

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ
Кафедра стоматології

Затверджено
на засіданні кафедри стоматології
протокол № 1 від 28.08.2017 р.
Завідувач кафедри
_____ д.мед.н. Лахтін Ю.В.

**Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів
з дисципліни «Терапевтична стоматологія» 3 курс
Модуль 1, 2**

Методичні вказівки складено:

зав. кафедри, д-р мед. н. Лахтін Ю.В.

ЗМІСТ

Практичне заняття №1. Структура та обладнання стоматологічної клініки. Етика та деонтологія в стоматології. Техніка безпеки

Практичне заняття №2. Методи клінічного обстеження стоматологічного хворого, їх значення для діагностики хвороб порожнини рота. Характеристика больового синдрому при різних видах патології

Практичне заняття №3. Додаткові методи обстеження в стоматології. ЕОД, рентгенологічне, люмінесцентне та транслюмінаційне дослідження. Діагностичні тести. Лабораторні методи

Практичне заняття №4. Медична стоматологічна документація. Амбулаторна історія хвороби стоматологічного хворого – медичний, науковий та юридичний документ

Практичне заняття №5. Зубні відкладення, їх види. Механізм утворення, структура, хімічний склад, мікрофлора. Професійна гігієна порожнини рота, оцінка її ефективності та значення у профілактиці стоматологічних хвороб

Практичне заняття №6. Знеболення в терапевтичній стоматології, види, методи, засоби, показання до використання. Допомога при невідкладних станах

Практичне заняття №7. Контроль засвоєння змістового модуля № 1.

Практичне заняття №8. Карієс зуба. Визначення. Статистичні показники карієсу зуба. Класифікація карієсу

Практичне заняття №9. Сучасні погляди на етіологію та патогенез карієсу зубів

Практичне заняття №10. Гострий та хронічний карієс на стадії плями. Патоморфологія, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування. Медикаментні засоби і методи ремінералізувальної терапії

Практичне заняття №11. Гострий та хронічний поверхневий карієс. Патоморфологія, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування

Практичне заняття №12. Гострий і хронічний середній карієс. Патоморфологія, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування

Практичне заняття №13. Гострий та хронічний глибокий карієс. Патоморфологія, клініка, діагностика, диференційна діагностика. Одно- та двосеансні методи лікування. Лікувальні пасти для непрямого покриття пульпи: групи, властивості, особливості застосування. Загальне лікування карієсу

Практичне заняття №14. „Квітухий” (генералізований) карієс. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, особливості лікування. Вторинний карієс депульпованих і недепульпованих зубів. Етіологія, клініка, діагностика, диференційна діагностика, особливості лікування.

Практичне заняття №15. Помилки та ускладнення в діагностиці і лікуванні карієсу

Практичне заняття №16. Профілактика карієсу. Значення індивідуальної та суспільної профілактики. Методи і засоби профілактики. Організація профілактики карієсу зубів у вагітних. Оцінка ефективності

Практичне заняття №17. Спадкові та природжені ураження твердих тканин зуба. Класифікація, етіологія, клініка, диференційна діагностика, лікування

Практичне заняття №18. Набуті ураження твердих тканин зуба некаріозного походження. Класифікація, етіологія, клініка, диференційна діагностика, лікування

Практичне заняття №19. Контроль засвоєння змістового модуля № 2.

Практичне заняття № 20. Навчальна історія хвороби, її зміст, вимоги до оформлення. Анатомо-фізіологічна характеристика пульпи зуба. Вікові зміни. Класифікація пульпітів

Практичне заняття № 21. Гострі форми пульпіту. Етіологія, патогенез, патоморфологія, клініка і диференційна діагностика

Практичне заняття № 22. Хронічні форми пульпіту. Етіологія, патогенез, патоморфологія, клініка і диференційна діагностика

- Практичне заняття № 23.** Систематика методів лікування пульпітів. Методи повного, часткового збереження пульпи, покази, ефективність, можливі ускладнення. Характеристика медикаментних засобів
- Практичне заняття № 24.** Метод вітальної екстирпації пульпи, покази, ефективність, можливі ускладнення. Характеристика медикаментних засобів
- Практичне заняття № 25.** Метод девітальної екстирпації пульпи, покази, ефективність, можливі ускладнення, сучасні технології
- Практичне заняття № 26.** Особливості механічної та медикаментної обробки кореневих каналів при лікуванні пульпітів
- Практичне заняття № 27.** Пломбування кореневих каналів, методики, матеріали
- Практичне заняття № 28.** Анатомо-фізіологічна характеристика періодонта. Етіологія та патогенез періодонтитів. Класифікації патології пародонту
- Практичне заняття № 29.** Гострі верхівкові періодонтити. Етіологія, патогенез, патоморфологія, клініка і диференційна діагностика
- Практичне заняття № 30.** Хронічні верхівкові періодонтити. Етіологія, патогенез, патоморфологія, клініка і диференційна діагностика
- Практичне заняття № 31.** Покази та протипокази до консервативного методу лікування. Схеми лікування гострих верхівкових періодонтитів. Сучасні технології інструментальної та медикаментної обробки кореневих каналів. Лікарські препарати
- Практичне заняття № 32.** Принципи і схеми лікування хронічних верхівкових періодонтитів. Заапикальна терапія. Лікарські препарати
- Практичне заняття № 33.** Особливості механічної та медикаментозної обробки кореневих каналів при лікуванні періодонтитів. Пломбування кореневих каналів, методики, матеріали
- Практичне заняття № 34.** Особливості відновлення коронки зуба після ендодонтичного лікування. Використання внутрішньоканальних штифтів. Відбілювання
- Практичне заняття № 35.** Фізіотерапевтичні методи лікування хвороб ендодонта. Покази та протипокази
- Практичне заняття № 36.** Помилки і ускладнення в діагностиці і лікуванні пульпіту та періодонтиту, причини, профілактика та шляхи усунення

Практичне заняття № 1

Тема: Структура та обладнання стоматологічної поліклініки. Етика та деонтологія в стоматології. Техніка безпеки.

Мета заняття: ознайомитись з структурою та обладнанням стоматологічної поліклініки. Навчитись правилам етики і деонтології. Знати вимоги щодо дотримання техніки безпеки.

Коротка характеристика теми

Організація стоматологічного кабінету передбачає створення у ньому умов праці для лікаря-стоматолога і допоміжного персоналу – медичної сестри та санітарки. На одне робоче місце повинно виділятися просторе приміщення з добрим природним освітленням, площею не менше 14 м², а на кожне додаткове крісло площа збільшується не менш ніж на 10 м². При цьому кількість додаткових крісел не може перевищувати двох, тобто, кабінет розрахований на 3 крісла, повинен мати площу не менше 34 м². Висота стоматологічного кабінету – не менш, ніж 3 метри, щоб забезпечити як мінімум 12 м³ повітря на одну людину, а глибина розміщення крісел при однобічному природному освітленні не повинна перевищувати 6 м.

Стіни і підлога стоматологічного кабінету фарбується у світлі тони з коефіцієнтом відбивання світла не нижче 40. Бажано використовувати нейтральні світло-сірі барви, що не заважають розрізнити відтінки кольору зубів, пломбувальних матеріалів, тканин пародонта, слизової оболонки порожнини рота і шкірних покривів. Двері і вікна в кабінеті фарбують олійною фарбою у білий колір.

Важливим є питання освітлення кабінету, яке повинно бути оптимальної інтенсивності, щоб не викликати втоми очей у персоналу. Виконанню напруженої роботи лікаря-стоматолога допомагає раціональне природне освітлення кабінету, показниками якого є світловий коефіцієнт (СК), коефіцієнт природної освітленості (КПР) і кут падіння світлових променів на робоче місце. Нормативні значення цих показників такі: СК – 1/4-1/5; КПР не менше 1,5%, кут падіння не менше 28⁰.

Кабінет повинен мати загальне штучне освітлення, що забезпечується люмінесцентними лампами чи лампами розжарювання. Для загального люмінесцентного освітлення слід використовувати лампи з спектром випромінювання, що не змінює сприймання кольорів. Рівень освітленості кабінету при використанні люмінесцентних ламп повинен складати не менше 500 люкс. Освітленість операційного поля не повинна перевищувати рівень загального більш як у 10 разів і бути в межах 2000-5000 люкс, щоб не викликати втоми очей лікаря при частому переведенні погляду на предмети з різним ступенем освітленості.

Для пацієнта створюються умови для зручного розміщення і надання йому положення, необхідного для виконання стоматологом лікарських маніпуляцій.

Для роботи лікаря, що проводить прийом хворих у клініці терапевтичної стоматології, кабінет забезпечується таким обладнанням:

1. Крісло стоматологічне;
2. Стілець для лікаря;
3. Стоматологічна установка з тримачами наконечників і пістолетом "вода-повітря", світильником, плювальницею, слиновідсмоктувачем, пілососом, діатермокоагулятором, електроодонтодіагностичним приладом;
4. Столик біля крісла лікаря;
5. Канцелярський стіл для ведення лікарем обліково-звітної документації;
6. Умивальник для миття рук;
7. Умивальник для миття інструментарію;


8. Витяжна шафа із стерилізатором;
9. Стерильний стіл;
10. Шафа для зберігання медикаментів, інструментарію, матеріалів для перев'язок та пломбування;
11. Стіл діагностичної та лікувальної апаратури.

Одна половина кабінету повинна знаходитись у розпорядженні лікаря – на певній відстані від столиків з медикаментами та стерильним інструментарієм приймають пацієнтів.

Стоматологічний кабінет забезпечується припливно-витяжною вентиляцією.

Для кварцування кабінету у перерві між змінами чи після завершення робочого часу необхідна кварцева лампа.

Лікування зубів та виконання більшості стоматологічних маніпуляцій неможливі без використання стоматологічної установки, яка додатково може бути обладнана електродіагностичними приладами, діатермокоагулятором, слиновідсмоктувачем, пілососом, ультразвуковим апаратом для зняття зубних відкладень, фотополімеризатором, дентальним рентгенівським апаратом, інтраоральною камерою.

За допомогою бормащини проводиться препарування каріозних порожнин і зубів. Бормащини бувають електричні, пневматичні, турбінні, стоячі, висячі, комбіновані, стаціонарні, портативні. Вони повинні забезпечувати певну швидкість і механічне зусилля під час обертання бора для препарування твердих тканин зубів: низькооборотні – від 1000 до 10000-30000 обертів за хв і високооборотні (турбінні) – 300000-500000 обертів за хв. Стоматологічні крісла призначені для зручного розміщення хворого у необхідному для стоматолога положенні під час проведення стоматологічних маніпуляцій. Зміна положення крісла відбувається за допомогою електрогідравлічного приводу. Світильник забезпечує інтенсивність освітлення порожнини рота близько 10000 люкс. Сучасні конструкції світильників створюють вузький спрямований пучок „холодного” світла, яке не подразнює очей пацієнта. Для закріплення обертових робочих інструментів використовують стоматологічні наконечники: прямі  з автоматичним затискачем та кутоподібний.

У стоматологічному кабінеті монтують також: дентальний рентгенологічний апарат, радіовізіограф, комп'ютер. Для роботи з пломбувальними матеріалами світлового затвердіння в стоматологічному кабінеті необхідно мати фотополімеризатор – джерело світла з довжиною хвилі 400-500 нм. Існує 4 типи ламп: галогенові, плазмові, лазерні, світлодіодні. Галогенова полімерна лампа складається з джерела випромінювання, рефлектора, світлофільтра, світловоду, таймера та системи охолодження.

Основними інструментами для препарування є стоматологічні бори. Розрізняють бори для звичайних та турбінних, а також для прямого та кутового наконечників. Бори виготовляють з різними розмірами робочої частини і, залежно від діаметра, позначають номерами від №1 (0,85 мм) до №13 (3,1 мм). Матеріал для борів – різні спеціальні тверді сплави, склад яких залежить від швидкості обертання – з алмазним покриттям робочої частини, покриті карбід вольфрамом і сталеві твердосплавні.

Для обстеження порожнини рота і виконання основних лікувальних маніпуляцій найчастіше використовуються стоматологічні дзеркало, пінцет і зонд, стоматологічний екскаватор, гладилка, металевий шпатель, штопфер.

Інструменти, якими стоматолог працює в порожнині рота хворого, повинні бути стерильними. Для їхньої стерилізації застосовують спеціальні методики, що включають кілька етапів: дезінфекцію, передстерилізаційне очищення і власне стерилізацію.

Очищення стоматологічного інструментарію може проводитись за допомогою спеціальних ультразвукових апаратів, методом сухожарової стерилізації при температурі 150-200⁰С у сухоповітряних шафах. Стоматологічний кабінет повинен бути устаткований такими шафами для стерилізації.

Для збереження інструментів необхідно забезпечити правильний і кваліфікований догляд за ними.

Основні етапи обробки стоматологічного інструментарію наступні:

- знезараження (дезінфекція);
- передстерилізаційна обробка;
- стерилізація;

Деинфекція спрямована на знешкодження патогенних мікроорганізмів на виробках медичного призначення. Метою дезінфекції є запобігання інфікування медичного персоналу під час проведення наступних етапів обробки інструментарію. Деинфікуючі засоби повинні мати бактерицидну, фунгіцидну, туберкулоцидну властивості та інтактивовувати віруси.

Для дезінфекції інструментарію використовують:

- хімічний метод;
- фізичний метод;
- паровий метод;
- повітряний метод;
- кип'ятіння.

Передстерилізаційне очищення проводиться після кожного пацієнта з метою видалення білкових, жирових, механічних забруднень та залишків медикаментів. Для очищення інструментів використовують як ручний, так і механізований способи (ультразвукові апарати). Контроль якості передстерилізаційного очищення проводять з використанням фенол-фталеїнової проби – на наявність залишків мийного засобу, азопіринової або амідопіринової проби – на наявність „прихованої” крові. При позитивній реакції весь інструментарій потрібно повторно обробити одним із способів.

Для стерилізації в стоматології застосовують:

- фізичний (паровий, повітряний) метод;
- хімічний метод.

Парова стерилізація проводиться в автоклаві водяною насиченою парою під тиском 0,11-0,2 МПа при температурі 120-132⁰С протягом 20-45 хв. Для повітряного методу стерилізації використовують сухе гаряче повітря при температурі 180⁰С протягом 60 хв. в сухожаровій шафі. Хімічний метод стерилізації широко застосовують для стерилізації виробів із полімерних матеріалів, спеціального скла, гуми, металу. Хімічна стерилізація повинна проводитись при повному зануренні виробів у розчин.

Техніка безпеки. Робота лікаря-стоматолога пов'язана з виконанням складних діагностичних та лікувальних маніпуляцій на обмеженій ділянці операційного поля, що потребує значних зусиль, уміння та зосередження. Для профілактики професійних захворювань (тромбофлебіту, сколіозу) лікарів-стоматологів рекомендується більшу частину робочого часу (60%) працювати сидячи, виконуючи точні і довготривалі маніпуляції, а решту 40% – стоячи або переміщуючись по кабінету.

Під час роботи з фотополімеризатором стоматолог повинен дотримуватись певних правил техніки безпеки, а саме – бажано не дивитись прямо на світло або на відбите світло на зубі, стоматологічному дзеркалі (ризик ушкодження сітківки ока), застосовувати для захисту оранжеві фільтри (окуляри, екрани), не можна також використовувати фотополімеризатор у пацієнтів зі стимулятором серцевої діяльності.

Компоненти, що входять до складу пломбувальних матеріалів при безпосередньому контакті зі шкірою рук і слизових оболонок можуть викликати алергічні реакції, дерматити.

Лікар і медсестра стоматологічного кабінету повинні працювати у спеціальному захисному одязі: халаті, масці, рукавичках і захисних окулярах.

Етика і деонтологія в стоматології. Деонтологічний кодекс об'єднує комплекс професійних, етичних, моральних правил, норм і принципів, якими керується лікар, виконуючи свій професійний обов'язок. При спілкуванні з пацієнтом лікар зобов'язаний проводити розмову дуже витримано і тактовно, щоб якимось необережним словом чи запитанням не травмувати психіку хворого, не нав'язати йому канцерофобію. У процесі

збирання анамнезу захворювання важливо пам'ятати ще й таку деонтологічну вимогу: абсолютно неприпустимі негативна оцінка проведеного раніше лікування і некоректний відгук на адресу лікаря, який лікував хворого раніше.

Пацієнти з карієсом та його ускладненнями відчують біль, тривогу, страх, неприємні відчуття, пригніченість. Лікар зобов'язаний розрадити пацієнта, переконати його повірити у доцільність проведення певних лікувальних процедур. Для встановлення контакту з хворим лікар мусить проявити великодушність, співчуття, милосердя, душевну щедрість. Неабияке значення мають ввічливість, коректність, охайний вигляд, логічне мислення і цілеспрямоване розмірковування, приємний запах теплих рук, усмішка. Якщо лікар вважає, що психотерапія пацієнтові не потрібна взагалі, він таким чином все ж мимовільно діє на психіку хворого, але вплив цей негативний і шкодить пацієнтові і лікареві.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Які нормативи стоматологічного кабінету щодо площі, освітлення, кольору стін та підлоги?
2. Що включають в себе поняття „робоче місце лікаря, медсестри, санітарки”?
3. З чого складається сучасна стоматологічна установка?
4. Які основні стоматологічні прилади?
5. З чого складається модульний блок стоматологічної установки?
6. Які види стоматологічних наконечників?
7. Які основні стоматологічні інструменти?
8. Як поділяються ріжучі стоматологічні інструменти?
9. Що таке бор? З чого складається? Як поділяються бори?
10. Які Ви знаєте допоміжні засоби для моделювання пломб?
11. Що таке фотополімеризатор? Типи фотополімеризаторів.
12. Які основні етапи обробки стоматологічного інструментарію?
13. Що таке дезінфекція?
14. Які властивості повинні мати дезінфікуючі засоби?
15. Які методи дезінфекції?
16. Як проводять дезінфекцію ендодонтичного інструментарію?
17. Як проводять дезінфекцію наконечників та корпусів карпульних шприців?
18. Що таке передстерилізаційна обробка?
19. Що таке стерилізація?
20. Які методи стерилізації застосовують в стоматології?
21. Що таке парова стерилізація?
22. Що таке стерилізація повітряним методом?
23. Яка техніка безпеки лікаря-стоматолога при роботі з фотополімеризатором?
24. Яка форма одягу лікаря та медсестри стоматологічного кабінету?
25. Етика та деонтологія лікаря-стоматолога при прийомі хворого.

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Для організації стоматологічного кабінету на два робочих місця виділено приміщення з добрим природним освітленням, забезпечене припливно-витяжною вентиляцією, каналізацією та штучним освітленням, площею не менш ніж:

- A. 12 м²
- B. 20 м²
- C. 22 м²

- D. 24 м²
- E. 34 м²

2. Коефіцієнт відображення кольору фарби, в який пофарбований стоматологічний кабінет повинен становити:

- A. 35-45
- B. 10-30
- C. 40-60
- D. 50-70
- E. 20-30

3. Світловий коефіцієнт у кабінеті лікаря-стоматолога на одне робоче місце повинен становити:

- A. 1/2-1/3
- B. 1/3-1/4
- C. 1-2
- D. 1,5-2
- E. 1/4-1/5

4. Коефіцієнт природної освітленості у кабінеті лікаря-стоматолога повинен становити:

- A. Не менше 1,5%
- B. 1%
- C. Не менше 2%
- D. Не більше 2,5%
- E. 0,5%

5. Кут падіння світлових променів на одне робоче місце в кабінеті лікаря-стоматолога повинен становити:

- A. 35°
- B. 20°
- C. Не більше 35°
- D. Не менше 28°
- E. Не менше 25°

6. Яким повинен бути рівень освітленості кабінету при використанні люмінесцентних ламп?

- A. Не більше 650 люкс
- B. Не менше 500 люкс
- C. 400 люкс
- D. Не менше 350 люкс
- E. Не більше 400 люкс

7. Освітленість рефлектора стоматологічної установки в кабінеті лікаря-стоматолога повинна бути в межах:

- A. 1000-2000 люкс
- B. 4000-6000 люкс
- C. 2000-5000 люкс
- D. 1500-2000 люкс
- E. 0-1000 люкс

8. Який діапазон частоти обертання робочого інструменту мікромотора?

- A. 1000-30000 об/хв
- B. 0-3000 об/хв
- C. 10000-100000 об/хв
- D. 100000-500000 об/хв
- E. 0-10000 об/хв.

9. Вимоги техніки безпеки при роботі в кабінеті встановлюють мінімально припустиму відстань між лікарем, який працює на стоматологічній установці і заземленим об'єктом (батареї центрального опалення, водопровідні труби). Скільки вона становить?

- A. 0,5 м
- B. 2 м
- C. 2,5 м
- D. Не має значення
- E. 1 м

10. Які елементи входять в поняття „турбінна трійка“:

- A. Турбінний наконечник, повітряний пусстер, пістолет для води
- B. Повітряний пусстер, слиновідсмоктувач, турбінний наконечник
- C. Три турбінних наконечники різної потужності
- D. Турбінний, механічні кутовий і прямий наконечники
- E. Повітряний пусстер, механічний і турбінний наконечники

11. Довжина хвилі світла фотополімеризатора повинна становити:

- A. 400-500 нм
- B. 300-400 нм
- C. 600-700 нм
- D. 250-350 нм
- E. 550-650 нм

12. Не можна використовувати фотополімеризатор у пацієнтів:

- A. Із захворюванням серцево-судинної системи
- B. Із захворюванням крові
- C. Із серцевим стимулятором
- D. Із глаукомою
- E. Онкологічних хворих

13. Пристрій для обчислення потужності світлового потоку фотополімеризатора називається:

- A. Спектрометр
- B. Радіометр
- C. Рефлектор
- D. Осцилограф
- E. Радіовізіограф

14. Діапазон частот обертання робочого інструменту в турбінному наконечнику при проведенні розкриття каріозної порожнини:

- A. 3000-10000 об/хв
- B. 200000-300000 об/хв
- C. 30000-50000 об/хв
- D. 10000-30000 об/хв
- E. 300-400 об/хв.

15. Стоматологічний бор складається з:

- A. Хвостовика і головки
- B. Ручки і головки
- C. Ручки, фрези і головки
- D. Хвостовика, шийки і головки
- E. Ручки, головки і хвостовика

16. Прямий та кутоподібний наконечник має частоту обертання бора:

- A. 10000-30000 об/хв
- B. 20000-40000 об/хв
- C. 0-10000 об/хв
- D. 5000-10000 об/хв
- E. 30000-50000 об/хв.

17. Який колір маркувального кільця алмазного бора з найбільш грубозернистим напиленням для препарування каріозної порожнини III класу за Блеком:

- A. Чорний
- B. Червоний
- C. Білий
- D. Синій
- E. Зелений

18. Чим відрізняються бори для різних типів наконечників:

- A. Матеріалом робочої частини
- B. Формою робочої частини
- C. Матеріалом хвостовика
- D. Діаметром робочої частини
- E. Діаметром і формою хвостовика

19. Що можна виявити за допомогою амідопіринової проби?

- A. Стерильність інструментів
- B. Наявність корозії
- C. Наявність залишків крові на інструментах
- D. Наявність залишків миючих речовин
- E. Підвищення чутливості організму до алергенів

20. Який правильний режим стерилізації стоматологічних інструментів в сухожаровій шафі?

- A. При температурі 120⁰C – 90 хв.
- B. При температурі 140⁰C – 45 хв.
- C. При температурі 160⁰C – 120 хв.
- D. При температурі 180⁰C – 60 хв.
- E. При температурі 200⁰C – 30 хв.

Рекомендована література:

1. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколишина). – Т. 1. – Полтава: Дивосвіт, 2005. – 392 с.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник. – У 4 томах / М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін. – К.: Здоров'я, 2004. – Т.2. – 400 с.

3. Джегус И. Психологические аспекты в работе с пациентами. – Харьков. – 2003. – 120 с.
4. Терапевтическая стоматология: Учебн. Пособие / Под ред. проф. Л.А.Дмитриевой. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 896 с.
5. Дан Г.П. Етика для лікарів, медсестер і пацієнтів/пер. Т. Різун. – Львів: Свічадо, 2008. – 200 с.

Практичне заняття № 2

Тема: Методи клінічного обстеження стоматологічного хворого, їх значення для діагностики хвороб порожнини рота. Характеристика больового синдрому при різних видах патології.

Мета заняття: ознайомитись з систематикою методів обстеження стоматологічного хворого, знати методи клінічного обстеження, вивчити покази до застосування додаткових методів, вміти інтерпретувати характеристики больового симптому при різних стоматологічних захворюваннях.

Коротка характеристика теми

Обстеження хворого починають з опитування, в процесі якого уточнюють паспортні дані, виявляють скарги хворого. При скаргах на больові відчуття, визначають їх локалізацію, тривалість, характер, а також інтенсивність і залежність від часу доби та інших факторів (рух, емоції, метеорологічні умови).

За характером біль може бути самовільним, причинним, іррадіюючим, локалізованим, розлитим, постійним, короткочасним, тупим, пульсуючим, гострим, ниючим. Пульсуючий самовільний біль є типовим для гострих гнійних процесів (гнійний пульпіт, гнійний періодонтит, гострий остеомиєліт, ускладнений абсцедований пародонтит, гнійне запалення верхньощелепової пазухи). Гострий самовільний біль різної тривалості спостерігається при серозному запаленні пульпи зуба, невритах трійчастого нерва, артрозах скронево-нижньощелепового суглобу, а також при міозитах, глаукомі і ін. Причиною виникнення болю можуть бути також термічні (холодне, гаряче), хімічні (кисле, солодке, солоне) і механічні подразники (натискання на зуб, потрапляння їжі в каріозну порожнину, змикання та розмикання зубів).

Також, при з'ясуванні скарг звертають увагу на наявність крейдоподібних плям, пігментацій чи деструкції емалі, кровоточивості з ясен, наявність зубних відкладень, неприємний запах з рота, оголення зубів та їх рухомість. При захворюванні слизової оболонки порожнини рота (СОПР) хворі скаржаться на самовільний або причинний біль і наявність елементів ураження – пухирців, плям, ерозій, виразок тощо. Поряд із симптомами пов'язаними із ураженням зубів, тканин пародонту і СОПР пацієнти нерідко скаржаться на погіршення загального стану в цілому, або порушення функцій окремих органів і систем. Ці скарги також необхідно врахувати при аналізі отриманих даних для того, щоб встановити їх патогенетичний зв'язок з ураженнями органів порожнини рота.

Необхідно визначити приблизну дату і час початку захворювання, коли з'явилися його перші ознаки, характер появи симптомів (гострий, поступовий, раптовий) і перебіг хвороби (прогресує, регресує з ремісіями). Вияснюють фактори, які спровокували захворювання, а також причини, які, на думку хворого, могли його викликати (інфекція,

травма, інтоксикація, переохолодження). Слід встановити послідовність симптомів хвороби, наявність періодів загострення або поліпшень і їх тривалість, фактори, які погіршують перебіг захворювання, або спричиняють покращення стану пацієнта. Важливими є також в'яснити, які дослідження проводились до звертання пацієнта в клініку і які захворювання діагностувались раніше.

Проводиться ознайомлення з медичними довідками, виписками з історії хвороби, аналізами, рентгенограмами. Уточнюють проведене лікування, його тривалість і ефективність.

Одночасно в'яснюють умови праці та життя, перенесені і супутні захворювання, алергологічний статус. Впродовж розмови спостерігають за мімікою пацієнта, ступенем відкривання рота, конфігурацією обличчя і т.д. Після опитування приступають до огляду щелепово-лищевої ділянки.

Огляд і пальпація – важливі методи діагностики стоматологічних захворювань. Під час зовнішнього огляду звертають увагу на конфігурацію і колір шкіри обличчя (наявність морфологічних елементів ураження). Визначають пропорційність і симетричність лица.

Пальпаторно визначають консистенцію, рухомість тканин і органів, їх больову реакцію, наявність флюктуацій, розміри і межі патологічного вогнища.

Розрізняють пальпацію поверхневу, глибоку, поза- і внутрішньоротову. Пальпацію проводять усіма пальцями обох рук. Її необхідно проводити ніжно, не викликаючи больових відчуттів і не створюючи додаткових пошкоджень (крововиливів). Починати пальпацію слід зі сторони протилежної від патологічного процесу. Спочатку виконують поверхневу пальпацію, а потім глибоку. Глибока пальпація дозволяє встановити розміри, консистенцію та стан лімфатичних вузлів, слинних залоз і їх протоків.

Діагностика лімфаденопатії має велике значення для розпізнавання багатьох інфекційних, імунних, пухлинних і інших захворювань органів порожнини рота. Для цього дотримуються певної схеми:

1. У процесі опитування потрібно встановити час появи збільшення лімфовузлів, динаміку розвитку симптому.
2. При огляді і пальпації шиї лімфовузли досліджують в такому порядку: потиличні, білявушні, підборідкові, підщелепові, поверхневі шийні, паратрахеальні.

При пальпації лікар отримує інформацію про локалізацію лімфовузлів, їх розмір, форму, консистенцію, болючість, взаємовідношення з оточуючими тканинами. З метою розслаблення шиї пацієнта просять нахилити голову у сторону обстеження. Підщелепові лімфатичні вузли слід пальпувати бімануально. При необхідності для консультації запрошують лікарів суміжних спеціальностей (отоларингологів, фтізіатрів, гематологів і т.д.). Для уточнення причини лімфаденіту застосовують додаткові методи діагностики (розгорнутий загальний аналіз крові, туберкулінові проби, пункційну біопсію з цитологічним чи гістологічним дослідженням пунктату, рентгенографію і ін.).

Необхідно також визначити, наскільки вільно і безболісно відкривається порожнина рота, чи немає хрускоту в скроневопідщелеповому суглобі, симетричність кутів рота. Характер відкривання рота визначають як: вільний, ускладнений, обмежений.

Огляд органів порожнини рота починають з обстеження стану червоної облямівки губ і кутів рота. При цьому визначають їх рельєф, величину, наявність і характер елементів ураження. Слизову оболонку губ оглядають при зімкнутих щелепах, для цього піднімають верхню губу і опускають нижню. Оцінюють глибину присінка, рівень прикріплення вуздечок губ, язика. Під час обстеження враховують розміри, секрецію і стан вивідних протоків привушних слинних залоз, оцінюють стан і прикріплення вуздечок губ. Потім оглядають тканини присінка порожнини рота, ясенний край, визначають характер прикусу, наявність трем, діастем. При обстеженні зубних рядів за допомогою стоматологічних дзеркала і зонду за порядком оглядають усі зуби на предмет наявності у

них каріозних порожнин, некаріозних дефектів, зміни кольору, форми положення, ретенції, ортопедичних конструкцій тощо.

Зондування. Зондом обстежують кожну поверхню коронки зуба (особливо уважно – контактні, оскільки часто можна спостерігати „приховані” каріозні порожнини). Перевіряють усі фісури, ямки, заглиблення, пігментовані ділянки тощо. Якщо цілісність емалі не порушена, то зонд вільно ковзає по поверхні зуба, не затримуючись у заглибинах та складках емалі. За наявності ділянки демінералізації лікар при зондуванні відчуває шорсткість поверхні емалі, при цьому у хворого можливе виникнення незначного болю.

Зондування дозволяє визначити локалізацію найбільшійших місць (дно, емалево-дентинна межа) та ступінь розм'якшення твердих тканин, дає можливість визначити близькість до порожнини зуба і визначити життєздатність пульпи. У такому випадку зондування необхідно проводити обережно.

Оцінка стану пломби. Функціональну та естетичну повноцінність пломб безпосередньо після накладання і у віддалені терміни оцінюють за наступними клінічними параметрами: крайове прилягання, стан контактного пункту, ступінь стертості, наявність вторинного карієсу, ступінь відполірованості, кольоростійкість.

Визначення стану прикусу проводиться при зімкненні зубів верхньої і нижньої щелеп в положенні центральної оклюзії. До фізіологічних прикусів відносять: ортогнатичний, прямий, фізіологічну прогнатію і прогенію, біпрогнатію (нахил альвеолярного відростка вперед), опістогнатію (нахил альвеолярного відростка назад). Патологічні прикуси – глибокий, відкритий, перехресний, прогнатія, прогенія. Для них характерне порушення взаємодії зубних рядів, що веде до розладів функції жування, мови і певних змін у зовнішньому вигляді хворого. Аномальні прикуси відрізняються атипичним розташуванням зубів у рядах, відсутністю або зміною змикання з антагоністами.

Після огляду зубних рядів переходять до вивчення стану тканин язика, піднебіння, задньої стінки глотки, ретромоллярного простору, вивідних проток підязикових і підщелепових слинних залоз, піднебінних дужок і мигдалин.

Слизову оболонку порожнини рота обстежують при денному світлі, оскільки при штучному освітленні вона змінює свій колір. Звертають увагу на колір, зволоженість, рухомість, наявність чи відсутність морфологічних елементів пошкодження,

Термодіагностика. Реакція на температурні подразники є одним із найстаріших фізичних методів дослідження, який широко застосовується у терапевтичній стоматології. В якості подразників використовують ефір, але частіше – холодну і гарячу воду, яка дозволяє дозувати інтенсивність подразнення. Для визначення чутливості зубів на холодне або гарячу їх зрошують струменем води зі шприца. Але при цьому іноді важко встановити, який зуб реагує на зрошення. Краще, коли в каріозну порожнину (або до шийки зуба) прикладають на нетривалий термін (не більше 1 хв) ватний тампон, попередньо змочений холодною або гарячою водою.

Вивчення температурних реакцій показало, що зуби зі здоровою пульпою реагують на значні температурні відхилення. За даними Л.Р. Рубіна, зуби мають холодову і теплову чутливість. Адекватною вважається реакція, коли на нагрівання і охолодження виникають відповідні відчуття, що свідчить про нормальний стан пульпи. Індиферентна зона для зубів становить 30⁰С, температура 50-52⁰С – дає відчуття тепла, а 17-22⁰С – холоду. При деяких патологічних процесах індиферентна зона звужується, тоді незначні відхилення від температури тіла (на 5-7⁰С) вже викликають відповідну реакцію. Крім того, відзначаються неадекватні відчуття: і від теплового і від холодного виникає біль, що має місце при запаленні пульпи. Зуби із пульпою, що зазнала некрозу, на температурні подразники не реагують.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. З чого починається обстеження стоматологічного хворого?
2. На що вказують скарги хворого?
3. Які характеристики болю?
4. Які причини виникнення болю?
5. Що відноситься до основних методів обстеження?
6. На які частини поділяють обличчя для визначення його пропорційності?
7. Що таке пальпація і які її види?
8. Вкажіть схему діагностики лімфаденопатії.
9. Які ознаки СОПР є в нормі?
10. Які інструменти використовують для проведення зондування?
11. З якою ціллю проводиться зондування?
12. Що таке термодіагностика? Які зміни в пульпі свідчать про відсутність реакції на температурні подразники?
13. Які види прикусів відносять до фізіологічних і патологічних?
14. На що необхідно звернути увагу при обстеженні власне порожнини рота?
15. За рахунок чого підвищується ефективність всмоктування лікарських засобів у ділянці дна порожнини рота?

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Хворий 29 років, звернувся до лікаря-стоматолога з метою санації. З чого слід починати обстеження?
 - A. Скарги
 - B. Анамнез захворювання
 - C. Анамнез життя
 - D. Пальпація обличчя
 - E. Внутрішньоротове обстеження
2. Який біль є типовим для гострих гнійних процесів?
 - A. Ниючий
 - B. Причинний
 - C. Іррадіюючий
 - D. Самовільний пульсуючий
 - E. Тупий
3. Що може стати причиною болю при карієсі?
 - A. Безпричинний біль
 - B. Накушування на зуб
 - C. Рухомість зуба
 - D. Стертість зуба
 - E. Термічні, механічні, хімічні подразники
4. У якому розділі обстеження визначаються перші ознаки і характерні прояви хвороби?
 - A. Зовнішньоротове обстеження
 - B. Об'єктивне обстеження
 - C. Анамнез захворювання
 - D. Додаткові методи обстеження
 - E. Анамнез життя
5. Що слід в першу чергу визначити при проведенні зовнішньоротового обстеження?
 - A. Пропорційність і симетричність обличчя

- В. Колір червоної облямівки губ
- С. Цілісність лицевого скелету
- D. Чутливість виходу гілок n.trigeminus
- E. Стан регіонарних лімфатичних вузлів

6. Клінічне обстеження терапевтичного хворого складається з:

- A. Суб'єктивних методів
- В. Об'єктивних методів
- С. Антропометричних вимірів
- D. Антропометричних і рентгенологічних даних
- E. Суб'єктивних і об'єктивних методів

7. Суб'єктивні методи обстеження складаються з:

- A. Паспортної частини і збору анамнезу
- В. Паспортної частини
- С. Збору анамнезу і загального огляду
- D. Рентгенологічних методів
- E. Загального огляду і пальпації

8. Огляд порожнини рота починається з:

- A. Окремих зубів
- В. Зубних рядів
- С. Слизової оболонки
- D. Прикусу
- E. З червоної облямівки губ

9. Попередній діагноз встановлюють на основі:

- A. Анамнезу життя та зовнішнього огляду
- В. Огляду пацієнта
- С. Анамнезу захворювання
- D. Суб'єктивного обстеження, зовнішньо- та внутрішньоротового огляду
- E. Додаткових методів обстеження

10. Що таке анамнез?

- A. Скарги хворого, особливості розвитку хвороби, історія життя хворого
- В. Інструментальне обстеження хворого
- С. Заповнення історії хвороби
- D. Додаткові методи обстеження
- E. Рентгенографія зубів

11. До якого виду клінічного обстеження стоматологічного хворого слід віднести пальпацію гілок n.trigeminus

- A. Зовнішньоротового обстеження
- В. Внутрішньоротового обстеження
- С. Додаткового методу обстеження
- D. Цитологічного методу обстеження
- E. Обстеження зубних рядів

12. Назвіть інструмент для обстеження крайового прилягання пломби.

- A. Гладилка
- В. Зонд
- С. Пінцет

- D. Штопфер
- E. Шпатель

13. До групи діагностичних інструментів належать:

- A. Штопфер, зонд
- B. Гладилка, пинцет
- C. Дзеркало стоматологічне, зонд
- D. Амальгамтрегер, стоматологічне дзеркало
- E. Шпатель, екскаватор

14. Де анатомічно знаходиться вихід протоки привушної слинної залози?

- A. На слизовій оболонці щоки в ділянці верхніх великих кутніх зубів
- B. На слизовій оболонці щоки в ділянці нижніх великих кутніх зубів
- C. На слизовій оболонці в ділянці ретромоллярної ямки
- D. На слизовій оболонці щоки в ділянці верхніх премоллярів
- E. На слизовій оболонці щоки в ділянці нижніх премоллярів

15. Для пальпації підщелепових лімфатичних вузлів слід надати пацієнту наступне положення:

- A. Нахилити голову назад
- B. Нахилити голову в протилежну до сторони обстеження
- C. Нахилити голову в сторону обстеження
- D. Нахилити голову вправо
- E. Нахилити голову вліво

Рекомендована література:

1. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколишина). – Т. 1. – Полтава: Дивосвіт, 2005. – 392 с.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник. – У 4 томах / М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін. – К.: Здоров'я, 2004. – Т.2. – 400 с.
3. Терапевтическая стоматология: Учебн. Пособие / Под ред. проф. Л.А.Дмитриевой. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 896 с.
4. Мельничук Г.М., Рожко М.М. Практична одонтологія. Курс лекцій із карієсу та некаріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту. Навчальний посібник. Вид. 2-ге, доповнене. – Івано-Франківськ, 2007. – 292 с.

Практичне заняття № 3

Тема: Додаткові та допоміжні методи обстеження в стоматології. ЕОД, карієс-тести, рентгенологічне, люмінесцентне та транслюмінаційне дослідження. Діагностичні тести. Лабораторні методи.

Мета заняття: вивчити покази до застосування додаткових методів обстеження, знати основні додаткові методи, що застосовуються, ознайомитись з сучасними методами діагностики патології твердих тканин зуба.

Коротка характеристика теми

Основні методи обстеження дозволяють поставити попередній діагноз, а додаткові методи дають можливість встановити остаточний діагноз. На сучасному етапі розвитку стоматології арсенал додаткових методів обстеження значно розширився. До додаткових методів обстеження при карієсі зубів відносять: електроодонтодіагностику, візуально-тактильний метод, вітальне забарвлення, транслюмінаційний і люмінаційний методи, рентгенологічні методи.

Електроодонтодіагностика (ЕОД) – визначення мінімальної сили струму, на який реагує пульпа, або періодонт зуба, тобто визначення порогу чутливості пульпи і періодонту. Чим нижчий поріг чутливості, тим вищими будуть отримані показники. Дослідження проводяться за допомогою спеціальних апаратів для одонтодіагностики (ОД – 1, ОД – 2, ОД – 2М, ІВН – 1 і інші). Пульпа інтактного зуба реагує на струм 2 – 6 мкА, при запаленні пульпи – на струм 10 – 100 мкА, показники сили струму більш ніж 100 мкА свідчать, що пульпа мертва або відсутня.

Рентгенологічні методи – внутрішньоротова, близькофокусна рентгенографія (використовується найчастіше), контактна рентгенографія в прикус, позаротова рентгенографія, комп'ютерна рентгенографія та ін. Ці методи дослідження дозволяють оцінити стан зубів і щелеп, а при діагностиці карієсу найбільшу цінність мають для виявлення прихованих каріозних порожнин, для оцінки стану пломб і навколишніх твердих тканин, для диференційної діагностики хронічного карієсу та хронічного періодонтиту.

Візуально-тактильний метод

Цей метод полягає в наступних маніпуляціях

- А) зуб очищують від нальоту;
- Б) ізолюють від слини;
- В) висушують поверхню повітрям .

Візуально визначають розміри вогнищ демінералізації.

Метод вітального забарвлення емалі.

1. Забарвлення метиленовим синім.

За допомогою цього методу вдається не тільки виявити вогнищеву демінералізацію емалі, але й визначити ступінь її пошкодження. Метод вітального забарвлення базується на факті збільшення проникливості демінералізованої емалі до барвника (2% водного розчину метиленового синього).

Проводяться наступні маніпуляції:

- А) зуб очищають від нальоту;
- Б) ізолюють від слини;
- В) висушують;
- Г) на поверхню наносять барвник (на 3 хв);
- Д) змивають залишки барвника;

Е) проводять оцінку забарвлення за допомогою градуйованої 10 – бальної шкали, яка має різні відтінки голубого кольору. Отримані результати свідчатимуть про низьку, середню або ж високу інтенсивність демінералізації.

З діагностичною метою достатньо провести одноразове забарвлення емалі, а для контролю за ефективністю лікування цю маніпуляцію проводять декілька разів через певні проміжки часу. Цей метод також зручний для диференціальної діагностики початкового карієсу з некаріозними ураженнями твердих тканин зуба (флюороз і гіпоплазія емалі) при яких забарвлення плям не відбувається.

2. ТЕР – тест.

За допомогою барвників можна встановити також карієсрезистентність емалі здорових зубів. Так ТЕР-тест емалевої резистентності (або кислотної резистентності) проводиться наступним чином: на висушену і ізольовану вестибулярну поверхню зуба наносять одну

краплю розчину хлористоводневої кислоти діаметром 2 мм на 5 с. Далі кислоту змивають дистильованою водою, зуб висушують і зафарбовують 1% розчином метиленового синього. Інтенсивність забарвлення звіряють із стандартною шкалою і отримують кількісну оцінку карієсрезистентності емалі зуба у балах:

1-3 бали – протравлена ділянка блідо-блакитна (резистентність є досить значною);

4-6 балів – блакитне забарвлення (середній ступінь функціональної резистентності);

7-9 балів – синє забарвлення (значне зниження резистентності емалі та високий ступінь ризику виникнення карієсу);

10-12 балів – темно-синій колір (максимальний ризик виникнення карієсу).

Діагностика ризику розвитку карієсу дозволяє здійснювати ранню профілактику цієї хвороби.

Інструментальні методи.

1. Люмінесцентна діагностика за допомогою апарату PLURAFLEX.

Ця методика ефективна для виявлення прихованих плям каріозного походження і більш точного виявлення меж вогнища демінералізації. Використовується джерело УФ випромінювання – апарат PLURAFLEX, дослідження проводять у затемненому приміщенні.

А) зуб очищають від нальоту;

Б) ізолюють від слини;

В) висушують;

Г) скеровують потік УФ – променів на ділянку ураження. Для інтактної емалі характерне голубувате світіння. При наявності каріозної плями відзначається згасання люмінесценції на фоні нормального світіння неушкодженої емалі.

2. Діагностика за допомогою апарату “Діагност”.

Апарат “Діагност”, розроблений німецькою фірмою KaVo, використовується для діагностики початкового карієсу у випадках, коли це важко зробити візуально (наприклад, коли вогнища демінералізації розташовані на контактних поверхнях зубів, або у ділянках фісур жувальних зубів).

Принцип роботи наступний: лазерний діод створює імпульсні світлові хвилі певної довжини, які потрапляють на поверхню зуба. Патологічно змінені тканини зуба відбивають світлові хвилі іншої довжини, ніж інтактна емаль. Довжина хвиль аналізується електронним пристроєм апарату і при наявності вогнища демінералізації з’являється звуковий сигнал.

3. Трансліюмінаційний метод (Р.Г.Сініцин, Л.І.Пилипенко)

Цей метод ґрунтується на оцінці тінеутворення, яке отримують при проходженні через об’єкт дослідження, нешкідливого для організму холодного променя зеленого світла. Дослідження проводять у темній кімнаті за допомогою світловода з органічного скла, який приєднаний до стоматологічного дзеркала. При карієсі визначається чітко відмежована від здорових тканин напівсфера коричневого кольору.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Які методи обстеження дозволяють встановити остаточний діагноз?
2. З якою ціллю проводиться електроодонтодіагностика?
3. Які показники сили електричного струму будуть характерні для інтактного зуба?
4. Методика проведення ЕОД.
5. Які існують види рентгенологічних обстежень?
6. З якою ціллю проводиться панорамна рентгенографія?
7. З якою ціллю проводиться близькофокусна рентгенографія?
8. У чому полягає візуально-тактильний метод діагностики карієсу?
9. Яка методика проведення вітального забарвлення? Які барвники використовують для цієї методики?
10. З якою метою застосовують метод вітального забарвлення?

11. Про що свідчить резистентність емалі до кислот?
12. Методика проведення ТЕР-тесту.
13. Про що свідчить темно-синє забарвлення емалі, враховуючи стандартну шкалу ТЕР-тесту?
14. Вкажіть додаткові інструментальні методи діагностики карієсу.
15. У яких випадках проводиться діагностика карієсу за допомогою апарату Pluraflex?
16. Який принцип роботи апарату „Діагност”?
17. На чому ґрунтується транслюмінаційний метод?

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Жінка віком 50 років звернулася до стоматолога зі скаргами на застрягання їжі в зубі нижньої щелепи. Об'єктивно: на дистальній і жувальній поверхнях 45 зуба виявлена каріозна порожнина в межах навколопульпового дентину, виповнена щільним пігментованим дентином. Був установлений діагноз хронічного глибокого карієсу. Яке дослідження дає можливість провести диференціальну діагностику з хронічним періодонтитом?
 - A. Зондування
 - B. Електроодонтодіагностика
 - C. Пальпація слизової оболонки в ділянці верхівки кореня зуба
 - D. Перкусія
 - E. Холодова проба
2. Чоловік віком 35 років звернувся зі скаргами на короткочасний біль від термічних подразників у 46, 47 зубах. Об'єктивно: жувальні поверхні 46, 47 зубів інтактні, контактні поверхні не вдається обстежити внаслідок щільного розміщення зубів. Який із наведених методів дослідження найбільш інформативний у даному випадку, якщо є підозра на наявність каріозних порожнини?
 - A. Електроодонтодіагностика
 - B. Вітальне забарвлення
 - C. Холодова проба
 - D. Зондування
 - E. Рентгенографія
3. У 13 зубі під час профілактичного огляду виявлена глибока каріозна порожнина, яка не сполучається з порожниною зуба, дентин пігментований, щільний, реакція на холодний подразник негативна, зондування дна каріозної порожнини та перкусія зуба безболісні. На рентгенограмі кореневий канал прямий, чітко простежується його тінь до верхівки, періодонтальна щілина в ділянці верхівки кореня розширена. Який метод дослідження дозволив би судити про стан пульпи до проведення рентгенографії?
 - A. Зондування
 - B. Вітальне забарвлення
 - C. Холодова проба
 - D. Електроодонтодіагностика
 - E. Перкусія
4. Пацієнтка віком 30 років скаржиться на застрягання їжі між 46 і 47 зубами, що з'явилося 2 тижні тому. Об'єктивно: перкусія 46 і 47 зубів безболісна, ясенний сосочок між 46 і 47 зубами набряклий і гіпертрофований, під ним виявлена незначна кількість залишків їжі. Який метод дослідження необхідний для виявлення прихованих каріозних порожнин?

- A. Транслюмінаційна діагностика
- B. Люмінесцентна діагностика
- C. Рентгенологічне дослідження
- D. Електроодонтодіагностика
- E. Вітальне забарвлення

5. Пацієнт Г. звернувся зі скаргами на короткочасний біль від термічних подразників у 25, 26 зубі. Об'єктивно: жувальна поверхня 25, 26 зуби інтактні, контактні поверхні не вдається обстежити внаслідок щільного розміщення зубів. Що дозволить виявити приховані каріозні порожнини?

- A. Rtg-графія
- B. ЕОД
- C. Перкусія
- D. Термопроба
- E. Вітальне забарвлення

6. Хворий П. звернувся до лікаря-стоматолога зі скаргами на застрягання їжі між 46 і 47 зубами, що з'явилося 2 тижні тому. Об'єктивно: перкусія 46 і 47 зубів безболісна, ясенний сосочок між 46 і 47 зубами набряклий і гіперперфорований, під ним виявлена незначна кількість залишків їжі. Який метод дослідження дозволить виявити каріозну порожнину?

- A. Транслюмінаційна діагностика
- B. Вітальне забарвлення
- C. Люмінесцентна діагностика
- D. Rtg-грама
- E. ЕОД

7. При зверненні пацієнта було оглянуто 24 зуб та встановлено діагноз: середній карієс. Які показники ЕОД при даному захворюванні?

- A. Більше 100 мкА
- B. 10-20 мкА
- C. 6-12 мкА
- D. 20-40 мкА
- E. Правильна відповідь відсутня

8. Хворий віком 29 років звернувся до стоматолога зі скаргами на косметичний дефект верхніх фронтальних зубів. При огляді: на присінковій поверхні 11 і 12 зубів виявлено кілька плям крейдяного кольору. Плями овальної форми, розміром 2×3 мм під час зондування поверхня шорстка. Який тест буде найінформативніший у проведенні диференційної діагностики захворювання?

- A. ЕОД
- B. Вітальне забарвлення
- C. Зондування
- D. ТЕР-тест
- E. Термодіагностика

9. Жінка звернулася до лікаря зі скаргами на короткочасний біль від термічних подразників у 46, 47 зубах. При огляді жувальні поверхні 46 і 47 зубів інтактні, контактні поверхні дуже щільно розміщені, що спричиняє неможливість огляду. Який з наведених методів дослідження найбільш інформативний у даному випадку, якщо є підозра на наявність каріозної порожнини?

- A. Електроодонтодіагностика
- B. Зондування

- C. Вітальне забарвлення
- D. Рентгенографія
- E. Холодна проба

10. Пацієнт звернувся до лікаря зі скаргами на естетичний дефект 35 зуба. При огляді було виявлено глибоку каріозну порожнину в межах навколопульпарного дентину, виповнену щільним пігментованим дентином. Встановлено діагноз хронічний глибокий карієс. Яким дослідженням можна скористатись, щоб провести диференційну діагностику з хронічним періодонтитом?

- A. Електроодонтодіагностика
- B. Холодова проба
- C. Пальпація слизової оболонки в ділянці верхньої щелепи
- D. Зондування
- E. Трансілюмінація

11. Який метод дослідження дозволяє одержати розгорнуте по площині пошарове зображення одразу двох зімкнутих (або розімкнутих) щелеп на одній плівці?

- A. Томографія
- B. Панорамна рентгенографія
- C. Електрорентгенографія
- D. Ортопантомографія
- E. Комп'ютерна рентгенографія

12. Який показник ЕОД буде при глибокому карієсі?

- A. 120-160 мкА
- B. 6-15 мкА
- C. 60-70 мкА
- D. 0-4 мкА
- E. 20-40 мкА

13. Чоловік віком 35 р., звернувся зі скаргами на нетривалий біль, що виникає при дії термічних подразників у 46 і 47 зубах. Об'єктивно: жувальні поверхні 46 і 47 зубів інтактні, контактні поверхні не вдається обстежити внаслідок щільного розміщення зубів. Який метод дослідження найбільш інформативний у даному випадку, коли є підозра на наявність каріозних порожнин?

- A. Рентгенографія
- B. Вітальне забарвлення
- C. Холодова проба
- D. Зондування
- E. ЕОД

14. Хворий віком 30 р., проживає в місцевості, де вміст фтору в питній воді становить 0,7 мг/л. Скаржить на чутливість зубів до солодкого, кислого. Об'єктивно: у пришийковій ділянці на присінковій поверхні 12, 13, 14, 23, 24 зубів виявлені „крейдяного” кольору матові плями, їх поверхня шорстка й болюча під час зондування. Що з переліченого нижче найбільш точно підтвердить діагноз?

- A. Термопроба
- B. Рентгенографія
- C. Вітальне забарвлення
- D. Електроодонтодіагностика
- E. Перкусія

15. Хвора віком 48 років, звернувся зі скаргами на біль у 45 зубі, що непокоїть протягом 1 року. Біль виникає під час накушування. Раніше 45 зуб був запломбований. Об'єктивно: слизова оболонка в ділянці верхівки даного зуба гіперемійована, із ціанотичним відтінком. Зуб рожевого кольору, пломба випала. Який метод дослідження слід застосовувати для вибору лікувальної тактики?

- A. Термометрію
- B. Пальпація ясен
- C. Рентгенографія
- D. Зондування
- E. ЕОД

Рекомендована література:

1. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколишина). – Т. 1.– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник.– У 4 томах /М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін.– К.: Здоров'я, 2004.– Т.2.– 400 с.
3. Терапевтическая стоматология: Учебн. Пособие /Под ред. проф. Л.А. Дмитриевой.– М.: МЕДпресс-информ, 2003.– 896 с.
4. Мельничук Г.М., Рожко М.М. Практична одонтологія. Курс лекцій із карієсу та некаріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту. Навчальний посібник. Вид. 2-ге, доповнене.– Івано-Франківськ, 2007.– 292 с.
5. Рогацкин Д.В., Гинали Н.В. Искусство рентгенографии зубов.– М.: STBOOK, 2007.– 128 с.
6. Паслер Ф. А. Рентгендиагностика в практике стоматолога /Под. ред. Н.А. Рабухиной. – М.: МЕДпресс-информ, 2007.– 352 с.

Практичне заняття № 4

Тема: Медична стоматологічна документація. Амбулаторна історія хвороби стоматологічного хворого – медичний, науковий та юридичний документ.

Мета заняття: ознайомитись з медичною стоматологічною документацією. Навчитись заповнювати амбулаторну історію хвороби. Вміти оцінити дані з амбулаторної історії хвороби.

Коротка характеристика теми

Медична картка є офіційним юридичним документом, в яку записують усі дані пацієнта, отримані при обстеженні, а також усі етапи лікування захворювань зубів і органів порожнини рота. Ретельність заповнювання медичної картки дуже важлива для призначення необхідного лікування, а також для правової оцінки дій лікаря.

У першому розділі картки (форма №043/с) – паспортній частині – містяться основні дані про пацієнта, його вік, стать, місце проживання, рід занять, адреса. Ця частина картки заповнюється в реєстратурі при первинному зверненні до лікаря.

Лікар заносить у картку дані опитування, огляду, клінічних та додаткових методів об'єктивного обстеження. В спеціальний розділ заносяться дані загального огляду хворого та його порожнини рота.

Для позначення інформації про стан кожного зуба користуються так званою зубною формулою:

для постійних зубів															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

для молочних зубів									
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V
V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V

Для уніфікації запису зубної формули ВООЗ та міжнародна федерація стоматологів (FDI) запропонували двозначну систему позначення зубів залежно від їх розміщення на відповідній стороні верхньої та нижньої щелепи. Кожний зуб записується двома арабськими цифрами, перша з яких виражає квадрант відповідної половини щелепи, а друга – порядковий номер зуба в ній.

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Розроблені також схеми зубної формули, на яких відображені всі поверхні коронок немов би в розгорнутому вигляді. На них можна точно нанести локалізацію каріозної порожнини, пломби або іншого патологічного ураження на кожному окремому зубі. У цій формулі фронтальні зуби мають 4 поверхні, а премоляри і моляри – 5 поверхонь. Для різців і ікол: 1 – вестибулярна поверхня, 2 – медіальна, 3 – язикова (піднебінна) і 4 – дистальна поверхня. Для премолярів і молярів: 1 – жувальна поверхня; 2 – вестибулярна (щічна); 3 – медіальна; 4 – язикова (піднебінна); 5 – дистальна поверхня.

Для схематичного позначення захворювань та стану зубів у зубну формулу використовують літерні скорочення: С – карієс, Р – пульпіт, Рт – періодонтит, РІ – пломба, cd – штучна коронка, аг – штучний зуб незнімного протеза, R – корінь зуба, А – відсутній

зуб, Dc – зубний камінь, Lp – локалізований пародонтит, Gr – генералізований пародонтит. Ступінь рухомості зубів вказують римськими цифрами I, II, III.

При опитуванні хворого слід звернути увагу на скарги пацієнта, яку можуть бути головними (провідні при даному захворюванні) та другорядними (спричинені супутніми стоматологічними захворюваннями).

Історія розвитку захворювання складається з трьох основних розділів:

- початок захворювання (коли і як почалося, його перші симптоми, вірогідні причини виникнення);
- динаміка захворювання;
- проведене лікування і його ефективність.

В розділі історії життя хворого треба звернути увагу на:

- розумовий розвиток;
- гігієну порожнини рота;
- матеріально-побутові умови;
- умови праці;
- шкідливі звички;
- алергологічний анамнез;
- сімейний анамнез.

Об'єктивне обстеження хворого складається з:

- загального об'єктивного стану;
- стану окремих органів і систем організму;
- зовнішньоротового обстеження;
- внутрішньоротового обстеження.

Зовнішньоротове обстеження починається з огляду і закінчується пальпацією. Звертають увагу на колір, вологість шкіри, наявність патологічних елементів, різноманітних аномалій, стан волосяного покриву, симетрію обличчя. Пальпація дає можливість визначити ступінь щільності і еластичності змінених тканин, взаємовідношення шкіри і підшкірно-жирової клітковини, стан кісткової основи.

При внутрішньоротовому обстеженні оглядають три анатомічні утвори: зуби, ясна і слизову оболонку.

При огляді зубів звертають увагу на їх кількість, форму, колір, величину, наявність каріозних порожнин, пломб, протезів. Зондуванням перевіряють цілісність емалі, усі фігури, ямки, заглиблення, пігментовані ділянки. За наявності пломб проводять оцінку їхньої функціональної повноцінності (анатомічна форма, крайове прилягання, стан контактного пункту, стан і ступінь стирання поверхні пломби, відповідність її забарвлення кольору тканин зуба, наявність вторинного карієсу).

При огляді ясенного краю звертають увагу на колір, консистенцію, пігментацію, атрофію, набряк ясен, відзначають наявність та види зубних відкладень.

При огляді власне слизової оболонки порожнини рота звертають увагу на її колір, структуру, тургор, анатомічні особливості, зволоженість, наявність набряку, нальоту, патологічних елементів ураження.

Для встановлення діагнозу використовуються:

- перкусія;
- пальпація;
- зондування;
- реакція провокації больового приступу.

До додаткових методів обстеження належать:

- електроодонтодіагностика;
- рентгенологічні обстеження;
- лабораторні та інструментальні методи дослідження:

а) мікроскопічні;

б) імунологічні;

- в) алергологічні;
- г) біохімічні.

В деяких випадках після опитування, огляду, додаткових методів обстеження лікаря, у випадку складного захворювання, заносить в картку попередній діагноз. Тоді остаточний діагноз із зазначенням точної дати його встановлення вписується після проведення повного комплексу діагностичного обстеження та консультацій.

План лікування хворого на основі встановленого діагнозу заносять у спеціальний розділ медичної картки. Етапи лікування при кожному відвідуванні фіксують у розділі „Щоденник лікування”: вказується лікар, який проводив лікування. В розділі „Епікриз” коротко описується отриманий результат та рекомендації хворому.

Облік роботи лікаря-стоматолога проводиться за формою облікової документації, затвердженою МОЗ України. Основним юридичним, статистичним та медичним документом є „Амбулаторна карта стоматологічного хворого” (ф. №043/О). Проведена за день робота кожного лікаря-стоматолога реєструється в „Листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога стоматологічної поліклініки” (ф. 037/О). На підставі „Листків” медичний статистик заповнює „Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога” (ф. 039-2/О), за даними якого можна підсумувати діяльність кожного лікаря, кабінету, відділення. За підсумками роботи всіх лікарів стоматологічного профілю за 12 місяців заповнюється таблиця „Робота стоматологічного кабінету” річного „Звіту лікувально-профілактичного закладу” (ф. 20).

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Що таке медична картка стоматологічного хворого?
2. З яких розділів складається медична картка стоматологічного хворого?
3. Чому медична картка стоматологічного хворого є юридичним документом?
4. Чому медична картка стоматологічного хворого є предметом наукових досліджень?
5. Які наукові дослідження можна проводити на основі медичних карток?
6. Що таке суб’єктивне обстеження хворого?
7. Що таке об’єктивне обстеження хворого?
8. Що відносять до додаткових методів обстеження?
9. Які є схеми запису зубного ряду?
10. Як позначається зубна формула згідно рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров’я та Міжнародної федерації стоматологів?
11. Як позначають поверхні коронок зубів у зубній формулі?
12. Які є літерні позначення захворювань та стану зубів у зубній формулі?
13. Що записують у розділі „Щоденник лікування”?
14. Що записують у розділі „Епікриз”?
15. Що відноситься до облікової документації лікаря-стоматолога?
16. Як оцінюється об’єм роботи, виконаний лікарем-стоматологом?
17. Які вимоги до трудового навантаження терапевта-стоматолога?

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Медична картка стоматологічного хворого – це:
 - А. Лікарняний листок хворого
 - В. Юридичний документ
 - С. План лікування хворого
 - Д. Обліковий документ

Е. Нормативний документ

2. На скільки квадрантів розподілені зубні ряди пацієнта?

- A. 2
- B. 6
- C. 4
- D. 8
- E. 0

3. Скільки повинен виконати щоденно умовних одиниць праці лікар-стоматолог-терапевт при п'ятиденному робочому тижні?

- A. 21 УОП
- B. 20 УОП
- C. 28 УОП
- D. 26 УОП
- E. 25 УОП

4. З яких частин складається об'єктивне обстеження стоматологічного хворого?

- A. Огляду і пальпації тканин порожнини рота
- B. Пальпації м'яких тканин обличчя та додаткових методів обстеження
- C. Зовнішньоротового дослідження
- D. Загального огляду і обстеження порожнини рота
- E. Внутрішньоротового огляду і інструментального обстеження

5. До якої частини обстеження хворого відноситься загальний огляд та обстеження щелепово-лицевої ділянки?

- A. До суб'єктивного обстеження
- B. До анамнезу захворювання
- C. До анамнезу життя
- D. До об'єктивного обстеження
- E. До об'єктивного і суб'єктивного обстеження

6. З яких частин складається клінічне обстеження хворого?

- A. Зі скарг хворого і анамнезу життя
- B. З обстеження порожнини рота і додаткових методів обстеження
- C. З обстеження загального стану хворого і рентгенографії зубів
- D. З анамнезу життя і захворювання
- E. З суб'єктивного і об'єктивного дослідження

7. Дані про огляд зубів та зубних рядів записують у розділ історії хвороби:

- A. Внутрішньоротове обстеження
- B. Зовнішньоротове обстеження
- C. Додаткові методи обстеження
- D. Скарги хворого
- E. Лікування. Профілактика. Прогноз

8. Дані про алергологічний статус пацієнта записується у розділ:

- A. Історія розвитку захворювання
- B. Історія життя хворого
- C. Стан окремих органів і систем організму
- D. Скарги хворого
- E. Обстеження щелепово-лицевої ділянки

9. Які значення ЕОД здорового зуба?

- A. 0-4 мкА
- B. 2-6 мкА
- C. 1-2 мкА
- D. 20-30 мкА
- E. 30-40 мкА

10. Що таке електроодонтометрія?

- A. Реакція тканини на холодний подразник
- B. Реакція твердих тканин зуба на больовий подразник
- C. Реакція пародонту на дію електричного подразника
- D. Реакція твердих тканин на дію електричних подразників в порожнині рота
- E. Реакція тканин на дію електричного подразника

11. Який зуб позначають цифрою 38 у зубній формулі?

- A. Перший пре моляр верхньої щелепи справа
- B. Другий моляр нижньої щелепи зліва
- C. Третій моляр нижньої щелепи зліва
- D. Перший моляр верхньої щелепи справа
- E. Другий пре моляр верхньої щелепи зліва

12. Скільки поверхонь мають фронтальні зуби у схемі зубної формули?

- A. 3
- B. 5
- C. 6
- D. 4
- E. 2

13. Скільки поверхонь мають моляри та премоляри у схемі зубної формули?

- A. 6
- B. 5
- C. 4
- D. 7
- E. 8

14. Який зуб у зубній формулі позначений цифрою 56?

- A. Перший постійний моляр верхньої щелепи справа
- B. Немає правильної відповіді
- C. Другий молочний моляр нижньої щелепи зліва
- D. Перший молочний моляр верхньої щелепи справа
- E. Третій постійний моляр нижньої щелепи зліва

15. Ступінь рухомості зубів в історії хвороби позначають так:

- A. Високий і низький
- B. Задовільний і незадовільний
- C. Рухомі, нерухомі
- D. 1, 2, 3
- E. I, II, III

16. При первинному зверненні до лікаря у реєстратурі заповнюють такі дані:

- A. Скарги пацієнта та історія життя

- В. Паспортна частина, історія життя та розвиток захворювання
- С. Паспортні дані, вік, стать, місце проживання, рід заняття, адреса
- Д. Скарги пацієнта, історія розвитку захворювання
- Е. Історія життя та розвитку захворювання пацієнта

17. Зовнішньоротове обстеження пацієнта складається з:

- А. Огляду і перкусії
- В. Огляду і пальпації
- С. Пальпації і перкусії
- Д. Огляду і зондування

18. Карієс у зубній формулі позначається так:

- А. С
- В. К
- С. П
- Д. Q
- Е. X

19. Ріжучий край коронки зубів позначають так:

- А. R
- В. F
- С. E
- Д. I
- Е. P

20. У розділі „Епікриз” описують:

- А. Проведене лікування
- В. Етапи лікування
- С. Дані додаткових методів обстеження
- Д. Скарги хворого та проведене лікування
- Е. Короткий підсумок історії хвороби та рекомендації хворому

Рекомендована література:

1. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколишина).– Т. 1.– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник.– У 4 томах /М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін.– К.: Здоров'я, 2004.– Т.2.– 400 с.
3. Терапевтическая стоматология: Учебн. Пособие /Под ред. проф. Л.А. Дмитриевой.– М.: МЕДпресс-информ, 2003.– 896 с.
4. Скрипников П.М., Скрипникова Т.П., Мельникова С.В. Аспекты современной профессиональной деятельности врача-стоматолога.– Полтава, 2009.– 84 с.
5. Авдеев І.П., Баглик Т.В., Некраха Т.В.Актуальне законодавство в Україні.– Харків:Авіста-ВЛТ, 2009.– 544 с.
6. Опанасюк Ю.В., Ляшенко О.В., Опанасюк І.В., Кривець В.В. Модель ведення стоматологічного прийому пацієнтів. – К.: ТОВ «Інститут прогресивних стоматологічних технологій», 2005.– 90 с.

Практичне заняття № 5

Тема: Зубні відкладення, їх види. Механізм утворення, структура, хімічний склад, мікрофлора. Професійна гігієна порожнини рота, оцінка її ефективності та значення у профілактиці стоматологічних хвороб.

Мета заняття: ознайомитись із різновидами зубних відкладень, уміти їх диференціювати. Навчитись правилам, методикам професійної гігієни рота, знати покази до їхнього застосування. Вміти оцінити гігієнічний статус пацієнта

Коротка характеристика теми

Згідно класифікації Listgarten (1976) до набутих органічних відкладень на емалі відносяться: 1)слинні відкладення; 2)бактеріальні відкладення; 3)зубний камінь; 4)пігментний наліт; 5)зубна кутикула; 6)підповерхнева кутикула; 7)комбіновані відкладення. До бактеріальних відкладень належать зубний наліт і зубна бляшка (dental plaque), якій належить провідна роль у демінералізації емалі та виникненні карієсу.

М'який зубний наліт – скупчення суміші бактерій, продуктів їхньої життєдіяльності, клітин злушеного епітелію, лейкоцитів, залишків їжі, протеїнів і ліпідів слини на поверхні зуба. Не має сталої структури, нещільно прилягає до поверхні зуба, тому легко видаляється струменем води або при полосканні рота.

Зубна бляшка – структурований, вязкий, войлокоподібної консистенції різновид відкладень. Вона локалізується на важкодоступних для очищення поверхнях зуба, досить щільно прикріплена до зуба, усунути її можна лише механічним способом.

Слід відзначити провідну роль мікроорганізмів в утворенні зубного нальоту та бляшки, оскільки останні ніколи не утворюються у тварин-гнотобіотів. Зубна бляшка формується у кілька етапів:

1. На очищеній поверхні зуба за рахунок електростатичних зв'язків утворюється безструктурна, безклітинна плівка – пелікула, товщиною 0,1 – 1 мкм, яка складається з протеїнів слини.

2. До пелікули протягом кількох годин послідовно прикріплюються грампозитивні коки, актиноміцети, вейлонели та філаменти. Ця стадія триває 4 – 7 днів.

3. Утворення і формування зрілої зубної бляшки шляхом поділу мікроорганізмів і адгезії нових. Мікроорганізми активно синтезують поза- та внутрішньоклітинні полісахариди, побічним продуктом цього синтезу є виділення органічних кислот – оцтової, молочної, пропіонової, масляної, піровиноградно тощо. З часом мікробний склад бляшки набуває анаеробного характеру.

Зубний камінь утворюється внаслідок мінералізації над'ясенного нальоту переважно у ділянці вивідних проток великих слинних залоз – на язичній поверхні фронтальних зубів нижньої щелепи та на вестибулярній поверхні молярів верхньої щелепи. Мінералізація здійснюється внаслідок перенасиченості слини сполуками кальцію. Зрілий зубний камінь має форму пластинок, тобто він утворюється періодично і нашаровується. Часто зубний камінь буває вкритим шаром нальоту чи зубної бляшки.

У зубній бляшці та нальоті виявлено більше 300 типів бактерій та небактеріальних мікроорганізмів (віруси, найпростіші, гриби). У 1 мг нальоту міститься більше 200 млн. бактерій. Під час порівняльного дослідження мікрофлори зубної бляшки було встановлено, що підвищену здатність утворювати зубну бляшку і, відповідно, викликати ураження зубів мають стрептококи, які становлять більше половини усієї мікрофлори

бляшки. До карієсогенних видів належать *Str. sanguis*, *Str. salivarius*, *Str. mutans*, з посеред яких провідна роль належить останньому.

Важливою біохімічною особливістю карієсогенних стрептококів є їхня здатність шляхом анаеробного гліколізу синтезувати екстрацелюлярні полісахариди гелеподібної, клейкої консистенції. Наприклад, левани і декстрини є резервними вуглеводами, які згодом розщеплюються до органічних кислот, а глікани забезпечують адгезію бляшки до поверхні зуба. Утворення внутрішньоклітинних полісахаридів дозволяє мікроорганізмам підтримувати обмін речовин і в умовах незначної кількості поживного середовища.

Str. mutans не тільки утворюють органічні кислоти, але і толерантні до кислот. Вони можуть існувати в кислих умовах бляшки, при яких гинуть інші мікроорганізми порожнини рота (рН<5,5). Сучасні дослідження підтверджують, що *Str. mutans* не належить до нормальної бактеріальної флори порожнини рота. Як і інші збудники інфекції, він передається від людини до людини, зокрема через слину. З посеред інших мікроорганізмів, що знаходяться в порожнині рота, важливу роль у патогенезі карієсу відіграють лактобацили та актиноміцети, останні, вважається, сприяють виникненню карієсу кореня зуба.

Окрім утворення органічних кислот, у зубній бляшці продукується більше 50 різних ферментів, яким відводиться значна роль у руйнуванні органічної субстанції дентину при карієсі. Деякі ферменти, наприклад гіалуронідаза, є етіологічними чинниками у розвитку запальних захворювань пародонта. Окрім гіалуронідази, протеаз, у зубній бляшці присутні фосфатази, нейрамінідази, лактатдегідрогенази, декстранази та низка інших ферментів гліколітичного шляху розпаду глюкози.

При відсутності гігієни порожнини рота вже через тиждень підповерхневий шар емалі під зубною бляшкою змінює свій склад – збільшується об'єм мікропросторів, зменшується концентрація мінеральних речовин. Через 2 тижні зміни емалі вже можна зауважити візуально при її висушуванні, що свідчить про значну втрату неорганічних речовин, спричинену метаболітами мікроорганізмів. Через 3 – 4 тижні у поляризаційному мікроскопі спостерігаються характерні для білої плями зони ураження. Проте, якщо накопичені за місяць відкладення видалити, пошкоджена емаль контактуючи зі слиною ремінералізується.

Для виявлення зубних відкладень використовують тести з барвниками, здатними активно проникати в товщу відкладень та зафарбовувати їх. Найчастіше для цього використовуються йодовмісні сполуки, зокрема розчин Шиллера-Писарева (1 г кристалічного йоду, 2 г йодиду калію, 40 мл дистильованої води), еритрозин, генціанвіолет та ін. Для кількісної оцінки зубних відкладень запропонована низка гігієнічних індексів. *Гігієнічний індекс Федорова-Володкіної (1970)* визначається за забарвленням вестибулярної поверхні фронтальних зубів нижньої щелепи, яке оцінюється за 5-бальною шкалою. При проведенні *гігієнічного індекса OHI-S Green-Vermillion (1964)* обстежують вестибулярну поверхню 11, 16, 26, 31 і язичну поверхню 36, 46 зубів після нанесення на них барвника. Оцінка забарвлення проводиться за 4-бальною системою.

Професійна гігієна (професійне чищення зубів) включає:

- виявлення над'ясенних відкладень;
- повне видалення над- та під'ясенних відкладень, пігментного нальоту;
- полірування і втирання фторвмісних препаратів у поверхню зубів.

Для видалення зубних відкладень використовується *механічний (ручний) метод* з використанням екскаваторів, спеціальних гачків, долот і кюретажних ложок. Для видалення зубного каменя і під'ясенних відкладень застосовують *ультразвукові* магнітострикційні або п'єзоелектричні апарати, які перетворюють електричний струм у мікроскопічні вібраційні коливання частотою 25000 – 50000 Гц. У магнітоконстрикційних апаратах повздовжні коливання надаються металевій або нікелевій серцевині в катушці змінного струму. У п'єзоелектричних апаратах у полі змінного струму відбувається деформація кристалів кварцу. Виникаючі під час цього коливання передаються на робочу

частину приладу. Ультразвук створює істинну кавітацію біля кінчика інструмента з вивільненням вільного кисню, що дає сильний очищуючий ефект. *Пневматичні (звукові) скалери* працюють на стиснутому повітрі та воді, які подаються компресором стоматологічної установки. Стиснене повітря обертає ротор всередині скалера, викликаючи еліптичну вібрацію робочої частини частотою 2000 – 6000 Гц. Ультразвукові апарати не можна використовувати для зняття м'яких зубних відкладень через ризик пошкодження твердих тканин зуба, не варто використовувати цей тип скалерів і у пацієнтів з кардіостимуляторами. Перевагами методу є: зменшення робочого часу та втоми оператора, комфортність процедури, одночасне рідинне промивання операційного поля.

Порошкоструминні апарати застосовуються для очистки фісур і видалення пігментних відкладень з поверхні зубів. Прилади серії Air Flow S призначені для видалення м'яких зубних відкладень, у них використовується профілактичний порошок на основі бікарбонату натрію. Прилад Air Flow S 2 поєднує в собі порошкоструминну та ультразвукову дію, що робить його універсальним. Апарат Air Flow prep K 1 є більш потужним, активним компонентом використовуваного порошку є абразивний окис алюмінію, що дозволяє використовувати прилад також і для безболісної обробки каріозних порожнин без препарування.

Заключне *полірування* поверхні зуба та повне видалення пігментацій проводять за допомогою м'яких механічних щіток та резинових чашечок. Для очистки міжзубних проміжків використовують тонкі гнучкі насадки системи EVA з дерева або пластмаси. Також можна використовувати покриті окисом алюмінію полірувальні смужки для композитних пломб. Слід вибирати неабразивні полірувальні пасти або використовувати зубні фтористі пасти. При покритті поверхні зуба фторвмісними лаками віддають перевагу лакам, що не містять смол, оскільки останні можуть відкладатись у пародонтальних кишнях.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Які існують види зубних відкладень?
2. Механізм утворення м'яких та твердих зубних відкладень.
3. Склад та структура зубних відкладень.
4. Мікрофлора зубної бляшки.
5. Ферменти та кислоти зубної бляшки.
6. Клінічні методи визначення зубних відкладень.
7. Гігієнічні індекси, трактування їхніх показників.
8. Методи зняття зубних відкладень.
9. Ультразвукове зняття зубних відкладень. Особливості роботи.
10. Піскоструменеве зняття зубних відкладень. Особливості роботи.
11. Полірування твердих тканин зуба, методики, матеріали.

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Який з перелічених видів зубних відкладень найлегше видаляється з поверхні зуба?
A. Зубна бляшка.
B. Зубний наліт.
C. Зубний камінь.
D. Пігментні відкладення.
2. Зубна бляшка вважається зрілою після знаходженні на поверхні зуба
A. 1 добу

- B. 3 доби.
- C. 5 діб
- D. 10 діб
- E. 8 годин

3. Який барвник використовується при оцінюванні гігієнічного стану ротової порожнини?

- A. Розчин метиленового синього.
- B. Розчин бриліантового зеленого.
- C. Розчин йоду.
- D. Розчин кислого фуксину.
- E. Розчин перекису водню

4. Частота коливань робочої поверхні звукового скалера становить

- A. 1000 Гц
- B. 5000 Гц
- C. 10000 Гц
- D. 20000 Гц
- E. 30000 Гц

5. Частота коливань робочої поверхні ультразвукового скалера становить

- A. 1000 Гц
- B. 5000 Гц
- C. 10000 Гц
- D. 20000 Гц
- E. 30000 Гц

6. Адгезія зубної бляшки до поверхні зуба забезпечується за рахунок синтезованих мікроорганізмами

- A. Білків
- B. Кислот
- C. Позаклітинних полісахаридів
- D. Внутрішньоклітинних полісахаридів
- E. Ліпідів

7. Близько 50 % мікрофлори зубної бляшки становлять

- A. Актиноміцети
- B. Вейлонелли
- C. Лактобацили
- D. Стрептококи
- E. Ристелли

8. Оцінка 2,7 бали при визначенні гігієнічного індексу Федорова-Володкіної свідчить, що гігієнічний стан ротової порожнини є:

- A. Добрий
- B. Задовільний
- C. Незадовільний
- D. Поганий
- E. Дуже поганий

9. Оцінка 1,33 бали при визначенні гігієнічного індексу Green-Vermillion свідчить, що гігієнічний стан ротової порожнини є:

- A. Добрий

- В. Задовільний
- С. Незадовільний
- Д. Поганий
- Е. Дуже поганий

10. Вказати рН середовища, при якому розпочинається демінералізація емалі.

- А. 4,5
- В. 5,0
- С. 5,5
- Д. 6,0
- Е. 6,5

11. Вказати рН середовища, при якому розпочинається демінералізація дентину і цементу кореня.

- А. 4,5
- В. 5,0
- С. 5,5
- Д. 6,0
- Е. 6,5

12. Яка властивість карієсогенних мікроорганізмів є найважливішою для формування зубної бляшки?

- А. Ацидофільність
- В. Ацидогенність
- С. Здатність синтезувати позаклітинні полісахариди
- Д. Здатність синтезувати внутрішньоклітинні полісахариди
- Е. Здатність швидко розмножуватись

13. Яка властивість карієсогенних мікроорганізмів є визначальною у розвитку карієсу?

- А. Ацидофільність
- В. Ацидогенність
- С. Здатність синтезувати позаклітинні полісахариди
- Д. Здатність синтезувати внутрішньоклітинні полісахариди
- Е. Здатність швидко розмножуватись

14. "Улюблена" локалізація зубного каменю в порожнині рота це:

- А. Контактні поверхні усіх зубів
- В. Вестибулярні поверхні нижніх молярів і премолярів
- С. Вестибулярні поверхні нижніх різців
- Д. Оральні поверхні усіх зубів
- Е. Оральні поверхні нижніх різців

Рекомендована література:

1. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколишина).– Т. 1.– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник.– У 4 томах /М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін.– К.: Здоров'я, 2004.– Т.2.– 400 с.
3. Хельвіг Э., Климек Й., Аттин Т. Терапевтическая стоматология.– Львов: ГалДент, 1999.– 409 с.
4. Левицкий А.П., Мизина И.К. Зубной налет.– К.: Здоров'я, 1983.– 80 с.

5. Терапевтическая стоматология: Учебн. Пособие /Под ред. проф. Л.А. Дмитриевой.– М.: МЕДпресс-информ, 2003.– 896 с.

Практичне заняття № 6

Тема: Знеболення в терапевтичній стоматології, види, методи засоби, показання до використання. Допомога при невідкладних станах.

Мета заняття: ознайомитись з видами та методами знеболення в терапевтичній стоматології. Знати покази до їх використання. Навчитись методик застосування анестезії. Вміти надати допомогу при невідкладних станах.

Коротка характеристика теми

Страх зубного болю – проблема сучасної стоматології, оскільки змушує пацієнта довго терпіти біль і не відвідувати лікаря, що часто призводить до тривалого лікування уже різноманітних ускладнень. Сучасна стоматологічна наука володіє цілою низкою прийомів, методів, засобів, спрямованих на зменшення болючості стоматологічних маніпуляцій.

Препарування – це операція на твердих тканинах зубів, яка має гуморальну та анатомофізіологічну дію на організм загалом. Біль під час препарування визначається комплексом факторів:

- 1) у твердих тканинах є відростки одонтобластів, які при подразненні виділяють гістамін, що діє на нервові рецептори, розміщені в одонтобластичному шарі пульпи;
- 2) виділяється ацетилхолін, який проводить нервові імпульси;
- 3) коливання тиску в пульпі також діє на її нервові волокна, викликаючи біль.

Причини, які викликають біль:

- 1) вібрація;
- 2) тиск на тканини;
- 3) підвищення температури.

Значно зменшити болючість вдається, якщо:

- 1) використовують гострі, твердосплавні та алмазні бори;
- 2) рухи бора уривчасті, лікар ніби ставить коми у місцях, що препаруються;
- 3) наконечник добре відцентрований і не вібрає;
- 4) при роботі звичайним наконечником препарування здійснюється лише в сухій порожнині;
- 5) при роботі турбінним наконечником здійснюється постійне повітряне або водяне охолодження;
- 6) бор правильно підібраний за величиною і формою, бо чим більша величина бора, тим більша травма;
- 7) каріозна порожнина якнайчастіше зрошується водою;
- 8) препарування здійснюється з мінімальним тиском на тканини;
- 9) при наближенні до пульпи працюють на найменших обертах, що є безпечнішим для пульпи і менш болісним;
- 10) рука лікаря і наконечник добре зафіксовані.

Способи знеболення поділяються на:

- 1) премедикацію;
- 2) аплікаційний метод;
- 3) ін'єкційний метод;
- 4) електрознеболення;
- 5) наркоз.

Премедикація. З метою усунення страху у хворого, який може мати більший вплив на психіку хворого, ніж сам біль, хворому можна призначити:

- транквілізатори: седуксен (0,01-0,05), триоксазин (0,3-0,6);
- комбінацію з анальгетиками: анальгін (0,5-1,0), амідопірін (0,25-0,5).

Для заспокоєння пацієнта можна призначити седативні ліки рослинного походження (настоянки валеріани, собачої кропиви, горицвіту).

Засоби для аплікаційного знеболення можна поділити на:

1) припікальні засоби (спричинюють денатурацію білків поверхневого шару твердих тканин зубів та зубного ліквору) – карболова та трихлороцтова кислоти, 10-30% р-н срібла нітрату;

2) засоби дегідратаційної дії: натрію хлорид, натрію, калію, магнію гідрокарбонат – ці препарати справляють поверхневу дію, тому під час препарування каріозної порожнини їх потрібно неодноразово вносити або втирати.

3) анестетики, у вигляді аерозолів, гелів, мазей, паст. Знеболювальний ефект нетривалий і неглибокий (лідокаїн 10%, дикаїн, анестезин). Виражену знеболювальну дію має прополіс, який у вигляді 4-20% спиртового розчину вносять у каріозну порожнину або втирають у тверді тканини зуба протягом 3-5 хв.

За хімічною структурою ін'єкційні анестетики поділяють на 2 групи: складні ефіри (новокаїн, анестезин, дикаїн) та аміди (лідокаїн, тримекаїн, мепівакаїн, трипокаїн, бупівакаїн, етидокаїн, атрикаїн).

Новокаїн погано проникає в тканини, тому його використовують для інфільтраційної і провідникової (2% р-н) анестезії з вазоконстрикторами.

Лідокаїн застосовують для всіх видів анестезії. Комерційні препарати лідокаїну випускають під назвами: ксикаїн, ксилокаїн, ксилестизин, ксилонест, лігнокаїн.

Мепівакаїн можна використовувати без вазоконстрикторів, це дозволяє застосовувати його в пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями, комерційні назви: скандонест, мепіваестезин.

Бупівакаїн в 4 рази сильніший за мепівакаїн, діє повільніше, забезпечує більш тривалу анестезію, має виражену судинорозширювальну дію, тому його застосовують у вигляді 0,5% розчину з вазоконстрикторами.

Артикаїн має високу дифузійну здатність, що дозволяє йому глибоко проникати в тканини, мало токсичний, вводять з вазоконстрикторами, не проникає через плацентарний бар'єр і не чинить кардіодепресивної дії. Комерційні назви: альфокаїн, ультракаїн, септанест, убістезин, примакаїн.

Не рекомендують застосовувати анестетики з судинозвужувальними засобами в таких випадках:

- у хворих з некомпенсованими формами серцево-судинних захворювань, ендокринними захворюваннями;
- у пацієнтів, які приймають антидепресанти, гормони щитоподібної залози.

До інфільтраційної анестезії відносять:

- інфільтраційну підслизову анестезію, яку застосовують для знеболення слизової оболонки;
- надокісну – для знеболення зубів, виконують з вестибулярного та язикового боку в ділянці проекції верхівки кореня;
- підокісну (субперіостальну) – проводять, коли необхідно отримати більш глибоке знеболювання (на нижній щелепі малоефективна);
- спонгіозну: розчин місцевого анестетика вводять в губчасту речовину кістки, необхідні спеціальні голки, розрізняють інтрасептальну та інтралігаментарну анестезію;

Для спонгіозної інтрасептальної анестезії застосовують спеціальний карпульний шприц з дозатором, вводять 0,3-0,5 мл розчину анестетика.

Інтралігаментарна анестезія: введення спеціальним шприцом із дозатором і тонкою ін'єкційною голкою розчину анестетика у періодонтальну щілину.

Провідникова анестезія: розчин анестетика вводять повільно протягом 20-40 с поблизу нервових стовбурів на деякій відстані від знеболюваної ділянки (приблизно 2 мл анестетика).

Розрізняють наступні види:

1) на нижній щелепі: мандибулярна, торусальна, ментальна;

2) на верхній щелепі: туберальна, інфраорбітальна, різцева, палатинальна.

Запропоновані також методики електрознеболення, рефлексаналгезії, аудіоаналгезії, але завдяки високій ефективності сучасних ін'єкційних анестетиків ці види знеболення не набули широкого розповсюдження.

Наркоз (інгаляційний і внутрішньовенний) може бути використаний у хворих з високим рівнем емоційного напруження, психічнохворих, з неадекватною поведінкою, у разі відсутності ефекту місцевої анестезії або у пацієнтів з вираженою алергічною реакцією на анестетики.

Анафілактичний шок – генералізована анафілактична реакція, яка настає при взаємодії введеного анестетика з антитілами, сорбованими на тканинних базофілах. Вивільнення та активація БАР (гістамін, серотонін, гепарин, повільно реагуюча субстанція), протеолітичних ферментів з крові та тканин (катепсинів, тканинної гіалуронідази) зумовлює каскад біохімічних і патофізіологічних змін (функціональних і структурних порушень) часом аж до виникнення несумісних з життям станів.

Антигеном може бути будь-який медикамент, введений переважно парентерально, проте не можна відкидати виникнення анафілактичного шоку при аплікаційному, пероральному введенні або ж через потрапляння препарату в дихальні шляхи під час розпилювання аерозолем. Обов'язковою умовою є попередня сенсibiliзація організму, яка розвивається у відповідь на перше потрапляння алергену. Повторне введення антигену зумовлює реакцію антиген-антитіло. У залежності від клінічних варіантів анафілактичний шок може мати перебіг за кардіогенним, абдомінальним, гемодинамічним, асфіктичним типом.

Симптомами анафілактичного шоку, які з'являються відразу ж після або під час введення анестетика є: загальна слабкість, сильний головний біль, гострий біль за грудиною, раптова блідість. Можливе швидке виникнення набряку Квінке, бронхоспазму, набряку гортані, ларингоспазму, дихальної недостатності, поява гіперемії і навіть ціанозу шкіри, задишки.

Форми анафілактичного шоку:

- 1) Блискавична форма – настає через 1-2 сек. після введення алергену: судоми, розширення зіниць, втрата свідомості, відсутність реакції на світло, зниження артеріального тиску, важке дихання, тони серця пропадають. Через 8-10 хв настає смерть.
- 2) Тяжка форма виникає через 5-7 хв. після введення алергену, відчуття жару, важке дихання, головний біль, послаблення тонів серця, зниження артеріального тиску, розширення зіниць.
- 3) Середня форма розвивається приблизно через 30 хв. після введення алергену, на шкірі з'являється алергічна висипка, свербіж.

В клініці можливі наступні варіанти цих форм анафілактичного шоку:

- кардіогенний (з набряком легень);
- астмоподібний (з бронхоспазмом, набряком гортані);
- церебральний з психотропним збудженням, судомами, втратою свідомості;
- абдомінальний.

Послідовність надання невідкладної допомоги при анафілактичному шоці:

- 1) припинити доступ алергену до організму;

- 2) ввести довенно гідрокортизон (від 25-50 до 200-300 мл у тяжких випадках) або преднізолон (50-150 мл), у тяжких випадках – до 400 мл або дексаметазон – 1 мл 0,4% розчину;
- 3) після стабілізації артеріального тиску ввести в/м 1-2 мл 2% р-ну супрастину або 2-3 мл 2,5% піпольфену або 5 мл 1% розчину супрастину або 2-3 мл 2,5% піпольфену або 5 мл 1% р-ну димедролу;
- 4) симптоматична терапія: при бронхоспазмі – еуфілін, для стимуляції діяльності серця – 1-2 мл кордіаміну підшкірно або 1 мл 10% р-ну коразолу, для стимуляції центру дихання – 0,5-1 мл цититону;
- 5) при порушенні серцевої діяльності і зупинці дихання – штучна вентиляція легень, якщо ціаноз не зменшується, може настати зупинка серця. Не припиняючи штучного дихання слід проводити масаж серця. При розвитку набряку гортані – інтубація чи трахеотомія.

