.

Анамнез: после перенесенной, вирусной инфекции появилось чувство жжения и болезненность в полости рта от раздражителей, зуд кожи.

Объективно: на фоне неизменной слизистой оболочки щек имеются серовато-белые папулы, сливающиеся между собой образуют папоротникообразный или кружевной рисунок. При экссудативно-гиперемической форме слизистая отечна и гиперемирована; папулы в основном локализованы на боковых поверхностях языка, на губах, в области выходных протоков околоушных слюнных желез. При эрозивно-язвенной форме имеются эрозии и язвы, а при буллезной – пузыри.

Лечение: санация полости рта, рациональное протезирование

общее: седативная терапия (сибазон по 0,005г 3 раза в день), противовирусные средства (интерферон по 5 капель 3 раза в день 7 дней), противогрибковые препараты (леворин по 1табл. 3 раза в день), десенсибилизирующие средства (димедрол по 1табл. 3 раза в день).

местное: кератопластические мази (солкосерил), противогрибковые средства (10% раствор натрия бората в глицерине, флуконазол в виде аппликации), лазеротерапия, фонорез с лекарственными средствами.

Рекомендации: санация полости рта, рациональное протезирование, диетотерапия с исключением острой и горячей пищи, уменьшение животной пищи, консультации гастроэнтеролога, эндокринолога, аллерголога, стоматолога-хирурга.

Формы лишая красного плоского:

1. Типичная
2. Экссудативно-гиперемическая
3. Эрозивно-язвенная
4. Буллезная
5. Гиперкератотическая 6. Атипичная

Пример заполнения медицинской карты стоматологического больного форма 0/43у при герпетическом стоматите

Жалобы: на наличие резко болезненных эрозий в полости рта, на губах, коже; постоянная острая боль, усиливающаяся при приеме пищи; недомогание, слабость, головная боль, отсутствие аппетита, тошнота, иногда даже рвота; повышение температуры тела до 38°-39°С.

Анамнез: два дня назад повысилась температура, появилась слабость, нарушения сна. Вчера во рту, на губах, коже появились сначала пузырьки, которые быстро лопались и образовались эрозии, очень болезненные.

Объективно: на ярко гиперемированной слизистой оболочке щек, языка, неба, десен, губ имеются пузырьки, эрозии, местами покрытые белым налетом, температура тела 38°, лимфатические узлы несколько увеличены, болезненны при пальпации.

Лечение:

Общее: бонафтон внутрь по 0,1г 4 раза в день циклами по 5 дней с перерывами 1-2 дня, натрия салицилат по 0,5г 4 раза в день, димедрол (супрастин) по 1 табл. 3 раза в день, кальция глюконат по 0,5г 3 раза в день, поливитамины, ацикловир (зовиракс) по 0,2г 4 раза в день курс - 5 дней, иммудон по 2табл 3 раз в день курс - 14 дней, интерферон по 5 капель в нос 3 раза в день курс 7 дней.

Местно: антисептическое полоскание (растворы калия перманганата 1:5000, перекиси водорода 0,25-0,5%, фурацилина 1:5000, хлоргексидина 0,1%), обработку протеолитическими ферментами (раствор дезоксирибонуклеазы 0,2%), отварами трав (ромашки, шалфея, чая); противовирусными препаратами (интерферон раствор или мазь, мазь бонафтоновая 0,5%, флореналева 2%, теброфеновая 2%, линимент госсипола 3%), обезболивающие средства (растворы тримекаина 1%, пиромекаина 1%, аэрозоль лидокаина), для регенерации и эпителизации слизистой - масляный раствор витамина А, каротолин, масло шиповника, дентальная паста с солкосерилом, курс ультрафиолетовой или лазерной терапии.

Пример заполнения медицинской карты стоматологического больного форма 0/43у при хроническом генерализованном пародонтите

Жалобы: на кровоточивость десен, подвижность зубов, болевые ощущения в области шеек зубов.

Анамнез: болеет несколько лет, неоднократно проходил консервативное лечение.

Объективно: слизистая оболочка десны отечна, гиперемирована, сосочки кровоточат при зондировании, обильный зубной налет и поддесневые зубные отложения, при надавливании зондом на край десны выделение гноя, подвижность 13,12,11,21,22,23 зубов I-II степени, пародонтальные карманы до 5 мм, подвижность 15,14,36,33,32,31,41,42,43,46 зубов II-III степени, пародонтальные карманы 5-6мм, травматическая артикуляция, значительные тремы. На R-грамме резорбция костной ткани межзубных перегородок от $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{2}$ в области 13,12,11,21,22,23 зубов и более $\frac{1}{2}$ в области остальных зубов, обширные очаги деструкции.