Набряк Квінке. Клінічно виявляється швидким розвитком обмеженого набряку (губ, язика) щільно-еластичної консистенції, супроводжується відчуттям напруження тканин і болем. Язик не вміщається в роті, ковтання затруднене, деколи погіршується дихання, може з'явитися псевдоасфіксія, можливий блювотний рефлекс. Спадає набряк Квінке через кілька годин або 1-2 дні. В механізмі розвитку набряку Квінке основну роль належить розладу систем дезактивації та інгібування біологічно активних речовин, поява яких викликана алергеном.

Лікування:

- 1) припинення дії алергену на організм;
- 2) обколювання місця ін'єкції 0,5 мл 0,1% р-ного адреналіну гідрохлориду;
- 3) промивання шлунка, прийом сорбентів;
- 4) введення антигістамінних середників (1-2 мл 1% розчину димедролу або 1 мл 2% розчину супрастину);
 - кортикостероїдні препарати: преднізолон по 60-90 мл, гідрокортизон 250-450 мг в/в;
 - дегідратаційна терапія (2-4 мл 1% розчину лазиксу в/в);
 - у випадку наявності ознак колапсу призначають 0,5-1 мл 1% розчину мезатону п/ш, преднізолон 60 мл в/в.

Непритомність – короткочасна втрата свідомості, зумовлена раптовою гострою гіпоксією мозку. Клінічні ознаки: загальна слабкість, запаморочення, нудота, дзвін у вухах, потемніння в очах, „мушки” перед очима, відчуття „порожнечі” в голові, холодні кінцівки, посилена пітливість, падіння або повільне опускання на землю, прискорене поверхневе дихання, блідість шкіри, пульс слабкий, частий, ледь пальпується, знижений АТ, зіниці звужені.

Невідкладна допомога:

- покласти хворого на спину, трохи підняти ноги;
- звільнити від тісного одягу, забезпечити приплив свіжого повітря;
- дати вдихнути пари нашатирного спирту, обприскати холодною водою;
- зігріти ноги або розтерти рушником, дати випити гарячого чаю або кави;
- у випадку відсутності ефекту – п/ш 1 мл 10% розчину кофеїну, 1-2 мл кордіаміну, рідше мезатон 0,5-1,0 мл 1% розчину п/ш;
- у разі брадикардії 0,5 мл 0,1% р-ну атропіну сульфату п/ш.

Колапс – більш важка форма гострої судинної недостатності, яка характеризується різким зниженням АТ та розладами периферійного кровообігу:

- важчий клінічний перебіг, ніж під час зомління;
- різка блідість шкірних покривів;
- загострені риси обличчя;
- розширені зіниці, тіні навколо очей;

- слабкість, гіперемія;
- поверхнєве часте дихання;
- пульс частий, слабкого наповнення, ниткоподібний;
- низький артеріальний і венозний тиск;
- хворий лежить нерухомо, байдужий до оточуючих.

Невідкладна допомога:

- покласти хворого з дещо опущеною головою;
- нижні кінцівки обкласти теплими грілками і накрити теплою ковдрою;
- ввести вазопресори (мезатон 1% р-н 0,3-1,0 мл в/в струменево, норадреналін 0,2% р-н 1 мл в/в);
- кофеїн 10% р-н 1 мл п/ш, кордіамін 1-2 мл п/ш;
- преднізолон 60-90 мг в/в струменево;
- допамін 2-5 мг в/в крапельно;
- поліглюкін чи реополіглюкін 400 мг в/в крапельно;
- у разі ускладнень необхідна госпіталізація.

Гіпертонічний криз – клінічний синдром, який характеризується раптовим підвищенням АТ, появою ознак порушення життєво важливих органів або реальним ризиком їх розвитку, а також нейровегетативними розладами.

Проявляється сильним болем голови, запамороченням, серцебиттям, тремтінням усього тіла, сухістю в роті, підвищенням температури тіла, гіперемією обличчя, тахікардією (100-120 за 1 хв.), частим сечовипусканням. Підвищується в основному систолічний АТ, діастолічний тиск зростає помірно (200-240/90-100 мм.рт.ст.), шкіра волога, хворий збуджений, може бути нудота, блювота.

Невідкладна допомога:

- транквілізатори (седуксен, реланіум, феназепам) 2 мг в/в на ізотонічному 0,9% розчині натрію хлориду 10 мл;
- нейролептики (дроперідол 0,25% 2-4 мг в/м, в/в);
- антагоністи кальцію – ніфедилін (коринфом, кордафен) 0,01 г;
- β-адреноблокатори (обзиден 0,1% р-н 5 мг + 0,9% р-н натрію хлориду 20 мг в/в повільно);
- дибазол (0,5 р-н 6-12 мг – 0,9% р-ну натрію хлориду 10 мг в/в повільно);
- еуфілін 2,4% р-н вводять на ізотонічному розчині натрію хлориду;
- магнію сульфат 25% р-н 5-10 мг в/м.

Інтотоксикація адреналіном. Характерними ознаками є неспокій, страх, холодні шкірні покриви, задишка, головний біль, тахікардія, підвищення артеріального тиску, біль в ділянці серця.

Невідкладна допомога: негайно припинити введення препарату, нітрогліцерин під язик, промивання шлунку, прийом сорбентів, форсований діурез. При різкому підвищенні АТ – аміназин 0,5-1,0 мг 2,5 р-ну в/в з 20 мг 40% р-ну глюкози. В/в вводять β-адреноблокатори – 0,5 мг 0,1% р-ну ебзидону. При брадикардії на фоні колапсу – глюкокортикоїди (преднізолон 30-60 мг в/в, гідрокортизон 125 мг в/м).

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Які фактори впливають на розвиток болю під час препарування?
2. Який механізм виникнення болю при препаруванні зуба?
3. Як можна зменшити болючість при препаруванні?
4. Які є способи знеболення?
5. Що таке премедикація? Які засоби застосовують?
6. Як поділяють засоби для аплікаційного знеболення?
7. Що таке електрознеболення?

8. Що таке рефлексаналгезія, аудіоаналгезія?
9. Які види анестезії відносять до інфільтраційної анестезії?
10. Методи проведення інфільтраційних анестезій.
11. Які є провідникові анестезії на нижній щелепі?
12. Які є провідникові анестезії на верхній щелепі?
13. Які покази до застосування наркозу у стоматологічних пацієнтів?
14. Що таке анафілактичний шок?
15. Форми анафілактичного шоку.
16. Причини виникнення анафілактичного шоку.
17. Невідкладна допомога при анафілактичному шоці.
18. Непритомність. Перша допомога при непритомності.
19. Колапс. Перша допомога при колапсі.
20. Гіпертонічна криза, невідкладна допомога.
21. Інтوکсикація анестетиком, перша допомога.

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Якою гілкою трійчастого нерва іннервуються моляри верхньої щелепи?
 - A. Великим піднебінним нервом
 - B. Верхнім середнім альвеолярним нервом
 - C. Нижньоорбітальним нервом
 - D. Верхнім заднім альвеолярним нервом
 - E. Щічним нервом

2. У пацієнтки віком 60 р. гіпертонічна хвороба II ступеня, схильність до алергічних реакцій. Хвора звернулась зі скаргами на гострий нападоподібний мимовільний біль у 13 зубі та правій половині верхньої щелепи. Діагностовано загострений хронічний фіброзний пульпіт 13 зуба. Який з анестетиків найдоцільніше обрати для анестезії при лікуванні пульпіту в даної пацієнтки?
 - A. Ультракаїн Forte
 - B. Мепівастезин, 2% розчин
 - C. Убістезин Forte
 - D. Лідокаїн, 2% розчин
 - E. Новокаїн 2% розчин

3. У хворого віком 39 років під час лікування 48 зуба з приводу гострого глибокого карієсу виникло запаморочення, різка слабкість, загальна в'ялість. Свідомість збережена. Шкіра бліда, холодна на дотик, волога. Дихання поверхневе, тахікардія, пульс слабкого наповнення. Температура тіла і артеріальний тиск знижені (АТ 60/30). Яке ускладнення можна запідозрити у хворого?
 - A. Анафілактичний шок
 - B. набряк Квінке
 - C. Непритомність
 - D. Травматичний шок
 - E. Колапс

4. Що зумовлює виникнення колапсу?
 - A. Гостра серцево-судинна недостатність
 - B. Спазм судин головного мозку
 - C. Алергічна реакція негайного типу
 - D. Передозування медикаменту

Е. Вегетосудинна дистонія

5. Через 5 хв. після проведення мандибулярної анестезії розчином новокаїну з адреналіном у хворого з'явився неспокій, страх, холодні шкірні покриви, задишка, головний біль, тахікардія, підвищення артеріального тиску, біль в ділянці серця. Для якого загального ускладнення характерна така клінічна картина?

- А. Інтоксикація адреналіном
- В. Зомління
- С. Колапс
- Д. Інтоксикація новокаїном
- Е. Анафілактичний шок

6. Яка провідникова анестезія може спричинити розвиток диплопії?

- А. Туберальна анестезія
- В. Анестезія навколо верхнього зубного сплетення
- С. Анестезія за Берше-Дубовим
- Д. Інфраорбітальна
- Е. Центральна анестезія до овального отвору

7. Хворому проводили лікування 26 зуба з приводу гострого серозного періодонтиту. Після виконання туберальної анестезії хворий відчув слабкість, нудоту, а згодом різкий свербіж, висипання на шкірі. До якого типу ускладнення відносять дані симптоми?

- А. набряк Квінке
- В. Анафілактичний шок
- С. Колапс
- Д. Кропив'янка
- Е. Непритомність

8. Яка Ваша тактика при анафілактичному шоці?

- А. Припинити введення препарату і викликати терапевта
- В. Припинити введення препарату і приступити до штучного дихання
- С. Припинити введення препарату, місце ін'єкції обколоти 1,0 мл 0,1% адреналіну, надати пацієнтові горизонтального положення і ввести 100-150 мг гідрокортизону
- Д. Припинити введення препарату і проводити оксигенотерапію
- Е. Ввести димедрол 1% – 1,0 або сурпастин 2% – 1,0 і госпіталізувати хворого

9. Хворому 48 років, діагноз – гострий гнійний пульпіт 36 зуба. Яку анестезію доцільно провести в даній ситуації?

- А. Внутрішньопульпову
- В. Інфільтраційну
- С. Аплікаційну
- Д. Електрознеболення
- Е. Провідникову

10. Хворий проведено торусальну анестезію. Які гілки трійчастого нерва блокуються під час цієї анестезії?

- А. Нижні коміркові
- В. Нижні коміркові та щічні
- С. Щічні та язикові
- Д. Нижні коміркові та язикові
- Е. Нижні коміркові, щічні, язикові

11. У хворого 20 років під час введення лідокаїну з'явилися загальна слабкість, відчуття стиснення за грудиною, блідість шкіри, холодний піт, утруднене дихання, нудота, пульс частий, ниткоподібний. Артеріальний тиск різко знизився, через кілька хвилин з'явилися судоми. Тони серця погано вислуховуються. Яке ускладнення розвинулось у хворого?

- A. Інтоксикація лідокаїном
- B. Непритомність
- C. набряк Квінке
- D. Колапс
- E. Анафілактичний шок

12. Хворому віком 34 роки проведена інфільтраційна анестезія 2% розчином ультракаїну з адреналіном у зв'язку з лікуванням 36 зуба методом вітальної екстирпації з приводу гострого гнійного пульпіту. Під час розкриття порожнини зуба пацієнт відчув різкий біль, зблід, втратив свідомість. АТ – 100-50 мм.рт.ст., пульс ниткоподібний, дихання вільне 18/хв. Півроку тому було проведено аналогічне лікування з приводу карієсу 13 зуба без будь-яких побічних ефектів. Який найбільш імовірний діагноз ускладнення?

- A. Непритомність унаслідок больової реакції
- B. Медикаментний анафілактичний шок
- C. Травматичний шок
- D. Інфаркт міокарда
- E. Серцево-судинна недостатність

13. Хворому віком 36 років встановлено діагноз гострого дифузного пульпіту 44 зуба. Пацієнт протягом останніх 12 років хворіє на цукровий діабет. Прийнято рішення провести лікування 44 зуба методом вітальної екстирпації пульпи. Який анестетик найбільш показаний даному хворому для проведення провідникової анестезії?

- A. Пірамекаїн, 2% розчин
- B. Новокаїн 1% розчин
- C. Ортокаїн 2% розчин
- D. Лідокаїн 2% розчин
- E. Артикаїн 4% розчин

14. Хворій віком 34 роки показана туберальна анестезія. В якому напрямі слід вводити голку під час виконання туберальної анестезії?

- A. Догори, досередини, вперед
- B. Догори, назовні, назад
- C. Догори, назовні, вперед
- D. Догори, досередини, назад
- E. Паралельно ясенному краю назад

15. Якою гілкою трійчастого нерва іннервуються фронтальні зуби верхньої щелепи?

- A. Різцевим нервом
- B. Великим піднебінним нервом
- C. Верхнім середнім альвеолярним нервом
- D. Верхнім переднім альвеолярним нервом
- E. Верхнім середнім і великим піднебінним нервом

16. Який нерв іннервує зуби нижньої щелепи?

- A. Щічний
- B. Язиковий
- C. Нижньорбітальний
- D. Нижньоальвеолярний

Е. Підборідковий

17. При якій анестезії виникає симптом оніміння губи?

- А. При туберальній і різцевій
- В. При мандибулярній і інфраорбітальній
- С. При анестезії за методом Берше
- Д. При піднебінній і різцевій
- Е. При знеболенні щічного і язикового нерва

18. Які провідникові анестезії застосовують для видалення 26 зуба?

- А. Інфраорбітальну і різцеву
- В. Інфраорбітальну і палатинальну
- С. Туберальну і різцеву
- Д. Туберальну і палатинальну
- Е. Палатинальну і різцеву

19. Яка анестезія показана для видалення нижніх молярів?

- А. Ментальна
- В. Анестезію за методом Берше
- С. Інфільтраційна в перехідну складку і ментальна
- Д. Анестезія біля круглого отвору
- Е. Мандибулярна анестезія і інфільтраційна в перехідну складку

Рекомендована література:

1. Терапевтична стоматологія: Підручник. – У 4 томах / М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін. – К.: Здоров'я, 2004. – Т.2. – 400 с.
2. Гумецький Р. Безпека та ефективність місцевої анестезії у стоматології дитячого віку. – Львів: ГалДент, 2004. – 244 с.
3. Панчишин М., Готь І., Масный З. Неотложные состояния в стоматологической практике. – Львов: ГалДент, 2004. – 42 с.
4. Кононенко Ю.Г., Рожко Н.М., Рузин Г.П. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии. – Киев: Книга Плюс, 2008. – 304 с.
5. Невідкладні стани. (за ред. д.м.н. М.С. Регеди). – Львів, 2001. – 587 с.

Практичне заняття № 7

Тема: Контроль засвоєння змістового модуля № 1.

Перелік теоретичних питань для підготовки студентів до контролю засвоєння матеріалу змістового модуля № 1

1. Які нормативи стоматологічного кабінету щодо площі, освітлення, кольору стін та підлоги?
2. Що включають в себе поняття „робоче місце лікаря, медсестри, санітарки”?
3. З чого складається сучасна стоматологічна установка?
4. Які основні стоматологічні прилади?
5. З чого складається модульний блок стоматологічної установки?

6. Які види стоматологічних наконечників?
7. Які основні стоматологічні інструменти?
8. Як поділяються ріжучі стоматологічні інструменти?
9. Що таке бор? З чого складається? Як поділяються бори?
10. Які Ви знаєте допоміжні засоби для моделювання пломб?
11. Що таке фотополімеризатор? Типи фотополімеризаторів.
12. Які основні етапи обробки стоматологічного інструментарію?
13. Що таке дезінфекція?
14. Які властивості повинні мати дезінфікуючі засоби?
15. Які методи дезінфекції?
16. Як проводять дезінфекцію ендодонтичного інструментарію?
17. Як проводять дезінфекцію наконечників та корпусів карпульних шприців?
18. Що таке передстерилізаційна обробка?
19. Що таке стерилізація?
20. Які методи стерилізації застосовують в стоматології?
21. Що таке парова стерилізація?
22. Що таке стерилізація повітряним методом?
23. Яка техніка безпеки лікаря-стоматолога при роботі з фотополімеризатором?
24. Яка форма одягу лікаря та медсестри стоматологічного кабінету?
25. Етика та деонтологія лікаря-стоматолога при прийомі хворого.
26. З чого починається обстеження стоматологічного хворого?
27. На що вказують скарги хворого?
28. Які характеристики болю?
29. Які причини виникнення болю?
30. Що відноситься до основних методів обстеження?
31. На які частини поділяють обличчя для визначення його пропорційності?
32. Що таке пальпація і які її види?
33. Вкажіть схему діагностики лімфаденопатії.
34. Які ознаки СОПР є в нормі?
35. Які інструменти використовують для проведення зондування?
36. З якою ціллю проводиться зондування?
37. Що таке термодіагностика? Які зміни в пульпі свідчать про відсутність реакції на температурні подразники?
38. Які види прикусів відносять до фізіологічних і патологічних?
39. На що необхідно звернути увагу при обстеженні власне порожнини рота?
40. За рахунок чого підвищується ефективність всмоктування лікарських засобів у ділянці дна порожнини рота?
41. Які методи обстеження дозволяють встановити остаточний діагноз?
42. З якою ціллю проводиться електроодонтодіагностика?
43. Які показники сили електричного струму будуть характерні для інтактного зуба?
44. Методика проведення ЕОД.
45. Які існують види рентгенологічних обстежень?
46. З якою ціллю проводиться панорамна рентгенографія?
47. З якою ціллю проводиться близькофокусна рентгенографія?
48. У чому полягає візуально-тактильний метод діагностики карієсу?
49. Яка методика проведення вітального забарвлення? Які барвники використовують для цієї методики?
50. З якою метою застосовують метод вітального забарвлення?
51. Про що свідчить резистентність емалі до кислот?
52. Методика проведення ТЕР-тесту.
53. Про що свідчить темно-синє забарвлення емалі, враховуючи стандартну шкалу ТЕР-тесту?

54. Вкажіть додаткові інструментальні методи діагностики карієсу.
55. У яких випадках проводиться діагностика карієсу за допомогою апарату Pluraflex?
56. Який принцип роботи апарату „Діагност”?
57. На чому ґрунтується транслюмінаційний метод?
58. Що таке медична картка стоматологічного хворого?
59. З яких розділів складається медична картка стоматологічного хворого?
60. Чому медична картка стоматологічного хворого є юридичним документом?
61. Чому медична картка стоматологічного хворого є предметом наукових досліджень?
62. Які наукові дослідження можна проводити на основі медичних карток?
63. Що таке суб’єктивне обстеження хворого?
64. Що таке об’єктивне обстеження хворого?
65. Що відносять до додаткових методів обстеження?
66. Які є схеми запису зубного ряду?
67. Як позначається зубна формула згідно рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров’я та Міжнародної федерації стоматологів?
68. Як позначають поверхні коронок зубів у зубній формулі?
69. Які є літерні позначення захворювань та стану зубів у зубній формулі?
70. Що записують у розділі „Щоденник лікування”?
71. Що записують у розділі „Епікриз”?
72. Що відноситься до облікової документації лікаря-стоматолога?
73. Як оцінюється об’єм роботи, виконаний лікарем-стоматологом?
74. Які вимоги до трудового навантаження терапевта-стоматолога?
75. Які існують види зубних відкладень?
76. Механізм утворення м’яких та твердих зубних відкладень.
77. Склад та структура зубних відкладень.
78. Мікрофлора зубної бляшки.
79. Ферменти та кислоти зубної бляшки.
80. Клінічні методи визначення зубних відкладень.
81. Гігієнічні індекси, трактування їхніх показників.
82. Методи зняття зубних відкладень.
83. Ультразвукове зняття зубних відкладень. Особливості роботи.
84. Піскоструменеве зняття зубних відкладень. Особливості роботи.
85. Полірування твердих тканин зуба, методики, матеріали.
86. Які фактори впливають на розвиток болю під час препарування?
87. Який механізм виникнення болю при препаруванні зуба?
88. Як можна зменшити болючість при препаруванні?
89. Які є способи знеболення?
90. Що таке премедикація? Які засоби застосовують?
91. Як поділяють засоби для аплікаційного знеболення?
92. Що таке електрознеболення?
93. Що таке рефлексаналгезія, аудіоаналгезія?
94. Які види анестезії відносять до інфільтраційної анестезії?
95. Методи проведення інфільтраційних анестезій.
96. Які є провідникові анестезії на нижній щелепі?
97. Які є провідникові анестезії на верхній щелепі?
98. Які покази до застосування наркозу у стоматологічних пацієнтів?
99. Що таке анафілактичний шок?
100. Форми анафілактичного шоку.
101. Причини виникнення анафілактичного шоку.
102. Невідкладна допомога при анафілактичному шоці.
103. Непритомність. Перша допомога при непритомності.
104. Колапс. Перша допомога при колапсі.

105. Гіпертонічна криза, невідкладна допомога.
106. Інтоксикація анестетиком, перша допомога.

Практичне заняття № 8

Тема: Карієс зуба. Визначення. Статистичні показники карієсу зуба. Класифікація карієсу.

Мета заняття: ознайомитись з різними класифікаціями карієсу зубів, навчитись визначати статистичні показники, вміти охарактеризувати карієс зуба.

Коротка характеристика теми

Карієс зубів – патологічний процес, що виникає після прорізування зубів, в основі якого лежить демінералізація та розм'якшення твердих тканин зубів з наступним утворенням каріозної порожнини.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ для вивчення епідеміології карієсу використовуються такі показники, як: поширеність, інтенсивність, приріст інтенсивності.

Поширеність карієсу визначається у відсотках до кількості обстежених людей, у яких виявлені каріозні, пломбовані та видалені зуби. Наприклад, із 100 обстежених у 90 осіб виявлені каріозні, пломбовані чи видалені внаслідок карієсу зуби. Таким чином – розповсюдженість карієсу у обстежених становить 90%.

Інтенсивність карієсу – це число уражених карієсом, пломбованих і видалених зубів у одного обстеженого. Визначається за індексом КПВ – К (карієс), П (пломба) та В (видалений зуб). Загальна сума показників визначає інтенсивність карієсу у одного обстеженого. Найбільш інформативними (ключовими), за даними ВООЗ, є вікові групи 12, 15, 35-44 років. Інтенсивність карієсу зубів постійного прикусу відображає наявність активного карієсу (К) та ефективність лікувально-профілактичних заходів (показники ПВ).

Для детальної оцінки ефективності профілактичних заходів необхідно визначити приріст інтенсивності карієсу. Приріст карієсу, приріст інтенсивності карієсу (захворюваність) – це поява певної кількості нових каріозних уражень за визначений період. Приріст карієсу встановлюють у одного обстеженого через 1, 3 чи 5 років. Для отримання точних даних необхідно визначити приріст карієсу у обстежених людей одного віку, осіб однакової соціально-економічних та кліматичних умов проживання.

Для дорослих ключовою є група у віці 35-44 роки. Показники інтенсивності карієсу для цього контингенту такі: дуже низкий (0,2-1,5), низький (1,6-6,2), середній (6,3-12,7), високий (12,8-16,2) та дуже високий (16,3 і більше каріозних, пломбованих та видалених зубів на одного обстеженого).

Епідеміологічними дослідженнями визначені також поверхні зубів, які частіше уражаються карієсом. Це, перш за все, фісури жувальних зубів, сліпі ямки, контактні поверхні та пришийкова ділянка. Дуже рідко процес поширюється на язикову поверхню зубів.

Частота карієсу різних груп зубів не є однаковою: зуби верхньої щелепи уражуються частіше, ніж нижньої, різці та ікла – рідше премолярів і молярів.

Поняття активності каріозного процесу визначає тактику проведення лікування. При поодиноких ураженнях виконується звичайне пломбування зубів; при множинному карієсі

– крім пломбування здійснюється загальне лікування та місцеві лікувально-профілактичні заходи (ремінералізація, герметизація фігур та ін.).

Ефективність лікувально-профілактичної роботи визначається за показниками приросту карієсу (поява нових каріозних порожнин) за 5-6 місяців, гігієнічного стану порожнини рота, характером харчування, інтенсивністю слиновиділення та ін.

Клінічні прояви карієсу різноманітні – від плями крейдоподібного кольору на поверхні емалі до значного руйнування твердих тканин зуба. Прогресування каріозного процесу неодмінно призводить до деструкції усієї товщі твердих тканин зуба, перфорації його порожнини і виникнення запалення пульпи. Пульпіт і періодонтит називають ускладненнями карієсу. Карієс, який уражає одночасно декілька і навіть низку зубів називається множинним. Тотальне поширення патологічного процесу на всі зуби називають системним карієсом.

Найтиповішим є ураження фісур жувальних, вестибулярних поверхонь, ямок на язикових поверхнях – фісурний карієс. Ураження на контактних поверхнях зубів має назву контактний карієс. Карієс у пришийковій ділянці вестибулярних поверхонь бічних і фронтальних зубів дістав назву пришийкового карієсу, якщо вся шийка зуба охоплена карієсом, то такий карієс називається циркулярним.

Для гострого перебігу карієсу характерний досить швидкий розвиток демінералізації твердих тканин зубів і виникнення дефекту коронки зуба, каріозна порожнина велика за розмірами з вузьким вхідним отвором, більш виражені відчуття болю в разі потрапляння в каріозну порожнину різних подразників, дентин розм'якшений, хрящоподібної консистенції, колір не змінений.

Для хронічного перебігу карієсу характерний повільний розвиток ураження зубів. Демінералізована емаль і дентин набувають темно-коричневого кольору. Навислі краї емалі обламуються і утворюється широкий вхідний отвір. Тривале існування каріозної порожнини спричинює відкладення у пульпі зуба вторинного іррегулярного дентину, тому ускладнення у хворих з хронічним карієсом розвивається значно рідше.

Гострий карієс після поліпшення загального стану, умов харчування може уповільнювати свій перебіг і навіть зовсім призупинитись – стаціонарний карієс.

Якщо загальний стан хворого значно погіршується, то спостерігається так званий найгостріший карієс (швидке виникнення і прогресування каріозних уражень з дуже агресивним перебігом).

Карієс у лікованому зубі, який уражає тверді тканини навколо пломби, називається рецидивним або вторинним.

У залежності від глибини розрізняють 4 стадії карієсу:

I. Початковий карієс – виникнення ділянки демінералізації на поверхні емалі.

II. Поверхневий карієс – дефект у межах емалі, може бути уражене емалево-дентинне з'єднання, але його руйнування не відзначається.

III. Середній карієс – розміщення дна каріозної порожнини в дентині, в плащовому його шарі. Руйнування емалево-дентинного з'єднання.

IV. Глибокий карієс – дефект твердих тканин зуба майже досягає пульпи, дно каріозної порожнини розміщене в межах навколопульпарного дентину.

Каріозний процес може уражати різні тверді тканини зубів. За анатомічною класифікацією виділяють карієс емалі (*caries enameli*), карієс дентину (*caries dentini*) і карієс цементу (*caries cementi*).

Згідно з класифікацією ВООЗ виділяють карієс емалі, карієс дентину, карієс цементу, призупинений карієс, одонтоклазію, неуточнений карієс.

Відсутність лікування часто призводить до повного руйнування товщі емалі і дентину. У такому випадку мікроорганізми та токсини проникають із каріозної порожнини в пульпу і навіть періодонт, спричинюючи запалення їх тканин – пульпіт і періодонтит.

Залежно від ступеня поширеності каріозного процесу, його відповідно поділяють на простий або неускладнений (caries simplex, s.incomplicata) та ускладнений карієс (caries complicata), який супроводжується виникненням пульпіту або періодонтиту.

В залежності від локалізації каріозних порожнин G.V. Black запропонував класифікацію з п'яти класів, яка має велике практичне значення в разі оперативного лікування карієсу шляхом препарування та подальшого пломбування каріозних порожнин.

До I класу відносять каріозні порожнини, розташовані в природних фісурах і ямках на оклюзійній, щічній, язиковій поверхнях молярів і премолярів та язиковій поверхні різців.

До II класу – каріозні порожнини на контактних поверхнях молярів і премолярів.

До III класу – каріозні порожнини, розміщені на контактних поверхнях різців та ікол.

До IV класу – каріозні порожнини III класу з порушенням цілісності кута різального краю.

До V класу – каріозні порожнини, розташовані у ділянці шийок усіх груп зубів.

Класифікація карієсу зубів

I Клінічна.

1. Початковий карієс (гострий, хронічний).
2. Поверхневий карієс (гострий, хронічний).
3. Середній карієс (гострий, хронічний).
4. Глибокий карієс (гострий, хронічний).

II За локалізацією.

1. Фісурний карієс.
2. Контактний (апроксимальний) карієс.
3. Пришийковий (цервікальний) карієс.
4. Циркулярний (кільцевий, ангулярний) карієс.

III За перебігом.

1. Гострий карієс.
2. Хронічний карієс.
3. Найгостріший карієс.
4. Квітучий карієс.
5. Рецидивний (вторинний) карієс.
6. Стаціонарний карієс

IV За інтенсивністю ураження.

1. Поодинокі ураження.
2. Множинні ураження.

V. Анатомічна класифікація (ВООЗ)

1. Карієс емалі.
2. Карієс дентину.
3. Карієс цементу.
4. Призупинений карієс.
5. Одонтоклазія.
6. Інший.
7. Неуточнений.

VI За наявністю ускладнень.

1. Простий (неускладнений) карієс.
2. Ускладнений карієс.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Що таке карієс?
2. Які показники визначають епідеміологію карієсу?
3. Що таке інтенсивність карієсу?

4. Що таке приріст інтенсивності карієсу?
5. Що відображає інтенсивність карієсу зубів постійного прикусу?
6. Які показники розповсюдженості карієсу?
7. Які поверхні зубів найчастіше уражаються карієсом?
8. Що визначає активність каріозного процесу?
9. Як визначається ефективність лікувально-профілактичної роботи?
10. Клінічна класифікація карієсу зубів.
11. Класифікація карієсу зубів за локалізацією.
12. Класифікація карієсу зубів за перебігом.
13. Класифікація карієсу зубів за інтенсивністю ураження.
14. Анатомічна класифікація зубів.
15. Класифікація карієсу за наявністю ускладнень.
16. Характеристика гострого перебігу карієсу зубів.
17. Характеристика хронічного перебігу карієсу зубів.
18. Класифікація каріозних порожнин залежно від їх локалізації (за Блеком).
19. Квітучий карієс, найгостріший карієс – коротка характеристика.

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Дно каріозної порожнини сягає меж біляпульпарного дентину. Це:
 - A. Карієс середній
 - B. Карієс початковий
 - C. Карієс глибокий
 - D. Карієс поверхневий
 - E. Карієс емалі

2. Карієс бічної поверхні зуба, в межах контактного пункту сусідніх зубів. Це:
 - A. Карієс атиповий
 - B. Карієс кореня зуба
 - C. Карієс пришийковий
 - D. Карієс апроксимальний
 - E. Карієс емалі

3. Одночасне пошкодження каріозним процесом понад 10 зубів – це:
 - A. Карієс поодинокий
 - B. Карієс множинний
 - C. Карієс нетиповий
 - D. Карієс гострий
 - E. Карієс ускладнений

4. Повільний перебіг демінералізації і протеолізу твердих тканин зуба з тривалим формуванням каріозної порожнини з різко пігментованими стінками.
 - A. Карієс ускладнений
 - B. Карієс вторинний
 - C. Карієс ретроградний
 - D. Карієс хронічний
 - E. Карієс гострий

5. Прогресуюче каріозне пошкодження навколо шийки зуба по емалево-цементній границі з характерним підриттям емалі.
 - A. Карієс шийки зуба

- В. Карієс циркулярний
- С. Карієс фісурний
- Д. Карієс цементу
- Е. Карієс емалі

6. Дно каріозної порожнини знаходиться в плащовому дентині при:

- А. Поверхневому карієсі
- В. Середньому карієсі
- С. Глибокому карієсі
- Д. Хронічному карієсі
- Е. Карієсі в стадії плями

7. При швидкому перебігу демінералізації твердих тканин зуба дно каріозної порожнини сягає біляпульпарного дентину при:

- А. Середньому карієсі
- В. Гострому глибокому карієсі
- С. Клиновидному дефекті
- Д. Кислотному некрозі тканин зуба
- Е. Гострому середньому карієсі

8. До IV класу за Блеком відносяться каріозні порожнини:

- А. Розташовані на апроксимальних поверхнях ікол без порушення цілості ріжучого краю та кута коронки зуба
- В. Розташовані на апроксимальних поверхнях премолярів
- С. Розташовані на апроксимальних поверхнях різців та ікол з порушенням цілісності ріжучого краю та кута коронки зуба
- Д. Розташовані в пришийкових ділянках різців та ікол
- Е. Розташовані в пришийкових ділянках премолярів

9. На апроксимально-медіальній поверхні 42 зуба глибока каріозна порожнина з ураженням кута коронки зуба. До якого класу згідно класифікації Блека відноситься дана каріозна порожнина?

- А. II класу
- В. IV класу
- С. I класу
- Д. III класу
- Е. V класу

10. Шийка зуба охоплена карієсом немовби кільцем – це карієс:

- А. Циркулярний
- В. Цервікальний
- С. Апроксимальний
- Д. Оклюзійний
- Е. Стаціонарний

11. Гострий карієс, який сповільнив свій перебіг і зовсім призупинився називається:

- А. Апроксимальний
- В. Хронічний
- С. Стаціонарний
- Д. Вторинний
- Е. Неуточнений

12. Швидкий розвиток демінералізації твердих тканин зубів і виникнення дефекту коронки зубів характерно для:

- A. Хронічного карієсу
- B. Вторинного карієсу
- C. Найгострішого карієсу
- D. Гострого карієсу
- E. Неуточненого карієсу

13. Виникнення на поверхні та в товщі емалі ділянки демінералізації без утворення дефекту характерно для:

- A. Поверхневого карієсу
- B. Середнього карієсу
- C. Стаціонарного карієсу
- D. Фісурного карієсу
- E. Карієсу в стадії плями

14. Каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину, відділена від порожнини зуба тонким шаром замісного вторинного дентину – це:

- A. Середній карієс
- B. Глибокий карієс
- C. Циркулярний карієс
- D. Найгостріший карієс
- E. Карієс дентину

15. Каріозні порожнини розміщені на контактних поверхнях різців та ікол з порушенням цілості кута різального краю відносяться до:

- A. I класу
- B. II класу
- C. III класу
- D. IV класу
- E. V класу

16. Емалево-дентинне з'єднання уражене внаслідок демінералізації, але ще не відзначається його руйнування каріозним процесом, дефект розміщений в межах емалі, Така картина характерна для:

- A. Карієсу у стадії плями
- B. Поверхневого карієсу
- C. Середнього карієсу
- D. Глибокого карієсу
- E. Вторинного карієсу

17. Каріозна порожнина велика за розміром, з вузьким вхідним отвором і навислими над порожниною демінералізованими краями емалі, дентин розм'якшений, світлого кольору, хрящеподібної консистенції характерні для:

- A. Хронічного карієсу
- B. Вторинного карієсу
- C. Стаціонарного карієсу
- D. Циркулярного карієсу
- E. Гострого карієсу

18. Інтенсивність карієсу – це:

- A. Число уражених карієсом, пломбованих і видалених зубів на одного обстеженого

- В. Кількість каріозних, пломбованих та видалених зубів до загальної кількості обстежених людей
- С. Поява певної кількості нових каріозних уражень за визначений період
- Д. Приріст карієсу
- Е. Тактика проведення лікування

19. Ефективність лікувально-профілактичної роботи визначається показниками:

- А. Поширеності карієсу
- В. Інтенсивності карієсу
- С. Приросту карієсу
- Д. Активністю каріозного процесу
- Е. Епідеміологічними показниками

20. Приріст карієсу – це:

- А. Визначення у відсотках каріозних, пломбованих та видалених зубів до кількості обстежених людей
- В. Поява певної кількості нових каріозних уражень за визначений період
- С. Тактика проведення лікування
- Д. Розповсюдженість карієсу
- Е. Число уражених карієсом, пломбованих і видалених зубів на одного обстеженого

Рекомендована література:

1. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколишина) – Т. 1.– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник. – У 4 томах / М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін.– К.: Здоров'я, 2004.– Т.2.– 400 с.
3. Терапевтическая стоматология: Учебн. Пособие /Под ред. проф. Л.А.Дмитриевой. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 896 с.
4. Скрипников П.М., Скрипникова Т.П., Мельникова С.В. Аспекты современной профессиональной деятельности врача-стоматолога.– Полтава, 2009.– 84 с.
5. Опанасюк Ю.В., Ляшенко О.В., Опанасюк І.В., Кривець В.В. Модель ведення стоматологічного прийому пацієнтів. – Київ: ТОВ «Інститут прогресивних стоматологічних технологій», 2005.– 90 с.
6. Мельничук Г.М., Рожко М.М. Практична одонтологія. Курс лекцій із карієсу та некаріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту. Навчальний посібник. Вид. 2-ге, доповнене.– Івано-Франківськ, 2007.– 292 с.

Практичне заняття № 9

Тема: Сучасні погляди на етіологію та патогенез карієсу зубів.

Мета заняття: вивчити основні групи причинних факторів, що призводять до виникнення карієсу, алгоритм демінералізації емалі та дентину. Знати, які існують захисні механізми для зменшення впливу різних хвороботворних чинників на тверді тканини зуба

Коротка характеристика теми

За сучасними уявленнями, карієс зубів виникає внаслідок поєднаної одночасної дії декількох груп карієсогенних факторів, а саме: місцевих, загального характеру, а також чинників, пов'язаних з вродженим чи набутих порушенням резистентності твердих тканин зуба. Згідно формулювання А.К.Ніколишина (2005), карієс виникає лише за наявності трьох основних умов: карієсогенної мікрофлори, легкозасвоюваних вуглеводів і низької резистентності емалі.

1. Місцеві карієсогенні чинники

На значній ролі **мікроорганізмів** у виникненні карієсу наголошував W. Miller, формулюючи у кінці 19 ст. свою хіміко-паразитарну теорію карієсу. Експериментальні дослідження, проведені F. Orland і співавторами (1964) на тваринах-гнотобіонтах довели, що незважаючи на те, що такі тварини знаходились на карієсогенній дієті, карієс у них ніколи не виникав, тоді як у контрольних тварин, що утримувались у нестерильних умовах, спостерігали майже стовідсоткове ураження зубів карієсом. Шляхом моноінфікування (почергового введення окремих штамів мікроорганізмів) тварин-гнотобіонтів була встановлена висока карієсогенна активність стрептококів, особливо *Str. mutans*, яка полягає у їхній ацидогенності та ацидофільності – здатності продукувати велику кількість органічних кислот, не гинучи у кислому середовищі зубної бляшки.

Численні клінічні спостереження свідчать, що ретельне усунування м'яких зубних відкладень, використання зубних гігієнічних засобів з антимікробною дією призводить до падіння приросту інтенсивності карієсу, що незаперечно вказує на важливе значення мікрофлори у виникненні цієї хвороби.

Вирішальним фактором виникнення карієсу є **часте вживання вуглеводів** (сахарози, глюкози, фруктози, лактози, крохмалю), які утворюють поживне середовище для мікроорганізмів зубної бляшки, перетворюючись у процесі їхньої життєдіяльності на органічні кислоти. Внаслідок цього рівень рН на поверхні зуба значно знижується, що веде до демінералізації тканин. Критичний показник рН для емалі – 5,2-5,7, для кореневого дентину – 6,2-6,7.

Особливо велике значення у цьому процесі має сахароза. Вона легко дифундує у зубний наліт і швидко розчиняється, утворюючи два моносахариди – глюкозу та фруктозу, які дуже легко утилізуються у клітинах бактерій. Крім цього, при розщепленні α -глікозидних сполук сахарози вивільнюється енергія, що використовується мікроорганізмами для утворення позаклітинних полісахаридів та резервних вуглеводів.

Клейкі декстриани унеможливають доступ слини та швидко нейтралізацію кислот буферними системами. При частому поступленні сахарози і, відповідно, зростаючому утворенні кислот, стимулюється селективний ріст кислотостійких мікроорганізмів.

Роль вуглеводів, зокрема цукру (сахарози), як важливого причинного фактора, впливаючого на утворення карієсу, багаторазово підтверджували численні дослідження:

1. Вивчення історичних і географічних відмінностей захворюваності карієсом, зумовлених кількістю вживаного цукру.
2. Спостереження за ізольованими групами населення, для яких змінився характер харчування (зменшення захворюваності на карієс під час світових воєн, зростання захворюваності в ескімосів, острівних народів, в Японії після війни).
3. Спостереження за пацієнтами зі спадковою нетолерантністю до фруктози свідчать, що вони не схильні до розвитку карієсу, хоча вживають звичайну їжу, окрім цукру.
4. Експериментальні дослідження на тваринах – шурі, яких годували вуглеводами за допомогою шлункового зонда, не хворіли карієсом.
5. Клінічні спостереження - зменшення активності карієсу після вжиття ефективних заходів гігієнічного контролю та корекції дієти.

Порушення властивостей і складу ротової рідини. Слина відіграє важливу роль у підтриманні фізіологічної рівноваги процесів мінералізації та демінералізації в емалі

зубів. Завдяки слині здійснюється остаточна мінералізація емалі після прорізування зуба, а також її ремінералізація після пошкодження чи захворювання, підтримується оптимальний склад емалі. Слині властива захисна функція від дії різноманітних пошкоджуючих чинників, а також очисна, що полягає у постійному механічному й хімічному очищенні порожнини рота від залишків їжі, мікроорганізмів тощо.

З хімічної точки зору слину можна розглядати як розчин, перенасичений іонами Ca^{2+} і HPO_4^{2-} , що зазвичай називають перенасиченістю гідроксиапатитом. Ця особливість слини перешкоджає розчиненню емалі і сприяє дифузії в емаль іонів кальцію та фосфору. Ступінь перенасиченості слини гідроксиапатитом корелює з рівнем карієсрезистентності. Певну роль у виникненні карієсу відіграє також співвідношення кальцію та фосфору – надлишок фосфатів сприяє демінералізації. На ступінь перенасиченості слини гідроксиапатитом впливає її реакція – зі зменшенням рН вона різко знижується і зникає при рН нижче 6,0.

Слина має дві важливі буферні системи – бікарбонатну та фосфатну. При збільшенні секреції слини у ній підвищується вміст бікарбонату а також рівень рН. Це впливає на рН зубної бляшки, якщо стимулятори слини (наприклад їжа) не містять надмірної кількості цукрів, оскільки бікарбонат дифундує у бляшку і нейтралізує органічні кислоти. Таким чином, продовжується період ремінералізації демінералізованих ділянок зуба.

Ротова рідина має виражену антибактеріальну дію завдяки присутності у ній факторів неспецифічного імунного захисту. Вони секретуються клітинами слизової оболонки, залозистих утворень рота і глотки, нейтрофілами та макрофагами. До них належать лізоцим, лактоферин, мієлопероксидаза, комплемент, β -лізини та багато інших гуморальних речовин, що мають виражені неспецифічні інгібуючі, інактивуючі, лізуючі та інші властивості, що згубно впливають на мікрофлору ротової порожнини.

Специфічні фактори гуморальної захисної відповіді на антиген забезпечує В-ланка через продукцію плазматичними клітинами специфічних антитіл різних класів (IgM, IgG, IgA, IgD). Основним гуморальним чинником місцевої антиінфекційної резистентності у ротовій порожнині є IgA, зокрема секреторний – S IgA. S IgA слини може змінювати метаболізм бактерій, обмежувати утворення колоній, знижувати вірулентність, пригнічувати нейрамідазну активність стрептококів, зв'язуватись з деякими екзотоксинами, перешкоджати прикріпленню мікроорганізмів до поверхні зуба.

Зміни кількості, складу та найважливіших властивостей слини, спричинені порушеннями загального стану організму, впливають на стан твердих тканин зубів і виникнення карієсу. Такі глибокі порушення виявлені при променевої хворобі, захворюваннях шлунково-кишкового тракту, синдромі Сьєгрена, діабеті, неврологічних захворюваннях, патології слинних залоз, імунодефіцитних станах, багатьох хронічних інфекційних захворюваннях. Зменшення загальної кількості слини, збільшення її в'язкості, кислотності та вмісту фосфатів, а також зменшення у слині факторів специфічної та неспецифічної резистентності неодмінно призводить до більшої захворюваності на карієс.

2. Загальні карієсогенні чинники

Загальносоматична патологія створює фон, який сприяє виникненню і розвитку карієсу зубів. Клінічна практика свідчить, що більшість основних захворювань організму супроводжуються значною поширеністю та інтенсивністю карієсу у таких пацієнтів. Загальні хвороби не впливають безпосередньо на резистентність твердих тканин до карієсу. Їхня дія опосередкована – внаслідок змін кількості, складу і консистенції слини, ритму слиновиділення, через вплив на пульпу. Можливий також вплив через зміну складу мікрофлори та гігієнічного стану порожнини рота. Без сумніву, загальні захворювання несприятливо впливають на зуби у період їх закладки, мінералізації та дозрівання. Загалом загальносоматична патологія створює фон, на якому легко реалізується дія несприятливих місцевих карієсогенних чинників.

Коли мова йде про неповноцінне харчування, насамперед мається на увазі недостатнє споживання мінеральних речовин, мікроелементів і вітамінів. А.Є. Шарпенак встановив,

що нестача вітаміну В₁ і деяких незамінних амінокислот сприяє виникненню карієсу. Дефіцит вітамінів А, В, С зменшує мінералізацію дентину, що теж сприяє прискореному розвитку карієсу. Велике значення має вміст кальцію та фосфору у питній воді та їжі. Проте найважливішим чинником вважається недостатній вміст фтору у питній воді. Епідеміологічними дослідженнями переконливо доведено високу поширеність карієсу в людей, що вживають воду з низьким (менше 0,8 мг/л) вмістом фтору. Це підтверджується також даними про незначну поширеність карієсу у місцевостях з оптимальним вмістом фтору (1 – 1,5 мг/л), а також сприятливим карієспрофілактичним впливом фтору, який додавали до води або вводили в організм пацієнтів у таблетках. За даними М.А. Кодоли (1979) надлишок селену, нестача ванадію, заліза, міді, цинку в організмі можуть спровокувати виникнення карієсу.

Певну роль відіграє і консистенція їжі. Груба, волокниста їжа вимагає активного жування, під час якого тверді частинки очищують зуби від клейких вуглеводних залишків, перешкоджаючи тим самим їх накопиченню в ретенційних пунктах зубів і утворенню зубної бляшки. При вживанні грубої їжі виділяється більша кількість слини. Нарешті, в разі інтенсивного пережовування такої їжі, зуби стираються, що призводить до зникнення на жувальних поверхнях ретенційних місць

3. Порушення резистентності зубних тканин

Факторами, які впливають на схильність або резистентність зуба до карієсу є різні структурні порушення твердих тканин. Це можуть бути деякі особливості хімічного складу апатитів емалі, більший вміст карбонатапатиту та гідроксилапатиту ніж фторапатиту, або, наприклад, порушення співвідношення Са/Р. Велике значення мають правильність, регулярність будови емалевої білкової матриці та її властивості, здатність до полімеризації та зв'язування іонів Са та Р, взаємодія з неорганічними структурами емалі. На карієсрезистентність впливають наявність або відсутність дефектів будови емалі, її щільність, регулярність структури, щільність кристалів і призм, стан гідратних оболонок, наявність і локалізація пучків і ламел, ступінь зрілості емалевих структур і насиченість їх кальцієм, фосфатами та фтором.

Підвищену схильність до карієсу пов'язують з неповноцінною структурою поверхневого шару емалі. Карієсрезистентним вважається безпризматичний поверхневий шар, а схильним до демінералізації – такий, де на поверхню емалі виходять призми. Встановлено, що безпризматичні ділянки – більш мінералізовані, містять велику кількість фтору. Окрім структури зуба, важливе значення для його карієсрезистентності має хімічний склад твердих тканин. Встановлено, що у карієсімунних ділянках емалі окрім високого вмісту кальцію, підвищений рівень стронцію, молібдену, фосфору і знижений – селену.

Несприятливий генетичний код (спадковість) теж певним чином впливає на захворюваність карієсом. Виявлено 16 генів які можуть відповідати за виникнення карієсу. Існування генетичного фактора схильності до виникнення карієсу певним чином підтверджується наявністю видової схильності або резистентності у різних видів тварин. Імовірно, що генетична схильність до виникнення карієсу реалізується через успадкування певних особливостей будови та хімічного складу твердих тканин зуба, процесів обміну в організмі тощо.

У разі виникнення відповідних умов мікроорганізми зубної бляшки активно ферментують вуглеводи, утворюючи кислоти. Під впливом карієсогенних чинників в емалі зубів відбуваються процеси демінералізації і деполімеризації органічної речовини, внаслідок чого виникає незворотне каріозне ураження. Дії карієсогенних факторів перешкоджає низка чинників: антимікробні системи слини, наявність у слині мікроелементів (особливо фтору), висока буферна ємність слини, наявність інгібіторів протеолітичних ферментів, інтенсивність процесів ремінералізації емалі, а також її висока карієсрезистентність, посилення трофічної функції пульпи, підвищення резистентності організму тощо.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Як змінювались з часом уявлення про виникнення та розвиток карієсу?
2. Які існують теорії виникнення карієсу?
3. Яка роль мікроорганізмів у виникненні карієсу?
4. Які експериментальні докази значення мікроорганізмів у виникненні та прогресуванні карієсу?
5. У чому полягає значення вуглеводів у етіопатогенезі карієсу?
6. Які наукові факти підтверджують роль вуглеводів у виникненні карієсу?
7. Які властивості слини мають карієспротекторне значення?
8. Які існують фактори специфічного та неспецифічного захисту у ротовій порожнині, як вони діють?
9. Які карієсогенні чинники загального характеру?
10. Як впливає загальносоматична патологія на виникнення та перебіг карієсу?
11. Як впливає характер харчування на виникнення та перебіг карієсу?
12. Яке значення консистенції їжі на виникнення та перебіг карієсу?
13. Які структурні порушення твердих тканин знижують їхню резистентність до виникнення карієсу?
14. Як несприятливий генетичний код (спадковість) впливає на захворюваність карієсом?

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Що з переліченого належить до факторів неспецифічного захисту порожнини рота?
А. Амілаза
В. Імуноглобулін А
С. Лактоферин
D. Фторопатит
Е. Простагландин
2. Пацієнтові К., 58 років, непрацюючому, хворому туберкульозом поставлено діагноз множинного карієсу. Що найімовірніше стало причиною хвороби?
А. Гіпосалівація
В. Зміна в'язкості слини
С. Недостача вітамінів у їжі
D. Зміна резистентності емалі зубів
Е. Зниження загального імунітету
3. Яка кислота **не продукується** мікроорганізмами зубної бляшки?
А. Пропіонова
В. Плавікова
С. Масляна
D. Піровиноградна
Е. Оцтова
4. Протикаріозне значення буферних систем слини полягає у:
А. Інактивації ферментних систем мікроорганізмів
В. Бактеріостатичній дії
С. Ремінералізації емалі

- D. Нейтралізації кислого середовища зубної бляшки
- E. Утрудненні адгезії мікроорганізмів до поверхні емалі

5. Множинне ураження зубів карієсом при синдромі Сьєгрена викликане:

- A. Поганою резистентністю емалі
- B. Високою вірулентністю мікрофлори
- C. Надмірним вживанням вуглеводів
- D. Зниженням кальцій-фосфорного коефіцієнта емалі
- E. Ксеростомією

6. Імуноглобуліни слини продукуються:

- A. Т-лімфоцитами
- B. В-лімфоцитами
- C. Макрофагами
- D. Тканинними базофілами
- E. Клітинами слинних залоз

7. Недостатність якого хімічного елемента у їжі та питній воді у найбільшій мірі може спровокувати виникнення карієсу?

- A. Кальцію
- B. Фосфору
- C. Заліза
- D. Фтору
- E. Цинку

8. Який з перелічених чинників є найімовірнішим фактором ризику виникнення карієсу?

- A. Спадковість
- B. Авітаміноз
- C. Часте вживання вуглеводів
- D. Аномалії розміщення зубів
- E. Висококалорійне харчування

9. Пацієнтові К., 26 років поставлено діагноз: початковий карієс 11,12,14,15, 21,22,25, 33,34,35, 41,43,45 зубів. З анамнезу відомо, що пацієнт не має загальних захворювань, а плями на поверхні зубів з'явилися після перебування у стаціонарі з приводу лікування двостороннього зламу нижньої щелепи. Яка ймовірна причина виникнення карієсу?

- A. Токсичний вплив медикаментів
- B. Авітаміноз
- C. Надмірне споживання вуглеводів
- D. Стрес
- E. Погана гігієни рота.

10. Нейтралізація кислого середовища зубної бляшки здійснюється за допомогою:

- A. Амілази слини
- B. Лужних харчових продуктів
- C. Бікарбонатної буферної системи слини
- D. Ацетатної буферної системи слини
- E. Гігієнічних засобів

11. Визначальна роль мікроорганізмів в етіології карієсу була доведена експериментально на:

- A. Тваринах мутантах

- В. Тваринах гнобїонтах
 - С. Тваринах, яких годували за допомогою шлункового зонда
 - Д. Тваринах, яких утримували на дрібнодисперсній дієті
 - Е. Культурах тканин
12. Роль вуглеводів у виникненні карієсу була доведена експериментально на:
- А. Тваринах мутантах
 - В. Тваринах гнобїонтах
 - С. Тваринах, яких годували за допомогою шлункового зонда
 - Д. Тваринах, яких утримували на дрібнодисперсній дієті
 - Е. Культурах тканин
13. Значне зростання поширеності та інтенсивності карієсу у ХХ сторіччі пов'язано з:
- А. Появою нових штамів мікроорганізмів
 - В. Погіршенням екологічної ситуації
 - С. Зниженням імунологічної реактивності людини
 - Д. Збільшенням споживання сахарози
 - Е. Впливом техногенних факторів
14. Пацієнтові К., 37 років поставлено діагноз множинного карієсу. З анамнезу відомо, що хворий інфікований ВІЛ. Який з перелічених факторів міг спричинитись до множинного ураження зубів карієсом?
- А. Погана резистентність емалі
 - В. Висока вірулентність мікрофлори ротової порожнини
 - С. Надмірне вживання вуглеводів
 - Д. Зниження імунної реактивності
 - Е. Ксеростомія
15. Специфічний імунітет ротової порожнини забезпечується:
- А. Опсонінами, лейкоїнами
 - В. Інтерфероном, β-лізінами
 - С. Імуноглобулінами класів М, G, А, D
 - Д. Імуноглобулінами класів А, D, С, К
 - Е. Імуноглобулінами класів D, С, Е, Т

Рекомендована література:

1. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколишина).– Т. 1.– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник.– У 4 томах /М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін.– К.: Здоров'я, 2004.– Т.2.– 400 с.
3. Хельвіг Э., Климек Й., Аттин Т. Терапевтическая стоматология.– Львов: ГалДент, 1999.– 409 с.
4. Терапевтическая стоматология: Учебн. Пособие /Под ред. проф. Л.А.Дмитриевой.– М.: МЕДпресс-информ, 2003.– 896 с.
5. Леонтьев В.К., Мамедова Л.А. Эволюция представлений о причинах возникновения кариеса зубов. Обзор // Стоматология.– 2000, № 1.– С. 68-72.

Практичне заняття № 10

Тема: Гострий і хронічний карієс у стадії плями. Патоморфологія, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування. Медикаментозні засоби та методики ремінералізуючої терапії.

Мета заняття: вивчити особливості клінічного перебігу та діагностики початкового карієсу, знати механізм дії медикаментних препаратів, що застосовуються для ремінералізуючої терапії, вміти скласти план лікування при карієсі у стадії плями.

Коротка характеристика теми

Карієс в стадії плями (macula cariosa).

Для оцінки *морфологічних змін* тканин зуба при початковому карієсі найбільш інформативним методом є поляризаційна мікроскопія за допомогою якої можна побачити вогнище ураження у вигляді трикутника, основа якого обернена до зовнішньої поверхні емалі. Характер змін у ділянці ушкодження залежить від розміру плями. Якщо площа ураження не більше 1 мм², на шліфах зубів відзначаються дві зони: прозора та темна. При збільшенні каріозної плями спостерігається поява трьох зон: тіла пошкодження, темної і прозорої зони. У зовнішньому шарі емалі, емалево-дентинному з'єднанні і у дентині змін не спостерігається або ж вони є незначними. Найбільші зміни відзначаються у підповерхневому шарі та тілі ураження. Із збільшенням розміру каріозної плями збільшується ступінь демінералізації емалі. Доведено, що зовнішній шар емалі змінюється незначно завдяки постійному процесу ремінералізації у порожнині рота.

У білій плямі, яка за перебігом є гострим процесом розрізняють 5 шарів (зон).

1. Поверхневий шар (найбільш стабільний). У кристалі гідроксиапатиту збільшується кількість гідроксильних груп, зменшується кількість фтору. У цьому шарі є ділянки демінералізації, дисмінералізації та ремінералізації.
2. Підповерхневий шар. Характеризується зменшеним вмістом кальцію у порівнянні з нормою. Різко збільшується проникливість емалі.
3. Центральний шар. Зона максимальних змін, мінімальний вміст кальцію, найбільше мікропросторів, дуже високий рівень проникливості емалі.
4. Проміжний шар. У цій зоні об'єм мікропросторів зменшується у порівнянні з центральним шаром.
5. Внутрішній шар, або зона блискучої емалі, це зона відносного благополуччя, проникливість емалі практично не відрізняється від норми.

У всіх цих зонах відзначаються такі зміни зі сторони кристалів гідроксиапатитів:

- порушення орієнтації кристалів у структурі гідроксиапатитів;
- зміни форми кристалів і їхніх розмірів;
- послаблення міжкристалічних зв'язків;
- поява нетипових для нормальної емалі кристалів;
- зменшення мікротвердості емалі;
- збільшення міжпризмових просторів і заповнення їх аморфною речовиною.

Вогнище демінералізації при початковому карієсі має три основні особливості:

- різке збільшення проникливості тканини зуба для високомолекулярних речовин, барвників, ізотопів;
- гіперкальцинація поверхневого шару емалі зуба за рахунок ремінералізуючої дії слини;

- збережена цілісність органічного матриксу емалі, що є обов'язковою умовою для ремінералізації.

Карієс у стадії пігментованої плями може бути первинним, або виникає з білої плями внаслідок сповільнення процесів демінералізації. Цей процес може протягом невизначеного, доволі тривалого часу бути стабільним, але згодом може призвести до виникнення значного дефекту тканин. Можливою причиною темного забарвлення є підвищення проникливості емалі, що призводить до абсорбції барвників і кумулювання тирозину з наступним перетворенням його в меланін.

Також слід зазначити, що змін зі сторони пульпи, а саме у структурі і стані одонтобластів, в судинах та нервових волокнах при карієсі в стадії плями не виявлено.

Клінічна картина. При початковому карієсі, а саме при білій плямі, пацієнт може скаржитись на відчуття оскоми. На механічні та термічні подразники зуб не реагує.

Об'єктивно: відзначається втрата природнього блиску, зміна кольору емалі у вигляді крейдяно-матової плями при гострому перебігу каріозного процесу, і пігментованої плями з коричневим відтінком – при хронічному. Поверхня плями при зондуванні шорсткіша ніж інтактною емалі, але не болюча.

Для *діагностики* початкового карієсу додатково використовується спосіб вітального забарвлення емалі метиленовим синім а також інструментальні методи – люмінесцентна діагностика за допомогою апарата PLURAFLEX, діагностика за допомогою апарата “Діагностент” і транслюмінаційний метод (тема № 3).

Диференційна діагностика карієсу зубів здійснюється на підставі даних основних і додаткових методів обстеження. Видимі відмінності мають плями при карієсі і *ендемичному флюорозі*. Це стосується як крейдовидної, так і пігментованої каріозної плями. Каріозна пляма зазвичай поодинокі, а флюорозні плями множинні. При флюорозі плями блискучо-білі, на фоні щільної емалі – молочного кольору, локалізуються на так званих „імунних ділянках” – на губних, язикових поверхнях, розташовані близько до горбків і ріжучого краю зубів. Каріозні плями розташовуються на апроксимальних поверхнях коронки зуба, в ділянках фісур і шийок зубів. Навіть, якщо вони утворились на симетричних зуба, відрізняються як формою, так і місцем розташування на зубах. Такі плями поєднуються з іншими стадіями карієсу зубів, а для флюорозу типовим є виражена стійкість до карієсу. На відміну від карієсу, флюорозні плями особливо часто відзначаються на різцях і іклах, зубах, доволі резистентних до карієсу. Для уточнення діагнозу проводять забарвлення плями розчином метиленового синього: забарвлюється тільки каріозна пляма.

Необхідно проводити диференційну діагностику початкового карієсу з *гіоплазією емалі*. При гіоплазії відзначаються плями білого кольору на фоні стоншеної емалі, строго симетрично на одноіменних зубах правої і лівої сторони, що мають однакову форму і забарвлення. Плями розташовані у вигляді „ланцюжка” навколо коронки зуба. Такі ланцюжки бувають поодинокі, але можуть розташовуватися групами на різних рівнях коронки зуба. На відміну від каріозних плям, гіопластичні не забарвлюються метиленовим синім і іншими барвниками. Формується гіоплазія як і флюороз ще до прорізування зуба, розміри і забарвлення плям в процесі розвитку зуба не змінюються, тому факт існування плями з часу прорізування зуба є ще однією ознакою для диференційної діагностики цих хвороб з карієсом.

Лікування карієсу в стадії плями. Ремінералізуюча терапія. Консервативне лікування (ремінералізуючу терапію) карієсу зубів можна проводити лише при відсутності у твердих тканинах порожнини, тобто при гострому початковому карієсі, коли анатомічно цілісність емалі не порушена. Оскільки відомо, що емаль прониклива для різних іонів, у тому числі для кальцію і фтору, існує ймовірність ремінералізації демінералізованих ділянок каріозного ураження (крейдовидної каріозної плями). При ремінералізації відбувається відкладення солей кальцію і фтору у вигляді дугоподібних зон ремінералізації, або ремінералізації дифузного характеру.

В емалі інтактних зубів одночасно проходять процеси демінералізації і ремінералізації, які знаходяться у певній динамічній рівновазі. При початковому карієсі відбувається постійне зміщення цієї рівноваги в сторону демінералізації. На цій стадії патологічного процесу під впливом певних лікарських засобів, зміни складу слини, певного харчування можливе відновлення рівноваги процесів де- і ремінералізації.

Для місцевої ремінералізуючої терапії початкового карієсу застосовуються такі групи препаратів:

1. Середники, що впливають на мінералізацію емалі (відновлюють і доповнюють в кристалах апатитів емалі іони, які відсутні в них при карієсі; впливають на кінетику мінералізації). До цієї групи відносять препарати фтору, кальцію, фосфоровмісні сполуки кальцію, комплекси мінеральних компонентів (ремодент і інші).
2. Середники, які не допускають адсорбції органічних речовин (кислот, токсинів і інших продуктів життєдіяльності мікроорганізмів) на поверхні твердих тканин зубів (це сорбенти, гідрофобні плівкові покриття, герметики). До них відносять препарати фтору, пектини, натуральні і синтетичні лаки, різноманітні герметики фісур.

Механізм дії фтору полягає у стимулюванні утворення в твердих тканинах зуба фторапатитів, які є більш твердими і кислотостійкими, ніж інші апатити. Внаслідок цього на поверхні емалі утворюється фторапатитна плівка, яка запобігає проникненню мікроорганізмів і їх кислот в глибину тканин. Фтор стимулює мінералізацію шляхом включення мінеральних компонентів в емаль і укріплює грані кристалів. Відбувається дифузія іонів фтору у внутрішні шари емалі і утворення специфічних зв'язків (Ca^{2+} , HPO_4^{2-}) на поверхні кристалів зубної емалі. Фторвмісна плівка на поверхні емалі гальмує розмноження мікроорганізмів, таким чином зменшується продукування кислот.

Препарати фтору:

- 1% розчин фториду натрію для аплікацій і електрофорезу;
- фтористі лаки та гелі: „Фторлак”, „Fluor Protector”, „Дурафат”, „Біфторід12”.
- амінофториди – органічні сполуки фтору, які глибоко проникають в товщу емалі і довго затримуються на її поверхні.

Методика застосування:

- зуби ізолюють від слини і висушують;
- наносять препарат на ділянку демінералізації (4-5 хв). Пацієнтам рекомендують 2-3 год. не вживати їжу. Курс лікування – 15-20 сеансів;

Додаткові джерела надходження фтору для профілактики карієсу:

- зубні пасти містять 0,10-0,15 мг % NaF;
- полоскання (еліксири) – 0,2-0,5 мг % NaF;
- гелі – 1,1 мг % NaF.

Препарати кальцію, які застосовуються для ремінералізуючої терапії карієсу

10% розчин глюконату кальцію, 2,5% розчин гліцерофосфату кальцію використовують для аплікацій або електрофорезу (15-20 аплікацій; 10-15 процедур електрофорезу). Курс лікування залежить від вираженості каріозного процесу. Для більшої ефективності засоби можна застосовувати в комплексі з препаратами фосфору. Використовують розчин, який містить 11% кальцію і 22% фосфору. Також розроблені кальцій-фосфатвмісні гелі, які здовжують ремінералізуючу дію. Існує рідина, яка містить синтетичний гідроксиapatит. Ефективним є розпочинати терапію з застосування препаратів кальцію і фосфору (5-6 сеансів електрофорезу або аплікацій) з подальшим введенням фтору, оскільки фтористі сполуки, які утворюються в емалі затримують проникнення сполук кальцію. З цією метою застосовують 10% розчин глюконату кальцію і 1-2% розчин фториду натрію, крім цього можна використати кальційфосфатвмісні гелі в комплексі із фторвмісними гелями.

При початковому карієсі ефективним є застосування комплексних ремінералізуючих препаратів. Одним з засобів є препарат „Ремодент”, що містить: 4,35% кальцію і 1,36%

фосфору, 0,15% магнію, 0,2% калію, 16% натрію, 30% хлору, 49% органічних речовин, 3,94% інших мікроелементів (марганець, залізо, мідь і ін). Тривалість аплікацій – 15-20 хв; курс лікування 20-30 аплікацій. Ремінералізуючу дію мають препарати стронцію (25% розчин хлориду стронцію та 75% хлористо-стронцієва паста). Курс лікування 20-30 аплікацій.

При локалізації каріозних плям у фісурах молярів і премолярів одним з ефективних методів лікування є герметизація фісур адгезивними матеріалами (герметиками), оскільки мінералізація фісур одразу після прорізування зубів є недостатньою (у порівнянні з горбками), окрім того у фісурах створюються умови для накопичення зубної бляшки. Таким чином, з однієї сторони, герметики зупиняють і запобігають шкідливій дію пошкоджуючих факторів на емаль, а з іншої – створюють умови для подальшої мінералізації фісур.

Групи герметиків:

1. Хімічно прості: нітрат срібла, хлорид цинку.
2. Цементи: алюмосилікатні, полікарбоксилатні, поліакрилатні, склоіономерні, композиційні.
3. Акрилові ненаповнені пластмаси.
4. Герметики на основі композиційних матеріалів і компомерів:

а) хімічної полімеризації;

б) світлової полімеризації.

Основні вимоги до герметиків.

1. Забезпечити міцну і стійку адгезію до тканин зуба.
2. Бути достатньо міцними при стисканні і стійкими до стирання.
3. Мати стабільний колір і не забарвлювати тканини зуба.
4. Бути зручним для застосування в клінічних умовах.

Методика проведення герметизації фісур:

- провести гігієну порожнини рота (пастами без вмісту фтору);
- ізолювати потрібну ділянку від слини;
- знежирити, висушити поверхню фісури;
- внести герметик у фісури;
- після повної полімеризації за допомогою копіювального паперу зняти залишки герметика.

При використанні композиційних герметиків перед внесенням композиту необхідно провести протравлювання емалі спеціальними кондиціонерами.

Лікування хронічного початкового карієсу. Темно-коричневі каріозні плями є проявом призупиненого (стаціонарного) карієсу і, як правило, не потребують спеціального ремінералізуючого лікування, крім випадків їх видалення як косметичного дефекту. Крім препарування їх можна видалити методом емалевої мікроабразії.

Мікроабразія – це контрольоване видалення зміненої в кольорі емалі за допомогою спеціальних засобів типу хендібластер – „Handiblaster” („Bisco”). „Handiblaster” – компактний піскоструменевий прилад, який разом із потоком повітря подає на поверхню зуба абразивний порошок, що усуває пігментовану тканину.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Який найбільш інформативний метод оцінки морфологічних змін при початковому карієсі?
2. У якому шарі емалі відзначаються найбільші морфологічні зміни?
3. Чому зовнішній шар емалі практично не змінюється при початковому карієсі?
4. Які зони морфологічно розрізняють при карієсі в стадії плями?
5. Які основні особливості має вогнище демінералізації при початковому карієсі?

6. Назвати основні причини темного забарвлення при хронічному початковому карієсі.
7. Які скарги будуть виникати у пацієнта при початковому карієсі?
8. Які дані об'єктивного обстеження відзначаються при початковому карієсі?
9. Які додаткові методи діагностики використовують для встановлення остаточного діагнозу?
10. З якими захворюваннями проводиться диференційна діагностика початкового карієсу?
11. За яких умов проводиться ремінералізуюча терапія?
12. Які групи препаратів застосовують для місцевої ремінералізуючої терапії початкового карієсу?
13. Яка дія фтору при ремінералізуючій місцевій терапії?
14. Назвати препарати фтору і методи їх застосування у ремінералізуючій терапії.
15. Вказати додаткові джерела надходження фтору для профілактики карієсу.
16. Назвати препарати кальцію, які застосовуються для ремінералізуючої терапії.
17. Що таке герметизація фісур?
18. Вказати групи герметиків, вимоги до них та методи застосування.
19. У чому полягає лікування хронічного початкового карієсу?
20. Що таке мікроабразія?

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Під час профілактичного огляду в пацієнта віком 18 років після видалення зубних відкладень у пришийковій ділянці на присінковій поверхні 22 і 41 зубів виявлені крейдяного кольору плями з шорсткою та безболісною під час зондування поверхнею. Тест емалевої резистентності (ТЕР-тест) становить 7 балів. Які морфологічні зміни характерні для даного захворювання?
 - A. Зміни в плащовому шарі дентину
 - B. Поверхнева демінералізація емалі
 - C. Пошкодження емалево-дентинного з'єднання
 - D. Дегенеративні зміни одонтобластів
 - E. Підповерхнева демінералізація емалі
2. Юнак віком 18 років скаржиться на чутливість 14, 13, 12, 23, 24 зубів від солодкого й кислого. Об'єктивно: у пришийкових ділянках цих зубів виявлені поодинокі крейдяного кольору матові плями з нечіткими краями. Який метод дослідження найбільш точно підтвердить діагноз?
 - A. Електроодонтодіагностика
 - B. Зондування
 - C. Рентгенографія
 - D. Вітальне забарвлення
 - E. Термометрія
3. Під час обстеження порожнини рота 19-річної дівчини стоматолог виявив на присінковій поверхні 11,21 зубів у пришийкових ділянках білі плями. Зі слів пацієнтки, вони з'явилися близько 2 міс. тому, за цей час їх розміри повільно збільшувалися. Яке з перелічених нижче захворювань має такий характерний перебіг?
 - A. Некроз емалі
 - B. Гіпоплазія емалі
 - C. Карієс
 - D. Флюороз

Е. Ерозія емалі

4. Хвора віком 16 років звернулася до лікаря із скаргами на відчуття оскоми в зубах верхньої щелепи протягом 2 тижнів. Об'єктивно: у пришийковій ділянці 11 і 21 зубів виявлені білуваті плями з матовим відтінком і нечіткими межами, що інтенсивно сприймають барвники. Яким має бути лікування 11 та 21 зубів?

- A. Препарування та пломбування
- B. Зішліфування плям
- C. Оброблення антисептиками
- D. Імпрегнація срібла нітратом
- E. Ремінералізівна терапія

5. Хворому віком 25 років після детального обстеження був установлений діагноз гострого початкового карієсу 36 зуба. Яке лікування Ви призначите?

- A. Препарування, накладання постійної пломби
- B. Ремінералізівна терапія та динамічне спостереження
- C. Препарування, накладання лікувальної пов'язки
- D. Не проводити лікування, вести спостереження
- E. Зішліфування плями

6. Під час обстеження стоматологом 17-річної хворої виявлені білясті плями на пришийкових ділянках фронтальних зубів. Установлено діагноз гострого початкового карієсу 11-42 зубів. Які зміни мінерального складу каріозних плям слід прийняти до уваги лікаря перед призначенням місцевої ремінералізівної терапії?

- A. Надлишок кальцію, дефіцит фосфору та фтору
- B. Надлишок кальцію, фосфору та фтору
- C. Дефіцит кальцію, фосфору та фтору
- D. Змін вмісту кальцію, фосфору та фтору немає
- E. Дефіцит кальцію, надлишок фосфору та фтору

7. Хвора 25-ти років скаржиться на наявність світло-коричневої плями на передньому зубі верхньої щелепи. Об'єктивно: у пришийковій ділянці 23 виявляється поодинокі пляма світло-коричневого кольору, під час зондування поверхня гладенька. Реакція на холод та зондування безболісна. Встановіть найбільш вірогідний діагноз:

- A. Хронічний поверхневий карієс
- B. Флюороз
- C. Гострий початковий карієс
- D. Хронічний початковий карієс
- E. Місцева гіпоплазія емалі

8. Пацієнтка 23 років скаржиться на наявність на жувальних поверхнях зубів плям білуватого кольору, на відчуття оскоми, яке виникає під час приймання кислої їжі. Плями з'явилися близько 3 місяців тому. Об'єктивно: на жувальних поверхнях 46, 36, 27 крейдоподібні плями, добре забарвлюються 2% метиленовим синім; під час зондування визначається шорсткуватість. Емаль зубів без дефектів. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Гострий поверхневий карієс
- B. Гострий середній карієс
- C. Гострий початковий карієс
- D. Хронічний середній карієс
- E. Хронічний поверхневий карієс

9. Жінка 18-ти років скаржиться на чутливість зубів до солодкого, кислого, косметичний дефект. Об'єктивно: у пришийковій ділянці 14, 13 поодинокі крейдоподібні плями без ушкодження емалі, безболісні під час зондування, забарвлюються 2% розчином метиленового синього, ЕОД – 8 мкА. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Локалізована гіпоплазія
- B. Флюороз, плямиста форма
- C. Поверхневий карієс
- D. Початковий карієс
- E. Ерозія емалі

10. Хворий 20-ти років звернувся до лікаря-стоматолога зі скаргами на наявність крейдоподібних плям 11, 12, 21, 22 зуба, відчуття оскоми від хімічних подразників під час приймання їжі. Об'єктивно: у пришийковій ділянці 11, 12, 21, 22 зубів виявлені білі плями розміром 0,2×0,3 см, з шорсткою поверхнею, які забарвлюються 2% розчином метиленового синього. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Гострий початковий карієс
- B. Флюороз
- C. Гіпоплазія емалі
- D. Гострий поверхневий карієс
- E. Хронічний початковий карієс

11. Жінка 22 років, вагітна, скаржиться на появу білих плям на передніх зубах верхньої щелепи, які з'явилися на 4-му місяці вагітності. Під час огляду: на вестибулярній поверхні у пришийковій ділянці 13, 12, 11, 21, 22, 23 крейдоподібні плями. Емаль втратила блиск, шорстка. Від хімічних подразників виникає короткочасний біль. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гострий початковий карієс
- B. Гострий поверхневий карієс
- C. Хронічний початковий карієс
- D. Системна гіпоплазія емалі
- E. Флюороз зубів

12. При карієсі у стадії плями об'єм мікропросторів у центрі ураження може збільшуватись до:

- A. 4 %
- B. 8 %
- C. 16 %
- D. 30 %
- E. 60 %

13. Послідовність зон ураження при початковому карієсі (за L. Silverstone) від поверхні зуба вглиб емалі наступна:

- A. Поверхнева, перехідна, тіло ураження, темна
- B. Поверхнева, тіло ураження, темна, прозора
- C. Поверхнева, темна, прозора, тіло ураження
- D. Поверхнева, прозора, тіло ураження, темна
- E. Поверхнева, проміжна, тіло ураження, прозора, темна.

14. Співвідношення кальцію та фосфору (фосфорно-кальцієвий коефіцієнт Ca/P) при карієсі у стадії плями є:

- A. Більше 2,0
- B. Більше 1,67

- C. Менше 1,67
- D. Менше 1,33
- E. Менше 1,0

15. Пацієнтка віком 18 років скаржиться на чутливість зубів до солодкого, наявність косметичного дефекту. Об'єктивно: у пришийковій ділянці 14, 13 зубів виявлені поодинокі плями крейдяного кольору з матовим відтінком без ушкодження емалі, безболісні під час зондування. Плями забарвлюються 2% розчином метиленового синього, ЕОД – 6 мкА. Який з перелічених діагнозів найбільш імовірний?

- A. Гострий початковий карієс
- B. Локалізована гіоплазія
- C. Гострий поверхневий карієс
- D. Ерозія емалі
- E. Флюороз, плямиста форма

16. Хвора віком 20 років звернулася зі скаргами на біль у 23 зубі під час приймання кислоти та солодкої їжі. Біль зникає після усунення подразників. Скарги з'явилися 2 тижні тому. Об'єктивно: на присінковій поверхні 23 зуба виявлена овальна біла пляма розмірами 2×3 мм. Поверхня плями шорстка, забарвлення метиленовим синім не зникає після змивання його водою. Встановіть імовірний діагноз.

- A. Плямиста форма флюорозу
- B. Хронічний початковий карієс
- C. Гострий початковий карієс
- D. Початкова стадія некрозу емалі
- E. Місцева гіоплазія емалі

17. Жінка віком 22 роки, вагітна, скаржиться на появу білих плям на передніх зубах верхньої щелепи, які з'явилися на 4-му місяці вагітності. Об'єктивно: на присінковій поверхні 13, 12, 11, 21, 22, 23 зубів у пришийковій ділянці виявлені крейдяного кольору плями. Поверхня емалі втратила блиск, шорстка під час зондування. Хімічні подразники спричиняють короточасний біль. Який попередній діагноз?

- A. Гострий початковий карієс
- B. Гострий поверхневий карієс
- C. Флюороз зубів
- D. Хронічний початковий карієс
- E. Системна гіоплазія емалі

18. Хворий віком 22 роки звернувся до стоматолога зі скаргами на наявність дефекту на зубі верхньої щелепи, який виявив тиждень тому. Об'єктивно: на присінковій поверхні 21 зуба в пришийковій ділянці виявлена крейдяного кольору пляма. Її поверхня матова, шорстка під час зондування. Холодова проба від'ємна, перкусія 21 зуба безболісна. Пляма забарвлюється 2: розчином метиленового синього в синій колір. Установіть діагноз.

- A. Гіоплазія емалі
- B. Хронічний початковий карієс
- C. Гострий поверхневий карієс
- D. Гострий початковий карієс
- E. Флюороз

19. Дівчина віком 16 років скаржиться на наявність на присінкових поверхнях центральних верхніх різців матових білуватих плям. Плями з'явилися декілька місяців тому, з часом їх розміри збільшилися. Народилася та проживає в місцевості, де вміст фтору в питній воді становить 1,4 мг/л. Яка тактика лікування даних плям?

- A. Зішлифування плям
- B. Препарування з подальшим пломбуванням
- C. Сріблення плями
- D. Ремінералізівна терапія
- E. Стоматологічного втручання не потребує

20. Хворий 20 років звернувся з метою санації. Об'єктивно: на вестибулярній поверхні 11 і 12 кілька крейдоподібних плям діаметром 2×3 мм, напівовальної форми, поверхня шорстка під час зондування. Який тест буде найінформативнішим у проведенні диференційної діагностики даної патології?

- A. Термодіагностика
- B. Вітальне забарвлення
- C. Зондування
- D. ТЕР-тест
- E. ЕОД

21. Хворий віком 30 р. проживає в місцевості, де вміст фтору в питній воді становить 0,7 мг/л. Скаржиться на чутливість зубів до солодкого, кислого. Об'єктивно: у пришийковій ділянці на присінковій поверхні 12, 13, 14, 23, 24 зубів виявлені крейдоподібні плями, їх поверхня шорстка і болісна під час зондування. Що з переліченого нижче дозволить поставити правильний діагноз?

- A. Перкусія
- B. Rtg-графія
- C. Термопроба
- D. ЕОД
- E. Вітальне забарвлення

22. Пацієнт 18 років скаржиться на чутливість зубів до солодкого і кислого, косметичний дефект. Під час огляду у пришийковій ділянці 13 та 14 зубів виявлені поодинокі плями білого кольору з матовим відтінком без ушкодження дентину. Які дії лікаря-стоматолога ?

- A. Зішлифування плями
- B. Проведення професійної гігієни
- C. Ремінералізуюча терапія
- D. Препарування зубів із подальшим пломбуванням
- E. Відбілювання зубів

23. Який основний метод лікування початкового карієсу?

- A. Ремінералізуюча терапія
- B. Демінералізуюча терапія
- C. Оперативне висічення уражених твердих тканин зуба
- D. Девітальна екстирпація
- E. Девітальна ампутація

Рекомендована література:

1. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколишина) – Т. 1.– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник.– У 4 томах /М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін. – К.: Здоров'я, 2004.– Т.2.– 400 с.
3. Терапевтическая стоматология: Учебн. Пособие /Под ред. проф. Л.А.Дмитриевой.– М.: МЕДпресс-информ, 2003.– 896 с.

5. Мельничук Г.М., Рожко М.М. Практична одонтологія. Курс лекцій із карієсу та некаріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту. Навчальний посібник. Вид. 2-ге, доповнене.– Івано-Франківськ, 2007.– 292 с.
6. Хельвіг Э., Климек Й., Аттин Т. Терапевтическая стоматология.– Львов: ГалДент, 1999.– 409 с.

Практичне заняття № 11

Тема: Гострий і хронічний поверхневий карієс. Патоморфологія, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.

Мета заняття: вивчити особливості клінічного перебігу, діагностики та диференційної діагностики поверхневого карієсу, орієнтуватись у пломбувальних матеріалах, що застосовуються для лікування, знати покази до їхнього використання, вміти запломбувати каріозну порожнину при поверхневому карієсі.

Коротка характеристика теми

Поверхневий карієс (caries superficialis)

Патологоанатомічні зміни полягають в повному руйнуванні всіх емалевих призм у вогнищі пошкодження. Довкола нього виявляється розпад периферійних ділянок емалевих призм, збільшуються міжпризмові проміжки з подальшим залученням емалево-дентинного з'єднання. При цьому в емалі відзначається дефект, який має форму конуса. Вершина його досягає дентину, в якому також починається процес демінералізації і початкове руйнування. Всі ці зміни найбільш виражені при гострому перебігу каріозного процесу і менше – при хронічному, в останньому випадку розширенні проміжки між емалевими призмами містять значну кількість пігментів. У ділянках дентину, що прилягає до каріозного дефекту емалі, також відзначаються характерні зміни. Біля емалево-дентинного з'єднання дентинні каналці розширенні і заповнені мікроорганізмами. Далі в глибину вони звужені, склерозовані, основна речовина дентину гіпермінералізована – зона прозорого, або склерозованого дентину. У пульпі відповідно до локалізації каріозної порожнини спостерігаються зміни в одонтобластих у вигляді деформації, зменшення їх кількості, розширення капілярів субодонтобластного сплетення. Для поверхневого карієсу характерні скарги на незначний біль, а частіше відчуття оскоми в зубі, які виникають від хімічних подразників і швидко минають після усунення їх дії. Інколи виникає короткочасний біль від термічних і механічних подразників. Виникнення болю при дії цих факторів, можливо, виникає внаслідок подразнення досить чутливої зони емалево-дентинного з'єднання. При обстеженні зуба в ділянці крейдяної плями відзначається неглибокий дефект (порожнина), який розміщений в межах емалі. Дефект виповнений розм'якшеною жовто-сірого кольору емаллю, при зондуванні незначно болючий. Інколи, на поверхні білої каріозної плями, відзначається лише незначна шорсткість при зондуванні, але при подальшому обстеженні під нею виявляється невелике вогнище розм'якшеної емалі. При локалізації каріозної порожнини на контактній поверхні зуба можливе застрягання їжі між зубами і як наслідок – запалення ясеневого сосочка – набряк, гіперемія, кровоточивість при зондуванні.

Хронічний поверхневий карієс майже не викликає больових відчуттів. Рідко може виникати незначний біль від хімічних подразників, який зникає після їх усунення. На поверхні емалі відзначається порожнина невеликої глибини (в межах емалі), виповнена

досить щільною емаллю жовтувато-коричневого кольору. Порожнина має широкий, розкритий, без нависаючих країв вхідний отвір. Зондування каріозного дефекту практично безболісне. При локалізації поверхневого карієсу у ділянці фісур їхні краї можуть бути збереженні, що ускладнює діагностику. У таких випадках допускається динамічне спостереження – повторний огляд через 3-6 місяців. При транслюмінації завжди виявляється дефект емалі, навіть прихований. На фоні яскравого світіння інтактних тканин зуба чітко спостерігається тінь, яка відповідає дефекту емалі. При електроодонтодіагностиці відхилення від норми не спостерігають. Дефект, який локалізований на контактній поверхні зуба, визначається рентгенографічно.

Поверхневий карієс диференціюють з *початковим карієсом*. На відміну від початкового, при якому відзначається лише пляма, а цілісність поверхні емалі не порушена, для поверхневого карієсу типовим є утворення дефекту емалі.

Також необхідно проводити диференційну діагностику з *ерозією емалі*. На відміну від поверхневого карієсу, ерозія емалі має форму овалу, який розташований поперечно на найбільш випуклій частині вестибулярної поверхні коронки. Дно ерозії гладке, блискуче і щільне, вона має тенденцію до розповсюдження у ширину, а не в глибину, як при карієсі. Ерозія частіше спостерігається у людей середнього віку, одночасно пошкоджуються декілька зубів, вона зазвичай, імуннорезистентна до карієсу. Часто процес захоплює і симетричні зуби. З анамнезу виявляється надмірне споживання цитрусових, соків і фруктів, кислої їжі, ендокринна патологія, професійні шкідливості.

Поверхневий карієс диференціюють з *гіпоплазією емалі*, при якій поверхня зуба гладка, щільна, дефект локалізується на різних рівнях симетричних зубів, а не на характерних для карієсу поверхнях коронок зубів.

Ерозивна форма *ендемичного флюорозу*, як і поверхневий карієс, характеризується дефектом в межах емалі. При флюорозі дефекти емалі локалізуються, як правило, на вестибулярних поверхнях передніх зубів, імуннорезистентних до карієсу. Ерозії, розташовані хаотично на фоні зміненої (плямистої) емалі, відрізняються симетричністю пошкодження. Таким зубам не властива гіперестезія, оскільки ерозивна форма ендемічного флюорозу формується лише при вживанні води з досить високим вмістом фтору (більше ніж 3 мг/л). Крім цього, ознаки флюорозу спостерігаються у більшості жителів даного ендемічного регіону і існують з моменту прорізування зуба.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. У чому полягають патолого-анатомічні зміни при поверхневому карієсі?
2. Описати зону склерозованого дентину.
3. Які зміни у пульпі спостерігаються при поверхневому карієсі?
4. Які скарги характерні для поверхневого карієсу?
5. Описати об'єктивну клінічну картину гострого поверхневого карієсу.
6. Які клінічні відмінності каріозної порожнини при гострому поверхневому карієсі?
7. Які додаткові методи обстеження можна використати для встановлення діагнозу – поверхневий карієс?
8. Провести диференційну діагностику поверхневого карієсу з початковим карієсом.
9. Провести диференційну діагностику поверхневого карієсу з ерозією емалі.
10. Провести диференційну діагностику поверхневого карієсу з гіпоплазією емалі.
11. З якою формою ендемічного флюорозу необхідно проводити диференційну діагностику поверхневого карієсу?

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Хвора віком 20 років скаржиться на біль у зубі нижньої щелепи зліва, який виникає від солодкого, але відразу після припинення дії подразника зникає. Об'єктивно: на жувальній поверхні 36 зуба виявлена каріозна порожнина в межах емалі, краї емалі крихкі, крейдяного кольору. Зондування каріозної порожнини болісне, холодова проба негативна, перкусія 36 зуба безболісна, ЕОД – 6 мкА. Установіть діагноз.
 - A. Гіпоплазія емалі
 - B. Гострий поверхневий карієс
 - C. Гострий середній карієс
 - D. Некроз емалі
 - E. Ерозія емалі
2. Пацієнтка віком 27 років звернулася до стоматолога зі скаргами на біль у 36 зубі, який виникає від холодної та солодкої їжі і швидко зникає після припинення дії подразників. Об'єктивно: на присінковій поверхні 35 зуба в пришийковій ділянці виявлений дефект твердих тканин у межах емалі. Краї дефекту крейдяного кольору, крихкі. ЕОД – 5 мкА. Який діагноз найбільш імовірний?
 - A. Некроз емалі
 - B. Гіпоплазія емалі
 - C. Гострий початковий карієс
 - D. Гострий поверхневий карієс
 - E. Ерозія емалі
3. Хворого віком 35 років протягом місяця непокоїть гострий короткочасний біль у 24 зубі, який виникає від солодкої, холодної та гарячої їжі. Об'єктивно: на присінковій поверхні 24 зуба в пришийковій ділянці є дефект у межах емалі. Краї емалі крихкі, білого кольору. Перкусія безболісна, зондування спричинює біль, ЕОД – 8 мкА. Установіть діагноз.
 - A. Гострий поверхневий карієс
 - B. Ерозія емалі
 - C. Флюороз, ерозивна форма
 - D. Гострий середній карієс
 - E. Гіпоплазія емалі
4. Пацієнтка віком 25 років скаржиться на короткочасний біль від солодкого, холодного в 21 зубі. Об'єктивно: на присінковій поверхні 21 зуба в пришийковій ділянці виявлений дефект твердих тканин у межах емалі. Краї емалі нерівні, крейдяного кольору. Зондування дна порожнини безболісне, реакція на холод позитивна, але швидко минає. Який діагноз у даному випадку?
 - A. Ерозія емалі
 - B. Клиноподібний дефект
 - C. Гострий початковий карієс
 - D. Гіпоплазія емалі
 - E. Гострий поверхневий карієс
5. Хворому віком 42 роки був установлений діагноз гострого поверхневого карієсу 24 зуба (V клас за Блеком, локалізація на присінковій поверхні). Який пломбувальний матеріал краще використати для постійної пломби?
 - A. Силідонт
 - B. Полікарбоксилатний цемент
 - C. Альфадент (композит світлової полімеризації)
 - D. Адгезор

Е. Силіцин

6. Хворому віком 24 роки поставлено діагноз гострого поверхневого карієсу 21 зуба. Який матеріал для підкладки слід застосувати, якщо для постійної пломби буде використано композит світлового тверднення?

- А. Фосфатний цемент
- В. Полікарбоксилатний цемент
- С. Скклоіономерний цемент
- Д. Підкладку ставити не потрібно
- Е. Правильної відповіді немає

7. При діагнозі гострий поверхневий карієс хворі скаржаться на:

- А. Самовільний біль
- В. Довготривалий біль від дії різноманітних подразників
- С. Незначний біль та відчуття оскоми від дії хімічних подразників
- Д. Біль при накушуванні
- Е. Біль від дії температурних подразників

8. Яка глибина порожнина при поверхневому карієсі?

- А. Порожнина розміщена в межах емалі
- В. Порожнина розміщена в межах плащового дентину
- С. Порожнина розміщена в межах припульпарного дентину
- Д. Порожнині розміщена в межах емалево-дентинної межі
- Е. Порожнина розміщена нижче емалево-дентинної межі

9. Яка особливість вхідного отвору каріозної порожнини при гострому поверхневому карієсі?

- А. Дефект у вигляді крейджано-білої плями
- В. Широкий вхідний отвір
- С. Вхідний отвір без нависаючих країв
- Д. Вхідний отвір кратероподібний
- Е. Вхідний отвір точковий

10. Яка особливість вхідного отвору каріозної порожнини при хронічному поверхневому карієсі?

- А. Вхідний отвір точковий
- В. Вхідний отвір без нависаючих країв
- С. Дефект у вигляді каріозної плями
- Д. Вхідний отвір з нависаючими краями
- Е. Немає правильної відповіді

11. Які подразники найімовірніше викликають біль при поверхневому карієсі?

- А. Механічні подразники
- В. Термічні подразники
- С. Хімічні подразники
- Д. Термічні та механічні подразники
- Е. Усі перелічені

12. Яка причина виникнення больових відчуттів при препаруванні порожнини при поверхневому карієсі?

- А. Близьке розташування дна каріозної порожнини до пульпової камери

- В. Близьке розташування дна каріозної порожнини до припульпарного дентину
- С. Близьке розташування дна каріозної порожнини до плащового дентину
- Д. Близьке розташування дна каріозної порожнини до емалево-дентинного з'єднання
- Е. Близьке розташування дна каріозної порожнини до ясенного сосочка

13. Які патоморфологічні зміни характерні для поверхневого карієсу?

- А. Повне руйнування емалевих призм у вогнищі і зменшення міжпризмових проміжків
- В. Повне руйнування емалевих призм у вогнищі і збільшення міжпризмових проміжків
- С. Часткове руйнування емалевих призм
- Д. Збільшення міжпризмових проміжків
- Е. Зменшення міжпризмових проміжків

14. З якими захворюваннями слід проводити диференційну діагностику поверхневого карієсу?

- А. Початковий карієс, кислотний некроз, флюороз та гіпоплазія
- В. Глибокий карієс, клиноподібний дефект, кислотний некроз, початковий карієс
- С. Початковий карієс, флюороз, гангренозний пульпіт
- Д. Середній карієс, гангрена пульпи, початковий карієс, вогнищевий пульпіт
- Е. Середній карієс, флюороз та гіпоплазія (ерозивна форма), клиноподібний дефект, кислотний некроз

15. Який матеріал слід застосовувати при пломбуванні каріозних порожнин поверхневого карієсу?

- А. Склоіономерний цемент
- В. Композит світлової полімеризації
- С. Срібна амальгама
- Д. Композит хімічної полімеризації
- Е. Ремінералізуюча терапія

Рекомендована література:

1. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколишина).– Т.1.– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник.– У 4 томах /М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін.– К.: Здоров'я, 2004.– Т.2.– 400 с.
3. Терапевтическая стоматология: Учебн. Пособие /Под ред. проф. Л.А.Дмитриевой.– М.: МЕДпресс-информ, 2003.– 896 с.
4. Мельничук Г.М., Рожко М.М. Практична одонтологія. Курс лекцій із карієсу та некаріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту. Навчальний посібник. Вид. 2-ге, доповнене.– Івано-Франківськ, 2007.– 292 с.
5. Хельвіг Э., Климек Й., Атгин Т. Терапевтическая стоматология.– Львов: ГалДент, 1999.– 409 с.
6. Шмидседер Дж. Эстетическая стоматология: Пер. с англ. под ред. проф. Т.Ф. Виноградовой.– М.: МЕДпресс-информ, 2004.– 320 с.

Практичне заняття № 12

Тема: Гострий і хронічний середній карієс. Патоморфологія, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.

Мета заняття: вивчити особливості клінічного перебігу, діагностики та диференційної діагностики середнього карієсу, орієнтуватись у пломбувальних матеріалах, що застосовуються для лікування, знати покази до їхнього використання, методики пломбування, вміти запломбувати каріозну порожнину при середньому карієсі.

Середній карієс (*caries media*) виникає після руйнування патологічним процесом емалево-дентинного з'єднання і характеризується розташуванням дна каріозної порожнини у плащовому дентині. При середньому карієсі патологоанатомічні зміни в емалі полягають у повному руйнуванні всієї емалі у ділянці дефекту, стінки якого складаються з надламаних і демінералізованих емалевих призм. При середньому карієсі у дентині розрізняють декілька зон:

- 1 – зона розпаду;
- 2 – зона демінералізації;
- 3 – зона прозорого (склерозованого) дентину;
- 4 – зона видимо незміненого дентину (інколи може бути майже відсутньою);
- 5 – зона вторинного замісного дентину.

Залежно від перебігу каріозного процесу клінічна картина середнього карієсу є різною. При гострому середньому карієсі пацієнти скаржаться на відчуття болю незначної інтенсивності, який виникає при дії хімічних, термічних і механічних подразників, оскільки вхідний отвір звужений, або взагалі точковий (може лише застрягати зонд) і тільки після зняття нависаючих країв, коли відкривається доступ для подразників з'являються відповідні скарги на біль, який зникає відразу після усунення подразника. На поверхні зуба виявляється крейдоподібного кольору каріозна пляма з дефектом тканин у центрі. Порожнина, зазвичай має глибину 1,5-2 мм, вона заповнена харчовими залишками і розм'якшеним дентином. Повністю оглянути каріозну порожнину можна лише після видалення інструментами (екскаватором, борами) нависаючих, крейдового кольору країв емалі. Порожнина є найширшою біля емалево-дентинного з'єднання і поступово звужується в напрямку до пульпи. Розм'якшений дентин, який вистилає порожнину, сіро-білого, або жовтуватого кольору. Ступінь розм'ягчення дентину залежить від активності перебігу каріозного процесу – при гострому карієсі він має хрящеподібну консистенцію і знімається екскаватором пластами. Зондування каріозної порожнини малоболуче, за винятком стінок, а саме – ділянки емалево-дентинного з'єднання.

Хронічний середній карієс має практично безсимптомний перебіг. Досить рідко спостерігається слабкий біль, який виникає внаслідок дії хімічних та температурних подразників і припиняється відразу після їх усунення. При обстеженні відзначається каріозна порожнина з досить широким вхідним отвором, дно якої локалізується у плащовому дентині. Каріозна порожнина заповнена досить щільним пігментованим дентином, зондування неболюче, тому що при тривалому перебігу каріозного процесу відкладається значний шар замісного дентину, який перешкоджає проникненню подразників до нервових закінчень. При визначенні порогу больової чутливості пульпи вона реагує на силу струму 6–12 мкА.

Середній хронічний карієс диференціюють з *клиноподібним дефектом*, який локалізується в ділянці шийки зуба, має щільні стінки і характерну форму клина, перебігає практично безсимптомно, як і середній карієс.

Відсутність больових відчуттів при зондуванні емалево-дентинної границі, відсутність реакції на температурні і хімічні подразники може свідчити і про *хронічний періодонтит*. Проте препарування каріозної порожнини при середньому хронічному карієсі болуче, а

при періодонтиті – ні, оскільки пульпа некротизована. Пульпа зуба при середньому карієсі реагує на струм 4-10 мкА, а при періодонтиті – на струм більше 100 мкА. На рентгенограмі при хронічному верхівковому періодонтиті визначається рівномірне розширення періодонтальної щілини, деструктивні зміни кісткової тканини в ділянці проекції верхівки кореня.

Лікування поверхневого та середнього карієсу. При виникненні каріозного дефекту твердих тканин зуба (поверхневий, середній та глибокий карієс) консервативна ремінералізуюча терапія не буде ефективною, оскільки емаль і дентин не здатні регенерувати і відновлювати втрачені ділянки. Для лікування цих стадій карієсу необхідно застосовувати відновлення дефекту твердих тканин зуба штучними пломбувальними матеріалами. Перед цим, згідно з відповідними правилами, проводять необхідну оперативну обробку (препарування каріозної порожнини). Метою препарування є повне видалення (висічення) патологічно змінених твердих тканин зуба і створення умов для надійної фіксації пломби. Після препарування цю порожнину заповнюють пломбувальними матеріалами, відновлюючи анатомічну форму і функцію зуба.

Необхідні умови при пломбуванні каріозних порожнин:

1. Повністю видалити уражені карієсом тверді тканини зуба із застосуванням тих, чи інших методів знеболення.
2. Створити умови для надійної і міцної фіксації пломби в опрацьованій порожнині.
3. Почергово використовувати антисептичну обробку каріозної порожнини з ретельним висушуванням відпрепарованих твердих тканин зуба.
4. Правильно обрати пломбувальний матеріал і дотримуватись правил його приготування, а також методики пломбування.
5. Провести кінцеву обробку, шліфування і полірування пломби.

Етапи пломбування каріозної порожнини:

- підготовка ротової порожнини (гігієна);
- знеболення;
- препарування каріозної порожнини;
- накладання ізолюючої і лікувальної прокладки (при потребі);
- пломбування;
- обробка, шліфування і полірування пломби.

При проведенні препарування твердих тканин зуба, введенні матриці, клинців необхідно максимально уникати травмування ясен. Кінцеву обробку реставрацій борами, фінірами, полірами, шліфувальними абразивними полосками слід проводити обережно, застосовуючи спеціальні ретрактори, кламери для запобігання травмування ясенного краю. Для цього використовують спеціальні бори і фініри з тупим кінцем, вільним від ріжучих нарізок і алмазного напилення. Наостаток проводять ревізію ясенного краю, борізки, ясенних і пародонтальних кишень, які прилягають до місця реставрації, оскільки наявність залишків адгезиву, ошурків після препарування викличе або буде підтримувати запальний процес.

Препарування каріозних порожнин

Власне препарування каріозних порожнини проводять відповідно до класу, характеру перебігу і глибини ураження, а також пломбувального матеріалу, який обрано для відновлення.

Препарування каріозних порожнин (від лат. слова *praeparare* – приготувати) – це оперативне втручання на твердих тканинах зуба, яке має певну послідовність етапів.

Мета препарування. Повне висічення патологічно змінених тканин зуба з метою призупинення каріозного ураження, створення умов надійної фіксації пломбувального матеріалу для відновлення анатомічної форми і функції зуба.

Щоб правильно провести препарування необхідно:

- В кожному окремому випадку чітко визначити елементи каріозної порожнини і забезпечити надійний зоровий контроль при препаруванні; послідовно виконувати основні етапи препарування.
- Правильно обрати інструменти (бори різних розмірів і форми, екскаватори) для створення необхідної форми каріозної порожнини.
- Дотримуватись певних принципів препарування каріозної порожнини: біологічної доцільності, враховуючи межі розташування порожнини і топографію пульпи; технічної раціональності (вибір і використання інструментів). Працювати лише в режимі охолодження (препарувати із струменем води).

Етапи препарування каріозної порожнини

- Розкриття і розширення каріозної порожнини.
- Висічення (некректомія) нежиттєздатних тканин.
- Формування порожнини.
- Створення фальцу емалі.

Вимоги до формування каріозної порожнини

- Стінки і дно каріозної порожнини повинні розташовуватись під прямим кутом, що покращує фіксацію пломбувального матеріалу.
- Оптимальна форма каріозної порожнини для додаткової фіксації пломби – це прямокутна, але в залежності від локалізації каріозного процесу можливі порожнини овальної, трикутної, хрестоподібної, циліндричної форм.
- Для покращення фіксації на стінках каріозної порожнини створюють ретенційні пункти у вигляді борізд, заглиблень.
- У тому випадку, коли порожнина плитка та широка, допускається створення нахилу стінки на 80-85° відносно дна порожнини.

Пломбування каріозних порожнин

Сучасні пломбувальні матеріали крім позитивних властивостей мають і негативні, такі, наприклад, як токсична дія на пульпу. Тому на дно каріозної порожнини накладають ізолюючу прокладку з пломбувальних матеріалів, які є менш міцними, але не мають подразнюючої дії на пульпу. Таким чином, ізолююча прокладка відділяє дентин і пульпу від впливу токсичних речовин. За допомогою прокладки, крім цього, можна створити додаткові точки фіксації на дні і стінках каріозних порожнин.

Вимоги до ізолюючих прокладок

1. Захищати пульпу від подразнюючих впливів постійних пломбувальних матеріалів.
2. Не подразнювати пульпу і мати мінімальну подразнюючу дію на неї.
3. Сприяти надійному крайовому приляганню пломбувального матеріалу до твердих тканин зуба.
4. Достатньо міцно фіксувати пломбу в каріозній порожнині.
5. Стимулювати утворення третинного дентину.
6. Мати антибактеріальну дію.
7. Бути сумісним і по можливості монолітно з'єднуватись з постійним пломбувальним матеріалом.
8. Мати відповідні естетичні властивості (колір, прозорість) подібні до твердих тканин зуба.

Досить широко з цією метою використовують фосфат-цементи, іономерні, полікарбоксилатні, склоіономерні цементи, спеціальні лаки та ін.

Принципи накладання ізолюючих прокладок. Незалежно від класу каріозної порожнини ізолююча прокладка повинна вкривати усе дно товщиною 1-1,5 мм. Поверхню прокладки доцільно зробити нерівною для кращої фіксації пломби. Зайвий матеріал необхідно забрати зі стінок каріозної порожнини, щоб постійний пломбувальний матеріал мав краще крайове прилягання до емалі. Важливо, що у залежності від постійного пломбувального

матеріалу, який ми обираємо, по різному накладається ізолююча прокладка. Так, при використанні амальгами, шар ізолюючої прокладки має бути досить товстим (для термоізоляції пульпи); при використанні композитів та пластмас ізолюючу прокладку накладають до емалево-дентинної межі (оскільки ці матеріали є досить токсичними); при використанні композитних матеріалів світлової полімеризації і адгезивних систем IV-V покоління при пломбуванні хронічного карієсу роль ізолюючої прокладки відіграє гібридна зона, яка утворюється у дентині. Герметизація дентинних трубочок адгезивною системою захищає пульпу від післяопераційного подразнення і забезпечує довготривалий захист пульпи від проникнення бактерій.

Найчастіше в сучасній практиці для ізолюючих прокладок обирають склоіономерні цементи. Це цілий клас сучасних матеріалів, створених шляхом об'єднання кращих властивостей силікатних і поліакрилових систем. Типовим представником сучасних склоіономерних цементів, які використовуються для ізолюючих прокладок є Фуджі Лайн (Fuji Lining) – світлотвердіючий склоіономерний цемент, що має низьку усадку при твердненні. Іонозит бейслайн (Ionosit Baseline) – світлотвердіючий гібридний склоіономерний цемент, який при полімеризації дещо розширюється і компенсує, таким чином полімеризаційну усадку композитів. Він за своїми фізичними властивостями у 3 рази міцніший, ніж традиційні склоіономерні цементи. Іоносил (Ionoseal) – характеризується високою міцністю на розрив і стійкістю до стискання, має добру адгезію до композитних матеріалів.

Етапи пломбування каріозної порожнини композиційними матеріалами

1. Підготовка пацієнта і вибір кольору пломбувального матеріалу.
2. Знеболення.
3. Препарування каріозної порожнини.
4. Накладання кофердаму.
5. Накладання ізолюючої прокладки (при необхідності).
6. Кислотне протравлювання.
7. Застосування адгезивної системи.
8. Виповнення порожнини композиційними матеріалами.
9. Кінцева обробка і полірування реставрації.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Які зони дентину розрізняють при середньому карієсі?
2. Яка клінічна картина гострого середнього карієсу?
3. Яка клінічна картина хронічного середнього карієсу?
4. Провести диференційну діагностику середнього карієсу та клиноподібного дефекту.
5. Провести диференційну діагностику середнього карієсу з хронічним періодонтитом.
6. Яку терапію слід обрати для поверхневого та середнього карієсу?
7. Вказати мету та етапи препарування.
8. Вимоги до формування каріозної порожнини.
9. Вимоги до ізолюючих прокладок.
10. Етапи пломбування каріозних порожнин композиційними матеріалами.

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Хвора віком 25 років звернулася до клініки терапевтичної стоматології зі скаргами на короткочасний біль у 46 зубі, який виникає після потрапляння твердої їжі в даний зуб. Після усунення подразника біль відразу зникає. Скарги з'явилися кілька місяців тому. Об'єктивно: на дистальній контактній поверхні 46 зуба каріозна порожнина в межах плащового дентину, вхідний отвір великий. Дентин твердий, пігментований, важко знімається екскаватором. Зондування дна та стінок каріозної порожнини і вертикальна та горизонтальна перкусія 46 зуба безболісні, ЕОД – 6 мкА. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гострий середній карієс
- B. Хронічний середній карієс
- C. Хронічний поверхневий карієс
- D. Гострий глибокий карієс
- E. Хронічний періодонтит

2. Під час профілактичного огляду в пацієнта віком 45 років на жувальній поверхні 23 зуба виявлена каріозна порожнина в межах плащового дентину. Дно та стінки виповнені щільним пігментованим дентином. Перкусія і зондування безболісні, реакція на холод відсутня, ЕОД – 6 мкА. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Хронічний періодонтит
- B. Гострий середній карієс
- C. Хронічний глибокий карієс
- D. Гострий глибокий карієс
- E. Хронічний середній карієс

3. У хворого віком 32 роки скарги на короткочасний біль від хімічних і термічних подразників у зубі на верхній щелепі зліва, який швидко зникає після усунення подразника. Об'єктивно: у 26 зубі виявлена каріозна порожнина з вузьким вхідним отвором, розміщена в межах плащового дентину. Дентин дна та стінки м'який, сірого кольору. Зондування в ділянці емалево-дентинної межі болісне, перкусія безболісна, ЕОД – 6 мкА. Який діагноз у даному випадку?

- A. Гострий поверхневий карієс
- B. Хронічний фіброзний пульпіт
- C. Гострий середній карієс
- D. Гострий глибокий карієс
- E. Хронічний середній карієс

4. У хворого віком 30 років скарги на наявність каріозної порожнини в зубі верхньої щелепи. Каріозна порожнина з'явилася 5 міс. тому. Об'єктивно: у 26 зубі виявлена каріозна порожнина з широким вхідним отвором, розміщена у межах плащового дентину, яка не сполучається з порожниною зуба. Дентин дна та стінок каріозної порожнини твердий, пігментований. Який попередній діагноз?

- A. Хронічний поверхневий карієс
- B. Хронічний середній карієс
- C. Гострий середній карієс
- D. Гострий глибокий карієс
- E. Хронічний глибокий карієс

5. У хворого віком 30 років скарги на короткочасний біль у зубі на верхній щелепі від солодкого та холодного. Біль з'явився місяць тому. Об'єктивно: на жувальній поверхні 26 зуба виявлена каріозна порожнина з вузьким вхідним отвором у межах плащового дентину. Дентин дна і стінок розм'якшений, зондування в ділянці емалево-дентинної межі болісне, перкусія безболісна, термопроба спричиняє біль, який після усунення подразника швидко зникає. Визначте діагноз.

- A. Гострий початковий карієс
- B. Гіперемія пульпи
- C. Гострий глибокий карієс
- D. Хронічний фіброзний пульпіт
- E. Гострий середній карієс

6. Хворого віком 27 років протягом декількох тижнів непокоїть короткочасний біль у 16 зубі, який виникає від солодкої та холодної їжі. Об'єктивно: на жувальній поверхні 16 зуба виявлена порожнина в межах плащового дентину, виповнена розм'якшеним слабо пігментованим дентином. Після некретомії дно каріозної порожнини щільне, безболісне. Препарування стінок дефекту чутливе в ділянці емалево-дентинної межі. ЕОД 16 зуба – 5 мкА. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Хронічний середній карієс
- B. Гострий глибокий карієс
- C. Гострий середній карієс
- D. Хронічний глибокий карієс
- E. Хронічний періодонтит

7. Хворий віком 40 років скаржиться на застрягання їжі в зубі на нижній щелепі. Порожнина виникла 7 міс. тому. Об'єктивно: на жувальній поверхні 34 зуба виявлена каріозна порожнина з широким вхідним отвором, яка розміщена в межах плащового дентину. Дентин дна і стінок твердий, пігментований. Зондування дна та стінок безболісне, ЕОД – 12 мкА. Визначте діагноз.

- A. Хронічний фіброзний періодонтит
- B. Хронічний фіброзний пульпіт
- C. Хронічний глибокий карієс
- D. Хронічний середній карієс
- E. Хронічний початковий карієс

8. Хворий звернувся зі скаргами на біль, який виникає в 45 зубі під час дії холодного, кислого, солодкого. Біль минає після припинення дії подразника. Об'єктивно: на жувальній поверхні 45 зуба виявлена каріозна порожнина в межах плащового дентину, яка виповнена залишками їжі та розм'якшеним дентином, навислі краї емалі крейдяного кольору. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гострий середній карієс
- B. Хронічний середній карієс
- C. Гострий поверхневий карієс
- D. Гострий глибокий карієс
- E. Хронічний глибокий карієс

9. Хворий віком 30 років звернувся до стоматолога зі скаргами на косметичний дефект і незначну болісність 44 зуба під час чищення зубів. Об'єктивно: виявлено каріозну порожнину V класу за Блеком у межах плащового дентину. Зондування стінок порожнини спричинює незначну болісність, термопроба – позитивна. Який пломбувальний матеріал найбільш доцільний для пломбування даної порожнини?

- A. Амальгама

- В. Силікатний цемент
- С. Компомер
- Д. Силікофосфатний цемент
- Е. Полікарбоксилатний цемент

10. Пацієнт віком 30 років звернувся до стоматолога зі скаргами на короткочасний біль від дії холодного подразника, який зникає відразу після його усунення. Об'єктивно: на жувальній поверхні 47 зуба глибока, у межах навколопульпарного дентину каріозна порожнина, виповнена розм'якшеним світлим дентином. Зондування емалево-дентинної межі та дна каріозної порожнини спричинює незначну болісність, термопроба позитивна, рентгенологічно в періапикальних тканинах змін немає. Визначте діагноз.

- А. Гострий середній карієс
- В. Хронічний фіброзний пульпіт
- С. Хронічний грануляційний періодонтит
- Д. Хронічний середній карієс
- Е. Гострий глибокий карієс

11. Юнак віком 18 років скаржиться на короткочасний біль у 21 зубі від дії холодного та солодкого. Об'єктивно: на медіальній контактній поверхні 21 зуба виявлена каріозна порожнина середньої глибини (III клас за Блеком) у межах плащового дентину, виповнена світлим розм'якшеним дентином. Краї емалі крихкі, крейдяного кольору. Індекс КПВ становить 14, гігієнічний індекс за Федоровим-Володкіною – 3,3. Виберіть найбільш оптимальний пломбувальний матеріал для пломбування в даній клінічній ситуації.

- А. Силікатний цемент
- В. Композит світлової полімеризації
- С. Композит хімічної полімеризації
- Д. Склоіономерний цемент
- Е. Силікофосфатний цемент

12. Під час пломбування каріозної порожнини II класу за Блеком у 36 зубі було вирішено використати методику відкритого варіанта „сендвіч-техніки”. Який з наведених склоіономерних цементів найкраще відповідає потребам даної методики?

- А. Vitremer TC (3M)
- В. Aqua-Cem (Dentsply)
- С. BaseLine (Dentsply)
- Д. Aqua-Jonobond (VOCO)
- Е. Vitrebond (3M)

13. Хворому віком 35 років встановлено діагноз хронічного середнього карієсу 36 зуба. Порожнина II класу за Блеком з ураженням жувальної поверхні. Який пломбувальний матеріал лікар повинен вибрати для пломбування даної порожнини?

- А. Склоіономерний цемент
- В. Композитний мікрогібридний матеріал світлової полімеризації
- С. Силікофосфатний цемент
- Д. Текучий композит світлової полімеризації
- Е. Мікрофільний композит світлової полімеризації

14. У хворого віком 50 років каріозна порожнина на жувально-дистальній поверхні 47 зуба. Був встановлений діагноз хронічного середнього карієсу 47 зуба. Який пломбувальний матеріал найбільш доцільно використати в даній клінічній ситуації?

- А. Полікарбоксилатний цемент
- В. Силікофосфатний цемент

- C. Компомер
- D. Склоіономерний цемент
- E. Амальгаму

15. Жінка віком 42 роки скаржиться на наявність каріозної порожнини та косметичний дефект у 23 зубі. Об'єктивно: на вестибулярній поверхні 23 зуба у пришийковій ділянці виявлена каріозна порожнина, яка поширюється значно нижче рівня краю ясен. Порожнина в межах ~~з~~плащового дентину, виповнена щільним, темно-коричневого кольору дентином, зондування практично безболісне. Який найбільш оптимальний матеріал для пломбування в даній клінічній ситуації?

- A. Силікофосфатний цемент
- B. Композит хімічного затвердіння
- C. Склоіономерний цемент світлового твердіння
- D. Силікатний цемент
- E. Композит світлового затвердіння

16. Після обстеження каріозної порожнини на жувально-дистальній поверхні 47 зуба встановлено діагноз хронічного середнього карієсу 47 зуба. Який пломбувальний матеріал показаний в даній клінічній ситуації?

- A. Склоіономерний цемент
- B. Силікофосфатний цемент
- C. Компомер
- D. Амальгама
- E. Полікарбоксилатний цемент

17. Жінка віком 63 роки скаржиться на наявність каріозних порожнин на присінкових поверхнях центральних верхніх різців. Об'єктивно: у пришийковій ділянці 11 і 12 зубів виявлені каріозні порожнини в межах плащового дентину. Дентин щільний, темно-коричневого кольору. Слизова оболонка ясен гіперемійована, легко кровоточить. Прикус глибокий. Які можуть бути протипоказання до негайного пломбування цих порожнин фотокомпозитом?

- A. Локалізація порожнин у пришийковій ділянці
- B. Наявність аномалії прикусу
- C. Наявність темного дентину на дні каріозної порожнини
- D. Глибина порожнини
- E. Наявність запалення ясен (гінгівіт)

18. Пацієнту встановлений діагноз: гострий середній карієс 46 зуба. Яка буде реакція твердих тканин зуба на зондування і термічні подразники при даному захворюванні?

- A. Безболісна
- B. Болісна
- C. Різко болісна в ділянці дна порожнини
- D. Може бути болісна і безболісна
- E. Правильна відповідь відсутня

19. У хворого під час огляду було виявлено середній карієс 15 зуба. Яким матеріалом найдоцільніше реставрувати зуб?

- A. Композит хімічного тверднення
- B. Склоіономерний цемент
- C. Композит світлового тверднення
- D. Полікарбоксилатний цемент
- E. Пластмаса

20. У хворого віком 30 років, під час обстеження виявлено каріозну порожнину в 21 зубі у межах плащового дентину. Який матеріал найдоцільніше застосувати?

- A. Композит світлового тверднення
- B. Композит хімічного тверднення
- C. Склоіономерний цемент
- D. Амальгама
- E. Силікатний цемент

21. Який пломбувальний матеріал буде оптимальним для пломбування каріозної порожнини IV класу за Блеком, якщо у пацієнта підвищені вимоги до естетики?

- A. Макронаповнений композит світлового тверднення
- B. Мікронаповнений композит світлового тверднення
- C. Склоіономерний цемент
- D. Композит хімічного тверднення
- E. Компомер

Рекомендована література:

1. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколишина).– Т.1.– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник.– У 4 томах /М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін.– К.: Здоров'я, 2004.– Т.2.– 400 с.
3. Терапевтическая стоматология: Учебн. Пособие /Под ред. проф. Л.А.Дмитриевой.– М.: МЕДпресс-информ, 2003.– 896 с.
4. Мельничук Г.М., Рожко М.М. Практична одонтологія. Курс лекцій із карієсу та некаріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту. Навчальний посібник. Вид. 2-ге, доповнене.– Івано-Франківськ, 2007.– 292 с.
5. Хельвіг Э., Климек Й., Аттин Т. Терапевтическая стоматология.– Львов: ГалДент, 1999.– 409 с.
6. Шмидседер Дж. Эстетическая стоматология: Пер. с англ. под ред. проф. Т.Ф. Виноградовой.– М.: МЕДпресс-информ, 2004.– 320 с.

Практичне заняття № 13

Тема: Гострий і хронічний глибокий карієс. Патоморфологія, клініка, діагностика, диференційна діагностика. Одно- та двосеансний методи лікування. Лікувальні пасти для непрямого покриття пульпи: групи, властивості, особливості використання. Загальне лікування карієсу.

Мета заняття: вивчити особливості клінічного перебігу, діагностики та диференційної діагностики глибокого карієсу, знати лікувальні пасти, що застосовуються для лікування, покази до їхнього використання, вміти запломбувати каріозну порожнину при глибокому карієсі, вивчити покази до призначення загального лікування карієсу.

Коротка характеристика теми

Глибокий карієс (caries profunda)

Глибокий карієс відзначається вираженими руйнуваннями твердих тканин зуба з формуванням порожнини відділеної від пульпи тонким шаром біляпульпарного дентину. Патологоанатомічні зміни в твердих тканинах зубів практично такі самі, як і при середньому карієсі, інколи внаслідок невеликої товщини дентинної перегородки між каріозною порожниною і пульпою не всі зони ураження будуть присутні. В пульпі відзначається загальне зменшення кількості клітинних елементів, гіперемія і набряк, периваскулярні інфільтрати, збільшення товщини нервових волокон, а у більш пізніх стадіях – фрагментація і зернистий розпад.

Щоб описати образно глибокий карієс, можна порівняти каріозні порожнини при цьому патологічному процесі з пісочним годинником, верхня частина якого нагадує порожнину при хронічному карієсі, а нижня – при гострому.

Глибокий карієс характеризується утворенням каріозної порожнини, яка захоплює майже всю товщину дентину до пульпи з дном, розташованим в біляпульпарному дентині. Хворі з гострим глибоким карієсом скаржаться на причинний біль, який виникає внаслідок дії термічних, механічних, хімічних подразників і зникає відразу після їх усунення. Внесення в каріозну порожнину тампону з гарячою або холодною водою, а також ефіром, як правило, супроводжується різкою больовою реакцією; біль призупиняється відразу після усунення дії подразника. Об'єктивно виявляється каріозна порожнина з нависаючими краями емалі, які крихкі, крейдоподібного кольору. Каріозна порожнина виповнена розм'якшеним дентином білуватого або сіро-жовтого кольору. При зондуванні відзначається болючість в ділянці емалево-дентинного з'єднання, а також на дні порожнини в точках найбільш стоншеного дентину. Часто це місця проекції рогів пульпи, які безпосередньо реагують на подразники. При цьому з'єднання каріозної порожнини з порожниною зуба не відзначається. При гострому глибокому карієсі зондування дна каріозної порожнини слід проводити дуже обережно. В точках проекції рогів пульпи склепіння порожнини зуба є дуже тонким, дентин розм'якшений і його дуже легко проколоти зондом і поранити пульпу. Це супроводжується різким болем і появою в каріозній порожнині краплі крові.

При хронічному глибокому карієсі скарги на біль можуть бути відсутніми або відзначатися незначна короткочасна болючість після дії термічних, хімічних і механічних подразників. Дефект твердих тканин в межах біляпульпарного дентину, великий, займає значну частину коронки зуба, відкритий назовні, тому поперечний розмір порожнини є більший ніж її глибина. Каріозна порожнина виповнена досить щільним, але без склерозованого блиску пігментованим дентином. Пігментація її стінок і дна має досить широкий спектр – від жовтувато-коричневого до бурого, а деколи і чорного кольору. Зондування стінок і дна порожнини неболюче внаслідок наявності виражених зон прозорого і вторинного дентину. У зв'язку із близькістю пульпи, деякі подразники можуть давати відчуття важкості, дискомфорту в зубі, хоча болю, такого як при гострому карієсі не буде (завдяки шару замісного дентину). Поверхня каріозного дентину шорстка при зондуванні, в деяких випадках піддається тиску зонду і досить важко – екскавації. Утворення такої порожнини може відбуватися роками.

Гострий глибокий карієс диференціюють із гіперемією пульпи, гострим вогнищевим пульпітом, хронічним фіброзним пульпітом.

- Для гіперемії пульпи характерний більш тривалий біль від подразників (більше ніж 1 хв), виникнення короткочасного самовільного болю.
- Для гострого вогнищєвого пульпіту характерний самовільний приступоподібний біль, який посилюється вночі і різкий біль від подразників. Зондування при гострому глибокому карієсі помірно і рівномірно болюче по всьому дну, а при цих двох формах пульпітів – в одній точці, частіше в ділянці проекції вогнища запалення пульпи.

- При ранній формі хронічного фіброзного пульпіту каріозна порожнина буде ідентична порожнині при глибокому карієсі лише при знятті чергового пласту розм'якшеного дентину оголюється ріг пульпи.
- При пізній формі хронічного фіброзного пульпіту при зондуванні виявляється сполучення каріозної порожнини із порожниною зуба, зондування буде різко болоче, з'являється крапелька крові. При хронічних пульпітах больовий приступ виникає від дії різних подразників, повільно наростає, триває 15-20 хв. і повільно зникає.
- Хронічний середній і хронічний глибокий карієс диференціюють із хронічним періодонтитом. Основна відмінність: при карієсі перкусія не чутлива, реакції провокації позитивні, а пробне препарування виявить болочість зуба по емалево-дентинному з'єднанню і в проекції рогів пульпи.

Особливості лікування гострого глибокого карієсу. Гострий перебіг карієсу характеризується швидким розповсюдженням патологічного процесу на всю товщину дентину. При цьому захисні шари прозорого і вторинного дентину не встигають утворюватися і каріозна порожнина відмежована від пульпи лише тонким шаром демінералізованого дентину. В пульпі при цьому спостерігаються перші прояви вогнищевого запалення. Такі клінічні особливості гострого глибокого карієсу вимагають не лише оперативного втручання з подальшим відновленням каріозного дефекту, необхідні ще і додаткові заходи щоб запобігти запаленню пульпи. Важливо також стимулювати пластичну діяльність пульпи, спрямовану на ремінералізацію розм'якшеного дентину. Тому існують певні особливості препарування та додаткового застосування медикаментних засобів.

При препаруванні розм'якшений дентин на дні каріозної порожнини обережно видаляють екскаватором, а не бором, щоб уникнути перфорації склепіння пульпової камери. У даному випадку допускається залишити на дні каріозної порожнини частину демінералізованого дентину, який під дією медикаментних ремінералізуючих препаратів може мінералізуватись. Для антисептичної обробки каріозної порожнини обирають слабкі антисептики: 0,02% фурацилін, мікроцид, 0,5% р-н етонію (розчини повинні мати t 36-37⁰, близьку до температури тіла). Висушування проводять струменем теплого повітря.

Групи препаратів, які застосовують для медикаментного лікування гострого глибокого карієсу.

1 група. Антибактеріальні пасти – пригнічують мікрофлору.

2 група. Одонтотропні – пластикостимулюючі, які стимулюють відкладання замісного дентину.

Антимікробні лікувальні пасти. Ці пасти містять антибіотики, сульфаніламідні препарати, антисептики, препарати срібла та їх комбінації. Більшу ефективність мають пасти, які містять антибіотики та протеолітичні ферменти (трипсин, хімотрипсин в комбінації із стептоміцином). Біологічна паста, яка містить антибіотики і кальцієві препарати, одночасно впливає на мікрофлору і посилює пластикостимулюючу функцію пульпи. Підсилюють антибактеріальну дію антибіотиків сульфаніламідні препарати, які мають також одонтотропну дію.

Одонтотропні пасти. Це 5% тимолова і евгенол-тимолова пасти, йодоформна, 10% паста із сульфаніламидами, 0,7% фториста паста, 75% стронцієва паста. Слід пам'ятати, що застосування паст на основі евгенолу несумісне із застосуванням в подальшому композитних матеріалів (евгенол інгібує полімеризацію композитів).

Найбільш ефективними одонтопластичними пастами є пасти, які містять гідроксид кальцію. Висока лужна реакція гідроксиду кальцію нейтралізує кислотну реакцію середовища, яка виникає при запаленні пульпи, чинить бактерицидну дію а також стимулює діяльність одонтобластів. Широке застосування отримали твердіючі пасти на основі гідроксиду кальцію – „Life” (Kerr); „Dycal” (Dentsply); „Calcipulp” (Septodont);

„Calcimol” (VOCO), нетвердіючі суспензії – Нурол, Calxyl, Calasept, лайнери – Hydroxyline, Tubulitec тощо.

Методики застосування. При односеансному методі лікування гострого глибокого карієса проводять повну ексавацію пошкодженого дентину, накладають на дно порожнини тонкий шар твердіючого препарату, що містить гідроксид кальцію, після чого наносять прокладку та основну пломбу. При двосеансному методі після проведення некротомії нетвердіючу лікувальну пасту рівномірно накладають на дно каріозної порожнини без надмірного тиску, після цього порожнину закривають тимчасовою пломбою на 4-12 тижнів. У тому випадку, коли скарги пацієнта відсутні, у друге відвідування знімають тимчасову пломбу, екскавують залишений розм'якшений дентин, формують каріозну порожнину. На дно порожнини накладають тонкий шар твердіючого засобу з $\text{Ca}(\text{OH})_2$, ізолюючи прокладку і заповнюють її постійною пломбою.

Лікування хронічного глибокого карієсу проводиться в одне відвідування, препарати гідроксиду кальцію використовувати недоцільно, оскільки дно каріозної порожнини, як правило, є достатньо товстим. Особливістю оперативної тактики є потреба у створенні додаткової ретенції пломби внаслідок значного руйнування твердих тканин зуба. Окрім цього, доволі часто при значному руйнуванні тканин зуба внаслідок хронічного глибокого карієса доцільним є виготовлення вкладки чи відновної коронки.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Яка тканина межує з пульпою при глибокому карієсі?
2. Які морфологічні зміни в пульпі відмічаються при глибокому карієсі?
3. На який біль будуть скаржитись пацієнти при глибокому карієсі?
4. Охарактеризувати каріозну порожнину при гострому глибокому карієсі?
5. Про що що свідчить болюче зондування каріозної порожнини?
6. Які об'єктивні відмінності між каріозною порожниною при гострому і хронічному глибокому карієсі?
7. Чому зондування стінок і дна каріозної порожнини при глибокому хронічному карієсі буде безболісне?
8. З якими патологіями можна диференціювати глибокий карієс?
9. Про що свідчить поява короткочасного самовільного болю?
10. Які додаткові методи діагностики слід застосувати для проведення диференційної діагностики карієсу?
11. Які особливості лікування гострого глибокого карієсу?
12. За допомогою яких препаратів можна стимулювати пластичну діяльність пульпи і на що буде спрямована їх дія?
13. Які особливості препарування слід застосувати при лікуванні глибокого карієсу?
14. Як поділяють групи препаратів для лікування глибокого карієсу?
15. Яка дія антимікробних лікувальних паст?
16. На що впливають одонтотропні паст?
17. Методика застосування лікувальних прокладок.
18. Які відмінності у лікуванні гострого і хронічного глибокого карієсу?

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Жінка віком 39 років звернулася зі скаргами, що 3 дні тому з 22 зуба випала пломба. Об'єктивно: на медіальній контактній поверхні 22 зуба виявлена глибока каріозна порожнина, виповнена щільним пігментованим дентином, яка не сполучається з порожниною зуба. Зондування каріозної порожнини та перкусія зуба безболісні. Реакція

на холод від'ємна. Слизова оболонка ясен у ділянці 22 зуба без патологічних змін. Між якими захворюваннями повинен провести диференціальну діагностику стоматолог?

- A. Хронічний глибокий карієс і хронічний гангренозний пульпіт
- B. Хронічний глибокий карієс і хронічний фіброзний пульпіт
- C. Хронічний фіброзний пульпіт і хронічний гангренозний пульпіт
- D. **Хронічний** глибокий карієс і хронічний періодонтит
- E. Хронічний гангренозний пульпіт і хронічний періодонтит

2. У пацієнта віком 40 років під час обстеження на жувальній поверхні 46 зуба виявлена каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину, яка заповнена залишками їжі. Стінки та дно каріозної порожнини виповнені пігментованим дентином, їх зондування безболісне, термопроба негативна, ЕОД – 8 мкА. Визначте ймовірний діагноз.

- A. Хронічний періодонтит
- B. Гострий середній карієс
- C. Хронічний середній карієс
- D. Гострий глибокий карієс
- E. **Хронічний** глибокий карієс

3. Хворий віком 25 років скаржиться на короткочасний біль, який виникає від солодкого, гарячого, холодного в зубі нижньої щелепи. Об'єктивно: на медіальній контактній поверхні 36 зуба виявлена глибока каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину. Дентин розм'якшений, світлого кольору. Зондування дна каріозної порожнини болісне. Вертикальна та горизонтальна перкусія безболісна, ЕОД – 6 мкА. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Хронічний фіброзний пульпіт
- B. Гострий середній карієс
- C. Гострий глибокий карієс
- D. Хронічний глибокий карієс
- E. Хронічний середній карієс

4. Хвора віком 35 років скаржиться на наявність каріозної порожнини в зубі нижньої щелепи зліва. Під час приймання солодкої та кислої їжі виникає короткочасний біль. Об'єктивно: на жувальній поверхні 36 зуба виявлена каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину, виповнена світлим розм'якшеним дентином. Зондування дна стінок каріозної порожнини болісне, холод спричинює біль, який після припинення дії подразника швидко зникає. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гострий глибокий карієс
- B. Гострий обмежений пульпіт
- C. Хронічний фіброзний пульпіт
- D. Гострий середній карієс
- E. Хронічний глибокий карієс

5. Хворий віком 23 роки скаржиться на наявність каріозної порожнини в 15 зубі, яку помітив рік тому. Об'єктивно: на контактній медіальній поверхні глибока каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину, яка не сполучається з порожниною зуба, виповнена щільним дентином. Зондування, перкусія безболісні, реакція на холод відсутня, ЕОД – 10 мкА. Який із перелічених діагнозів є найбільш імовірний?

- A. Хронічний середній карієс
- B. Хронічний фіброзний періодонтит
- C. Хронічний фіброзний пульпіт
- D. **Хронічний** глибокий карієс
- E. Хронічний гранулематозний періодонтит

6. У хворого віком 25 років скарги на короткочасний біль від солодкого в зубі на нижній щелепі, застрягання їжі в каріозній порожнині. Об'єктивно: на жувальній поверхні 36 зуба виявлена каріозна порожнина з вузьким вхідним отвором у межах навколопульпарного дентину. Дентин м'який, каріозна порожнина не сполучається з порожниною зуба, зондування дна безболісне, перкусія зуба безболісна, пальпація слизової оболонки ясен в ділянці проекції верхівки кореня безболісна. Під час термодіагностики виникає біль, який після усунення подразника швидко зникає. Визначте діагноз.

- A. Гострий середній карієс
- B. Гіперемія пульпи
- C. Хронічний фіброзний пульпіт
- D. Хронічний глибокий карієс
- E. Гострий глибокий карієс

7. Жінка віком 29 років скаржиться на гострий біль у верхній щелепі зліва, який виникає від солодкої та кислої їжі. Хвора вважає, що цей біль з'явився тиждень тому після видалення 28 зуба і що сусідній зуб був „порушений” під час цього видалення. Об'єктивно: лунка 28 зуба у стані загоєння, безболісна під час пальпації. На жувальній поверхні 27 зуба є каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину, яка не сполучається з порожниною зуба. Каріозна порожнина виповнена світлим, розм'якшеним дентином; від холодого подразника виникає короткочасний біль. Зондування дна каріозної порожнини болісне. Який імовірний діагноз?

- A. Гострий глибокий карієс
- B. Гострий обмежений пульпіт
- C. Гострий дифузний пульпіт
- D. Хронічний глибокий карієс
- E. Хронічний фіброзний пульпіт

8. До стоматолога з метою санації порожнини рота звернулася жінка віком 39 років. Скарг не пред'являє. Об'єктивно: у сліпій ямці 12 зуба виявлена каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину, виповнена щільним пігментованим дентином. Зондування каріозної порожнини та перкусія безболісні. Реакція на холодний подразник відсутня, ЕОД – 6 мкА. Визначте найбільш імовірний діагноз.

- A. Гострий глибокий карієс
- B. Хронічний середній карієс
- C. Хронічний фіброзний пульпіт
- D. Хронічний періодонтит
- E. **Хронічний** глибокий карієс

9. У хворої віком 24 роки під час лікування гострого глибокого карієсу 35 зуба випадково відкрита порожнина зуба. Якою повинна бути тактика лікаря?

- A. Провести вітальну ампутацію пульпи
- B. Накласти одонтотропну пасту
- C. Провести вітальну екстирпацію пульпи
- D. Провести девітальну екстирпацію пульпи
- E. Накласти муміфікувальну пасту

10. Хворому віком 25 років установлений діагноз **хронічного** глибокого карієсу 23 зуба. Об'єктивно: на присінковій поверхні в пришийковій ділянці 23 зуба каріозна порожнина, яка розміщена нижче рівня ясен. Виберіть найбільш оптимальний матеріал для пломбування даної каріозної порожнини.

- A. Компомер

- В. Амальгама
- С. Композит хімічної полімеризації
- Д. Силікофосфатний цемент
- Е. Силікатний цемент

11. Жінка віком 25 років звернулася до стоматолога зі скаргами на **гострий** біль у зубі нижньої щелепи справа, який виникає під час приймання їжі. Об'єктивно: на дистально-жувальній поверхні 45 зуба виявлена глибока каріозна порожнина, виповнена світлим розм'якшеним дентином. Зондування дна каріозної порожнини незначно болісне, перкусія зуба безболісна. Холодна вода провокує короточасний біль. Який **засіб необхідно** помістити на дно каріозної порожнини для лікування?

- А. Миш'яковисту пасту
- В. Пасту, яка містить кортикостероїд
- С. Фосфат-цемент
- Д. Одонтотропну пасту
- Е. Фосфат-цемент зі сріблом

12. Хворому віком 35 років встановлено діагноз **хронічного** глибокого карієсу 33 зуба. Для пломбування застосований композитний матеріал світлової полімеризації „Дегуфіл”. **Прокладку** з якого матеріалу доцільно використати в даному випадку?

- А. Полікарбоксилатний цемент
- В. Фосфат-цемент зі сріблом
- С. Склоіономерний цемент
- Д. Цинк-евгенолова паста
- Е. Евгенол-тимолова паста

13. Хворому віком 28 років під час лікування **глибокого** карієсу 26 зуба була оголена пульпа зуба. Призначте необхідний метод подальшого **лікування**.

- А. Консервативний (біологічний)
- В. Вітальна ампутація
- С. Вітальна екстирпація
- Д. Девітальна ампутація
- Е. Девітальна екстирпація

14. Жінка 26 років звернулася до стоматолога зі скаргами на наявність каріозної порожнини в 36 зубі. Об'єктивно: на жувальній поверхні 36 зуба виявлена глибока каріозна порожнина, виповнена щільним пігментованим дентином. Після обстеження встановлено діагноз **хронічного** глибокого карієсу 36 зуба. Для **пломбування** була вибрана дрібнодисперсна срібна амальгама. Як потрібно сформувавши стінки каріозної порожнини відносно її дна?

- А. У вигляді овалу
- В. Зробити широкий вхідний отвір
- С. Під прямим кутом
- Д. З нахилом у бік стінок каріозної порожнини
- Е. З нахилом у бік до центру каріозної порожнини

15. Хвора віком 20 років звернулася до стоматолога зі скаргами на короточасний біль у 22 зубі від холодних подразників і потрапляння у зуб їжі. Ці скарги непокоять протягом місяця. Після обстеження встановлено діагноз **гострого** глибокого карієсу 22 зуба. Який **матеріал** Ви накладете на дно каріозної порожнини?

- А. Фосфат-цемент, що містить срібло
- В. Склоіономерний цемент

- C. Фосфат-цемент
- D. Кальцидонт
- E. Силікодонт

16. Хворий звернувся зі скаргами на постійний ниючий біль у зубі, що посилюється під час накушування. 3 дні тому зуб було запломбовано з приводу глибокого карієсу. Об'єктивно: на жувальній поверхні 16 зуба є пломба, вертикальна перкусія болісна. При змиканні зубів виявлений передчасний контакт на пломбі, зубні ряди не змикаються в прикусі. Слизова оболонка в проекції верхівок коренів 16 зуба без змін; термопроба болісна, ЕОД – 6 мкА. На рентгенограмі тканини періодонта без змін. Що повинен зробити лікар у першу чергу?

- A. Провести знеболення
- B. Видалити пломбу
- C. Призначити фізпроцедури
- D. Призначити антисептичні полоскання
- E. Корекцію пломби

17. У хворого під час обстеження порожнини рота виявлена каріозна порожнина в 11 зубі в межах навколопульпарного дентину з пошкодженням кута зуба та різального краю. Який **пломбувальний** матеріал найбільш оптимальний у даному випадку?

- A. Силікатний цемент
- B. Композитний матеріал хімічного затвердіння
- C. Композитний матеріал хімічного затвердіння типу порошок-рідина
- D. Композит світлового затвердіння
- E. Склоіономерний цемент з механізмом світлового затвердіння

18. Хворий віком 40 років скаржиться на наявність каріозної порожнини у 22 зубі. Об'єктивно: на медіальній контактній поверхні 22 зуба виявлена глибока каріозна порожнина, зондування якої провокує незначний біль. Який **матеріал** для пломбування слід використати в даному випадку?

- A. Склоіономерний цемент
- B. Склоіономерний цемент з механізмом світлового затвердіння
- C. Композит світлового затвердіння
- D. Силікофосфатний цемент
- E. Силікатний цемент

19. Жінка віком 25 років звернулася до стоматолога зі скаргами на гострий біль у зубі нижньої щелепи, який виникає під час приймання їжі. Об'єктивно: на дистально-жувальній поверхні 45 зуба виявлена каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину, виповнена **світлим** розм'якшеним дентином. Зондування дна каріозної порожнини болісне, перкусія зуба безболісна. Від холодної води виникає короткочасний біль. Який **медикаментозний** засіб треба покласти на дно каріозної порожнини?

- A. Пасту з тимолом
- B. Пасту з кальцію гідроксидом
- C. Склоіономерний цемент
- D. Фосфат-цемент зі сріблом
- E. Фосфат-цемент

20. Жінка віком 27 років звернулася до стоматолога зі скаргами на руйнування 11 зуба. Об'єктивно: на піднебінній і медіальній поверхнях 11 зуба є глибока каріозна порожнина із зруйнованим різальним краєм. Виберіть найбільш оптимальний пломбувальний матеріал для відновлення коронки зуба.

- A. Мікрогібридний композитний матеріал
- B. Макронаповнений композит
- C. Мікронаповнений композит
- D. Склоіономерний цемент
- E. Силікатний цемент

21. У хворого віком 30 років під час обстеження виявлена каріозна порожнина в 11 зубі в межах навколопульпарного дентину, кут зуба та різальний край пошкоджені. Який пломбувальний матеріал найбільш придатний у даному випадку?

- A. Композит хімічного затвердіння типу паста-паста
- B. Силікатний цемент
- C. Склоіономерний цемент з механізмом світлового затвердіння
- D. Композит світлового затвердіння
- E. Композит хімічного затвердіння типу порошок-рідина

22. Яка має бути тактика лікаря, якщо під час **препарування** глибокого карієсу **оголена** пульпа?

- A. Провести ампутацію пульпи
- B. Провести екстирпацію пульпи
- C. Видалення зуб
- D. Накласти кальцієвмісну пасту на дно порожнини
- E. Запломбувати порожнину композитним матеріалом

23. Вкажіть правильну послідовність етапів препарування карієсу?

- A. Розкриття порожнини, формування, обробка країв порожнини, розширення, некректомія
- B. Некректомія, розкриття порожнини, обробка країв порожнини, розширення, формування
- C. Розкриття порожнини, розширення, некректомія, формування, обробка країв
- D. Розкриття, некректомія, розширення, обробка країв, формування
- E. Формування, некректомія, розширення, обробка країв

24. Хворому 25 років встановлено діагноз хронічного глибокого карієсу 23 зуба, V клас за Блеком. Виберіть оптимальний матеріал для пломбування даної каріозної порожнини.

- A. Силікатний цемент
- B. Амальгама
- C. Силікофосфатний цемент
- D. Композит хімічної полімеризації
- E. Компомер

25. Яка тактика лікаря при **оголенні** пульпи під час препарування?

- A. Ампутація пульпи
- B. Екстирпація пульпи
- C. Видалення пульпи
- D. Накладання кальцієвмісної пасти
- E. Пломбування композитним матеріалом

26. Хворий віком 20 р., звернувся зі скаргами на застрягання їжі в порожнині 35 зуба. Об'єктивно: на жувальній поверхні 35 зуба виявлена глибока каріозна порожнина. Вхід до каріозної порожнини широкий, стінки – щільні, пігментовані. Після клінічного обстеження діагностовано хронічний глибокий карієс 35 зуба. Який з наведених нижче

методів дослідження найбільш інформативний для диференційної діагностики з хронічним гранулюючим періодонтитом?

- A. Холодова проба
- B. Вертикальна перкусія
- C. Глибоке зондування
- D. Горизонтальна перкусія
- E. Визначення симптому вазопарезу

Рекомендована література:

1. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколишина).– Т. 1.– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник.– У 4 томах /М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін. – К.: Здоров'я, 2004.– Т.2.– 400 с.
3. Терапевтическая стоматология: Учебн. Пособие / Под ред. проф. Л.А.Дмитриевой. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 896 с.
4. Мельничук Г.М., Рожко М.М. Практична одонтологія. Курс лекцій із карієсу та некаріозних уражень зубів, пульпиту і періодонтиту. Навчальний посібник. Вид. 2-ге, доповнене. – Івано-Франківськ, 2007. – 292 с.
5. Хельвіг Э., Климек Й., Аттин Т. Терапевтическая стоматология. – Львов: ГалДент, 1999. – 409 с.
6. Шмидседер Дж. Эстетическая стоматология: Пер. с англ. под ред. проф. Т.Ф. Виноградовой. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 320 с.

Практичне заняття №14

Тема: „Квітучий” (генералізований) карієс. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, особливості лікування. Вторинний карієс депульпованих і недепульпованих зубів. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, особливості лікування.

Мета заняття: ознайомитись з клінічними проявами «квітучого» карієсу, вторинного карієсу депульпованих і недепульпованих зубів. Навчитись діагностувати та проводити лікування даної патології.

Коротка характеристика теми

Найгостріший, квітучий карієс часто виникає в ослаблених різними захворюваннями дітей. У дорослих може розвинути як ускладнення після видалення слинних залоз, променевої терапії, при діабеті: внаслідок відсутності слини розвивається ксеростомія – „сухий рот”. У таких випадках різко порушуються процеси ремінералізації твердих тканин зубів ротовою рідиною, що й призводить до виникнення найгострішого карієсу. Можливим є виникнення найгострішого карієсу в осіб із значним зниженням загальної реактивності організму – при лейкозах, колагенозах, туберкульозі, СНІДі та ін. внаслідок відсутності інгібуючого впливу захисних факторів ротової порожнини на мікрофлору зубної бляшки. Для цього карієсу характерні дуже швидкі (в межах 2-5 тижнів) виникнення та подальший розвиток каріозних уражень. До того ж, часто відзначається множинне ураження багатьох зубів з утворенням декількох, часто атипових, порожнин на коронці одного зуба. Емаль на ділянках ураження дуже демінералізована,

крейдоподібного кольору, дентин розм'якшений, хрящоподібний, легко знімається шарами і видаляється екскаватором. Каріозні ураження прогресують, дуже швидко переходячи стадії розвитку від початкового до глибокого карієсу з подальшим виникненням ускладнень – пульпіту та періодонтиту.

Для патоморфологічної картини цього карієсу характерні переважання явищ деструкції та демінералізації твердих тканин із практично повною відсутністю утворення захисних шарів прозорого та вторинного дентину. Клінічний варіант найгострішого карієсу з множинним ураженням зубів має назву квітучого карієсу.

Лікувальна тактика при квітучому карієсі має певні особливості:

1) якщо невідомі причини виникнення найгострішого карієсу, обов'язковим є загальне обстеження та консультації з відповідними спеціалістами для встановлення загальносоматичної патології;

2) лікування треба починати з зубів з найбільшими каріозними порожнинами, оскільки є загроза виникнення пульпіту;

3) слід намагатись опрацювати в кожне відвідування якомога більше каріозних порожнин, не обов'язково пломбувати їх одразу постійними матеріалами, більш виправданою є методика двосеансного лікування карієсу з використанням одонтотропних паст, які стимулюють відкладення замісного дентину;

4) для постійних пломб рекомендується застосовувати матеріали, які мають антимікробні властивості та хорошу хімічну адгезію до тканин зуба;

5) для пацієнтів з найгострішим карієсом обов'язковим є дотримання суворої гігієни ротової порожнини, їм призначаються засоби загального лікування карієсу, рекомендують схему профілактичних заходів.

Під **вторинним карієсом** мають на увазі нові каріозні ураження, які локалізуються поруч з пломбою у раніше лікованих зубах. Причиною його є утворення мікротріщин між пломбою і твердими тканинами зуба, в які проникають бактерії, що сприяють виникненню нових каріозних дефектів по краю пломби в емалі і дентині.

При цьому утворюється ураження з характерними гістологічними ознаками карієсу. При наявності мікротріщин виникає порожнинне ураження стінки. На дентино-емалевій межі розвивається дентинне каріозне ураження.

Вторинний карієс, який виникає під пломбою, на рентгенограмі виявляється смужкою просвітлення між контурами пломби та дентином. Такий карієс ще називають рецидивним. У депульпованих зубах каріозний процес відбувається інакше, ніж у зубах з живою пульпою, при мікроскопічному дослідженні шліфів девітальних зубів, утворення вторинного дентину не спостерігається, але визначаються дегенеративні зміни у ньому.

Об'єктивно: депульповані зуби змінені в кольорі, без блиску, зондування не болюче, реакція на холодну воду відсутня, ЕОД більше 100 мкА, на рентгенограмі кореневі канали виповнені пломбувальним матеріалом, що дає можливість оцінити якість їхнього пломбування.

Діагностувати вторинний карієс на ранніх стадіях його розвитку можна за допомогою трансільюмінаційного дослідження і з використанням барвників. Часто вторинний карієс розвивається при гострому і найгострішому перебігу карієсу. Ознаки вторинного карієсу з'являються як правило через 3-12 місяців після лікування.

Вторинний карієс виникає через неповне видалення уражених тканин, формування порожнини нераціональної форми, недостатнє висушування каріозної порожнини, неправильне накладання ізолюючої прокладки а також внаслідок недостатньої гігієни рота, нераціонального харчування, відсутності місцевої ремінералізуючої та загальної терапії карієсу у осіб з низькою резистентністю емалі та схильних до найгострішого перебігу карієсу.

Скарги при найгострішому і квітучому карієсі можуть бути на: несподіваний злам коронки зуба, появу нових уражень, випадіння старих пломб. В анамнезі таких пацієнтів нещодавно перенесені гострі інфекційні хвороби, цукровий діабет, променева терапія,

ендокринна патологія, хвороби крові, зміна місця проживання, стресові ситуації. В слині – зниження активності лізоциму, імуноглобулінів, зниження кількості лужної фосфатази.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Причини виникнення найгострішого карієсу.
2. Клінічні прояви найгострішого карієсу.
3. Патоморфологічні зміни твердих тканин при найгострішому карієсі.
4. Особливості лікувальної тактики при квітучому карієсі.
5. Які лікувальні та пломбувальні матеріали слід використовувати в терапії найгострішого карієса?
6. Дані об'єктивного обстеження пацієнтів з вторинним карієсом депульпованого зуба.
7. Методи діагностики вторинного карієсу.
8. Особливості лікування вторинного та рецидивного карієсу.

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Першопричиною утворення вторинного карієсу є:
 - A. Погана гігієна порожнини рота
 - B. Неправильний вибір пломбувального матеріалу
 - C. Утворення мікротріщин між пломбою і твердими тканинами зуба
 - D. Ослаблення хворобами організму пацієнтів
 - E. Депульпація зубів
2. Ознаками депульпованого зуба є:
 - A. Рухомість зуба
 - B. Зміна в кольорі, втрата блиску, відсутня реакція на холодну воду, не болюче зондування, ЕОД більше 100 мкА
 - C. Наявність пломби, ЕОД 45 мкА
 - D. Зміна кольору пломби
 - E. Зміни в рентгенограмі, ЕОД 60 мкА
3. Множинний карієс розвивається протягом 2-5 тижнів і швидко прогресує, називається:
 - A. Квітучий карієс
 - B. Ускладнений карієс
 - C. Стаціонарний карієс
 - D. Гострий карієс
 - E. Рецидивний карієс
4. Одночасне ураження каріозним процесом понад 10 зубів називається:
 - A. Карієс рецидивний
 - B. Карієс поодинокий
 - C. Карієс нетиповий
 - D. Карієс гострий
 - E. Множинний карієс
5. Пацієнт К., 37 років звернувся у клініку зі скаргами на часткове випадіння пломби у 36 зубі, інші скарги відсутні. Об'єктивно: у 36 зубі пломба частково збережена, зуб змінений у кольорі, перкусія неболюча. Яка тактика лікаря?
 - A. Допломбувати зуб

- В. Повністю зняти пломбу і поставити нову
- С. Скерувати пацієнта на рентгенографію
- Д. Рекомендувати ортопедичне лікування
- Е. Провести відбілювання зуба і запломбувати

6. Рецидивний карієс виникає внаслідок
- А. Неправильного вибору пломбувального матеріалу
 - В. Розсмоктування підкладки
 - С. Полімеризаційної усадки матеріалу
 - Д. Неповної некретомії дна каріозної порожнини
 - Е. Неправильного формування каріозної порожнини

7. Який матеріал слід використати для пломбування каріозних порожнин V класу за Блеком у пацієнта з квітучим карієсом ?
- А. Амальгаму
 - В. Композит світлового твердіння
 - С. Композит хімічного твердіння
 - Д. Склоіономерний цемент
 - Е. Полікарбоксилатний цемент

8. Яку лікувальну пасту слід обрати для тимчасового пломбування каріозних порожнин у пацієнта з квітучим карієсом?
- А. Пластикостимулюючу
 - В. Склерозуючу
 - С. Бактерицидну
 - Д. Муміфікуючу
 - Е. Протизапальну

9. Який матеріал найкраще використати для тимчасового пломбування каріозних порожнин у пацієнта з квітучим карієсом?
- А. Дентин-пасту
 - В. Водний дентин
 - С. Йодоформну пасту
 - Д. Евгенол-тимолову пасту
 - Е. Фтористий лак

10. Тактика лікаря-стоматолога при діагностуванні у пацієнта рецидивного карієсу:
- А. Заміна пломби без препарування каріозної порожнини
 - В. Допломбовування порожнини аналогічним матеріалом
 - С. Заміна пломби з повним препаруванням каріозної порожнини
 - Д. Оперативного втручання не потребує
 - Е. Накладання дентин-пасти

11. Рентгенологічною ознакою вторинного карієсу є:
- А. Зміна контурів пломби
 - В. Смужка просвітлення між контуром пломби та дентином
 - С. Деструкція міжальвеолярних перегородок
 - Д. Змін немає
 - Е. Розширення періодонтальної щілини

12. Вторинний карієс це:
- А. Нове каріозне ураження, яке локалізується поряд з пломбою у раніше лікованих зубах

- В. Декілька каріозних порожнин в одному зубі
- С. Зміна кольору пломби
- Д. Квітучий карієс
- Е. Множинний карієс

13. Упацієнтки на фоні захворювань ШКТ спостерігається гіпосалівація протягом місяця. 2 тижні тому з'явилися болі при вживанні кислого і солодкого на верхній щелепі. Об'єктивно: на вестибулярній та оральній поверхнях 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24 зубів поверхня емалі шорстка, крейдоподібно змінена, з вогнищами розм'якшення посередині. Гігієна рота незадовільна. Індекс КПП – 15. Поставити діагноз.

- А. Множинний карієс
- В. Гострий поверхневий карієс
- С. Некроз емалі
- Д. Квітучий карієс
- Е. Гіпоплазія емалі

14. У чоловіка 35 років скарги на косметичний дефект у фронтальній ділянці, наявність порожнини. Об'єктивно: 11 змінений у кольорі, тьмянний, каріозна порожнина III класу за Блеком, реакція на холодну воду відсутня. Рентгенологічно: кореневий канал запломбований до верхівки. Ймовірний діагноз:

- А. Хронічний періодонтит 11 зуба
- В. Хронічний пульпіт 11 зуба
- С. Вторинний карієс 11 зуба
- Д. Рецидивний карієс 11 зуба
- Е. Глибокий карієс 11 зуба

Рекомендована література:

1. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколишина). – Т. 1. – Полтава: Дивосвіт, 2005. – 392 с.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник. – У 4 томах / М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін. – К.: Здоров'я, 2004. – Т.2. – 400 с.
3. Терапевтическая стоматология: Учебн. Пособие / Под ред. проф. Л.А.Дмитриевой. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 896 с.
4. Мельничук Г.М., Рожко М.М. Практична одонтологія. Курс лекцій із карієсу та некаріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту. Навчальний посібник. Вид. 2-ге, доповнене. – Івано-Франківськ, 2007. – 292 с.
5. Хельвіг Э., Климек Й., Аттин Т. Терапевтическая стоматология. – Львов: ГалДент, 1999. – 409 с.

Практичне заняття №15

Тема: Помилки та ускладнення в діагностиці і лікуванні карієсу.

Мета заняття: вивчити характерні помилки, які може допустити лікар на різних етапах лікування карієсу, знати які ускладнення можуть виникнути негайно та у віддалений період, вміти ліквідувати виниклі ускладнення.

Коротка характеристика теми

Усі помилки і ускладнення при місцевому лікуванні карієсу зубів можна поділити на:

1. Помилки, які допускаються на етапах препарування.
2. Помилки, які виникають при пломбуванні зубів.
3. Помилки, які виникають після лікування карієсу.

З метою уникнення ускладнень при препаруванні каріозних порожнин, необхідно дотримуватись наступних правил:

- каріозна порожнина зуба має бути доступна для огляду і візуального контролю за роботою;
- рука лікаря з інструментом повинна бути зафіксована на щелепі;
- для роботи треба використовувати гострий інструментарій;
- рухи бором повинні бути з перервами;
- обов'язкове водяне охолодження каріозної порожнини.

Причиною перфорації дна каріозної порожнини є:

- препарування каріозної порожнини „наосліп”;
- грубі рухи бором;
- неправильно підібраний бор;
- незнання топографії порожнини зуба.

При перфорації каріозну порожнину обробляють препаратами, які мають антибактеріальну дію та накладають одонтотропну пасту.

При перфорації стінки каріозної порожнини необхідно сформувати стінки перфораційного отвору і запломбувати його.

Для усунення дефекту, пов'язаного з відломом стінки, необхідно сформувати порожнину обов'язково з уступом і здійснити її пломбування або відновлення дефекту вкладкою.

При препаруванні можливе пошкодження сусідніх зубів. При поверхневому ураженні зуб обробляють фторидами, згладжують і полірують емаль, глибокі ураження пломбують за загальними принципами.

Ознакою пошкодження краю ясен, губи, слизової оболонки порожнини рота є кровоточивість, яку треба зупинити 2% спиртовим розчином йоду, 1-2% розчином перекису водню чи іншими кровоспинними засобами.

Важким ускладненням при препаруванні може бути потрапляння бора в дихальні шляхи або у травний канал. Для уникнення цього, необхідно перед роботою пересвідчитись чи добре закріплений бор у наконечнику. Якщо таке трапилось, необхідно надати пацієнтові лежаче положення і викликати швидку допомогу.

Помилки, які виникають при пломбуванні зубів бувають такі:

- 1) неправильний вибір пломбувального матеріалу, внаслідок чого пломба розсмоктується або випадає від надмірного навантаження; помилкою є неправильно підібраний колір пломбувального матеріалу;
- 2) помилки, допущені при приготуванні пломби: недостатнє розмішування порошку з рідиною призводить до порушення однорідності її структури, пломба викришується; консистенція матеріалу, час внесення впливають на адгезію і фізичні властивості матеріалу, колір пломби;
- 3) помилки під час пломбування контактних поверхонь, пов'язані з невикористанням чи неправильним застосуванням матриць – відсутність контактного пункту, потрапляння матеріалу на ясенний сосочок, створення однієї пломби для двох зубів;
- 4) порушення технологій пломбування зубів призводить до її швидкого випадіння;

- 5) при недостатньому відмиванні дентину у каріозній порожнині від кондиціонера (37% ортофосфорної кислоти) можливе подразнення пульпи, порушення адгезії і погане крайове прилягання пломб і реставрацій;
- 6) післяреставраційний біль у зубах виникає внаслідок втягування клітин одонтобластів у дентинні трубочки при значній усадці композиту або при зміні тиску дентинного ліквору при пересушуванні дентину. Щоб цього уникнути, слід чітко дотримуватись правил адгезивних технологій із застосуванням „вологого бондингу” дентину.

Після лікування карієсу внаслідок допущених помилок у різні терміни можуть спостерігатися:

- 1) запалення і некроз пульпи;
- 2) вторинний карієс;
- 3) папіліт, локалізований пародонтит;
- 4) гострий верхівковий періодонтит;
- 5) зміна кольору коронки зуба;
- 6) деформація пломби, випадання пломби;
- 7) відлом частини коронки зуба;
- 8) подразнення пломбою слизової оболонки порожнини рота;
- 9) прогресування початкового карієсу при застосуванні ремінералізуючої терапії.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Які помилки і ускладнення можуть виникнути під час препарування каріозної порожнини?
2. Які ускладнення можуть виникнути у разі порушення режиму препарування?
3. Які маніпуляції необхідно провести при перфорації дна каріозної порожнини?
4. Які причини перфорації стінки каріозної порожнини?
5. Які маніпуляції необхідно провести при ушкодженні бором сусідніх зубів?
6. Які помилки і ускладнення виникають під час пломбування каріозної порожнини?
7. Які ускладнення можуть виникнути при неправильному накладенні ізолювальної прокладки?
8. Які скарги пацієнта у разі завищення прикусу при пломбуванні каріозної порожнини?
9. Причини розвитку запалення і некрозу пульпи після лікування карієсу.
10. Причини розвитку вторинного карієсу.
11. Причини розвитку папіліту, ретракції ясен, методи їх профілактики та усунення.
12. Помилки і ускладнення, що виникають при використанні композиційних матеріалів.
13. Які причини виникнення післяопераційної чутливості у зубах після їх пломбування?

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. У хворої віком 24 роки під час лікування гострого середнього карієсу 35 зуба (V клас за Блеком) випадково відкрита порожнина зуба. Якою повинна бути тактика лікаря?

- A. Накласти муміфікувальну пасту
- B. Провести вітальну ампутацію пульпи
- C. Провести вітальну екстирпацію пульпи
- D. Провести девітальну екстирпацію пульпи
- E. Накласти одонтотропну пасту

2. Хворому віком 28 років під час лікування глибокого карієсу 26 зуба була оголена пульпа зуба. Призначте необхідний метод для подальшого лікування.

- A. Консервативний (біологічний)
- B. Вітальна ампутація
- C. Вітальна екстирпація
- D. Девітальна ампутація
- E. Девітальна екстирпація

3. Хворій віком 25 років із хронічним глибоким карієсом 46 зуба була поставлена пломба зі срібної амальгами, що мала прокладку на дні завтовшки 0,5 мм з фосфат-цементу. Через добу виник короткочасний біль від термічних подразників. Які негативні якості амальгами спричинили появу болю?

- A. Відсутність адгезії
- B. Токсична дія ртуті
- C. Токсична дія окислів
- D. Тривале твердіння пломби
- E. Висока теплопровідність

4. У хворого віком 34 роки з гострим глибоким карієсом 37 зуба під час препарування випадково розкритий медіально-щічний ріг пульпи. Призначте найбільш раціональне лікування.

- A. Вітальна ампутація пульпи
- B. Девітальна ампутація пульпи
- C. Біологічний метод
- D. Вітальна екстирпація пульпи
- E. Девітальна екстирпація пульпи

5. Хворий звернувся зі скаргами на постійний ниючий біль у зубі, що посилюється під час накушування. 3 дні тому зуб було запломбовано з приводу глибокого карієсу. Об'єктивно: на жувальній поверхні 16 зуба є пломба, вертикальна перкусія болісна. При змиканні зубів виявлений передчасний контакт на пломбі, зубні ряди не змикаються в прикусі. Слизова оболонка в проекції верхівок коренів 16 зуба без змін; термопроба болісна, ЕОД – 6 мкА. На рентгенограмі тканини періодонта без змін. Що повинен зробити лікар у першу чергу?

- A. Видалити пломбу
- B. Корекцію пломби
- C. Призначити фізпроцедури
- D. Призначити антисептичні полоскання
- E. Провести знеболення

6. Хвора віком 29 років скаржиться на незначну болісність під час їди в 37 зубі, кровоточивість ясен. Об'єктивно: у 37 зубі на медіальній поверхні пломба, контактний пункт між 37 і 36 зубами відсутній, міжзубний сосочок атрофований, глибина пародонтальної кишені 4 мм. На рентгенограмі між 37 та 36 зубами резорбція верхівки міжкоміркової перегородки, явища остеопорузу; в інших ділянках змін немає. Що є першопричиною ураження пародонта?

- A. Недостатня гігієна порожнини рота

- В. Вірулентна мікрофлора
- С. Нераціональне пломбування
- Д. Травматична оклюзія
- Е. Зниження місцевої резистентності

7. При препаруванні зуба було пошкоджено ясенний сосочок. Які препарати доцільно застосувати для зупинки кровотечі:

- А. „Givalex”, стоматидин
- В. Хлорофіліпт, декаметоксин
- С. „Капрофер”, „Alustin”
- Д. Хлоргексидин, вікасол
- Е. Спиртовий розчин прополісу

8. Неправильне формування порожнини призводить до:

- А. Інфікування розміщених нижче ділянок дентину
- В. Обламування емалевого краю стінок каріозної порожнини, виникнення вторинного карієсу
- С. Подразнення і запальних змін у пульпі
- Д. Зміни кольору коронки зуба
- Е. Розвитку пульпіту

9. Неправильне накладання ізолювальної прокладки може призвести до:

- А. Токсичного пульпіту, вторинного карієсу і випадання пломби
- В. Косметичного дефекту
- С. Зміни кольору коронки зуба
- Д. Завищення прикусу
- Е. Розвитку циркулярного карієсу

10. Тактика лікаря-стоматолога при папіліті:

- А. Діатермокоагуляція ясенного сосочка
- В. Медикаментозне лікування
- С. Полірування і кінцева обробка пломби
- Д. Заміна неповноцінних пломб, медикаментозне лікування
- Е. Часткова заміна пломби

11. Яке ускладнення може виникнути внаслідок неправильно сформованого контактного пункту при пломбуванні каріозної порожнини II класу за Блеком?

- А. Випадіння пломби
- В. Вторинний карієс
- С. Хронічний пульпіт
- Д. Хронічний періодонтит
- Е. Хронічний папіліт

12. Пацієнт С., 27 років звернувся в клініку зі скаргами на чаткове руйнування пломби у 37 зубі. З анамнезу відомо, що 2 місяці тому каріозну порожнину II класу за Блеком було запломбовано матеріалом Fritex. Яка помилка лікаря ймовірно призвела до виникнення такого ускладнення?

- А. Недостатня некректомія порожнини
- В. Неправильне формування порожнини
- С. Неправильний вибір матеріалу
- Д. Помилки під час приготування матеріалу та пломбування
- Е. Встановити помилку неможливо

Рекомендована література:

1. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколишина).– Т. 1.– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник.– У 4 томах /М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін.– К.: Здоров'я, 2004.– Т.2.– 400 с.
3. Терапевтическая стоматология: Учебн. Пособие /Под ред. проф. Л.А. Дмитриевой.– М.: МЕДпресс-информ, 2003.– 896 с.
4. Мельничук Г.М., Рожко М.М. Практична одонтологія. Курс лекцій із карієсу та некаріозних уражень зубів, пульпиту і періодонтиту. Навчальний посібник. Вид. 2-ге, доповнене.– Івано-Франківськ, 2007.– 292 с.
5. Хельвіг Э., Климак Й., Аттин Т. Терапевтическая стоматология.– Львов: ГалДент, 1999.– 409 с.

Практичне заняття № 16

Тема: Профілактика карієсу. Значення індивідуальної та суспільної профілактики. Методи і засоби профілактики. Організація профілактики карієсу зубів у вагітних. Оцінка ефективності.

Мета заняття: Вивчити різноманітні методи суспільної та індивідуальної профілактики карієсу. Вміти надати рекомендації щодо гігієни рота та правильного харчування. Знати механізми протикаріозної дії фтористих препаратів. Орієнтуватись у особливостях профілактики карієсу вагітних, призивників, тяжко хворих людей.

Коротка характеристика теми

Профілактика карієсу – це комплекс державних, соціальних, медичних, гігієнічних, санітарно-просвітних заходів, скерованих на попередження виникнення захворювання. Розрізняють загальну та місцеву, а також індивідуальну та суспільну профілактику карієсу. До загальних засобів профілактики відносяться фторування питної води, вживання фторованого молока, солі, мінеральної води, прийом фторвмісних препаратів, сполук кальцію і фосфору, вітамінів, мікроелементів. Місцева профілактика карієсу спрямована на усунення карієсогенної ситуації у порожнині рота, стимулювання незавершеної після прорізування зубів мінералізації емалі та ремінералізацію вогнищ початкового карієсу. З цією метою застосовуються препарати F у вигляді розчинів для полоскань, лаків, гелів і паст, а також препарати кальцію і фосфору; сюди відноситься також гігієна ротової порожнини.

Різні профілактичні заходи можна поділити також на первинні, вторинні та третинні. Мета первинних профілактичних заходів – проведення фтористої профілактики, корекція режиму харчування, що запобігає виникненню вогнищ карієсу. Вторинне профілактичне лікування полягає у ранній діагностиці існуючих початкових уражень а також здійсненні відповідних терапевтичних заходів (ремінералізуюча терапія, герметизація фісур). На етапі третинного профілактичного лікування існуючі каріозні ураження лікують,

одночасно запобігаючи виникненню і розвитку подальших уражень за допомогою спеціальних оперативно-відновних методів з мінімальною інвазивністю.

Основними складовими частинами профілактичної протикаріозної терапії є:

- встановлення правильного режиму харчування;
- застосування фторвмісних протикаріозних препаратів;
- герметизація фісур;
- здійснення різноманітних гігієнічних заходів у порожнині рота.

Одна з основних причин виникнення карієсу – неправильний режим і тип харчування.

Правильне харчування, виключення з раціону продуктів, що містять велику кількість легкозасвоюваних простих вуглеводів, особливо у поєднанні з крохмалем, може призвести до значного зниження захворюваності карієсом. *Карієсогенними* вважаються усі кондитерські вироби, шоколад, морозиво, мед, мармелад, крем з горіхової нуги, солодкі соки, банани, фруктові консерви тощо. Фактором, що найбільше сприяє виникненню карієсу є *часте* вживання продуктів з високим вмістом цукрів у проміжках між основними прийомами їжі. У таких випадках рекомендовано вживати молоко і молокопродукти, фрукти та овочі, несолодкі соки, горіхи тощо.

Для покращення очищення зубів, стимуляції слиновиділення рекомендується споживати грубу волокнисту рослинну та тваринну їжу з незначним вмістом низькомолекулярних вуглеводів. Закінчувати вживання їжі рекомендують твердими овочами, фруктами (морква, яблука) або лужним питтям. Окрім того, для профілактики карієсу корисно споживати продукти з високим вмістом фтору – чай, морепродукти та ін. Існують також калорійні та некалорійні замінники цукру, що не мають карієсогенної дії – маніт, сорбіт, сахарин та ін. Ці речовини не ферментуються мікроорганізмами до органічних кислот, тому рН зубної бляшки не знижується і, відповідно, не відбувається демінералізація емалі.

Протикаріозна дія фтору на тверді тканини зуба ґрунтується на явищі зменшення кислотної розчинності емалі за рахунок перетворення гідроксилапатиту у фторapatит, що робить кристалічну структуру емалі більш резистентною. Карієсстатична дія фтористих препаратів системної профілактики у період розвитку і дозрівання емалі менша, ніж протикаріозний захист вже сформованих зубів, здійснюваний шляхом частого та регулярного місцевого застосування фторидів. Карієсстатична дія фторидів не обмежується твердими тканинами зуба. Фториди можуть впливати на адгезію до поверхні зуба бактерій зубного нальоту, зі зростанням концентрації фтору порушуються процеси їхнього росту та метаболізм, що надалі веде до загибелі мікроорганізмів.

В організм підлітка та дорослої людини всього повинно поступати від 1,5 до 4,0 мг фтору на добу. Якщо не вживається фторована сіль, а вміст фтору у питній воді становить менш ніж 0,3 мг/л, то з профілактичною метою рекомендується вживання фтористих таблеток – з розрахунку 1 таблетки на день (1 таблетка містить 2,2 мг NaF або 1 мг F⁻). При концентрації фтору у питній воді від 0,3 до 0,7 мг/л, слід вживати половину вказаної дози. Замість загальних заходів фтористої профілактики або поряд із ними, застосовують різні заходи місцевої профілактики. Серед найбільш поширених сполук фтору, що використовуються з цією метою, можна назвати фторид натрію, монофторфосфат натрію, амінофторид і фторид олова. Вони містяться у фторвмісних зубних пастах, розчинах для полоскання, гелях, лаках.

Герметизація фісур у дітей шкільного віку – важливий засіб профілактики карієсу. У багатьох випадках дно фісур майже досягає емалево-дентинної границі, що робить ці ділянки особливо уразливими для карієсу. Глибокі фісури важко очищаються зубною щіткою, що веде до накопичення у них зубної бляшки, яка, у свою чергу, перешкоджає дифузії іонів фтору зі слини до емалі. Метою герметизації фісур є їхнє "запечаткування" для запобігання проникнення всередину карієсогенних мікроорганізмів і вуглеводів.

Розрізняють профілактичну герметизацію фісур, герметизацію з попереднім профілактичним зішліфовуванням забарвлених ділянок і розширену герметизацію.

У якості герметиків використовують переважно матеріали світлового твердіння – ненаповнені основні речовини відповідних композитних матеріалів, композитні матеріали з низькою вязкістю і незначною кількістю наповнювача. У широких фісурах у якості герметиків можна застосовувати склоіономерні цементи. Герметики можуть бути прозорими, напівпрозорими та opakовими. При використанні останніх можливий надійний контроль якості крайового прилягання матеріалу.

Герметизації не підлягають широкі фісури, які добре очищуються, а також зуби, апроксимальні поверхні яких уражені карієсом.

Гігієнічний догляд за порожниною рота – ще одна важлива складова профілактики карієсу. Незадовільна гігієна рота призводить до прискороеного утворення зубної бляшки, втрати слиною очищуючої та ремінералізуючої здатності, а, отже, до створення карієсогенної ситуації.

Гігієнічний догляд включає індивідуальну гігієну – чищення зубів, полоскання рота після приймання їжі, і професійну гігієну, яка здійснюється лікарем-стоматологом чи гігієністом. Професійна гігієна забезпечує видалення зубних відкладень, виявлення карієсогенних факторів ризику на початкових стадіях захворювання, навчання пацієнтів правильному доглядові за порожниною рота, корекцію дієти, контроль якості індивідуальної гігієни.

Особливу увагу слід приділяти антенатальній профілактиці. У вагітних жінок повинно бути належним чином збалансоване, повноцінне і раціональне харчування. Це сприяє забезпеченню надходження в організм необхідних складових їжі та створення умов для повноцінного їх засвоєння. Вагітні жінки повинні пройти санацію ротової порожнини, яку проводять у першій половині вагітності для усунення всіх вогнищ інфекції та пломбування каріозних порожнин. У другій половині вагітності всі лікувальні заходи проводяться особливо обережно, щоб запобігти загрозі викидня чи передчасних пологів.

Оцінка ефективності проведених карієспрофілактичних заходів здійснюється за різними показниками. Це, зокрема – редукція приросту інтенсивності карієсу, гігієнічний стан ротової порожнини, оцінка стану пломб та реставрацій за Ryge.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Загальна та місцева профілактика карієсу
2. Види суспільної та індивідуальної профілактики карієсу
3. Що таке первинна, вторинна і третинна профілактика карієсу
4. Основні складові частини профілактичної протикаріозної терапії
5. Значення правильного режиму харчування у профілактиці карієсу
6. Механізм протикаріозної дії фтору
7. Особливості застосування фторвмісних засобів для профілактики та терапії карієсу
8. Герметизація фісур, види, показання, методики застосування
9. Роль гігієни рота у профілактиці карієсу
10. Різновиди гігієнічних засобів, особливості їх використання
11. Особливості профілактичних заходів у певних груп населення – військових, вагітних, осіб з квітучим карієсом тощо.

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Яка з перелічених сполук *не належить* до замінників цукру?
 - A. Циклакат
 - B. Аспартам
 - C. Монелін

- D. Сорбітол
- E. Цитарабін

2. Пацієнт, 18 років, з діагнозом квітучий карієс проживає у місцевості, де вміст фтору у питній воді становить 0,55 мг/л. Яку кількість фтору на день з профілактичною метою йому необхідно вживати?

- A. 0,1 мг/л
- B. 0,25 мг/л
- C. 0,5 мг/л
- D. 1,0 мг/л
- E. 1,5 мг/л

3. Вміст фтору у фторованій солі становить:

- A. 0,1 мг/г
- B. 0,25 мг/г
- C. 0,5 мг/г
- D. 1,0 мг/г
- E. 1,5 мг/г

4. Концентрація фтору у фтористих зубних пастах становить:

- A. 0,1-0,15 %
- B. 0,25-0,5 %
- C. 0,5-1,0 %
- D. 1 - 2 %
- E. 5 %

5. При інтенсивній фтористій профілактиці на поверхні емалі утворюються глобули:

- A. Фториду натрію
- B. Фториду калію
- C. Фториду кальцію
- D. Фторопатиту
- E. Фторгідроксилапатиту

6. До загальної профілактики карієсу належить:

- A. Фторування молока
- B. Герметизація фісур
- C. Гігієна ротової порожнини
- D. Використання фтористих зубних паст
- E. Накладання фторвмісних лаків на зуби

7. Місцева профілактика карієсу це:

- A. Фторування молока
- B. Фторування солі
- C. Вживання продуктів, багатих кальцієм та фтором
- D. Вживання таблеток фториду натрію
- E. Накладання фторвмісних лаків на зуби

8. Використання зубних флосів це засіб:

- A. Ендогенної профілактики
- B. Антенатальної профілактики
- C. Екзогенної профілактики
- D. Гігієни рота
- E. Загальної профілактики

9. Загальна кількість фторидів, що потрапляють в організм людини повинна становити:
- A. 0,1- 0,2 мг
 - B. 0,25- 0,5 мг
 - C. 0,5- 0,75 мг
 - D. 0,75-1,0 мг
 - E. 1,5-2 мг
10. У якому з продуктів харчування найвищий вміст фторидів (мг/кг)?
- A. Яловичина
 - B. Свинина
 - C. Скумбрія
 - D. Лосось
 - E. Устриці
11. Лікар-стоматолог працює у селищі, де вміст іонів фтору у питній воді становить 1,25 мг/л. Який вид фтористої профілактики доцільно використовувати у пацієнтів?
- A. Призначення фторвмісних ополіскувачів
 - B. Використання фтористих лаків
 - C. Електрофорез з NaF
 - D. Вживання таблеток з NaF
 - E. Фтористу профілактику проводити недоцільно
12. Герметизація фісур буває:
- A. Первинна і вторинна
 - B. Тимчасова і постійна
 - C. Профілактична і розширена
 - D. Рання і пізня
 - E. Зберігаюча і радикальна
13. Який з перелічених матеріалів належить до фісурних герметиків?
- A. Diaket
 - B. Dyract Seal
 - C. Dycal
 - D. Duraphat
 - E. Calcimol
14. Який з наведених матеріалів належить до фтористих лаків?
- A. Diaket
 - B. Dyract Seal
 - C. Dycal
 - D. Duraphat
 - E. Calcimol

Рекомендована література:

1. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколишина).– Т. 1.– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник.– У 4 томах /М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін.– К.: Здоров'я, 2004 – Т.2.– 400 с.
3. Хельвіг Э., Климек Й., Аттин Т. Терапевтическая стоматология.– Львов: ГалДент, 1999.– 409 с.

4. Терапевтическая стоматология: Учебн. Пособие /Под ред. проф. Л.А.Дмитриевой.– М.: МЕДпресс-информ, 2003.– 896 с.
5. Руле Жан-Франсуа, Циммер Стефан. Профессиональная профилактика в практике стоматолога.– ГалДент: 2010.– 368 с.: ил.
6. Шатило В. Й., Першко Т. В. Професійна гігієна порожнини рота. Навчальний посібник.– Видавництво: Житомир: «Полісся», 2008.– 88 с.

Практичне заняття № 17

Тема: Спадкові та природжені ураження твердих тканин зуба. Класифікація, етіологія, клініка, диференційна діагностика, лікування.

Мета заняття: Орієнтуватись у генетичних механізмах виникнення спадкових захворювань твердих тканин зуба, знати етіологічні фактори виникнення гіоплазії і флюорозу. Вміти провести диференційну діагностику цих хворіб і призначити адекватне лікування.

Коротка характеристика теми

Спадкові порушення розвитку зубів – це вади, що виникають до прорізування, можуть бути зумовлені хромосомними абераціями, мутаціями генів, а також поєднаною дією генетичних факторів і факторів оточуючого середовища. Характер успадковування – аутосомно-домінантний, аутосомно-рецесивний, або зчеплений зі статтю визначається за загальними методиками генетики, зокрема генеалогічним методом.

Недосконалий амелогенез – важке спадкове порушення емалеутворення, під час якого порушується структура та мінералізація як тимчасових, так і постійних зубів, що призводить до зміни кольору і часткової або повної втрати емалі. Клінічна картина залежить від кількісних і якісних порушень в емалі та проявляється у декількох формах.

1 форма. При незначному порушенні будови емалі зуби прорізаються вчасно, можуть мати менші розміри, між зубами утворюються тріщини. Емаль гладка, блискуча, забарвлена в жовтий або коричневий колір, Відтінки на різних зубах можуть бути різними.

2 форма. Зуби прорізаються вчасно, але мають форму конуса чм циліндра. Поверхня зуба нерівна, оскільки емаль збережена тільки у вигляді окремих острівків. Колір зубів – від жовтого до темно-коричневого. Губна поверхня уражена більше. Такі зуби описані в літературі як "коричнева гіоплазія емалі".

3 форма. Зуби зберігають звичайну величину, форму, колір. На поверхні емалі хаотично розміщені борізки, що надають їй рифлений рельєф. На відміну від гіоплазії борізки розміщені не горизонтально, а вертикально або безладно. Уражені усі зуби.

4 форма. Зуби мають нормальну величину та форму, однак емаль крейдовидна, без блиску, легко піддається механічним впливам, відокремлюючись від дентину при найменшій травмі. Оголений дентин має жовтий, а потім – коричневий колір. Є гіперестезія.

При усіх перелічених формах корінь і порожнина зуба без змін.

Найбільш часто зустрічаються 1 і 4 форми недосконого амелогенезу – в сумі біля 66% від усіх спадкових захворювань та визначаються у чоловічої та жіночої статі приблизно з однаковою частотою.

Недосконалий дентиногенез. Це рідкісне захворювання, при якому спостерігається спадкове порушення розвитку дентину. Для нього характерний недорозвиток коренів зубів, вони вкорочені, загостреної конусоподібної форми, або ж зовсім відсутні. При цьому коронки зубів мають нормальну будову. Кореневі канали та порожнина зуба можуть бути відсутні. Часто в периапікальній ділянці визначаються кистозні зміни, які виникли внаслідок недосконалого остеогенезу.

Лікування полягає в максимально можливому збереженні зубів і протезуванні.

Синдром Стентона-Капдепона. Це спадкове захворювання, передається від одного з батьків і виявляється у половини нащадків, незалежно від статі. При дисплазії Стентона-Капдепона уражуються і постійні, і тимчасові зуби, вони жовтувато-коричневого кольору, не вкриті емаллю, швидко стираються. Дентин прозорий, крізь нього просвічує пульпа. Зуби крихкі, корені короткі й тонкі, в периапікальній ділянці може спостерігатись вогнищева резорбція кісткової тканини. Зуби швидко стираються, під час жування можуть травмуватись ясенні сосочки. Терміни прорізування зубів варіюють, але щелепи розвиваються нормально. Рентгенологічно: звуження коренів, кореневих каналів. Гістологічно емаль має безструктурну будову з широкими міжпризматичними проміжками. Межа між дентином і емаллю рівна, дентин неоднорідної будови, гігантські дентинні каналці заповнені кров'ю.

Мармурова хвороба. Це вроджений сімейний остеосклероз, який виявляється дифузним ураженням більшості кісток скелета. Виділяють доброякісний і злоякісний перебіг мармурової хвороби. Якщо превалює ураження скелетної мезенхіми, то це доброякісний варіант хвороби, який може довго клінічно не проявлятися. Найчастіше паралельно зі склерозом скелета відмічається склероз щелепових кісток і порушується прорізування зубів. Відразу після прорізування емаль має крейдоподібний колір і швидко відколосться. Лікування – ортопедичне.