Лечение: после предоперационной подготовки (удаление над- и поддесневых зубных отложений, депульпирование зубов, противовоспалительная терапия пародонтальных карманов, избирательное шлифование зубов) под инфильтрационной анестезией (Sol. Ultracaini 1,7 ml) рассечены с двух сторон десневые сосочки, сформирован слизисто-надкостничный лоскут, кюретаж, деэпителизация лоскута, карманы плотно заполнены коллаполлом, лоскут уложен, наложено 10 швов, защитная десневая повязка. Назначен трихопол по 0,25 -3 раза в день.

Рекомендации: тщательный уход за полостью рта, антисептические полоскания.

Пример заполнения медицинской карты стоматологического больного форма 0/43у при хроническом генерализованном пародонтите

Жалобы: на кровоточивость десен, подвижность зубов, запах изо рта.

Анамнез: впервые кровоточивость появилась несколько лет назад, неоднократно проходил курсы консервативной терапии.

Объективно: слизистая оболочка десны отечна, гиперемирована, сосочки синюшные, кровоточат при зондировании, на зубах мягкий зубной налет, над- и поддесневые зубные отложения, зубодесневое прикрепление в области 14,13,12,11,21,22,23, 33,32,31,41,42,43,44 зубов нарушено, пародонтальные карманы в области 12,11,21,22 зубов глубиной 4 мм, в области остальных зубов 3 мм, из карманов обильное серозно-гнойное отделяемое, подвижность 12,11,21,22 - зубов II степени, остальных I степени. Индекс ПМА 66%, индекс гигиены 3,0. На рентгенограмме от 27.10.06 деструкция костной ткани по смешанному типу с преобладанием вертикального типа, уменьшение высоты межальвеолярных перегородок в области 12,11,21,22 зубов на 1/2, в области остальных зубов на 1/3, наличие костных карманов, очаги остеопороза и остеосклероза в теле челюсти при крупно- и среднелопастной структуре.

Лечение: удаление над- и поддесневых зубных отложений, профессиональная гигиена полости рта, обработка пародонтальных карманов 0,06% р-ром хлоргексидина и введение в них мази с трихополом, пародонтальная повязка с индометациновой мазью на 2 часа.

Общее лечение: линкомицин 0,25 по 2 капсулы 2 раза в день, нистатин 500 000 ЕД по 2 табл. 3 раза в день, фенкарол 0,025 по 1 табл. 2 раза в день, поливитамины с микроэлементами (супрадин, юникап, пангексавит, глютамевит) по 1др. 3 раза в день, кальция глюконат 0,5 по 1 табл. 2 раза в день.

Рекомендации: гигиенический уход за зубами с зубной пастой лакают чередуемой с сенсодином, антисептическое полоскание рта, противовоспалительные ванночки.

Пример заполнения медицинской карты стоматологического больного форма 0/43у при хроническом генерализованном пародонтите

Жалобы: на кровоточивость десен, подвижность зубов, болевые ощущения в области шеек зубов.

Анамнез: Болеет несколько лет. Консервативное лечение неоднократно проходил.

Объективно: слизистая оболочка десны отечна, гиперемирована, сосочки кровоточат при зондировании, обильный зубной налет и поддесневые зубные отложения, при надавливании зондом на край десны выделение гноя, подвижность 13,12,11,21,22,23 зубов I-II степени, пародонтальные карманы до 5 мм, подвижность 15,14,36,33,32,31,41,42,43,46 зубов II-III степени, пародонтальные карманы 5-6мм, травматическая артикуляция, значительные тремы. На R-грамме резорбция костной ткани межзубных перегородок от $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{2}$ в области 13,12,11,21,22,23 зубов и более $\frac{1}{2}$ в области остальных зубов, обширные очаги деструкции.

Лечение: под инфильтрационной анестезией (Sol. Ultracaini 1,7 ml.) сняты поддесневые зубные отложения и патологически измененный цемент у 13,12,11,21,22,23 зубов, полость карманов промыта из шприца раствором фурацилина 1:5000, кюретаж, защитная повязка.

Рекомендации: соблюдение правил гигиены полости рта, щадящая диета, полоскания щелочными и гипертоническими растворами, настоями трав (шалфей, ромашка).