Гіпоплазія емалі – це порушення її розвитку, що характеризується недостатнім формуванням та мінералізацією і проявляється у вигляді плям або дефектів на поверхні емалі. Зазначені зміни відбуваються через уповільнену або змінену функцію амелобластів і сповільнення мінералізації емалевих призм внаслідок порушення обмінних процесів у всьому організмі або ж в окремих зубних фолікулах під дією місцевих травмуючих чинників.

Гіпоплазія може виявлятися як у тимчасових, так і в постійних зубах. Гіпоплазія молочних зубів виникає в антенатальному періоді, постійних – внаслідок порушень у здоров'ї вже народженої дитини, як правило на першому році її життя. Найчастішими причинами гіпоплазії емалі постійних зубів є хвороби ендокринної та центральної нервової системи, рахіт, гострі інфекційні хвороби а також парентеральне призначення дітям першого року життя антибіотиків та деяких інших сильнодіючих препаратів.

Гіпоплазія зубів може бути системною (уражені усі зуби, які формуються у певний період), вогнищевою, коли уражені декілька зубів, і місцевою, при якій пошкоджений один зуб. Ступінь ураження зубів при гіпоплазії може варіювати – від плям до ямок, борозен і навіть повної відсутності емалі. Локалізація гіпоплазії, як і групова належність уражених зубів залежать від віку, в якому хворіла дитина.

За клінічними проявами розрізняють наступні форми гіпоплазії – 1) зміна кольору емалі; 2) недостатній розвиток емалі; 3) повна відсутність емалі.

Зміна кольору емалі проявляється у вигляді плям, симетрично розташованих на однойменних зубах, однакової форми і величини, білого чи жовтуватого кольору. Плями мають чіткі межі, частіше розташовані на вестибулярній поверхні.

Лікування гіпоплазії залежить від клінічних проявів і естетичних вимог пацієнта. Можливі наступні варіанти терапії:

1. Плями при гіпоплазії можна не лікувати, якщо у пацієнта немає психологічного дискомфорту.

2. Забарвлені плями відбілюють препаратами, які містять цитрат натрію, 3% перекис водню, 10% перекис карбаміду.
3. Пляму зішліфовують з наступним покриттям такої ділянки фторвмісними препаратами.
4. Здійснюють ремінералізацію ушкоджених ділянок за допомогою гліцерофосфату кальцію та інших біологічно активних речовин (Ю.А. Федоров, В.А. Дрожжина, 1997).
5. Препарування і пломбування композиційними матеріалами. Методика застосовується при плямистій і, особливо, при деструктивних формах гіпоплазії.
6. Реставрація зуба при значних змінах клінічної коронки зуба.
7. Ортопедичне лікування – виготовлення вінірів, фарфорових коронок.

Гіперплазія (емалеві краплі) – надмірне утворення зубних тканин. Має вигляд кульки, краплі, горбика, локалізується найчастіше на шийках зубів, здебільшого молярів і премолярів. Розмір – 1-3 мм. За локалізацією емалеві краплі поділяють на кореневі, пришийкові та коронкові.

Гіперплазія емалі, як правило, клінічно не проявляється, не призводить до порушень і не підлягає лікуванню. У випадку, якщо емалеві краплі подразнюють м'які тканини або розміщені на вестибулярних поверхнях фронтальних зубів, їх зішліфовують, а ділянку емалі піддають ремінералізуючій терапії.

Флюороз – різновид системної гіпоплазії емалі, яка виникає внаслідок порушення її мінерального обміну через інтоксикацію фтором, що пригнічує функцію амелобластів при формуванні та мінералізації зуба. Флюороз – ендемічне захворювання, зустрічається в регіонах з підвищеним вмістом фтору у питній воді. Оптимальним вважається вміст фтору у воді в концентрації 0,8 – 1,2 мг/л. При кількості фтору у питній воді понад 2,5 мг/л поширеність флюорозу може перевищувати 50% населення. Важкість цього захворювання у значній мірі залежить і від індивідуальних особливостей організму, ступеня його чутливості до фтористої інтоксикації. Це підтверджують факти відсутності флюорозу або наявності незначних його проявів у частини дітей, що живуть в ендемічних районах.

Клінічна картина. При незначному перевищенні вмісту фтору у питній воді уражаються найчастіше різці, при значному – усі зуби.

У клінічній практиці найчастіше користуються класифікацією В.К. Патрикєєва (1973), у якій виділяють 5 форм флюорозу:

1. **Штрихова форма** характеризується невеличкими крейдоподібними рисочками, розташованими на вестибулярній поверхні зубів у підповерхневому шарі емалі. Поверхневий шар емалі гладенький.
2. При **плямистій формі** крейдоподібні плями розташовані на усіх поверхнях зубів. Емаль гладенька, колір плям – від білого до жовтувато-коричневого.
3. **Крейдоподібно-крапкова форма** має різні прояви. Емаль на всіх поверхнях матового відтінку, окрім цього – численні пігментні плями і дефекти емалі у вигляді невеликих крапок, розміром біля 1 мм, з нерівними краями та темним дном. Така емаль швидко стирається з оголенням пігментованого дентину.
4. **Ерозивна форма** – виражена пігментація емалі поєднується з дефектами різних розмірів, на яких емалі немає.
5. **Деструктивна форма** характеризується зміненою формою коронок зубів внаслідок ерозивного руйнування і стирання твердих тканин. Тканини зуба крихкі, легко відламуються.

Диференційну діагностику флюорозу на стадії плями необхідно проводити з карієсом в стадії плями, гіпоплазією емалі. Важкі форми флюорозу диференціюють з поверхневим карієсом, ерозією та некрозом емалі, клиноподібними дефектами.

Лікування флюорозу залежить від ступеня ураження твердих тканин.

Можливі наступні варіанти лікування:

1. У легких випадках, коли немає порушення естетики, лікування не проводиться.

2. При плямистій, штриховій, крейдоподібно-крапковій формах проводять ремінералізуючу терапію протягом 1 – 2 років.

3. Якщо на вестибулярних поверхнях зубів локалізовані пігментовані плями, проводять відбілювання.

4. При наявності одночасно пігментації та деструкції емалі спочатку проводять ремінералізуючу терапію, а потім – відбілювання зубів за однією із методик.

5. Призначення всередину препаратів фосфору, кальцію, вітамінів А, С, Д, що утруднює засвоєння організмом фтору.

6. При ерозивній та деструктивній формах анатомічна форма зуба відновлюється за допомогою композиційних матеріалів, після попереднього курсу загальної та місцевої ремінералізуючої терапії та відбілювання (якщо необхідно).

7. При значному руйнуванні твердих тканин застосовують ортопедичне лікування.

Профілактика флюорозу проводиться у місцевостях, де у питній воді зафіксований підвищений (більше 2 мг/л) вміст фтору. Профілактичні заходи можуть бути громадськими (колективними) та індивідуальними.

Громадські заходи це: заміна джерел водопостачання, змішування води з різних джерел, дефторування води шляхом кип'ятіння, відстоювання, фільтрування тощо. Особлива увага повинна приділятися у забезпеченні нормальною водою дитячих закладів – садочків, шкіл, інтернатів.

Індивідуальна профілактика проводиться з народження до 8-10 років життя дитини. Необхідно уникати штучного вигодовування дітей; для пиття використовувати молоко, соки; забезпечити дитині повноцінне, багате білками та вітамінами харчування; приймати додатково препарати кальцію, вітаміну С всередину; уникати вживання багатих фтором продуктів.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Класифікації спадкових уражень твердих тканин зуба.
2. Недосконалий амелогенез, клінічні форми, діагностика, лікування.
3. Недосконалий амелогенез, клінічна картина, діагностика, лікування.
4. Синдром Стентона-Капдепона, клініка, диференційна діагностика.
5. Мармурова хвороба, клінічна картина, діагностика.
6. Класифікації природжених некаріозних уражень твердих тканин зуба.
7. Етіологія гіпоплазії емалі.
8. Клінічні форми системної гіпоплазії твердих тканин зуба.
9. Зуби Гетчінсона, Фурньє, Пфлюгера.
10. Патоморфологічні зміни в емалі та дентині при різних формах гіпоплазії.
11. Місцева гіпоплазія: етіологія, клінічна картина.
12. Лікування різних форм гіпоплазії.
13. Гіперплазія емалі.
14. Етіологія ендемічного флюорозу.
15. Класифікації флюорозу.
16. Клінічні форми флюорозу.
17. Морфологічні зміни в зубах, уражених флюорозом.
18. Диференційна діагностика гіпоплазії, флюорозу та карієсу.
19. Профілактика флюорозу.
20. Лікування зубів, уражених флюорозом.
21. Відбілювання зубів: види, методики, матеріали.

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Причиною недосконалого амело- і дентиногенезу є:
 - A. Хронічні системні хвороби матері під час вагітності.
 - B. Неповноцінне харчування дитини першого року життя.
 - C. Спадкове порушення розвитку емалі та дентину.
 - D. Інфекційні хвороби дитини першого року життя.
 - E. Недостатність іонів кальцію та фтору в організмі дитини.

2. Для яких спадкових некаріозних уражень характерним є дифузний склероз плоских і трубчастих костей?
 - A. Дисплазія Капдепона.
 - B. Мармурова хвороба.
 - C. Недосконалий остеогенез.
 - D. Недосконалий амелогенез.
 - E. Недосконалий дентиногенез.

3. Яке спадкове некаріозне ураження характеризується тріадою симптомів (ламкість кісток, глухота, голубі склери)?
 - A. Дисплазія Капдепона.
 - B. Мармурова хвороба.
 - C. Недосконалий остеогенез.
 - D. Недосконалий амелогенез.
 - E. Недосконалий дентиногенез.

4. У хворих яким спадковим некаріозним ураженням можуть бути відсутні потові і сальні залози, недорозвинуті слинні залози, характерні сідлоподібний ніс, товсті губи, виступаючий лоб?
 - A. Дисплазія Капдепона.
 - B. Мармурова хвороба.
 - C. Недосконалий остеогенез.
 - D. Ектодермальна дисплазія.
 - E. Недосконалий дентиногенез.

5. Основні клінічні ознаки початкової стадії синдрому Стентона-Капдепона.
 - A. Зуби меншого розміру, коричневого кольору.
 - B. Зуби звичайного розміру і форми, водянисто-сірого забарвлення з перламутровим блиском, емаль відколюється шматками, травмуючи щоки, гіперестезії немає.
 - C. Зуби незвичайної форми, жовтого кольору.
 - D. Зуби звичайного розміру, кольору та форми.
 - E. Зуби звичайної форми і розміру, без емалі.

6. Основні клінічні ознаки спадкового порушення розвитку емалі – 3 форма:
 - A. Зуби меншого розміру, коричневого кольору.
 - B. Зуби звичайної форми і розміру, розташування борізד вертикальне.
 - C. Зуби незвичайної форми, жовтого кольору.
 - D. Зуби звичайного розміру, кольору і форми.
 - E. Зуби звичайної форми і розміру, без емалі.

7. Основні клінічні ознаки спадкового порушення розвитку емалі – 1 форма:
 - A. Зуби меншого розміру, коричневого кольору.
 - B. Зуби звичайної форми і розміру, розташування борізд вертикальне.
 - C. Зуби незвичайної форми, (шиловидні).
 - D. Зуби звичайного розміру, кольору і форми.

Е. Зуби звичайної форми меншого розміру, з діастемами і тремами, забарвлення зубів різне.

8. Основні клінічні ознаки спадкового порушення розвитку емалі – 2 форма.

А. Зуби мають вигляд конуса і циліндра, емаль збережена острівками.

В. Зуби звичайної форми і розміру, розташування борізід вертикальне.

С. Зуби незвичайної форми, (шиловидні).

Д. Зуби звичайного розміру, кольору і форми.

Е. Зуби звичайної форми меншого розміру, з діастемами і тремами, забарвлення зубів різне.

9. Системну гіпоплазію (плямисту форму) диференціюють з:

А. Флюорозом;

В. Поверхневим карієсом;

С. Ерозією твердих тканин зуба;

Д. Клиновидним дефектом;

Е. Дисплазією Кацдепона.

10. Яке з перелічених захворювань викликає лише системне ураження зубів?

А. Гіпоплазія;

В. Флюороз;

С. Карієс;

Д. Ерозія емалі;

Е. Гіперестезія.

11. Основні клінічні форми гіперплазії зубів.

А. Пришийкова, коренева, внутрішньозубна;

В. Генералізована, вогнищева;

С. Горбиста, гладка;

Д. Некротична, мінералізована;

Е. Стабілізована, гостра.

12. Симптомом якої хвороби є зуби Гетчинсона, Пфлюгера, Фурньє?

А. Ендемічний флюороз;

В. Гіперплазія;

С. Мармурова хвороба;

Д. Вроджений сифіліс;

Е. Тіреотоксикоз.

13. Для якої форми флюорозу характерна втрата тканин зуба?

А. Штрихової;

В. Ерозивної;

С. Крейдяно-крапчастої;

Д. Плямистої;

Е. Крапчастої.

14. При плямистій формі флюорозу проводять:

А. Покриття композитами;

В. Застосовують фторлаки;

С. Відбілюють емаль з наступною ремінералізуючою терапією;

Д. Відбілюють емаль з наступним покриттям композитом;

Е. Загальне лікування.

15. Пацієнтка віком 20 років скаржиться на неестетичний вигляд 24 зуба з моменту його прорізування. Об'єктивно: у 24 зубі емаль частково відсутня, дентин забарвлений у жовтий колір. У дитинстві 64 тимчасовий (молочний) зуб неодноразово лікували, але спостерігалися часті загострення, набряки, виникла нориця на яснах Який найбільш імовірний діагноз:

- A. Місцева гіпоплазія емалі;
- B. Хронічний початковий карієс;
- C. Флюороз;
- D. Системна гіпоплазія;
- E. Аплазія емалі;

16. У пацієнта віком 26 років на присінкових поверхнях центральних та бічних різців і малих кутніх зубів верхньої та нижньої щелеп виявлені численні симетричні плями молочного кольору. Плями безболісні під час зондування та дії температурних подразників. При люмінесцентній стоматоскопії плями флюоресціюють світло-жовтим світленням. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Системна гіпоплазія емалі;
- B. Гострий початковий карієс;
- C. Некроз емалі;
- D. Флюороз;
- E. Ерозія емалі.

17. Під час проведення санаційних заходів у студентки віком 18 років на присінковій поверхні нижче екватора 24 зуба виявлена крейдяного кольору блискуча пляма. Скарг пацієнтка не пред'являє. У місцевості, звідки вона родом, уміст фтору в питній воді становить 1,1 мг/л. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гострий початковий карієс;
- B. Системна гіпоплазія емалі;
- C. Гострий поверхневий карієс;
- D. Ендемічний флюороз;
- E. Місцева гіпоплазія емалі.

18. Жінка віком 25 років скаржиться на косметичні дефекти зубів. Під час огляду на всіх поверхнях коронок фронтальних зубів виявлені чисельні плями коричневого кольору, без дефектів емалі, з гладенькою поверхнею. 2% розчином метиленового синього плями не забарвлюються. Який діагноз у даному випадку?

- A. Флюороз;
- B. Системна гіпоплазія емалі;
- C. Гострий початковий карієс;
- D. Ерозія емалі;
- E. Кислотний некроз емалі.

19. Юнак віком 18 років, що проживає в місцевості, де вміст фтору в питній воді становить 1,43 мг/л, скаржиться на чутливість від солодкого та кислого в ділянці 12, 11, 21, 22, 26 зубів. Під час огляду на присінковій поверхні цих зубів виявлені поодинокі білясті плями з гладенькою поверхнею. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Ерозія емалі
- B. Хронічний початковий карієс
- C. Хронічний поверхневий карієс
- D. Гіпоплазія емалі
- E. Флюороз

20. Дівчина віком 18 років скаржиться на наявність численних плям темно-коричневого кольору на зубах верхньої та нижньої щелеп. Народилась і до 10 років проживала в місцевості, де вміст фтору в питній воді становив 1,2 мг/л. Що з переліченого нижче могло б запобігти виникненню ураження твердих тканин зубів?

- A. Зменшення у раціоні легкозасвоюваних вуглеводів
- B. Приймання препаратів фтору
- C. Санація зубів
- D. Ретельний гігієнічний догляд за порожниною рота
- E. Приймання препаратів кальцію і фосфору

21. Хворий віком 20 років звернувся до стоматолога з метою санації. Об'єктивно: на присінковій поверхні 11 і 12 зубів виявлено кілька крейдяного кольору плям овальної форми розмірами 2×3 мм, під час зондування їх поверхня шорстка. Який тест буде найінформативнішим у проведенні диференціальної діагностики даного захворювання?

- A. Вітальне забарвлення
- B. ЕОД
- C. Зондування
- D. Термодіагностика
- E. Трансілюмінація

22. Вказати оптимальну концентрацію фтору у питній воді

- A. 0,2 – 0,6 мг/л
- B. 0,5 – 1,0 мг/л
- C. 0,8 – 1,2 мг/л
- D. 1,0 – 1,5 мг/л
- E. 1,5 – 2,0 мг/л

23. Гістологічно при усіх формах гіпоплазії спостерігають:

- A. Зменшення кількості інтерглобулярних просторів
- B. Демінералізацію емалі
- C. Склеротизацію дентинних трубочок
- D. Наявність "мертвих шляхів"
- E. Збільшення кількості клітинних елементів у пульпі

Рекомендована література:

1. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколишина).– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.
2. Мельничук Г.М., Рожко М.М. Практична одонтологія. Курс лекцій із карієсу та некаріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту. Навчальний посібник. Вид. 2-ге, доповнене.– Івано-Франківськ, 2007.– 292 с.
3. Курякина Н., Морозова С. Кариес и некариозные поражения твердых тканей зубов.– Санкт-Петербург: Меди, 2005.– 111 с.
4. Ніколішин А.К. Флюороз зубів.– Полтава, 1999.– 135 с.
5. Федоров Ю.А., Дрожжина В.А. Клиника, диагностика и лечение некариозных поражений зубов.– М.: Редакция журнала «Новое в стоматологии», 1997.– №10.–147 с.
6. Терапевтическая стоматология: Учебн. Пособие /Под ред. проф. Л.А.Дмитриевой.– М.: МЕДпресс-информ, 2003.– 896 с.

7. Терапевтична стоматологія: Підручник.– У 4 томах /М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін.– К.: Медицина, 2007.– Т.1.– 304 с.
8. Довганик В.В., Синиця В.В. Медикаментна корекція дисколорацій вітальних зубів (Методичні вказівки).– Львів, 2007.– 20 с.
9. Довганик В.В., Синиця В.В. Вибілювання девітальних зубів (Методичні вказівки).– Львів, 2007.– 18 с.

Практичне заняття № 18

Тема: Набуті ураження твердих тканин зуба некаріозного походження. Класифікація, етіологія, клініка, диференційна діагностика, лікування.

Мета заняття: уміти діагностувати набуті ураження твердих тканин зуба некаріозного походження та проводити диференційну діагностику. Вивчити сучасні методи лікування цієї патології, орієнтуватись у основних матеріалах і медикаментних препаратах.

Коротка характеристика теми

Поширеність некаріозних уражень цієї групи останнім часом істотно зросла, причому це відбулося не тільки за рахунок збільшення частоти вже відомих захворювань, але і внаслідок появи нових, раніше не відомих хвороб, таких як комп'ютерний некроз, медикаментні та токсичні ураження тканин зубів і ін. Слід вважати, що загальне збільшення частоти некаріозних уражень зубів у значній мірі пов'язане з екологічними чинниками, зокрема з Чорнобильською катастрофою, оскільки вказані ураження у більшості випадків розвиваються на фоні порушення функції і захворювань щитоподібної залози. Разом з цим, значну роль відіграють також порушення функції статевих залоз і інші фонові захворювання, прийом гормональних препаратів, саліцилатів та інших лікарських засобів.

Підвищене (патологічне) стирання – стан підвищеного стирання зубів, коли за короткий час у зубах утворюються атипові дефекти, оточені гострими краями інтактною емалі. При цьому зуби втрачають анатомічну форму, змінюється оклюзія, знижується прикус.

Причини підвищеного стирання можуть бути різними і залежать від стану прикусу, професійних шкідливостей, наявності супутніх захворювань – щитовидної залози, ШКТ, нервової системи і ін. У більшості хворих патологічним стиранням зубів виявлена супутня патологія, тоді як вплив місцевих чинників відзначено лише у 15 % обстежених. До місцевих причинних факторів можна віднести: 1) вживання грубої, кулінарно необробленої їжі; 2) шкідливі звички, професійні шкідливості; 3) патологічний прикус, бруксизм; 4) перевантаження зубів через часткову адентію, аномалії розташування; 5) травму зубів кламерами; 6) надмірне вживання газованих напоїв, соків; 7) зловживання чищенням зубів.

До загальних етіологічних чинників відносять: загальносоматичну патологію (щито- і паращитоподібної залоз, гіпофізу, анемії, хвороби нервової, травної системи); вживання соляної кислоти при ахілії; стресові ситуації, що провокують скреготання і стиснення зубів.

Класифікація патологічного стирання запропонована ще в 1901 р. А. Томпсоном. Зручною для застосування є її модифікація, запропонована М.І. Грошиковим (1985):

1 ступінь – незначне стирання емалі горбів і ріжучих країв коронок зубів;

2 ступінь – стирання емалі горбів, іклів, премолярів, молярів і ріжучих країв різців з оголенням поверхневих шарів дентину;

3 ступінь – стирання емалі і значної частини дентину до рівня коронкової порожнини зуба.

Окрім цього, підвищене стирання твердих тканин зубів можна розділити на 3 види: горизонтальне, вертикальне і змішане. Дослідження останніх років показують, що найчастіше зустрічаються вертикальна (47,4%) і змішана (44,1%) форми стирання, кількість хворих з горизонтальною формою менша – 8,5%.

Горизонтальна форма – зуби стираються по горизонтальній площині, спочатку горби жувальних зубів, потім вже передні зуби і в останню чергу – ікла. Характерне зменшення висоти зубів у міру їх стирання. Роль місцевих і загальних чинників в розвитку стирання приблизно однакова.

Вертикальна форма – зуби стираються переважно по вертикальній площині на вестибулярній поверхні. Частіше за інших стираються премоляри і ікла, потім різці і моляри. Стирання по горизонталі виражене слабо. Роль фонових захворювань при цій формі досягає 80 – 85 %.

Змішана форма – зуби в рівній мірі стираються по вертикалі і горизонталі, зокрема іноді і з язичного боку. Характерне зменшення об'ємного розміру зубів. Переважно стираються зуби від різців до премолярів. Роль фонові патології складає 75 – 80 %.

Поява гіперестезії дентину є однією з початкових ознак підвищеного стирання зубів і зустрічається у 80 – 90 % пацієнтів.

Лікування :

- 1) усунення загальних і місцевих несприятливих чинників;
- 2) лікування гіперестезії;
- 3) зішліфовування гострих країв зубів, пломбування дефектів;
- 4) ортопедичне лікування – підняття висоти прикусу;
- 5) відновлення форми зубів за допомогою сучасних композитних матеріалів, вінірів.

Клиноподібний дефект зубів локалізується виключно у ділянці шийок зубів верхньої і нижньої щелепи. Частіше вражаються ікла і премоляри. Клиноподібний дефект (КД) у розвинутій стадії утворений 2 площинами: горизонтальною – приемалевою і похилою – приясенною. Вони гладкі, блискучі, не змінені в кольорі, зрідка спостерігається пігментація дентину. Причини виникнення хвороби остаточно нез'ясовані. Вважається, що це один з різновидів патологічного стирання. Припускають також, що у виникненні таких дефектів важливу роль відіграють дистрофічні процеси у пришийкових ділянках зубів при ураженнях краю пародонту і оголеннях шийок зубів при пародонтозі, або ж суто місцеві чинники (неправильне чищення зубів абразивними засобами).

На ранніх стадіях розвитку клиноподібні дефекти виглядають як тонкі тріщини або щілини, згодом дефект набуває форми клина, який з часом заглиблюється.

Виділяють 4 стадії клиноподібного дефекта (М.І. Грошиков, 1985):

1 стадія – початкові прояви з майже невидимими дефектами, які видно за допомогою лупи. Спостерігається гіперестезія шийок зубів. При фарбуванні 5% настоянкою йоду видно коричневу тонку смужку.

2 стадія – поверхневі КД у вигляді щілин завглибшки до 0,2 мм, завдовжки 3-3,5 мм поблизу емалево-цементної межі, з блискучою поверхнею і вираженою гіперестезією шийок зубів.

3 стадія – середні КД, утворені двома площинами, розташованими під кутом 40 - 45° при середній глибині 0,2 - 0,3 мм і довжині 3,5 – 4,5 мм. Дентин жовтуватого кольору, гладкий. Помірна гіперестезія.

4 стадія – глибокі КД, завдовжки 5 мм і більше, з ураженням глибоких шарів дентину аж до порожнини зуба, з блискучою гладкою поверхнею і рівним краєм. Помірна гіперестезія.

1 і 2 стадії частіше зустрічаються у молодому віці. Середні і глибокі ураження зазвичай характерні для осіб середнього і немолодого віку. Дефект добре забарвлюється 5% настоянкою йоду, не забарвлюється розчином метиленового синього.

Розрізняють також фази загострення і стабілізації. У фазі загострення втрата тканин відбувається швидше, щ² помітно протягом 1 – 2 міс. Посилюється гіперестезія дентину. Індекс ремінералізації 2,5 – 3 бали. У фазі стабілізації збільшення дефекту мало помітне навіть впродовж 8 – 9 міс. Гіперестезія помірна або слабка. Індекс ремінералізації 1 – 1,5 бали.

Електронно-мікроскопічні дослідження різних авторів свідчать про значні порушення структури тканин зуба як у зоні дефекта, так і в решті тканин зуба. Спостерігається руйнування структурних утворень емалі, втрата речовини міжпризматичних просторів, облітерація дентинних каналців. Ступінь і об'єм цих порушень постійно зростає, що, до певної міри, зумовлює несприятливий результат пломбування таких дефектів без попереднього лікування.

Лікування залежить від стадії і фази перебігу хвороби. Так, при 1 і 2 стадіях необхідності у пломбуванні немає. У фазі загострення проводять два місячні курси ремінералізуючої терапії з інтервалом у 3 міс., у фазі стабілізації – з інтервалом у 6 міс. Застосовуються ті ж препарати, що і для лікування стирання зубів. При 3 і 4 стадії після 3-місячної (у фазі загострення) або 1-місячної (у фазі стабілізації комплексної ремінералізуючої терапії) проводять пломбування дефекту з використанням склоіономерних підкладок і фотополімерів або компомерів.

Ерозії зубів – прогресуюче ураження емалі і дентину невиясненої етіології. Серед етіологічних чинників указують на неправильне чищення зубів (Порт, Ейлер, 1923), інші механічні чинники (Боровський С.В., 1980), вживання цитрусових, фруктових соків, професійні шкідливості, поверхнево-активні речовини у складі гігієнічних засобів. На думку Ю.А.Федорова і ін. (1997) у 75 % випадків виникнення ерозій пов'язане з гормональними порушеннями (дисфункції щитовидної і статевих залоз).

Ерозії частіше виникають у людей старшого віку на вестибулярній поверхні центральних і бічних різців верхньої щелепи, хоча можуть бути і на іклах і премолярах. Іноді дефекти бувають симетричними.

Початкова стадія розвитку ерозії характеризується втратою блиску на обмеженій ділянці вестибулярної поверхні зуба. Її межі можна виявити за допомогою індексу ремінералізації – при аплікації 5% настоянки йоду з'явиться жовте або коричневе забарвлення.

Розвинута ерозія є дефектом емалі округлої форми, який розташований в косому або поперечному напрямі на найбільш опуклій частині вестибулярної поверхні зуба. Дно ерозії гладке, блискуче, тверде. Больові відчуття можуть бути відсутніми або ж спостерігається гіперестезія дентину.

Так само як і клиноподібні дефекти, ерозії зубів зазвичай характеризуються хронічним перебігом, аналогічно виділяють і 2 клінічні форми: активну і стабілізовану. Лікування ерозії аналогічне – комплексна ремінералізуюча терапія і подальше пломбування зубів згідно показів.

Некроз твердих тканин зубів – своєрідне ураження некаріозного генезу, що розвивається при дії як екзогенних, так і ендогенних (патологія ендокринної системи, ЦНС, хронічні інтоксикації) чинників і характеризується прогресуючою і незворотною деструкцією тканин зуба.

Пришийковий некроз розвивається при гіпертиреозі і у жінок у період вагітності. Вогнища некрозу розташовуються в ділянці шийок різців, іклів і премолярів на вестибулярній поверхні. Емаль мутніє, стає матовою, потім розм'якшується і відділяється, оголюючи дентин. Спостерігається виражена гіперестезія дентину.

Диференціальна діагностика: з множинним карієсом у дітей і вагітних.

Принципи лікування аналогічні терапії ерозій і включають обов'язкове лікування соматичної патології; на початкових стадіях – ремінералізуюче лікування; а за наявності дефекту – пломбування (з попереднім ремінералізуючим лікуванням).

Схожі ураження спостерігаються і при **променевому некрозі** у разі дії іонізуючої радіації як безпосередньо на зуби, так і на організм у цілому. При цьому, як правило, спочатку ушкоджується пульпа – виникає її запалення або некроз.

Променевий некроз починається у пришийковій ділянці, швидко прогресує по емалево-дентинному з'єднанню, оголений дентин руйнується, що часто призводить до відламу коронки.

Диференційну діагностику полегшують супутні зміни з боку слизової оболонки рота, а також дані анамнезу.

Лікування полягає у ремінералізуючій терапії, пломбуванні дефектів. При залученні до процесу пульпи – ендодонтичне лікування, протезування по показаннях.

Описано також новий варіант некрозу – **”комп'ютерний некроз зубів”**. Пацієнти при цій патології молодого віку (25 – 35 років); інтенсивно працюють з комп'ютером (8 – 10 годин на день) впродовж останніх 3 – 5 років; усі раніше були практично здоровими, зуби не турбували; вони також не піддавалися дії токсичних, хімічних речовин і радіації.

Клінічна картина захворювання:

- 1) системні, множинні ураження тканин зубів;
- 2) вогнища некрозу вражають значну частину коронок зубів в т.ч. карієсімумні зони;
- 3) уражені тканини забарвлені в темно-коричневий, майже чорний колір, сильно розм'якшені, легко, без болю знімаються екскаватором;
- 4) не уражені некрозом тканини – мутно-білого або сіро-білого кольору;
- 5) гіперестезія, як правило, відсутня;
- 6) ЕОД – 25-30 мкА;
- 7) гіпосалівація, що переходить в ксеростомію;
- 8) активна дистрофія тканин пародонту;
- 9) резорбція міжзубних перегородок і альвеолярної кістки.

Лікування комп'ютерного некрозу:

1. Загальне: призначення антиоксидантів, вітаміну С, α -, β -токоферолу, БАД-ів, препаратів Са, інших макро- і мікроелементів.
2. Місцеве лікування таке ж як і при променевому некрозі.

Кислотний (хімічний) некроз виникає в осіб, що працюють з мінеральними, рідше – органічними кислотами, які випаровуючись потрапляють в слину. При цьому слина закислоється і декальцинує тверді тканини зубів. Описаний кислотний некроз при вживанні 10% соляної кислоти для лікування ахілічного гастриту.

При кислотному некрозі в першу чергу вражаються фронтальні зуби і, на відміну від пришийкового некрозу, процес починається з ріжучого краю, а потім переходить на вестибулярну поверхню. З часом коронки передніх зубів руйнуються до ясенного краю, премоляри і моляри сильно стираються. Характерні скарги на оніміння і оскомину в зубах, відчуття прилипання зубів при їх зімкненні. Може виникати гіперестезія.

Лікування полягає у ліквідації причини кислотного некрозу; ремінералізуючій терапії препаратами Са і F; лужних полосканнях порожнини рота.

Травма зубів виникає внаслідок дії на зуби різних за силою і напрямом травмуючих чинників, що викликає різноманітні пошкодження.

Причиною гострої травми можуть бути удари по зубах різними предметами, особливо під час падіння, автокатастроф і т. д. Найчастіше страждають фронтальні зуби.

Види гострої травми: забій, вивих, злам зуба, комбінована травма, травма зачатків зубів. Найчастіше такі пошкодження вимагають хірургічного лікування. Злами коронок зубів без розкриття порожнини зуба і пошкодження пульпи розглядаються як некаріозні пошкодження.

При зламі (відламі) хворі скаржаться на болі при дії різних подразників, естетичний дефект. Об'єктивно: поверхня зламу болюча при зондуванні; може просвічувати рожева пульпа; перкусія зуба може бути болючою у перші дні після травми; гострі краї емалі можуть травмувати губи і язик;

Лікування:

- 1) зішліфовування гострих країв емалі;
- 2) застосування фтористих препаратів для зменшення гіперестезії;
- 3) при значних дефектах їх пломбують (реставрують);
- 4) якщо лінія перелому розміщена в біляпульпарному дентині, її покривають пастою на основі $\text{Ca}(\text{OH})_2$, а зуб накривають тимчасовою коронкою на 2 – 3 міс., після чого проводять реставрацію зуба;
- 5) при некрозі пульпи проводять ендодонтичне лікування.
- 6) якщо відзначається рухомість зуба (вивих), його можна шинувати за допомогою лігатур або ж композитних матеріалів.

Хронічна травма виникає при тривалій дії незначних за силою механічних подразників. Найчастіше – це результат шкідливої звички тримати в зубах різні предмети. При цьому на зубах утворюються безболісні зазубрини з гладкими блискучими поверхнями, які є різновидом патологічного стирання.

Лікування зазубрин: усунення травмуючого чинника, пломбування або протезування.

Гіперестезія твердих тканин зубів. Згідно інформації ВОЗ поширеність цієї хвороби за останні 20 років зросла на 30 – 40 %. Гіперестезія дентину як супутня патологія зустрічається у близько 90 відсотків осіб з некаріозними хворобами зубів, що розвиваються після прорізування а також у 25–27% хворих з патологією пародонта.

Пацієнт скаржиться на підвищену більшову чутливість зубів до дії навіть незначних температурних, хімічних і механічних подразників, що швидко минає. Така чутливість зубів іноді зникає або зменшується, але згодом знову з'являється. Деколи можлива іррадіація у сусідні зуби. Причина болю – безпосередній контакт оголеного дентину, його нервових рецепторів із зовнішнім середовищем. При хворобах пародонта внаслідок атрофії ясен оголюється корінь зуба, а тонкий шар цементу не в змозі захистити дентин кореня від дії різних подразників. Подібний механізм виникнення болю при стиранні емалі та дентину, клиноподібному дефекті, ерозії, травм.

Класифікація гіперестезії дентину (за Федоровим Ю.А. і співавт., 1981):

За поширеністю:

1. Обмежена форма трапляється у ділянці окремого або декількох зубів, як правило при поодиноких каріозних порожнинах і клиноподібних дефектах, а також після препарування зубів перед ортопедичним лікуванням.

2. Генералізована форма проявляється в ділянці більшості (більш ніж 75%) або усіх зубів, частіше при оголенні шийок коренів зубів при пародонтозі, патологічному стиранні, при множинному карієсі, при прогресуючій множинній ерозії зубів.

За походженням:

1. Гіперестезія дентину, пов'язана з втратою твердих тканин зуба:

- а) в ділянці каріозних порожнин;
- б) після препарування зубів під штучні коронки, вкладки;
- в) при патологічному стиранні твердих тканин і клиновидних дефектах;
- г) при ерозії твердих тканин зубів.

2. Гіперестезія дентину, не пов'язана з втратою твердих тканин зуба:

- а) гіперестезія дентину оголених шийок і коренів зубів при патології пародонту;
- б) гіперестезія дентину інтактних зубів (функціональна), яка супроводжує загальні порушення в організмі.

За клінічним перебігом:

I ступінь – тканини зуба реагують на температурні подразники, ЕОД – 5-8 мкА;

II ступінь – тканини зуба реагують на температурні і хімічні подразники, ЕОД – 3-5 мкА;

III ступінь – тканини зуба реагують на всі види подразників, ЕОД – 1,5-3,5 мкА;
Оскільки в терапії гіперестезії зубів провідним завданням є ліквідація болювого симптому, *місцеве лікування* дещо відрізняється від розглянутих раніше нозологічних форм. Найчастіше використовуються наступні групи засобів:

1. Припікаючі препарати, що руйнують органічну субстанцію, у т.ч. нервові закінчення в дентині. Використовують 30% нітрат срібла та 10% хлорид цинку, обробляючи ними шийки зубів або інші поверхні. Після аплікації засобів їх відновлюють 10% формаліном, евгенолом або 4% гідрохіноном. Слід пам'ятати, що ці речовини забарвлюють тканини зуба у чорний колір, тому їхнє застосування для лікування фронтальних зубів обмежене. Як припікаючі засоби запропоновано використовувати також 5 – 10 % розчин фенолу, 10 – 20 % розчин трихлороцтової кислоти.

2. Зневоднюючі засоби – пасти, до складу яких входять луги: гідрокарбонати і карбонати натрію, калію, хлориди натрію та магнію.

3. Засоби біологічної дії – речовини, що змінюють склад та структуру твердих тканин зуба. Це – препарати, що містять фториди натрію або кальцію, хлорид стронцію, хлорид тіаміну, вітамін В₁. Механізм дії цих засобів полягає у блокуванні чутливих рецепторів твердих тканин.

4. Анестетики та анальгетики.

5. Адгезивні системи фотополімерних матеріалів.

Лікування системної гіперестезії комплексне і полягає у корекції фосфорно-кальцієвого обміну, місцевій терапії, призначенні седативних засобів, транквілізаторів (за показаннями).

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Причини виникнення та класифікація патологічного стирання зубів.
2. Клінічна картина та лікування підвищеного стирання зубів.
3. Клиноподібні дефекти зубів, клінічна картина, стадії та фази перебігу хвороби.
4. Лікування клиноподібних дефектів зубів.
5. Ерозія зубів, етіологія, клінічна картина, діагностика, лікування.
6. Некроз твердих тканин зубів, етіологія, різновиди некроза.
7. Клінічна картина і лікування різних видів некроза твердих тканин зуба.
8. Гостра та хронічна травма зубів, діагностика, клініка, лікування.
9. Класифікація гіперестезії твердих тканин зуба.
10. Лікування гіперестезії твердих тканин зуба, групи медикаментних препаратів.

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Ерозії твердих тканин зубів розташовані:
А. Тільки на вестибулярній поверхні;
В. На усіх поверхнях зубів;
С. На вестибулярній та жувальній поверхнях;
D. Тільки на жувальній поверхні;
E. На вестибулярній та оральній поверхнях.
2. Профілактика ерозії зуба включає в себе:
А. Полоскання рота лужними розчинами;
В. Використання м'якої зубної щітки;

- C. Використання фторвмісних зубних паст;
- D. Обмеження у харчовому раціоні плодів цитрусових;
- E. Обмеження у харчовому раціоні продуктів, багатих вуглеводами.

3. Для якого некаріозного ураження, що виникає після прорізування зуба, характерне часткове або повне зміщення зуба з лунки в сторону тіла щелепи?

- A. Забій зуба;
- B. Повний вивих;
- C. Вколочений вивих;
- D. Злам зуба;
- E. Неповний вивих.

4. Тактика лікаря при вивиху зуба:

- A. Провести рентгенографію, електроодонтометрію, лікування за показами.
- B. Провести ампутацію пульпи.
- C. Видалити зуб.
- D. Видалити пульпу, запломбувати кореневий канал.
- E. Провести реплантацію зуба.

5. Найбільш характерні ознаки хімічного некроза зубів на початковій стадії:

- A. Гіперестезія.
- B. Стертість зубів, гіперестезія.
- C. Часткова втрата висоти зубів, прикус знижений на 3 – 4 мм.
- D. Скарги на "злипання" зубів при закриванні рота, зуби звичайної форми, блиск частково втрачений.
- E. Характерних ознак немає.

6. Найбільш характерні клінічні ознаки токсичного (медикаментозного) некроза зубів у розвинутій стадії:

- A. Зуби яскраво-жовтого кольору, без порушення цілісності емалі.
- B. На усіх зубах, які мають жовтий та коричневий колір, великі ділянки некрозу з брудно-коричневими некротичними масами, чутливість і біль відсутні.
- C. Зуби незвичної конічної форми, з дефектами емалі.
- D. Змішана форма стертості усіх зубів, гіперестезія.
- E. Зуби крейдovidні, без блиску, гіперестезія.

7. Клінічні ознаки генералізованої форми гіперестезії дентину.

- A. Чутливість окремих каріозних зубів.
- B. Чутливість у ділянці одного зуба при доторкуванні.
- C. Чутливість у ділянці 2-3 ерозій зубів.
- D. Чутливість 15 % зубів до хімічних подразників.
- E. Гіперестезія більше 75 % наявних зубів до різних подразників.

8. Клінічні ознаки обмеженої форми гіперестезії дентину.

- A. Гіперестезія усіх наявних зубів.
- B. Гіперестезія менше 25 % наявних зубів до різних подразників.
- C. Гіперестезія 50 % зубів до різних подразників.
- D. Гіперестезія 60 % зубів до різних подразників.
- E. Відсутність причинної чутливості зубів.

9. Додаткові методи обстеження хворих з набутими некаріозними ураженнями.

- A. Дослідження крові та сечі.

- В. Обстеження у ендокринолога, терапевта, гінеколога та УЗД щитоподібної залози.
- С. Електрокардіологічне обстеження.
- Д. Обстеження у дерматовенеролога.
- Е. Рентгенологічне обстеження.

10. Профілактика клиновидного дефекта включає в себе:

- А. Полоскання рота лужними розчинами;
- В. Використання м'якої зубної щітки;
- С. Використання фторвмісних зубних паст;
- Д. Обмеження у харчовому раціоні плодів цитрусових;
- Е. Обмеження у харчовому раціоні продуктів, багатих вуглеводами.

11. У пацієнта 27 років емаль вестибулярної поверхні фронтальних зубів стоншена, тьмяна, ріжучий край овальної форми, коронки вкорочені внаслідок прогресуючого стирання. Працює на виробництві мінеральних добрив. Ймовірний діагноз:

- А. Гіпоплазія емалі
- В. Гіперестезія твердих тканин
- С. Некроз емалі
- Д. Ерозія емалі
- Е. Гострий початковий карієс.

12. Для лікування гіперестезії зубів використовують:

- А. Сульфат калію
- В. Нітрат амонію
- С. Окис кремнію
- Д. Хлорид стронцію
- Е. Ацетат алюмінію.

13. При важкому ступені гіперестезії зубів електробудливість пульпи становить:

- А. 1-3 мкА
- В. 3-5 мкА
- С. 5-10 мкА
- Д. 10-15 мкА
- Е. 20-40 мкА

14. Розвиток гіперестезії твердих тканин зуба при патології пародонта пов'язаний з:

- А. Утворенням пародонтальної кишені
- В. Рухомістю зубів
- С. Утворенням у пульпі дентиклів
- Д. Запаленням ясенного краю
- Е. Атрофією ясен.

15. Пацієнт 19 років скаржиться на болючість 21 зуба після отриманої кілька годин тому травми. Об'єктивно: коронка 21 інтактна, ясенний край гіперемійований, рухомість зуба 1 ступеня, перкусія болюча, ЕОД – 7 мкА. Що необхідно зробити лікареві?

- А. Депульпувати 21 зуб
- В. Видалити 21 зуб
- С. Шинувати 21 зуб
- Д. Призначити знеболюючі засоби та антибіотики
- Е. Не робити нічого

16. Яке з перелічених захворювань має переважно хронічний перебіг?

- А. Пришийковий некроз твердих тканин зуба

- В. Променевий некроз
- С. Комп'ютерний некроз
- Д. Карієс зуба
- Е. Ерозія зуба

17. Пацієнт 58 років скаржиться на болючість 11 зуба після отриманої вчора травми. Об'єктивно: коронка 11 інтактна, ясенний край гіперемійований, рухомість зуба 1 ступеня, перкусія болюча, ЕОД – 120 мкА. Що необхідно зробити лікареві?

- А. Провести ендодонтичне лікування 11 зуба
- В. Видалити 11 зуб
- С. Призначити фізіотерапевтичне лікування
- Д. Призначити знеболюючі засоби та антибіотики
- Е. Не потребує лікування

Рекомендована література:

1. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколишина).– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.
2. Мельничук Г.М., Рожко М.М. Практична одонтологія. Курс лекцій із карієсу та некарієзних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту. Навчальний посібник. Вид. 2-ге, доповнене.– Івано-Франківськ, 2007.– 292 с.
3. Курякина Н., Морозова С. Кариес и некариозные поражения твердых тканей зубов.– Санкт-Петербург: Меди, 2005.– 111 с.
4. Терапевтическая стоматология: Учебн. Пособие /Под ред. проф. Л.А.Дмитриевой.– М.: МЕДпресс-информ, 2003.– 896 с.
5. Федоров Ю.А., Дрожжина В.А. Клиника, диагностика и лечение некариозных поражений зубов.– М.: Редакция журнала «Новое в стоматологии», 1997.– №10.– 147 с.
6. Терапевтична стоматологія: Підручник.– У 4 томах /М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун та ін.– К.: Медицина, 2007.– Т.1.– 304 с.
7. Довганик В.В., Синиця В.В. Медикаментна корекція дисколорацій вітальних зубів (Методичні вказівки).– Львів, 2007.– 20 с.
8. Довганик В.В., Синиця В.В. Вибілювання девітальних зубів (Методичні вказівки).– Львів, 2007.– 18 с.

Практичне заняття № 19

Тема: Контроль засвоєння змістового модуля № 2.

Перелік теоретичних питань для підготовки студентів до контролю засвоєння матеріалу змістового модуля № 2.

1. Що таке карієс?
2. Які показники визначають епідеміологію карієсу?
3. Що таке інтенсивність карієсу?
4. Що таке приріст інтенсивності карієсу?
5. Що відображає інтенсивність карієсу зубів постійного прикусу?
6. Які показники розповсюдженості карієсу?
7. Які поверхні зубів найчастіше уражаються карієсом?

8. Що визначає активність каріозного процесу?
9. Як визначається ефективність лікувально-профілактичної роботи?
10. Клінічна класифікація карієсу зубів.
11. Класифікація карієсу зубів за локалізацією.
12. Класифікація карієсу зубів за перебігом.
13. Класифікація карієсу зубів за інтенсивністю ураження.
14. Анатомічна класифікація зубів.
15. Класифікація карієсу за наявністю ускладнень.
16. Характеристика гострого перебігу карієсу зубів.
17. Характеристика хронічного перебігу карієсу зубів.
18. Класифікація каріозних порожнин залежно від їх локалізації (за Блеком).
19. Квітучий карієс, найгостріший карієс – коротка характеристика.
20. Як змінювались з часом уявлення про виникнення та розвиток карієсу?
21. Які існують теорії виникнення карієсу?
22. Яка роль мікроорганізмів у виникненні карієсу?
23. Які експериментальні докази значення мікроорганізмів у виникненні та прогресуванні карієсу?
24. У чому полягає значення вуглеводів у етіопатогенезі карієсу?
25. Які наукові факти підтверджують роль вуглеводів у виникненні карієсу?
26. Які властивості слини мають карієспротекторне значення?
27. Які існують фактори специфічного та неспецифічного захисту у ротовій порожнині, як вони діють?
28. Які карієсогенні чинники загального характеру?
29. Як впливає загальносоматична патологія на виникнення та перебіг карієсу?
30. Як впливає характер харчування на виникнення та перебіг карієсу?
31. Яке значення консистенції їжі на виникнення та перебіг карієсу?
32. Які структурні порушення твердих тканин знижують їхню резистентність до виникнення карієсу?
33. Як несприятливий генетичний код (спадковість) впливає на захворюваність карієсом?
34. Який найбільш інформативний метод оцінки морфологічних змін при початковому карієсі?
35. У якому шарі емалі відзначаються найбільші морфологічні зміни?
36. Чому зовнішній шар емалі практично не змінюється при початковому карієсі?
37. Які зони морфологічно розрізняють при карієсі в стадії плями?
38. Які основні особливості має вогнище демінералізації при початковому карієсі?
39. Назвати основні причини темного забарвлення при хронічному початковому карієсі.
40. Які скарги будуть виникати у пацієнта при початковому карієсі?
41. Які дані об'єктивного обстеження відзначаються при початковому карієсі?
42. Які додаткові методи діагностики використовують для встановлення остаточного діагнозу?
43. З якими захворюваннями проводиться диференційна діагностика початкового карієсу?
44. За яких умов проводиться ремінералізуюча терапія?
45. Які групи препаратів застосовують для місцевої ремінералізуючої терапії початкового карієсу?
46. Яка дія фтору при ремінералізуючій місцевій терапії?
47. Назвати препарати фтору і методи їх застосування у ремінералізуючій терапії.
48. Вказати додаткові джерела надходження фтору для профілактики карієсу.
49. Назвати препарати кальцію, які застосовуються для ремінералізуючої терапії.
50. Що таке герметизація фісур?

51. Вказати групи герметиків, вимоги та методики застосування.
52. У чому полягає лікування хронічного початкового карієсу?
53. Що таке мікроабразія?
54. У чому полягають патолого-анатомічні зміни при поверхневому карієсі?
55. Описати зону склерозованого дентину.
56. Які зміни у пульпі спостерігаються при поверхневому карієсі?
57. Які скарги характерні для поверхневого карієсу?
58. Описати об'єктивну клінічну картину гострого поверхневого карієсу.
59. Які клінічні відмінності каріозної порожнини при гострому поверхневому карієсі?
60. Які додаткові методи обстеження можна використати для встановлення діагнозу – поверхневий карієс?
61. Провести диференційну діагностику поверхневого карієсу з початковим карієсом.
62. Провести диференційну діагностику поверхневого карієсу з ерозією емалі.
63. Провести диференційну діагностику поверхневого карієсу з гіпоплазією емалі.
64. З якою формою ендемічного флюорозу необхідно проводити диференційну діагностику поверхневого карієсу?
65. Які зони змін дентину розрізняють при середньому карієсі?
66. Яка клінічна картина гострого середнього карієсу?
67. Яка клінічна картина хронічного середнього карієсу?
68. Провести диференційну діагностику середнього карієсу та клиноподібного дефекту.
69. Провести диференційну діагностику середнього карієсу з хронічним періодонтитом.
70. Яку терапію слід обрати для поверхневого та середнього карієсу?
71. Вказати мету та етапи препарування.
72. Вимоги до формування каріозної порожнини.
73. Вимоги до ізолюючих прокладок.
74. Етапи пломбування каріозних порожнин композиційними матеріалами.
75. Яка тканина межує з пульпою при глибокому карієсі?
76. Які морфологічні зміни в пульпі відмічаються при глибокому карієсі?
77. На який біль будуть скаржитись пацієнти при глибокому карієсі?
78. Охарактеризувати каріозну порожнину при гострому глибокому карієсі?
79. Про що свідчить болоче зондування каріозної порожнини?
80. Які об'єктивні відмінності між каріозною порожниною при гострому і хронічному глибокому карієсі?
81. Чому зондування стінок і дна каріозної порожнини при глибокому хронічному карієсі буде безболісне?
82. З якими патологіями можна диференціювати глибокий карієс?
83. Про що свідчить поява короткочасного самовільного болю?
84. Які додаткові методи діагностики слід застосувати для проведення диференційної діагностики карієсу?
85. Які особливості лікування гострого глибокого карієсу?
86. За допомогою яких препаратів можна стимулювати пластичну діяльність пульпи і на що буде спрямована їх дія?
87. Які особливості препарування слід застосувати при лікуванні глибокого карієсу?
88. Як поділяють групи препаратів для лікування глибокого карієсу?
89. Яка дія антимікробних лікувальних паст?
90. На що впливають одонтотропні пасті?
91. Методика застосування лікувальних прокладок.

92. Які відмінності у лікуванні гострого і хронічного глибокого карієсу?
93. Причини виникнення найгострішого карієсу.
94. Клінічні прояви найгострішого карієсу.
95. Патоморфологічні зміни твердих тканин при найгострішому карієсі.
96. Особливості лікувальної тактики при квітучому карієсі.
97. Які лікувальні та пломбувальні матеріали слід використовувати в терапії найгострішого карієса?
98. Дані об'єктивного обстеження пацієнтів з вторинним карієсом депульпованого зуба.
99. Методи діагностики вторинного карієсу.
100. Особливості лікування вторинного та рецидивного карієсу.
101. Які помилки і ускладнення можуть виникнути під час препарування каріозної порожнини?
102. Які ускладнення можуть виникнути у разі порушення режиму препарування?
103. Які маніпуляції необхідно провести при перфорації дна каріозної порожнини?
104. Які причини перфорації стінки каріозної порожнини?
105. Які маніпуляції необхідно провести при ушкодженні бором сусідніх зубів?
106. Які помилки і ускладнення виникають під час пломбування каріозної порожнини?
107. Які ускладнення можуть виникнути при неправильному накладенні ізолювальної прокладки?
108. Які скарги пацієнта у разі завищення прикусу при пломбуванні каріозної порожнини?
109. Причини розвитку запалення і некрозу пульпи після лікування карієсу.
110. Причини розвитку вторинного карієсу.
111. Причини розвитку папіліту, ретракції ясен, методи їх профілактики та усунення.
112. Помилки і ускладнення, що виникають при використанні композиційних матеріалів.
113. Які причини виникнення післяопераційної чутливості у зубах після їх пломбування?
114. Загальна та місцева профілактика карієсу
115. Види суспільної та індивідуальної профілактики карієсу
116. Що таке первинна, вторинна і третинна профілактика карієсу
117. Основні складові частини профілактичної протикаріозної терапії
118. Значення правильного режиму харчування у профілактиці карієсу.
119. Механізм протикаріозної дії фтору
120. Особливості застосування фторвмісних засобів для профілактики та терапії карієсу.
121. Герметизація фісур, види, показання, методики застосування.
122. Роль гігієни рота у профілактиці карієсу.
123. Різновиди гігієнічних засобів, особливості їх використання.
124. Особливості профілактичних заходів у певних груп населення – військових, вагітних, осіб з квітучим карієсом тощо.
125. Класифікації спадкових уражень твердих тканин зуба.
126. Недосконалий амелогенез, клінічні форми, діагностика, лікування.
127. Недосконалий амелогенез, клінічна картина, діагностика, лікування.
128. Синдром Стентона-Капдепона, клініка, диференційна діагностика.
129. Мармурова хвороба, клінічна картина, діагностика.
130. Класифікації природних некаріозних уражень твердих тканин зуба.
131. Етіологія гіоплазії емалі.
132. Клінічні форми системної гіоплазії твердих тканин зуба.
133. Зуби Гетчінсона, Фурньє, Пфлюгера.

134. Патоморфологічні зміни в емалі та дентині при різних формах гіпоплазії.
135. Місцева гіпоплазія: етіологія, клінічна картина.
136. Лікування різних форм гіпоплазії.
137. Гіперплазія емалі.
138. Етіологія ендемічного флюорозу.
139. Класифікації флюорозу.
140. Клінічні форми флюорозу.
141. Морфологічні зміни в зубах, уражених флюорозом.
142. Диференційна діагностика гіпоплазії, флюорозу та карієсу.
143. Профілактика флюорозу.
144. Лікування зубів, уражених флюорозом.
145. Відбілювання зубів: види, методики, матеріали.
146. Причини виникнення та класифікація патологічного стирання зубів.
147. Клінічна картина та лікування підвищеного стирання зубів.
148. Клиноподібні дефекти зубів, клінічна картина, стадії та фази перебігу хвороби.
149. Лікування клиноподібних дефектів зубів.
150. Ерозія зубів, етіологія, клінічна картина, діагностика, лікування.
151. Некроз твердих тканин зубів, етіологія, різновиди некроза.
152. Клінічна картина і лікування різних видів некроза твердих тканин зуба.
153. Гостра та хронічна травма зубів, діагностика, клініка, лікування.
154. Класифікація гіперестезії твердих тканин зуба.
155. Лікування гіперестезії твердих тканин зуба, групи медикаментних препаратів.

Практичне заняття № 20

Тема: Навчальна історія хвороби, її зміст, вимоги до оформлення. Анатомо-фізіологічна характеристика пульпи зуба. Вікові зміни. Класифікація пульпітів

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Що таке „історія хвороби”?
2. Які розділи включає в себе „історія хвороби”?
3. Що таке пульпа зуба? Де вона розташована?
4. Скільки шарів клітин виділяють в пульпі?
5. Які клітини розташовані в периферійному відділі пульпи? Їхня функція.
6. Які клітини містяться в субодонтобластному шарі? Їхня функція.
7. Які клітини розташовані в центральному шарі пульпи? Їхня функція.
8. Якими артеріями здійснюється кровопостачання пульпи, чим іннервується пульпа?
9. Функції пульпи.
10. Які волокна містяться у пульпі?
11. Відмінності в будові коронкової і кореневої пульпи.
12. Що таке первинний, вторинний дентин?
13. Що таке третинний та прозорий дентин?
14. Вікові зміни пульпи.
15. Що таке дентиклі?
16. Як поділяються дентиклі за розташуванням?
17. Як поділяються дентиклі за генезом і структурою?
18. Причини виникнення дентиклів?
19. На які форми поділяють пульпіти згідно з класифікацією Ю.М. Гофунга?
20. Класифікація пульпітів за Урбанович Л.І., Яворською О.С.

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Пульпа зуба знаходиться в:
 - A. Порожнині рота
 - B. Періодонтальній щілині
 - C. На верхівці кореня зуба
 - D. Порожнині зуба
 - E. На дні каріозної порожнини

2. Кількість шарів у пульпі зуба:
 - A. Один
 - B. Два
 - C. Три
 - D. Чотири
 - E. Немає правильної відповіді

3. Анатомічна верхівка кореня зуба відповідає фізіологічній:
 - A. Через 2 роки після прорізування зуба
 - B. До прорізування зуба
 - C. Ніколи не відповідає фізіологічній
 - D. Після пломбування кореневого каналу
 - E. Безпосередньо після прорізування зуба

4. Основна речовина пульпи – це:
 - A. Глікозоаміноглікани, ліпіди, альбуміни, вода
 - B. Клітинні елементи
 - C. Волокнисті елементи, вода
 - D. Нервові волокна
 - E. Одонтобласти і кровоносні судини

5. Який шар пульпи утворюють одонтобласти?
 - A. Центральний
 - B. Периферійний
 - C. Субодонтобластичний
 - D. Камбіальний
 - E. Верхній

6. Які клітини знаходяться під периферійним шаром пульпи?
 - A. Гістіоцити
 - B. Гістіоцити, одонтобласти
 - C. Пульпоцити зірчастої форми, преодонтобласти
 - D. Одонтобласти
 - E. Перицити і тучні клітини

7. Склад волокнистих елементів пульпи:
 - A. Колагенові та ретикулярні волокна
 - B. Еластичні та колагенові волокна
 - C. Еластичні та ретикулярні волокна
 - D. Не містить волокон
 - E. М'язові волокна

8. Кількість нервових сплетень, які знаходяться в пульпі:
 - A. Один

- В. Два
- С. Три
- Д. Немає
- Е. Чотири

9. Тип васкуляризації пульпи зуба:

- А. Кінцевий
- В. Колатеральний
- С. Мішаний
- Д. Відсутня васкуляризація
- Е. Немає правильної відповіді

10. Третинний дентин складається з:

- А. Звужених і облітерованих дентинних трубочок
- В. Склерозованих дентинних трубочок
- С. Дентинних трубочок і колагенових волокон
- Д. Колагенових волокон
- Е. Хаотично розміщених дентинних трубочок і колагенових фібрил, слабкої мінералізації

11. Томсові волокна – це відростки:

- А. Перицитів
- В. Плазмоцитів
- С. Одонтобластів
- Д. Макрофагів
- Е. Зірчатих клітин

12. Як поділяються дентиклі за розташуванням?

- А. Вільнолежачі, пристінкові, облітеруючі, внутрішньо-канальні
- В. Коронкові, вільнолежачі, облітеруючі, внутрішньо-канальні
- С. Вільнолежачі, пристінкові, облітеруючі, інтерстиціальні
- Д. Коронкові, пристінкові, облітеруючі, інтерстиціальні
- Е. Коронкові і кореневі.

13. У пульповій камері розрізняють:

- А. Дах, кути, дно
- В. Дах, дно, бокові стінки
- С. Кути, дно, бокові стінки, дах
- Д. Довжину, висоту, ширину
- Е. Висоту і ширину.

14. Які три шари клітин розрізняють у пульпі?

- А. Шар одонтобластів, шар лейкоцитів, шар еритроцитів
- В. Шар нейтрофілів, шар амелобластів, шар нейтрофілів
- С. Шар одонтобластів, субодонтобластичний, шар еритроцитів
- Д. Шар одонтобластів, субодонтобластичний, центральний шар
- Е. Шар лейкоцитів і нейтрофілів.

15. Який шар пульпи складається із диференційованих клітин грушовидної форми, розміщених у 2-4 ряди, які щільно прилягають один до одного, тісно контактують між собою через десмосомні структури:

- А. Субодонтобластний
- В. Одонтобластний

- C. Центральний
- D. Основний
- E. Периферійний

16. Із віком пульпа:

- A. Зменшується в об'ємі
- B. Знижується репаративна та неенергетична функціональна активність і кількість клітин
- C. Збільшується вміст волокнистих структур
- D. Все вищевказане
- E. Збільшуєть в об'ємі

17. Який шар пульпи складається з дрібних малодиференційованих зірчастих клітин, від тіла яких відходять численні відростки, що тісно переплітаються між собою?

- A. Центральний
- B. Зовнішній
- C. Периферійний
- D. Субодонтобластний
- E. Одонтобластний

18. Які клітини пульпи регулюють трофічну функцію та регенеруючу здатність дентину?

- A. Макрофаги
- B. Одонтобласти
- C. Ретикулоцити
- D. Субодонтобласти
- E. Плазматичні клітини

19. Якою рідиною заповнені дентинні трубочки?

- A. Зубним ліквором
- B. Плазмою
- C. Лімфою
- D. Зубною лімфою
- E. Кров'ю

20. Якої функції не виконує пульпа?

- A. Трофічної
- B. Пластичної
- C. Видільної
- D. Регенераторної
- E. Захисної

21. Збільшення яких елементів спостерігається у пульпі з віком?

- A. Одонтобластів
- B. Волокнистих елементів
- C. Гістіоцитів
- D. Ендотеліоцитів
- E. Лімфоцитів

22. Дентиклі – це різновид:

- A. Первинного дентину
- B. Вторинного дентину
- C. Третинного дентину
- D. Прозорого дентину

Е. Одонтобластів

23. Третинний дентин утворюється:

- А. У результаті відкладення перитубулярного дентину
- В. У відповідь на дію подразнюючих факторів
- С. У процесі формування і прорізування зубів
- Д. У процесі життєдіяльності
- Е. При патологічному стиранні зубів

24. Пульпа зуба містить волокна:

- А. Еластичні і оксаталанові
- В. Ретикулярні і еластичні
- С. Колагенові і еластичні
- Д. Еластичні
- Е. Колагенові і ретикулярні

25. Волокна Корфа розташовані в:

- А. Центральному шарі клітин пульпи
- В. Основному шарі клітин пульпи
- С. Входять у дентинний каналець і доходять до емалево-дентинної межі
- Д. Периферійному шарі, у міжклітинних щілинах
- Е. Шарі Вейля

Основна література

- 7. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколишина) – Т. 1.– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.
- 8. Терапевтична стоматологія: Підручник. – У 4 томах / М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін.– К.: Здоров'я, 2004.– Т.2.– 400 с.
- 9. Мельничук Г.М., Рожко М.М. Практична одонтологія. Курс лекцій із карієсу та некаріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту. Навчальний посібник. Вид. 2-ге, доповнене.– Івано-Франківськ, 2007.– 292 с.

Додаткова література

- 1. Терапевтическая стоматология: Учебн. Пособие /Под ред. проф. Л.А.Дмитриевой. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 896 с.
- 2. Хельвиг Э., Климек Й., Аттин Т. Терапевтическая стоматология.– Львов: ГалДент, 1999.– 409 с.
- 3. Зельтцер С., Бендер И. Пульпа зуба. М.: „Медицина”, 1971. – 224 с.
- 4. Апокин А.Д., Кутяев А.С. Анатомия зубов и эндодонтический доступ. Ярославль: Издатель А. Рутман, 2008. – 120 с.

Практичне заняття № 21

Тема: Гострі форми пульпіту. Етіологія, патогенез, патоморфологія, клініка і диференційна діагностика

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Загальна симптоматика гострих форм пульпітів.
2. Патогенез гострих форм пульпітів.
3. Шляхи проникнення інфекції в пульпу зуба.
4. Що таке гіперемія пульпи? Скарги пацієнта при гіперемії пульпи. Прогноз захворювання.
5. Об'єктивне обстеження, патологоанатомічні зміни та диференційна діагностика гіперемії пульпи.
6. Суб'єктивні та об'єктивні дані при гострому вогнищевому пульпіті.
7. Патологоанатомічні дані та диференційна діагностика гострого вогнищевого пульпіту.
8. Скарги пацієнта при гострому дифузному пульпіті.
9. В які ділянки може іррадіювати біль при гострому дифузному пульпіті?
10. Об'єктивне обстеження пацієнта з гострим дифузним пульпітом. Патологоанатомічні зміни.
11. Диференційна діагностика гострого дифузного пульпіту.
12. Скарги пацієнта при гострому гнійному пульпіті.
13. Об'єктивні дані при гострому гнійному пульпіті. Патологоанатомічні зміни.
14. Провести диференційну діагностику гострого гнійного пульпіту з гострим вогнищевим пульпітом.
15. Провести диференційну діагностику гострого гнійного пульпіту з гострим дифузним пульпітом.
16. Провести диференційну діагностику гострого гнійного пульпіту з загостренням хронічного пульпіту, залишковим пульпітом.
17. Провести диференційну діагностику гострого гнійного пульпіту з гострим періодонтитом, загостренням хронічного періодонтиту, альвеолітом, невралгією, запаленням верхньощелепової пазухи.
18. Клініка гострого травматичного пульпіту

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Хвора В., 22 роки, скаржитья на самовільний, приступоподібний біль у 26, тривалість приступів близько 20 хв., виникають 3-4 рази за добу, переважно в нічний час. Зуб раніше не лікувався. При огляді каріозна порожнина на жувальній поверхні 26 зуба, не сполучається з порожниною зуба. При зондуванні біль у зоні проекції рога пульпи, на дію температурного подразника виникає різкий біль, що не проходить після його усунення, перкусія зуба безболісна, регіональні лімфовузли не пальпуються. Поставте діагноз.
 - A. Гострий гнійний пульпіт
 - B. Гострий глибокий карієс
 - C. Гострий серозний пульпіт
 - D. Гострий вогнищевий пульпіт
 - E. Загострення хронічного пульпіту
2. Хворий К., 35 р., скаржитья на самовільний гострий приступоподібний біль у 25 зубі, що триває до 30 хвилин, вночі посилюється, світлі проміжки до трьох годин. Біль виникає та посилюється при дії термічних і механічних подразників. Об'єктивно: на жувальній поверхні 25 зуба глибока каріозна порожнина, дентин дна і стінок розм'якшений, пульпова камера закрита, зондування різко болюче в одній точці в місці проекції рогу пульпи, термодіагностика болісна. ЕОД – 25 мкА. Встановіть діагноз.
 - A. Пульпіт, ускладнений фокальним періодонтитом
 - B. Гострий гнійний пульпіт

- C. Загострення хронічного періодонтиту
- D. Гострий обмежений (частковий) пульпіт
- E. Гострий дифузний пульпіт

3. Чоловік М., 27 років, звернувся зі скаргами на сильний пульсуючий біль на поверхні щелепи ліворуч, який розповсюджується в скроню та виличну кістку. При полосканні порожнини рота холодною водою біль зменшується. При огляді виявлена глибока каріозна порожнина в 27 зубі. Зондування дна каріозної порожнини і перкусія 27 зуба – болісні. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гострий обмежений пульпіт
- B. Гострий гнійний пульпіт
- C. Гострий дифузний пульпіт
- D. Гострий серозний періодонтит
- E. Пульпіт, ускладнений періодонтитом

4. Хворого А., протягом 2-х днів турбує самовільний, приступоподібний, нічний, іррадіючий по гілках трійчастого нерва біль, з короткими безболісними проміжками. На основі скарг хворого визначте попередній діагноз:

- A. Гіперемія пульпи
- B. Гострий частковий пульпіт
- C. Гострий загальний пульпіт
- D. Гострий гнійний пульпіт
- E. Гострий глибокий карієс

5. Які болі характерні для гіперемії пульпи?

- A. Ниючий постійний біль
- B. Біль в зубі при накушуванні
- C. Біль від хімічних подразників
- D. Біль при зміні атмосферного тиску
- E. Самовільний „блискавичний” біль

6. Які болі характерні для гострого вогнищового пульпіту?

- A. Ниючий нічний біль
- B. Самовільний біль, який продовжується до 30 хвилин з тривалими інтермісіями
- C. Самовільний біль, який продовжується кілька годин з короткими інтермісіями
- D. Ниючий біль, який посилюється при накушуванні
- E. Безперервний, наростаючий, що підсилюється від тепла біль

7. Які болі характерні для гострого дифузного пульпіту?

- A. Самовільний, приступоподібний, іррадіючий з короткими інтермісіями
- B. Самовільний, приступоподібний нічний біль, що посилюється при накушуванні
- C. Безперервний, іррадіючий біль, посилення болю від тепла, біль при накушуванні
- D. Самовільний нічний біль, що посилюється в горизонтальному положенні, з тривалими безбольовими проміжками
- E. Самовільний приступоподібний біль при зміні температури зовнішнього середовища

8. Які болі характерні для гострого гнійного пульпіту?

- A. Самовільний, приступоподібний, нічний біль з тривалими інтермісіями
- B. Самовільний, приступоподібний біль пульсуючого характеру, наростаючий, зменшується від холоду
- C. Самовільні, приступоподібні болі з короткими інтермісіями, іррадіючі по ходу гілок трійчастого нерва, що збільшуються від тепла

- D. Самовільні болі, які посилюються при накушуванні і в нічний час
- E. Самовільні, пульсуючі болі, що посилюються від кислого і солодкого

9. Які зміни на рентгенограмі виявляються при гострому загальному пульпіті?

- A. Розширення періодонтальної щілини
- B. Розширення кісткової тканини в ділянці верхівки кореня з чіткими контурами
- C. Розширення кісткової тканини біля верхівки кореня з нечіткими контурами
- D. Немає змін
- E. Гіпермінералізація кісткової тканини біля верхівки кореня

10. Як реагує зуб на перкусію при гострому гнійному пульпіті?

- A. Безболісна перкусія
- B. Перкусія різко болюча і викликає приступ болю з іррадіацією
- C. Перкусія слабоболісна
- D. Різкий біль при горизонтальній перкусії
- E. Різкий біль при вертикальній перкусії

11. Які рентгенологічні зміни у періодонті та кістці при гострому частковому пульпіті?

- A. Розширення періодонтальної щілини
- B. Посилення малюнку кістки
- C. Поява осередку розрідження в кістці
- D. Немає змін
- E. Звуження періодонтальної щілини

12. Як реагує зуб на холодний подразник при гіперемії пульпи?

- A. Не реагує
- B. Викликає ниючий біль протягом 1-2 хвилин
- C. Викликає приступ болю до 30 хвилин
- D. Викликає приступ болю до 1 години
- E. Викликає приступ болю до кількох годин

13. Як реагує зуб на холодний подразник при гострому частковому пульпіті?

- A. Не реагує
- B. Викликає ниючий біль, що відразу зникає після усунення подразника
- C. Викликає приступ болю до 2 годин
- D. Викликає іррадіюючий біль
- E. Викликає приступ болю чи його посилення, що зберігається тривалий час після усунення подразника

14. Як реагує зуб на холодний подразник при гострому гнійному пульпіті?

- A. Не реагує
- B. Викликає посилення болю
- C. Біль зменшується
- D. Викликає біль до кількох годин
- E. Біль відразу проходить після дії подразника

15. Як реагує зуб на перкусію при гострому частковому пульпіті?

- A. Болісна перкусія
- B. Болісна вертикальна перкусія
- C. Безболісна перкусія
- D. Різко болісна перкусія
- E. Болісна горизонтальна перкусія

16. Хворий скаржиться на тривалі больові напади у зубах нижньої щелепи зліва протягом доби. Біль іррадіює у вухо і потилицю, а також посилюється при вживанні холодної та гарячої їжі. Об'єктивно: в 36 на медіальній поверхні глибока каріозна порожнина. Зондування болісне по всьому дну і викликає напад болю. Перкусія незначно болісна. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Гострий дифузний пульпіт
- B. Гострий глибокий карієс
- C. Хронічний конкрементозний пульпіт
- D. Гострий обмежений пульпіт
- E. Гострий гнійний пульпіт

Основна література

1. Мельничук Г.М., Рожко М.М. Практична одонтологія. Курс лекцій із карієсу та некаріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту. Навчальний посібник. Вид. 2-ге, доповнене.– Івано-Франківськ, 2007.– 292 с.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник. – У 4 томах / М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін.– К.: Здоров'я, 2004.– Т.2.– 400 с.

Додаткова література

1. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколишина) – Т. 1.– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.
2. Хельвіг Э., Климак Й., Аттин Т. Терапевтическая стоматология.– Львов: ГалДент, 1999.– 409 с.
3. Беєр Р. Ілюстрований довідник з ендодонтії / Рудольф Беєр, Міхаель А. Бауман, Андрей М. Кельбаса ; Пер. з нім. ; За ред. Є.О. Волкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 240 с.

Практичне заняття № 22

Тема: Хронічні форми пульпіту. Етіологія, патогенез, патоморфологія, клініка і диференційна діагностика.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Які загальні клінічні ознаки хронічних форм пульпітів?
2. Які характерні ознаки для ранньої форми хронічного фіброзного пульпіту?
3. Які ознаки характерні для пізньої форми хронічного фіброзного пульпіту?
4. Які суб'єктивні та об'єктивні дані при хронічному фіброзному пульпіті?
5. Проведіть диференційну діагностику хронічного фіброзного пульпіту.
6. Форми хронічного гіпертрофічного пульпіту. Суб'єктивні дані.
7. Об'єктивні дані та патанатомічні зміни при хронічному гіпертрофічному пульпіту.
8. Диференційна діагностика хронічного гіпертрофічного пульпіту.
9. Хронічний гангренозний пульпіт. Суб'єктивні дані.
10. Об'єктивні дані та патанатомічні зміни при хронічному гангренозному пульпіті.

11. Диференційна діагностика хронічного гангренозного пульпіту.
12. Клініка конкрементозного пульпіту.
13. Диференційна діагностика конкрементозного пульпіту.
14. Суб'єктивні та об'єктивні дані при загостренні хронічного пульпіту.
15. Пульпіт ускладнений гострим серозним періодонтитом. Клінічні та рентгенологічні ознаки.
16. Пульпіт ускладнений хронічним періодонтитом та загостреним хронічним періодонтитом. Клінічні та рентгенологічні ознаки.

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Хворий К., скаржиться на періодичний довготривалий біль у 26, що виникає від термічних, хімічних, механічних подразників, при зміні температури навколишнього середовища, відчуття дискомфорту. В анамнезі: зуб пломбований з приводу глибокого карієсу, пломба випала рік тому. Об'єктивно: глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба в ділянці передньощічного рогу пульпи, перкусія безболісна, при зондуванні відзначається незначний біль у перфорованій точці та кровотеча. ЕОД – 50 мкА, термодіагностика болісна, біль триває деякий час. Поставте діагноз.
 - А. Хронічний фіброзний періодонтит
 - В. Гострий глибокий карієс
 - С. Некроз пульпи
 - Д. Хронічний простий пульпіт
 - Е. Хронічний глибокий карієс
2. Хворий К., скаржиться на періодичний тривалий біль в 16 зубі, що виникає при прийомі холодної їжі. В анамнезі: зуб пломбований з приводу глибокого карієсу, пломба випала місяць тому. Об'єктивно: глибока каріозна порожнина, що не сполучається з порожниною зуба, перкусія безболісна, зондування болісне по всьому дну каріозної порожнини, ЕОД– 45 мкА, термодіагностика болісна, довготривала. Поставте діагноз.
 - А. Хронічний фіброзний періодонтит
 - В. Хронічний глибокий карієс
 - С. Хронічний простий пульпіт
 - Д. Гострий глибокий карієс
 - Е. Некроз пульпи
3. Хворий Д., скаржиться на неприємні відчуття та кровотечу з зуба під час прийому їжі. Каріозна порожнина 36 з'явилася давно, за допомогою хворий не звертався, під час нічного болю приймав анальгетики. Об'єктивно: в 36 глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба. В каріозній порожнині - розростання грануляційної тканини. Перкусія, пальпація, зондування безболісне, термодіагностика чутлива. ЕОД – 30 мкА. Поставте діагноз.
 - А. Хронічний гранулюючий періодонтит
 - В. Хронічний гранулематозний періодонтит
 - С. Хронічний гіпертрофічний пульпіт
 - Д. Хронічний маргінальний періодонтит
 - Е. Хронічний гіпертрофічний папіліт
4. Хворий А., 28 років, скаржиться на довготривалий, ниючий біль у 37 при вживанні гарячої їжі. При огляді 37 змінений в кольорі, на жувальній поверхні глибока каріозна порожнина, яка сполучається з порожниною зуба, дентин дна та стінок розм'якшений.

Поверхнєве зондування в перфораційній точці безболісне, коронкова пульпа сіро-чорного кольору, відчувається неприємний запах. Глибоке зондування кореневої пульпи болюче, перкусія чутлива, ЕОД – 80 мкА. Поставте діагноз.

- A. Хронічний фіброзний пульпіт
- B. Хронічний гіпертрофічний пульпіт
- C. Загострення хронічного пульпіту
- D. Хронічний гангренозний пульпіт
- E. Хронічний фіброзний періодонтит

5. Хворий А., 45 років, скаржиться на ниючий, тривалий біль у 46, який з'являється під дією температурних і хімічних подразників. Півроку тому спостерігався приступоподібний, мимовільний біль. За медичною допомогою не звертався. При огляді в 46 на жувальній поверхні глибока каріозна порожнина, дентин дна та стінок розм'якшений. Зондування болісне, порожнина зуба закрита. При вживанні холодної води з'являється повільно наростаючий ниючий біль. Поставте діагноз.

- A. Хронічний простий (фіброзний) пульпіт
- B. Гострий глибокий карієс
- C. Хронічний глибокий карієс
- D. Хронічний гангренозний пульпіт
- E. Хронічний фіброзний періодонтит

6. Хворий С., 28 років, скаржиться на самовільний, сильний, пульсуючий біль на нижній щелепі зліва, який іррадіює в ділянку вуха, скроні, посилюється від гарячого, дещо зменшується від холодного подразника. При огляді в 36 – глибока каріозна порожнина, дентин розм'якшений, при зондуванні сталася перфорація порожнини зуба, з'явилась крапля гною з домішкою крові, інтенсивність болю знизилась. Поставте діагноз.

- A. Гострий гнійний пульпіт
- B. Гострий частковий пульпіт
- C. Гострий загальний серозний пульпіт
- D. Загострення хронічного пульпіту
- E. Гострий глибокий карієс

7. Хворий А., 20 р. скаржиться на біль та кровотечу в зубі на нижній щелепі зліва при вживанні твердої їжі. Об'єктивно: на медіально-жувальній поверхні 36 зуба велика каріозна порожнина, виповнена грануляційною тканиною, зондування викликає кровотечу та біль в ділянці сполучення каріозної порожнини з пульповою камерою. Перкусія безболісна. ЕОД – 40 мкА. Встановіть діагноз.

- A. Хронічний гангренозний пульпіт
- B. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт
- C. Гіпертрофічний папіліт
- D. Хронічний гіпертрофічний пульпіт
- E. Фіброматоз ясен

8. У пацієнтки А., 34 роки, після зняття коронки з метою зміни конструкції протеза, в 46 у каріозній порожнині виявлена грануляційна тканина. При зондуванні під грануляційною тканиною виявлено сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба, при цьому виникла кровотеча та незначна болючість. Реакція на холодний подразник слабо болюча, на рентгенограмі у періапикальних тканинах 46 змін немає. Ясна блідо-рожеві, вологі. Результатом якого захворювання стало вrostання грануляційної тканини в каріозну порожнину?

- A. Розростання грануляційної тканини з перфораційного отвору по біфуркації коренів 46
- B. Загострення хронічного простого пульпіту

- C. Хронічний гіпертрофічний пульпіт
- D. Гіпертрофія ясенного сосочка
- E. Гранулюючий періодонтит

9. Хвора, 25 років, скаржиться на ниючий біль у зубі на верхній щелепі зліва та кровотечу, що виникає при жуванні твердої їжі. При огляді в 26 зубі глибока каріозна порожнина, заповнена грануляційною тканиною. Остання легко кровоточить при зондуванні. Перкусія – безболісна. ЕОД – 40 мкА. Поставте діагноз.

- A. Поліп ясен
- B. Хронічний фіброзний пульпіт
- C. Грануляції з ділянки біфуркації
- D. Гіпертрофічний гінгівіт
- E. Хронічний гіпертрофічний пульпіт

10. Чоловік 27 років скаржиться на тривалий ниючий біль у 15 зубі під час їжі, особливо холодної. Іноді відзначає біль при зміні температури навколишнього середовища. Об'єктивно: у 15 зубі на дистальній поверхні каріозна порожнина, заповнена розм'якшеним дентином. При зондуванні по дну каріозної порожнини відзначається біль. Електростимуляція пульпи – 35 мкА. Який найбільш імовірний діагноз при даній клінічній ситуації?

- A. Гострий середній карієс
- B. Гострий глибокий карієс
- C. Хронічний простий пульпіт
- D. Гіперемія пульпи
- E. Хронічний пульпіт, ускладнений періодонтитом

11. Які болі характерні для хронічного простого пульпіту?

- A. Мимовільні, іррадіюючі болі
- B. Мимовільні, пульсуючі болі
- C. Ниючі, причинного характеру, що повільно затихають після усунення подразника
- D. Приступоподібні нічні болі, болі, що посилюються при накушуванні
- E. Болі від теплових подразників, зміни температури

12. Біль від гарячого, у попередньо лікованому з приводу пульпіту зубі, можливий у разі:

- A. Перфорації дна порожнини зуба
- B. Виведенні пломбувального матеріалу за верхівку
- C. Неповної невротизації чи видалення пульпи
- D. Завищеної пломби
- E. Зламу інструмента в каналі

13. Як реагує зуб на перкусію при хронічному простому пульпіті?

- A. Перкусія різкоболісна
- B. Перкусія слабоболісна
- C. Болісна горизонтальна перкусія
- D. Болісна вертикальна перкусія
- E. Безболісна перкусія

14. Як реагує зуб на перкусію при хронічному гіпертрофічному пульпіті?

- A. Не реагує
- B. Слабоболісна перкусія
- C. Різкоболісна перкусія
- D. Перкусія викликає приступ болю

Е. Болісна горизонтальна перкусія

15. Вкажіть межу електрозбудливості пульпи з некрозом коронкової та кореневої пульпи:

- A. 20-30 мкА
- B. 50-70 мкА
- C. 30-60 мкА
- D. 70-80 мкА
- E. більше 100 мкА

16. Які болі характерні для конкрементозного пульпіту?

- A. Болі при зміні температури, болі при накушуванні
- B. Самовільні, приступоподібні болі з інтермісіями, що посилюються від холодного
- C. Біль при різких рухах, польотах в літаку, інколи з іррадіацією
- D. Біль при накушуванні, іррадіючий по гілках трійчастого нерва, постійний
- E. Нічний, ниючий, приступоподібний біль, який зменшується від теплого

17. Як реагує зуб на холодний подразник при хронічному простому пульпіті?

- A. Викликає приступ болю, який продовжується годинами
- B. Зуб не реагує
- C. Біль відразу зникає після ліквідації подразника
- D. З'являється тупий ниючий біль до 5 – 10 хв
- E. З'являється приступоподібний, пульсуючий біль

18. Як реагує зуб на термічні подразники при хронічному гангренозному пульпіті?

- A. З'являється приступоподібний, іррадіючий біль
- B. Реакція відсутня
- C. Біль підсилюється від холодного
- D. Біль підсилюється від гарячого
- E. З'являється пульсуючий нічний біль

19. Болі, які характерні для хронічного гангренозного пульпіту:

- A. Мимовільний, приступоподібний нічний біль
- B. Болі, іррадіючі по гілках трійчастого нерва, з короткими інтермісіями
- C. Болі від теплових подразників, що продовжуються після їх усунення, біль при зміні температури
- D. Самовільні приступоподібні болі з тривалими інтермісіями, що посилюються вночі
- E. Болі при накушуванні, іррадіючі по гілках трійчастого нерва

20. . Хворий А., 45 років, скаржиться на сильний біль у 46, який з'являється під дією температурних і хімічних подразників. При огляді: в 46 на жувальній поверхні глибока каріозна порожнина, дентин дна та стінок розм'якшений. Зондування дна болісне, порожнина зуба закрита. Реакція на холод – короткотривалий больовий приступ. Поставте діагноз.

- A. Хронічний простий (фіброзний) пульпіт
- B. Гострий глибокий карієс
- C. Хронічний глибокий карієс
- D. Хронічний гангренозний пульпіт
- E. Хронічний фіброзний періодонтит

Основна література

1. Мельничук Г.М., Рожко М.М. Практична одонтологія. Курс лекцій із карієсу та некаріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту. Навчальний посібник. Вид. 4-ге, доповнене.– Івано-Франківськ, 2011.– 336 с.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник. – У 4 томах / М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін.– К.: Здоров'я, 2004.– Т.2.– 400 с.
3. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколишина) – Т. 1.– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.

Додаткова література

1. Терапевтическая стоматология: Учебн. пособие /Под ред. проф. Л.А.Дмитриевой. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 896 с.
2. Хельвиг Э., Климек Й., Аттин Т. Терапевтическая стоматология.– Львов: ГалДент, 1999.– 409 с.
3. Беєр Р. Ілюстрований довідник з ендодонтії / Рудольф Беєр, Міхаель А. Бауман, Андрей М. Кельбаса ; Пер. з нім. ; За ред. Є.О. Волкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 240 с.

Практичне заняття № 23

Тема: Систематика методів лікування пульпітів. Методи повного, часткового збереження пульпи, покази, ефективність, можливі ускладнення. Характеристика медикаментних засобів.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Які особливості будови пульпи?
2. Які етіологічні і патогенетичні механізми розвитку пульпіту?
3. Яка загальна симптоматика гіперемії пульпи?
4. Клінічна картина гострого обмеженого пульпіту?
5. Особливості клініки гострого травматичного пульпіту?
6. Чим керується лікар при виборі методу лікування пульпіту?
7. У чому суть біологічного методу лікування пульпіту?
8. Захисна функція пульпи.
9. Диференційна діагностика гіперемії пульпи та гострого вогнищового пульпіту.
10. Які клінічні методи обстеження застосовують для визначення стану пульпи?
11. Шляхи проникнення інфекції в пульпу.
12. Метод часткового збереження пульпи. Покази, проти покази, клінічна ефективність, прогноз.
13. Види знеболення при лікуванні пульпітів.
14. Обґрунтування вибору методу лікування хворих із захворюванням пульпи.
15. Пасти, які застосовують при лікуванні хворих із захворюванням пульпи.

Орієнтовані тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Хворий В., 16 років, скаржиться на наявність каріозної порожнини та виникнення самовільного короткочасного (блискавичного) болю, який триває 1-2 хвилини. Об'єктивно: глибока каріозна порожнина, виповнена тонким шаром світлого розм'якшеного дентину. При зондуванні – відчуття неприємного тиску по дну каріозної порожнини та болісність у проекції рогів пульпи. Ваш діагноз:

- A. Гострий травматичний пульпіт
- B. Гіперемія пульпи
- C. Гострий гнійний пульпіт
- D. Гострий обмежений пульпіт
- E. Гострий дифузний пульпіт

2. При препаруванні каріозної порожнини у хворого з діагнозом: гострий глибокий карієс 44 зуба, під час проведення некректомії екскаватором, на дні порожнини з'явилася маленька крапля крові. Встановіть діагноз:

- A. Гострий травматичний пульпіт
- B. Гострий обмежений пульпіт
- C. Гіперемія пульпи
- D. Хронічний простий пульпіт
- E. Гострий гнійний пульпіт

3. Пацієнт В-ко, 39 років, скаржиться на сильний біль від холодного, іноді – при потраплянні їжі в каріозну порожнину. Об'єктивно: на жувальній поверхні 36 зуба наявна глибока каріозна порожнина. Після часткової некректомії виявлено, що ріг пульпи вкритий тонким шаром розм'якшеного дентину. Подальше препарування є небезпечним через можливість відкриття пульпи. Перкусія – безболісна. Виберіть оптимальний план подальшого лікування в даній ситуації:

- A. Вітальна екстирпація
- B. Пряме покриття пульпи
- C. Непряме покриття пульпи
- D. Девітальна екстирпація
- E. Комбінований метод лікування

4. Біологічний метод лікування пульпіту передбачає:

- A. Повне видалення пульпи
- B. Ампутацію коронкової пульпи
- C. Повне збереження коронкової і кореневої пульпи
- D. Екстирпацію пульпи після дії девіталізуючих препаратів
- E. Повне видалення пульпи під анестезією

5. Вказати групу зубів у яких в силу анатомічних особливостей недоцільне застосування ампутаційного методу лікування:

- A. Двокореневі
- B. Однокореневі
- C. Трьохкореневі
- D. Двоканальні
- E. Трьохканальні

6. Назвати метод лікування при гострому вогнищевому пульпіті.

- A. Пульпектомія
- B. Метод повного збереження пульпи
- C. Метод часткового збереження пульпи
- D. Комбінований метод

- Е. Правильна відповідь відсутня
7. В яких випадках можливе використання біологічного методу лікування пульпіту?
- А. У порожнинах III класу за Блеком
 - В. Після лікування методом вітальної екстирпації
 - С. Якщо метод вітальної ампутації не дав позитивного результату
 - Д. У порожнинах IV класу за Блеком
 - Е. У осіб молодого віку при відсутності загальносоматичної патології
8. В яких випадках використовують лікування пульпи методом вітальної ампутації?
- А. В однокореневих зубах
 - В. Після невдалого проведення екстирпації
 - С. У осіб, яким за 30 років
 - Д. Якщо біологічний метод не дав позитивного результату
 - Е. Після застосування миш'яковистої пасту
9. Вкажіть раціональний метод лікування гіперемії пульпи:
- А. Девітальна ампутація
 - В. Девітальна екстирпація
 - С. Вітальна ампутація
 - Д. Вітальна екстирпація
 - Е. Біологічний метод
10. Вкажіть раціональний метод лікування гострого часткового пульпіту в однокореневих зубах:
- А. Девітальна екстирпація
 - В. Девітальна ампутація
 - С. Вітальна екстирпація
 - Д. Вітальна ампутація
 - Е. Біологічний метод
11. Яка паста застосовується для накладання на куску пульпи при вітальній ампутації?
- А. Резорцин-формалінова
 - В. Миш'яковиста
 - С. Параформальдегідна
 - Д. З гідроксидом кальцію
 - Е. Фториста
12. При вітальній ампутації застосовують лікарські речовини, які виявляють:
- А. Муміфікуючу дію
 - В. Імпрегнуючу дію
 - С. Одонтотропну дію
 - Д. Некротизуючу дію
 - Е. Бактеріостатичну дію
13. Якої товщини накладається лікувальна прокладка при гострому частковому пульпіті?
- А. На 2/3 каріозної порожнини
 - В. До емалево-дентинного з'єднання
 - С. На дно порожнини, товщиною 1 мм
 - Д. На дно порожнини, товщиною 3 і більше мм
 - Е. На дно і стінки порожнини

14. На який час накладається лікувальна прокладка при біологічному методі, яка містить кортикостероїди:
- A. На постійно
 - B. На постійно тільки в молочних зубах
 - C. На кілька днів
 - D. На один місяць
 - E. Застосовується постійно тільки в зубах з несформованими коренями
15. Хворому Б-ко, 19 років, було проведено лікування гострого обмеженого пульпіту 27 зуба біологічним методом. Через який термін необхідно проводити оцінку віддаленої ефективності лікування?
- A. 2 тижні
 - B. 3 місяці
 - C. 1 місяць
 - D. 6 місяців
 - E. 12 місяців
16. Який препарат на основі гідроксиду кальцію доцільно застосувати для прямого покриття пульпи у разі лікування пульпіту біологічним методом?
- A. Calcimol LC
 - B. Calcimol
 - C. Life
 - D. Dycal
 - E. Calcicur
17. Під час лікування 46 зуба біологічним методом антисептична обробка не повинна здійснюватися:
- A. 0,05% розчином фурациліну
 - B. 1% розчином йодинолу
 - C. 0,25% розчином мефенаміату натрію
 - D. 0,5% розчином перексиду водню
 - E. 5,2% розчином гіпохлориду натрію
18. Хворий 22 років скаржиться на самовільний короткочасний локалізований біль у 26 зубі впродовж 1 дня. Об'єктивно: в 26 зубі глибока каріозна порожнина першого класу за Блеком, дентин стінок і дна слабо пігментований, розм'якшений, каріозна порожнини не з'єднується з порожниною зуба. Зондування різко болісне в одній точці, реакція на холод болісна, не тривала. Який найдоцільніший метод лікування в даному випадку?
- A. Біологічний метод
 - B. Вітальна ампутація
 - C. Вітальна екстирпація
 - D. Девітальна екстирпація
 - E. Девітальна ампутація
19. Жінка 27 років звернулась до лікаря-стоматолога зі скаргами на гострий біль в ділянці нижньої щелепи справа, які виникають при прийомі їжі. Об'єктивно: на дистально-жувальній поверхні 45 зуба наявна каріозна порожнина, виповнена світлим розм'якшеним дентином. Зондування ледь болісне по всьому дну, перкусія від'ємна. Від холодної води – швидко зникаючий біль. Який із засобів Ви розмістите на дно порожнини?
- A. Кальцидонт
 - B. Миш'яковиста паста
 - C. Паста з вмістом кортикостероїдів і антисептиків

- D. Фосфат цемент
- E. Фосфат-цемент зі сріблом

20. У хворого 23 років на контактній латеральній поверхні 11 зуба виявлена глибока каріозна порожнина. При препаруванні каріозної порожнини випадково перфорована порожнина зуба. ЕОД – 15 мкА. Виберіть оптимальний варіант лікування.

- A. Біологічний метод
- B. Девітальна ампутація
- C. Вітальна екстирпація
- D. Девітальна екстирпація
- E. Вітальна ампутація

21. В яких випадках використовують лікування пульпи методом вітальної ампутації?

- A. В однокорневих зубах
- B. Після невдалого проведення біологічного методу
- C. У осіб, яким більше 30 років
- D. У підлітків при несформованих верхівках постійних зубів
- E. Після застосування миш'яквистої пасти

Основна література

1. Мельничук Г.М., Рожко М.М. Практична одонтологія. Курс лекцій із карієсу та некаріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту. Навчальний посібник. Вид. 4-те, доповнене.– Івано-Франківськ, 2011.– 336 с.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник. – У 4 томах / М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін.– К.: Здоров'я, 2004.– Т.2.– 400 с.

Додаткова література

1. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколишина) – Т. 1.– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.
2. Хельвіг Э., Климек Й., Аттин Т. Терапевтическая стоматология.– Львов: ГалДент, 1999.– 409 с.
3. Беєр Р. Ілюстрований довідник з ендодонтії / Рудольф Беєр, Міхаель А. Бауман, Андрей М. Кельбаса ; Пер. з нім. ; За ред. Є.О. Волкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 240 с.

Практичне заняття № 24

Тема: Метод вітальної екстирпації пульпи, покази, ефективність, можливі ускладнення. Характеристика медикаментних засобів.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Метод вітальної екстирпації. Визначення. Переваги. Недоліки.
2. Покази та протипокази до застосування вітальної екстирпації.
3. Етапи проведення вітальної екстирпації.
4. Методи знеболення та ускладнення після проведення анестезії.

5. Особливості препарування каріозної порожнини при вітальній екстирпації. Етапи. Ознаки правильно відпрепарованої порожнини.
6. Ампутація пульпи. Інструментарій, який використовується при пульпотомії.
7. Кровотеча при пульпотомії. Кровоспинні засоби та методика їх застосування.
8. Екстирпація кореневої пульпи. Інструментарій. Покази та протипокази до повного вилучення пульпи.
9. Інструментальна обробка кореневого каналу. Мета та методи проведення.
10. Особливості та етапи застосування методики „Step-back”
11. Особливості та етапи застосування методики „Crown-down”
12. Медикаментна обробка кореневого каналу. Характеристика медикаментних засобів.
13. Пломбування кореневого каналу. Класифікація пломбувальних матеріалів для корневих каналів. Контроль за якістю пломбування.
14. Покази до двосеансного методу лікування при вітальній екстирпації.
15. Помилки і ускладнення при вітальній екстирпації. Причини виникнення та методи профілактики і усунення.

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Хвора віком 25 років скаржиться на гострий самовільний нападopodobний біль у 46 зубі, який виник добу тому. Біль посилюється вночі. Об'єктивно: на жувальній поверхні 46 зуба є глибока каріозна порожнина, яка не сполучається з порожниною зуба. ЕОД – 25 мкА. Діагноз: гострий обмежений пульпіт 46 зуба. Який метод знеболення найбільш ефективний для проведення лікування пульпіту?
 - A. Аплікаційна анестезія
 - B. Електрознеболення
 - C. Провідникова анестезія
 - D. Інфільтраційна анестезія
 - E. Загальне знеболення

2. Хворому віком 36 років встановлено діагноз – гострий дифузний пульпіт 44 зуба. Пацієнт впродовж останніх 12 років хворіє на цукровий діабет. Прийняте рішення провести лікування 44 зуба методом вітальної екстирпації пульпи. Який анестетик застосувати хворому для проведення провідникової анестезії?
 - A. Новокаїн, 1% розчин
 - B. Артикаїн, 4% розчин
 - C. Октокаїн, 2% розчин
 - D. Лідокаїн, 2% розчин
 - E. Піромекаїн, 2% розчин

3. У хворого віком 34 роки діагностовано гострий гнійний пульпіт 36 зуба. Для проведення вітальної екстирпації проведена інфільтраційна анестезія 4% розчином ультракаїну з адреналіном. Розкриття порожнини зуба було дуже болісне. Яке знеболення необхідно провести для продовження лікування пульпіту?
 - A. Електрознеболення
 - B. Загальне знеболення
 - C. Повторну інфільтраційну анестезію
 - D. Внутрішньопульпову анестезію
 - E. Провідникову анестезію

4. У хворого діагностовано гострий гнійний пульпіт 36 зуба. З метою лікування 36 зуба методом вітальної екстирпації проведена інфільтраційна анестезія 2% розчином ультракаїну з адреналіном. Після проведення анестезії пацієнт почервонів, відчув різкий

біль у ділянці грудей і живота, утруднене дихання, після чого почав тратити свідомість. АТ – 100/50 мм.рт.ст., пульс ниткоподібний, частота дихання 18 за 1 хв. Півроку тому була проведена аналогічна анестезія з приводу лікування карієсу 13 зуба, побічних ефектів не було. Який найбільш імовірний діагноз ускладнення?

- A. Медикаментозний анафілактичний шок
- B. Непритомність унаслідок стресу на проведену маніпуляцію
- C. Травматичний (больовий) шок
- D. Інфаркт міокарда
- E. Непритомність унаслідок больової реакції

5. Хворому віком 46 років після обстеження встановлено діагноз: хронічний конкрементозний пульпіт 27 зуба. На рентгенограмі виявлено, що конкремент знаходиться у коронковій частині порожнини зуба, займає близько 1/4 її об'єму. Виберіть метод лікування.

- A. Вітальна ампутація пульпи
- B. Біологічний метод
- C. Девітальна екстирпація пульпи
- D. Вітальна екстирпація пульпи
- E. Девітальна ампутація пульпи

6. Хворий віком 27 років скаржиться на тривалий біль у 22 зубі від холодного, гарячого, безпричинний біль протягом 30 хв виникає 3-4 рази на добу, посилюється вночі. Біль з'явився 3 доби тому після препарування зуба під пластмасову коронку. Об'єктивно: 22 зуб – температурна проба різко позитивна, провокує напад болю, перкусія безболісна. Яка лікувальна тактика у даному клінічному випадку?

- A. Покриття зуба фторлаком
- B. Біологічний метод лікування пульпіту
- C. Девітальна екстирпація пульпи
- D. Вітальна екстирпація пульпи
- E. Вітальна ампутація пульпи

7. Хворий скаржиться на інтенсивний нападopodobний біль у 47 зубі та у нижній щелепі справа. Біль практично не припиняється. В останні години від холодного біль дещо зменшується. Об'єктивно: на жувально-дистальній поверхні 47 зуба є глибока каріозна порожнина, зондування дна болісне, порожнина зуба закрита. Який метод лікування найбільш показаний?

- A. Вітальна екстирпація пульпи
- B. Комбінований
- C. Девітальна ампутація пульпи
- D. Видалення зуба
- E. Вітальна ампутація пульпи

8. Хворий віком 40 років скаржиться на неприємний запах із 45 зуба, тривалий біль у зубі від гарячого. Об'єктивно: на жувальній поверхні 45 зуба виявлена каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба. Поверхнєве зондування безболісне, глибоке – болюче. Від гарячої води виникає біль. Слизова оболонка в ділянці 44, 45 зубів без змін. Виберіть раціональний метод лікування.

- A. Вітальна ампутація пульпи
- B. Девітальна ампутація пульпи
- C. Видалення зуба
- D. Біологічний метод
- E. Вітальна екстирпація пульпи

9. Яке знеболення пульпи застосовується при лікуванні методом вітальної екстирпації?
- A. Інфільтраційне
 - B. Не застосовується взагалі – накладання миш'яковистої пасти
 - C. Провідникова, двоетапна анестезія за Лук'яненком
 - D. Ендотрахеальний наркоз
 - E. Аплікаційне 10% розчином лідокаїном
10. Принцип роботи апекслокатора ґрунтується на реєстрації:
- A. Різниці вологості дентину та періодонту
 - B. Різниці електричного потенціалу дентину та періодонту
 - C. Зменшення неорганічних речовин в ділянці апекса
 - D. Різниці електропровідності дентину та періодонту
 - E. Різниці рН середовища в ділянці апекса
11. Який з перелічених засобів доцільно використати для розширення погано прохідних кореневих каналів у 26 зубі після проведення вітальної екстирпації.
- A. Alu-Jen Gel
 - B. Jen-Desobturat
 - C. Jen-Relief
 - D. Jen-Line
 - E. Chela-Jen Gel
12. Який бор слід обрати для висікання склепіння пульпової камери при вітальній екстирпації?
- A. Кулястий, або фісурний твердосплавний бор
 - B. Кулястий, або фісурний алмазний бор
 - C. Конусовидний твердосплавний бор
 - D. Зірчастий алмазний бор
 - E. Колесовидний твердосплавний бор
13. Щоб уникнути перфорації стінок та дна порожнини зуба, необхідно:
- A. Постійне оохолодження
 - B. Постійний зоровий контроль
 - C. Препарувати, зменшивши оберти
 - D. Препарувати, збільшивши оберти
 - E. Провести рентгенографію
14. Який етап препарування проводиться перед вітальною ампутацією пульпи?
- A. Розширення вічок корневих каналів
 - B. Некректомія
 - C. Формування додаткової порожнини
 - D. Створення ретенційних пунктів
 - E. Висічення склепіння пульпової камери
15. Який інструмент слід застосувати для видалення залишків коронкової пульпи щоб уникнути перфорації стінок і дна?
- A. Екскаватор
 - B. Пульпоекстрактор
 - C. К-файл
 - D. Кулястий бор
 - E. Гладилку

16. Що необхідно врахувати при препаруванні каріозної порожнини і порожнини зуба для створення доброго візуального контролю ділянки вічок кореневих каналів?

- A. Обрати правильний ендодонтичний інструмент
- B. Стінки каріозної порожнини і порожнини зуба мають бути паралельні
- C. Топографічну анатомію конкретного зуба
- D. Стінки каріозної порожнини повинні плавно переходити у стінки порожнини зуба
- E. Провести контрольну рентгенографію

17. Які препарати слід застосувати для видалення дентинних ошурків із кореневого каналу?

- A. Гіпохлорит натрію та перекис водню
- B. Препарати, що містять ЕДТА
- C. Гіпохлорит натрію та хлоргексидин
- D. Фурацилін та хлоргексидин
- E. Етиловий спирт та гіпохлорит натрію

18. З якою метою проводять контрольну рентгенографію після пломбування кореневих каналів?

- A. Перевірити якість пломбування каналів
- B. Визначити напрямок кореневих каналів
- C. Визначити зміни з боку періодонту
- D. Визначити наявність перфорації
- E. Визначення рентгенологічної верхівки

19. Яка причина зобов'язує лікаря-стоматолога провести лікування пульпіту методом вітальної екстирпації у два відвідування?

- A. Анатомічні особливості конкретного зуба
- B. Останні та перші місяці вагітності
- C. Постійні зуби з незавершеним формуванням коренів
- D. Неможливість зупинити кровотечу з кукси пульпи
- E. Пломбування кореневого каналу скловолоконними штифтами

Основна література:

1. Мельничук Г.М., Рожко М.М. Практична одонтологія. Курс лекцій із карієсу та некаріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту. Навчальний посібник. Вид. 4-те, доповнене.– Івано-Франківськ, 2011.– 336 с.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник. – У 4 томах / М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін.– К.: Здоров'я, 2004.– Т.2.– 400 с.
3. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколишина) – Т. 1.– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.

Додаткова література:

- 1.Терапевтическая стоматология: Учебн. пособие /Под ред. проф. Л.А.Дмитриевой. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 896 с.
- 2.Хельвиг Э., Климек Й., Аттин Т. Терапевтическая стоматология.– Львов: ГалДент, 1999.– 409 с.

3. Беєр Р. Ілюстрований довідник з ендодонтії / Рудольф Беєр, Міхаель А. Бауман, Андрей М. Кельбаса ; Пер. з нім. ; За ред. Є.О. Волкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 240 с.
4. М. А. Смирнова, Т. А. Шпак. Современные технологии в эндодонтии. Атлас-обзор. – СПб., 2007. — 152 с.
5. Джеймс Л. Гутман, Том С. Думша, Пол Э. Ловдэл. Решение проблем в эндодонтии Москва: МЕДпресс-информ, 2008. — 592 с.

Практичне заняття № 25

Тема: Метод девітальної екстирпації пульпи, покази, ефективність, можливі ускладнення, сучасні технології

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Метод девітальної екстирпації. Загальна характеристика. Покази та протипокази.
2. Механізм дії миш'яковистої пасти.
3. Методика накладання миш'яковистої пасти та її прописи.
4. Механізм дії параформальдегіду.
5. Склад параформної пасти, мета та методика застосування. Прописи.
6. Техніка проведення девітальної екстирпації пульпи. Кількість відвідувань. Етапність.
7. Особливості препарування каріозної порожнини під час девітальної екстирпації.
8. Ознаки правильно розкритої порожнини зуба.
9. Ампутація пульпи. Методика проведення.
10. Розширення вічок кореневих каналів. Мета та методика проведення. Інструментарій.
11. Екстирпація кореневої пульпи. Особливості медикаментної та інструментальної обробки кореневих каналів після девіталізації пульпи.
12. Помилки і ускладнення при девітальних методах лікування. Причини виникнення та методи їх усунення.

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Пацієнт віком 72 роки з артеріальною гіпертензією 2 тижні тому переніс гіпертонічний криз. Стоматологом встановлений діагноз хронічний фіброзний пульпіт 37 зуба. Який метод лікування пульпіту доцільно обрати в даному випадку?
 - A. Девітальну екстирпацію пульпи
 - B. Вітальну екстирпацію пульпи
 - C. Вітальну ампутацію пульпи
 - D. Біологічний метод
 - E. Девітальну ампутацію пульпи
2. Хворому віком 46 років з гострим дифузним пульпітом 13 зуба лікар поклав миш'яковисту пасту на болісну ділянку дна каріозної порожнини і заклав її водним дентином. Через 4 год. пацієнт прийшов зі скаргами на нестерпний біль. Назвіть найбільш імовірну причину посилення болю.

- A. Не проведена премедикація
 - B. Передозування миш'яковистої пасти
 - C. Недостатня доза миш'яковистої пасти
 - D. Не відкрита пульпова камера, немає відтоку ексудату
 - E. Не призначені анальгетики
3. В чому полягає суть лікування пульпіту методом девітальної екстирпації?
- A. Видалення коронкової пульпи під анестезією
 - B. Видалення коронкової пульпи після девіталізації
 - C. Використання біологічної пасти
 - D. Видалення всієї пульпи після девіталізації
 - E. Видалення пульпи з добре прохідних каналів
4. Вкажіть найтипніше ускладнення, пов'язане з девіталізацією пульпи.
- A. Отруєння організму
 - B. Демінералізація дентину
 - C. Токсична дія на періодонт
 - D. Алергічна реакція
 - E. Підвищення температури
5. На який термін накладається миш'яковиста паста в молярах?
- A. 7-10 год.
 - B. 12-24 год.
 - C. 48 год.
 - D. 7 днів
 - E. Місяць
6. Який лікарський засіб є антидотом миш'яку?
- A. Унітіол
 - B. Йодоформ
 - C. Камфорофенол
 - D. Сангвіритрин
 - E. Лізоцим
7. Яку дію має миш'якова паста?
- A. Муміфікуючу
 - B. Знеболюючу
 - C. Протимікробну
 - D. Некротизуючу
 - E. Протизапальну
8. Від чого залежить глибина ураження пульпи при накладанні миш'яковистої пасти?
- A. Від часу дії і дози миш'яковистої кислоти
 - B. Від часу дії миш'яковистої пасти
 - C. Від дози миш'яковистої кислоти
 - D. Від величини розкриття склепіння пульпової камери
 - E. Від показників ЕОД
9. Які пасти мають пролонговану муміфікуючу дію?
- A. Пасти на основі резорцину
 - B. Йодоформна паста
 - C. Тимолова паста

- D. Миш'яковиста паста
- E. Параформальдегідна паста „Parapasta”, Девіт С

10. При девітальній екстирпації для правильного накладання некротизуючої пасти необхідно провести препарування твердих тканин. В чому саме полягає препарування?

- A. Створення плавного переходу стінок каріозної порожнини у стінки порожнини зуба
- B. Розширення каріозної порожнини
- C. Формування ретенційних пунктів
- D. Вскритті склепіння пульпової камери в ділянці рогу пульпи
- E. Проведення ощадливої некретомії

11. З якою метою проводять часткове препарування каріозної порожнини і вскриття рогу пульпи при девітальному методі екстирпації?

- A. Збільшення площі адгезії постійного пломбувального матеріалу
- B. Створення доступу до пульпи муміфікуючої пасти
- C. Для ліквідації набряку пульпи
- D. Висікання нежиттєздатних тканин
- E. Для візуального контролю

12. Яка причина виникнення болю після накладання миш'яковистої пасти і герметичної пов'язки?

- A. Посилення набряку пульпи при тугій тампонаді порожнини
- B. Недотримання правил препарування каріозної порожнини
- C. Індивідуальна особливість організму
- D. Порушення правил медикаментозної обробки порожнини
- E. Неправильне накладання миш'яковистої пасти

13. Хворий віком 28 років скаржиться на біль у ділянці 26 зуба. З анамнезу відомо, що пацієнт два дні тому вже звертався до стоматолога з приводу цього зуба. Об'єктивно: каріозна порожнина II класу за Блеком виповнена тимчасовою пломбою, ясенний сосочок у міжзубному проміжку різко болючий, набряклий. При знятті тимчасової пов'язки спостерігається велика ватна кулька, розміщена не тільки у каріозній порожнині, а і у міжзубному проміжку. Який імовірний діагноз?

- A. Токсичний пульпіт
- B. Хронічний верхівковий періодонтит
- C. Папіліт
- D. Пульпіт загострений періодонтитом
- E. Загострення хронічного періодонтиту

14. Жінка, віком 32 років звернулася вдруге до стоматолога зі скаргами на ниючий біль і різку болючість при накушуванні. Дані амбулаторної карточки свідчать, що дві доби тому у 37 зубі було проведено накладання миш'яковистої пасти. Яка ймовірна причина виникнення цих скарг?

- A. Індивідуальна особливість організму
- B. Накладання пасти на невідкритий ріг пульпи
- C. Передозування миш'яковистої пасти, інтоксикація періодонту продуктами розпаду некротизованої пульпи та миш'яком
- D. Непереносимість миш'яковистої пасти
- E. Неповна девіталізація

15. Як запобігти виникненню кровоточивості при девітальній екстирпації і не допустити виведення пульпоексTRACTора за апікальний отвір?

- A. Провести рентгенографію
- B. Правильно підібрати розмір інструменту
- C. Створити добрий візуальний доступ
- D. Точно визначити довжину кореневого каналу
- E. Добре розширити вічка кореневого каналу

16. Яку дію має параформальдегідна паста?

- A. Муміфікуючу дію
- B. Некротизуючу дію
- C. Бактерицидну дію
- D. Знеболюючу дію
- E. Антисептичну дію

17. Що необхідно зробити при девітальній екстирпації для доступу муміфікуючої пасти до пульпи зуба?

- A. Зняти повністю склепіння пульпової камери
- B. Створити плавний перехід стінок каріозної порожнини у порожнину зуба
- C. Дотримуватись правил препарування
- D. Створити додаткову площину у каріозній порожнині
- E. Вскрити склепіння пульпової камери у ділянці рогу пульпи

18. Яку кількість та на який термін слід накладати миш'яковисту пасту для девіталізації пульпи 32 зуба?

- A. 0,0006-0,0008 г на 48 год.
- B. 0,0006-0,0008 г на 24 год.
- C. 0,00012-0,00018 г на 24 год.
- D. 0,00012-0,00018 г на 48 год.
- E. 0,0001-0,0003 г на 48 год.

19. Яку кількість та на який термін слід накладати миш'яковисту пасту для девіталізації пульпи 27 зуба?

- A. 0,0006-0,0008 г на 24 год.
- B. 0,0006-0,0008 г на 48 год.
- C. 0,00012-0,00018 г на 24 год.
- D. 0,00012-0,00018 г на 48 год.
- E. 0,0001-0,0003 г на 48 год.

20. Яку кількість та на який термін слід накладати параформальдегідну пасту для муміфікації пульпи 13 зуба?

- A. Кількість, яка відповідає головці кулястого бору №3 на 6-7 діб
- B. Кількість, яка відповідає головці кулястого бору №9 на 10-14 діб
- C. Кількість, яка відповідає головці кулястого бору №1 на 6-7 діб
- D. Кількість, яка відповідає головці кулястого бору №1 на 10-14 діб
- E. Кількість, яка відповідає головці кулястого бору №9 на 6-7 діб

21. Яку кількість та на який термін слід накладати параформальдегідну пасту для муміфікації пульпи 46 зуба?

- A. Кількість, яка відповідає головці кулястого бору №9 на 6-7 діб
- B. Кількість, яка відповідає головці кулястого бору №9 на 10-14 діб
- C. Кількість, яка відповідає головці кулястого бору №1 на 6-7 діб
- D. Кількість, яка відповідає головці кулястого бору №1 на 10-14 діб
- E. Кількість, яка відповідає головці кулястого бору №3 на 6-7 діб

Основна література:

1. Мельничук Г.М., Рожко М.М. Практична одонтологія. Курс лекцій із карієсу та некаріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту. Навчальний посібник. Вид. 4-те, доповнене.– Івано-Франківськ, 2011.– 336 с.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник. – У 4 томах / М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін.– К.: Здоров'я, 2004.– Т.2.– 400 с.
3. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколишина) – Т. 1.– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.

Додаткова література:

- 1.Терапевтическая стоматология: Учебн. пособие /Под ред. проф. Л.А.Дмитриевой. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 896 с.
- 2.Хельвиг Э., Климек Й., Аттин Т. Терапевтическая стоматология.– Львов: ГалДент, 1999.– 409 с.
- 3.Беср Р. Ілюстрований довідник з ендодонтії / Рудольф Беср, Міхаель А. Бауман, Андрей М. Кельбаса ; Пер. з нім. За ред. Є.О. Волкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 240 с.
- 4.М. А. Смирнова, Т. А. Шпак. Современные технологии в эндодонтии. Атлас-обзор. – СПб., 2007. — 152 с.
- 5.Джеймс Л. Гутман, Том С. Думша, Пол Э. Ловдэл. Решение проблем в эндодонтии Москва: МЕДпресс-информ, 2008. — 592 с.

Практичне заняття №26

Тема: Особливості механічної та медикаментної обробки корневих каналів при лікуванні пульпітів.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Вказати ендодонтичний інструментарій, який застосовується для механічної обробки корневих каналів.
2. Яка мета інструментальної обробки корневих каналів?
3. На які дві великі групи можна розділити методи інструментальної обробки корневих каналів і які методики відносяться до цих груп?
4. Що таке техніка „step-back” або „крок назад”? Методика проведення.
5. Що таке техніка „crown-down” або „крок донизу”? Методика проведення.
6. Описати методи визначення довжини кореневого каналу.
7. Вимоги до лікарських речовин, які застосовують при медикаментній обробці корневих каналів.
8. Перелік препаратів, які застосовуються для промивання корневих каналів при пульпітах. Механізм дії.
9. Перелік препаратів, які застосовуються для лікувальних пов'язок при терапії пульпіту. Покази. Механізм дії.
10. Етапи проведення апікально-коронкової обробки кореневого каналу.

11. Етапи проведення коронково-апикальної обробки кореневого каналу.

Практичне заняття №27

Тема: Пломбування корневих каналів, методики, матеріали

1. Вимоги до матеріалів, які застосовуються для пломбування корневих каналів.
2. Що таке філери і силери, їх види та роль у пломбуванні кореневого каналу. Недоліки ендогерметиків.
3. Пломбування кореневого каналу пластичними пломбувальними матеріалами.
4. Пломбування кореневого каналу штифтами в комбінації з силером.
5. Пломбування кореневого каналу гутаперчею.
6. Метод центрального штифта, або одного конуса.
7. Секційний метод пломбування гутаперчею.
8. Холодна та гаряча латеральна конденсація гутаперчі. Інструментарій. Методики застосування.
9. Вертикальна конденсація гарячої гутаперчі. Етапи проведення.
10. Пломбування кореневого каналу термопластифікованою гутаперчею (система „Thermaphil”). Методика пломбування.

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Засіб для хімічного методу розширення корневих каналів.
А. Резорцин-формалінова суміш
В. Нітрат срібла
С. Етилендіамітетраоцтова кислота
D. Формалін
Е. 2% хлорамін
2. Який засіб використовується для зупинки кровотечі з кореневого каналу?
А. Хлорамін
В. Евгенол
С. Капрофер
D. Дімедрол
Е. Унітіол
3. Який інструмент потрібен для видалення некротизованої пульпи?
А. Дрильбор
В. Пульпоекстрактор
С. Рашпіль
D. Коренева голка
Е. Розвертка
4. Пульпоекстрактор у кореновому каналі для екстирпації пульпи повертаємо:
А. Тільки на 90°
В. Повертаємо 1-2 рази
С. До появи значного зусилля при повертанні
D. Не повертаємо зовсім
Е. До того часу, поки він не припинить повертатися
5. У широких корневих каналах для екстирпації пульпи можна застосовувати:

- A. Дрильбори
- B. Кореневі бурави
- C. Два і більше кореневих рашпелів
- D. Два і більше пульпоекстрактори
- E. Розвертку

6. Якими ендодонтичними інструментами проводиться рими́нг кореневих каналів?

- A. H-файлами
- B. K-римерами, K-файлами
- C. A-файлами
- D. Бором типу Gates-Glidden
- E. Буравами

7. Які медикаментні речовини використовують для розширення кореневого каналу?

- A. Препарати нітрофуранового ряду
- B. Препарати на основі ЕДТА
- C. Препарати окислювальної дії
- D. Хлорвмісні препарати
- E. Препарати коагулюючої дії

8. Хворому віком 36 років встановлено діагноз гострий дифузний пульпіт 45 зуба. Проведено препарування, екстирпація пульпи, механічне та медикаментозне опрацювання кореневих каналів. На яку довжину слід провести пломбування кореневого каналу?

- A. До рентгенологічної верхівки
- B. До анатомічної верхівки
- C. До фізіологічної верхівки
- D. За верхівку
- E. На 3/5 довжини кореневого каналу

9. Під час лікування гострого обмеженого пульпіту методом вітальної екстирпації лікар визначив, що 25 зуб має широкий прямий канал. На яку довжину слід провести пломбування кореневого каналу?

- A. До фізіологічного звуження кореня
- B. До рентгенологічної верхівки кореня
- C. Виведення матеріалу за рентгенологічну верхівку на 1 мм.
- D. Пломбування каналу, не доходячи 3 мм до верхівки кореня
- E. Пломбування каналу на 3/5 його довжини

10. Хворому віком 36 років з діагнозом хронічного фіброзного пульпіту 17 зуба проведені препарування, екстирпація пульпи, інструментальне та медикаментозне опрацювання каналів. На яку довжину слід провести пломбування кореневого каналу?

- A. Не доходячи 0,3 см до рентгенологічної верхівки
- B. До рентгенологічної верхівки
- C. За верхівку
- D. До анатомічної верхівки
- E. Не доходячи 0,1 см до рентгенологічної верхівки

11. Який механізм дії 5% гіпохлориту натрію при медикаментній обробці кореневого каналу?

- A. Протизапальна дія
- B. Кровоспинна дія
- C. Розріджує екссудат

- D. Розчиняє органічні залишки і має бактеріоцидну дію
- E. Знеболююча дія

12. Які кровоспинні препарати доцільно застосовувати для зупинки кровотечі після ампутації пульпи?

- A. Гліназол 1,0%, метрогіл 0,5%, крезофен-ендотин
- B. Перекис водню 3%, Алустин, Капролін, р-н амінокапронової кислоти
- C. Трипсин, хімотрипсин, стрептоміцин, гентиміцин
- D. Гіпохлорит натрію 1-5%, паркан 3%, хлорамін
- E. Хлорофіліпт, настоянка шавлії, звіробою

13. Які препарати здатні розмити органічні залишки та продукти розпаду пульпи у корневих каналах, додаткових каналах і у дельтоподібних розгалужень?

- A. Препарати на основі ЕДТА („Largal Ultra”, „Canal-plus”, „Verifix”)
- B. Перекис водню 3%, Пластин, Капролін
- C. Трипсин, хімотрипсин, стрептоміцин
- D. Хлорофіліпт 1%, сальвін 1%
- E. Дексаметазон, пара хлорфенол, тимол

14. Який фізіотерапевтичний метод можна застосовувати для зупинки кровотечі?

- A. Струми Дарсонваля
- B. Депофорез
- C. Діатермокоагуляцію
- D. УВЧ-терапію
- E. Магнітотерапію

15. Який інструмент необхідно використати для евакуації (рекапітуляції) з кореневого каналу ошурків дентину та органічних залишків?

- A. Застосовують довший на 2 мм файл
- B. Застосовують на два розміри менший файл
- C. Застосовують на один розміри більший файл
- D. Застосовують на два розміри більший файл
- E. Повертаються до попереднього меншого розміру файлу

16. На стінках кореневого каналу залишились нерівності і уступи. Який інструмент необхідно обрати для проведення „файлінгу”?

- A. Файл Хедстрома
- B. Файл на один розмір більший
- C. Римери різного розміру
- D. Інструменти типу Gates-Clidden, Peeso
- E. Спредери

17. Яку форму слід надати кореневому каналу застосовуючи файлінг і римінг?

- A. Довільну
- B. Циліндричну
- C. Розширену у апікальній ділянці
- D. Звужену в вічковій частині
- E. Конусовидну

18. З якою метою застосовують інструмент найменшого діаметру – мастер-файл?

- A. Розширення кореневого каналу
- B. Згладжування та формування стінок кореневого каналу

- C. Контроль за робочою довжиною кореневого каналу
- D. Проходження кореневого каналу
- E. Розширення апікального звуження

19. Яка приблизна послідовність застосування інструментів для проходження та розширення корневих каналів при „апікально-коронковій” механічній обробці?

- A. № 25-15-20-10-15-10
- B. № 10-15-20-25-30
- C. № 30-25-20-15-10
- D. № 10-15-10-20-15-25
- E. № 30-10-25-15-20

20. Яка приблизна послідовність застосування інструментів для проходження та розширення корневих каналів при „коронково-апікальній” механічній обробці?

- A. № 10-15-20-25-30
- B. № 10-15-10-20-15-25
- C. № 30-10-25-15-20
- D. № 35-30-25-20-15-10
- E. № 25-15-20-10-15-10

Основна література:

1. Мельничук Г.М., Рожко М.М. Практична одонтологія. Курс лекцій із карієсу та некаріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту. Навчальний посібник. Вид. 4-те, доповнене.– Івано-Франківськ, 2011.– 336 с.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник. – У 4 томах / М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін.– К.: Здоров'я, 2004.– Т.2.– 400 с.
3. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколишина) – Т. 1.– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.

Додаткова література:

- 1.Терапевтическая стоматология: Учебн. пособие /Под ред. проф. Л.А.Дмитриевой. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 896 с.
- 2.Хельвиг Э., Климек Й., Аттин Т. Терапевтическая стоматология.– Львов: ГалДент, 1999.– 409 с.
- 3.Беср Р. Ілюстрований довідник з ендодонтії / Рудольф Беср, Міхаель А. Бауман, Андрей М. Кельбаса ; Пер. з нім. За ред. Є.О. Волкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 240 с.
- 4.М. А. Смирнова, Т. А. Шпак. Современные технологии в эндодонтии. Атлас-обзор. – СПб., 2007. — 152 с.
- 5.Джеймс Л. Гутман, Том С. Думша, Пол Э. Ловдэл. Решение проблем в эндодонтии Москва: МЕДпресс-информ, 2008. — 592 с.
- 6.Тронстад Лейф. Клиническая эндодонтия. Пер. с англ. Под ред. проф. Т. Ф. Виноградовой. – Москва:МЕДпресс-информ, 2006. — 288 с.

Перелік теоретичних питань

для підготовки студентів до контролю засвоєння матеріалу змістового модуля № 3.

1. Що таке пульпа зуба? Де вона розташована?
2. Скільки шарів клітин виділяють в пульпі?
3. Які клітини розташовані в периферійному, проміжному, центральному шарах пульпи? Їхня функція.

4. Якими артеріями здійснюється кровопостачання пульпи, чим іннервується пульпа?
5. Функції пульпи.
6. Волоконні елементи пульпи.
7. Відмінності в будові коронкової і кореневої пульпи.
8. Що таке первинний, вторинний дентин?
9. Що таке третинний та прозорий дентин?
10. Вікові зміни пульпи.
11. Що таке дентиклі? Причини виникнення дентиклів.
12. Як поділяються дентиклі за розташуванням, генезом і структурою?
13. Класифікація пульпітів за Яворською О.С., Урбанович Л.І.
14. Загальна симптоматика гострих форм пульпітів.
15. Шляхи проникнення інфекції в пульпу зуба. Патогенез гострих форм пульпітів.
16. Гіперемія пульпи. Клінічна картина. Патологоанатомічні зміни та диференційна діагностика. Лікування. Прогноз захворювання.
17. Гострий вогнищевий пульпіт. Клінічна картина. Патологоанатомічні зміни та диференційна діагностика. Лікування. Прогноз захворювання.
18. Гострий дифузний пульпіт. Клінічна картина. Патологоанатомічні зміни та диференційна діагностика. Лікування. Прогноз захворювання.
19. Гострий гнійний пульпіт. Клінічна картина. Патологоанатомічні зміни та диференційна діагностика. Лікування. Прогноз захворювання.
20. Диференційна діагностика гострих вогнищового, дифузного та гнійного пульпітів.
21. Етіологія та клінічна картина гострого травматичного пульпіту. Лікування. Прогноз.
22. Які загальні клінічні ознаки хронічних форм пульпітів?
23. Хронічний фіброзний пульпіт. Патологоанатомічні зміни. Клінічна картина. Диференційна діагностика. Лікування.
24. Хронічний гіпертрофічний пульпіт. Патологоанатомічні зміни. Клінічна картина. Диференційна діагностика. Лікування.
25. Хронічний гангренозний пульпіт. Патологоанатомічні зміни. Клінічна картина. Диференційна діагностика. Лікування.
26. Конкрементозний пульпіт. Патологоанатомічні зміни. Клінічна картина. Диференційна діагностика. Лікування.
27. Загострення хронічного пульпіту. Патологоанатомічні зміни. Клінічна картина. Диференційна діагностика. Лікування.
28. Пульпіт ускладнений перифокальним періодонтитом. Патологоанатомічні зміни. Клінічна картина. Диференційна діагностика. Лікування.
29. Види знеболання при лікуванні пульпітів, ускладнення після проведення анестезії.
30. Обґрунтування вибору методу лікування хворих із захворюванням пульпи.
31. У чому суть біологічного методу лікування пульпіту? Показання та протипоказання.
32. Препарати для біологічного лікування захворювань пульпи.
33. Вітальна екстирпація. Визначення. Переваги. Недоліки.
34. Покази та протипокази до застосування вітальної екстирпації.
35. Етапи проведення вітальної екстирпації. Інструментарій, використовувані препарати.
36. Інструментальна обробка кореневого каналу. Мета та методи проведення.
37. Медикаментна обробка кореневого каналу. Характеристика медикаментних засобів.
38. Пломбування кореневого каналу. Класифікація пломбувальних матеріалів для корневих каналів. Контроль за якістю пломбування.
39. Покази до одно- та двосеансного методу лікування при вітальній екстирпації.
40. Помилки і ускладнення при вітальній екстирпації. Причина виникнення та методи усунення.
41. Метод девітальної екстирпації. Загальна характеристика. Покази та протипокази.
42. Девіталізуючі засоби. Механізм дії. Методики застосування.

43. Техніка проведення девітальної екстирпації пульпи. Кількість відвідувань. Етапність. Особливості медикаментної та інструментальної обробки кореневих каналів після девіталізації пульпи.
44. Помилки і ускладнення при девітальних методах лікування. Причини виникнення та методи їх усунення.
45. Вказати ендодонтичний інструментарій, який застосовується для механічної обробки кореневих каналів.
46. Яка ціль інструментальної обробки кореневих каналів?
47. Що таке техніка „step-back” або „крок назад”? Методика проведення.
48. Що таке техніка „crown-down” або „крок донизу”? Методика проведення.
49. Описати методи визначення довжини кореневого каналу.
50. Вимоги до лікарських речовин, які застосовують при медикаментній обробці кореневих каналів.
51. Перелік препаратів, які застосовуються для промивання кореневих каналів при пульпітах. Механізм дії.
52. Перелік препаратів, які застосовуються для лікувальних пов'язок при терапії пульпіту. Покази. Механізм дії.
53. Вимоги до матеріалів, які застосовуються при пломбуванні кореневих каналів.
54. Що таке філери і силери, їх види та роль у пломбуванні кореневого каналу. Недоліки ендодерметиків.
55. Пломбування кореневого каналу пластичними пломбувальними матеріалами.
56. Пломбування кореневого каналу штифтами в комбінації з силером.
57. Пломбування кореневого каналу гутаперчею.
58. Метод центрального штифта, або одного конуса.
59. Секційний метод пломбування гутаперчею.
60. Холодна та гаряча латеральна конденсація гутаперчі. Інструментарій. Методики застосування.
61. Вертикальна конденсація гарячої гутаперчі. Етапи проведення.
62. Пломбування кореневого каналу термопластифікованою гутаперчею (система „Thermaphil”). Методика проведення.

Практичне заняття № 28

Тема: Анатомо-фізіологічна характеристика періодонта. Етіологія та патогенез періодонтитів. Класифікації патології пародонту.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Анатомо-фізіологічна характеристика періодонту.
2. Гістологічна будова періодонту.
3. Клітинні елементи періодонту
4. Види та розташування волокон періодонту
5. Функції періодонту
6. Інервація та кровопостачання періодонту
7. Етіологічні фактори виникнення періодонтитів.
8. Патогенез гострого періодонтиту.
9. Етіологія та патогенез токсичних періодонтитів
10. Етіологія та патогенез травматичних періодонтитів
11. Класифікація періодонтиту за локалізацією запального процесу.
12. Класифікації гострих форм періодонтиту.

13. Класифікації хронічних форм періодонтиту.

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Товщина періодонту становить:

- A. 0,1 – 0,2 мм
- B. 0,15 – 0,25 мм
- C. 0,25 – 0,35 мм
- D. 0,35 – 0,5 мм
- E. 0,5 – 0,75 мм

2. Яких клітин у періодонті немає?

- A. Епітеліальних
- B. Лаброцитів
- C. Гістіоцитів
- D. Одонтобластів
- E. Остеобластів

3. Які клітини, що знаходяться у періодонті, приймають участь у лізисі кісткової тканини?

- A. Фібробласти
- B. Тканинні базофіли
- C. Остеобласти
- D. Макрофаги
- E. Остеокласти

4. Клітини періодонту, відповідальні за специфічний клітинний імунітет, це:

- A. Макрофаги
- B. Фагоцити
- C. Т-лімфоцити
- D. В-лімфоцити
- E. Лаброцити

5. Епітеліальні клітини Маляссе в періодонті походять:

- A. З емалевого органа
- B. З зубного мішечка
- C. З зубного сосочка
- D. З врослого у періодонт епітелію ясен
- E. Потрапляють у періодонт з кровотоком.

6. Яка функція не притаманна періодонтові?

- A. Трофічна
- B. Пластична
- C. Сенсорна
- D. Захисна
- E. Секреторна

7. Періодонтальна щілина – це простір:

- A. Між слизовою оболонкою ясен і цементом кореня зуба
- B. Між дентином кореня зуба і цементом
- C. Між слизовою оболонкою ясен і кістковою стінкою альвеоли
- D. Між цементом кореня зуба і кістковою стінкою альвеоли

Е. Між дентином кореня і кістковою стінкою альвеоли

8. У патогенезі гострого серозного періодонтиту переважають процеси:

- А. Ексудації
- В. Альтерації
- С. Проліферації
- Д. Сенсibiliзації
- Е. Некрозу

9. У патогенезі хронічного гранулюючого періодонтиту переважають процеси:

- А. Ексудації
- В. Альтерації
- С. Проліферації
- Д. Сенсibiliзації
- Е. Некрозу

10. Який напрямок мають колагенові волокна, розташовані у періодонті?

- А. П-подібний
- В. Прямий
- С. S-подібний
- Д. Y-подібний
- Е. Паралельний осі зуба

11. З яких волокон складається I. circulare dentis?

- А. Ретикулярних
- В. Колагенових
- С. Еластичних
- Д. Окситаланових
- Е. Аргірофільних

12. Яка функція окситаланових волокон у періодонті?

- А. Забезпечення трофіки періодонта
- В. Забезпечення амортизуючої функції
- С. Забезпечення прикріплення кровоносних судин
- Д. Забезпечення регенерації періодонта
- Е. Забезпечення прикріплення нервів

13. Якою артерією здійснюється кровопостачання періодонту?

- А. Зовнішня сонна артерія
- В. Язикова артерія
- С. Підчочномкова артерія
- Д. Кутова артерія
- Е. Верхня і нижня коміркова артерія

14. Яких клітин у періодонті найбільше?

- А. Фібробластів
- В. Плазмоцитів
- С. Лейкоцитів
- Д. Тканинних базofilів
- Е. Моноцитів

15. Яку функцію виконують фібробласти?

- A. Утворення основної речовини і колагенових волокон
- B. Беруть участь у імунних реакціях
- C. Утворюють ретикулярні волокна
- D. Депонують біологічно активні речовини
- E. Активують синтез простагландинів

16. Яку функцію виконують плазмоцити?

- A. Трофічну
- B. Регенераторну
- C. Захисну
- D. Сенсорну
- E. Секреторну

Основна література:

1. Мельничук Г.М., Рожко М.М. Практична одонтологія. Курс лекцій із карієсу та некаріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту. Навчальний посібник. Вид. 4-те, доповнене.– Івано-Франківськ, 2011.– 336 с.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник. – У 4 томах / М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін.– К.: Здоров'я, 2004.– Т.2.– 400 с.
3. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколишина) – Т. 1.– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.

Додаткова література

1. Гістіологія та ембріогенез органів ротової порожнини: Навч. посібник для студентів стомат. ф-тів вищих мед. навч. закладів. У 3-х частинах.– Ч. 3 /О.І. Дельцова, Ю.Б. Чайковський, С.Б. Геращенко.– Івано-Франківськ, 2001.– 38 с.

Практичне заняття № 29

Тема: Гострі верхівкові періодонтити. Етіологія, патогенез, патоморфологія, клініка і диференційна діагностика.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Етіологічні фактори виникнення гострих періодонтитів.
2. Патогенез гострих періодонтитів.
3. Патоморфологічна характеристика змін при гострому серозному періодонтиті
4. Клінічна картина гострого серозного періодонтиту.
5. Диференційна діагностика гострого серозного періодонтиту та гострого вогнищового пульпіту
6. Диференційна діагностика гострого серозного періодонтиту та гострого гнійного періодонтиту.
7. Патоморфологічна характеристика змін при гострому гнійному періодонтиті
8. Клінічна картина гострого гнійного періодонтиту

9. Диференційна діагностика гострого гнійного періодонтиту та загострення хронічного періодонтиту.
10. Диференційна діагностика гострого гнійного періодонтиту та періоститу, остеомієліту.
11. Диференційна діагностика гострого гнійного періодонтиту та гострого гнійного пульпіту.
12. Диференційна діагностика гострого гнійного періодонтиту та гаймориту
13. Ускладнення гострих періодонтитів
14. Дані додаткових методів обстеження при гострому періодонтиті.

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Хворий звернувся зі скаргами на ниючий біль, що посилюється при дотику до зуба на нижній щелепі зліва, відчуття вирослого зуба. Раніше був самовільний гострий біль, що посилювався від холодного. Рентгенологічних змін не виявлено. Який найбільш вірогідний діагноз?
 - A. Гострий гнійний пульпіт
 - B. Загострення хронічного періодонтиту
 - C. Гострий серозний періодонтит
 - D. Гострий гнійний періодонтит
 - E. Загострення хронічного пульпіту

2. Постійні болі локалізованого характеру. Порожнина зуба відкрита, заповнена залишками їжі. Зондування вічок кореневих каналів не болюче. Перкусія болюча. Пальпація слизової в ділянці верхівки кореня болюча. Електроодонтодіагностика: зуб реагує на струм 100 мкА. Рентгенографія – біля верхівки кореня змін немає. Поставте діагноз.
 - A. Гострий дифузний пульпіт
 - B. Гострий верхівковий серозний періодонтит
 - C. Хронічний верхівковий фіброзний періодонтит
 - D. Хронічний верхівковий гранулематозний періодонтит
 - E. Гострий верхівковий гнійний періодонтит

3. Постійні інтенсивні болі в 25 зубі. В 25 зубі – каріозна порожнина, зуб рухомий. Ясна в ділянці 25 зуба гіперемійовані, набряклі. Перкусія зуба болюча. Регіонарний лімфаденіт. Електроодонтодіагностика – 100 мкА. Рентгенологічно: змін в навколореновій ділянці немає. Поставте діагноз.
 - A. Гострий гнійний періодонтит
 - B. Хронічний гранулюючий періодонтит
 - C. Загострення хронічного гранулюючого Рт
 - D. Гострий гнійний періодонтит щелепи
 - E. Гострий серозний періодонтит

4. Рентгенологічна картина при гострому гнійному періодонтиті:
 - A. Розширення періодонтальної щілини
 - B. Деформація періодонтальної щілини у вигляді нерівномірного її потовщення з чіткими рівними краями
 - C. Секвестрація
 - D. Контури періодонтальної щілини у вигляді вузької рівномірної смужки
 - E. Деструкція кісткової тканини неправильної форми з нечіткими краями

5. Встановлено діагноз – гострий верхівковий гнійний періодонтит 14 зуба. Яка невідкладна допомога?

- A. Ін'єкція в перехідну складку лінкоміцину
- B. Внутрішньоканальний електрофорез з антибіотиками та анестетиками
- C. Заапикальна терапія протеолітичними ферментами під герметичну пов'язку
- D. Депофорез кальцію-міді
- E. Створення відтоку ексудату

6. З яким захворюванням проводимо диференційну діагностику гострого верхівкового гнійного періодонтиту?

- A. Із загостренням хронічного верхівкового періодонтиту
- B. Із хронічним пульпітом, лімфаденітом
- C. З гострим глибоким карієсом, абсцедуючою формою пародонтиту
- D. З гнійною одонтогенною кистою, з гострим глибоким карієсом
- E. Із загостренням хронічного верхівкового періодонтиту, гострим гнійним періоститом

7. Яка клінічна картина характерна для гострого гнійного періодонтиту?

- A. Скарги відсутні. В зубі – велика каріозна порожнина. Порожнина зуба відкрита, зуб на перкусію не реагує
- B. В зубі – велика каріозна порожнина. Перкусія різко болюча. По перехідній складці в ділянці причинного зуба – нориця
- C. Скарги відсутні. Зуб інтактний, змінений в кольорі. Перкусія не болюча. При пальпації в проекції верхівки кореня невелике безболісне потовщення
- D. В зубі глибока каріозна порожнина, заповнена розм'якшеним дентином. Зондування різко болюче в одній точці. Перкусія не болюча
- E. В зубі – каріозна порожнина, порожнина закрита, зондування не болюче. Скарги на гострий безперервний біль пульсуючого характеру, іррадіація по ходу гілок трійчастого нерва. Відчуття вирослого зуба, біль при доторкуванні до зуба, виражені загальні симптоми

8. Які шляхи руху ексудату при гострому серозному періодонтиті?

- A. Через кореневий канал
- B. Через кістково-мозкові простори альвеолярного паростка від окістя
- C. В товщу щелепної кістки, по періодонтальній щілині
- D. Через кореневий канал і по періодонтальній щілині
- E. Через кореневий канал, по періодонтальній щілині, через кістково-мозкові простори, внутрішню компактну пластинку альвеоли

9. У хворого з гострим верхівковим періодонтитом відзначається біль у зубі та набряк нижньої половини обличчя на стороні хворого зуба. Який механізм розвитку набряку є провідним при даному захворюванні?

- A. Порушення трофічної функції нервової системи
- B. Гіпопротеїнемія
- C. Підвищення продукції оксидостерону
- D. Порушення нервової регуляції водного обміну
- E. Порушення мікроциркуляції в осередку ураження

10. Хворий 62 роки, з'явився для видалення 35 зуба з приводу гострого гнійного періодонтиту. Вкажіть кращий метод периферійної провідникової анестезії.

- A. Позаротова мандибулярна
- B. Плексуальна
- C. Торусальна
- D. Інфільтраційна

Е. Ментальна

11. Хворий А., 25 років, скаржиться на ниючий постійний біль в 45, який виник 2 дні тому. Біль підсилюється при накушуванні на зуб. Лімфовузли не пальпуються. Перехідна складка без змін. В 45 на медіальній поверхні каріозна порожнина з'єднується з порожниною зуба, зондування не болюче, реакція на температурні подразники відсутня. На рентгенограмі періодонтальна щілина без змін. Встановіть найбільш вірогідний діагноз?

- А. Гострий серозний періодонтит
- В. Гострий гнійний періодонтит
- С. Загострення хронічного фіброзного періодонтиту
- Д. Загострення хронічного грануломатозного періодонтиту
- Е. Загострення хронічного гранулюючого періодонтиту

12. Хворий В., 19 років, скаржиться на постійний біль в 22 зубі, який підсилюється при накушуванні на зуб, відчуття „вирослого” зуба, набряк верхньої губи. В анамнезі хворий відзначає травму верхньої щелепи. Об-но: 22 зуб інтактний. Вертикальна перкусія різко болісна. Верхня губа набрякла, перехідна складка в обл. 22 зуба почервоніла, болюча при пальпації. Який ще метод обстеження необхідно провести для встановлення діагнозу?

- А. Транслюмінацію
- В. ЕОД
- С. Реодентографію
- Д. Рентгенографію
- Е. Термометрію

13. Хворий 33 років, скаржиться на інтенсивний пульсуючий біль, що триває три доби. Каріозна порожнина у 26 не сполучається з порожниною зуба, зондування безболісне, зуб рухомий, перкусія різко болісна у всіх напрямках, слизова оболонка в ділянці 26 набрякла. На рентгенівському знімку зміни в тканинах періодонту немає. Поставте найбільш ймовірний діагноз.

- А. Гострий гнійний пульпіт
- В. Гострий серозний періодонтит
- С. Гострий гнійний періодонтит
- Д. Загострення хронічного пульпіту
- Е. Загострення хронічного періодонтиту

14. Жінка 28 років звернулась зі скаргами на постійні болі в 34 зубі, що посилюються при накушуванні. Чотири дні тому в 34 була залишена мыш'яковиста паста. Своєчасно на прийом пацієнтка не з'явилась. При об'єктивному обстеженні встановлено: на дистально-жувальній поверхні 34 – герметична повязка, перкусія різко болюча. Яка найбільш раціональна лікувальна тактика у даному випадку?

- А. Видаляють дентинну повязку, назначають електрофорез з антидотом миш'яку по перехідній складці
- В. Антидот миш'яку залишають під герметичною повязкою в каріозній порожнині
- С. Промивають антидотом кореневий канал, зуб залишають відкритим
- Д. Промивають антидотом і пломбують кореневий канал
- Е. Видаляють дентинну повязку, екстирпують пульпу, антидот миш'яку залишають у кореновому каналі під герметичною повязкою

15. Хворий 34 років скаржиться на інтенсивний, рвучий, пульсуючий біль в ділянці 17, який з'явився вперше і продовжується 4-ту добу. Перкусія різко болюча у будь-якому напрямку, зуб рухомий, слизова оболонка в ділянці 17 гіперемійована, набрякла,

пальпація перехідної складки в проекції верхівки кореня болюча. Рентгенологічних змін не виявлено. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Гострий гнійний пульпіт
- B. Гострий серозний періодонтит
- C. Загострення хронічного періодонтиту
- D. Гострий гнійний періодонтит
- E. Гострий локалізований пародонтит

16. Хвора В. 30 років скаржиться на гострий біль в 36, особливо при накусанні на зуб. 4 доби тому в 36 була накладена миш'якова паста, вчасно до лікаря хвора не з'явилась. При огляді в 36 пов'язка збереглась, реакція на холодний подразник відсутня. Рентгенограма без змін в періодонті. Який з препаратів найбільш ефективний для ліквідації ускладнення?

- A. Унітіол
- B. Хлоргексидин
- C. Хлорамін
- D. Гіпохлорид натрію
- E. Фурацилін

17. Пацієнт 25 років скаржиться на постійний локалізований біль 36, що посилюється при накушуванні і доторканні до зуба. Об'єктивно: перкусія болюча, зуб в кольорі не змінений, є постійна пломба. На рентгенограмі змін немає. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гострий серозний періодонтит
- B. Гострий гнійний періодонтит
- C. Загострення хронічного періодонтиту
- D. Хронічний гранулюючий періодонтит
- E. Хронічний гранулематозний періодонтит

18. Хворому С., 36 р. поставлено діагноз: „Гострий гнійний періодонтит 45”. Проведено препарування, механічну та медикаментозну обробку кореневого каналу. Як необхідно провести пломбування кореневого каналу?

- A. До фізіологічної верхівки
- B. До анатомічної верхівки
- C. До рентгенологічної верхівки
- D. За верхівку
- E. Немає правильної відповіді

19. Який засіб буде найоптимальнішим для медикаментної обробки кореневого каналу при діагнозі „Гострий гнійний періодонтит”?

- A. 1% йодинол
- B. 4% хлорамін
- C. 0,2% хлоргексидин
- D. 2% гіпохлорит натрію
- E. 5,2% гіпохлорит натрію

20. Який метод обстеження при диференційній діагностиці гострого гнійного періодонтиту дозволить поставити діагноз гострий гнійний періодонтит?

- A. Перкусія
- B. Зондування
- C. Пальпація
- D. Визначення рухомості зуба
- E. Рентгенографія

Основна література

1. Терапевтична стоматологія: Підручник у чотирьох томах /М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун, Л.Ф. Сідельнікова, О.Ф. Несин.– К.: Здоров'я, 2004.– Т. 2.– 400 с.
2. Терапевтична стоматологія у двох томах /За ред. проф.. А.К. Ніколішина.– Т.1.– С. 303-307.
3. Г.М. Мельничук, М.М. Рожко. Практична одонтологія: Курс лекцій із карієсу та не каріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту.– 2007.

Додаткова література

- 1.Терапевтическая стоматология: Учебн. пособие /Под ред. Проф. Л.А. Дмитриевой.– М.: МЕДпресс-информ, 2003.– 896 с.
- 2.Хельвиг Э., Климек Й., Аттин Т. Терапевтическая стоматология: пер. с нем. /Под. ред. проф. А.М. Политун, проф. И.И. Смоляр.– Львов: ГалДент, 1999.– 409 с.
- 3.Сай В.Г., Кузів С.П., Пасько О.О. Періодонтити.– Львів, 2003.– 200 с.

Практичне заняття № 30

Тема: Хронічні верхівкові періодонтити. Етіологія, патогенез, патоморфологія, клініка і диференційна діагностика.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Клінічна картина хронічного фіброзного періодонтиту.
2. Етіологічні чинники виникнення хронічного верхівкового періодонтиту.
3. Класифікація періодонтиту.
4. Які основні методи дослідження необхідно провести для діагностики хронічних форм періодонтиту?
5. Назвіть додаткові методи обстеження, які необхідні для диференційної діагностики хронічних форм періодонтиту?
6. Клінічна картина хронічного фіброзного періодонтиту.
7. Клінічна картина хронічного гранулюючого періодонтиту.
8. Клінічна картина хронічного гранульоматозного періодонтиту.
9. Патогенез хронічного запального процесу в періодонті.
10. Рентгендіагностика хронічних верхівкових періодонтитів.
11. Диференційна діагностика хронічних періодонтитів.
12. Які показники ЕОД характерні для хронічних форм періодонтиту?
13. Симптомокомплекс, характерний для гранулюючого періодонтиту.

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Скарги хворого при хронічному верхівковому гранулюючому періодонтиті:

- A. Постійні пульсуючі болі
- B. Сильні болі при накушуванні і доторканні до зуба
- C. Короточасні пульсуючі болі
- D. Іноді неприємні відчуття в зубі та нюючий біль
- E. Відсутність больових відчуттів

2. У 35 зубі пломба. Болі відсутні. Перкусія від'ємна. Рентгенографічно: розширення періодонтальної щілини в ділянці верхівки кореня 35 зуба. Діагноз:

- A. Хронічний верхівковий фіброзний періодонтит
- B. Хронічний верхівковий гранульоматозний періодонтит
- C. Хронічний верхівковий гранулюючий періодонтит
- D. Залишковий пульпіт
- E. Хронічний фіброзний пульпіт

3. Хвора Я. скаржиться на появу нориці в ділянці 45 зуба, дискомфорт при накушуванні на зуб. З анамнезу: нориця періодично з'являлася та зникала. Об'єктивно: у 45 зубі пломба, зуб змінений у кольорі, перкусія слабо позитивна. На прицільній рентгенограмі в ділянці верхівки кореня 45 зуба спостерігається вогнище диффузного просвітлення з нечіткими контурами у вигляді „язиків полум'я”. Поставте діагноз:

- A. Хронічний фіброзний періодонтит
- B. Загострення хронічного пульпіту
- C. Хронічний гранулюючий періодонтит
- D. Хронічний гранульоматозний періодонтит
- E. Гострий верхівковий періодонтит

4. В проекції верхівки кореня визначається потовщення, болоче при пальпації. Перкусія – від'ємна, порожнина зуба відкрита, зондування безболісне. Рентгенографічно: в ділянці верхівки кореня вогнище деструкції кістки розміром 5х6 мм з чітко обмеженими контурами. Діагноз:

- A. Хронічний гранульоматозний періодонтит
- B. Хронічний фіброзний періодонтит
- C. Хронічний гранулюючий періодонтит
- D. Хронічний фіброзний пульпіт
- E. Залишковий пульпіт

5. Рентгенологічна картина при хронічному фіброзному періодонтиті:

- A. Деформація періодонтальної щілини у вигляді нерівномірного її потовщення
- B. Конттури періодонтальної щілини у вигляді вузької рівномірної смужки
- C. Деструкція кісткової тканини неправильної форми з нечіткими контурами
- D. Секвестрація
- E. Деструкція кісткової тканини правильної форми з чіткими контурами

6. Рентгенологічна картина при хронічному гранульоматозному періодонтиті:

- A. Деструкція кісткової тканини правильної форми з чіткими контурами
- B. Деформація періодонтальної щілини у вигляді нерівномірного її потовщення
- C. Конттури періодонтальної щілини у вигляді вузької рівномірної смужки
- D. Деструкція кісткової тканини неправильної форми з нечіткими контурами
- E. Секвестрація

7. Рентгенологічна картина при хронічному гранулюючому періодонтиті:

- A. Деструкція кісткової тканини в ділянці верхівки кореня округлої форми з чіткими контурами d=5 мм

- В. Деформація періодонтальної щілини
- С. Деструкція кісткової тканини в ділянці верхівки кореня округлої форми з чіткими контурами $d=0,8$ см
- Д. Секвестрація
- Е. Деструкція кісткової тканини в ділянці верхівки кореня без чітких контурів у вигляді „язиків полум'я”

8. Яка клінічна картина характерна для хронічного фіброзного періодонтиту:

- А. Скарги хворого відсутні. У зубі – велика каріозна порожнина. Порожнина зуба відкрита, зуб на перкусію не реагує. Ясна без змін
- В. У зубі глибока каріозна порожнина. Перкусія різко болісна. По перехідній згортці в ділянці причинного зуба наявність нориці
- С. Скарги відсутні. Зуб інтактний, змінений в кольорі. Перкусія безболісна. При пальпації у проекції верхівки кореня невелике безболісне потовщення
- Д. У зубі – глибока каріозна порожнина, заповнена розм'якшеним дентином. Зондування різко болісне в одній точці. Перкусія безболісна. Ясна блідо-рожевого кольору

9. Для якої форми періодонтиту характерно утворення норицевого ходу в ділянці проекції верхівки кореня?

- А. Хронічний гранулюючий періодонтит
- В. Хронічний фіброзний періодонтит
- С. Гострий серозний періодонтит
- Д. Гострий гнійний періодонтит
- Е. Загострення хронічного фіброзного періодонтиту

10. Як реагує зуб з хронічними формами періодонтиту на зондування?

- А. Зондування безболісне
- В. Зондування слабо болісне по дну каріозної порожнини
- С. У точці сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба виникає біль і кровотеча
- Д. У вічках кореневих каналів виникає гострий біль
- Е. При поверхневому зондуванні болю немає, при глибокому – виникає біль

11. Як реагує зуб з хронічним гранулюючим періодонтитом на перкусію?

- А. Вертикальна – безболісна, горизонтальна – слабоболісна
- В. Вертикальна – чутлива чи слабоболісна
- С. Вертикальна – різко болісна
- Д. Горизонтальна та вертикальна викликає різкий біль
- Е. Горизонтальна – різко болісна

12. Як реагує зуб з хронічним фіброзним періодонтитом на перкусію?

- А. Вертикальна та горизонтальна – безболісна
- В. Виникає різкий біль при вертикальній перкусії
- С. Виникає різкий біль при горизонтальній перкусії
- Д. Різкий біль при вертикальній і горизонтальній перкусії
- Е. Вертикальна перкусія різко болісна, горизонтальна – безболісна

13. Як реагують на термічні подразники зуби з хронічними формами періодонтиту?

- А. Жодної больової реакції не виникає
- В. Виникає різкий біль, що швидко минає
- С. Виникає тривалий ниючий біль
- Д. Від гарячого біль посилюється
- Е. Нападоподібний біль, вгамовується від холодного

14. Які зміни виявляються при огляді слизової оболонки в ділянці проекції верхівки кореня зуба з хронічним гранулюючим періодонтитом?

- A. Норицеві ходи чи рубці від них
- B. Різка гіперемія та набряк
- C. Змін не виявляється
- D. Згладженість перехідної згортки, різкий набряк
- E. Обмежене випинання з ціанотичним відтінком

15. Для якої форми періодонтиту характерний симптом Шмрекера?

- A. Гострий серозний періодонтит
- B. Хронічний фіброзний періодонтит
- C. Хронічний гранульоматозний періодонтит, кістогранульома
- D. Гострий гнійний періодонтит
- E. Хронічний гранулюючий періодонтит

16. Які результати ЕОД при хронічному гранулюючому періодонтиті?

- A. 2-6 мкА
- B. 18-20 мкА
- C. 20-40 мкА
- D. 60-80 мкА
- E. 120-200 мкА

17. Які результати ЕОД при хронічному фіброзному періодонтиті?

- A. 2- 6 мкА
- B. 20-25 мкА
- C. 30-40 мкА
- D. 60-80 мкА
- E. 100 мкА

18. Хвора 20 років звернулась у клініку зі скаргами на зміну кольору коронки 11 зуба. Рік тому зуб був лікований з приводу хронічного глибокого карієсу. Одразу після лікування турбували незначні больові відчуття. До лікаря не зверталася. На рентгенограмі – розширення періодонтальної щілини в ділянці верхівки кореня 11 зуба. Перкусія безболісна. Вкажіть найвірогідніший діагноз?

- A. Хронічний фіброзний періодонтит
- B. Хронічний глибокий карієс
- C. Хронічний гранулюючий періодонтит
- D. Хронічний гранульоматозний періодонтит
- E. Хронічний фіброзний пульпіт

19. Чоловік 50 років скаржиться на наявність каріозної порожнини в зубі на верхній щелепі зліва. Раніше зуб не лікував. Періодично після застуди у зубі виникав ниючий біль. Об'єктивно: в пришийковій ділянці 26 зуба глибока каріозна порожнина. Реакція на холод, перкусія – від'ємні. На яснах, біля 26 зуба – невеликий рубець. Позитивний симптом вазопарезу. Який найвірогідніший діагноз?

- A. Хронічний гранулюючий періодонтит
- B. Хронічний глибокий карієс
- C. Хронічний гангренозний пульпіт
- D. Хронічний гранульоматозний періодонтит
- E. Хронічний фіброзний періодонтит

20. Хвора 52 років скаржиться на періодичну появу нориці на яснах в ділянці 15 зуба. Зуб лікований 1,5 роки тому з приводу карієсу. Об'єктивно: в 15 зубі пломба. В проекції верхівки кореня нориця, з якої при натискуванні виліється ексудат. Перкусія зуба безболісна. На рентгенограмі кореневий канал не запломбований, біля верхівки кореня осередок деструкції з нечіткими контурами. Поставте діагноз.

- A. Хронічний гранулюючий періодонтит
- B. Загострення хронічного гранулюючого періодонтиту
- C. Хронічний фіброзний періодонтит
- D. Радикулярна кіста
- E. Хронічний гранульоматозний періодонтит

21. Хворий 45 років з'явився з метою санації. При огляді в 23 зубі на дистальній поверхні виявлена глибока каріозна порожнина, на дні – залишки пломбувального матеріалу. Перкусія зуба безболісна. На слизовій оболонці – нориця. На рентгенограмі навколо верхівки 23 зуба – вогнище деструкції кісткової тканини без чітких контурів, кореневий канал запломбований на $\frac{1}{2}$ довжини. Поставте найвірогідніший діагноз.

- A. Хронічний гранулюючий періодонтит
- B. Хронічний фіброзний пульпіт
- C. Хронічний гранульоматозний періодонтит
- D. Загострення хронічного періодонтиту
- E. Радикулярна кіста

22. Хворий 34 років скаржиться на наявність каріозної порожнини в 11 зубі. Пломба випала тиждень тому. Коронка зуба темного кольору, на дні каріозної порожнини залишки пломбувального матеріалу. Вертикальна перкусія безболісна. На рентгенограмі – резорбція кісткової тканини овальної форми, з чіткими контурами, розміром 0,4 x 0,3 см. кореневий канал запломбований на $\frac{2}{3}$ довжини. Виберіть найвірогідніший діагноз.

- A. Хронічний гранульоматозний періодонтит
- B. Хронічний фіброзний періодонтит
- C. Хронічний гранулюючий періодонтит
- D. Радикулярна кіста
- E. Загострення хронічного періодонтиту

23. У хворого 45 років під час санації ротової порожнини у 36 зубі виявлено каріозну порожнину з залишками пломби. Колір коронки змінений. Порожнина зуба відкрита, зондування та перкусія - безболісні. На рентгенограмі на медіальному корені – деструкція кісткової тканин із чіткими межами розміром 0,3x0,3 см. Поставте діагноз.

- A. Хронічний гранульоматозний періодонтит
- B. Хронічний гранулюючий періодонтит
- C. Хронічний фіброзний періодонтит
- D. Хронічний гангренозний пульпіт
- E. Загострення хронічного періодонтиту

24. Хворий звернувся зі скаргами на відчуття дискомфорту, іноді слабкий біль при накусуванні на 26 зуб. З анамнезу: зуб раніше турбував, але пацієнт за стоматологічною допомогою не звертався. Об'єктивно: у 26 зубі каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба, зондування безболісне, вертикальна перкусія слабо болісна, слизова оболонка ясен в ділянці 26 зуба гіперемійована, з ціанотичним відтінком. В проекції верхівки 26 зуба – рубець від нориці. Поставте попередній діагноз.

- A. Хронічний гранулюючий періодонтит
- B. Хронічний фіброзний періодонтит
- C. Загострення хронічного періодонтиту

- D. Загострення хронічного гангренозного пульпіту
- E. Хронічний гранульоматозний періодонтит

25. Чоловік 30-ти років скаржиться на наявність каріозної порожнини у 16 зубі. Об'єктивно: колір 16 зуба змінений, глибока каріозна порожнина, що з'єднана з порожниною зуба. Зондування, перкусія – безболісні. ЕОД – 100 мкА. На рентгенограмі – розширення періодонтальної щілини. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Хронічний фіброзний періодонтит
- B. Хронічний гранулюючий періодонтит
- C. Хронічний гранульоматозний періодонтит
- D. Хронічний гангренозний пульпіт
- E. Хронічний глибокий карієс

Основна література

1. Терапевтична стоматологія: Підручник у чотирьох томах /М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун, Л.Ф. Сідельнікова, О.Ф. Несин.– К.: Здоров'я, 2004.– Т. 2.– 400 с.
2. Г.М. Мельничук, М.М. Рожко. Практична одонтологія: Курс лекцій із карієсу та не каріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту.– 2007.– С. 235-242.

Додаткова література

1. Хельвіг Э., Климек Й., Аттин Т. Терапевтическая стоматология: пер. с нем. /Под. ред. проф. А.М. Политун, проф. И.И. Смоляр.– Львов: ГалДент, 1999.– 409 с.
2. Сай В.Г., Кузів С.П., Пасько О.О. Періодонтити.– Львів, 2003.– 200 с.
3. Хоменко Л.А., Биденко Н.В. Практическая эндодонтия: Инструменты, материалы и методы.– К.: Книга плюс, 1999.

Практичне заняття № 31

Тема: Покази та протипокази до консервативного методу лікування. Схема лікування гострих верхівкових періодонтитів. Сучасні технології інструментальної та медикаментної обробки кореневих каналів. Лікарські препарати

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Покази до консервативного методу лікування періодонтитів.
2. Які основні протипокази до консервативного методу лікування періодонтитів?
3. Які Ви знаєте методи лікування періодонтитів?
4. Мета консервативної терапії при лікуванні гострих періодонтитів?
5. Основні етапи лікування гострого серозного періодонтиту?
6. Лікування гострого гнійного періодонтиту.
7. Які інструменти застосовуємо для розкриття вічок кореневих каналів?
8. Видалення пухликових мас із кореневого каналу, методики, інструменти.
9. Розпломбування каналів, методики, інструменти.
10. Медикаментна обробка кореневого каналу при лікуванні гострих періодонтитів.
Лікарські препарати
11. Етапи лікування гострого серозного та гнійного періодонтиту?
12. Особливості лікування гострого токсичного періодонтиту.
13. Основні принципи лікування гострого травматичного періодонтиту.

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Яка мета очищення і формування кореневого каналу?
 - A. Пригнічення мікрофлори каналу та відкриття апікального отвору
 - B. Видалення усіх подразників із системи кореневого каналу
 - C. Створення умов для оптимального пломбування кореневого каналу
 - D. Виконання всіх інструментальних маніпуляцій в межах кореневого каналу
 - E. Створення умов для відтоку ексудату
2. При лікуванні гострого верхівкового періодонтиту рентгенологічними методами встановлено, що один із щічних каналів 46 зуба викривлено більш ніж на 20°. Який інструмент є оптимальним для обробки кореневого каналу?
 - A. C+E
 - B. К-флексофайл
 - C. Н-файл
 - D. К-ример
 - E. К-файл
3. При лікуванні гострого гнійного періодонтиту 46 зуба, для розширення медіальних корневих каналів використовували 1% розчин лідази. Яку дію має цей препарат?
 - A. Викликає тотальну демінералізацію дентину
 - B. Має літичний вплив на білкові структури
 - C. Розщеплює глікозаміноглікани
 - D. Руйнує колагенові волокна дентину
 - E. Утворює халатні з'єднання з іонами кальцію дентину
4. Який антисептик є найбільш ефективним в ендодонтичному лікуванні гострого верхівкового періодонтиту?
 - A. 5% р-н гіпохлориту натрію
 - B. 0,2% р-н хлоргексидину біглюконату
 - C. 3% водний розчин перекису водню
 - D. 1% р-н йодінолу
 - E. 2% р-н хлораміну
5. У хворого із гострим верхівковим періодонтитом 17 зуба після підготовки кореневого каналу до obturaції виявили, що медіальний щічний канал вузький, викривлений. Який метод пломбування цього каналу найефективніший?
 - A. Метод гарячої вертикальної конденсації гутаперчі
 - B. Метод холодної латеральної конденсації гутаперчі
 - C. Метод гутаперчевого моноштифта
 - D. Пломбування твердіючим пластичним матеріалом за допомогою каналонаповнювача
 - E. Метод срібного моноштифта
6. Хворому 36 років встановлено діагноз – гострий гнійний періодонтит 26 зуба. Проведено препарування, інструментальну, медикаментну обробку каналів (3 сеанси). Як необхідно провести пломбування каналів?
 - A. До анатомічної верхівки
 - B. До рентгенологічної верхівки
 - C. До фізіологічної верхівки
 - D. За верхівку
 - E. Не доходячи 0,5 см до верхівки

7. Для пломбування кореневого каналу при лікуванні гострого періодонтиту 41 зуба, після проведеної інструментальної обробки кореневого каналу слід обрати метод:
- A. Метод сріблення кореневого каналу
 - B. Депофорез гідроксиду міді-кальцію
 - C. Метод Платонова
 - D. Метод Пеккера
 - E. Метод Альбрехта
8. Перечисліть показання до консервативного лікування періодонтитів.
- A. Гострі періодонтити із добре прохідними кореневими каналами
 - B. Гострі та хронічні періодонтити зубів із добре прохідними каналами, при відсутності змін у періапикальних тканинах
 - C. Періодонтити із непрохідними каналами
 - D. Періодонтити із кистогранульомами
 - E. Гострі періодонтити багатокорневих зубів
9. Який матеріал обрати для obturaції кореневого каналу після проведеного лікування гострого верхівкового періодонтиту 24 зуба методом депофорезу гідроксиду міді-кальцію?
- A. Интрадент
 - B. Форедент
 - C. Фосфат-цемент
 - D. Атацеміт
 - E. Тіедент
10. При лікуванні гострого верхівкового періодонтиту після медикаментної обробки кореневого каналу 34 зуба лікар обрав метод пломбування кореневого каналу – термомеханічне ущільнення гутаперчі у кореновому каналі. Який тип гутаперчі необхідний для даної методики?
- A. Штифти з α -гутаперчі
 - B. Штифти з β -гутаперчі
 - C. Obturатори Thermafil
 - D. Розігріта гутаперча
 - E. Нмає матеріалу для даної методики
11. Під час лікування гострого верхівкового періодонтиту лікар виявив, що 25 зуб має широкий канал. Як найкраще запломбувати кореневий канал?
- A. До фізіологічного звуження кореня
 - B. До рентгенологічної верхівки кореня
 - C. За рентгенологічну верхівку кореня на 1 мм
 - D. Не доходячи 2 мм до верхівки кореня
 - E. На 3/5 довжини кореневого каналу
12. Стоматолог проводить лікування хронічного гранулематозного періодонтиту 36 зуба у жінки віком 53 роки. Медіальні канали облітеровані. Який із перелічених медикаментних засобів варто застосувати для розширення каналів?
- A. 2% р-н трипсину
 - B. 10% р-н пероксиду водню
 - C. 10% р-н фосфорної кислоти
 - D. 40% р-н формальдегіду
 - E. 20% р-н етилендіамінтетраоцтової кислоти

13. Хворий віком 19 р. скаржиться на постійний біль у 22 зубі, який посилюється при накушуванні, відчуття „вирослого” зуба, набряк верхньої губи. В анамнезі – травма верхньої щелепи. Об’єктивно: 22 зуб – інтактний, вертикальна перкусія різко болюча, перехідна складка у ділянці 22 зуба гіперемійована, набрякла, болісна під час пальпації. Яке дослідження слід провести для встановлення остаточного діагнозу?

- A. Трансілюмінацію
- B. ЕОД
- C. Рентгенографію
- D. Реопародонтографію
- E. Термометрію

14. Який з перелічених антисептиків, що застосовуються для медикаментного опрацювання кореневих каналів, відноситься до групи четвертинних амонієвих сполук?

- A. Декаметоксин
- B. Фуразолідон
- C. Гіпохлорит натрію
- D. Хлоргексидин
- E. Метронідазол

Основна література

1. Терапевтична стоматологія: Підручник у чотирьох томах /М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун, Л.Ф. Сідельнікова, О.Ф. Несин.– К.: Здоров’я, 2004.– Т. 2.– 400 с.
2. Г.М. Мельничук, М.М. Рожко. Практична одонтологія: Курс лекцій із карієсу та не каріозних уражень зубів, пульпиту і періодонтиту.– 2007.– С. 235-242.

Додаткова література

1. Хельвіг Э., Климек Й., Аттин Т. Терапевтическая стоматология: пер. с нем. /Под. ред. проф. А.М. Политун, проф. И.И. Смоляр.– Львов: ГалДент, 1999.– 409 с.
2. Хоменко Л.А., Биденко Н.В. Практическая эндодонтия: Инструменты, материалы и методы.– К.: Книга плюс, 1999.

Практичне заняття № 32

Тема: Принципи і схема лікування хронічних верхівкових періодонтитів. Заапикальна терапія. Лікарські препарати

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Описати рентгенологічні симптоми, характерні для різних форм хронічних періодонтитів.
2. Назвати основні етапи лікування хронічних періодонтитів.
3. Особливості інструментальної обробки кореневих каналів при виконанні кожного з етапів лікування хронічного періодонтиту.
4. Особливості фармакотерапії при виконанні кожного етапу лікування.
5. Мета та особливості механічної обробки каналів.

6. Послідовність механічної обробки каналів.
7. Медикаментна обробка кореневих каналів.
8. Медикаментні засоби для стимуляції периапікального остеогенезу.
9. Вимоги до лікувальних засобів, які застосовуються при лікуванні періодонтитів.
10. Основні групи лікувальних засобів, які застосовуються при лікуванні періодонтитів.
11. Засоби для хімічного розширення кореневих каналів.
12. Методики пломбування непрохідних кореневих каналів.
13. Методика депофорезу міді-кальцію.

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Хвора 22 роки звернулася до клініки зі скаргами на зміну кольору коронки 11 зуба. Рік тому зуб лікували з приводу хронічного глибокого карієсу. Відразу після лікування турбували незначні больові відчуття. До лікаря не звернулася. На рентгенограмі – розширення періодонтальної щілини в ділянці верхівки кореня 11 зуба. Перкусія безболісна. Яким буде попередній план лікування даного зуба?

- A. Виготовлення ламінату на вестибулярну поверхню 11 зуба
- B. Виготовлення металокерамічної коронки
- C. Вибілювання клінічної коронки різними методиками
- D. Трепанация коронки, механічна та медикаментна обробка каналу, obturaція до рентгенологічної верхівки, пломбування
- E. Трепанация коронки, механічна та медикаментна обробка каналу, obturaція пастою на основі гідроксиду кальцію з виведенням за рентгенологічну верхівку, пломбування

2. В проекції верхівки кореня 13 зуба – наявність випуклості 0,7×0,7 см, яка чутлива при пальпації, пружної консистенції. Перкусія зуба не болюча. Вхід у вічко каналу вільний, зондування не викликає болю. Рентгенографічно: в ділянці верхівки кореня – вогнище деструкції кістки розміром 0,4x0,4 см з чітко обмеженими краями. Яким буде попередній план лікування даного зуба?

- A. Трепанация коронки, механічна та медикаментна обробка каналу, obturaція до рентгенологічної верхівки, пломбування
- B. Трепанация коронки, механічна та медикаментна обробка каналу, obturaція пастою на основі гідроксиду кальцію з виведенням за рентгенологічну верхівку, пломбування
- C. Видалення зуба
- D. Трепанация коронки, механічна та медикаментна обробка каналу, obturaція ендометазоном до рентгенологічної верхівки, резекція верхівки кореня, пломбування зуба
- E. Трепанация коронки, механічна та медикаментна обробка каналу, obturaція фосфат-цементом до рентгенологічної верхівки, операція цистектомії, пломбування зуба

3. Рентгенологічна картина при хронічному гранулюючому верхівковому періодонтиті:

- A. Деструкція кісткової тканини неправильної форми з нечіткими краями
- B. Деформація періодонтальної щілини у вигляді нерівномірного її потовщення
- C. Наявність секвестрів
- D. Контури періодонтальної щілини у вигляді вузької рівномірної смужки
- E. Деформація періодонтальної щілини у вигляді рівномірного потовщення

4. Рентгенологічна картина при хронічному фіброзному періодонтиті:

- A. Деформація періодонтальної щілини у вигляді нерівномірного її потовщення з чіткими рівними краями

- В. Контури періодонтальної щілини у вигляді вузької рівномірної смужки
- С. Деструкція кісткової тканини неправильної форми з нечіткими краями
- Д. Секвестрація
- Е. Деструкція кісткової тканини округлої форми з чіткими краями

5. Рентгенологічна картина при хронічному гранульоматозному періодонтиті:
- А. Деструкція кісткової тканини правильної форми з чіткими краями
 - В. Деформація періодонтальної щілини у вигляді нерівномірного її потовщення
 - С. Контури періодонтальної щілини у вигляді вузької рівномірної смужки
 - Д. Секвестрація
 - Е. Розширення періодонтальної щілини

6. Хворому 36 років встановлено діагноз хронічного фіброзного періодонтиту. Проведено препарування, інструментальну, медикаментну обробку каналів. Як необхідно провести пломбування каналів?
- А. До фізіологічної верхівки
 - В. До рентгенологічної верхівки
 - С. За верхівку
 - Д. Не доходячи 0,5 см до верхівки
 - Е. До анатомічної верхівки

7. Пацієнт 20 років звернувся зі скаргами на біль у зубі верхньої щелепи, що посилюється при накушуванні. Із анамнезу – 3 дні тому закінчено лікування 21 зуба з приводу хронічного фіброзного періодонтиту. Канал запломбований фосфат-цементом. На рентгенограмі – незначний надлишок пломбувального матеріалу за верхівкою кореня. Яка буде тактика лікаря-стоматолога?
- А. Спостереження за хворим
 - В. Резекція верхівки кореня
 - С. Розпломбування каналу
 - Д. Призначення фізіотерапевтичного лікування
 - Е. Призначення медикаментного лікування

8. Під час ендодонтичного лікування хронічного періодонтиту 36 зуба стався злам інструменту в середній третині медіально-щічного каналу. Який метод лікування буде найбільш оптимальним?
- А. Консервативне лікування
 - В. Короно-радикулярна сепарація
 - С. Резекція верхівки медіального кореня
 - Д. Гемісекція медіального кореня
 - Е. Видалення зуба

9. Хвора 58 років скаржиться на біль, періодичну появу нориці по перехідній складці в ділянці 15 зуба. Зуб лікували 2 роки тому з приводу карієсу. В проекції верхівки кореня – нориця, при натисканні на яку виділяється гнійний екссудат. Перкусія зуба болюча. На рентгенограмі – кореневий канал не запломбований, біля верхівки кореня вогнище деструкції з нечіткими контурами. Який найбільш вірогідний діагноз?
- А. Загострення гранульоматозного періодонтиту
 - В. Радикулярна кіста
 - С. Загострення хронічного гранулюючого періодонтиту
 - Д. Хронічний гранулюючий періодонтит
 - Е. Гострий гнійний періостит

10. Хворий 20 років, скаржиться на наявність каріозної порожнини в зубі на верхній щелепі праворуч. Об'єктивно: в 16 зубі глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба, зондування в розкритій точці безболісне, перкусія слабо болюча. На яснах, в ділянці проекції верхівки кореня 16 зуба – рубець від нориці. Який матеріал обрати для пломбування кореневих каналів?

- A. Endomethasone
- B. Apexit
- C. AN Plus
- D. Cariosane
- E. Ketac Endo

11. Хворому з хронічним фіброзним періодонтитом 11 зуба провели медикаментозну та інструментальну обробку кореневого каналу. Для obturaції каналу обрали термомеханічний метод ущільнення гутаперчі. За допомогою якого інструменту може бути здійснена ця маніпуляція?

- A. Спредер пальцевий
- B. Каналонаповнювач
- C. Плагер пальцевий
- D. Гутаперчевий obturator Thermafil
- E. Гутаконденсор

12. Пацієнтові 30 років провели останній сеанс лікування хронічного гранульоматозного періодонтиту 11 зуба. Кореневий канал розширений до №40. Який метод пломбування слід застосувати?

- A. Холодна латеральна конденсація гутаперчі
- B. Метод центрального штифта
- C. Гаряча латеральна конденсація гутаперчі
- D. Цинк-фосфатним цементом
- E. Твердіючим пластичним матеріалом

13. Стоматолог проводить лікування 26 зуба з приводу хронічного фіброзного періодонтиту у чоловіка 53 років. Медіально-щічний канал важкопрохідний через вигнутість кореня. Выбрати оптимальний матеріал для пломбування кореневих каналів у даній клінічній ситуації.

- A Форедент
- B AN – plus
- C Біокалекс
- D Фосфат - цемент
- E Ендометазон

14. Пацієнтові 30 років провели останній сеанс лікування хронічного гранульоматозного періодонтиту 11 зуба. Кореневий канал розширений до №40. Запланована операція резекції верхівки кореня 11. Який метод пломбування слід застосувати?

- A. Холодна латеральна конденсація гутаперчі
- B. Метод центрального штифта
- C. Гаряча латеральна конденсація гутаперчі
- D. Цинк-фосфатним цементом
- E. Твердіючим пластичним матеріалом

15. Пацієнтові 45 р., з діагнозом хронічний гранулюючий періодонтит 25 зуба проведена механічна та медикаментна обробка кореневого каналу. Який лікарський засіб доцільно залишити на 2 – 3 дні у кореновому каналі для його стерилізації?

- A. 0,1% декаметоксин
- B. 0,2% хлоргексидин
- C. 1% йодинол
- D. 5% гіпохлорит натрію
- E. Chakaem

Основна література

- 1.Терапевтична стоматологія: Підручник у чотирьох томах /М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун, Л.Ф. Сідельнікова, О.Ф. Несин.– К.: Здоров'я, 2004.– Т. 2.– 400 с.
- 2.Мельничук Г.М., Рожко М.М. Практична одонтологія. Курс лекцій із карієсу та некаріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту. Навчальний посібник. Вид. 4-те, доповнене.– Івано-Франківськ, 2011.– 336 с.

Додаткова література

- 1.Беср Р. Ілюстрований довідник з ендодонтії / Рудольф Беср, Міхаель А. Бауман, Андрей М. Кельбаса; Пер. з нім. ; За ред. Є.О. Волкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 240 с.
- 2.Фармакотерапія в стоматології: Методичний посібник /В.І. Герелюк, Н.В. Нейко, Т.Д. Павлюк, В.В. Материнський.– Івано-Франківськ, 2000.– 58 с.
- 3.Хельвіг Э., Климек Й., Антин Т. Терапевтическая стоматология: пер. с нем. /Под. ред. проф. А.М. Политун, проф. И.И. Смоляр.– Львов: ГалДент, 1999.– 409 с.

Практичне заняття № 33

Тема: Особливості механічної та медикаментозної обробки кореневих каналів при лікуванні періодонтитів. Пломбування кореневих каналів, методики, матеріали.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Особливості розкриття порожнини зуба, розширення каналу та верхівкового отвору при гострому періодонтиті.
2. Схема лікування гострого періодонтиту.
3. Назвати основні принципи лікування хронічного періодонтиту.
4. Особливості інструментальної обробки кореневих каналів при виконанні кожного з етапів лікування.
5. Особливості фармакотерапії при виконанні кожного етапу лікування.
6. Назвати етапи та технічні прийоми розкриття порожнини зуба.
7. Інструменти, які застосовують для розкриття порожнини зуба та розширення вічок кореневих каналів.
8. Характеристика пломбувальних матеріалів для заповнення кореневих каналів.
9. Помилки і ускладнення під час діагностики і лікування періодонтиту.
10. Загострення після лікування періодонтитів.
11. Контроль за лікуванням періодонтитів.

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. При лікуванні гострого серозного періодонтиту 25 зуба у хворого С., 23 років, після розкриття порожнини зуба лікар одномоментно вилучив пугриді маси з кореневого каналу, провів антисептичне опрацювання та залишив зуб відкритим. На другий день пацієнт з'явився на прийом з погіршенням загального стану. Об'єктивно: перкусія різко

болісна, колатеральний набряк, збільшення та болісність регіонарних лімфатичних вузлів. Яка помилка, допущена лікарем у перше відвідування, найімовірніше викликала погіршення стану?

- A. Недостатнє розкриття верхівкового отвору
- B. Недостатнє розкриття порожнини зуба
- C. Залишення зуба без антисептичної пов'язки між відвідуваннями
- D. Залишення зуба без герметичної пов'язки
- E. Недостатнє розкриття каріозної порожнини

2. Лікар-стоматолог проводить лікування 36 зуба з приводу хронічного періодонтиту у хворого 50 років. Рентгенологічно: медіальні канали зігнуті, у ділянці верхівки кореня визначається вогнище деструкції кісткової тканини з нерівними контурами розміром 0,2x0,2 см. Який із перелічених засобів застосувати для внутрішньоканального електрофорезу?

- A. 1% декаметоксину
- B. 10% розчин калію йодиду
- C. 1% розчин новокаїну
- D. 3% розчин сульфату міді
- E. 0,1 розчин трипсину.

3. За принципом потрібної дії (за Лукомським І.Г.) об'єктами дії є:

- A. Система макроканалів та мікроканалів, запалена тканина періоднту
- B. Порожнина зуба, система макроканалів та мікроканалів
- C. Порожнина зуба, верхівковий отвір
- D. Вічка кореневих каналів, запалена тканина періоднту
- E. Склепіння порожнини зуба, система макроканалів та мікроканалів

4. Які з перелічених інструментів найдоцільніше застосовувати для розширення вічок корневих каналів?

- A. Пульпоекстрактор
- B. Бурав Хедстрема (Hedström-file)
- C. Кулястий бор
- D. Бор типу Peeso (Largo)
- E. Рашпіль типу Rat-tail

5. При лікуванні хронічного фіброзного періодонтиту 26 зуба у хворого К., 35 років, лікар-стоматолог планує застосувати хімічний спосіб розширення медіально-щічного кореневого каналу. Засіб на основі якої з кислот є нетоксичний для тканин періоднту, не викликає загрози передозування та не потребує нейтралізації лугом і комплексонами?

- A. 10% лимонної
- B. 5% молочної
- C. 5% трихлороцтової
- D. 10% мурашиної
- E. 20% етилендіамінтетраоцтової

6. Під час інструментальної обробки медіально-язикового кореневого каналу при лікуванні хронічного гранулюючого періодонтиту 37 зуба був створений виступ у просвіті каналу. Які дії лікаря спричинили дане ускладнення?

- A. Застосування К-файлу надто великого розміру
- B. Застосування К-файлу надто малого розміру
- C. Недостатня медикаментна обробка каналу
- D. Застосування Н-файлу

Е. Недостатнє висушування кореневого каналу

7. У випадку переважання анаеробної флори у корневих каналах застосовують відповідні медикаменти. Які саме з наведених?

- А. Нітрофурани
- В. окислювачі
- С. хлорпохідні
- Д. четвертинні амонієві сполуки
- Е. ферменти

8. Кінцевою метою лікування хронічних періодонтитів є заміщення грануляційної тканини здоровою кістковою тканиною. Для цього застосовують заапикальну терапію. Які лікарські засоби використовують при цьому?

- А. Девіталізуючі пасти
- В. Муміфікуючі пасти
- С. Пасти на основі гідроксиду кальцію
- Д. Пасти на основі антибіотиків
- Е. Пасти на основі сульфаніламідів

9. При лікуванні хронічного фіброзного періодонтиту 36 зуба лікар проводить розширення медіальних корневих каналів, які є дуже зігнуті, а отже можлива перфорація каналу по його малій кривизні. Який із вказаних інструментів найоптимальніше застосувати у даному клінічному випадку?

- А. Hedstroem-file
- В. K-reamer golden medium
- С. K- file
- Д. Flexicat-file
- Е. Safety Hedstroem-file

10. Застосовуючи методику препарування кореневого каналу Crown-Down, лікар використовує Джі Ті Ротарі файли. Вказати групу, кількість інструментів та їх конусність для розширення і формування середньої та апікальної частин кореневого каналу.

- А. Перша група, 4 інструменти різної конусності
- В. Друга група, 4 інструменти однієї конусності
- С. Третя група, 3 інструменти максимальної конусності
- Д. Перша група, 4 інструменти максимальної конусності
- Е. Друга група, 3 інструменти максимальної конусності

11. Медикаментна обробка корневих каналів, яка полягає у заповненні каналу пастою за допомогою каналонаповнювача на тривалий період (до місяця) з метою довготривалої протизапальної та знезаражувальної дії – це?

- А. Аплікація
- В. Постійна obturaція
- С. Іригація
- Д. Пломбування
- Е. Тимчасова obturaція

12. Який з наведених галогенопохідних препаратів, що застосовуються в ендодонтичній практиці з антисептичною метою, є також індикатором чистоти корневих каналів, оскільки, контактуючи з продуктами розпаду тканин, він знебарвлюється?

- А. Гіпохлорит натрію
- В. Хлорамін

- C. Хлорамін-Т
- D. Йодинол
- E. Йодоформ

13. Хворому П., 42 років, необхідно провести повторне ендодонтичне лікування 46 зуба, кореневий канал якого запломбовано на 2/3 його довжини резорцин-формаліновою пастою. Який препарат для хімічного розчинення кореневої пломби найдоцільніше застосувати у даному клінічному випадку?

- A. Канал плюс
- B. Ендогель
- C. Ендосольв R
- D. Ендосольв E
- E. Ларгаль ультра

14. При лікуванні хронічного гранульоматозного періодонтиту 27 зуба у хворого М, 25 років, у медіально-щічному каналі було застосовано депофорез міді-кальцію гідроксиду. Яким пломбувальним матеріалом найефективніше запломбувати прохідну частину кореневого каналу?

- A. Арехіт
- B. Біосалекс
- C. Апексдент
- D. Ацатаміт
- E. Фосфадент

Основна література

1. Терапевтична стоматологія: Підручник у чотирьох томах /М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун, Л.Ф. Сідельнікова, О.Ф. Несин.– К.: Здоров'я, 2004.– Т. 2.– 400 с.
2. Мельничук Г.М., Рожко М.М. Практична одонтологія. Курс лекцій із карієсу та некаріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту. Навчальний посібник. Вид. 4-те, доповнене.– Івано-Франківськ, 2011.– 336 с.

Додаткова література

1. Беєр Р. Ілюстрований довідник з ендодонтії / Рудольф Беєр, Міхаель А. Бауман, Андрей М. Кельбаса ; Пер. з нім. ; За ред. Є.О. Волкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 240 с.
2. Фармакотерапія в стоматології: Методичний посібник /В.І. Герелюк, Н.В. Нейко, Т.Д. Павлюк, В.В. Материнський.– Івано-Франківськ, 2000.– 58 с.
3. Хельвіг Э., Климек Й., Антин Т. Терапевтическая стоматология: пер. с нем. /Под. ред. проф. А.М. Политун, проф. И.И. Смоляр.– Львов: ГалДент, 1999.– 409 с.

Практичне заняття № 34

Тема: Особливості відновлення коронки зуба після ендодонтичного лікування. Використання внутрішньоканальних штифтів. Відбілювання

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Чим може бути зумовлена зміна кольору девітальних зубів?
2. Які методи корекції колориметричного стану девітального зуба ви знаєте?
3. Які показання та протипоказання до вибілювання девітальних зубів?
4. У чому полягає сутність методу „Power bleaching”?
5. У чому полягає сутність методу „Walking bleaching”?
6. Назвати етапи підготовки до внутрішньокоронкового вибілювання зуба.
7. Які ускладнення можуть виникнути при вибілюванні депульпованого зуба препаратами на основі перексиду водню?
8. Покази для використання внутрішньоканальних штифтів.
9. Протипокази для використання внутрішньоканальних штифтів.
10. Класифікація внутрішньоканальних штифтів, що використовуються при відновленні клінічної коронки зуба.
11. Переваги та недоліки різних видів внутрішньоканальних штифтів.
12. Які матеріали використовуються для фіксації різних видів внутрішньоканальних штифтів.
13. Клінічні та лабораторні етапи виготовлення куксових корневих вкладок прямим методом.
14. Клінічні та лабораторні етапи виготовлення куксових корневих вкладок непрямим методом.

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. До стоматолога звернувся пацієнт М., 22 років зі скаргами на темно-сірий колір 15 зуба. З анамнезу відомо, що два роки тому пацієнт лікувався з приводу травматичного періодонтиту 15 зуба. Об’єктивно: коронка 15 зуба темно-сірого кольору, перкусія безболісна, рентгенологічно – кореневий канал запломбовано до рентгенологічної верхівки, періодонтальна щілина в ділянці верхівки кореня незначно розширена. Яке лікування доцільно призначити?
 - A. Виготовлення керамічної коронки на 15 зуб
 - B. Покриття вестибулярної поверхні 15 зуба ламінатом
 - C. Застосування методу поверхневого відбілювання
 - D. Застосування вибілювання 15 зуба за методом „Walking bleaching”
 - E. Видалення 15 зуба з подальшим ортопедичним лікуванням

2. У клініку звернулась пацієнтка Ф., 20 років зі скаргами на зміну кольору 24 зуба. В анамнезі ендодонтичне лікування хронічного пульпіту. Об’єктивно: коронка 24 зуба рожевого кольору, перкусія безболісна, рентгенологічно визначено злам ендодонтичного інструмента у верхівковій частині щічного каналу, кореневі канали пломбовані до рентгенологічної верхівки. Після усунення пломби з порожнини зуба визначено, що канали 24 зуба запломбовані резорцин-формаліновою пастою. Який з методів буде найбільш ефективним у даному клінічному випадку?
 - A. Видалення 24 зуба з подальшим ортопедичним лікуванням
 - B. Покриття вестибулярної поверхні 24 зуба ламінатом
 - C. Виготовлення металокерамічної коронки на 24 зуб
 - D. Застосування методу поверхневого вибілювання 24 зуба
 - E. Застосування методу „Walking bleaching” для вибілювання 24 зуба

3. До стоматолога звернувся пацієнт К., 35 років, зі скаргами на сірий колір 11 зуба. В анамнезі травма 11 зуба 5 років тому. Об’єктивно: коронка 11 зуба сірого кольору, перкусія безболісна, ЕОД – 110 мкА. Рентгенологічно – періодонтальна щілина в ділянці

верхівки кореня розширена, кореневий канал незапломбований. Який метод лікування буде найбільш ефективним у даному випадку?

A. Ендодонтичне лікування з наступним пломбуванням кореневого каналу цинкооксидевогенольною пастою, закриття порожнини зуба постійною пломбою, проведення поверхневого вибілювання коронки 11 зуба

B. Ендодонтичне лікування з наступним пломбуванням кореневого каналу матеріалом Sealapex, проведення вибілювання 11 зуба методом power bleaching, закриття порожнини зуба постійною пломбою

C. Пломбування кореневого каналу пастою на основі цинкооксидевогенолу, закриття порожнини зуба постійною пломбою. Покриття вестибулярної поверхні 11 зуба ламінатом.

D. Обтурація кореневого каналу гутаперчою, накладання ізолювальної прокладки зі СЩ нижче рівня емалево-цементної межі, застосування методу „walking bleaching” у поєднанні з поверхневим вибілюванням вестибулярної поверхні 11 зуба. Закриття порожнини зуба постійною пломбою через два тижні після останнього сеансу вибілювання зуба

E. Видалення 11 зуба з подальшим ортопедичним лікуванням

4. Який з перелічених засобів доцільно застосовувати для вибілювання твердих тканин зуба за методом „Walking bleaching”?

A. Rembrandt

B. Treswhite

C. Opalescence Endo

D. Opalescence PF

E. Peroxigel

5. Яку концентрацію пероксиду водню слід застосовувати для вибілювання твердих тканин зуба за методом „Power bleaching”?

A. 10 %

B. 15 %

C. 25 %

D. 35 %

E. 50 %

6. Пацієнт С., 42 років звернувся у клініку зі скаргами на руйнування коронки нижнього моляра. Об’єктивно: коронка 36 зуба повністю зруйнована, тверді тканини виступають над яснами на 1,5 – 2 мм, рентгенологічно – кореневі канали запломбовані до верхівок коренів, незначне потовщення періодонтальної щілини. Виберіть план лікування.

A. Виготовлення металічної відновної коронки на 36 зуб

B. Фіксація активного штифта у дистальний канал і відновлення коронки зуба композитом світлового твердіння

C. Фіксація активного штифта у дистальний канал, пасивних металевих штифтів у медіальні канали і відновлення коронки зуба композитом світлового твердіння

D. Встановлення скловолоконних штифтів у кореневі канали і відновлення коронки зуба композитом світлового твердіння

E. Фіксація активного штифта у дистальний канал, пасивних металевих штифтів у медіальні канали і виготовлення металокерамічної коронки

7. Яка суттєва перевага скловолоконних штифтів над металічними?

A. Наявність пружності

B. Висока міцність

C. Надійніша фіксація

- D. Простота встановлення
- E. Менша собівартість

8. Який матеріал слід обрати для фіксації пасивних металевих штифтів?

- A. Цинкфосфатний цемент
- B. Полікарбосилатний цемент
- C. Склоіономерний лютинговий цемент
- D. Склоіономерний бондинговий цемент
- E. Композит хімічного твердіння

9. Пацієнт Р., 22 років звернувся у клініку зі скаргами на руйнування коронки фронтального зуба. Об'єктивно: коронка 21 зуба зруйнована на 2/3. Рентгенологічно: кореневий канал прямий, запломбований до верхівки, периапікальні зміни відсутні. Виберіть план лікування.

- A. Розпломбовування 1/2 кореневого каналу, фіксація анкерного штифта, відновлення клінічної коронки фотополімерним композитом
- B. Розпломбовування 2/3 кореневого каналу, фіксація анкерного штифта, відновлення клінічної коронки фотополімерним композитом
- C. Розпломбовування 2/3 кореневого каналу, виготовлення кореневої куксової вкладки і пластмасової коронки
- D. Розпломбовування 2/3 кореневого каналу, фіксація скловолоконного штифта, відновлення клінічної коронки фотополімерним композитом
- E. Відновлення кукси зуба склоіономерним цементом, виготовлення металокерамічної коронки

10. Який матеріал найдоцільніше використати для фіксації карбоневих (вуглецевих) штифтів?

- A. Композитний цемент подвійного твердіння
- B. Полікарбосилатний цемент
- C. Склоіономерний цемент
- D. Композитний цемент світлового твердіння
- E. Композитний цемент хімічного твердіння

11. Що означає термін „Power bleaching”?

- A. Вибілювання зубів в умовах стоматологічного кабінету
- B. Вибілювання зубів в умовах стоматологічного кабінету з застосуванням тепла
- C. Домашнє вибілювання зубів
- D. Домашнє вибілювання зубів з використанням індивідуальних кап
- E. Вибілювання зубів за допомогою відбілюючих зубних паст

12. Що означає термін „Walking bleaching”?

- A. Вибілювання зубів в умовах стоматологічного кабінету
- B. Вибілювання зубів в умовах стоматологічного кабінету з застосуванням тепла
- C. Домашнє вибілювання зубів
- D. Домашнє вибілювання зубів з використанням індивідуальних кап
- E. Вибілювання зубів за допомогою відбілюючих зубних паст

13. Що таке коренева куксова вкладка, виготовлена прямим способом?

- A. Змодельована „у роті” пацієнта воскова репродукція, яка згодом відливається з металу
- B. Змодельована зубним техніком у лабораторії воскова репродукція, яка згодом відливається з металу
- C. Вкручений у кореневий канал анкерний штифт, покритий склоіономерним цементом

- D. Зацементований у кореновому каналі пасивний штифт, покритий композитним матеріалом
- E. Вірної відповіді немає

14. Який небажаний побічний ефект внутрішнього вибілювання зубів за методикою „Walking bleaching”?

- A. Подразнення ясен
- B. Короткочасна нудота
- C. Внутрішня резорбція кореня
- D. Гіперестезія зуба
- E. Алергічні реакції

15. Який небажаний побічний ефект домашнього вибілювання зубів за методикою „Walking bleaching”?

- A. Гіперсалівація
- B. Лімфаденіт
- C. Внутрішня резорбція кореня
- D. Гіперестезія зубів
- E. Алергічні реакції

16. Хворий звернувся до лікаря-стоматолога з проханням відновити коронку 11. Об'єктивно: коронка зуба значно зруйована. За даними анамнезу 11 депульповано. Який засіб фіксації пломби буде найбільш прийнятним в данній ситуації?

- A. Внутрішньоканальний штифт
- B. Парапульпарний штифт
- C. Додатковий майданчик
- D. Ретенційна борозенка
- E. Опорні пункти

17. Який з перелічених матеріалів доцільно використати для фіксації ендоканального скловолоконного штифта?

- A. Jen-Fill
- B. Core-Jen
- C. Jen-Line
- D. Jen-DuaCem
- E. Jen-Posterion LC

Основна література:

- 6. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколишина). – Т. 1. – Полтава: Дивосвіт, 2005. – 392 с.
- 7. Терапевтична стоматологія: Підручник. – У 4 томах / М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін. – К.: Здоров'я, 2004. – Т.2. – 400 с.

Додаткова література

1. Шмидседер Дж. Эстетическая стоматология / Джозеф Шмидседер ; Пер. с англ. под ред. проф. Т.Ф. Виноградовой. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 320 с.
2. Беер Р. Иллюстрированный довідник з ендодонції / Рудольф Беер, Міхаель А. Бауман, Андрей М. Кієльбаса ; Пер. з нім. ; За ред. Є.О. Волкова. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 240 с.
3. Довганик В.В., Синиця В.В. Вибілювання девітальних зубів. Методичні вказівки. – Львів, 2007. – 18 с.

Практичне заняття № 35

Тема: Фізіотерапевтичні методи лікування хвороб ендодонта. Покази та протипокази.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Показання для застосування фізичних методів у ендодонції.
2. Діатермокоагуляція, суть методики, показання, особливості проведення.
3. Анодна гальванізація, суть методики, показання, особливості проведення.
4. Лікарський електрофорез, суть методики, показання, особливості проведення.
5. Характеристика препаратів для лікарського електрофорезу в ендодонції, особливості їх введення в тканини.
6. Ультрафонофорез, суть методики, показання, особливості проведення.
7. Мікрохвильова терапія, суть методики, показання, особливості проведення.
8. Депофорез міді-кальцію, суть методики, показання.
9. Особливості проведення методики депофорезу міді-кальцію, переваги над традиційними способами obturaції кореневих каналів.
10. Діадинамотерапія, суть методики, показання, особливості проведення.
11. Використання УВЧ-терапії в ендодонції.
12. Флюктуоризація, біологічна дія, застосування в ендодонції.
13. Використання лазерів в ендодонції.
14. Переваги та недоліки фізіотерапевтичних методів лікування.

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Хворий Г., 35 років, скаржиться на постійний біль у зубі, що посилюється при накушуванні, Два дні тому проведено ендодонтичне лікування 23 зуба. На рентгенограмі: кореневий канал запломбовано до верхівки. Вказати метод ліквідації ускладнення:
А. Резекція верхівки кореня
В. Знеболювання і видалення зуба
С. Розріз по перехідній складці
D. Призначення фізіотерапевтичних процедур
E. Розпломбовування кореневого каналу
2. У пацієнта Л., 29 років, після лікування екстирпаційним методом 25 зуба виник біль. Перкусія безболісна. На рентгенограмі: кореневий канал запломбований до анатомічної верхівки, спостерігається незначне розширення періодонтальної щілини. Яка тактика лікаря:
А. Розпломбовування кореневого каналу
В. СВЧ-терапія
С. Розріз по перехідній складці

- D. Перепломбовування кореневого каналу
- E. Анестезія і видалення зуба

3. Електрофорез якої речовини проводять з анода?

- A. Лідази
- B. Гепарину
- C. Йодиду калію
- D. Параамінобензойної кислоти
- E. Саліцилату натрію

4. Електрофорез якої речовини проводять з катода?

- A. Кальцію хлориду
- B. Сульфату міді
- C. ϵ -амінокапронової кислоти
- D. Екстракту алое
- E. Трасилолу

5. Для лікування гострого серозного періодонтиту можна застосувати:

- A. Випромінювання вуглекислого лазера (довжина хвилі 10,6 мкм)
- B. Випромінювання лазера на алюмоітрієвому гранаті (довжина хвилі 1,06 мкм)
- C. Випромінювання гелій-неонового лазера (довжина хвилі 0,233 мкм)
- D. Випромінювання гелій-неонового лазера (довжина хвилі 0,43 мкм)
- E. Випромінювання гелій-неонового лазера (довжина хвилі 0,63 мкм)

6. Хворому 40 років проведено пломбування кореневого каналу 34 з приводу хронічного фіброзного періодонтиту, після чого незабаром з'явився біль. На рентгенограмі кореневий канал 34 запломбований до верхівки кореня. Яка тактика лікаря у зв'язку з появою болю?

- A. Призначити фізіотерапевтичні процедури
- B. Полоскання антисептиком
- C. Зробити розріз по перехідній складці
- D. Зробити провідникову анестезію
- E. Зробити інфільтраційну анестезію

7. Лікар-стоматолог проводить лікування 36 з приводу хронічного періодонтиту у чоловіка 52 років. Рентгенологічно: медіальні кореневі канали вигнуті, у ділянці верхівки медіального кореня визначається вогнище деструкції кісткової тканини з нерівними контурами, розміром 0,2x0,2 мм. Який з перелічених лікарських засобів оптимально застосувати для проведення лікарського електрофорезу?

- A. 10 % р-р йодиду калію
- B. 1 % р-р декаметоксину
- C. 1 % р-р новокаїну
- D. 3 % р-р сульфату міді
- E. 0,1 % р-р трипсину

8. Хворий С., 24 роки, звернувся зі скаргами на ниючі болі у ділянці 11, що посилюються при накушуванні. Два дні тому зуб був запломбований з приводу пульпіту. Об'єктивно: 11 – запломбований. Температурна проба безболісна, вертикальна перкусія слабкоболюча. На рентгенограмі 11 – ендодонтична пломба виведена за верхівку кореня на 1 мм. Який з перелічених методів буде найбільш ефективний для ліквідації ускладнення:

- A. Флюктуоризація
- B. УВЧ - терапія

- C. Послаблюючий разріз
- D. 1 % розчин гідрокортизону – субмукозно
- E. Призначення анальгетиків

9. Застосування змінних електромагнітних коливань зверхвисокої частоти (2,38 ГГц) сантиметрового діапазону з лікувальною метою називається:

- A. Анод-гальванізація
- B. Мікрохвильова терапія
- C. Діадинамотерапія
- D. УВЧ-терапія
- E. Флюктуоризація

10. Застосування з лікувальною метою синусоїдального змінного струму, що хаотично змінює амплітуду та частоту називається:

- A. Анод-гальванізація
- B. Мікрохвильова терапія
- C. Діадинамотерапія
- D. УВЧ-терапія
- E. Флюктуоризація

11. Вплив постійним імпульсним струмом напівсинусоїдальної форми з частотами 50 і 100 Гц та їх комбінаціями з лікувальною метою називається:

- A. Анод-гальванізація
- B. Мікрохвильова терапія
- C. Діадинамотерапія
- D. УВЧ-терапія
- E. Флюктуоризація

12. Використання з лікувальною метою змінного електричного поля з частотою 40 МГц називається:

- A. Анод-гальванізація
- B. Мікрохвильова терапія
- C. Діадинамотерапія
- D. УВЧ-терапія
- E. Флюктуоризація

13. Використання неперервного постійного електричного струму низької напруги та невеликої сили (до 50 мА) з лікувальною метою називається:

- A. Анод-гальванізація
- B. Мікрохвильова терапія
- C. Діадинамотерапія
- D. УВЧ-терапія
- E. Флюктуоризація

14. Методика депофорезу міді-кальцію з силою струму 0,5 мА проводиться за наступною схемою:

- A. Одномоментно протягом 30 хв
- B. Двічі з інтервалом у 3 дні протягом 30 хв
- C. Тричі з інтервалом у 2 дні протягом 20 хв
- D. Тричі з інтервалом у 5 днів протягом 10 хв
- E. Тричі з інтервалом у 10 днів протягом 10 хв

Основна література:

- 1.Терапевтична стоматологія: Підручник. – У 4 томах / М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін.– К.: Здоров'я, 2004.– Т.2.– 400 с.
- 2.Мельничук Г.М., Рожко М.М. Практична одонтологія. Курс лекцій із карієсу та некаріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту. Навчальний посібник. Вид. 2-ге, доповнене.– Івано-Франківськ, 2007.– 292 с.

Додаткова література

- 1.Ефанов О.И., Дзанагова Т.Ф. Физиотерапия стоматологических заболеваний.– М.: Медицина, 1980. – 296 с.
- 2.Беср Р. Ілюстрований довідник з ендодонтії /Рудольф Беср, Міхаель А. Бауман, Андрей М. Кельбаса; Пер. з нім.; За ред. Є.О. Волкова.– М.: МЕДпресс-информ, 2008.– 240 с.
- 3.Тронстад Лейф. Клиническая эндодонтия. Пер. с англ. Под ред. проф. Т.Ф. Виноградовой.– М.: МЕДпресс-информ, 2006.– 288 с.

Практичне заняття № 36

Тема: Помилки і ускладнення в діагностиці і лікуванні пульпіту та періодонтиту, причини, профілактика та шляхи усунення.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Помилки у діагностиці пульпітів, диференційній діагностиці з іншими захворюваннями та у виборі методу лікування.
2. Помилки та ускладнення при проведенні знеболення під час лікування пульпітів та періодонтитів.
3. Помилки та ускладнення при виконанні біологічного методу лікування пульпітів.
4. Помилки та ускладнення в процесі виконання вітальної ампутації та екстирпації.
5. Засоби для зупинки кровотечі з кореневого каналу.
6. Помилки та ускладнення при виборі та виконанні девітальних методів лікування пульпітів.
7. Ускладнення, що виникають у віддалені терміни після лікування пульпітів.
8. Ускладнення, які виникають внаслідок неповного видалення пульпи чи пугричних мас. Шляхи усунення.
9. Перелічити чинники, які призводять до помилок у діагностиці та диференційній діагностиці періодонтитів.
10. Помилки та ускладнення при виборі методу лікування гострих періодонтитів.
11. Помилки та ускладнення при виборі методу лікування хронічних періодонтитів.
12. Ускладнення, що виникають внаслідок недотримання асептики при лікуванні періодонтитів.
13. Помилки, що виникають внаслідок недостатнього розкриття верхівкового отвору при лікуванні періодонтитів.
14. Ускладнення, що виникають внаслідок некоректного медикаментного опрацювання кореневих каналів при лікуванні періодонтитів.

15. Шляхи попередження зламів ендодонтичних інструментів в корневих каналах та заходи по їх вилученню.
16. Ознаки аспірації чи заковтування ендодонтичних інструментів. Невідкладна допомога.
17. Підшкірна емфізема, причини виникнення, заходи попередження та методи усунення даного ускладнення.
18. Помилки та ускладнення при obturaції корневих каналів.
19. Причини неповної obturaції корневих каналів, заходи попередження подібних помилок.
20. Причини компресійно-токсичної невропатії. Клінічна картина, лікування ускладнення.
21. Пізні ускладнення після лікування періодонтитів.

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Хвора 45-ти років скаржиться на біль від температурних подразників, самовільний біль у 26 зубі. Тиждень тому зуб лікували з приводу пульпіту. Об'єктивно: 26 зуб під пломбою, перкусія чутлива, реакція на температурний подразник – біль, який повільно підсилюється, тривалий. На рентгенограмі – піднебінний канал запломбовано на 2/3, в щічних каналах матеріал не прослідковується. Що із перерахованого є імовірною причиною даного ускладнення:

- A. Неповна екстирпація пульпи
- B. Неадекватне пломбування каналів
- C. Розвиток інфекції
- D. Розвиток запалення в періодонті
- E. Травма тканини періодонта

2. Під час імпрегнації корневих каналів 46 зуба в результаті дій лікаря розчин нітрату срібла потрапив на слизову оболонку в ділянці вказаного зуба. Який розчин необхідно застосувати для зменшення всмоктування та запобігання опіку?

- A. 50 % етиловий спирт
- B. 1 % розчин нашатирного спирту
- C. 2-3 % розчин натрію хлориду
- D. 0,5 % розчин хлористоводневої кислоти
- E. 0,1 % розчин лимонної кислоти

3. Жінка 50 років звернулась зі скаргами на застрягання їжі в 45 зубі. Об'єктивно: на дистально-жувальній поверхні 45 зуба наявна глибока каріозна порожнина, заповнена щільним пігментованим дентином, яка не сполучається з порожниною зуба. Був встановлений діагноз: хронічний глибокий карієс. На основі якого дослідження лікарем був виключений діагноз: хронічний періодонтит?

- A. Зондування
- B. Пальпація проекції верхівки кореня
- C. Перкусії
- D. Електрооднотометрії
- E. Холодової проби

4. Пацієнт скаржиться на біль в 15 зубі, що посилюється при накушуванні. Із анамнезу: хворий лікувався з приводу пульпіту 15 зуба, було накладено девіталізуючу пасту, на повторний прийом хворий не з'явився. Об'єктивно: каріозна порожнина в 15 зубі закрита пов'язкою із дентину. Реакція на перкусію болюча. Слизова оболонка в проекції верхівки кореня 15 зуба гіперемійована, набрякла, болюча при пальпації. Встановіть

діагноз:

- A. Гострий інфекційний періодонтит
- B. Гострий токсичний періодонтит
- C. Пульпіт, ускладнений фокальним періодонтитом
- D. Загострення хронічного періодонтиту
- E. Гострий гнійний пульпіт

5. Хворий С., 25 років, звернувся із скаргами на ниючий біль в ділянці 12 зуба, що посилюється при накушуванні. Два дні тому зуб запломбовано з приводу пульпіту. Об'єктивно: в 12 зубі пломба, температурна проба від'ємна, перкусія – слабоболісна. На рентгенограмі 12 зуба – коренева пломба виведена за верхівку кореня на 1 мм. Який з наведених методів найефективніший для усунення ускладнення?

- A. УВЧ –терапія
- B. Послаблюючий розріз
- C. 1% розчин гідрокортизону субмукозно
- D. Флюктуоризація
- E. Призначення анальгетиків

6. Жінка 30 років звернулася із скаргами на постійний біль у 34 зубі, що посилюються при перкусії. Чотири дні тому в 34 зубі була залишена миш'яковиста паста. Вчасно на прийом пацієнтка не з'явилась. При об'єктивному обстеженні встановлено: на дистально-жувальній поверхні 34 зуба – герметична пов'язка, перкусія – різко позитивна. Яка найдоцільніша лікувальна тактика в даному випадку?

- A. Антисептик миш'яка залишити під герметичною пов'язкою в каріозній порожнині
- B. Промити антисептиком миш'яка кореневий канал, зуб залишити відкритим
- C. Антисептик миш'яка залишити в кореновому каналі під герметичною пов'язкою
- D. Промити антисептиком миш'яка кореневий канал та запломбувати
- E. Видалити дентинну пов'язку, призначити електрофорез з антисептиком по перехідній згортці

7. Хвора А., 25 років, через 5 годин після накладання миш'яковистої пасти в 47 зубі звернулася зі скаргами на біль в ділянці причинного зуба. Об'єктивно: на медіально-жувальній поверхні 47 зуба – дентинна пов'язка, вертикальна перкусія безболісна, горизонтальна – слабоболісна, ясенний сосочок в ділянці 46, 47 зубів – гіперемійований, набряклий, з некротизовано верхівкою. Яка лікарська тактика в даному випадку?

- A. Замінити пов'язку на водний дентин, ясенний сосочок опрацювати 3% розчином йоду
- B. Зберегти пов'язку, призначити сольові полокання
- C. Зберегти пов'язку, ясенний сосочок опрацювати 3% розчином йоду
- D. Замінити пов'язку на водний дентин, ясенний сосочок опрацювати 3% розчином перексиду водню
- E. Зберегти пов'язку, ясенний сосочок опрацювати 3% розчином перексиду водню

8. Хворий 50 років скаржить на виникнення нориці на слизовій оболонці в ділянці 23-24 зубів. Об'єктивно: в 23 зубі – пломба, перкусія безболісна. На рентгенограмі: біля верхівки кореня 23 зуба незначне вогнище резорбції кісткової тканини неправильної форми без чітких меж. Кореневий канал запломбований на 1/3 довжини. Виберіть найбільш оптимальну тактику лікування 23 зуба.

- A. Пломбування каналів до верхівкового отвору

- В. Пломбування каналів за верхівковий отвір
- С. Видалення зуба
- Д. Електрофорез йодиду калію в проекції верхівки коренів
- Е. Пломбування каналів не доводячи на 1 мм до верхівкового отвору

9. Хворому 45 років проведено пломбування кореневого каналу 44 зуба з приводу хронічного фіброзного періодонтиту, після чого незабаром з'явився біль. На рентгенограмі кореневий канал 44 запломбований до верхівки кореня. Яка тактика лікаря в зв'язку з появою болю?

- А. Призначити полоскання антисептиком
- В. Зробити розріз по перехідній складці
- С. Зробити провідникову анестезію
- Д. Призначити фізіотерапевтичні процедури
- Е. Зробити інфільтраційну анестезію

10. У хворого 40 років під час рентгенографічного обстеження з приводу протезування відсутніх 36, 37 зубів виявлена деструкція кісткової тканини невеликих розмірів з чіткими контурами у верхівковій ділянці 35 зуба, кореневий канал запломбований на 2/3, тінь від пломбувального матеріалу не чітка. Постійна пломба без дефектів, перкусія 35 зуба безболісна, слизова оболонка звичайного кольору. Яка лікарська тактика відносно 35 зуба?

- А. Зробити резекцію верхівки кореня
- В. Провести курс фізіотерапії
- С. Провести лікування періодонтиту
- Д. Видалити зуб
- Е. Лікування не проводити

11. Під час лікування хронічного фіброзного періодонтиту 36 зуба у хворого 30 років лікар ненавмисно перфорував дно порожнини зуба. Яка подальша лікарська тактика у цьому випадку?

- А. Закриття перфорації пастою з гідрооксидом кальцію
- В. Закриття перфорації склоіономерним цементом
- С. Електрофорез йодиду калію
- Д. Видалення зуба
- Е. Закриття перфораційного отвору цинк-евгеноловою пастою

12. Хворий М. 32 років скаржиться на гострий біль в 46 зубі, особливо при накушуванні на зуб. Чотири доби тому в 46 зубі була накладена миш'яковиста паста, вчасно до лікаря хворий не з'явився. При огляді в 46 зубі – пов'язка збережена, реакція на холодний подразник відсутня. Рентгенограма без змін в періодонті. Який з препаратів найбільш ефективний для ліквідації ускладнення?

- А. Хлоргексидин
- В. Хлорамін
- С. Унітіол
- Д. Гіпохлорид натрію
- Е. Фурацилін

13. За стоматологічною допомогою звернулась пацієнтка А., 24 р. зі скаргами на зміну забарвлення 14 зуба. Рік тому зуб ліковано з приводу гострого гнійного пульпіту. Об'єктивно: зуб сіро-оранжевого кольору, перкусія безболісна, на температурні подразники не реагує. Рентгенологічних змін у періодонті немає. Яка лікарська помилка спричинила зміну кольору зуба?

- A. Неповна екстирпація пульпи
- B. Недостатня некректомія
- C. Неповноцінна механічна обробка кореневого каналу
- D. Невірний вибір кореневого силера
- E. Недостатня медикаментозна обробка порожнини зуба

14. Хворий 43 років скаржиться на гострий біль постійного характеру, на відчуття вирослого зуба. З анамнезу відомо, що зуб лікований з приводу гангренозного пульпіту півроку тому. Об'єктивно: у 47 зубі пломба, перехідна складка гіперемійована, набрякла, болісна при пальпації у проекції верхівки кореня, перкусія різко болісна. Які неправильні дії лікаря на вашу думку могли призвести до розвитку даного ускладнення?

- A. Неповна екстирпація пульпи
- B. Недостатня некректомія
- C. Недостатнє розкриття порожнини зуба
- D. Невірний вибір кореневого силера
- E. Недостатня медикаментозна обробка порожнини зуба

Основна література

1. Терапевтична стоматологія: Підручник у чотирьох томах /М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун, Л.Ф. Сідельнікова, О.Ф. Несин.– К.: Здоров'я, 2004.– Т. 2.– 400 с.
2. Мельничук Г.М., Рожко М.М. Практична одонтологія. Курс лекцій із карієсу та некаріозних уражень зубів, пульпіту і періодонтиту. Навчальний посібник. Вид. 4-те, доповнене.– Івано-Франківськ, 2011.– 336 с.

Додаткова література

1. Фармакотерапія в стоматології: Методичний посібник /В.І. Герелюк, Н.В. Нейко, Т.Д. Павлюк, В.В. Материнський.– Івано-Франківськ, 2000.– 58 с.
2. Хельвіг Э., Климек Й., Антин Т. Терапевтическая стоматология: пер. с нем. /Под. ред. проф. А.М. Политун, проф. И.И. Смоляр.– Львов: ГалДент, 1999.– 409 с.
3. Беер Р. Иллюстрированный довідник з ендодонтії / Рудольф Беер, Міхаель А. Бауман, Андрей М. Кельбаса ; Пер. з нім. ; За ред. Є.О. Волкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 240 с.

Перелік теоретичних питань

для підготовки студентів до контролю засвоєння матеріалу змістового модуля № 4.

1. Анатомо-фізіологічна характеристика періодонту. Гістологічна будова періодонту.

2. Клітинні елементи періодонту. Види та розташування волокон періодонту
3. Функції періодонту. Іннервація та кровопостачання періодонту
4. Етіологічні фактори виникнення періодонтитів.
5. Патогенез гострого періодонтиту.
6. Етіологія та патогенез токсичних періодонтитів
7. Етіологія та патогенез травматичних періодонтитів
8. Класифікації періодонтитів.
9. Етіологічні фактори виникнення гострих періодонтитів. Патоморфологічна характеристика гострого серозного періодонтиту.
10. Клінічна картина гострого серозного періодонтиту.
11. Диференційна діагностика гострого серозного періодонтиту.
12. Патоморфологічна характеристика гострого гнійного періодонтиту. Клінічна картина.
13. Диференційна діагностика гострого гнійного періодонтиту.
14. Ускладнення гострих періодонтитів.
15. Дані додаткових методів обстеження при гострому періодонтиті.
16. Етіологічні чинники виникнення хронічного верхівкового періодонтиту.
17. Які основні методи дослідження необхідно провести для діагностики хронічних форм періодонтиту?
18. Назвіть додаткові методи обстеження, які необхідні для диференційної діагностики хронічних форм періодонтиту?
19. Клінічна картина хронічного фіброзного періодонтиту.
20. Клінічна картина хронічного гранулюючого періодонтиту.
21. Клінічна картина хронічного гранульоматозного періодонтиту.
22. Рентгендіагностика хронічних верхівкових періодонтитів. Диференційна діагностика хронічних періодонтитів.
23. Які Ви знаєте методи лікування періодонтитів?
24. Покази до консервативного методу лікування періодонтитів.
25. Які основні протипокази до консервативного методу лікування періодонтитів?
26. Мета консервативної терапії при лікуванні гострих періодонтитів?
27. Основні етапи лікування гострого серозного періодонтиту.
28. Основні етапи лікування гострого гнійного періодонтиту.
29. Інструменти для розкриття вічок кореневих каналів. Видалення пухляків із кореневого каналу, методики, інструменти.
30. Розпломбовування каналів, методики, інструменти.
31. Медикаментна обробка кореневого каналу при лікуванні гострих періодонтитів. Лікарські препарати
32. Особливості лікування гострого токсичного періодонтиту.
33. Основні принципи лікування гострого травматичного періодонтиту.
34. Особливості інструментальної обробки кореневих каналів при виконанні кожного з етапів лікування хронічного періодонтиту.
35. Особливості фармакотерапії при виконанні кожного етапу лікування хронічного періодонтиту.
36. Медикаментні засоби для стимуляції периапікального остеогенезу.
37. Вимоги до лікувальних засобів, які застосовуються при лікуванні періодонтитів.
38. Основні групи лікувальних засобів, які застосовуються при лікуванні періодонтитів.
39. Засоби для хімічного розширення кореневих каналів.
40. Методики пломбування непрохідних кореневих каналів.
41. Методика депофорезу міді-кальцію.
42. Особливості розкриття порожнини зуба, розширення каналу та верхівкового отвору при гострому періодонтиті.

43. Основні принципи в лікуванні хронічного періодонтиту.
44. Характеристика пломбувальних матеріалів для заповнення корневих каналів.
45. Консервативно-хірургічні методи лікування періодонтитів.
46. Помилки і ускладнення під час діагностики і лікування періодонтиту.
47. Загострення після лікування періодонтитів. Контроль за лікуванням періодонтитів.
48. Чим може бути зумовлена зміна кольору девітальних зубів? Які методи корекції колориметричного стану девітального зуба?
49. Які показання та протипоказання до вибілювання девітальних зубів?
50. У чому полягає сутність методу „Power bleaching”?
51. У чому полягає сутність методу „Walking bleaching”?
52. Назвати етапи підготовки до внутрішньокоронкового вибілювання зуба.
53. Які ускладнення можуть виникнути при вибілюванні депульпованого зуба препаратами на основі перексиду водню?
54. Покази та протипокази для використання внутрішньоканальних штифтів.
55. Класифікація внутрішньоканальних штифтів, що використовуються при відновленні клінічної коронки зуба.
56. Переваги та недоліки різних видів внутрішньоканальних штифтів.
57. Які матеріали використовуються для фіксації різних видів внутрішньоканальних штифтів. Методики фіксації.
58. Клінічні та лабораторні етапи виготовлення куксових корневих вкладок прямим методом.
59. Клінічні та лабораторні етапи виготовлення куксових корневих вкладок непрямим методом.
60. Показання для застосування фізичних методів у ендодонтії.
61. Діатермокоагуляція, суть методики, показання, особливості проведення.
62. Анодна гальванізація, суть методики, показання, особливості проведення.
63. Лікарський електрофорез, суть методики, показання, особливості проведення. Характеристика препаратів для лікарського електрофорезу в ендодонтії, особливості їх введення в тканини.
64. Ультрафонофорез, суть методики, показання, особливості проведення.
65. Мікрохвильова терапія, суть методики, показання, особливості проведення.
66. Депофорез міді-кальцію, суть методики, показання. Особливості проведення методики депофорезу міді-кальцію, переваги над традиційними способами obturaції корневих каналів.
67. Діадинамотерапія, суть методики, показання, особливості проведення.
68. Використання УВЧ-терапії в ендодонтії.
69. Флюктуоризація, біологічна дія, застосування в ендодонтії.
70. Використання лазерів в ендодонтії.
71. Переваги та недоліки фізіотерапевтичних методів лікування.
72. Помилки у діагностиці пульпітів, диференційній діагностиці з іншими захворюваннями та у виборі методу лікування.
73. Помилки та ускладнення при проведенні знеболення під час лікування пульпітів та періодонтитів.
74. Помилки та ускладнення при виконанні біологічного методу лікування пульпітів.
75. Помилки та ускладнення в процесі виконання вітальної ампутації та екстирпації.
76. Засоби для зупинки кровотечі з кореневого каналу.
77. Помилки та ускладнення при виборі та виконанні девітальних методів лікування пульпітів.
78. Ускладнення, що виникають у віддалені терміни після лікування пульпітів.
79. Ускладнення, які виникають внаслідок неповного видалення пульпи чи пупричних мас. Шляхи усунення.

80. Перелічити чинники, які призводять до помилок у діагностиці та диференційній діагностиці періодонтитів.
81. Помилки та ускладнення при виборі методу лікування гострих періодонтитів.
82. Помилки та ускладнення при виборі методу лікування хронічних періодонтитів.
83. Ускладнення, що виникають внаслідок недотримання асептики при лікуванні періодонтитів.
84. Помилки, що виникають внаслідок недостатнього розкриття верхівкового отвору при лікуванні періодонтитів.
85. Ускладнення, що виникають внаслідок некоректного медикаментного опрацювання кореневих каналів при лікуванні періодонтитів.
86. Шляхи попередження зламів ендодонтичних інструментів в кореневих каналах та заходи по їх вилученню.
87. Ознаки аспірації чи заковтування ендодонтичних інструментів. Невідкладна допомога.
88. Підшкірна емфізема, причини виникнення, заходи попередження та методи усунення даного ускладнення.
89. Помилки та ускладнення при обтурації кореневих каналів.
90. Причини неповної обтурації кореневих каналів, заходи по недопущенню подібних помилок.
91. Причини компресійно-токсичної невропатії. Клінічна картина, лікування ускладнення.
92. Пізні ускладнення після лікування періодонтитів.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ
Кафедра стоматології

Затверджено
на засіданні кафедри стоматології
протокол № 1 від 28.08.2017 р.
Завідувач кафедри
_____ д.мед.н. Лахтін Ю.В.

**Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів
з дисципліни «Терапевтична стоматологія» 4 курс
Модуль 3**

Методичні вказівки складено:

зав. кафедри, д-р мед. н. Лахтін Ю.В.

Зміст

- Практичне заняття № 1.** Визначення початкового рівня знань. Техніка безпеки при роботі у відділенні терапевтичної стоматології
- Практичне заняття №2.** Клінічні морфофункціональні особливості пародонту. Зубоясенне з'єднання. Вікові зміни. Клінічне значення (Пародонт. Визначення поняття. Анатомія, гістологія, фізіологія пародонту. Захисні механізми)
- Практичне заняття №3.** Захворювання тканин пародонту. Термінологія, класифікація хвороб пародонту. Позитивні якості та недоліки
- Практичне заняття №4.** Особливості клінічного обстеження хворих з патологією пародонту. Основні клінічні методи
- Практичне заняття №5.** Спеціальні методи обстеження хворих з патологією пародонту. Індексна оцінка стану тканин пародонту
- Практичне заняття №6.** Rtg-діагностика хворих з патологією тканин пародонту
- Практичне заняття №7.** Лабораторні, функціональні методи обстеження хворих з патологією тканин пародонту
- Практичне заняття №8.** Механізм виникнення над- і під'ясенних зубних відкладень, їх вплив на стан тканин пародонту та методи їх усунення
- Практичне заняття №9.** Помилки та ускладнення в діагностиці хворих з патологією тканин пародонту. Контроль засвоєння змістового модуля
- Практичне заняття №10.** Етіологія та патогенез запальних хвороб пародонту
- Практичне заняття №11.** Папіліт. Гінгівіт. Класифікація. Клініка катарального гінгівіту
- Практичне заняття №12.** Лікування катарального гінгівіту
- Практичне заняття №13.** Гіпертрофічний гінгівіт. Клініка, діагностика
- Практичне заняття №14.** Лікування гіпертрофічного гінгівіту
- Практичне заняття №15.** Виразковий гінгівіт. Клініка, діагностика
- Практичне заняття №16.** Лікування виразкового гінгівіту
- Практичне заняття №17.** Атрофічний та десквamatивний гінгівіт. Клініка, лікування
- Практичне заняття №18.** Диференційна діагностика гінгівіту. Визначення самостійних гінгівітів у виникненні пародонтиту. Профілактика гінгівіту
- Практичне заняття №19.** Локалізований пародонтит. Клініка, діагностика
- Практичне заняття №20.** Лікування та профілактика локалізованого пародонтиту
- Практичне заняття № 21.** Етіологія, патогенез дистрофічно-

запальних захворювань тканин пародонта. Роль місцевих і загальних чинників. Вклад вітчизняних вчених

Практичне заняття № 22. Генералізований пародонтит. Класифікація. Основні синдроми пародонтиту

Практичне заняття № 23. Клінічно-морфологічна характеристика ступеней тяжкості генералізованого пародонтиту. Диференційна діагностика генералізованого пародонтиту

Практичне заняття № 24. Загальні принципи та план лікування хворих на генералізований пародонтит. Складання плану лікування

Практичне заняття № 25. Усунення місцевих чинників пошкодження тканин пародонта. Травматична оклюзія, методи діагностики. Тимчасове шинування

Практичне заняття № 26. Лікування симптоматичного гінгівіту. Використання лікарських засобів для місцевої терапії: механізм дії, способи застосування залежно від форми та перебігу симптоматичного гінгівіту. Рецептатура лікарських засобів

Практичне заняття № 27. Пародонтальні пов'язки. Види. Показання до застосування

Практичне заняття № 28. Хірургічні методи лікування генералізованого пародонтиту (кюретаж, гінгівотомія, гінгівектомія). Показання, методика проведення

Практичне заняття № 29. Ортопедичні заходи в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту. Показання. Методика проведення

Практичне заняття № 30. Загальна фармакотерапія хворих на генералізований пародонтит. Показання. Лікарські препарати

Практичне заняття № 31. Пародонтоз. Етіологія, патогенез. Клініка, діагностика, лікування. Методи усунення гіперестезії зубів

Практичне заняття № 32. Ідіопатичні хвороби тканин пародонта. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування

Практичне заняття № 33. Пухлини та пухлино подібні хвороби тканин пародонта. Етіологія, клініка, діагностика, принципи лікування

Практичне заняття № 34. Особливості лікування пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта на тлі патології внутрішніх органів і систем

Практичне заняття № 35. Помилки та ускладнення під час діагностики та лікування хвороб пародонта

Практичне заняття № 36. Організація фізіотерапевтичного кабінету. Показання, протипоказання до використання, методи лікування. Методи фізіотерапевтичного лікування

Практичне заняття № 37. Профілактика захворювань тканин пародонта. Етіологічні та патогенетичні заходи профілактики. Диспансеризація хворих

Практичне заняття № 38. Підсумковий модульний контроль

Практичне заняття № 1

Тема: Визначення початкового рівня знань. Техніка безпеки при роботі у відділенні терапевтичної стоматології.

Мета заняття: визначити початковий рівень знань студентів та ознайомити із технікою безпеки при роботі у стоматологічному кабінеті.

Коротка характеристика теми

Вимоги до техніки безпеки в стоматологічних кабінетах.

Під час препарування каріозних порожнини високооборотовими машинами або турбінками, необхідно захищати органи дихання маскою із чотирьох шарів марлі, яку потрібно замінювати на нову через 4 год. роботи і знезаражувати кип'ятінням 15 хв., або використовувати фабричну медичну маску.

Органи зору слід захищати захисними окулярами, щитками.

Після проведення гнійних оперативних втручань у хворого, який переніс вірусний гепатит, потрібно обробити руки 0,5% розчином хлораміну і вмити руки теплою водою.

Ознайомити студентів із технікою безпеки під час роботи в стоматологічному кабінеті терапевтичного відділення.

Студенти зобов'язані дотримуватись даних інструкцій.

Вимоги техніки безпеки.

1. Стоматологічна установка призначена для надання стоматологічної допомоги в амбулаторних умовах.
2. Стоматологічна установка працює від джерела електричної напруги 220 В. Установка є заземленою та зануленою, експлуатується при температурі +10-35⁰С.
3. Установка оглядається один раз на місяць техніком по ремонту медичного обладнання, з відміткою у контрольно-технічному журналі, після чого дається дозвіл на роботу.

Вимоги перед початком роботи.

1. Перевірити роботу світильника та під'єднання установки до водопроводу та каналізації.
2. Підключити установку до електромережі.
3. Перевірити цілісність заземлення, занулення та електрошнурів.
4. Перевірити справність головки наконечника.

Вимоги техніки безпеки під час роботи.

1. Перевірити роботу установки шляхом її включення за допомогою педалі та регулятора частоти обертів.
2. Після закінчення маніпуляцій з пацієнтом, установка вимикається вимикачем на панелі.

Вимоги техніки безпеки після закінчення роботи.

1. Установа вимикається спочатку на панелі, потім з електромережі.

Вимоги техніки безпеки при аварійних ситуаціях.

При пошкодженні шнурів заземлення, освітлення, установки та ін. необхідно:

- вимкнути установку з електромережі;
- повідомити про несправність завідуючого відділення;
- викликати техніку по ремонту медичного обладнання;
- ремонт установки і крісла проводиться тільки особами, що мають допуск до цих робіт.

При вступі на роботу і періодично не рідше один раз в 12 місяців повинна проводитися перевірка знань персоналу з питань безпеки праці за програмою, затвердженою головним лікарем.

Персонал зуботехнічної лабораторії зобов'язаний дотримуватись правил внутрішнього трудового розпорядку, режиму праці і відпочинку. Персонал зуботехнічної лабораторії зобов'язаний:

- керуватися в роботі інструкціями (посадовими; по санітарному режиму; заводів-виробників на устаткування, встановлене в зуботехнічній лабораторії);
- володіти прийомами надання першої медичної допомоги, знати місцезнаходження аптечки;
- знати правила пожежної безпеки і місця розміщення засобів пожежогасіння.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Вимоги техніки безпеки при роботі в стоматологічному кабінеті терапевтичного відділення.
2. Вимоги перед початком, під час роботи та після її закінчення.
3. Вимоги безпеки при аварійних ситуаціях.

Орієнтовані ситуаційні задачі та тестові завдання

1. Для організації стоматологічного кабінету на два робочих місця виділено приміщення з природним освітленням, забезпечене витяжною вентиляцією, каналізацією та штучним освітленням, площею не менш ніж:

- A. 12 м²
- B. 20 м²
- C. 22 м²
- D. 24 м²
- E. 34 м²

2. Коефіцієнт відображення кольору фарби, в який пофарбований стоматологічний кабінет повинен становити:

- A. 35-45
- B. 10-30
- C. 40-60
- D. 50-70
- E. 20-30

3. Світловий коефіцієнт у кабінеті лікаря-стоматолога на одне робоче місце повинен становити:

- A. $1/2-1/3$
- B. $1/3-1/4$
- C. 1-2
- D. 1,5-2
- E. $1/4-1/5$

4. Коефіцієнт природної освітленості у кабінеті лікаря-стоматолога повинен становити:

- A. Не менше 1,5%
- B. 1%
- C. Не менше 2%
- D. Не більше 2,5%
- E. 0,5%

5. Кут падіння світлових променів на одне робоче місце в кабінеті лікаря-стоматолога повинен становити:

- A. 35°C
- B. 20°C
- C. Не більше 35%
- D. Не менше 28°C
- E. Не менше 25°C

6. Яким повинен бути рівень освітленості кабінету при використанні люмінесцентних ламп?

- A. Не більше 650 люкс
- B. Не менше 500 люкс
- C. 400 люкс
- D. Не менше 350 люкс
- E. Не більше 400 люкс

7. Освітленість рефлектора стоматологічної установки в кабінеті лікаря-стоматолога повинна бути в межах:

- A. 1000-2000 люкс
- B. 4000-6000 люкс
- C. 2000-5000 люкс
- D. 1500-2000 люкс
- E. 0-1000 люкс

8. Який діапазон частоти обертання робочого інструменту мікромотора?

- A. 1000-30000 об/хв
- B. 0-3000 об/хв
- C. 10000-100000 об/хв
- D. 100000-500000 об/хв
- E. 0-10000 об/хв.

9. Вимоги техніки безпеки при роботі в кабінеті встановлюють мінімально припустиму відстань між лікарем, який працює на стоматологічній установці і заземленим об'єктом (батареї центрального опалення, водопровідні труби). Скільки вона становить?

- A. 0,5 м
- B. 2 м
- C. 2,5 м
- D. Не має значення
- E. 1 м

10. Які елементи входять в поняття „турбінна трійка“:

- A. Турбінний наконечник, повітряний пусстер, пістолет для води
- B. Повітряний пусстер, слиновідсмоктувач, турбінний наконечник
- C. Три турбінних наконечники різної потужності
- D. Турбінний, механічні кутовий і прямий наконечники
- E. Повітряний пусстер, механічний і турбінний наконечники

11. Довжина хвилі світла фотополімеризатора повинна становити:

- A. 400-500 нм
- B. 300-400 нм
- C. 600-700 нм
- D. 250-350 нм
- E. 550-650 нм

12. Не можна використовувати фотополімеризатор у пацієнтів:

- A. Із захворюванням серцево-судинної системи
- B. Із захворюванням крові
- C. Із серцевим стимулятором
- D. Із глаукомою
- E. Онкологічних хворих

13. Пристрій для обчислення потужності світлового потоку фотополімеризатора називається:

- A. Спектрометр
- B. Радіометр
- C. Рефлектор
- D. Осцилограф

Е. Радіовізіограф

14. Діапазон частот обертання робочого інструменту в турбінному наконечнику при проведенні розкриття каріозної порожнини:

- A. 3000-10000 об/хв
- B. 200000-300000 об/хв
- C. 30000-50000 об/хв
- D. 10000-30000 об/хв
- E. 300-400 об/хв.

15. Стоматологічний бор складається з:

- A. Хвостовика і головки
- B. Ручки і головки
- C. Ручки, фрези і головки
- D. Хвостовика, шийки і головки
- E. Ручки, головки і хвостовика

16. Прямий та кутоподібний наконечник має частоту обертання бора:

- A. 10000-30000 об/хв
- B. 20000-40000 об/хв
- C. 0-10000 об/хв
- D. 5000-10000 об/хв
- E. 30000-50000 об/хв.

17. Який колір маркувального кільця алмазного бора з найбільш грубозернистим напиленням для препарування каріозної порожнини III класу за Блеком:

- A. Чорний
- B. Червоний
- C. Білий
- D. Синій
- E. Зелений

18. Чим відрізняються бори для різних типів наконечників:

- A. Матеріалом робочої частини
- B. Формою робочої частини
- C. Матеріалом хвостовика
- D. Діаметром робочої частини
- E. Діаметром і формою хвостовика

19. Що можна виявити за допомогою амідопіринової проби?

- A. Стерильність інструментів
- B. Наявність корозії
- C. Наявність залишків крові на інструментах

- D. Наявність залишків миючих речовин
- E. Підвищення чутливості організму до алергенів

20. Який правильний режим стерилізації стоматологічних інструментів в сухожаровій шафі?

- A. При температурі 120⁰С – 90 хв.
- B. При температурі 140⁰С – 45 хв.
- C. При температурі 160⁰С – 120 хв.
- D. При температурі 180⁰С – 60 хв.
- E. При температурі 200⁰С – 30 хв.

Рекомендована література

1. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколишина).– Т. 1.– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник.– У 4 томах /М.Ф. Данилевський, А.В.Борисенко, А.М. Політун та ін.– К.: Здоров'я, 2004.– Т.2.– 400 с.
3. Джегус И. Психологические аспекты в работе с пациентами.– Харьков.– 2003.– 120 с.
4. Терапевтическая стоматология: Учебн. Пособие /Под ред. проф. Л.А.Дмитриевой.– М.: МЕДпресс-информ, 2003.– 896 с.
5. Дан Г.П. Етика для лікарів, медсестер і пацієнтів/пер. Т. Різун.– Львів: Свічадо, 2008.– 200 с.

Практичне заняття № 2

Тема: Клінічні морфофункціональні особливості пародонту. Зубоясенне з'єднання. Вікові зміни. Клінічне з'єднання (Пародонт. Визначення поняття. Анатомія, гістологія, фізіологія пародонту. Захисні механізми).

Мета заняття: вивчити клінічні морфофункціональні особливості пародонту та зубо-ясенного з'єднання.

Коротка характеристика теми

Поняття „пародонт” об'єднує комплекс анатомічних утворень: ясна, періодонт, кісткову тканину, альвеоли, цемент кореня зуба, які тісно

пов'язані між собою генетично, морфологічно та функціонально, мають спільну іннервацію та кровопостачання і складають єдине ціле.

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

Періодонт – це щільна сполучна тканина, яка оточує корені зуба, розташована між цементом та альвеолярною кісткою. Періодонт (зв'язковий апарат) виконує опорно-утримуючу і амортизуючу функції.

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

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

Власна альвеолярна кістка (стінка альвеоли являє собою тонку (0,1-0,4 мм) кісткову пластинку, яка оточує корінь зуба і є місцем прикріплення волокон періодонта.

Кровопостачання пародонту здійснюється від гілок верхньо-нижньощелепової артерій, які відходять від зовнішньої сонної артерії. Ясна верхньої щелепи постачаються кров'ю із анастомозів, утворених судинами зовнішньої артеріальної дуги в/щ. Ясна н/щ постачаються кров'ю від артеріальних гілок внутрішньої альвеолярної дуги.

Лімфатичні судини супроводжують кровоносні судини і лімфА від тканин пародонту відводиться в регіональні (підборідкові та під щелепові) лімфатичні вузли.

Тканини пародонту іннервуються трійчастим нервом. Верхня щелепа – другою, а нижня – третьою його гілками.

Функції пародонту:

1. Опорна і амортизуюча – утримує зуб в альвеолі, розподіляє жувальне навантаження і регулює тиск при жуванні.
2. Бар'ерна – формує бар'єр, перешкоджає проникненню мікроорганізмів і шкідливих речовин в ділянку кореня.
3. Трофічна – забезпечує живлення цементу.
4. Рефлекторна функція полягає в регуляції жувального тиску і здійснюється завдяки численним нервовим рецепторам. За рахунок пародонто-маскулярного рефлексу регулюється сила скорочення жувальної мускулатури в залежності від характеру їжі, повноцінності зубного ряду і стану пародонту.
5. Пластична функція проявляється в постійній побудові тканин пародонту, що змінюється в процесі фізіологічних і патологічних реакцій. Регенерація тканин пародонту забезпечується фібробластами, остео- і цементобластами, тучними клітинами. Важлива роль належить високому

рівні обмінних процесів і інтенсивності транскапілярного в судинах мікроциркуляторного русла.

Доволі важливим з клінічної точки зору анатомічним утвором є зубо-ясенне з'єднання, де ясенний епітелій прикріплюється до зубних тканин і звідки починаються перші дистрофічно-запальні зміни.

З віком у тканинах пародонту в результаті старіння організму виникають зміни. Знання цих змін допомагає в діагностиці захворювань пародонта, дозволяє правильно вирішувати питання їх лікування та профілактики. Наприклад, внаслідок атрофії ясен оголюється цемент кореня зуба за відсутності запалення ясен та пародонтальних кишень. В ділянці верхівки цемент стовщується (гіперцементоз). В міру атрофії кістки альвеолярного відростка місця прикріплення епітелію і сполучнотканинних волокон до цементу зміщуються до верхівки кореня (рецесія).

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Анатомо-фізіологічна характеристика пародонту.
2. Гістологічна будова тканин пародонту.
3. Функції пародонту.
4. Кровообіг та іннервація пародонту.
5. Вікові зміни пародонту і їх клінічне значення.

Орієнтовані ситуаційні задачі та тестові завдання

1. Комплекс тканин, об'єднаних в поняття пародонт:
 - A. Ясна і кругова зв'язка зуба
 - B. Періодонт, ясна, окістя, зуб
 - C. Ясна, окістя, кістка альвеоли, періодонт, цемент
 - D. Ясна, тканини зуба
 - E. Ясна, окістя, цемент
2. Структурними утвореннями мікроциркулярного русла пародонту є:
 - A. Артеріоли, прекапіляри, капіляри, посткапіляри, венули
 - B. Артеріоли і венули
 - C. Капіляри
 - D. Прекапіляри, капіляри, посткапіляри
 - E. Венозні судини
3. Іннервацію пародонту забезпечує:
 - A. Лицевий нерв
 - B. Друга гілка трійчастого нерва
 - C. Гілки зубних сплетень другої і третьої гілки трійчастого нерва

- D. Перша гілка трійчастого нерва
- E. Всі три гілки трійчастого нерва

4. Ключові фактори в етіології захворювань пародонту:

- A. Змінена реактивність організму
- B. Мікроорганізми зубної бляшки
- C. Травматична оклюзія
- D. Спадковість
- E. Мікроорганізми і продукти їх обміну в зубному нальоті; чинники порожнини рота, здатні посилювати чи послаблювати вплив мікроорганізмів, загальні чинники, що регулюють метаболізм тканин порожнини рота

5. Різниця між запальними і дистрофічними захворюваннями пародонту (пародонтит і пародонтоз):

- A. Немає, це лише форми одного і того ж дистрофічного процесу в щелепах
- B. Це абсолютно різні захворювання
- C. Різниця визначається лише спочатку, подальші стадії розвитку даних захворювань не відрізняються один від одного
- D. Запальний процес передує дистрофічному
- E. Пародонтоз передує пародонтиту

6. Найбільш несприятливим при розвитку захворювань пародонту є:

- A. Відкритий прикус
- B. Глибокий прикус
- C. Перехресний прикус
- D. Дистальний прикус
- E. Прямий прикус

7. При захворюваннях пародонту метою вибіркового пришліфовування є:

- A. Нормалізація прикусу
- B. Усунення запального процесу
- C. Відновлення анатомічної форми зубів
- D. Усунення передчасних оклюзійних контактів, що призводять до травми від оклюзії
- E. Естетичні свідчення

8. Епітеліальне зубоясенне з'єднання зруйноване при:

- A. Гіпертрофічному гінгівіті
- B. Хронічному катаральному гінгівіті легкого ступеня
- C. Пародонтиті легкого ступеня тяжкості
- D. Фіброзній формі гіпертрофічного гінгівіту
- E. Хронічному катаральному гінгівіті тяжкого ступеня

9. Де анатомічно знаходиться вихід протоки привушної слинної залози?

- A. На слизовій оболонці щоки в ділянці верхніх великих кутніх зубів
- B. На слизовій оболонці щоки в ділянці нижніх великих кутніх зубів

- C. На слизовій оболонці в ділянці ретромоллярної ямки
- D. На слизовій оболонці щоки в ділянці верхніх премолярів
- E. На слизовій оболонці щоки в ділянці нижніх премолярів

10. Вказати рН середовища, при якому розпочинається демінералізація дентину і цементу кореня.

- A. 4,5
- B. 5,0
- C. 5,5
- D. 6,0
- E. 6,5

11. Яке співвідношення цементу та емалі зустрічається найчастіше в пришийковій ділянці?

- A. Цемент перекриває емаль
- B. Краї емалі і цементу щільно прилягають один до одного
- C. Емаль перекриває цемент
- D. Емаль і цемент відділені певною відстанню

12. Що таке одонтогліфіка?

- A. Знання про рельєф поверхні зубів
- B. Знання про будову порожнини зуба
- C. Знання про навкол зубні тканини
- D. Немає правильної відповіді

13. Хімічний аналіз речовини показав, що досліджувана тканина складається з 95% неорганічних, 1,2% органічних речовин і містить 3,8% води. Яка тканина людини може мати такий склад?

- A. Цемент
- B. Дентин
- C. Емаль зуба
- D. Губчаста кістка альвеолярного відростка
- E. Трубчаста кістка

14. На рентгенограмі хворого після травми щелепно-лицевої ділянки виявлений перелом зуба, який приховано альвеолярної кісткою. Як називають частину зуба, розташовану в альвеолі і вкриту цементом?

- A. Зубний стовп (*columna dentis*)
- B. Корінь зуба (*radix dentis*)
- C. Суглобовий відросток (*processus articularis dentis*)
- D. Ніжка зуба (*pedicula dentis*)
- E. Альвеолярний відросток (*processus alveolaris dentis*)

15. Зазначте перелік тканин, що складають пародонт:

- A. Ясна, кісткова тканина лунки і тканини зуба

- В. Ясна, маргінальний періодонт, кругова зв'язка
- С. Ясна, періодонт, кісткова тканина лунки і цемент кореня зуба
- Д. Кісткова тканина лунки і тканини зуба
- Е. Ясна, кісткова тканина лунки, періодонт і кругова зв'язка

Рекомендована література

1. Годована О.І. Захворювання пародонту (гінгівіт, пародонтит, пародонтоз).– Львів-Тернопіль, 2009.– 199 с.
2. Данилевський Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта.– К., Здоров'я, 2000.– С. 13-49.
3. Заболевания пародонта: Атлас /Н.Ф. Данилевський, Е.А. Магид, П.А. Мухин, В.Ю. Малюкевич (Под ред. Данилевського Н.Ф.).– М., 1993.– С. 18-105.
4. Іванов В.С. Заболевания пародонта.– М., 1998.– С. 55-65.
5. Мащенко І.С. Болезни пародонта. Учебное пособие по терапевтической стоматологии.– Днепропетровск, Коло, 2003.– 272 с.
6. Мащенко І.С. Запальні та дистрофічні захворювання пародонту: Навчальний посібник.– Дніпропетровськ, АРТ-Прес, 2003.– С. 107-129.
7. Пародонтологія: Частина I /С.С. Різник, Б.С. Гриник, В.С. Гриновець (Під ред. Зубачика В.М.).– ЛДМУ, 2002.– С. 4-31.

Практичне заняття № 3

Тема: Захворювання тканин пародонту. Термінологія. Класифікація хвороб пародонту. Позитивні якості та недоліки.

Мета заняття: вивчити класифікацію хвороб пародонту.

Коротка характеристика теми

З розвитком науки про пародонт виникла потреба в тлумаченні понять, функціональних та патологічних його станів.

Папіліт – запалення міжзубного сосочка,

Гінгівіт – запалення ясен, зумовлене несприятливою дією місцевих і загальних чинників, без порушення цілостності зубо-ясенного з'єднання,

Пародонтит – запалення тканин пародонту, що характеризується прогресуючою деструкцією періодонта і кістки.

Пародонтоз – дистрофічне ураження тканин пародонту.

Пародонтоми – пухлини і пухлино подібні процеси в пародонті.

Класифікація хвороб має не тільки теоретичне, але і велике практичне значення, оскільки систематизуються сучасні знання про хвороби, що дає можливість практичному лікарю правильно поставити діагноз, вибрати раціональний метод лікування.

В сучасній пародонтології існує декілька десятків класифікацій хвороб пародонту. Така велика кількість класифікацій пояснюється не тільки численністю патології пародонту, а й головним чином розбіжностями в поглядах на характер ураження чи відсутністю єдиного принципу систематизації.

В Україні дотримуються класифікації хвороб пародонту, запропонованої М.Ф. Данилевським (1994). Республіканська конференція стоматологів України (Одеса, 1998) рекомендувала використовувати її як робочу класифікацію в навчальних та лікувальних установах країни.

I. Запальні.

1. Папіліт, гінгівіт.

Форма: катаральний, гіпертрофічний, виразковий, атрофічний

Перебіг: гострий, хронічний

Глибина ураження: м'які тканини остеопороз міжальвеолярних перегородок.

Поширеність процесу: вогнищевий, дифузний.

2. Локалізований пародонтит.

Форма: катаральний, гіпертрофічний, виразковий, атрофічний

Перебіг: гострий, хронічний.

Глибина ураження: м'які тканини і альвеолярна кістка.

Ступінь розвитку: початковий, I ступінь, II ступінь, III ступінь.

Поширеність процесу: обмежений.

II. Дистрофічно-запальні.

1. Генералізований пародонтит.

Перебіг: хронічний, хронічний в стадії загострення, стабілізація.

Глибина ураження: м'які тканини і альвеолярна кістка

Ступінь розвитку: початковий, I ступінь, II ступінь, III ступінь.

Поширеність процесу: дифузне ураження пародонту.

2. Пародонтоз.

Перебіг: хронічний

Ступінь розвитку: початковий, I ступінь, II ступінь, III ступінь.

Поширеність процесу: дифузне ураження пародонту.

III. Прогресуючі та ідіопатичні захворювання.

1. На фоні захворювань крові: лейкоз, циклічна нейтропенія, агранулоцитоз.
2. Гістіоцитоз: хвороба Леттера-Зіве, хвороба Хенда-Шюлера-Крісчена, еозинофільна гранульома (хвороба Таратінова).
3. На фоні порушень обміну: хвороба Німана-Піка, хвороба Гоше, синдром Папійона-Лефевра.
4. При вроджених захворюваннях: хвороба Дауна, акаталазія, десмонтоз.

IV. Продуктивні процеси (пародонтоми)

Доброякісні, злоякісні.

У зв'язку з переходом України з 01.01.1999 р. (наказ МОЗ від 08.10.1998 р. №297) на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб та споріднених проблем медицини виникла потреба ознайомлення з нею у вищій школі. Хвороби порожнини рота, слинних залоз та щелеп окремим блоком К00-К14 внесені в групу – хвороби органів травлення – клас XI блок К00-К93. Назви хвороб подаються із врахуванням Міжнародної номенклатури хвороб (МНХ) як концептуально модульного додатка МКХ. Головними критеріями вибору ставились вимоги, щоб назва була специфічною, однозначною, само описовою, простою.

Наводимо сучасну класифікацію хвороб пародонту як міжнародний нормативний документ системи обліку та звітності в охороні здоров'я за редакцією Українського інституту громадського здоров'я.

К05 – Гінгівіт і хвороби пародонту

К05.0 – Гострий гінгівіт

Виключено: гострий виразково-некротичний гінгівіт (А69.1) і гінгівостоматит (В00.2)

К05.1 – Хронічний гінгівіт.

Гінгівіт (хронічний):

БДВ (без дальших виразок);

Десквамативний;

Гіперпластичний;

Простий маргінальний;

Виразковий

К05.2 – Гострий періодонтит.

Пародонтальний абсцес.

Періодонтальний абсцес.

Виключено: гострий апікальний періодонтит (К04.4), періапікальний абсцес (К04.7).

К05.4 – Пародонтоз.

Юнацький пародонтоз.

К05.5 – Інші хвороби пародонту.

К05.6 – Хвороба пародонта, не уточнена

К06.0 – Осідання ясен.

К06.1 – Гіпертрофія ясен.

Фіброматоз ясен.

К06.8 – Інші не уточнені ураження ясен.

Фіброзний епуліс.

Гігантоклітинний епуліс.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Які ви знаєте класифікації хвороб пародонту?
2. На яких засадах побудована класифікація М.Ф. Данилевського (1994)?
3. Дати характеристику групі запальних уражень пародонту.

4. Охарактеризувати групу дистрофічно-запальних уражень тканин пародонту.
5. Які захворювання належать до групи прогресуючих і ідіопатичних захворювань з лізисом тканин пародонту?
6. Дати визначення поняттю „пародонтоми”.
7. Яка основна ознака відрізняє гінгівіт від пародонтиту?
8. За якими типами запальних змін розрізняють гінгівіти?
9. Який перебіг визначають при катаральній і гіпертрофічній формі гінгівіту?
10. При якій патології пародонту визначають атрофічні зміни в ясенній тканині?
11. Який перебіг пародонтозу визначають за класифікацією М.Ф. Данилевського (1994)?
12. Які із захворювань пародонту мають лише генералізоване поширення процесу, і до якої групи їх відносять за класифікацією М.Ф. Данилевського (1994)?
13. До якої групи відносять захворювання пародонту на тлі гістиоцитозу Х, за класифікацією Данилевського?
14. Класифікацію МКХ-10, її характеристика.
15. В чому полягає різниця між класифікацією М.Ф. Данилевського (1994) і класифікацією МКХ-10?

Орієнтовані ситуаційні задачі та тестові завдання

1. Запальний процес в пародонті, який не супроводжується деструкцією зубо-ясенного з'єднання та резорбцією кісткової тканини, має назву:
 - A. Гінгівіт
 - B. Пародонтоліз
 - C. Папіліт
 - D. Пародонтит
 - E. Пародонтоз
2. До групи запальних захворювань пародонту, за класифікацією Данилевського відносять:
 - A. Папіліт, гінгівіт, локалізований пародонтит
 - B. Генералізований пародонтит, пародонтоз
 - C. Ідіопатичні хвороби з лізисом тканин пародонту, гінгівіт
 - D. Пародонтома і пародонтоз
 - E. Гінгівіт і пародонтома
3. Запалення пародонту, що супроводжується деструкцією зубо-епітеліального з'єднання з подальшим утворенням пародонтальної кишені і резорбцією кісткової тканини міжзубних перегородок відбуваються при:
 - A. Пародонтиті

- В. Гінгівіті
- С. Пародонтомах
- Д. Пародонтозі
- Е. Папіліті

4. До групи дистрофічно-запальних уражень пародонту за класифікацією Данилевського відносять:

- А. Генералізований пародонтит, пародонтоз
- В. Папіліт, гінгівіт, локалізований пародонтит
- С. Ідіопатичні хвороби з лізисом тканин пародонту, гінгівіт
- Д. Пародонтома і пародонтоз
- Е. Гінгівіт і пародонтома

5. Захворювання пародонту на тлі гістіоцитоза Х, за класифікацією Данилевського, відносять до групи:

- А. Ідіопатичних хвороб з лізисом тканин пародонту
- В. Запальних уражень пародонту
- С. Пародонтом
- Д. Дистрофічно-запальних уражень пародонту
- Е. Не відносять до жодної з вищенаведених груп

6. В класифікації захворювань пародонту для пародонтозу характерний наступний перебіг:

- А. Хронічний, стадія ремісії
- В. Хронічний, загострення хронічного
- С. Гострий, хронічний, стадія ремісії
- Д. Гострий, хронічний, загострення хронічного
- Е. Хронічний, загострення хронічного, стадія стабілізації

7. За класифікацією хвороб пародонту, епуліс відносять до:

- А. Пародонтом
- В. Папіліту
- С. Пародонтозу
- Д. Ідіопатичних захворювання з лізисом тканин пародонту
- Е. Пародонтиту

8. За класифікацією хвороб пародонту, фіброматоз відносять до групи:

- А. Пародонтоми
- В. Запальні ураження
- С. Ідіопатичні захворювання з лізисом тканин пародонту
- Д. Дистрофічно-запальні ураження
- Е. Не відносять до жодної з вищенаведених груп

9. Класифікацію МКХ-10 застосовують для:

- А. Оформлення статистичної звітності та наукових закордонних публікацій

- В. Діагностики захворювань
- С. Аналізу результатів лікування стоматологічних захворювань
- Д. Створення плану лікування
- Е. Диференційної діагностики захворювань

10. Яке серед перерахованих захворювань пародонту, визначається лише як генералізоване ураження:

- А. Пародонтоз
- В. Фіброматоз
- С. Папіліт
- Д. Гінівіт
- Е. Пародонтит

11. Резорбція кісткової тканини міжзубних перегородок більш ніж на 1/2 довжини кореня зуба альвеолярного відростку верхньої та нижньої щелеп, відповідає тяжкості перебігу при:

- А. Генералізованому пародонтиті III ступеня тяжкості
- В. Генералізованому пародонтиті II ступеня тяжкості
- С. Пародонтозі III ступеня тяжкості
- Д. Локалізованому пародонтиті III ступеня тяжкості
- Е. Локалізованому пародонтиті важкого ступеня

Рекомендована література

1. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколішина).– Т.1.– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.
2. Терапевтична стоматологія дитячого віку (За ред. проф. Л.О. Хоменко).– К.: Книга плюс, 1999.– 524 с.
3. Царинский М.М. Терапевтическая стоматология.– Ростов н/Д.: Феникс, 2008.– 508 с.
4. Терапевтическая стоматология: учебник (Под. ред. Ю.М. Максимовского).– М.: Медицина, 2002.– 640 с.

Практичне заняття № 4

Тема: Особливості клінічного обстеження хворих з патологією пародонту.
Основні клінічні методи.

Мета заняття: вивчити клінічні методи обстеження хворих з патологією пародонту.

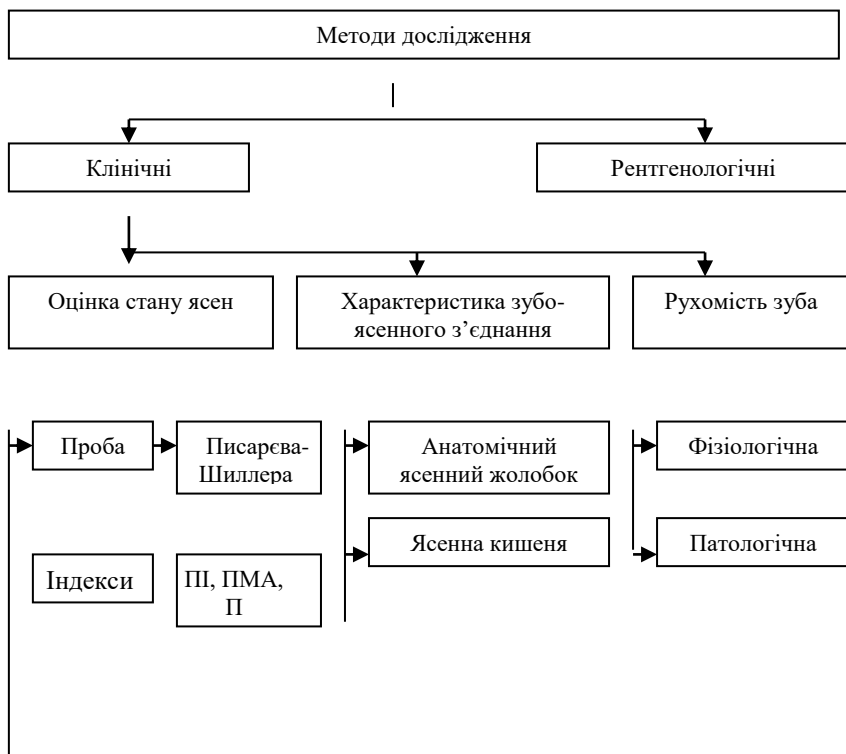
Коротка характеристика теми

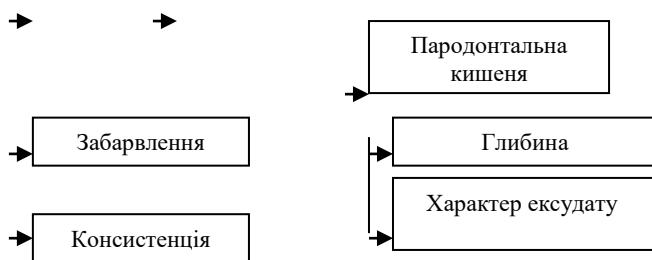
Метою обстеження хворого з патологією пародонту є встановлення діагнозу, ступеня тяжкості захворювання, виявлення місцевих та загальних чинників виникнення і розвитку хвороби.

Обстеження пародонтологічних хворих проводять в такій послідовності:

- первинне обстеження (данні суб'єктивного, зовньошньоротового, клінічного та інструментального обстеження, що дозволяє визначити попередній діагноз);
- детальне обстеження – з використанням спеціальних методів, які скеровані на вивчення окремих синдромів хвороби (стан судин, імунологічний статус тощо) та проведення диференційної діагностики з іншими ураженнями пародонту. На підставі отриманих даних визначається розгорнутий, заключний діагноз;
- повторне обстеження в процесі лікування. Визначається ефективність використання методів і середників лікування.

Схема. Обстеження хворого з захворюваннями пародонту.





Стоматологічне обстеження хворого (*Status praesens*)

Стоматологічне обстеження хворого спрямоване на вивчення стану тканин пародонту:

- стан ясен,
- визначення ступеню втрати зубоясенного з'єднання,
- рухомість зуба,
- оцінка стану гігієни порожнини рота.

При огляді ясен звертають увагу на форму, колір, лінію ясенного краю, стан поверхні ясен та об'єм ясенної тканини, порівнюючи при цьому ці показники з аналогічними показниками здорових ясен.

Важливим параметром оцінки стану пародонту є наявність або відсутність зубо-ясенного з'єднання, яке визначається як відстань між межею емаль-цемент і дном ясенної борозни. Розрізняють наступні різновидності клінічних кишень: ясенні, пародонтальні (надальвеоларні) та кісткові (внутрішньоальвеоларні).

Стан зубоясенного з'єднання, а також параметри ясенної та пародонтальної кишень визначають за допомогою пародонтального зонду. Глибину в ділянці пародонту кожного зуба визначають у чотирьох місцях (з мезіо-щічної, дистально-щічної, вестибулярної і язикової поверхонь).

Для виявлення вмісту пародонтальної кишені легко натискають пальцем на ясна в ділянці проекції верхівки кореня і переміщують його до ясенного краю. Для виявлення гнійного вмісту кишені проводять бензидинові пробу. З метою диференційної діагностики ясенної чи пародонтальної кишені використовують формалінову пробу за С. Парма.

При захворюваннях пародонту необхідно виключити вузли травматичної оклюзії. Ступінь рухомості зубів пов'язаний з важкістю і глибиною порушення зубо-ясенного з'єднання. Розрізняють статистичну і динамічну рухомість. Статистична рухомість – це величина відхилення зуба (в міліметрах) внаслідок силової дії. Динамічна рухомість зуба – здатність тканин пародонту амортизувати імпульсні дії на зуб.

Показники патологічної рухомості зуба:

I ст. – зуб відхиляється у вестибуло-оральному напрямку в межах ширини ріжучого краю (1-2 мм).

II ст. – зуб рухомий у вестибулярно-оральному та медіо-дистальному напрямку.

III ст. – крім вказаних зміщень, зуб рухомий ротанційно.

Розвиток травматичної оклюзії є постійним симптомом пародонтиту та пародонтозу. Оклюзограма – одержання відбитків зубних рядів на пластичному матеріалі при звичайному змиканні зубів.

Кровоточивість ясен визначають за допомогою індексу кровоточивості (ІК):

0 ст – відсутність кровоточивості.

I ст. – слаба – з'являється в кінці зондування або через деякий час (15-20 сек.) після нього у вигляді вузької смужки крові в папілярно-маргінальних ділянках ясен обстежуваного зуба.

II ст. – помірна – з'являється в процесі зондування у вигляді виділення невеликої плями крові, яка заповнює міжзубні проміжки та пришийкову ділянку обстежуваного зуба.

III ст. – посилена – з'являється на початку чи в процесі зондування як велике крововиділення, що швидко припиняється (через 5-15 сек.), набираючи вигляду розлитої плями крові, яка покриває обстежувану та сусідні папілярно-маргінально-альвеолярні ділянки ясен і поверхні зубів.

IV ст. – виражена (різка) – з'являється вже на початку зондування як різке і значне крововиділення, що триває на одному рівні деякий час (15-30 сек.), поступово зменшуючись і припиняючись; створюється вигляд, що кров заливає обстежувану та сусідні ділянки ясен та зубів.

Місцеві травмуючі чинники. Виявлення травмуючі чинників є одним з центральних завдань для клінічної оцінки стану пародонту. Зубо-ясенні відкладення, неправильно запломбовані зуби, виготовлені ортопедичні конструкції, каріозні порожнини, розташовані на контактних поверхнях і в пришийкових ділянках, відсутність контактного пункту, патологічний прикус, аномалії окремо стоячих зубів та інші – це постійно діючі подразники, які викликають розвиток дистрофічно-запальних процесів в тканинах пародонту.

Визначення рН пародонтальних кишень дозволяє оцінити інтенсивність запального процесу, стан гігієни порожнини рота, ефективність лікування. Використовують рН-метри (рН-340) за допомогою скляних електродів. Дані отримують за допомогою індикаторного паперу з поділками. При запальних процесах кислотність зростає до 4,6-5,1, а при ефективному лікуванні відзначається олушення вмісту кишень (рН 9-11).

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Описати схему комплексного обстеження пародонтологічного хворого.
2. Які дані суб'єктивного обстеження вказують на патологічні зміни в тканинах пародонту?
3. Перерахувати показники, на підставі даних яких можна визначити ступінь запального процесу в яснах.
4. Які клінічні методи застосовують для визначення стану та вмісту ясенної борозни, ясенної та пародонтальної кишень?

5. Методика вимірювання глибини пародонтальної кишені.
6. Бензидинова проба. Методика проведення.
7. Формалінова проба. Описати методику проведення.
8. Рухомість зубів, причини виникнення, ступені патологічної рухомості зуба.
9. Травматична оклюзії, її види.
10. Методи визначення травматичної оклюзії. Оклюзіограма.
11. Місцеві травмуючі чинники, їх значення в етіології хвороб пародонту.
12. Визначення рН пародонтальних кишень.

Орієнтовані ситуаційні задачі та тестові завдання

1. Жінка 45 років, скаржиться на кровоточивість ясен, яка турбує протягом півроку і поступово прогресує. Об'єктивно: ясенний край набряклий, пухкий, пастозний, ІК=ІІ ст., ясенні кишені глибиною до 3мм з серозним ексудатом. На шийках зубів – відкладення порожнистого зубного каменю. Яке додаткове обстеження є необхідним для визначення остаточного діагнозу?
 - A. Ортопантомографія
 - B. Проба Шиллера-Писарева
 - C. Визначення ІІІ
 - D. Визначення стійкості капілярів
 - E. Оцінка ступеню рухомості зубів
2. Дном клінічної ясенної кишені є:
 - A. Кругова зв'язка зуба
 - B. Косі волокна періодонта
 - C. Резорбована кісткова тканини
 - D. Ясенно-кісткова зв'язка
 - E. Горизонтальні волокна періодонта
3. Глибину ясенної кишені визначають:
 - A. Від ясенного краю до дна кишені
 - B. Рентгенологічно
 - C. Від емалево-цементної межі до кістки альвеоли
 - D. Від ясенного краю до кістки
 - E. Від верхівки ясенного сосочка до дна кишені
4. Яким індексом доцільно користуватися при епідеміологічному обстеженні хворих на пародонтит?
 - A. Індекс СРІТН
 - B. Індекс РМА
 - C. Індекс Рамфьорда
 - D. Індекс ІІІ
 - E. Індекс Русселя

5. Бензидинова проба дозволяє визначити:

- A. Вид ексудату клінічних кишень
- B. Ступінь ороговіння епітелію ясен
- C. Наявність виразок в пародонтальних кишнях
- D. Стан мікроциркуляторного русла пародонту
- E. Наявність грануляцій у пародонтальній кишні

6. Дані проби за Кулаженко переднього відділу щелепи в нормі:

- A. 30-50 сек
- B. 15-20 сек
- C. 60-80 сек
- D. 10-30 сек
- E. 40-70 сек.

7. Яка в нормі глибина ясенної борозни?

- A. 1-1,5 мм
- B. 0,2-0,5 мм
- C. 0,5-1мм
- D. 2-3мм
- E.3-5мм

8. Використовуючи індекс РМА оцінюють стан:

- A. Ясен
- B. Пародонту
- C. Ретракції ясен
- D. Пародонтальних кишень
- E. Ясенних кишень

9. Який з додаткових методів обстеження необхідний для встановлення етіологічного чинника при запальних ураженнях тканин пародонту?

- A. Проведення мікробіологічного дослідження вмісту пародонтальних кишень
- B. Визначення ступеню рухомості зубів
- C. Визначення ступеню кровоточивості ясен
- D. Зондування глибини пародонтальних кишень
- E. Рентгендіагностика

10. Формалінова проба дозволяє визначити:

- A. Наявність виразок у пародонтальній кишні
- B. Фагоцитарну активність та регенераторну здатність тканин пародонту
- C. Наявність виразок в пародонтальних кишнях
- D. Стан мікроциркуляторного русла пародонту
- E. Вид ексудату клінічних кишень

11. У пацієнта 56 років, визначено рухомість 32 зуба у вестибулооральному та медіодистальному напрямках. Якому ступеню рухомості зубів відповідають вище наведені дані?

- A. II ст.
- B. IV ст.
- C. I ст.
- D. III ст.
- E. Жодному із вище наведених

12. Дівчина 25 років, скаржиться на кровоточивість ясен під час їжі та чищення зубів, яка з'явилася рік тому. Об'єктивно: скупченість зубів фронтальної ділянки нижньої щелепи; ясна в ділянці цих зубів набряклі, гіперемовані, зубо-епітеліальне з'єднання без ознак деструкції, ІК=1 ст. Яке додаткове обстеження є необхідним для визначення остаточного діагнозу?

- A. Рентгенологічне дослідження
- B. Проба Кьочке
- C. Реопародонтографія
- D. Проба Шиллера-Писарева
- E. Електроодонтодіагностика

13. Хворий 45-ти років з'явився зі скаргами на кровоточивість ясен, неприємний запах з порожнини рота. Після обстеження поставлений попередній діагноз: хронічний генералізований пародонтит II ступеня тяжкості. Оцінка результату якого показника найбільш інформативна для постановки остаточного діагнозу?

- A. Рентгенографія
- B. Глибина пародонтальних кишень
- C. Рухомість зубів
- D. Проба Кулаженко
- E. Проба Кетчке

Рекомендована література

1. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколішина).– Т.1.– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.
2. Терапевтична стоматологія дитячого віку (За ред. проф. Л.О. Хоменко).– К.: Книга плюс, 1999.– 524 с.
3. Царинский М.М. Терапевтическая стоматология.– Ростов н/Д.: Феникс, 2008.– 508 с.
4. Терапевтическая стоматология: учебник (Под. ред. Ю.М. Максимовского).– М.: Медицина, 2002.– 640 с.

Практичне заняття №5

Тема: Спеціальні методи обстеження хворих з патологією пародонту.
Індексна оцінка стану тканин пародонту.

Мета заняття: ознайомитись із спеціальними методами обстеження хворих з патологією пародонту.

Коротка характеристика теми

Функціональні методи обстеження пародонту.

Стоматоскопія – один з додаткових методів огляду слизової оболонки порожнини рота. Проводиться за допомогою люмінесцентного фотодіагностоскопа.

Капіляроскопія – метод обстеження капілярів. Використовують капіляроскоп М-70-А з освітлювачем при 28- або 70-кратному збільшенні (два змінних окуляри).

Біомікроскопія – прижиттєве вивчення стану тканин пародонту за допомогою збільшуючи оптичних систем. Використовують капіляроскоп, біноклярний мікроскоп, компактний мікроскоп, лужну лампу.

Реографія – безкровний метод обстеження кровопостачання тканин. Цей метод побудований на реєстрації електричного опору тканин при проходженні через них струму високої частоти.

Фотоплетимографія – метод вивчення стану кровообігу в тканинах пародонту, оснований на реєстрації оптичної щільності та її світло відображення. Використовують фотоплетизмографи.

Полярографія тканин пародонту – визначення кисневого балансу за допомогою окисно-відновних процесів. Використовують полярографи в імпульсному режимі подачі поляризованої напруги.

Термографія міжзубних сосочків і пародонтальних кишень проводиться з діагностичною метою і для контролю ефективності лікування. Використовують портативний без інерційний термометр.

Лабораторні методи діагностики.

I. Цитологічні методи – використовують для обстеження вмісту пародонтальних кишень та інших вогнищ ураження пародонту.

1. Ексфолиативна цитологія – дозволяє вести динамічне спостереження за перебігом захворювання, так як ступінь кератинізації слизової характеризує її бар'єрну функцію. Матеріал для цитологічного обстеження беруть з поверхні міжзубних сосочків за допомогою гумових полосок або кубиків і переносять на предметне скло.

2. Ротова цитодіагностика побудована на даних про циклічні зміни багатошарового плоского епітелію порожнини рота синхронно з

менструальним циклом. Матеріал для обстеження беруть зі слизової оболонки щоки вище від лінії змикання зубів. Розрізняють 4 ступені естрогенної насиченості (М.Г. Синиця, 1992).

3. Реакція адсорбції мікроорганізмів – РАМ (М.Ф. Данилевський, А.П. Самолов, Т.А. Зеленчук, 1985; Т.А. Зеленчук, 1985) клітинами епітелію слизової оболонки рота застосовується для комплексного обстеження хворих, визначення ефективності лікування. Беруть мазок зі здорової ділянки слизової оболонки альвеолярної частини ясен, забарвлюють за Романовським і вивчають взаємовідношення мікрофлори порожнини рота з епітеліальними клітинами.

4. Метод послідовних полоскань – міграція лейкоцитів в порожнину рота (М.А.Ясиновський, 1931). Дозволяє судити про захисні реакції тканин пародонту, ступінь фагоцитозу, характер запальної реакції. Підраховують кількість мігрованих лейкоцитів в одиниці об'єму змивної рідини. Для полоскань використовують 10 мл ізотонічного розчину хлориду натрію тривалістю полоскань 30 с, проміжки між ними 5 хв.

5. Гемограма – сукупність кількісного та якісного обстеження крові.

6. Моноцитограма – (О.П. Григорова, 1958) – це диференційований підрахунок і визначення процентного співвідношення різних форм моноцитів у периферичній крові.

II. Мікробіологічні методи дозволяють встановити склад мікрофлори в поверхневих і глибоких зонах пародонтальної кишені, провести її диференціацію, що важливо для діагностики і наступного вибору лікування.

III. Біохімічні методи використовують для визначення в сироватці крові і слині вмісту нейрамінової кислоти, фукози, оксипроліна в сечі, вміст ферментів та їх інгібіторів в сироватці крові та слині. Порівняльна оцінка цих показників визначається до і після лікування.

IV. Імунологічні методи. Неспецифічна резистентність організму знижується відповідно до важкості патологічного процесу в пародонті. Неспецифічними тестами алергічного статусу є еозинофілія в периферичній крові і тканинах патологічного вогнища ясен, тромбопенія, лейкопенія, агранулоцитоз, зміни протеїнограми, реакція адсорбції мікроорганізмів. Шкірна проба за Р.Е. Кравецьким в модифікації С.М. Базарнової дозволяє визначити функціональний стан сполучної тканини. Крім того застосовують метод Лоурі побудований на здатності лізоцима слини розщеплювати полісахариди клітинної оболонки бактерій, та визначення фагоцитарної активності лейкоцитів, що характеризує неспецифічну резистентність організму.

V. Морфологічні методи. Біопсію проводять у випадках, коли забруднена диференційна діагностика захворювань пародонту (хвороби крові, злоякісні новоутворення). Висічені ділянки уражених тканин піддають гістологічному обстеженню.

Ступінь активності процесу в яснах та його розповсюдженість визначають за допомогою спеціальних пародонтальних індексів: ПМА

(РМА) – папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (Parma, 1966, Massler, 1967), Лое-Сілнеса, ІІ (РІ) – пародонтальний індекс (Russel, 1956).

При використанні індексу РМА стан ясен оцінюється в області кожного зуба: запалення сосочка ясен (І або Р) -1; запалення краю ясен (М) – 2; запалення в області альвеолярної дуги (А) -3; індекс РМА обчислюється за формулою:

$$\text{РМА} = \frac{\text{Сума показників кожного зуба}}{3 \times \text{кількість зубів}} \times 100\%$$

За допомогою індексу ІІ оцінюють стан пародонту кожного зуба:

0 – немає запалення

1 – легкий гінгівіт, запалення не оточує весь зуб

2 – запалення оточує весь зуб (пародонтальної кишені немає)

6 – гінгівіт і пародонтальна кишеня, зуб нерухомий

8 – деструкція тканин пародонту, рухомість зуба.

Формула індексу ІІ така:

$$\text{ІІ} = \frac{\text{Сума оцінок для кожного зуба}}{\text{кількість зубів}}$$

Отриманий ІІ оцінюють:

0,1-1,0 – початкова і І стадія захворювання

1,5-4,0 – наявність деструктивних змін, характерних для ІІ стадії захворювання

4,0-8,0 – ІІІ стадія захворювання.

Індекс ВОЗ – SPITN. Особливість цього індексу в тому, що він дозволяє визначити лікувальну тактику в невеликих по кількості обстежуваних групах. При цьому використовуються доступні для лікаря критерії оцінки кровоточивість ясен, наявність зубного каменю, пародонтальної кишені і її глибини.

Обстежується пародонт в ділянці: 17, 16, 11, 26, 27, 31, 36, 37, 47, 46 зубів.

Коди: 0 – немає захворювання; 1 – кровоточивість, 2 – зубний камінь, 3 – наявність кишені глибиною 4-5 мм; 4 – наявність кишені 6 мм і більше.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Які Ви знаєте спеціальні методи обстеження пародонтологічного хворого?
2. Характеристика пародонтальних індексів.
3. Які індекси застосовують для визначення гігієнічного стану порожнини рота у пацієнтів?
4. Перерахувати індекси за допомогою яких визначають ступінь тяжкості запального процесу в тканинах пародонту.
5. Методика визначення індексу РМА, його трактування.
6. Методика визначення індексу ІГ, його трактування.
7. Методика визначення індексу ІІІ, його трактування.
8. Проба Шиллера-Писарева, методика проведення, трактування результатів.
9. Який із індексів застосовують при епідеміологічному обстеженні хворих на пародонтит?

Орієнтовані ситуаційні задачі та тестові завдання

1. Група спеціалістів проводить епідеміологічне обстеження певних вікових груп по вивченню поширеності ознак ураження пародонту і потреб у лікуванні. За допомогою якого індексу вивчаються ці показники?
 - A. СРІТН (ВООЗ)
 - B. РМА (Парма)
 - C. РДІ (Рамф'єрда)
 - D. РНІ-S (Гріна-Вермільона)
 - E. РІ (Рассела)
2. Гігієнічний індекс за Ю.А. Федоровим та В.В.Водлодкіною «З» означає зафарбування вестибулярної поверхні зубів на:
 - A. 1/2
 - B. 1/4
 - C. 2/3
 - D. 1/3
 - E. 3/4
3. Індекс кровоточивості ясен визначають за допомогою:
 - A. Пародонтологічного зонда
 - B. Бензидинової проби
 - C. Проби Кулаженко
 - D. Формалінової проби
 - E. Даних загального аналізу крові
4. Пацієнтка віком 32 роки звернулася з приводу болісності, кровоточивості та почервоніння ясен. Об'єктивно: ясна в ділянці нижніх фронтальних зубів гіперемійовані, з ціанотичним відтінком, набряклі. У 11, 21 зубах пломби з навислими краями, є незначні відкладення м'якого зубного нальоту. Які з

наведених досліджень підтверджують наявність активного запального процесу ясен:

- A. Проба Шіллера-Писарева
- B. Індекс СРІТН
- C. Панорамна рентгенографія
- D. Формалінова проба Ратта
- E. Проба Кулаженко

5. Використовуючи індекс РМА оцінюють стан:

- A. Ясен
- B. Пародонту
- C. Рефракція ясен
- D. Пародонтальних кишень

6. Яким індексом доцільно користуватись при епідеміологічному обстеженні хворих пародонтитом?

- A. Індекс РМА
- B. Індекс Русселя
- C. Індекс СРІТН
- D. Індекс Рамфьорда

7. Бензидинові проба дозволяє визначити:

- A. Вид ексудату клінічних кишень
- B. Ступінь ороговіння слизової
- C. Наявність виразок в пародонтальних кишнях
- D. Дрібні судини пародонту

Рекомендована література

1. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколішина).– Т.1.– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.
2. Терапевтична стоматологія дитячого віку (За ред. проф. Л.О. Хоменко).– К.: Книга плюс, 1999.– 524 с.
3. Царинский М.М. Терапевтическая стоматология.– Ростов н/Д.: Феникс, 2008.– 508 с.
4. Терапевтическая стоматология: учебник (Под. ред. Ю.М. Максимовского).– М.: Медицина, 2002.– 640 с.

Практичне заняття № 6

Тема: Rtg-діагностика хворих з патологією тканин пародонту.

Мета заняття: ознайомитись із рентгенологічними методами діагностики кісткової тканини пародонту.

Коротка характеристика теми

Рентгенографія – це основний метод діагностики кісткової тканини пародонту. За його допомогою можна підтвердити попередній діагноз, провести диференційну діагностику, визначити ступінь поширеності процесу у кістковій тканині, його динаміку, визначити повноцінність кісткового ложа, зв'язкового апарату, вибрати найраціональніші ортопедичні конструкції, контролювати ефективність лікування.

При аналізі рентгенограм слід звертати увагу на форму, висоту, стан верхівки міжальвеолярних перегородок, ступінь мінералізації губчастої речовини, стан кортикального шару. Оцінюючи рентгенограми кісткової тканини щелеп, слід врахувати велику кількість варіантів будови альвеолярного відростка.

Основними рентгенологічними симптомами патологічних змін пародонту є деструкція верхівок міжальвеолярних перегородок, остеопороз кістки альвеолярного відростка, розширення періодонтальної щілини, зниження висоти міжальвеолярних перегородок і утворення кісткових кишень.

Рентгенографія альвеолярних відростків проводиться внутрішньоротовим та поза ротовим методом. Крім того використовують топографічну рентгенографію, ортопантомографію (панорамну томографію), електрорентгенографію.

Ехоостеометрія дозволяє кількісно оцінити стан кісткової тканини за допомогою ехоостеометра ЕОМ-01у. При захворюваннях пародонту спостерігається збільшення часу поширення ультразвукової хвилі, що реєструється апаратом. Даний метод можна застосувати для додаткового рентгенологічного обстеження.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Які Ви знаєте спеціальні методи обстеження пародонтологічного хворого?
2. Рентгенографія. Покази, види, значення.

Орієнтовані ситуаційні задачі та тестові завдання

1. Жінка 45 років скаржиться на кровоточивість ясен протягом півроку, яка поступово посилюється. Відзначає легку слабкість, нездужання, головний біль ввечері. Об'єктивно: ясенний край злегка набряклий, пухкий, пастозний,

кровоточить при легкому доторканні. У молярів та різців – зубо-ясенні кишені 3-3,5 мм із гнійним відділенням. На шийках зубів – відкладення зубного каменю. Яке обстеження є найбільш інформативним для визначення ступеня тяжкості патології пародонту у даної хворої?

- A. Визначення стійкості капілярів
- B. Рентгенографія щелеп
- C. Оцінка ступеню рухливості зубів
- D. Проба Шіллера-Писарева
- E. Визначення пародонтального індексу

2. Хворий 42 років звернувся зі скаргами на кровоточивість ясен, неприємний запах з рота. Після обстеження встановлено попередній діагноз: хронічний генералізований пародонтит I ступеня важкості. Оцінка результату якого дослідження найбільш інформативна для встановлення остаточного діагнозу?

- A. Визначення рухомості зубів
- B. Проба Кулаженко
- C. Рентгенографія
- D. Проба Кетчке
- E. Визначення глибини пародонтальних кишень

3. Жінка віком 23 роки скаржитися на кровоточивість ясен під час чищення зубів і приймання твердої їжі. Об'єктивно: слизова оболонка ясен з присінкового боку обох щелеп набрякла, гіперемійована, з синюшним відтінком, є відкладення над'ясенного зубного каменю, гігієнічний індекс за Федоровим-Володкіною – 2,0. Пародонтальні кишені відсутні. Який із методів дослідження буде провідним у диференціальній діагностиці цього захворювання?

- A. Рентгенологічне дослідження
- B. Проба Шіллера-Писарева
- C. Визначення стійкості капілярів за Кулаженко
- D. Реопародонтографія
- E. Визначення міграції лейкоцитів

4. Хвора 22 років, звернулася зі скаргами на кровоточивість ясен при чистці зубів, вживанні жорсткої їжі. Об'єктивно: маргінальна частина ясен з вестибулярної сторони на верхній та нижній щелепах набрякла, гіперемійована, з синюшним відтінком, відкладення над'ясенного зубного каменю, I Г – 3,0. Знаходиться на диспансерному огляді у гастроентерога. Який з методів дослідження буде основним у диференційній діагностиці даної хворої?

- A. Рентгенологічне дослідження
- B. Проба Писарева-Шилера
- C. Поглиблений збір анамнезу
- D. Визначення еміграції лейкоцитів
- E. Визначення стійкості капілярів

5. Пацієнт 23 років, звернувся зі скаргами на неприємні відчуття в ділянці 12 зуба. На рентгенограмі в ділянці верхівки кореня 12 зуба визначається розрідження з чіткими краями, діаметром до 4 мм. Який метод лікування є найбільш доцільним?

- A. Видалення зуба
- B. Гемісекція
- C. Цистотомія
- D. Ампутація кореня
- E. Резекція верхівки кореня

6. У хворого 50 років скарги на утруднене жування їжі, рухомість зубів, неприємний запах з рота, кровоточивість ясен. Об'єктивно: ясна гіперемійовані, наявність зубного каменю. Пародонт альні кишені в межах молярів верхньої щелепи 8мм, у решти зубів – 6 мм. На рентгенограмі – резорбція кісткової тканини на 2/3-1/2 довжини кореня. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Генералізований пародонтит III ступеня, загострений перебіг
- B. Генералізований пародонти II ступеня, хронічний перебіг
- C. Генералізований пародонти II ступеня, загострений перебіг
- D. Генералізований пародонти I ступеня, хронічний перебіг
- E. Генералізований пародонти, хронічний перебіг

7. Рентгенологічна картина пародонтиту середньої тяжкості.

- A. Деструкція компактної пластинки, рівномірна горизонтальна резорбція між альвеолярних перетинок на 1/3
- B. Остеопороз губчастої кістки, горизонтальна і вертикальна резорбція альвеолярної кістки до 1/2 міжзубних перегородок, розширення періодонтальної щілини
- C. Відсутність кортикальної пластинки, горизонтальна резорбція альвеолярної кістки до 1/2 висоти міжзубних перегородок, явища остеопорозу і остеосклерозу
- D. Рівномірна горизонтальна резорбція альвеолярного відростка до S висоти зі збереженням кортикальної пластинки

8. При огляді пацієнта спостерігається катаральне запалення міжзубних сосочків, велика кількість м'якого зубного нальоту, над- і під ясенний зубний камінь, глибина пародонтальних кишень 3 мм. Яка рентгенологічна картина відповідає даній патології?

- A. Рівномірна горизонтальна резорбція між альвеолярних перегородок на 1/3 висоти
- B. Горизонтальна резорбція альвеолярної кістки на 1/2 висоти міжзубних перегородок
- C. Розширення періодонтальної щілини
- D. Вогнищевий остеопороз губчастої кістки міжзубних перегородок

Е. Резорбція компактної пластинки на вершинах міжзубних перегородок, зниження висоти перегородок на 1/3.

Рекомендована література

1. Данилевський Н. Ф. Заболевания пародонта /Н. Ф. Данилевський, А. В. Борисенко.– К., Здоров'я, 2000.– С. 87-108.
2. Пародонтологія: Частина I /С. С. Різник, Б. С. Гриник, В. С. Гриновець (Під ред. Зубачика В. М.).– ЛДМУ, 2002.– С. 4-31.
3. Мащенко И. С. Болезни пародонта: Учебное пособие по терапевтической стоматологии /И. С. Мащенко.– Дніпропетровськ, Коло, 2003.– 272 с.
4. Борисенко А. В. Заболевания пародонта.– К.: Здоров'я, 2000.

Практичне заняття № 7

Тема: Лабораторні та функціональні методи обстеження хворих з патологією тканин пародонту.

Мета заняття: ознайомитись із лабораторними методами дослідження хворих з патологією пародонту. Вивчити покази до проведення лабораторних методів діагностики. Ознайомитись із функціональними методами дослідження хворих з патологією пародонту. Вивчити покази до проведення функціональних методів діагностики, методикою їх проведення.

Коротка характеристика теми

Серед лабораторних методів дослідження тканин пародонту слід виділити: цитологічні методи, мікробіологічні методи, біохімічні та імунологічні методи, морфологічні методи.

Цитологічний метод використовують для дослідження вмісту пародонтальних кишень та інших вогнищ ураження пародонту. Морфологічно вивчають клітинний склад ексудату, оцінка якого дає змогу отримати уявлення про захисні реакції тканин пародонту.

Ексфолюативна цитологія дає змогу провести динамічне спостереження за перебігом захворювання, оскільки рівень кератинізації слизової оболонки характеризує її бар'єрну функцію. Зменшення ступеня кератинізації свідчить про зниження захисної функції слизової оболонки.

Реакція адсорбції мікроорганізмів клітинами епітелію слизової оболонки порожнини рота може бути застосована для комплексного обстеження хворих, визначення ефективності лікувальних заходів у разі захворювань пародонту і слизової оболонки порожнини рота.

Метод послідовних полоскань – міграція лейкоцитів у порожнину рота (проба Ясиновського) дає змогу зробити висновок про захисні реакції тканин пародонту, рівень фагоцитозу, характер запальної реакції. Кількість лейкоцитів, що мігрували в порожнину рота, підраховують в одиниці об'єму змивної рідини.

Дослідження клінічного аналізу крові є обов'язковим методом обстеження хворих з патологією пародонту. Гемограма – сукупність кількісного та якісного дослідження крові. У морфологічній картині периферійної крові визначають відхилення від норми, зменшення кількості еритроцитів, зниження рівня гемоглобіну, зрушення лейкоцитарної формули, збільшення ШОЕ.

Мікробіологічне дослідження дає змогу встановити склад мікрофлори в пародонтальній кишени, провести її диференціацію, що важливо для діагностики та подальшого вибору медикаментних засобів лікування. Для вивчення динаміки кількісного та якісного складу мікрофлори в порожнині рота матеріал досліджують декілька разів з інтервалом у 4-6 діб. Показник обсіменіння пародонтальної кишени мікроорганізмами відображає характер перебігу дистрофічно-запального процесу в пародонті та ефективність його лікування.

Для отримання достовірних результатів слід дотримуватись правил забору матеріалу для мікробіологічних досліджень: до взяття матеріалу не застосовувати ніяких лікарських засобів, не чистити зуби; матеріал слід брати стерильною ватною турундою або мікробіологічною петлею; взятий матеріал потрібно негайно направити до лабораторії, або, за необхідності, посів на спеціальні середовища проводять безпосередньо в стоматологічному кабінеті.

Дослідження ясенної рідини цитологічними, гістохімічними, мікробіологічними, імунологічними методами сприяє уточненню діагностики та динамічному контролю за ефективністю проведеного лікування. Ясенну рідину збирають за допомогою трубочок, ниток або спеціальних смужок фільтрувального паперу, які вводять у кишеньку під ясна на глибину 1 мм і утримують там 3-5 хв.

Біохімічні методи дослідження застосовують для ранньої діагностики хвороб пародонту та об'єктивної оцінки ефективності лікування. Біохімічне дослідження ротової рідини має важливе значення, оскільки вона є основним середовищем у порожнині рота. У ротовій рідині визначають ряд ферментів та антибактеріальних факторів: лізоцим, лактоферин, лактопероксидазу та інші.

Біохімічний аналіз крові на вміст глюкози дозволяє лікарю-стоматологу виявити цукровий діабет, оскільки перші ознаки цього

захворювання (сухість у роті, прогресуюча патологічна рухомість зубів) можуть привести пацієнта до стоматолога.

Імунологічні методи. Неспецифічна резистентність організму знижується відповідно до ступеня тяжкості патологічного процесу в пародонті. Досліджують функціональну активність сполучної тканини, титр лізоциму у ротовій рідині, фагоцитарну активність лейкоцитів та інші. Під час проведення імунологічних досліджень слід враховувати, що імунологічні реакції при захворюваннях пародонту мають складний і суперечливий характер. Тому для клініко-лабораторної діагностики найчастіше використовують якісне визначення різних імуноглобулінів у крові, слині та ясенній рідині.

Для діагностики прихованої і клінічно вираженої алергії на тканини слизової оболонки порожнини рота використовують неспецифічні та специфічні тести. Такі тести дають змогу виявити підвищену чутливість організму до певного виду алергену, проте мукозну і наскірні проби, а також клітинні тести *in vivo* не слід проводити в гострий період, за наявності клінічних проявів захворювання, а в період ремісії – з метою виявлення прихованої сенсibiliзації організму.

Морфологічні методи. Біопсію (прижиттєве взяття тканин) проводять у складних випадках диференційної діагностики (на тлі захворювань крові, злоякісного переродження тощо). Слід зазначити, що біоптати обов'язково повинні включати клінічно незмінені тканини слизової оболонки. Біопсійний матеріал поміщують у пробірку з фіксувальним розчином і направляють до патогістологічної лабораторії.

Функціональні методи дослідження застосовують для оцінювання стану судин пародонту. До цих методів належать: стоматоскопія, капіляроскопія, біомікроскопія, реопародонтографія, фотоплетизмографія, полярографія, термометрія.

Стоматоскопія – метод огляду слизової оболонки порожнини рота за допомогою люмінесцентного фотодіагностопу при збільшенні 10-30 раз.

Капіляроскопія – метод дослідження кровоносних капілярів за допомогою капіляроскопу при збільшенні до 70 раз. Подібним є і метод **біомікроскопії**, коли за допомогою біокулярного мікроскопа, контактного мікроскопа або щілинної лампи визначають густину капілярних петель, кількість функціонуючих капілярів, їх форму, структуру, характер та якість кровотоку в капілярах.

Реографія (реопародонтографія) – безкровний метод дослідження стану кровопостачання тканин, який ґрунтується на реєстрації електричного опору тканин під час проходження через них струмів високої частоти. Оцінюють реограми за кількісними та якісними показниками.

Фотоплетизмографія – це метод вивчення стану кровопостачання тканин пародонту, який базується на реєстрації оптичної щільності тканин. Аналіз фотоплетизмограми проводять аналогічно аналізу реограм.

Полярографія тканин пародонту – метод, який дозволяє судити про характер окисновідновних процесів, шляхом визначення кисневого балансу.

За змінами висоти полярограми роблять висновок про концентрацію кисню, стан мікроциркуляції і транскапілярного обміну, швидкість засвоєння кисню клітинами і тканинами пародонту.

Термографію міжзубних сосочків і пародонтальних кишень проводять з діагностичною метою та для контролю ефективності лікування. Температура в пародонтальних кишнях залежно від перебігу патологічного процесу становить 36,2-34,3°C. Температура ясен підвищується в напрямку від різців до молярів.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Які лабораторні методи діагностики використовують при дослідженні хворих з патологією пародонту?
2. Які методи діагностики належать до цитологічних?
3. Описати метод ексfolіативної цитології та ротової цитодіагностики.
4. Метод реакції адсорбції мікроорганізмів. Яка діагностична цінність методу реакції адсорбції мікроорганізмів?
5. Описати метод визначення міграції лейкоцитів в порожнину рота (проба Ясиновського). Яка діагностична цінність проби Ясиновського?
6. Мікробіологічні методи діагностики, їх діагностична цінність.
7. Дослідження ясенної рідини: методика, діагностична цінність методу.
8. Які методи діагностики патології пародонту належать до біохімічних?
9. Біохімічне дослідження слини, діагностична цінність методу.
10. Клінічний аналіз крові та аналіз крові на цукор. Діагностична цінність методу.
11. Визначення вмісту вітаміну Е в крові. Діагностична цінність методу.
12. Визначення насиченості тканин аскорбіновою кислотою. Діагностична цінність методу.
13. Які методи діагностики патології пародонту належать до імунологічних?
14. Шкірна проба за Р.Є. Кавецьким. Методика проведення та діагностична цінність методу.
15. Визначення рівня лізоциму в слині. Діагностична цінність методу.
16. Дослідження фагоцитарної активності лейкоцитів. Діагностична цінність методу.
17. Морфологічні методи дослідження тканин пародонту. Методика проведення та діагностична цінність методу.
18. Які методи дослідження відносяться до функціональних?
19. Які морфологічні структури пародонту досліджуються за допомогою функціональних методів дослідження?
20. Стоматоскопія, капіляроскопія: методика проведення, діагностична цінність.
21. Біомікроскопія, особливості проведення біомікроскопічного дослідження. Які зони слизової оболонки ясен досліджують за допомогою біомікроскопії?

22. Особливості структури капілярного русла у різних зонах слизової оболонки ясен в нормі та при патології, які виявляють за допомогою біомікроскопії.
23. Основні принципи діагностичного методу – реопародонтографії.
24. Які є кількісні та якісні показники реопародонтографії?
25. Які зміни спостерігаються на реопародонтограмі при захворюваннях пародонту?
26. Фотоплетизмографія: основні характеристики методу.
27. Полярографія: основні характеристики методу.
28. Метод термометрії тканин пародонту. Особливості діагностики із використанням методу термометрії.

Орієнтовані ситуаційні задачі та тестові завдання

1. До лабораторних методів обстеження хворих з патологією пародонту належать:
 - A. Цитологічні, біохімічні, мікробіологічні, морфологічні методи
 - B. Функціональні, цитологічні, біохімічні, мікробіологічні методи
 - C. Збір анамнезу, біохімічні, мікробіологічні та морфологічні методи
 - D. Огляд, біохімічні, мікробіологічні та морфологічні методи
 - E. Цитологічні, біохімічні, мікробіологічні, рентгенологічні методи

2. Пацієнтка віком 32 роки звернулася з приводу болісності, кровоточивості та почервоніння ясен. Об'єктивно: ясна гіперемійовані, з ціанотичним відтінком, набряклі. Які з наведених досліджень дозволять визначити стан неспецифічної резистентності організму?
 - A. Реакція адсорбції мікрорганізмів
 - B. Проба Шіллера-Писарева
 - C. Панорамна рентгенографія
 - D. Формалінова проба
 - E. Проба Кулаженка

3. Хворий віком 42 роки скаржиться на кровоточивість ясен, неприємний запах з рота. Після обстеження був установлений попередній діагноз: генералізований пародонтит II ступеня тяжкості, загострений перебіг. Яке дослідження дозволить визначити ступінь захисної реакції організму, рівень фагоцитозу та характер запальної реакції?
 - A. Проба Ясиновського
 - B. Визначення глибини пародонтальних кишень
 - C. Визначення ступеня рухомості зубів
 - D. Проба Кулаженка
 - E. Формалінова проба

4. Жінка віком 25 років скаржиться на кровоточивість ясен, біль та свербіж у

яснах. Об'єктивно: ясенний край фронтальної ділянки верхньої та нижньої щелеп набряклий, пастозний, легко кровоточить при дотику, спостерігаються ділянки десквамації. Яке дослідження необхідно провести даній хворій для визначення необхідного антимікробного препарату?

- A. Мікробіологічне дослідження
- B. Визначення пародонтального індексу
- C. Рентгенографію тканин пародонту
- D. Пробу Шіллера-Писарева
- E. Визначення ступеня рухомості зубів

5. Хвора віком 40 років скаржиться на кровоточивість ясен, рухомість зубів. Об'єктивно: ясна обох щелеп набряклі, гіперемійовані, з ціанотичним відтінком. Корені зубів нерівномірно оголені. Пародонтальні кишені 3-5 мм. Рухомість зубів I-II ступеня. Які дослідження необхідно провести для визначення стану антиоксидантної системи організму?

- A. Біохімічне дослідження слини та визначення насиченості тканин аскорбіновою кислотою
- B. Аналіз крові на вміст глюкози
- C. Дослідження функції слинних залоз
- D. Загальний аналіз крові
- E. Імунологічне дослідження крові

6. Шкірна проба за Р.Є. Кавецьким дозволяє визначити:

- A. Функціональний стан сполучної тканини
- B. Концентрацію токоферолу у крові
- C. Насиченість тканин киснем
- D. Концентрацію цукру у крові
- E. Титр IgG у крові

7. Чоловік віком 24 роки скаржиться на кровоточивість та біль у яснах, неприємний запах з рота. Об'єктивно: ясна набряклі, гіперемійовані, верхівки сосочків і ясенний край вкриті виразками та некротичним нальотом. На зубах рясні відкладення зубного каменю. Яке додаткове дослідження необхідно провести цьому хворому з метою дослідження неспецифічної резистентності у порожнині рота?

- A. Визначення рівня лізоциму у ротовій рідині
- B. Аналіз крові на вміст глюкози
- C. Мікроскопію нальоту з ясен
- D. Дослідження рівня секреторного IgA в ротовій рідині
- E. Загальний розгорнутий аналіз крові

8. Дослідження фагоцитарної активності лейкоцитів дозволяє визначити:

- A. Стан неспецифічної резистентності організму
- B. Стан антиоксидантної системи організму
- C. Насиченість тканин киснем

- D. Концентрацію глюкози у крові
- E. Титр IgE у крові

9. Лише до імунологічних методів дослідження належать:

- A. Дослідження функціонального стану сполучної тканини, визначення титру лізоциму у слині, фагоцитарної активності лейкоцитів, титру антитіл у крові та ротовій рідині
- B. Дослідження функціонального стану сполучної тканини, визначення титру лізоциму у слині, фагоцитарної активності лейкоцитів, міграції лейкоцитів у порожнину рота
- C. Дослідження функціонального стану сполучної тканини, визначення титру лізоциму у слині, насиченості тканин аскорбіною кислотою, титру антитіл у крові та ротовій рідині
- D. Дослідження реакції адсорбції мікроорганізмів, визначення титру лізоциму у слині, фагоцитарної активності лейкоцитів, титру антитіл у крові та ротовій рідині
- E. Дослідження функціонального стану сполучної тканини, визначення титру лізоциму у слині, концентрації токоферолу у крові, титру антитіл у крові та ротовій рідині

10. У хворого на генералізований пародонтит спостерігається зниження титру секреторного IgA в ротовій рідині. Такі показники свідчать про:

- A. Зниження захисних функцій слизової оболонки ясен та несприятливий перебіг захворювання
- B. Зменшення активності запального процесу в тканинах пародонту
- C. Стабілізацію патологічного процесу
- D. Підвищення рівня неспецифічної резистентності організму
- E. Зниження рівня сенсibiliзації організму

11. Морфологічний метод дослідження тканин пародонту проводять з метою:

- A. У випадку утрудненої диференційної діагностики захворювань пародонту на тлі захворювань системи крові та інших новотворчих процесах
- B. Для дослідження вмісту пародонтальних кишень
- C. Для визначення мікробного числа
- D. Дослідження рівня неспецифічної резистентності організму
- E. Дослідження рівня сенсibiliзації організму

12. До функціональних методів обстеження хворих з патологією пародонту належать:

- A. Біомікроскопія, реопародонтографія, фотоплетизмографія, поляолграфія, термометрія
- B. Біомікроскопія, реопародонтографія, фотоплетизмографія, цитологічний та гістологічний методи
- C. Фотоплетизмографія, реопародонтографія, біомікроскопія, поляолграфія, визначення вмісту лізоциму у слині

Д. Огляд, біомікроскопія, реопародонтографія, фотоплетизмографія, поляолграфія, проба Ясиновського

Е. Реопародонтографія, фотоплетизмографія, поляолграфія, термометрія, біохімічні, мікробіологічні, рентгенологічні методи

13. Пацієнтка віком 28 роки звернулася з приводу болючості, кровоточивості та почервоніння ясен. Об'єктивно: ясна гіперемійовані, з ціанотичним відтінком, набряклі. За допомогою якого методу можна прижиттєво дослідити капілярну систему ясен та стан оточуючих капіляри тканин пародонту?

А. Біомікроскопія

В. Проба Шіллера-Писарева

С. Ортопантомографія

Д. Бензидинова проба

Е. Проба Кулаженка

14. Реопародонтографія – це функціональний метод дослідження тканин пародонту, який дозволяє визначити:

А. Стан кровообігу у тканинах пародонту

В. Наявність глікогену в клітинах епітелію ясен

С. Ступінь деструкції кісткової тканини

Д. Глибину пародонтальної кишені

Е. Кількість мігруючих лейкоцитів

15. Фотоплетизмографія дозволяє визначити:

А. Стан кровообігу у тканинах пародонту, шляхом реєстрації оптичної щільності тканин

В. Насиченість тканин аскорбіною кислотою

С. Концентрацію цукру в крові

Д. Ступінь рухомості зубів

Е. Фагоцитарну активність лейкоцитів

16. Хворому віком 42 роки після обстеження був встановлений діагноз: генералізований пародонтит II ступеня тяжкості, хронічний перебіг. З метою покращання окисновідновних процесів у тканинах пародонту було застосовано лікування із введенням кисню в тканини ясен. Який метод дослідження необхідно використати для визначення кисневого балансу?

А. Полярографія тканин пародонту

В. Реопародонтографія

С. Фотоплетизмографія

Д. Проба Кулаженка

Е. Ехоостеометрія

Рекомендована література

1. Терапевтична стоматологія: Підручник. – У 4 томах/ М.Ф. Данилевський,

- А.В. Борисенко, А.М. Політун та ін.. – К.: Медицина, 2008. – Т.3. – С. 88-92, 100-111.
2. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф.. А.К. Ніколішина). – Т.1. – Полтава: Дивосвіт, 2005. – С. 119-120, 124-129.

Практичне заняття № 8

Тема: Механізм виникнення над- і під'ясенних зубних відкладень, їх вплив на стан тканин пародонту та методи їх усунення.

Мета заняття: вивчити види м'яких та твердих (мінералізованих) відкладень, які утворюються на твердих тканинах зуба. Ознайомитись із впливом зубних відкладень на стан тканин пародонту. Вивчити методи усунення зубних відкладень.

Коротка характеристика теми

Серед місцевих травмуючих факторів, які поєднують у собі механічну, хімічну та біологічну (мікроби, токсини) дію, особливе значення мають зубні відкладення. Завдяки численним епідеміологічним, біохімічним, мікробіологічним дослідженням у клінічних та експериментальних умовах встановлено етіопатогенетичне значення зубного нальоту у виникненні запальних та дистрофічно-запальних захворювань пародонту. Розрізняють м'які (немінералізовані) та тверді (мінералізовані) зубні відкладення: зубний наліт та зубний камінь.

З немінералізованих зубних відкладень найважливіше значення для виникнення уражень пародонту мають м'який зубний наліт (біла речовина) та зубна бляшка.

Білий зубний наліт – поверхнєве набуте утворення на зубах, яке вкриває їх пелікулу. Основну масу нальоту становлять мікроорганізми, яких в 1 мг його речовини може міститися до кількох мільярдів. Серед мікроорганізмів зубного нальоту переважають стрептококи – 70% колоній, 15% представлено вейлонелами та нейсеріями, 15% – стафілококами, лептотрихіями, фузобактеріями, актиноміцетами, дріжджоподібними грибами тощо.

Інтенсивність утворення і кількість зубного нальоту залежать від низки чинників: кількості та якості їжі, в'язкості слини, наявності та характеру мікрофлори, ступеня очищення зубів, стану тканин пародонта. При підвищеному вживанні вуглеводів з їжею швидкість утворення нальоту та його кількість зростають.

Різновидом зубного нальоту є *зубна бляшка*, яка являє собою м'яке сформоване гранульоване утворення і накопичується на зубах, пломбах, протезах тощо. Вона щільно прилипає до їх поверхні і відокремити її можна лише шляхом механічного очищення інструментом. У невеликій кількості бляшку не помітно, але коли її накопичується значна кількість, тоді бляшка набуває вигляду сірої або жовто-сірої маси. Бляшки утворюються однаково інтенсивно на верхній та нижній щелепах, більше на присінковій поверхні бічних зубів та язиковій поверхні нижніх фронтальних зубів.

Зубна бляшка складається переважно з проліферуючих організмів, епітеліальних клітин, лейкоцитів та макрофагів. Вона містить 70% води, у сухому залишку 70% становлять мікроорганізми, решта – міжклітинний матрикс. Останній складається з комплексу глікозаміногліканів, в жому головними компонентами є вуглеводи та протеїни (приблизно по 30%), 15% ліпідів, а решта – продукти життєдіяльності бактерій бляшки, залишки їх цитоплазми та клітинної мембрани, їжі та похідні глікопротеїнів слини. Головними неорганічними компонентами матриксу бляшки є кальцій та фосфор, калій та незначна кількість натрію.

Залежно від локалізації, відносно ясенного краю, розрізняють над'ясенний та під'ясенний **зубний камінь**. Мінеральні компоненти (кальцій, фосфор, магній, карбонати, мікроелементи) над'ясенного зубного каменю походять зі слини, а під'ясенного – із сироватки крові. Близько 75% з них становить кальцію фосфат, 3% – кальцію карбонат, решта – фосфат магнію та сліди інших металів. Зазвичай неорганічна частина зубного каменю має кристалічну структуру і складається з гідроксиапатиту та інших апатитів. Органічну основу зубного каменю становить сукупність протеїнполісахаридного комплексу, десквамованих епітеліальних клітин, лейкоцитів та різних видів мікроорганізмів. Значну частину складають вуглеводи, такі, як: галактоза, глюкоза, глюкуронова кислота, протеїни та амінокислоти. У будові зубного каменю виділяють поверхневу зону бактеріального нальоту без ознак мінералізації, проміжну зону з центрами кристалізації та зону зубного каменю. Наявність великої кількості бактерій у зубному камені пояснює його виражену сенсibiliзуювальну, протеолітичну та токсичну дію.

Зубний камінь (особливо під'ясенний) справляє виражену механічну пошкоджувальну дію на пародонт, сприяє розвитку місцевого С-гіповітамінозу. У його складі виявлено оксиди металів (ванадію, свинцю, міді тощо), які спричинюють виражену токсичну дію на пародонт. На поверхні зубного каменю завжди міститься певна кількість немінералізованих бляшок, які є подразниками тканини пародонту і взагалі визначають характер патогенної дії зубного каменю. Механізм ушкоджувальної дії зубного каменю на пародонт значною мірою пов'язаний з дією мікрофлори, яка міститься в ньому. Виявлена висока протеолітична активність зубних відкладень, яка також зумовлена ферментативними властивостями мікрофлори. Це сприяє розвитку мікроциркуляторних порушень у пародонті і викликає деструкцію сполучної тканини.

Зубні відкладення справляють на тканини пародонту різнобічну дію, тому важливо приділяти значну увагу лікарським втручанням з профілактики та видалення зубного нальоту, зубного каменю тощо. Правильний догляд за порожниною рота є найважливішим індивідуальним заходом з усунення зубних відкладень.

Видалення м'яких зубних відкладень проводять механічним шляхом, починаючи із рясних зрошень порожнини рота. Зубний наліт видаляють за допомогою тугих ватних турунд, змочених мікроцидом, 0,02% розчином фурациліну або іншими антибактеріальними засобами. Для ефективнішого відділення нальоту (особливо пігментованого) від твердих тканин зубів можна використовувати протеолітичні ферменти (трипсин, хімотрипсин, терилітин тощо). Попередньо їх розчинюють у співвідношенні 1 мг ферменту на 1 мл розчину в мікроциді, ізотонічному розчині натрію хлориду або буфері (ацетатному, цитратному) і накладають у вигляді аплікацій на обпрацьовані зуби. Для часткового розчинення зубного нальоту можна використовувати деякі антисептики, наприклад 3% розчин водню пероксиду.

Для видалення зубних бляшок застосовують зубні щітки та спеціальні торцеві щіточки, які вставляють у стоматологічні наконечники. Вони можуть мати різну форму пучка щетинок і різну жорсткість. Торцеві щітки із плоским зрізом застосовують для очищення гладеньких і жувальних поверхонь зубів, конічної форми – для очищення міжзубних проміжків, ямок та фісур. Рекомендована швидкість обертання щітки – 5000-10 000 обертів за хвилину.

Ефективність очищення підвищується в разі використання спеціальних абразивних паст. За своїм складом вони нагадують зубні пасти і можуть мати різну абразивність для видалення зубних бляшок і пігментованих зубних відкладень. Пасти мають різну зернистість і їх можна використовувати як для очищення поверхні зубів, так і для її полірування. Досить часто до складу таких паст вводять сполуки фтору, що позитивно впливає на тверді тканини зубів.

Для видалення пігментованого нальоту, який міцно прикріплюється до твердих тканин зубів, та зубного каменю використовують спеціальні гачки, рашпілі та інструменти для полірування обпрацьованої поверхні зуба. Ефективним є видалення зубного нальоту із міжзубних проміжків за допомогою зубних ниток (дентальних флосів), полосок та спеціальних йоржиків. Якщо зубні бляшки досить міцно прикріплені до поверхні твердих тканин зубів, то їх видаляють екскаваторами, гачками та спеціальними пристроями за правилами видалення зубного каменю. Після видалення зубних відкладень (особливо зубних бляшок) поверхню твердих тканин зубів (емаль, оголений цемент і дентин) обов'язково полірують спеціальними дисками, чашечками та щіточками з використанням полірувальних паст.

Видалення зубного каменю. Це першочергове завдання під час усунення основних причин і факторів, що травмують пародонт. Не можна лікувати запалення тканин пародонту без попереднього видалення зубного каменю.

Видаляти зубний камінь слід дуже ретельно і обов'язково проводити візуальний або інструментальний контроль його видалення. Залишки зубного каменю є джерелом кристалізації, де швидко утворюються нові його відкладення. Існують три методи видалення зубного каменю: механічний (інструментальний), хімічний та ультразвуковий.

Застосовуючи механічний (інструментальний) метод видаляють зубний камінь за допомогою наборів спеціальних інструментів: гачків, екскаваторів, прямих долот, рашпелів, кюреток тощо.

Хімічний метод видалення зубного каменю останніми роками застосовують досить рідко. З цією метою застосовують невисокі концентрації (18-20%) органічних кислот, якими опрацьовують поверхню зубного каменю. Проте використання кислот має недолік, оскільки одночасно може відбуватися демінералізація твердих тканин зуба (емалі, цементу, дентину). Тому виробники пропонують з цією метою ряд офіційних препаратів, які розм'якшують зубні відкладення та полегшують їх видалення інструментами або за допомогою ультразвуку.

Ультразвуковий метод видалення зубних відкладень набуває все більшого поширення. Його проводять за допомогою спеціальних апаратів (ультразвукових скалерів), які можуть бути самостійними або входити до комплекту універсальних стоматологічних установок.

У цих апаратах використовують магніострикційний або п'єзоелектричний спосіб утворення високочастотних коливань (20 000-60 000 Гц), які передаються на робочу частину наконечника. Важливим є наявність води навколо робочої частини ультразвукового скалера. У воді під дією ультразвукових коливань виникає кавітація, яка додатково руйнує зубний камінь. Явище кавітації дає можливість без зміни сили тиску на наконечник добре очистити поверхню зуба, яка до того ж ще й полірується інструментом.

Нині існують також пристрої для видалення зубних відкладень та обпрцювання поверхні твердих тканин зубів, в яких використано так званий піскоструминний принцип.

Після видалення зубних відкладень (переважно зубних бляшок) поверхню твердих тканин зубів (емаль, оголений цемент і дентин) обов'язково полірують спеціальними дисками, чашечками та щіточками з використанням полірувальних паст.

У пародонтальних кишнях і на поверхні коренів зубів міститься значна кількість різноманітної пародонтопатогенної мікрофлори. Вони виділяють велику кількість ендотоксинів (ліпополісахаридні комплекси), яких чимало скупчується в цементі або оголеному дентині коренів зубів. Механічне видалення розм'якшеного цементу і дентину з поверхні кореня дає можливість видалити з них мікроорганізми й ендотоксини, проте в окремих випадках для нейтралізації ендотоксинів необхідне використання медикаментозних засобів. Ця процедура має назву „детоксикація поверхні коренів зубів”. З цією метою використовують деякі антибіотики, зокрема тетрацикліни, антисептики, препарати фтору тощо.

Для запобігання повторного утворення зубних бляшок на

обпрацьованій поверхні коренів зубів можна використовувати певні медикаментні препарати. Так, препарати фтору перешкоджають адсорбції бактерій на поверхні зубів. Поверхнево-активні речовини (хлоргексидин, тимол, діацид тощо) також перешкоджають бактеріям прикріпитися до обпрацьованої поверхні. А препарати, що містять кислоти та деякі рослинні олії (наприклад, гвоздичну), утворюють на поверхні зуба гідрофобні плівки і цим ускладнюють прикріплення бактерій. До складу зубних паст вводять ферментні препарати, які руйнують органічну плівку – основу зубних відкладень.

У процесі видалення зубних відкладень слід дотримуватися низки профілактичних заходів. Для запобігання травм очей від потрапляння в них часточок зубного каменю лікар повинен працювати в захисних окулярах або в спеціальній масці. Враховуючи можливе порушення цілісності слизової оболонки під час видалення зубного каменю і появу крові у слині хворого, лікар зобов'язаний користуватися марлевою пов'язкою, яку замінюють через кожні 2 год, а також працювати в гумових рукавичках. Такі заходи унеможливають зараження лікаря вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та іншими інфекційними збудниками, наприклад, вірусом гепатиту тощо.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Які відкладення можуть утворюватись на зубах?
2. Які види немінералізованих зубних відкладень можуть утворюватись, яка між ними різниця?
3. Які види мінералізованих зубних відкладень можуть утворюватись, яка між ними різниця?
4. Який склад м'якого зубного нальоту?
5. З чого складається зубна бляшка?
6. Який механізм утворення зубного нальоту?
7. Який механізм утворення надясенного зубного каменю?
8. Який механізм утворення підясенного зубного каменю?
9. Як м'які зубні відкладення впливають на тканини пародонту?
10. Який вплив зубного каменю на пародонт?
11. Який мікробний склад зубного нальоту?
12. Який мікробний склад зубної бляшки, після її дозрівання?
13. З чого складається зубний камінь?
14. Який вплив чинять мікроорганізми зубної бляшки на тканини пародонту?
15. Як проводять видалення м'яких зубних відкладень?
16. Які препарати використовують при видаленні м'якого зубного нальоту? Яка їхня дія?
17. Як проводять видалення пігментованого зубного нальоту?
18. Які є способи видалення зубного каменю?
19. Які інструменти використовують для механічного (інструментального) видалення зубного каменю?

20. З якою метою проводять полірування поверхні кореня?
21. Які препарати використовують для хімічного впливу на зубний камінь? З якою метою?
22. Як використовують ультразвук для видалення зубного каменю?
23. Які типи ультразвукових апаратів використовують для зняття зубного каменю?
24. Що таке повітряно-абразивні системи для очищення поверхні зубів? З якою метою їх використовують?
25. Аплікації на ясна яких препаратів проводять після зняття зубного нальоту та зубного каменю? З якою метою?

Орієнтовані ситуаційні задачі та тестові завдання

1. На твердих тканинах зубів можуть утворюватись наступні групи відкладень:
 - A. Мінералізовані та не мінералізовані
 - B. Світлі й темні
 - C. Токсичні і не токсичні
 - D. Харчові і не харчові
 - E. Пігментовані та не пігментовані
2. Пацієнт віком 25 років скаржиться на кровоточивість ясен, біль та свербіж у яснах. При обстеженні виявлено: ясенний край фронтальної ділянки верхньої та нижньої щелеп гіперемійований, набряклий, пастозний, легко кровоточить у разі доторкання. На пришийковій ділянці коронок зубів спостерігається сірувато-біле нашарування, яке щільно прикріплене до зуба та знімається за допомогою гладилки. Що за нашарування виявлено у пацієнта?
 - A. Зубна бляшка
 - B. Наліт курця
 - C. Надясенний зубний камінь
 - D. Підясенний зубний камінь
 - E. Залишки їжі
3. Хворому віком 49 років після обстеження був установлений діагноз: генералізований пародонтит II ступеня, хронічний перебіг. Виявлено пародонтальні кишені глибиною 4-5 мм. Які зубні відкладення можуть спостерігатись у пацієнта?
 - A. М'який зубний наліт, над- та підясенний зубний камінь
 - B. М'який зубний наліт, зубна бляшка
 - C. М'який зубний наліт, надясенний зубний камінь
 - D. Тільки м'який зубний наліт
 - E. Тільки надясенний зубний камінь
4. До складу м'якого зубного нальоту входять:

- A. Мікроорганізми, харчові залишки, злушені клітини епітелію, лейкоцити, ліпопротеїни слини та продукти життєдіяльності мікроорганізмів
- B. Мікроорганізми та продукти їхньої життєдіяльності
- C. Харчові залишки та мікроорганізми
- D. Мікроорганізми та лейкоцити
- E. Злушені клітини епітелію, лейкоцити та мікроорганізми

5. В утворенні надясенного зубного каменю основну роль відіграє:

- A. Випадіння в осад та кристалізація на зрілій зубній бляшці фосфатів кальцію слини
- B. Вживання великої кількості їжі з вмістом кальцію
- C. Випадіння в осад та кристалізація на зубній бляшці солей кальцію з ясенної рідини
- D. Зміна рН ротової рідини в кислу сторону
- E. Наявність в ротовій порожнині великої кількості каріозних порожнин

6. В утворенні підясенного зубного каменю основну роль відіграє:

- A. Випадіння в осад та кристалізація на підясенній зубній бляшці солей кальцію сироватки крові
- B. Вживання великої кількості їжі з вмістом білку
- C. Випадіння в осад та кристалізація на зубній бляшці солей кальцію з продуктів харчування
- D. Зміна рН ротової рідини в лужну або кислу сторону
- E. Наявність гнійних виділень з пародонтальних кишень

7. Вплив м'яких зубних відкладень на тканини пародонту полягає у:

- A. Токсичному впливі екзо та ендотоксинів мікроорганізмів зубного нальоту на клітини та деструктивній дії мікробних ферментів на основну речовину та волокна тканин пародонту
- B. Порушенні цілісності епітелію ясен внаслідок зміни рН зубного нальоту
- C. Підвищенні осмотичного тиску в тканинах пародонту та руйнуванні клітин епітелію
- D. Механічному впливі нальоту на ясна
- E. Токсичній дії екзотоксинів мікроорганізмів зубного нальоту на клітини та міжклітинну речовину

8. Вплив зубного каменю на тканини пародонту полягає у:

- A. Механічній ушкоджувальній дії, токсичній дії солей важких металів, а також у впливі мікрофлори зубної бляшки, яка утворюється на поверхні каменю
- B. Токсичному впливі фосфатів на клітини епітелію
- C. Погіршенні кровопостачання тканин пародонту
- D. Механічному впливі каменю на ясна та токсичному впливі компонентів зубного каменю на клітини
- E. Порушенні нормальної циркуляції ясенної рідини

- 9.** Для видалення м'яких зубних відкладень найбільш доцільно використовувати:
- А. Абразивні полірувальні пасти, торцеві щіточки для стоматологічного наконечника, гумові чашечки-поліри та полірувальна паста
 - В. Набір спеціальних гачків та кюреток
 - С. Гладилку та екскаватор
 - Д. Механічний наконечник, набір алмазних борів та полірувальна паста
 - Е. Механічний наконечник, набір карборундових борів та полірувальна паста

- 10.** Для видалення зубного каменю найбільш доцільно використовувати:
- А. Набір спеціальних гачків та кюреток, ультразвуковий скалінг та полірувальні пасти з полірами
 - В. Набір спеціальних гачків та кюреток, алмазні бори та полірувальні пасти з полірами
 - С. Набір спеціальних гачків та кюреток, гумові чашки-поліри
 - Д. Ультразвуковий скалінг та полірувальні щітки
 - Е. Пневматичний наконечник для скалінгу та набір карборундових борів

- 11.** Повітряно-абразивні системи доцільно застосовувати для:
- А. Видалення міцно прикріплених пігментованих зубних відкладень
 - В. Видалення м'яких зубних відкладень
 - С. Видалення надясенного зубного каменю
 - Д. Видалення підясенного зубного каменю
 - Е. Видалення демінералізованого цементу кореня зуба

- 12.** Після видалення зубного каменю необхідно обробити поверхню кореня та ясна наступними медикаментними препаратами:
- А. Ремінералізуючими з вмістом кальцію та фтору, антисептичними препаратами
 - В. Антибіотиками та препаратами кальцію
 - С. Антисептиками та антибіотиками
 - Д. Протизапальними та антибіотиками
 - Е. Препаратами йоду та фтору

Рекомендована література

1. Терапевтична стоматологія: Підручник. – У 4 томах/ М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун та ін.. – К.: Медицина, 2008. – Т.3. – С. 118-124, 295-315.

Тема: Помилки та ускладнення в діагностиці хворих з патологією тканин пародонту. Контроль засвоєння змістового модуля.

Мета заняття: вивчити характерні помилки, які може допустити лікар на різних етапах діагностики хворих на патологію пародонту.

Коротка характеристика теми

Захворювання пародонту – одна з важливих проблем стоматології. За даними ВООЗ, більше 80% дітей раннього віку страждають гінгівітом, все доросле населення – гінгівітом, пародонтитом чи пародонтозом.

Згідно з прийнятою класифікацією захворювань пародонту (Єрван, листопад 1983) всі хвороби пародонту поділяють на п'ять груп:

1. Гінгівіт.
2. Пародонтит.
3. Пародонтоз.
4. Ідіопатичні захворювання пародонту.
5. Пародонтоми.

Рання діагностика цих захворювань утруднена. Взаємозв'язок між загальним станом організму і змінами в пародонті складний. Уражені тканини, які складають пародонт, здатні створювати патогенну дію на організм, ускладнювати перебіг захворювань і обумовлювати розвиток хроніосептичного стану організму.

Патологічні зміни в пародонті виникають під впливом різноманітних загальних і місцевих факторів, які призводять до запальних, деструктивно-запальних і дистрофічних змін пародонту з порушенням його бар'єрної функції. Для того щоб не допустити помилок в діагностиці захворювань пародонту, обстеження хворих повинно включати наступні етапи: вивчення анатомічних даних, визначення загального стану хворого, обстеження порожнини рота і пародонту, вивчення лабораторних, функціональних, біохімічних та імунологічних показників, загального стану організму.

Помилки при постановці діагнозу гінгівіту.

Діагноз катарального гінгівіту ставиться на основі об'єктивних даних: набряку і запальної інфільтрації тканин, відсутності кишені при зондуванні ясенної борозни; на рентгенограмі зміни відсутні. При хронічному катаральному гінгівіті спостерігаються явища остеопорозу кісткових перегородок і розширення періодонтальної щілини.

Можливі помилки при проведенні диференційної діагностики:

А) хронічного катарального гінгівіту від симптоматичного катарального гінгівіту при генералізованому пародонтиті, особливо при легкому ступені захворюванні. Для пародонтиту такого ступеня тяжкості характерні зміни в кістковій тканині: на рентгенограмі спостерігається остеопороз, втрата структури компактної пластинки верхівок

міжальвеолярних перегородок зв'язку з початковою резорбцією і розширенням періодонтальної щілини;

Б) самостійний гіпертрофічний гінгівіт від симптоматичного гіпертрофічного гінгівіту при пародонтиті, для якого характерні справжня патологічна кишень, гноетеча з кишені, патологічна рухомість зубів, травматична оклюзія, рентгенологічно спостерігається резорбція альвеоли, часто з утворенням кісткових кишень.

Для самостійного гіпертрофічного гінгівіту характерно наявність несправжньої патологічної кишені, ураження ясен переважно в молодому віці, часто встановлюється причинний зв'язок з патологією прикусу, рентгенологічна картина характерна для хронічних запальних уражень ясен (остеопороз);

В) гіпертрофічного гінгівіту від гострого катарального гінгівіту: потрібно пам'ятати, що для гострого катарального гінгівіту характерна невелика тривалість захворювання, різкий біль, печія, набряк, кровоточивість ясен. На рентгенівських знімках змін в кістковій тканині альвеолярних перегородок немає.

Часто допускають помилку при диференційній діагностиці фіброзної форми гіпертрофічного гінгівіту від фіброматозу ясен. Для гіпертрофічного гінгівіту характерне синювато-червоне забарвлення слизової оболонки, м'яка консистенція тканини, значна кровоточивість, виражена болючість і можливість загострення і затихання процесу. Гіпертрофічний гінгівіт часто спостерігається в підлітків (пубертантний період) на фоні перенесених хронічних захворювань, при зниженні функції щитовидної залози, лейкозах, гіповітамінозах С, анацидному гастриті, у хворих з епілепсією. Фіброматоз ясен зустрічається частіше у дорослих, відрізняється повільним перебігом, по всьому альвеолярному відростку чи в ділянці окремих, частіше фронтальних, зубів утворюються щільні на дотик безболючі горбисті розростання. Рентгенологічно спостерігається остеопороз, рідше – руйнування міжзубних кісткових перегородок.

Виникають помилки і при діагностиці пародонтиту. Для пародонтиту характерно наявність ясеневі чи пародонтальної кишені, зміни в кістковій тканині деструктивного характеру різного ступеня тяжкості.

Гострий перебіг пародонтиту спостерігається не часто і супроводжується появою гострого болю в яснах і їх кровоточивістю. При огляді відмічається яскрава гіперемія ясен, легка кровоточивість при дотику, визначається ясенна кишень.

При хронічному пародонтиті легкого ступеня хворі скаржаться на появу періодичної кровоточивості ясен і неприємні відчуття в них. При огляді ясна гіперемовані з ціанотичним відтінком, ясенна кишень до 4 мм, над'ясенні та під'ясенні зубні відкладення. На рентгенограмі спостерігається остеопороз верхівок альвеолярних перегородок, відсутність компактної пластинки на верхівках і прилеглих бокових відділах.

При хронічному пародонтиті середнього ступеня тяжкості патологічні зміни більш виражені – спостерігається кровоточивість ясен при чищенні

зубів і пережовуванні твердої їжі, зміна кольору ясен, рухомість зубів (I-II ступеня), застійна гіперемія ясен, пародонтальна кишеня до 5 мм. На рентгенограмі спостерігаються зміни кісткової тканини – зниження висоти міжальвеолярних перегородок на 1/3 довжини кореня зуба.

При пародонтиті тяжкого ступеня клінічні прояви значні – біль в яснах, затруднене відкушування і пережовування їжі внаслідок рухомості і зміщення зубів; гноетеча, періодична поява абсцесів, неприємний запах з рота і т.д. Пародонтальні кишені 6 мм і більше; рухомість зубів II-III ступеня, їх зміщення, травматична оклюзія. На рентгенограмі – зменшення висоти міжальвеолярних перегородок більше 1/3 довжини кореня чи повне їх розсмоктування.

Інколи помилково замість пародонтиту діагностують остеомиєліт альвеолярного відростка. Обстеження ясенних кишень, врахування рухомості зубів, динамічне рентгенологічне дослідження допомагають відрізнити пародонтит від інших подібних захворювань пародонту.

Помилки, пов'язані з неправильною оцінкою даних рентгенологічного обстеження, нерідко ведуть до запізнілої діагностики пародонтиту, оскільки найперші ознаки ураження альвеолярного відростка при пародонтиті можна виявити тільки рентгенологічно.

Лікар допускає помилку, коли хворих з пародонтитом скеровує на рентгенографію тільки окремих зубів – для проведення диференційної діагностики потрібна рентгенологічна картина всіх зубів. Тільки порівняльна оцінка зубів верхньої і нижньої щелепи, правої та лівої сторін допоможе встановити правильний діагноз, і, головне, допоможе встановити раціональний курс лікування.

З'ясовуючи етіологію пародонтиту, слід звернути увагу на стан прикусу, наявність травматичної оклюзії, яка виявляється в обмеженій ділянці і тільки там, де зуби знаходяться поза прикусом. В області інших зубів часто патологічні зміни не спостерігаються.

До помилок в діагностиці може привести недостатньо чіткий аналіз симптомів загальносудинної патології і судинних порушень в порожнині рота. Кровоточивість, синюшність і набряк ясен можуть свідчити про захворювання пародонту.

Кровоточивість з ясен може бути внаслідок гіповітамінозу, геморагічних діатезів, цукрового діабету, тому при диференційній діагностиці важливе значення полягає у визначенні причин кровоточивості. Симптом кровоточивості ясен при пародонтиті може бути повноцінним тільки тоді, коли він враховується в сукупності з іншими характерними для пародонтиту симптомами.

Великі труднощі виникають при диференційній діагностиці пародонтиту і еозинофільної гранульоми щелеп, особливо в початковій стадії її розвитку у зв'язку з дуже схожою клінікою. Клініко-рентгенологічні дані дозволяють тільки висловити припущення, але для остаточного розмежування захворювань потрібно провести гістологічне дослідження.

При остеомієліті альвеолярного паростка, коли спостерігається розхитаність зубів і виділення гною, помилково діагностується пародонтит. Постановці правильного діагнозу допомагає правильно зібраний анамнез, рентгенологічне дослідження всіх зубів і пародонту, а також детальне обстеження хворого.

Помилкою лікаря слід вважати невміння диференціювати пародонтоз від інволюційних змін у осіб старшого і похилого віку – у хворих спостерігається зменшення міжзубних перегородок в об'ємі без порушення її структури. При детальному обстеженні таких хворих вдається з'ясувати, що атрофія кістки проходила рівномірно на всіх ділянках альвеолярного відростка, ясна осідали одночасно, ясенна кишеня без патологічних змін, м'які тканини без запальних ознак, маргінальний пародонт не змінений. Крім цього, для інволюції характерно ущільнення ясенних сосочків, змазаність кісткового малюнку на рентгенограмах. Все це свідчить про те, що пародонтоз і стареча атрофія кістки різні процеси.

При проведенні диференційної діагностики пародонтозу від пародонтиту необхідно застосовувати йодну пробу Шиллера-Пісарєва для оцінки інтенсивності запального процесу в яснах. При здоровому пародонті слизова оболонка ясен зафарбовується в солом'яно-жовтий колір. Під впливом хронічного запалення в яснах різко збільшується кількість глікогену, який при зафарбовуванні йодом змінюється від світло-коричневого до темно-бурого кольору. За інтенсивністю забарвлення розрізняють від'ємну пробу (солом'яно-жовте забарвлення), слабопозитивну (світло-коричневе) і позитивну (темно-буре). При пародонтозі проба Шиллера-Пісарєва при легкому та середньому ступені тяжкості від'ємна, а при пародонтиті завжди позитивна.

Допомагає також в проведенні диференційної діагностики пародонтозу від пародонтиту визначення гігієнічного індексу Федорова-Володкіної і визначення стійкості капілярів ясен за Кулаженком. При пародонтозі найнижчий гігієнічний індекс (1,2-2 бали, задовільна гігієна порожнини рота), але найвища стійкість капілярів (час утворення гематом в умовах вакууму 50-70 с), і, навпаки при пародонтиті гігієнічний індекс високий (2,8-4,5 бали, що відповідає поганій і дуже поганій гігієні порожнини рота), а вакуумна проба показує найнижчий опір судин (8-20 с).

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Які патологічні зміни виникають в пародонті під впливом різних факторів?
2. Які етапи включає в себе діагностика захворювань пародонту у хворих з підозрою на них?
3. Які помилки допускаються лікарем при постановці діагнозу гінгівіту?

4. Які помилки спостерігаються при диференційній діагностиці хронічного катарального гінгівіту від симптоматичного катарального гінгівіту при пародонтиті?
5. Які помилки спостерігаються при диференційній діагностиці гіпертрофічного гінгівіту від симптоматичного гіпертрофічного гінгівіту при пародонтиті?
6. Які помилки спостерігаються при диференційній діагностиці гіпертрофічного гінгівіту від гострого катарального гінгівіту?
7. Які помилки спостерігаються при диференційній діагностиці фіброзної форми гіпертрофічного гінгівіту від фіброматозу ясен?
8. Які помилки може допустити лікар при діагностиці пародонтиту?
9. Яка особливість рентгенографії зубів при пародонтиті, що призводить до суттєвої помилки?
10. Характеристика симптому кровоточивості при захворюванні пародонту?
11. Диференційна діагностика пародонтиту з іншими захворюваннями?
12. Особливості перебігу пародонтозу?
13. Основна помилка лікаря при диференційній діагностиці пародонтозу?
14. Характеристика проби Шиллера-Пісарєва?
15. Характеристика проби за Кулаженком?

Орієнтовані ситуаційні задачі та тестові завдання

1. Чоловік віком 40 років скаржиться на кровоточивість ясен, неприємний запах з рота, незначну рухомість зубів. Вкажіть найінформативніший діагностичний тест для уточнення діагнозу.
 - A. Проба Кулаженка
 - B. Пробо Шиллера-Пісарєва
 - C. Рентгенографія
 - D. Проба Ясиновського
 - E. Визначення травматичної оклюзії
2. Хвора віком 20 років скаржиться на кровоточивість ясен під час чищення зубів і прийомі твердої їжі. Об'єктивно: ясенний край з присінкового боку на верхній та нижній щелепах набряклий, гіперемований, із синюшним відтінком. Значні відкладення над'ясенного зубного каменю, гігієнічний індекс за Федоровим-Володкіною – 2,8. знаходиться на диспансерному обліку в гастроентеролога. Який із методів дослідження буде провідним у диференціальній діагностиці в даному випадку?
 - A. Проба Шиллера-Пісарєва
 - B. Рентгенографія
 - C. Визначення стійкості капілярів за Кулаженком
 - D. Реопародонтографія
 - E. Визначення міграції лейкоцитів

3. Хворий віком 26 років звернувся зі скаргами на кровоточивість ясен під час чищення зубів, яка з'явилася 6 міс. тому, неприємний запах з рота. Об'єктивно: ясенні сосочки верхньої та нижньої щелеп застійно гіперемійовані, набряклі, кровоточать під час зондування. Зуби нерухомі, на зубах відкладення над'ясенного каменю. Ясенні кишені глибиною 2-3мм. Який метод дослідження необхідно провести для уточнення діагнозу?

- A. Рентгенографію
- B. Реопародонтографію
- C. Загальний аналіз крові
- D. Аналіз крові на вміст глюкози
- E. Визначити гігієнічний індекс за Федоровим-Володкіною

4. Хвора віком 25 років скаржиться на кровоточивість ясен, відчуття свербіжу в них. Об'єктивно: ясна в ділянці усіх зубів гіперемійовані, набряклі, кровоточать під час зондування. Виявлені значні відкладення зубного нальоту. Пародонтальні кишені глибиною 4мм, патологічна рухомість 42, 41, 31 зубів I ступеня. Яке дослідження необхідно провести для уточнення діагнозу?

- A. Бактеріологічне
- B. Рентгенологічне
- C. Цитологічне
- D. Реопародонтографія
- E. Визначення стійкості капілярів за Кулаженком

5. Пацієнт віком 19 років скаржиться на кровоточивість, болючість ясен під час їжі та чищення зубів. Об'єктивно: у фронтальній ділянці нижньої щелепи зуби скупчені, гіперемія, ціаноз ясен, розростання ясенних сосочків, значні відкладення зубного нальоту. Формалінова проба Parma негативна. Яке дослідження потрібно провести для встановлення діагнозу?

- A. Реопародонтографію
- B. Бактеріологічне дослідження
- C. Цитологічне дослідження
- D. Рентгенографія
- E. Визначення стійкості капілярів за Кулаженком

6. Жінка віком 23 роки скаржиться на кровоточивість ясен під час чищення зубів. Об'єктивно: слизова оболонка ясен з присінкового боку обох щелеп набрякла, гіперемійована, із синюшним відтінком. Пародонтальні кишені відсутні. Який метод дослідження буде провідним у диференційній діагностиці цього захворювання?

- A. Визначення міграції лейкоцитів
- B. Проба Шиллера-Писарева
- C. Визначення стійкості капілярів за Кулаженком
- D. Реопародонтографія

Е. Рентгенографія

7. Хворий віком 42 роки скаржиться на кровоточивість ясен, неприємний запах з рота. Після обстеження був встановлений попередній діагноз генералізованого пародонтиту II ступеня, загострений перебіг. Яке обстеження найбільш інформативне для встановлення діагнозу?

- А. Рентгенографія
- В. Визначення глибини пародонтальних кишень
- С. Визначення ступеня рухомості зубів
- Д. Проба Кулаженка
- Е. Формалінова проба Парма

8. Жінка віком 45 років скаржиться на поступове посилення кровоточивості ясен за останні пів року. Об'єктивно: ясенний край фронтальної ділянки верхньої та нижньої щелеп набряклий, пастозний, легко кровоточить у разі натискання. На зубах значні відкладення зубного каменю. Пародонтальні кишені глибиною 3-4мм. Яке дослідження необхідно провести у першу чергу?

- А. Визначення стійкості капілярів за Кулаженком
- В. Визначення пародонтального індексу
- С. Рентгенографія
- Д. Пробу Шиллера-Писарева
- Е. Визначення ступеня рухомості зубів

9. Жінці віком 43 роки встановлено діагноз генералізованого пародонтиту. Яке дослідження найінформативніше для визначення ступеня розвитку хвороби?

- А. Визначення пародонтального індексу
- В. Проба Шиллера-Писарева
- С. Визначення стійкості капілярів за Кулаженком
- Д. Рентгенографія
- Е. Визначення ступеня рухомості зубів

10. Пацієнтка віком 32 роки звернулася з приводу болючості, кровоточивості та почервоніння ясен. Об'єктивно: ясна в ділянці нижніх фронтальних зубів гіперемійовані, з ціанотичним відтінком, набряклі. У 11, 21 зубах пломби з навислими краями, є незначні відкладення нальоту. Які з наведених досліджень підтвердять наявність запального процесу ясен?

- А. Індекс СРІТН
- В. Проба Шиллера-Писарева
- С. Рентгенографія
- Д. Формалінова проба Парма
- Е. Проба Кулаженка

11. Чоловік віком 24 роки скаржиться на біль, неприємний запах з рота, підвищення температури тіла до 38⁰С. Об'єктивно: пацієнт дуже блідий. Ясна набряклі, гіперемійовані, верхівки сосочків і ясенний край вкриті виразками та некротичним нальотом. Яке додаткове дослідження необхідно провести цьому хворому в першу чергу?

- A. Рентгенографія
- B. Аналіз крові
- C. Визначення стійкості капілярів за Кулаженком
- D. Виявлення ВІЛ-інфекції
- E. Аналіз крові на вміст глюкози

12. У пацієнта на тлі блідої слизової оболонки рота з петехіальними крововиливами виявлена виражена кровоточивість ясен, збільшення регіонарних лімфатичних вузлів. Рентгенологічно діагностовано остеопороз міжкоміркових перегородок. Яке додаткове дослідження треба провести в даному випадку?

- A. Реопародонтографію
- B. Пробу Шиллера-Писарева
- C. Загальний аналіз крові
- D. Пробу Ясиновського
- E. Цитологічне дослідження

13. Хвора віком 40 років скаржиться на кровоточивість ясен, рухомість зубів, сухість у роті, спрагу. Об'єктивно: ясна обох щелеп набряклі, гіперемійовані. Корені зубів нерівномірно оголені. Пародонтальні кишені 3-5мм. Які потрібно провести дослідження для встановлення діагнозу?

- A. Алергологічні проби
- B. Аналіз крові на вміст глюкози
- C. Дослідження функції слинних залоз
- D. Загальний аналіз крові
- E. Імунологічне дослідження

14. Жінці віком 38 років встановлений діагноз генералізованого пародонтиту II типу, загострений перебіг. З анамнезу відомо, що часто виникали абсцеси в яснах. Об'єктивно: температура тіла 37,7⁰С, слабкість, нездужання, сухість у роті. Яке допоміжне дослідження потрібно провести:

- A. Визначення насичення тканин аскорбіновою кислотою
- B. Загальний аналіз крові
- C. Визначення стійкості капілярів за Кулаженком
- D. Визначення вмісту глюкози
- E. Реопародонтографія

15. Хвора віком 25 років звернулася до лікаря зі скаргами на значну кровоточивість ясен, сухість у роті, рухомість зубів, гноетечу з ясен,

неприємний запах з рота. Які дослідження потрібно провести в першу чергу для встановлення діагнозу?

- A. Аналаз крові на вміст глюкози
- B. Імунологічне
- C. Алергологічні проби
- D. Ревмопроби
- E. Серологічне

Рекомендована література

1. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколішина).– Т.1.– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.
2. Терапевтична стоматологія дитячого віку (За ред. проф. Л.О. Хоменко).– К.: Книга плюс, 1999.– 524 с.
3. Царинский М.М. Терапевтическая стоматология.– Ростов н/Д.: Феникс, 2008.– 508 с.
4. Терапевтическая стоматология: учебник (Под. ред. Ю.М. Максимовского).– М.: Медицина, 2002.– 640 с.

Практичне заняття №10

Тема: Етіологія та патогенез запальних хвороб пародонту.

Мета заняття: вивчити основні групи чинників, що приводять до виникнення запальних хвороб пародонту.

Коротка характеристика теми

Причиною запальних хвороб пародонту можуть бути різноманітні чинники як екзогенного, так і ендогенного походження. Стан фізіологічних захисних механізмів тканин пародонту та організму в цілому визначає інтенсивність, тяжкість та поширеність запального процесу. Умовно всі етіологічні чинники може поділити на місцеві і загальні.

Місцеві фактори.

Серед комплексу місцевих факторів, які впливають на стан тканин пародонту, слід виділити зубні відкладення, несановану порожнину рота, мікрофлору, неповноцінні пломби, протези, ортодонтичні апарати, травматичну оклюзію, шкідливі звички, неправильне розміщення вуздечок губ тощо.

Зубні відкладення відіграють значну роль серед місцевих пошкоджуючих чинників, що поєднують в собі механічну, хімічну та біологічну (мікроби, токсини) дію. Визначаючи місце зубних відкладень серед інших патогенетичних факторів, G.Cowley, T. Maerhee (1969) вважають, що на виникнення захворювань пародонту впливають: 1) стан і продукти обміну в зубних відкладеннях, 2) чинники порожнини рота, які здатні посилювати чи послаблювати патогенетичні потенціали мікроорганізмів та продуктів їх обміну, 3) загальні чинники, від яких залежить відповідна реакція організму на патогенний вплив.

Розрізняють м'які (не мінералізовані) та тверді (мінералізовані) зубні відкладення або зубний наліт та зубний над- та під'ясенний камінь.

Мікрофлора. У порожнині рота постійно міститься близько 400 штамів різноманітних мікроорганізмів, але тільки 30 з них можуть бути умовно патогенними для тканин пародонту. Багато дослідників розглядають бактеріальне вторгнення у тканини пародонту важливим фактором патогенезу його захворювань. Вони вважають, що виражена деструкція кістки коміркового відростка і різке прогресування генералізованого пародонтиту в разі його загострення може бути результатом активного вторгнення мікроорганізмів у тканини пародонту.

Аналізуючи роль мікрофлори у виникненні захворювань пародонту необхідно усвідомити складну взаємодію мікроорганізмів та організму людини взагалі, яка багато в чому визначає прояви складної клінічної порожнини рота можуть спричинити захворювання або безпосередньо під впливом своїх токсинів, ушкоджуючи тканини пародонту, або опосередковано, шляхом індукування реакцій-відповідей (зазвичай імунного характеру) організму людини, під час розвитку яких також відбувається ушкодження тканин пародонту. Ці реакції-відповіді можуть мати захисний або ушкоджувальний характер. Поєднання таких системних факторів разом із локальними механізмами ушкодження і визначає всю різноманітність проявів захворювань пародонту в різних пацієнтів.

Травматична оклюзія. Стани, при яких на пародонт діє навантаження, що перевищує його резервні можливості і спричинює ушкодження його тканин, отримали назви „функціональне травматичне перевантаження”, „оклюзійна травма”, „травматична оклюзія”. Якщо надлишковий ушкоджувальний жувальний тиск діє на зуби зі здоровим, неураженим патологічним процесом пародонтом, то таку травматичну оклюзію визначають, як первинну. Первинна травматична оклюзія може виникнути в результаті травматичного перевантаження внаслідок підвищення прикусу (пломбою, коронкою, капою, ортодонтичним апаратом), аномалій прикусу, аномалій положення, окремих зубів, втрати значної кількості зубів, патологічного стирання, парафункцій. Слід зазначити, що первинна травматична оклюзія є зворотним патологічним процесом.

Вторинна травматична оклюзія зазвичай є синдромом генералізованого пародонтиту і визначає подальше прогресування захворювання. Отже травматична оклюзія виникає на тлі змін тканин пародонту і надалі вона ж

сприяє прогресуванню руйнування коміркової кістки та інших тканин пародонту. Зазвичай при вторинній травматичній оклюзії виникає резорбція тканин пародонту. Несприятливий вплив травматичної оклюзії посилюється в разі видалення зубів. Травматична оклюзія часто призводить до змін скронево-нижньощелепового суглоба.

Аномалії прикусу та положення окремих зубів справляють ушкоджувальний вплив на тканини пародонту, через значне скупчення залишків їжі, мікроорганізмів, утворення зубних відкладень. На цих ділянках виникає значне функціональне перевантаження тканин пародонту, яке характеризується розвитком травматичної оклюзії. Вираженість патологічних змін у пародонті залежить від тяжкості аномалій прикусу та окремих зубів.

Несанована порожнина рота в якій є певна кількість уражених карієсом зубів, являє собою скупчення цілого комплексу чинників, які ушкоджують пародонт. Особливо несприятливий вплив на тканини пародонту чинять каріозні порожнини, розміщені у пришийковій ділянці, на контактних поверхнях, або ж неправильно запломбовані, з навислими краями, при відсутності контактних пунктів.

Аномалії анатомічної будови тканин ясен, слизової оболонки та порожнини рота також чинять несприятливий вплив на тканини пародонту. Так, високе прикріплення вуздечок губ або язика, чи мілкий присінок порожнини рота чинять ушкоджуючу дію на пародонт.

Шкідливі звички – смоктання або прикушування язика, м'яких тканин порожнини рота спричинюють ушкоджувальну дію на тканини пародонту внаслідок низки чинників. Внаслідок порушення цілісності епітеліального прикріплення мікроорганізми легко можуть проникнути вглиб пародонту. Згодом на цих ділянках спостерігаються накопичення залишків їжі, що призводить до утворення твердих зубних відкладень.

Загальні чинники.

Порушення стану судин. Згідно сучасних поглядів на етіологію і патогенез захворювань пародонту провідне значення мають гемомікроциркуляторні порушення в тканинах пародонту. Спостерігається фазовість структурно-функціональних мікроциркуляторного русла пародонту в динаміці розвитку захворювання. При запальних захворювань пародонту домінуючими стають порушення проникності капілярів, які в подальшому розвитку певною мірою визначають клінічну симптоматику захворювання. Активація протеолізу потенціює діяльність кінінової системи, про що свідчить як збільшення активності кініноутворювальних, так і зниження кінінрозщеплюваних ферментів-кініназ. Крім того ендотелій кровоносних судин продукує низку біологічно активних речовин, які регулюють тонус судин і водночас впливають на живлення тканини. Серед цих факторів на сьогодні важливого значення надають вазоконстриктору ендотеліну та вазодилататору оксиду азоту.

Ендокринні порушення. Існує певний стійкий зв'язок між станом пародонту та ендокринними залозами. Клінічні дослідження вказують на високу частоту захворювань пародонту у хворих на цукровий діабет.

Кількісні та якісні зрушення у співвідношенні статевих гормонів, андрогенів і мінералокортикоїдів з їх анаболічними властивостями впливають на стан тканини пародонту. Захворювання пародонту можуть розвинути в умовах підвищеної або зниженої функції яєчників, у разі порушень статевого дозрівання в дівчаток-підлітків. Порушення функції гіпофізу розцінюють як один із вирішальних факторів розвитку запальних і дистрофічно-запальних захворювань пародонту.

Порушення обміну речовин. Захворювання пародонту розвивається на тлі зниження енергетичного обміну, про що свідчать порушення тканинного дихання, зменшення напруження і кількості кисню в яснах. Порушення обміну речовин тісно пов'язані з фактором харчування (білкова повноцінність, вітамінна забезпеченість, мікроелементний склад). Високу частоту уражень пародонту спостерігають у разі захворювань органів травної системи, серцево-судинної системи, нирок, ревматизмі, захворювань крові.

У розвитку захворювань пародонту важливе значення мають гіповітамінози; зокрема недостатність або порушення обміну вітамінів, а їх застосування з лікувальною метою може бути досить ефективним незалежно від етіологічних факторів виникнення тих або інших захворювань пародонту.

Імунологічні механізми патогенезу захворювань пародонту.

Розвиток запальних і дистрофічно-запальних захворювань пародонту супроводжується послідовним зростанням імунологічних змін в організмі хворих. Під час прогресування захворювання зміни неспецифічних чинників захисту набувають різнонаправленого характеру залежно від віку, характеру перебігу та тривалості захворювання.

Численними дослідженнями було виявлено істотне послаблення специфічних і неспецифічних чинників місцевого імунітету, певну роль систем Т- і В-лімфоцитів у розвитку захворювань пародонту, розкриті аутоімунні механізми його виникнення. Т-лімфоцити відіграють важливу роль у розвитку запального процесу в тканинах пародонту. Вони секретують значну кількість цитокінів, в тому числі фактор некрозу пухлин. Разом з макрофагами вони певною мірою зумовлюють хронізацію запалення.

Виникнення захворювань пародонту призводить до значної імунної перебудови його тканин. Встановлено, що порівняно з клінічно здоровими тканинами змінюється антигенний спектр тканини ясен. В усіх пацієнтів із хворобами пародонту утворюються антитіла до основних представників пародонто-патогенної мікрофлори, мікрофлори зубних бляшок, яке корелює з тяжкістю захворювання.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Місцеві чинники, що спричиняють виникнення захворювань пародонту.
2. Роль мікрофлори в етіопатогенезі захворювань пародонту.

3. Зубний наліт та його вплив на розвиток запальних процесів у пародонті.
4. Мінералізовані зубні відкладення. Механізм утворення.
5. Травматична оклюзія, механізми її розвитку.
6. Первинна травматична оклюзія, значення у виникненні хвороб пародонту.
7. Аномалії прикусу та положення окремих зубів.
8. Аномалії анатомічної будови тканин ясен.
9. Вплив шкідливих звичок на виникнення захворювань пародонту.
10. Значення гігієни порожнини рота у розвитку запальних хвороб пародонту.
11. Загальні чинники, які спричиняють виникнення захворювань пародонту: вплив навколишнього середовища.
12. Порушення стану судин.
13. Ендокринні порушення.
14. Порушення обміну речовин.
15. Значення гіповітамінозів у розвитку запальних хвороб пародонту.
16. Імунологічні механізми патогенезу запальних хвороб пародонту.

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. У хворого, який страждає гіповітамінозом С, порушуються процеси утворення сполучної тканини, одним із виявів яких є прогресуюче ураження пародонту, що призводить до втрати зубів. Зниження активності якого ферменту викликає ці порушення?
 - A. Проколлагенпептідаза С-кінцевого пептиду
 - B. Проколлагенпептідаза N-кінцевого пептиду
 - C. Глікозилтрансфераза
 - D. Лізінгідроксилаза
 - E. Еластаза
2. Хворому з виразковим гінгівітом призначено клінічний аналіз крові, який рекомендують проводити вранці натще. Які зміни в периферичній крові можливі після прийому їжі?
 - A. Збільшення числа лейкоцитів
 - B. Зниження числа еритроцитів
 - C. Зниження числа тромбоцитів
 - D. Збільшення числа еритроцитів
 - E. Збільшення білків плазми
3. У хворого на локалізований пародонтит спостерігається набряк ясен та перехідної складки, коллатеральний набряк щоки і підочної області. Який патогенетичний фактор відіграв провідну роль у виникненні та розповсюдженні набряку?

- A. Тканинна гіпоосмія
- B. Тканинна гіпоонкія
- C. Кров'яна гіпоосмія
- D. Кров'яна гіпоонкія
- E. Підвищення проникності судинної стінки

4. При обстеженні хворого з абсцедуючим генералізованим пародонтитом проведено загальний аналіз крові. Якими змінами в картині крові проявляється діагностована форма патології пародонту?

- A. Еритроцитоз
- B. Моноцитоз
- C. Тромбоцитоз
- D. Лейкоцитоз
- E. Лімфоцитоз

5. Хворим з виразковим гінгівітом місцево призначено препарат, який представляє собою термостабільний білок, що відноситься до ферментів класу мурамінідаз, що міститься в слюзах, слині, грудному молоці, як фактор резистентності організму. Як називається цей препарат?

- A. Інтерферон
- B. Інтерлейкін
- C. Лізоцим
- D. Комплемент
- E. Іманін

6. Хворий К. 23 років скаржиться на кровоточивість ясен. Одна з ймовірних причин захворювання полягає в порушенні гідроксилування проліна і лізіна в складі колагену. Гальмування якого біохімічного процесу призводить до цього порушення?

- A. Пероксидазного окислення
- B. Тканинного дихання
- C. Перокисного окислення ліпідів
- D. Мікросомального окислення
- E. Окислювального фосфорілювання

7. Хворому 20 років, що звернувся зі скаргами на біль, набряк і кровоточивість ясен, встановлений діагноз: катаральний гінгівіт. Виникнення патології, ймовірно, пов'язано зі зниженнями місцевого імунітету. Який імуноглобулін формує місцевий імунітет слизової оболонки порожнини рота?

- A. IgA
- B. IgM
- C. IgH
- D. IgE
- E. IgG

8. У хворого, що звернувся зі скаргами на постійний, самовільний біль і набряк лівої щоки, було діагностовано загострення хронічного пародонтиту 34 зуба. У комплексі медикаментних засобів хворому призначено аскорутин, що містить вітамін Р. Лікувальний ефект вітаміну Р пов'язаний з його участю в:

- A. Процесах дозрівання колагену
- B. Інгібуванні гіалуронідази
- C. Синтезі еластину
- D. Синтезі протеогліканів
- E. Активації гіалуронідази

9. Одним з найбільш поширених тестів при обстеженні хворих з щелепно-лицевою патологією є проба Шиллера-Писарева, що дозволяє виявити осередки накопичення глікогену, найважливішого продукту обміну речовин в яснах. До якої групи хімічних сполук відноситься глікоген?

- A. Кислі мукополісахариди
- B. Дисахариди
- C. Глікозаміноглікани
- D. Моносахариди

10. Хворий Д. 20 років звернувся зі скаргами на болісність, набряклість і кровоточивість ясен. Вважає себе хворим більше доби. При огляді ясна дифузно гіперемійовані, набряклі, ясенний край рихлий, сосочки деформовані. Якому виду запалення відповідає клінічна картина?

- A. Фіброзне
- B. Геморагічне
- C. Гнійне
- D. Гостре катаральне
- E. Хронічне катаральне

11. У хворого 40 років, скарги на кровоточивість ясен при чищенні зубів. При огляді ясна темно-червоного кольору, набряклі, ясенні сосочки пухкі, деформовані, ясенний край фестончатий. Яке місце порушення кровообігу супроводжує описану симптоматику?

- A. Тромбоз
- B. Ішемія
- C. Емболія
- D. Стаз
- E. Венозна гіперемія

12. У пацієнта з хронічними дистрофічними змінами в пародонті, які викликали зниження місцевої резистентності та активацію частини власної мікрофлори порожнини рота, виникло швидко прогресуюче запалення пародонту. До якої форми інфекції можна віднести виниклу патологію?

- A. Екзогенна
- B. Аутоінфекція
- C. Суперінфекція
- D. Реінфекція
- E. Рецидив

13. При огляді хворого, що звернувся зі скаргами на поширену біль альвеолярного відростка, було встановлено, що ясна обох щелеп гіперемійовані, набряклі. Ясенні сосочки некротизовані без чіткої лінії демаркації, вкриті сірувато-зеленуватим нальотом, що легко знімається ватним тампоном. Визначте характер патологічного прикусу в яснах.

- A. Волога гангрена
- B. Суха гангрена
- C. Коагуляційний некроз
- D. Воскоподібний некроз
- E. Казеозний некроз

14. Хвора скаржиться на біль у яснах, затруднений прийом їжі, особливо грубої. При огляді: альвеолярні ясна гіперемійовані, набряклі, вкриті в'язкою слиною. Ясенні сосочки деформовані, набряклі. Які з п'яти класичних ознак запалення не знайшла в клінічній картині?

- A. Tumor
- B. Rubor
- C. Calor
- D. Dolor
- E. Functio lessa

15. Хвора Д. скаржиться на кровоточивість ясен при механічному впливі. При огляді ясна темно-червоного кольору, пухкі, набряклі, що свідчать про порушення кровообігу. Визначіть групу протеаз слини, що впливає на стан мікроциркуляторного русла тканин порожнини рота та підтримує фізіологічний стан пародонту:

- A. Фібрінази
- B. Калікреїн
- C. Амілази
- D. Естерази
- E. Фосфатази

16. При рН-метрії змішаної слини у хворого К. 24 років встановлено, що до чищення зубів рН – 5,4, через 1 годину – 7,0, через 2 години – 7,2, що свідчить про здатність слини нейтралізувати кислоти у порожнині рота, тобто про її буферну ємність. Яка система найбільшою мірою забезпечує буферну ємність слини?

- A. Бікарбонатнофосфатна
- B. Сульфатна

- С. Хлоридна
- Д. Онкотична
- Е. Осмотична

17. У хворого хронічний катаральний гінгівіт, в змішаний слині підвищений вміст лактату. Активація якого обмінного процесу лежить в основі посиленого утворення молочної кислоти?

- А. Переварення вуглеводів
- В. Аеробне розщеплення глюкози
- С. Анаеробне розщеплення глюкози
- Д. Розщеплення глікогену
- Е. Глюкозо-лактатний цикл

Рекомендована література

1. Данилевський М.Ф. Терапевтична стоматологія /М.Ф. Данилевський, А.А. Берисенко, А.М. Політун [та ін.].– Т 3., Захворювання пародонта.– К., Медицина, 2008.-с.117-160.
2. Данилевський М.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта.– К.: Здоров'я, 2000.– С. 114-188, 256-264.
3. Пародонтологія: частина 1 /С.С. Різник, Б.С. Гриник, В.С. Гриновець (під ред. Зубачика В.М.).– ЛДМУ, 2002.– С. 36-56.
4. Мащенко И.С. Болезни пародонта: учебное пособие по терапевтической стоматологии.– Дніпропетровськ: Коло, 2003.– 272 с.

Практичне заняття № 11

Тема: Папіліт. Гінгівіт. Класифікація. Клініка катарального гінгівіту.

Мета заняття: вивчити класифікацію запальних хвороб пародонту. Засвоїти клінічні симптоми, діагностику та диференційну діагностику катарального папіліту, гінгівіту. Розібратися в принципах лікування та профілактики катарального папіліту, гінгівіту.

Коротка характеристика теми

Згідно з класифікацією захворювань пародонту (М.Ф. Данилевський 1994) до запальних відносять групу захворювань, при яких патологічні процеси у тканинах пародонту характеризуються судинно-тканинними змінами. Вони виникають під впливом різних екзогенних та ендогенних

чинників і проявляються порушенням мікросудинного русла і циркуляції крові у ньому, розвитком альтерації, ексудації і проліферації.

I. Запальні.

1. Папіліт, гінгівіт.

Форма: катаральний, гіпетрофічний, виразковий, атрофічний.

Перебіг: гострий, хронічний.

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

Поширеність процесу: обмежений, дифузний.

2. Локалізований пародонтит.

Форма: катаральний, гіпетрофічний, виразковий, атрофічний.

Перебіг: гострий, хронічний.

Глибина ураження: м'які тканини і альвеолярна кістка.

Ступінь розвитку: початковий, I ступінь, II ступінь, III ступінь.

Поширеність процесу: обмежений.

II. Дистрофічно-запальні

1. Генералізований пародонтит

Перебіг: хронічний, загострений, стабілізація.

Ступінь розвитку: початковий, I ступінь, II ступінь, III ступінь.

Поширеність процесу: дифузне ураження пародонту.

2. Пародонтоз

Перебіг: хронічний.

Ступінь розвитку: початковий, I ступінь, II ступінь, III ступінь.

Поширеність процесу: дифузне ураження пародонту.

III. Прогресуючі та ідіопатичні захворювання.

1. Супроводжуючі захворювання крові: лейкоз, циклічна нейтропенія, агранулоцитоз.

2. Гістіоцитоз Х: хвороба Леттерера-Зіве, хвороба Хенда-Шюллера-Крісчена, еозинофільна гранульома (хвороба Та ратинова).

3. Супроводжуючі порушення обміну: хвороба Німанна-Піка, хвороба Гоше, синдром Папійона-Лефевра.

4. При вроджених захворюваннях: хвороба Дауна, акаталазія, десмодонтоз.

IV. Продуктивні процеси (пародонтоми) Доброякісні, злоякісні.

У більшості сучасних класифікацій захворювань пародонту запальні захворювання виділяють в окрему групу. Ураховуючи це, доцільною є деяка диференціація запальних захворювань пародонту за етіологічним принципом і клініко-морфологічними проявами (М.Ф. Данилевський, Г.М. Вишняк, А.М. Політун, 1981).

Класифікація запальних захворювань пародонту:

I. За етіологією.

1. Травматичні: механічні, фізичні, хімічні.

2. Інфекційні: бактеріальні, вірусні, грибкові, специфічні.
3. Алергійні.
4. При захворюваннях органів і систем.

П. За клініко-морфологічними проявами.

Форми запалення: а) з переважанням ексудативних процесів – катаральне; б) з переважанням альтеративних – виразково-некротичне, гангренозне; в) з переважанням проліферативних – гіпертрофічне.

Перебіг: гострий, хронічний, загострення.

Локалізація: поверхнева (папіліт, гінгівіт; глибоке (пародонтит).

Поширеність: обмежена, дифузна, генералізована.

Номенклатура:

1. Папіліт: гострий (катаральний виразковий).

Хронічний (катаральний, виразковий, гіпертрофічний).

2. Гінгівіт: гострий (катаральний, виразковий, гангренозний).

Хронічний (катаральний, десквамативний, виразковий, гіпертрофічний).

3. Локалізований пародонти (гострий, хронічний).

1. Катаральний папіліт – ексудативне запалення одного, або кількох (2-3) ясенних сосочків. Може мати гострий або хронічний перебіг.

Гострий катаральний папіліт розвивається частіше внаслідок гострої травми (уколу, удару), інфекції та ін. Хворі скаржаться на біль під час приймання їжі, особливо твердої. Біль має постійний, ниючий характер, іноді передається по ходу розгалужень гілок трійчастого нерву. Об'єктивно відмічається гіперемія, набряк ясенного сосочка, згладженість його верхівки, помірний біль та кровоточивість при пальпації, нерідко за рахунок вираженого набряку ясен утворюється кишень.

Хронічний катаральний папіліт виникає найчастіше в результаті тривалого місцевого подразнюючого фактору (каріозна порожнина, дефект пломби, гострий край штучної коронки, кламера). Хворі скаржаться на біль під час приймання їжі, почуття тяжкості, свербіння, кровотечі в області запаленого сосочка, Об'єктивно відмічається згладженість контурів сосочків ясен, їх гіперемія, набрякання. При пальпації сосочки ясен кровоточать, симптом вазопарезу добре виражений.

При хронічному катарального папіліті рентгенологічно визначається остеопороз верхівок міжальвеолярних перегородок.

Катаральний гінгівіт – ексудативне запалення ясен, яке розвивається під впливом комплексу несприятливих загальних та місцевих факторів. Перебіг процесу може бути гострим та хронічним.

Гострий катаральний гінгівіт характеризується гіперемією, набряком ясен, болем, порушенням функції жувального апарату.

Хворі скаржаться на біль, кровоточивість, відчуття печії в ділянці ясен. Об'єктивно відмічається яскрава гіперемія та набряк краю ясен (крайовий гінгівіт) або на всьому їх протязі. Сосочки ясен втрачають характерну для

них гостру форму, верхівки стають куполоподібними. При пальпації ясна болісні, легко кровоточать.

Гострий катаральний гінгівіт може супроводжуватися головним болем, підвищенням температури тіла, швидкою стомлюваністю.

При несвоєчасній діагностиці та лікуванні процес може перейти в хронічну форму. Можливі такі ускладнення, як розвиток дифузного запалення слизової оболонки порожнини рота (катарального стоматиту), приєднання вторинної інфекції (мікозної, фузоспірілярної та ін.).

Хронічний катаральний гінгівіт характеризується менш вираженою симптоматикою, тому захворювання можна помітити, в основному, під час профілактичних оглядів при санації порожнини рота. Лише при ретельному опитування хворі вказують на свербіж, кровоточивість ясен при їх механічному подразненні (чищення зубів).

При огляді ясна гіперемійовані з ціанотичним відтінком, сосочки ясен пухкі, часто спостерігаються валикоподібні стовщення ясенного краю. При загостренні хронічного катарального гінгівіту клініка захворювання подібна до гострого катарального гінгівіту.

Слід підкреслити, що локалізація та розповсюдженість катарального процесу залежать від причин гінгівіту. Якщо захворювання викликане травмою, то запалення обмежене її дією. Дифузне запалення ясен розвивається у хворих на тлі загальної патології. В залежності від вираженості ознак запалення виділяють чотири ступені хронічного катарального гінгівіту – початкову, I, II та III. Лікування катарального гінгівіту та катарального папіліту повинно бути комплексним (етіотропне, патогенетичне та симптоматичне). Етіотропне лікування заключається у виявленні та усуненні місцевих пошкоджуючих факторів (зубного нальоту, каменю, каріозних порожнин, дефектів пломбування та протезування). Патогенетична терапія являє собою медикаментний вплив на патофізіологічні ланки запального процесу. Тому, при виборі лікарських засобів необхідно враховувати фазу запалення та механізм дії препарату. При гострому запаленні під час періоду ексудації потрібні у великій кількості полоскання та аплікації розчином натрію хлориду, натрію гідрокарбонату, штучного лізоциму, препаратами мефенаміну натрієвої солі. В репаративній фазі доцільне використання аплікацій 1% метилурацилової та 1% мефенамінової паст, вітамінних препаратів, настоїв та відварів лікарських рослин – звіробою, шалфею, ромашки, евкаліпту та ін.

За показаннями при лікуванні гострого катарального гінгівіту проводять загальну терапію: жарознижуючі, загальнозміцнюючі та десенсибілізуючі засоби, раціональна дієта, вітаміни.

При лікуванні хронічного катарального гінгівіту призначають протизапальну терапію та фізіотерапевтичні методи лікування, спрямовані на нормалізацію мікроциркуляції та покращення трофіки тканин, підвищення її репаративних та імунобіологічних властивостей. З цією метою застосовують аскорбінову кислоту з рутином, токоферолу ацетат, ретинолу ацетат, вікасол, засоби рослинного походження. Серед фізіотерапевтичних методів

ефективним є масаж та аутомасаж ясен (гідро-, вібро-, вакуум-масаж), гідротерапія, електрофорез, фонофорез алое, аскорбінової кислоти з вітаміном Р, галаскорбіну.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Етіологія та патогенез гострого та хронічного папіліту.
2. Клінічні ознаки гострого папіліту.
3. Диференційна діагностика папіліту.
4. Медикаментні препарати для лікування папіліту. ↓
5. Яка частина ясен уражується при папіліті? ↓
6. Етіологічні фактори виникнення папіліту.
7. Механізм розвитку папіліту.
8. Які скарги при гострому та хронічному папіліті?
9. Які основні методи дослідження необхідно провести для діагностики папіліту?
10. Особливості лікування гострої та хронічної форм папіліт
11. Вкажіть основні принципи в лікуванні катарального гінгівіту.
12. Особливості фармакотерапії при лікуванні гострого катарального гінгівіту в порівнянні з хронічним катаральним гінгівітом.
13. Основні принципи загального лікування катарального гінгівіту.
14. Опишіть патологічні зміни при катаральному гінгівіті.
15. Дайте характеристику фармакологічним препаратам, які застосовуються при лікуванні катарального гінгівіту. ↓
16. Назвіть причини, які приводять до виникнення катарального гінгівіту.
17. Які основні клінічні симптоми гострого катарального гінгівіту?
18. Диференційна діагностика гострого та хронічного катарального гінгівіту.
19. Клінічна картина гострого катарального гінгівіту.
20. Клінічна картина хронічного катарального гінгівіту.
21. Патогенез запального процесу.

Пролі-
фера-
ція

Орієнтовні тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Пацієнтка віком 18 років скаржиться на періодичну кровоточивість ясен під час чищення зубів, що виникла 1 рік тому. Об'єктивно: ясна в ділянці фронтальних зубів обох щелеп застійно гіперемійовані, набряклі. Ясенні сосочки конусоподібні, індекс за Грін-Вермілльоном становить 1,9. Визначте попередній діагноз.

- A. Гострий катаральний гінгівіт
- B. Хронічний катаральний гінгівіт
- C. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт
- D. Хронічний атрофічний гінгівіт

Е. Загострення катарального гінгівіту

2. Під час профілактичного огляду у пацієнтки віком 20 років виявлено незначну гіперемію, ціаноз і набряк ясен у фронтальній ділянці нижньої щелепи, ясенні сосочки дещо розпушені, не прилягають щільно до шийок зубів. Індекс за Грін-Вермільйоном становить 2,0 бали. Визначте попередній діагноз.

- А. Хронічний катаральний гінгівіт
- В. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт
- С. Гострий катаральний гінгівіт
- Д. Загострення катарального гінгівіту
- Е. Загострення гіпертрофічного гінгівіту

3. Хворий віком 22 роки скаржиться на кровоточивість ясен під час чищення зубів. Об'єктивно: гіперемія на набряк ясенного краю фронтальних зубів верхньої та нижньої щелепи, пародонтальні кишені відсутні. На рентгенограмі патологічних змін у кістковій тканині коміркового відростка щелеп не виявлено. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Гострий катаральний гінгівіт
- В. Локалізований пародонтит
- С. Хронічний катаральний гінгівіт
- Д. Гіпертрофічний гінгівіт
- Е. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг

4. Пацієнту віком 22 роки проводять лікування гострого катарального гінгівіту. Відзначається велика кількість м'яких зубних відкладень, які швидко утворюються після їх видалення. Хворому провели раціональну гігієну порожнини рота. Який засіб найбільш ефективно використати для полоскання в даному випадку?

- А. Хлоргексидин
- В. Натрій гідрокарбонат
- С. Мефенатну натрієву сіль
- Д. Пероксид водню
- Е. Відвар кори дуба

5. Пацієнтка віком 20 років скаржиться на кровоточивість ясен під час чищення зубів. Хворіє впродовж року. Об'єктивно: слизова оболонка ясен на верхній і нижній щелепах набрякла, застійно гіперемійована. Гігієнічний стан порожнини рота незадовільний. Прикус ортогнатичний, на рентгенограмі тканини пародонта без патологічних змін. Ваш діагноз:

- А. Гострий катаральний гінгівіт
- В. Хронічний катаральний гінгівіт
- С. Загострення гіпертрофічного гінгівіту
- Д. Загострення катарального гінгівіту
- Е. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт

6. Чоловік віком 24 роки скаржиться на біль і кровоточивість ясен, які з'явилися 4 доби тому після перенесеної застуди. Останні 2 роки ясна періодично кровоточать під час чищення зубів. Об'єктивно: ясна набряклі, гіперемійовані, легко кровоточать і болісні під час пальпації, є значні відкладення зубного нальоту. Формалінова проба Parma негативна. Який найбільш ймовірний попередній діагноз?

- A. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг
- B. Катаральний гінгівіт
- C. Гіпертрофічний гінгівіт, I ступінь, грануляційна форма
- D. Десквамативний гінгівіт
- E. Виразковий гінгівіт

7. Під час профілактичного огляду у хворого віком 24 роки виявлено такі зміни тканин пародонту: ясенний край валикоподібно збільшений, синюшний після дотику стоматологічним зондом, ясна помірно кровоточать, болю немає, пародонтальні кишені відсутні. Після нанесення на ясна розчину Люголя слизова оболонка забарвлюється в світло-коричневий колір. Визначте діагноз.

- A. Генералізований пародонтит, I ступінь, хронічний перебіг
- B. Гострий катаральний гінгівіт
- C. Загострений хронічний катаральний гінгівіт
- D. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт
- E. Хронічний катаральний гінгівіт

8. Пацієнт віком 19 років скаржиться на біль, припухлість і кровоточивість ясен. Впродовж останнього тижня хворіє ГРВІ. Об'єктивно: слизова оболонка ясен в ділянці фронтальних зубів верхньої і нижньої щелеп набрякла, яскраво гіперемійована, болісна при пальпації, ясенні сосочки і ясенний край припухли, легко кровоточать при дотику. Визначається регіонарний лімфаденіт. На рентгенограмі тканини пародонту без патологічних змін. Який попередній діагноз?

- A. Гострий катаральний гінгівіт
- B. Гострий виразковий гінгівіт
- C. Хронічний катаральний гінгівіт
- D. Загострення гіпертрофічного гінгівіту
- E. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт

9. Пацієнту 19 років було встановлено діагноз: хронічний катаральний гінгівіт. Глибина присінка порожнини рота 7 мм, ГІ за Грін-Вермілльоном становить 2,4. Аномалії прикріплення вуждечок губ не виявлено, які заходи слід здійснити в першу чергу?

- A. Фізіотерапевтичне лікування
- B. Протизапальну терапію
- C. Професійну гігієну

- D. Вестибулопластику
- E. Гігієнічне виховання

10. Пацієнтка віком 32 років звернулася з приводу болісності, кровоточивості та почервоніння ясен. Об'єктивно: ясна в ділянці нижніх фронтальних зубів гіперемійовані, з ціанотичним відтінком, набряклі. У 11, 21 зубах пломби з нависаючими краями, є незначні відкладення м'якого нальоту. Які з наведених досліджень підтвердять наявність активного запалення процесу ясен?

- A. Індекс СРІТН
- B. Проба Шилера-Писарева
- C. Панорамна рентгенографія
- D. Формалінова проба Parma
- E. Проба Кулаженка

11. Пацієнт віком 19 років скаржиться на кровоточивість, біль ясен під час їжі та чищення зубів. Об'єктивно: у фронтальній ділянці нижньої щелепи зуби скупчені, гіперемія, ціаноз ясен, розростання ясенних сосочків у межах 1/3 висоти коронок зубів, значні відкладення зубного нальоту. Формалінова проба Parma негативна. Яке дослідження необхідно провести для встановлення діагнозу захворювання?

- A. Реопародонтографію
- B. Бактеріологічне дослідження
- C. Цитологічне дослідження
- D. Рентгенологічне дослідження
- E. Визначення стійкості капілярів за Кулаженком

12. Жінка віком 23 років скаржиться на кровоточивість ясен під час чищення зубів і приймання твердої їжі. Об'єктивно: слизова оболонка ясен з пристінкового боку обох щелеп набрякла, гіперемійована, з синюшним відтінком, є відкладення над'ясенного зубного каменю, гігієнічний індекс за Федоровим-Володкіною 2,0. Пародонтальні кишень – відсутні. Який із методів дослідження буде провідним у диференційній діагностиці цього захворювання?

- A. Визначення міграції лейкоцитів
- B. Проба Шилера-Писарева
- C. Визначення стійкості капілярів за Кулаженком
- D. Реопародонтографія
- E. Рентгенологічне дослідження

13. Клінічними ознаками катарального гінгівіту є:

- A. Кровоточивість ясен
- B. Наявність зубного нальоту, кровоточивість ясен
- C. набряк і гіперемія ясенного краю і міжзубних ясенних сосочків, кровоточивість ясен, відсутність пародонтальної кишень

- Д. Кровоточивість ясен, гіперестезія шийок зубів
Е. Гіперестезія шийок зубів

Рекомендована література

1. Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н., Орехова Л.Ю. Терапевтическая стоматология.– М.: Медицина, 2002.– 638 с.
2. Мащенко И.С. Болезни пародонта: Учебное пособие по терапевтической стоматологии.– Дніпропетровськ, Коло, 2003.– 272 с.
3. Курятин Н.В., Куткова Т.Ф. Заболевания пародонта.– М.: Медицинская книга, Н. Новгород, 2000.– 162 с.
4. Грохольський В.С., Кодола Н.А., Центило Т.Д. Назубные отложения: их влияние на зубы, околозубные ткани и организм.– К.: Здоров'я, 2000.– 160 с.
5. Борисенко А.В. Заболевания пародонта.– К.: Здоров'я, 2000.– 464 с.
6. Заболевания пародонта: Атлас /Н.Ф. Данилевський, Е.А. Магид, П.А. Мухин, В.Ю. Малюкевич (Под ред. Данилевського Н.Ф.).– М., 1993.– 320 с.
7. Данилевський Н.Ф., Зынченко Т.В., Кодола Н.А. Фитотерапия в стоматологии.– К., 1984.– 176 с.
8. Максимовский Ю.М., Максимовская Л.М., Орехова Л.Ю. Терапевтическая стоматология.– М., Медицина, 2002.– 638 с.
9. Борисенко А.В. Заболевания пародонта.– К.: Здоров'я, 2000.– 464 с.
10. Заболевания пародонта: Атлас /Н.Ф. Данилевський, Е.А. Магид, П.А. Мухин, В.Ю. Малюкевич (Под ред. Данилевського Н.Ф.).– М., 1993.– 320 с.
11. Иванов В.С. Заболевания пародонта.– М., 1998.– 294 с.
12. Мащенко И.С. Болезни пародонта: Учебное пособие по терапевтической стоматологии.– Дніпропетровськ, Коло, 2003.– 272 с.

Практичне заняття №12

Тема: Лікування катарального гінгівіту.

Мета заняття: розібратися в принципах лікування катарального гінгівіту, навчитись планувати лікування усієї патології.

Коротка характеристика теми

Лікування катарального гінгівіту повинно бути комплексним (етіотропне, патогенетичне та симптоматичне). Етіотропне лікування заключається у виявленні та усуненні місцевих пошкоджуючих факторів (зубного нальоту, каменю, каріозних порожнин, дефектів пломбування та протезування). Патогенетична терапія являє собою медикаментний вплив на патофізіологічні ланки запального процесу. Тому, при виборі лікарських засобів необхідно враховувати фазу запалення та механізм дії препарату. При гострому запаленні під час періоду ексудації потрібні у великій кількості полоскання та аплікації розчином натрію хлориду, натрію гідрокарбонату, штучного лізоциму, препаратами мефенаміну натрієвої солі. В репаративній фазі доцільне використання аплікацій 1% метилурацилової та мефенмінової паст, вітамінних препаратів, настоїв та відварів лікарських рослин – звіробою, шалфею, ромашки, евкالیпту та ін.

За показаннями при лікуванні гострого катарального гінгівіту проводять загальну терапію: жарознижуючі, загальнозміцнюючі та десенсибілізуючі засоби, раціональна дієта, вітаміни.

При лікуванні хронічного катарального гінгівіту призначають протизапальну терапію та фізіотерапевтичні методи лікування, спрямовані на нормалізацію мікроциркуляції та покращення трофіки тканин, підвищення її репаративних та імунобіологічних властивостей. З цією метою застосовують аскорбінову кислоту з рутином, токоферолу ацетат, ретинолу ацетат, вікасол, засоби рослинного походження. Серед фізіотерапевтичних методів ефективним є масаж та аутомасаж ясен (гідро-, вібро-, вакуум-масаж), гідротерапія, електрофорез, фонофорез алое, аскорбінової кислоти з вітаміном Р, галаскорбіну.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Вкажіть основні принципи лікування катарального гінгівіту.
2. Особливості фармакотерапії при лікуванні гострого катарального гінгівіту.
3. Особливості фармакотерапії при лікуванні хронічного катарального гінгівіту в порівнянні з гострим катаральним гінгівітом.
4. Основні принципи місцевого лікування катарального гінгівіту залежно від фази запалення.
5. Основні принципи загального лікування катарального гінгівіту.
6. Опишіть патологічні зміни при катаральному гінгівіті.
7. Дайте характеристику фармакологічним препаратам, які застосовуються при лікуванні катарального гінгівіту.
8. Фізіотерапевтичні методи лікування катарального гінгівіту.
9. Фітопрепарати, які використовуються для лікування катарального гінгівіту.

Орієнтовані тестові завдання та ситуаційні задачі

- 1. Який медикаментний засіб найкраще застосовувати для зменшення кількості нальоту на зубах при катаральному гінгівіті?**
 - A. Перекис водню
 - B. Хлоргексидин
 - C. Хімотрепсин
 - D. Сульфацил
 - E. Фурацилін

- 2. З чого необхідно почати лікування хворих на катаральний гінгівіт?**
 - A. Антибіотикотерапія
 - B. Професійна гігієна
 - C. З'ясування етіологічного чинника
 - D. Фізіотерапевтичні заходи
 - E. Симптоматичне лікування

- 3. Вкажіть препарат для етіотропного лікування катарального гінгівіту.**
 - A. Метронідазол
 - B. Галаскорбін
 - C. Калію перманганат
 - D. Трипсин
 - E. Каратолін

- 4. Який метод лікування найдоцільніший при катаральному гінгівіті?**
 - A. Консервативний, медикаментозний
 - B. Гінгівотомія
 - C. Гінгівоектомія
 - D. Діатермокоагуляція
 - E. Кріодеструкція

- 5. Які ускладнення можуть викликати кортикостероїди при довготривалому лікуванні катарального гінгівіту?**
 - A. Асфіксія
 - B. Ускладнення зі сторони кістково-м'язової системи
 - C. Ускладнення зі сторони шлунково-кишкового тракту
 - D. набряк легень
 - E. Ускладнення зі сторони серцево-судинної системи

- 6. Для полоскання порожнини рота при катаральному гінгівіті найбільш ефективно використовувати:**
 - A. Хлоргексидин
 - B. Мефенаміну натрієву сіль
 - C. Натрію гідрокарбонат
 - D. Перекис водню
 - E. Відвар кори дуба

7. З чого слід почати місцеве лікування катарального гінгівіту?

- A. Медикаментозна терапія
- B. Зняття зубних відкладень
- C. Фізіотерапія
- D. Симптоматичне лікування
- E. Кріодеструкція

8. У чому полягає лікування катарального гінгівіту?

- A. Загальне лікування
- B. Усунення етіологічного чинника
- C. Симптоматичне лікування
- D. Зняття зубних відкладень
- E. Усунення кровоточивості

9. Які препарати застосовують для загальнозміцнюючої терапії при лікуванні катарального гінгівіту?

- A. Вітаміни групи B
- B. Препарати кальцію
- C. Галаскорбін
- D. Вітаміни A,C,E
- E. Метронідазол

10. Електрофорез яких медикаментних засобів дозволяє досягнути найбільшого терапевтичного ефекту в лікуванні катарального гінгівіту?

- A. Гапарин
- B. Вітаміни групи B1
- C. Алое
- D. Трипсин
- E. Натрію фторид

11. Виберіть етіотропну терапію для лікування катарального гінгівіту.

- A. Знеболювальні препарати
- B. Імуномодулюючі препарати
- C. Кератопластичні препарати
- D. Антибактеріальні
- E. Ферментні препарати

12. Який із методів загального лікування катарального гінгівіту повинен бути призначений в першу чергу?

- A. Вітамінотерапія
- B. Антибактеріальна терапія
- C. Гіпосенсибілізуюча терапія
- D. Стимуляційна терапія
- E. Фізіотерапія

13. Які фізіотерапевтичні процедури можна призначати хворому при катаральному гінгівіті у гострій період захворювання?

- A. УВЧ-терапію та аскорбінову кислоту
- B. Діатермія та антибіотики
- C. Струми д'Арсонваля і кератопластичні препарати
- D. Аерозольні інгаляції та антибіотиками
- E. Електрофорез з хімотрепсином

14. Які з медикаментних препаратів доцільно застосовувати для лікування катарального гінгівіту?

- A. Димексид
- B. Лінкоміцин
- C. Метронідазол
- D. Месулід
- E. Діоксидин

15. Які з антибіотиків найдоцільніше застосовувати для лікування катарального гінгівіту?

- A. Еритроміцин
- B. Левоміцетин
- C. Пеніцилін
- D. Лінкоміцин
- E. Ампіцилін

Рекомендована література

1. Борисенко А.В. Заболевания пародонта.-К.: Здоров'я, 2000. - 464с.
2. Заболевания пародонта: Атлас /Н.Ф. Данилевський, Е.А. Магид, П.А. Мухин, В.Ю. Малюкевич (Под ред. Данилевського Н.Ф.).-М., 1993.-320с.
3. Данилевський Н.Ф., Зинченко Т.В., Колода Н.А. Фитотерапия в стоматологии.- К., 1984.- 176с.
4. Максимовский Ю.М., Максимовская Л.М., Орехова Л.Ю. Терапевтическая стоматология. – М., Медицина, 2002.- 638с.

Практичне заняття №13

Тема: Гіпертрофічний гінгівіт. Клініка, діагностика.

Мета заняття: вивчити клінічні симптоми гіпертрофічного гінгівіту, навчитися диференціювати його з подібними захворюваннями.

Коротка характеристика теми

Гіпертрофічний гінгівіт – хронічний запальний процес, що супроводжується реактивним розростанням волокнистих елементів сполучнотканинної основи та базальних клітин епітелію ясен.

За клініко-морфологічними змінами розрізняють гранулюючу та фіброзну форму захворювання.

Для гранулюючої форми характерні значна кровоточивість, болючість, пухка консистенція ясен. Сосочки ясен набряклі, гіперемійовані, різко виявлений ціаноз. По периферії сосочків відмічається десквамація епітелію (ексфолюативний гіпертрофічний гінгівіт). Рельєф краю ясен пропущений. В результаті вираженого набряку та гіперплазії утворюються різної глибини ясенні кишені.

При фіброзній формі гіпертрофічного гінгівіту колір ясен незначно змінений, болісність та кровотеча ясен при подразненні незначні або відсутні. Відмічається ущільнення, з'являється так звана слоновість ясен, що турбує хворого лише косметично. Ясна мають вигляд потовщеного в основі валика, сосочки ясен округленої форми, гіперплазовані.

В залежності від розміру розростання ясен розрізняють I, II та III ступінь гіпертрофії. Гіпертрофічний гінгівіт може бути як самостійне захворювання, так і симптомом генералізованого пародонтиту.

Контрольні питання поточного матеріалу:

1. Які скарги хворого при гіпертрофічному гінгівіті.
2. Що спостерігається при об'єктивному обстеженні?
3. Етіологічні фактори виникнення гіпертрофічного гінгівіту.
4. Які відмінності в клінічних картинах різних форм гіпертрофічного гінгівіту?
5. Диференційна діагностика гіпертрофічного гінгівіту

Орієнтовані ситуаційні задачі та тестові завдання

1. Пацієнт віком 19 років скаржиться на кровоточивість та болісність ясен під час їжі та чищенні зубів. Об'єктивно: у фронтальній ділянці кишені зуби скупчені, ясна гіперемовані, ціанотичні, розростання ясенних сосочків у межах 1/3 висоти коронок зубів, значні відкладення зубного нальоту. Проба Рамта (формалінова) негативна. Встановіть попередній діагноз.

А. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг

В. Гіпертрофічний гінгівіт, 1 ступінь, грануляційна форма

С. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, загострений перебіг

- D. Хронічний генералізований катаральний гінгівіт
- E. Генералізований пародонти, 1 ступінь, хронічний перебіг

2. Хворого турбує розростання, кровоточивість ясен і біль, які виникли рік тому. Об'єктивно: у фронтальній ділянці нижньої щелепи ясенні сосочки збільшені, вкривають коронки зубів на 1/2 їх висоти. Ясенні сосочки мають вигляд яскраво-червоних грануляцій, болісні під час пальпації. На зубах значні відкладення зубного каменю. На рентгенограмі змін альвеолярного відростка не виявлено. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг
- B. Хронічний катаральний гінгівіт
- C. Гіпертрофічний гінгівіт, 2ступінь, грануляційна форма
- D. Локалізований пародонтит
- E. Хронічний виразковий гінгівіт

3. Жінка віком 23 років скаржиться на розростання ясен. Об'єктивно: ясенні сосочки в ділянці нижніх і верхніх фронтальних зубів гіперемійовані, набряклі, вкривають 1/3 висоту коронок зубів. На рентгенограмі змін кістки альвеолярного паростка не виявлено. Аналіз крові в нормі. Який діагноз найбільш імовірний?

- A. Локалізований пародонтит
- B. Хронічний катаральний гінгівіт
- C. Генеральний пародонти, початковий ступінь, хронічний перебіг
- D. Гіпертрофічний гінгівіт, 1 ступінь, грануляційна форма
- E. Хронічний виразковий гінгівіт

4. Дівчинка віком 17 років скаржиться на болісність і кровоточивість ясен під час чищення зубів та приймання їжі. Вважає себе хворою півтора року. Об'єктивно: ясенні сосочки в ділянці фронтальних зубів верхньої та нижньої щелеп гіперемовані, ціанотичні, вкривають коронки зубів на 1/3 – 1/2 їх висоти, кровоточать під час доторкування та зондування. Встановлено діагноз: гіпертрофічний гінгівіт I-II ступеня, гранулююча форма. Електроферез яких медикаментних засобів дозволить досягнути найбільшого терапевтичного ефекту ?

- A. Гепарину
- B. Алое
- C. Вітаміну В₁
- D. Трипсину
- E. Натрію фториду

5. Хворий віком 20 років скаржиться на кровоточивість ясен, зміну їх вигляду. Переніс гостре респіраторне вірусне захворювання. Об'єктивно: ясенні сосочки набряклі, синюшно-червоного кольору, кровоточивість, вкривають коронки зубів на 1/2. На слизовій оболонці порожнини рота множинні петехіальні крововиливи, в окремих ділянках по краю ясен

виразки. В аналізі крові змін немає. Поставлено діагноз гіпертрофічний гінгівіт II ступеня. Яке поєднання вітамінів слід призначити в комплексному лікуванні даного захворювання?

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

6. Хвора 18 років скаржиться на розростання ясен, біль та кровоточивість при прийомі твердої їжі. Об'єктивно: гіперемія, набряк ясен, гіпертрофія ясеневого краю біля 12, 13, 14 до 1/2 висоти коронок. Формалінова проба безболісна. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Генералізований пародонтит, 1 ступінь, загострений перебіг
- B. Генералізований пародонтит, 2 ступінь, хронічний перебіг
- C. Катаральний гінгівіт
- D. Виразково-некротичний гінгівіт
- E. Гіпертрофічний гінгівіт

7. Молодий чоловік 19 років звернувся зі скаргами на кровоточивість і болісність ясен. Об'єктивно: у фронтальній ділянці верхньої і нижньої щелеп визначається скупченість зубів, гіперемія, ціаноз, розростання ясенних сосочків до 1/3 висоти коронок, відкладення м'якого зубного нальоту. Яку із нижче перерахованих процедур доцільно включити до плану лікування цього хворого?

- A. Мікрохвильова терапія
- B. Діатермія
- C. Флюктуруючі струми
- D. Струми Д'Арсонваля
- E. УВЧ-терапія

8. Хворий 20 років скаржиться на відчуття свербіжу в яснах, кровоточивість ясен під час чищення зубів та прийомі їжі, незвичний вигляд ясен. Дані явища спостерігає протягом останніх 1,5 років. З анамнезу життя відомо, що пацієнт 2 роки приймає протисудомні препарати на основі дифеніламіну. При об'єктивному обстеженні виявлено, що ясна гіперемовані, набряклі. У фронтальній ділянці вкривають вестибулярну поверхню зубів на 1/2 їх висоти. По вільному краю ясен спостерігається розростання грануляційної тканини, ясна при зондуванні кровоточать. Рентгенологічних змін не виявлено. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Генералізований пародонтит
- B. Хронічний катаральний гінгівіт
- C. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт
- D. Локалізований пародонтит
- E. Хронічний виразковий гінгівіт

9. Хвора 18 років скаржиться на розростання ясен, кровоточивість і біль під час вживання їжі. Об'єктивно: набряк ясен, гіперемія і розростання досягає 1/3 довжини коронки зуба. Під час пальпації посилення кровоточивості та болю. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гіпертрофічний гінгівіт, фіброзна форма
- B. Хронічний катаральний гінгівіт
- C. Гострий катаральний гінгівіт
- D. Гіпертрофічний гінгівіт, набрякла форма
- E. Генеральний пародонти початкового ступеня, зострений перебіг

10. Жінка 25 років скаржиться на кровоточивість ясен, збільшення їх в розмірі. Об'єктивно: розростання ясенних сосочків на 1/3 висоти коронок зубів у фронтальному відділенні нижньої щелепи. Пародонтальні кишени відсутні. Яким є найбільш імовірний діагноз?

- A. Локалізований пародонтит
- B. Епулід
- C. Гіпертрофічний гінгівіт
- D. Виразковий гінгівіт
- E. Катаральний гінгівіт

11. Основними клінічними ознаками набряклої форми гіпертрофічного гінгівіту є:

- A. Ясенні сосочки збільшені, мають синюшний відтінок, глянцеvu поверхню, кровоточать при доторканні, при натисканні залишаються відбитки
- B. Ясенні сосочки збільшені, щільні на дотик, кровоточать при доторканні
- C. Ясенні сосочки збільшені, набряклі, гіперерміювані, кровоточать при натисканні, при зондуванні визначаються ясенні кишени
- D. Кровоточивість при доторканні
- E. Наявність помилкових ясенних кишень

12. Клінічними ознаками фіброзної форми гіпертрофічного гінгівіту є:

- A. Ясенні сосочки збільшені, синюшного кольору, кровоточать при доторканні
- B. Ясенні сосочки збільшені, щільні на дотик, на внутрішній поверхні мають виразки, при зондуванні визначаються неправдиві ясенні кишени
- C. Ясенні сосочки синюшні, набряклі, кровоточать при пальпації, на зубах велика кількість нальоту і зубного каменю
- D. Наявність глибоких ясенних кишень
- E. Кровоточивість і біль від температурних подразників

Рекомендована література

1. Борисенко А.В. Заболевания пародонта.– К.: Здоров'я, 2000.– 464 с.

2. Заболевания пародонта: Атлас /Н.Ф. Данилевський, Е.А. Магид, П.А. Мухин, В.Ю. Малюкевич (Под ред. Данилевського Н.Ф.).– М., 1993.– 320 с.
3. Максимовский Ю.М., Максимовская Л.М., Орехова Л.Ю. Терапевтическая стоматология.– М., Медицина, 2002.– 638 с.
4. Мащенко І.С. Запальні та дистрофічні захворювання пародонта: навчальний посібник.– Дніпропетровськ, АРТ-Прес, 2003.– 241 с.

Практичне заняття №14

Тема: Лікування гіпертрофічного гінгівіту.

Мета заняття: засвоїти методи лікування гіпертрофічного гінгівіту.

Коротка характеристика теми

Лікування гіпертрофічного гінгівіту необхідно проводити комплексно: загальне в поєднанні з місцевим із урахуванням ступеню гіпертрофії, характеру запалення та причинних факторів.

Загальне лікування включає вітамінотерапію (аскорбінова кислота, рутин, вікасол, токоферол), лікування соматичних захворювань.

При I-II ступені гіпертрофії рекомендується медикаментне та фізіотерапевтичне лікування, при неефективності лікування та II-III ступенях захворювання рекомендується хірургічний метод лікування.

При проведенні медикаментної терапії використовують лікарські засоби з різноманітним механізмом дії – знеболюючі, протизапальні, антигістамінні, антисептичні, регенеруючі, протипухлинні, склерозуючі.

Місьцеве лікування слід починати з ретельного усунення місцевих подразнюючих факторів. Ефективно знижують проліферацію ясен настої та відвари трав (календула, арніка, чистотіл та ін.), препарати протипухлинної дії (бефунгін, проспідін, неоцид, круцин), які застосовуються у вигляді розчинів, суспензій в основі пов'язок, аплікацій на ясна, інстиляцій у кишені.

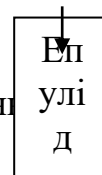
Після усунення запального набрякання ясен проводять склерозуючу терапію – ін'єкції у верхівку сосочків ясен 50-60% розчину глюкози, емульсії гідрокортизону, в перехідну складку вводять по 1 мл гепарину (500 ОД).

Ефективним методом лікування є фізіотерапія. Проводять електрофорез 5% розчином калію йодиду, ліпазою, ронідазою (12-15 сеансів), а на заключному етапі – аскорбіновою кислотою з вітаміном Р, 1% розчином галаскорбіну (12-15 сеансів). Ефективні також вакуум-масаж ясен (6-10 процедур, через 2-3 дні), зрошування вуглекислою (10-20 сеансів при I ступеню), дія контрастних температур.

При відсутності ефекту від застосованої терапії, а також при II-III ступенях захворювання проводять хірургічне лікування-гінгівектомію, кріодеструкцію, діатермокоагуляцію.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Методи дослідження для визначення діагнозу захворювання
2. Етіологія гіпертрофічного гінгівіту.
3. Клінічні ознаки гранулюючої форми гіпертрофічного гінгівіту I, II, III ступеню.
4. Клінічні ознаки фіброзної форми гіпертрофічного гінгівіту.
5. Захворювання, які необхідно диференціювати з гіпертрофічним гінгівітом.
6. Методи місцевого лікування гіпертрофічного гінгівіту залежно від форми та ступеню захворювання.
7. Суть хірургічних методів лікування при гіпертрофічному гінгівіті.



Орієнтовані ситуаційні задачі та тестові завдання

1. Хвора 17 років, скаржиться на збільшення ясенних сосочків, періодичну кровоточивість ясен під час їжі, чищення зубів, які з'явилися 1.5 роки тому. Об'єктивно: Ясенні сосочки та маргінальні ясна фронтальної ділянки нижньої щелепи гіперемовані з ціанотичним відтінком, набряклі з глянцевою поверхнею, вкривають коронки зубів на 1/3 їх висоти. Підщелепні лімфовузли не збільшені. На рентгенограмі альвеолярного відростку в ділянці 42, 41, 31, 32 змін не виявлено. Поставлений діагноз: гіпертрофічний гінгівіт, гранулююча форма, I ступінь. Якому методу лікування у даної хворої ви віддасте перевагу в першу чергу?

- A. Гінгівектомія
- B. Консервативний, медикаментозний
- C. Гінгівотомія
- D. Кріодеструкція
- E. Діатермокоагуляція

2. Дівчина 17 років скаржиться на болочість та кровоточивість ясен під час чищення зубів та прийманні їжі. Вважає себе хворою протягом останніх півтора років. Об'єктивно: ясенні сосочки у ділянці фронтальних зубів верхньої та нижньої щелеп гіперемовані, ціанотичні, перекривають коронки зубів на 1/3-1/2 їх висоти, кровоточать при доторкуванні та зондуванні. Встановлений діагноз: гіпертрофічний гінгівіт, гранулююча форма, I-II ст. Електрофорез яких медикаментозних засобів дозволить отримати найбільший терапевтичний ефект?

- A. Фториду натрію

- V. Вітаміну B1
- C. Трипсину
- D. Алое
- E. Гепарину

3. Хворий 20 років скаржиться на кровоточивість ясен, зміну їх вигляду. Переніс гостре респіраторне вірусне захворювання у тяжкій формі. При огляді ясенні сосочки набряклі, синюшно-червоного кольору, вкривають коронки зубів на 1/2, дуже кровоточать. На слизовій оболонці порожнини рота множинні петехіальні крововиливи, в окремих ділянках по краю ясен виразки. В аналізі крові змін немає. Встановлений діагноз: гіпертрофічний гінгівіт, гранулююча форма, I-II ст. Яке поєднання вітамінів необхідно призначити у комплексному лікуванні цього захворювання?

- A. Піридоксин + тіаміну бромід
- B. Аскорбінова кислота + рутин
- C. Рутин + нікотинова кислота
- D. Цианокобаламін + тіаміну бромід
- E. Ретинолу ацетат + рибофлавін

4. Чоловік, 42 років, скаржиться на біль і кровоточивість ясен, особливо при прийманні їжі, слабкість, біль у кінцівках, немотивовану мерзлякуватість. Протягом 15 років жив на Півночі, займався важкою фізичною працею. Об'єктивно: шкіряні покрови сухі, з коричнюватим відтінком, лущаться, на гомілках симптом "гусячої шкіри". Слизова ясен різко набрякла, гіперемована з ціанотичним відтінком, ясенні сосочки гіпертрофовані, перекривають коронки зубів, кровоточать при доторканні. Патологічна рухомість зубів I ступеня. На слизовій оболонці м'якого піднебіння - численні петехії. Проявом нестачі якого вітаміну може бути дана клінічна картина?

- A. Вітамін B2
- B. Вітамін A
- C. Вітамін C
- D. Вітамін PP
- E. Вітамін B1

5. При набряковій формі гіпертрофічного гінгівіту проводять лікування:

- A. Гінгівотомія
- B. Гінгівектомії
- C. Протинабрякову
- D. Клаптикову операцію

6. При фіброзної формі гіпертрофічного гінгівіту проводять хірургічне лікування:

- A. Гінгівектомії
- B. Гінгівотомія

- С. Кюретаж
- Д. Клаптикову операцію

7. Вкажіть правильну послідовність етапів лікування хронічного гіпертрофічного гінгівіту, набрякова форма: 1) кюретаж несправжніх ясенних кишень, 2) ортодонтичне та ортопедичне лікування; 3) протинабрякове лікування; 4) професійна гігієна, 5) корекція гігієни порожнини рота; 6) лікування карієсу та його ускладнень, з відновленням анатомічної форми.

А. 1,5,3,2,4,6
В. 4,5,3,6,1,2

Рекомендована література

1. Борисенко А.В. Заболевания пародонта.– К.: Здоров'я, 2000.– 464 с.
2. Заболевания пародонта: Атлас /Н.Ф. Данилевський, Е.А. Магид, П.А. Мухин, В.Ю. Малюкевич (Под ред. Данилевського Н.Ф.).– М., 1993.– 320 с.
3. Іванов В.С. Заболевания пародонта.– М., 1998.– 294 с.
4. Курятина Н.В., Кутепова Т.Ф. Заболевания пародонта.– М., Медицинская книга; Н. Новгород, 2000.– 162 с.

Практичне заняття №15

Тема: Виразковий гінгівіт. Клініка, діагностика.

Мета заняття: навчити студентів правильно діагностувати клініку виразкового гінгівіту та диференціювати цю патологію з іншими захворюваннями.

Коротка характеристика теми

В генезі виразкового гінгівіту основне значення мають зміни реактивності організму та зниження резистентності слизової оболонки порожнини рота до аутоінфекції, особливо до фузоспірилярного симбіозу. В звичайних умовах веретеноподібна паличка та спірохета Венсана являються сапрофітами порожнини рота та знаходяться в ясенних кишнях, криптах мигдаликів, каріозних порожнинах.

При нестачі в організмі аскорбінової кислоти, захворюваннях крові, травного каналу, отруєнні солями важких металів може розвинути виразковий гінгівіт.

Захворювання нерідко розвивається у дітей після прорізування молочних зубів, при множинному карієсі, присутності місцевих

травматичних подразників, незадовільному гігієнічному догляді за порожниною рота, затрудненому прорізуванні зуба мудрості. Розрізняють гострий та хронічний перебіг процесу. Гострий виразковий гінгівіт залежно від ступеню ураження ясен та виявлення загальної реакції підрозділяють на три форми: легку, середньої тяжкості та важку.

Основними клінічними ознаками являються кровоточивість ясен, свербіж, біль (інколи вона носить характер каузальгії), обмежений чи дифузний некроз ясен, неприємний запах з рота. Із загальних порушень відмічається головний біль, неспокійний сон, зниження апетиту, працездатності, підвищення температури тіла. Виразковий гінгівіт протікає по типу гострого інфекційного захворювання. Виділяють такі періоди його розвитку: продромальний, період первинних клінічних проявів, розпалу захворювання та зворотного розвитку. Гінгівіт починається переважно в тих ділянках ясен, де є місцеві подразнюючі фактори. Звичайно в процес втягується 1-2 ясенні сосочки, потім некроз швидко розповсюджується уздовж ясенного краю на суміжні ділянки. Особливістю гострого виразкового гінгівіту в дитячому та юнацькому віці являється схильність до гіперергічної реакції, основною ознакою котрої є високий ступінь альтеративних проявів.

В ослаблених хворих з обтяженим загальним станом може зустрічатись гіпоергічний характер гострого виразкового гінгівіту. Клінічні прояви до виникнення некрозу виражені слабо.

При сприятливому клінічному перебігу хвороби патологічний процес прогресує, виразкові зміни характеризуються повзучістю.

В продромальний період завжди відмічається сухість, печія, біль в яснах, забруднене приймання їжі, інколи ковтання.

В період первинних клінічних проявів, біль підсилюється, гіперемія поширюється з крайової на альвеолярну ділянку ясен, спостерігається значна кровоточивість та їх набряк.

В залежності від ступеню тяжкості захворювання відмічається підвищення температури тіла від $37,5^{\circ}$ до 39° C, наростає інтоксикація, особливо при тяжкій формі захворювання.

Період виражених клінічних проявів характеризується появою та швидким підсиленням некротичних змін в яснах.

Некроз розпочинається з вершини ясенних сосочків та крайової ділянки ясен. При видаленні некротизованої тканини оголюється різко болюча виразкова поверхня, яка кровоточить. Некроз швидко поширюється, ясенні сосочки втрачають свою форму, набуваючи форми рівномірно зрізаного конуса.

При прогресуванні процесу некроз може поширюватись на кісткову тканину, що приводить до секвестрації міжальвеолярних перегородок. Осередки некрозу завжди міцно з'єднані з підлеглими тканинами. Розпадаючись, вони утворюють великі виразкові поверхні, покриті шаром нальоту сірого кольору з різким неприємним запахом. Краї виразок нерівні, фестончасті. Регіональні лімфатичні вузли збільшені, м'якої консистенції,

болючі при пальпації. Цей період продовжується від 5 до 15 днів. Його тривалість, як правило, зв'язана з тяжкістю захворювання, віком хворого, станом загальної та місцевої імунологічної реактивності, ясенні сосочки покриті шаром нальоту сірого кольору з різким неприємним запахом.

Хронічний виразковий гінгівіт може розвинути як самостійна форма захворювання, так і внаслідок переходу гострого процесу в хронічний.

Ураження обмежене і виникає звичайно там, де є місцеві подразнюючі фактори. Ясна набряклі, почервонілі, з синюшним відтінком. Рентгенологічно в ділянці виразкування відмічається остеопороз кістки альвеолярного відростку.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Анатомо-фізіологічна характеристика пародонту.
2. Основні етіологічні фактори гострого виразкового гінгівіту.
3. Клінічні прояви гострого виразкового гінгівіту.
4. Основні етіологічні фактори хронічного виразкового гінгівіту.
5. Клінічна картина хронічного виразкового гінгівіту.
6. Методи дослідження необхідні для діагностики виразкового гінгівіту.

Орієнтовані ситуаційні задачі та тестові завдання

1. Найбільш важливими диференційно-діагностичними ознаками гострого виразкового гінгівіту є:

- А. Гіперемія, набряклість ясенних сосочків, наявність ясенних кишень, виразка внутрішньої епітеліальної вистилки ясенних сосочків
- В. Генералізоване виразка ясенного краю з усіченою вершин сосочків, вкрите фібринозним нальотом
- С. Болючість ясенних сосочків, кровоточать при натисканні, велика кількість над-і підясневих зубних відкладень
- Д. Наявність глибоких ясенних кишень
- Е. Кровоточивість при доторканні

2. Хворий К., 23 років, після гострого респіраторного захворювання скаржиться на загальну слабкість, інтенсивний біль у яснах, їх кровоточивість, неприємний запах з роту. Об'єктивно: збільшення та болісність лімфовузлів, ясна гіперемійовані, набряклі, множинні виразки, вкриті сірим фібринозним нальотом. Яке дослідження обов'язково повинен провести лікар?

- А. Загальний аналіз крові
- В. Загальний аналіз сечі
- С. Рентгенограма
- Д. Алергологічні проби

Е. Стійкість капілярів за Кулаженко

3. Чоловік Л., 17 років, скаржиться на болі в порожнині рота, кровоточивість ясен, гнилісний запах з рота, загальну слабкість на протязі 3 днів. До лікаря не звертався. При огляді чоловік блідий, регіональні лімфовузли збільшені, болючі при пальпації. Ясна на обох щелепах набряклі, гіперемовані, вкриті брудно-сірим нальотом. Який з перерахованих діагнозів найбільш вірогідний?

- А. Виразково-некротичний гінгівіт
- В. Катаральний гінгівіт
- С. Генералізований пародонтит
- Д. Цінготний гінгівіт
- Е. Гіпертрофічний гінгівіт

4. Хворий К., 23 років, після гострого респіраторного захворювання скаржиться на загальну слабкість, інтенсивну біль у яснах, їх кровоточивість, неприємний запах з рота. Об'єктивно: збільшення та болісність лімфовузлів, ясна гіперемійовані, набряклі, множинні виразки, вкриті сірим фібринозним нальотом. Яке дослідження обов'язково повинен провести лікар?

- А. Рентгенограма
- В. Загальний аналіз сечі
- С. Загальний аналіз крові
- Д. Алергологічні проби
- Е. Стійкість капілярів за Кулаженко

5. Чоловік 24 років скаржиться на біль, неприємний запах з рота, підвищення температури тіла до 38°C. На зовнішній вигляд пацієнт дуже блідий та анемічний. Об'єктивно: ясна набряклі, гіперемовані, верхівки сосочків та маргінальні ясна вкриті виразками та некротичним нальотом. На зубах рясні відкладення зубного каменю. Яке додаткове дослідження необхідно провести цьому хворому у першу чергу?

- А. Аналіз крові на цукор
- В. Мікроскопію нальоту с ясен
- С. Рентгенографію щелеп
- Д. Загальний розгорнутий аналіз крові
- Е. Виявлення ВІЛ-інфекції

6. Чоловік, 23 років, скаржиться на біль, неприємний запах із рота, підвищення температури до 38°C. Об'єктивно: чоловік блідий, адинамічний, регіональні лімфовузли збільшені і болючі. Ясна набряклі, гіперемовані, сосочки з виразками, вкритими некротичним нальотом. На зубах відкладення зубного каменю. Яке допоміжне дослідження необхідно провести для встановлення діагнозу та диференційної діагностики?

- А. Гістологічне дослідження (біопсія)
- В. Бактеріоскопічне дослідження
- С. Люмінесцентне дослідження

D. Цитологічне дослідження

E. Гемограма

7. Пацієнт 43 років після перенесеного гострого респіраторного захворювання скаржиться на загальну слабкість, інтенсивний біль в яснах, їх кровоточивість, неприємний запах з рота. Об'єктивно: ясна гіперемовані, набряклі, спостерігаються численні виразкові вогнища, вкриті сірим некротичним нальотом. Підщелепні лімфовузли збільшені і болючі, Що в першу чергу буде виявлено при мікроскопічному дослідженні матеріалу зішкребу з уражених ділянок ясен?

A. Стрептококи, стафілококи, лактобацили, епітеліальні клітини

B. Нейсерії, вейлонели, колі-бактерії, епітеліальні клітини

C. Значна кількість еритроцитів, актиноміцети

D. Нейтрофільні гранулоцити в стадії розпаду, епітеліальні клітини, стафілококи

E. Змішана флора зі значною кількістю фузобактерій і спірохет

8. Чоловік, 20 років, скаржиться на різкий біль при прийманні їжі, неприємний запах з рота, загальну слабкість. Об'єктивно: міжзубні сосочки та маргінальні ясна некротизовані, вкриті брудно-сірим нальотом, болючі і кровоточать при доторканні. Температура тіла 37,5°C. В аналізі крові: еритроцитів – $4,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Нь – 150 г/л, кольоровий показник – 0,9, лейкоцитів – $10,5 \times 10^9/\text{л}$, юних – 2%, базофільних – 1%, еозинофільних – 5%, поліморфноядерних – 8%, сегментоядерних – 47%, лімфоцитів. – 35%, тромбоцитів – $250 \times 10^9/\text{л}$. ШОЕ – 20 мм/год. Який найбільш вірогідний діагноз?

A. Гострий лейкоз

B. Агранулоцитоз

C. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, загострений перебіг

D. Гострий виразковий гінгівіт

E. Хронічний лейкоз

9. У пацієнта 30 років діагностовано гострий виразковий гінгівіт, середнього ступеня тяжкості. Який з препаратів необхідно застосувати для видалення некротичного нальоту?

A. Розчин хлоргексидину

B. Розчин перекису водню

C. Розчин калію перманганату

D. Розчин фурациліну

E. Іруксол

10. Молода людина 18-ти років скаржиться на болючість ясен під час приймання їжі. Захворів три дні тому, коли після переохолодження з'явилася субфебрильна температура і біль у яснах. Об'єктивно порожнина рота санована, ясна верхньої і нижньої щелеп гіперемовані, набряклі, легко

кровоточать при доторканні інструментом. У ділянці 21, 22, 23, 24 і 25 зубів на міжзубних сосочках виявлений брудно-сірий наліт, після видалення якого утворюється кровоточиві виразки. Яке додаткове обстеження необхідно провести цьому хворому у першу чергу?

- A. Мікроскопію нальоту з сосочка
- B. Аналіз крові на цукор
- C. Рентгенографію щелеп
- D. Обстеження на ВІЛ-інфекцію
- E. Загальний розвернутий аналіз крові

11. Хворий У., 17 років, скаржиться на нездужання, біль у порожнині рота, неприємний запах із рота. Хворіє протягом 2-х діб. Об'єктивно: температура тіла 38,7°C. Регіонарні лімфатичні вузли справа збільшені, болісні та рухомі при пальпації. Слизова оболонка рота гіперемійована, набрякла, ясенні сосочки кровоточать, по краю ясен є сірувато-білий некротичний наліт. У ділянці 48 зуба є виразка з нерівними краями, болюча при доторканні, вкрита брудно-сірим нальотом. Яка мікрофлора найбільш вірогідно буде виявлена при бактеріоскопічному дослідженні?

- A. Актиноміцети і дифтерійна паличка
- B. Гриби роду *Candida* і трихомонади
- C. Актиноміцети і фузобактерії
- D. Фузобактерії та спірохети
- E. Трихомонади і спірохети

12. У 10-річного хлопчика в порожнині рота визначається виразковий гінгівіт, пародонтальні кишені глибиною до 4 мм, патологічна рухливість всіх зубів I-II ступеня. При рентгенологічному обстеженні виявлено деструкцію альвеолярного паростка лакунарного типу і осередкову деструкцію площинних кісток. Клінічно визначається нецукровий діабет, гепатоспленомегалія, екзофтальм. Про яку хворобу можуть свідчити ці ознаки?

- A. X-гістіоцитоз
- B. Спадкову нейтропенію
- C. Цукровий діабет
- D. Синдром Папійона-Лефевра
- E. Гіпоімуноглобулінемію

13. Найбільш важливими диференційно-діагностичними ознаками гострого виразкового гінгівіту є:

- A. Гіперемія, набряклість ясенних сосочків, наявність ясенних кишень
- B. Генералізована виразка ясенного краю з усіченою вершиною сосочків, вкрита фібринозним нальотом
- C. Болючість ясенних сосочків, що кровоточать при натисканні, велика кількість над- і під'ясенних зубних відкладень
- D. Наявність глибоких ясенних кишень
- E. Кровоточивість при доторканні

Рекомендована література

1. Заболевания пародонта: Атлас /Н.Ф. Данилевський, Е.А. Магид, П.А. Мухин, В.Ю. Малюкевич (Под ред. Данилевського Н.Ф.).– М., 1993.– 320 с.
2. Иванов В.С. Заболевания пародонта.– М., 1998.– 294 с.
3. Максимовский Ю.М., Максимовская Л.М., Орехова Л.Ю. Терапевтическая стоматология.– М., Медицина, 2002.– 638 с.
4. Машенко І.С. Запальні та дистрофічні захворювання пародонта: навчальний посібник.– Дніпропетровськ, АРТ-Прес, 2003.– 241 с.

Практичне заняття №16

Тема: Лікування виразкового гінгівіту.

Мета заняття: навчити студентів правильно проводити лікування виразкового гінгівіту.

Коротка характеристика теми

Лікування виразкового гінгівіту повинно бути комплексним. Місцеве лікування направлене на ліквідацію запальних явищ слизової оболонки та зниження больової реакції, видалення тканин, що омертвіли, зменшення інтоксикації, створення умов, несприятливих для життєдіяльності патогенної мікрофлори, покращення оксигенації тканин, нормалізацію обмінних та стимуляцію репаративних процесів в ділянці запалення, запобігання рецидиву захворювання.

Перебіг та завершення захворювання в значній мірі залежать від своєчасного та старанного видалення некротичних тканин – джерела інфекції та інтоксикації. Неповне їх видалення створює сприятливі умови для життєдіяльності анаеробної мікрофлори та подальшого прогресування процесу. Місцеве лікування необхідно розпочинати з рясного зрошення порожнини рота розчинами антисептиків.

В зв'язку із вираженим болем ясен перед хірургічною обробкою некротичних осередків проводять аплікаційне знеболення 3-4% розчином дікаїну чи 0,1% розчином мефенаміну натрієвої солі. Відторгнуту некротичну тканину видаляють гострим екскаватором чи гладилкою, із міжзубних проміжків – ватною турун дою на зонді.

Хірургічне опрацювання доцільно поєднувати з іригацією, вивільняючими кисень ціноутворюючими антисептиками (перекис водню, атоній та ін.). Для остаточного видалення залишків некротичних тканин застосовують протеолітичні ферменти (трипсин, хімотрипсин, террілітин), у поєднанні з антибіотиками (стрептоміцином, неоміцином, мономіцином) – 1 мг ферменту на 100 000 ОД антибіотика. Сполучення трипсину та хімотрипсину підсилює лізис, так як ці ферменти більш активно розщеплюють різноманітні пептидні зв'язки в білковій молекулі. Розчини ферментів застосовують у вигляді аплікацій, інстиляцій, аерозольних інгаляцій. Безперечний практичний інтерес викликає використання емульсованої форми ферментів, основою якої являється суміш вазелінової олії (2 частини) та ланоліну (1 частина) з гліцериновим розчином ферменту та антибіотику в співвідношеннях 1:1.

Гліцеринові розчини трипсину та хімотрипсину (1 мг/мл), на відміну від водяних, мають високу стабільність, зберігаючи свою активність впродовж двох тижнів при температурі 18-20⁰С, а при зберіганні в холодильнику – впродовж місяця. Сеанс лікування закінчуються зрошуванням порожнини рота антисептичними та протизапальними засобами.

На заключній стадії лікування для відновлення слизової оболонки застосовують препарати, які стимулюють репаративну регенерацію тканин (аскорбінову кислоту з рутином, ретинолу ацетат, токоферолу ацетат, нестероїдні протизапальні засоби – мефенаміна натрієву сіль, піримідант, ліки рослинного походження з вираженою ранозаживлюючою дією – сік каланхое, масло шипшини, обліпихи, шалфею, каратолін, анілінові барвники).

В домашніх умовах необхідно полоскати порожнину рота та робити ванночки 1-2% розчином натрію гідрокарбонату чи 2% розчином натрію хлориду, 0,1% розчином калію перманганату, 1% розчином витралу, аплікацій 0,01% розчином лізоциму.

Загальну терапію при виразковому гінгівіту проводять з врахуванням стану хворого, ступеню тяжкості захворювання. При необхідності призначають жарознижуючі, гіпосенсибілізуючі засоби, полівітаміни, дієтотерапію.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Диференційна діагностика виразкового гінгівіту.
2. Принципи загального лікування виразкового гінгівіту.
3. Місцева терапія виразкового гінгівіту.
4. Хірургічне лікування виразкового гінгівіту.
5. Групи лікувальних засобів, які застосовуються для лікування виразкового гінгівіту.

Орієнтовані ситуаційні задачі та тестові завдання

1. Хворий Н., 23 роки, звернувся зі скаргами на біль у яснах, неприємний запах з рота, погіршення загального стану. Було поставлено діагноз “виразково-некротичний гінгівостоматит”. Найбільш ефективним антимікробним засобом у цьому випадку слід вважати:

- A. Метранідазол
- B. Хлоргексидин біглюконат
- C. Етоній
- B. Хлорофеліпт
- E. Сангвіритрин

2. При гострому виразковому гінгівіті всередину призначають:

- A. Знеболюючі препарати
- B. Антибіотики, знеболюючі, вітаміни
- C. Метронідазол, десенсибілізуючі препарати, вітаміни
- D. Сульфаніламідні препарати, антибіотики, вітаміни
- E. Загальне лікування не призначається

3. У пацієнта 30 років діагностований гострий виразковий гінгівіт, середнього ступеню тяжкості. Який з препаратів необхідно застосувати для видалення некротичного нальоту?

- A. Розчин хлоргексидину
- B. Розчин перекису водню
- C. Розчин калію перманганату
- D. Розчин фурациліну
- E. Іруксол

4. У чоловіка 30 років діагностований гострий виразковий гінгівіт, середнього ступеню тяжкості. Препарати якої групи необхідно застосовувати на заключному етапі лікування цього захворювання?

- A. Антиоксиданти
- B. Кератопластичні препарати
- C. Антибіотики
- D. Протеолітичні ферменти
- E. Кератолітичні препарати

5. Хворий 19 років скаржиться біль та кровоточивість ясен під час приймання їжі, загальне нездужання. В анамнезі - два тижні тому хворів на гостре респіраторне вірусне захворювання. При огляді: загальний статус пацієнта задовільний температура тіла - 37,8°C, неприємний запах з рота, ясенний край у ділянці усіх зубів нижньої щелепи зліва некротизований, ясна яскраво гіперемовані, болючі при доторкуванні. Встановлений діагноз: гострий виразковий гінгівіт. Виберіть етіотропну терапію.

- A. Імуномодулюючі препарати
- B. Знеболюючі препарати
- C. Кератопластичні препарати
- D. Антибактеріальні препарати типу метронідазолу
- E. Ферментні препарати

6. Пацієнту П. поставлено діагноз виразково-некротичний гінгівіт. Який із перерахованих препаратів доцільно застосувати у поєднанні з протеолітичними ферментами:

- A. Мазь календули
- B. Хлоргексидин
- C. Розчин хлорофіліпту
- D. Розчин новоіманіну
- E. Контрикол та індометацин

7. У пацієнта віком 30 років діагностований гострий виразковий гінгівіт середнього ступеня тяжкості. Який з препаратів необхідно застосувати для видалення некротичного нальоту:

- A. Розчин протеолітичних ферментів
- B. Іруксол
- C. Розчин перексиду водню
- D. Розчин фурациліну
- E. Розчин хлоргексидину?

8. У хворого віком 27 років діагностований гострий виразковий гінгівіт середнього ступеня тяжкості. Препарати якої групи необхідно застосувати на заключному етапі лікування цього захворювання:

- A. Кератолітичні
- B. Антибіотики
- C. Антиоксиданти
- D. Кератопластичні
- E. Протеолітичні ферменти?

9. Хворий віком 19 років скаржиться на біль і кровоточивість ясен під час приймання їжі, загальне нездужання. З анамнезу відомо, що 2 тиж тому хворів на гостре респіраторне вірусне захворювання. Об'єктивно: загальний стан пацієнта задовільний, температура тіла 37,8 °C, неприємний запах з рота, ясенний край у ділянці всіх зубів нижньої щелепи зліва некротизований, ясна яскраво гіперемійовані, болісні під час доторкування. Установлений діагноз гострого виразкового гінгівіту. Виберіть етіотропну терапію:

- A. Антибактеріальні препарати типу метронідазолу
- B. Імуномодулювальні препарати
- C. Кератопластичні препарати
- D. Знеболювальні препарати
- E. Ферментні препарати.

10. Після перенесеного гострого респіраторного захворювання пацієнт звернувся до стоматолога зі скаргами на біль у яснах, неприємний запах з рота, неможливість приймати їжу, загальну слабкість. Об'єктивно: ясна гіперемійовані, набряклі, вкриті фібринозним нальотом, після зняття якого оголюються виразкові ділянки і виникає кровоточивість. Під час мікробіологічного дослідження виявлено велику кількість коків, паличок, фузобактерій і спірохет. Укажіть препарат для етіотропного лікування захворювання:

- A. Метронідазол
- B. Галаскорбін
- C. Калію перманганат
- D. Трипсин
- E. Каратолін.

11. Хворому віком 23 роки встановлено діагноз локалізованого виразкового гінгівіту середнього ступеню тяжкості, хронічний перебіг. Під час мікроскопічного дослідження, виявлені значна кількість кокової мікрофлори та трихомонади. Які з перелічених медикаментозних засобів доцільно застосовувати для інсталяцій:

- A. Метронідазол
- B. Лінкоміцин
- C. Димексид
- D. Месулід
- E. Діоксидин?

12. Хворий віком 28 років скаржиться на болісність і кровоточивість ясен, неприємний запах з рота, загальну слабкість, нездужання, підвищення температури тіла до 37,5 °С. Початок захворювання гострий, 3 доби тому. Об'єктивно: слизова оболонка ясенного краю фронтальної ділянки верхньої та нижньої щелеп гіперемійована, ясенні сосочки некротизовані, вкриті брудно-сірим нальотом. На зубах відкладення зубного каменю. Пародонтальні кишені не виявлені. Установлений діагноз гострого виразкового гінгівіту. Які фізіотерапевтичні процедури можна призначити даному хворому в гострий період захворювання:

- A. . Аерозольні інгаляції з ферментами та антибіотиками
- B. Діатермію та антибіотики
- C. Струми д'Арсонваля і керато- пластичні препарати
- D УВЧ-терапію та аскорбінову кислоту
- E. Електрофорез хімопсину?

Рекомендована література

1. Борисенко А.В. Заболевания пародонта.– К.: Здоров'я, 2000.– 464 с.

2. Заболевания пародонта: Атлас /Н.Ф. Данилевський, Е.А. Магид, П.А. Мухин, В.Ю. Малюкевич (Под ред. Данилевського Н.Ф.).– М., 1993.– 320 с.
3. Иванов В.С. Заболевания пародонта.– М., 1998.– 294 с.
4. Косенко К.Н., Терешина Т.П. Профилактическая гигиена полости рта.– Одесса, Изд-во КПОГТ, 2003.– 288 с.
5. Данилевський М.Ф., Мох орт М.А., Мохорт В.В. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонту.– К., 1991.– 264 с.
6. Кухта С.Й. Пародонтологія. Принципи комплексного лікування захворювань пародонта.– Львів, 1995.– 53 с.

Практичне заняття №17

Тема: Атрофічний та десквамативний гінгівіт. Клініка, лікування.

Мета заняття: вивчити особливості клінічного перебігу, діагностики та лікування атрофічного та дескваматичного гінгівіту.

Коротка характеристика теми

Атрофічний гінгівіт характеризується атрофією ясенних сосочків, ясенного краю при слабо вираженому хронічному запаленні. Розвиток захворювання пов'язують з дією місцевих та загальних чинників (порушення трофіки тканин пародонту, нейрогуморальні та ін. розлади). У дітей причиною розвитку атрофії ясен можуть бути аномалії прикріплення вуздечок нижньої або верхньої губи, перевантаження ясен під впливом ортодонтичних апаратів. Атропічний гінгівіт часто виникає після перенесеного виразкового чи гангренозного гінгівіту. Атрофія ясенних сосочків зазвичай спостерігається в літніх людей.

Розрізняють обмежену атрофію ясен та дифузний атропічний гінгівіт. Обмежена атрофія ясен виникає в ділянці одного зуба, нерідко симетрично, частіше у ділянці ікол, малих кутніх зубів. Внаслідок атрофії зникає ясенний край, поступово оголюються шийка і корінь зуба. Іноді атрофічний процес призводить до утворення V-подібного дефекту (gittivitis atrofica deundeus). Ясна навколо дефекту стоншені, у вигляді валика, нерідко з ознаками хронічного катарального запалення. Внаслідок оголення шийки і кореня зуба іноді спостерігається підвищена їх чутливість до механічних, термічних і хімічних подразників.

Рідше трапляється дифузний атрофічний гінгівіт, при якому спостерігають рефракцію ясен, переважно з боку пристінкових поверхонь

щелеп. Поступово оголюються шийки зубів, ясна втрачають властиву їм фестончастість, міжзубні проміжки. Захворювання перебігає суб'єктивно безсимптомно, лише в разі оголення шийок зубів можуть з'явитися ознаки гіперестезії.

Під час лікування атрофічного гінгівіту рекомендують засоби, які стимулюють процеси обміну в яснах, поліпшують кровопостачання. Широко застосовують фізіотерапевтичні методи лікування, у тому числі різні види масажу. Для усунення дефекту ясен рекомендують хірургічні методи з переміщенням клаптів слизової оболонки або їх вільної пересадки.

Десквамативний гінгівіт. В окремих випадках, особливо на тлі загальних захворювань, катаральне ексудативне запалення ясен виражене менше і переважають явища десквамації. Такий клінічний варіант перебігу гінгівіту має назву десквамативного гінгівіту. Причинами його розвитку вважають гіперестрогенемію, захворювання органів травної системи, пухирні дерматози, фізичну та хімічну травми. Часто ця форма гінгівіту виникає у хворих на цукровий діабет. Характерною особливістю десквамативного гінгівіту є відсутність або незначна кількість зубних бляшок. Захворювання характеризується підвищеною десквамацією епітелію, внаслідок чого ясна набувають яскраво-червоного вигляду. Нерідко відшарування десквамованих клітин епітелію затримуються, тоді на тлі незмінених ясен утворюється плівка білуватого кольору.

Ураження ясен у разі десквамативного гінгівіту буває обмеженим і дифузним. Залежно від клініко-морфологічної картини розрізняють еритематозну, ерозивну та бульозну форми.

Еритематозна форма. Хворі скаржаться на зміни зовнішнього вигляду ясен, біль, печіння від хімічних подразників. При об'єктивному обстеженні виявляють зони підвищеної десквамації епітелію в ділянці крайової та прикріпленої ділянок ясен. Ясна набувають яскраво-червоного забарвлення. На деяких ділянках цілісність епітеліального шару зберігається.

Ерозивна форма. Скарги хворого, залежно від подразників, можуть бути різними: від незначного больового відчуття до появи постійного болю. Під впливом механічних, хімічних чи фізичних чинників у хворих можуть з'являтися больові відчуття, печіння в ділянках ураження. При об'єктивному обстеженні виявляються численні ерозії по краю ясен, біля верхівок ясенних сосочків. Уражені ясна стають тьманими, поступово набувають білястого вигляду. Після зняття тьманих плівок, які являють собою змертвілий епітелій, оголюється ерозивна поверхня, яка є гладенькою, блискучою і легко кровоточить від подразників.

Бульозна форма. Хворі скаржаться на появу пухирців на яснах та утворення ерозій, больові відчуття під час їди, розмови. Цю форму гінгівіту розглядають як провісник розвитку вульгарної пухирчатки.

Десквамативний гінгівіт часто буває симптомом різних захворювань слизової оболонки порожнини рота, наприклад пемфігоїдів, червоного плескатої лишаю, герметичних уражень. Крім того десквамативний гінгівіт слід відрізнити від катарального та виразкового гінгівітів. Катаральному

гінгівіту властива наявність набряку ясен, дифузна гіперемія, збереження цілісності епітеліального покриву, відносно швидка ліквідація запалення. Для десквамативного гінгівіту характерним є чергування здорових та уражених ділянок, порушення цілісності епітеліального покриву на окремих ділянках, тривалий перебіг. Окрім того, на ділянках слизової оболонки порожнини рота, виникають прояви, характерні для пемфігоїду, лишая, герпесу тощо. Виразковий гінгівіт характеризується наявністю некрозу ясенних сосочків, тоді як при десквамативному гінгівіті контури ясенних сосочків зберігаються, зникає лише епітеліальний покрив на їх верхівках. Виразковий процес має повзучий характер поширення некрозу, у разі десквамативного – визначаються ізольовані вогнища десквамації, ерозії локалізуються на коміркових яснах.

Під час лікування десквамативного гінгівіту обов'язковою є терапія основного загального захворювання або ураження слизової оболонки на тлі якого він виникає. Досить часто призначають курс кортикостероїдних препаратів. Місцеве лікування зводиться до усунення місцевих подразнювальних чинників, призначення знеболювальних та кератопластичних препаратів. Рекомендують застосування фізичних методів впливу: струми високої частоти (дарсонвалізація), ультрафіолетове та лазерне опромінення, гіпнотерапія тощо.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Етіологія атрофічного гінгівіту.
2. Клініка та діагностика атрофічного гінгівіту.
3. Лікування атрофічного гінгівіту.
4. Етіологічні чинники десквамативного гінгівіту.
5. Класифікація десквамативного гінгівіту.
6. Клінічна картина еритематозної форми десквамативного гінгівіту.
7. Клініка ерозивної форми десквамативного гінгівіту.
8. Клінічна картина бульозної форми десквамативного гінгівіту.
9. Диференційна діагностика десквамативного гінгівіту.
10. Особливості лікування десквамативного гінгівіту.

Орієнтовані тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Хворий віком 20 років скаржиться на підвищену чутливість 45 і 46 зубів до температурних і хімічних подразників та кровоточивість ясен в цій ділянці, що з'явилися 2 місяці тому. Об'єктивно: на контактних поверхнях 45 і 46 зубів глибокі каріозні порожнини, міжзубний контакт порушено. Ясенний сосочок атрофований, слизова ясен ціанотична, легко кровоточить при доторкуванні. Визначте діагноз.

- А. Хронічний атрофічний папіліт
- В. Локалізований пародонтит

- C. Гострий папіліт
- D. Хронічний катаральний гінгівіт
- E. Гострий атрофічний папіліт

2. Хворий віком 18 років, скаржиться на підвищену чутливість фронтальних зубів до температурних і хімічних подразників, на кровоточивість ясен. Із анамнезу встановлено, що 6 місяців тому хворий переніс гострий виразковий гінгівостоматит. Об'єктивно: глибокий прикус, ясна в ділянці фронтальних зубів нижньої та верхньої щелеп ціанотичні, ясенні сосочки не визначаються, пародонтальні кишені відсутні, проба Шіллера-Пісарєва позитивна. На зубах виявлені помірна кількість над ясенних зубних відкладень. Патологічна рухомість зубів відсутня, на рентгенограмі змін коміркового відростка не виявлено. Визначте діагноз.

- A. Дифузний хронічний атрофічний гінгівіт
- B. Хронічний катаральний гінгівіт
- C. Генералізований пародонтит, хронічний перебіг
- D. Локалізований пародонтит
- E. Гострий катаральний гінгівіт

3. Дівчина віком 18 років скаржиться на появу в роті декількох болісних виразок, які з'являються тричі на рік. Об'єктивно: слизова оболонка ясен гіперемована, набрякла, в ділянці 43, 44, 23, 24 зубів на яснах виявлено ерозії діаметром до 5-7 мм з гіперемійованою облямівкою ерозії вкриті білувато-сірим нальотом, різко болісні при пальпації. В анамнезі – харчова алергія. Визначте попередній діагноз.

- A. Ерозивна травма десквамативного гінгівіту
- B. Хронічний катаральний гінгівіт
- C. Гострий герпетичний стоматит
- D. Генералізований пародонтит
- E. Гострий катаральний гінгівіт

4. Хворий віком 27 років, після переохолодження скаржиться на загальну слабкість, підвищення температури тіла до 38,5⁰С, кашель, нежить, біль ясен, що посилюється під час прийому їжі та розмові. Об'єктивно: на набряклій та гіперемійованій слизовій оболонці ясен посилений судинний малюнок. Є геморагії, наліт і ділянки десквамації епітелію, численні пухирці, що містять прозорий ексудат. Який імовірний діагноз захворювання?

- A. Десквамативний гінгівіт
- B. Гострий катаральний гінгівіт
- C. Алергічний стоматит
- D. Генералізований пародонтит
- E. Хронічний катаральний гінгівіт в стадії загострення

5. Дівчина віком 18 років хворіє на ерозивну форму гострого десквамативного гінгівіту. На даний час зареєстровано період згасання

хвороби. Якими лікарськими препаратами необхідно доповнити місцеве лікування на цьому етапі?

- A. Знеболювальними засобами
- B. Протівірусними препаратами
- C. Протеолітичними ферментами
- D. Антисептиками
- E. Кератопластичними засобами

6. Хлопець віком 18 років скаржиться на підвищення температури тіла до $38,3^{\circ}\text{C}$, наявність „виразок” і біль у роті. Об’єктивно: слизова ясен гіперемійована, набрякла. У фронтальній ділянці верхньої та нижньої щелеп на слизовій оболонці, численні ерозії, вкриті фібринозним нальотом. Що із перелічених засобів потрібно використати в першу чергу для місцевого лікування?

- A. Знеболювальні
- B. Протизапальні
- C. Протівірусні
- D. Протигрибкові
- E. Протеолітичні ферменти

7. Хвора віком 35 років скаржиться на біль у роті, який посилюється під час приймання їжі та від різних подразників. Об’єктивно: на гіперемійованій слизовій оболонці ясен болісні ерозії, по краю ясен – уривки оболонок пухирів. Слизова ясен навколо них помірно запалена. Яке додаткове дослідження є необхідним для визначення остаточного діагнозу?

- A. Цитологічне дослідження
- B. Вірусологічне дослідження
- C. Імунологічне дослідження
- D. Бактеріологічне дослідження
- E. Клінічний аналіз крові

8. Хвора віком 45 років скаржиться на наявність „виразок” у роті і біль під час приймання їжі. Хворіє тиждень. Об’єктивно: на гіперемійованій слизовій оболонці ясен у ділянці 46, 47, 35, 36 зубів виявлені ерозії до 5 мм у діаметрі, які оточені „перламутровими” папулами у вигляді „мережива”. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Ерозивна форма червоного плескатою лишаю
- B. Ерозивна форма лейкоплакії
- C. Десквамативний гінгівіт
- D. Вульгарна пухирчатка
- E. Гострий виразковий гінгівіт

9. Жінка віком 24 роки скаржиться на сильний біль у роті, підвищення температури тіла до 38°C , нездужання. Подібний стан періодично виникає після застуди вже впродовж декількох років. Об’єктивно: на різко

гіперемованій і набряклій слизовій оболонці ясен виявлені пухирі та ерозії, вкриті фібринозним нальотом, відзначається гіперсаливація. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Десквамативний гінгівіт
- B. Виразковий гінгівіт
- C. Гострий катаральний гінгівіт
- D. Пухирчатка
- E. Хронічний рецидивний герпес

10. Хвора віком 32 років скаржиться на болісність під час споживання їжі. Вважає себе хворою впродовж трьох тижнів. Після застосування кератопластичних засобів стан не поліпшився. Об'єктивно: на видимо незмінній слизовій оболонці ясен обох щелеп виявлені великі ерозивні поверхні яскраво-червоного кольору, болісні при дотику. При потиранні ватною кулькою слизова оболонка між ерозіями легко відшаровується, утворюючи нову ерозію. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Бульозний пемфігоїд
- B. Звичайна пухирчатка
- C. Десквамативний гінгівіт
- D. Гострий виразковий гінгівіт
- E. Гострий катаральний гінгівіт

11. Хвора віком 32 років скаржиться на появу в роті „виразок”, які періодично виникають впродовж 4 років. Об'єктивно: на гіперемійованій і набряклій слизовій оболонці ясен виявлені ерозії та афти, оточені вінчиком запальної гіперемії. Який найбільш імовірний механізм розвитку захворювання?

- A. Аутоімунні порушення
- B. Вірусна інфекція
- C. Стафілококова інфекція
- D. Кандидозна інфекція
- E. Механічна травма

12. Хвора віком 42 років скаржиться на біль під час приймання їжі, наявність ерозій на слизовій оболонці ясен. Уперше захворіла більше місяця тому. Об'єктивно: на незмінній слизовій оболонці ясен – великі ерозії яскраво-червоного кольору. Слизова оболонка легко травмується та відшаровується при потиранні. У мазках-відбитках виявлені клітини Танка. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Вульгарна пухирчатка
- B. Багато формна ексудативна еритема
- C. Десквамативний гінгівіт
- D. Червоний плоский лишай, пемфігоїдна форма
- E. Доброякісна неакантолітична пухирчатка

13. Хворий віком 42 років впродовж місяця лікується у стоматолога з приводу ерозивно-виразкової форми червоного плескатою лишаю. Консервативна терапія ефекту не дала. Який метод фізіотерапії найбільш раціонально застосувати у комплексній терапії?

- A. Кріодеструкцію
- B. УВЧ-терапію
- C. Електрофорез
- D. УФО
- E. Діатермоагуляцію

Рекомендована література

1. Данилевський М.Ф. Терапевтична стоматологія /М.Ф. Данилевський, А.А. Берисенко, А.М. Політун [та ін.].– К., Медицина, 2008.– 611 с.
2. Данилевський Н.Ф. Заболевания пародонта /Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко.– К.: Здоров'я, 2000.– 464 с.
3. Максимовский ЮёМё Терапевтическая стоматология /ЮёМё Максимовский, Л.М. Максимовская, Л.Ю. Орехова.– М.: Медицина, 2002.– 638 с.
4. Мащенко І.С. Запальні та дистрофічні захворювання пародонта: навчальний посібник.– Дніпропетровськ: АРТ-Прес, 2003.– 241 с.

Практичне заняття №18

Тема: Диференційна діагностика гінгівіту. Визначення самостійних гінгівітів у виникненні пародонтиту. Профілактика гінгівіту.

Мета: вивчити значення самостійних гінгівітів у виникненні пародонтиту, а також методи і засоби для профілактики гінгівітів.

Коротка характеристика теми

Самостійні гінгівіти є типовою реакцією на запалення сполучної тканини у відповідь на діяльність мікрофлори зубних відкладень, яка призводить до незворотного пошкодження зубо-ясенного з'єднання. Якщо лікування не проводиться, то гінгівіт як первинне захворювання з прогресуючим протіканням переходить в пародонтит. Гінгівіт найчастіше є інфекційного походження, причому до складу місцевої мікрофлори входять переважно анаероби та актиноміцети. Патогенність мікрофлори ясенної

кишені відіграє особливу роль у процесі прогресування гінгівіту та переходу його в пародонтит.

Профілактика гінгівітів являє собою складну проблему і є частиною стоматологічної профілактики, спрямованої на оздоровлення організму в цілому. Активними профілактичними заходами є попередження розвитку вогнищ інфекції та інтоксикації в організмі, забезпечення збалансованого харчування, раціонального режиму, своєчасного оздоровлення порожнини рота. Їх можна умовно розділити на масові соціально-профілактичні заходи (державні), лікувально-профілактичні заходи (спеціальні) та індивідуальні профілактичні заходи.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Роль самостійних гінгівітів у виникненні пародонтиту.
2. Що являє собою профілактика гінгівітів?
3. Які є розділи профілактики гінгівітів?
4. Охарактеризуйте профілактичні заходи, спрямовані на запобігання гінгівітів.

Орієнтовані тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Під час профілактичного огляду у хворого 20 р виявлені такі зміни тканин пародонту: ясенний край валикоподібно збільшений, синюшний, після дотику стоматологічним зондом ясна помірно кровоточать, болю немає, пародонтальні кишені відсутні. Після нанесення на ясна розчину Люголя слизова забарвлюється в світло-коричневий колір. Визначте діагноз.

- A. Хронічний катаральний гінгівіт
- B. Генералізований пародонтит
- C. Гострий катаральний гінгівіт
- D. Загострений хронічний катаральний гінгівіт
- E. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт

2. Пацієнт віком 19 р. скаржиться на кровоточивість ясен, їх болючість під час їжі та чищення зубів. Об'єктивно: у фронтальній ділянці зуби скупчені, ясна гіперемовані, ціанотичні, розростання ясенних сосочків у межах 1/3 висоти коронок зубів, значні відкладення зубного нальоту. Проба Рамта (формалінова) негативна. Який найбільш ймовірний попередній діагноз захворювання?

- A. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг
- B. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, загострений перебіг
- C. Хронічний генералізований катаральний гінгівіт
- D. Генералізований пародонтит, I ступінь, хронічний перебіг
- E. Гіпертрофічний гінгівіт, I ступінь, грануляційна форма

3. Хворий скаржиться на розростання, кровоточивість ясен і біль, які виникли рік тому. Об'єктивно: у ділянці нижніх фронтальних зубів ясенні сосочки збільшені, вкривають коронки зубів на 1/2 їх висоти. Ясенні сосочки мають вигляд яскраво-червоних грануляцій, болісні при пальпації. На зубах значні відкладення зубного каменю. На рентгенограмі змін коміркового відростка не виявлено. Який найбільш ймовірний діагноз захворювання?

- A. Гіпертрофічний гінгівіт, II ступінь, гранулююча форма
- B. Локалізований пародонтит
- C. Хронічний катаральний гінгівіт
- D. Хронічний виразковий гінгівіт
- E. Гострий катаральний гінгівіт

4. Хвора 17 р. скаржиться на збільшення ясенних сосочків, періодичну кровоточивість ясен під час їди, чищення зубів, які з'явилися більше року тому. Об'єктивно: ясенні сосочки та ясенний край фронтальної ділянки нижньої щелепи гіперемійовані, з ціанотичним відтінком, набряклі з глянцевою поверхнею, вкривають коронки зубів на 1/3 їх висоти. Підщелепні лімфатичні вузли не збільшені. На рентгенограмі коміркового відростка в ділянці 42, 41, 31, 32 зубів змін не виявлено. Якому методу лікування слід надати перевагу?

- A. Гінгівектомія
- B. Гінгівотомії
- C. Консервативному медикаментному
- D. Діатермокоагуляції
- E. Кріодеструкції

5. Дівчина 17 р, скаржиться на болісність і кровоточивість ясен під час чищення зубів та приймання їжі. Вважає себе хворою півтора року. Об'єктивно: ясенні сосочки в ділянці фронтальних зубів верхньої і нижньої щелеп гіпереміовані, ціанотичні, вкривають коронки зубів на 1/3-1/2 їх висоти, кровоточать під час дотику та зондування. Установлений діагноз: гіпертрофічний гінгівіт I-II ступеня, грануляційна форма. Електрофорез яких медикаментних засобів дозволяє досягнути найбільшого терапевтичного ефекту?

- A. Алое
- B. Вітаміну B1
- C. Гепарину
- D. Трипсину
- E. Натрію фториду

6. Хворий віком 20 р, скаржиться на кровоточивість ясен, зміни їх вигляду. Переніс ГРВЗ в тяжкій формі. Об'єктивно: ясенні сосочки набряклі, синюшно-червоного кольору, дуже кровоточать, вкривають коронки зубів на 1/2. На СОПР множинні петехіальні крововиливи, в окремих ділянках по краю ясен виразки. В аналізі крові змін немає.

Встановлений діагноз гіпертрофічного гінгівіту I-II ступеня гранулююча форма. Яке поєднання вітамінів необхідно призначити в комплексному лікуванні цього захворювання?

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

7. Чоловік 20 р скаржиться на різку болючість при вживанні їжі, неприємний запах з рота, загальну слабкість. Об'єктивно: міжзубні сосочки і маргінальний край ясен покритий брудно-сірою плівкою, дотик до неї болючий. Температура тіла 37,5⁰C. В аналізі крові еритроцити – 4,8×10/л, Hb – 150 г/л, кольоровий показник – 0,9, лейкоцити – 10,5×10/л (ю – 2 %, б – 1%, е – 5%, п/я – 8 %, с/я – 47%, лімфоцити – 35 %, тромбоцити – 250×10 /л, ШОЕ – 20 мм/ год. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Гінгівіт Вексана
- B. Агранулоцитоз
- C. Гострий лейкоз
- D. Гострий герметичний стоматит
- E. Хронічний лейкоз

8. Пацієнту 22 р встановлено діагноз – виразково-некротичний стоматит Вексана. При обробці поверхні виразок некротичний наліт знімається важко. Які препарати варто використати?

- A. Антисептики
- B. Антибіотики
- C. Протеолітичні ферменти
- D. Кератолітичні засоби
- E. Кератопластичні засоби

9. Хворий 17 р. скаржиться на болі у порожнині рота, різку кровоточивість ясен, гнилісний запах з рота, загальну слабкість протягом 3-ох діб. Об'єктивно: хворий блідий, регіонарні лімфатичні вузли збільшені, болісні при пальпації, слизова ясен на обох щелепах набрякла, гіперемована, вкрита сірим нальотом, різко болісна і кровоточива. Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Катаральний гінгівіт
- B. Генералізований пародонтит
- C. Герметичний гінгівостоматит
- D. Меркуріальний гінгівіт
- E. Виразково-некротичний гінгівіт

10. Чоловік 24 р. скаржиться на болючість і кровоточивість ясен, які з'явилися 4 дні тому після перенесеної простуди. Останні 2 роки ясна періодично кровоточать при чищенні зубів. Об'єктивно: ясна набряклі,

яскраво-червоні, кровоточать, болючі при пальпації. Вершини ясенних сосочків куполоподібно заокруглені. Значні відкладення зубного нальоту. Який діагноз найбільш ймовірний?

- A. Генералізований пародонтит
- B. Гіпертрофічний гінгівіт
- C. Катаральний гінгівіт
- D. Десквамативний гінгівіт
- E. Виразковий гінгівіт

11. Хворий скаржиться на розростання ясен, їх кровоточивість та біль протягом року. Об'єктивно: в ділянці нижніх фронтальних зубів ясенні сосочки збільшені, перебивають коронки зубів на 1/2 їх висоти. Ясна у вигляді яскраво-червоних грануляцій, болючі при пальпації. На зубах значне відкладення зубного каменю. Рентгенологічно змін альвеолярного відростка не виявлено. Який діагноз найбільш ймовірний?

- A. Виразковий гінгівіт
- B. Гіпертрофічний гінгівіт
- C. Локалізований пародонтит
- D. Генералізований пародонтит
- E. Катаральний гінгівіт

12. Хвора 20 р., скаржиться на кровоточивість ясен під час чищення зубів, прийманні жорсткої їжі. При огляді маргінальна частина ясен з вестибулярної сторони на верхній та нижній щелепах набрякла, гіперемована, з синюшним відтінком, відкладення надясенного зубного каменю, індекс гігієни за Федоровим-Володкіною – 3,0. Знаходиться на диспансерному огляді гастроентеролога. Який з методів дослідження буде введучим у диференціальній діагностиці захворювання пародонту?

- A. Рентгенологічне дослідження
- B. Проба Писарева-Шиллера
- C. Визначення стійкості капілярів
- D. Реопародонтографія
- E. Визначення еміграції лейкоцитів

13. Хворий 20 р., скаржиться на відчуття свербіжу в яснах, їх кровоточивість при чищенні зубів та прийомі їжі, незвичний вигляд ясен. Дані явища спостерігає протягом останніх півтора року. З анамнезу життя відомо, що пацієнт протягом 2 років приймає протисудомні препарати на основі дифеніламіну. При об'єктивному обстеженні виявлено, що ясна гіперемовані, набряклі. У фронтальній ділянці вкривають вестибулярну поверхню зубів на 1/2 їх висоти. По вільному краю ясен спостерігається розростання грануляційної тканини, ясна при зондуванні кровоточать. Рентгенологічних змін не виявлено. Встановіть діагноз.

- A. Хронічний виразковий гінгівіт
- B. Хронічний катаральний гінгівіт

- C. Локалізований пародонтит
- D. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт
- E. Генералізований пародонтит

14. Вагітна жінка, 23 р., звернулась зі скаргами на розростання ясен. Об'єктивно: ясенні сосочки в ділянці верхніх і нижніх фронтальних зубів гіперемовані, набряклі, вкривають 1/3 висоти коронки. Кровоточивість I ступеня. Рентгенологічні зміни альвеолярного відростка відсутні. Аналіз крові і сечі у нормі. Який з перерахованих діагнозів найбільш ймовірний?

- A. Гіпертрофічний гінгівіт
- B. Катаральний гінгівіт
- C. Папіломатоз
- D. Агранулоцитоз
- E. Генералізований пародонтит

15. Хвора, 25 р, скаржиться на розростання і кровоточивість ясен під час чищення зубів, слизова ясен набрякла з ціанотичним відтінком. Ясенні сосочки збільшені у розмірі і перекривають коронки зубів на 1/3, легко кровоточать при дотику. Яке додаткове дослідження необхідне для визначення остаточного діагнозу?

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

16. Пацієнту поставлено діагноз виразково-некротичний гінгівіт. Який із перерахованих препаратів доцільно застосовувати у поєднанні з протеолітичними ферментами?

- A. Мазь календули
- B. Розчин хлорофіліпту
- C. Хлоргеседин
- D. Розчин новоіманіну
- E. Контрикал та індометацин

17. Хвора, 18 р, скаржиться на розростання ясен, кровоточивість і біль під час їжі. При огляді: набряк ясен, гіперемія, розростання досягає 1/3 довжини коронки зуба. При пальпації посилення кровотечі та біль. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Гіпертрофічний гінгівіт, набрякова форма
- B. Гіпертрофічний гінгівіт, фіброзна форма
- C. Гострий катаральний гінгівіт
- D. Хронічний катаральний гінгівіт
- E. Генералізований пародонтит, початкового ступеню, загострений перебіг

18. Жінка, 27 р, звернулася зі скаргами на біль і кровоточивість ясен, що посилюється під час їжі. Тиждень тому перехворіла ГРЗ. Протягом 5 років періодично турбує кровоточивість ясен. Об'єктивно: ясна яскраво-червоні, різко набряклі, ясенні сосочки рихлі, кровоточать при найменшому дотику. Незначні відкладення зубного каменю, велика кількість м'якого зубного нальоту. Підщелепні вузли збільшені, болючі при пальпації. Рентгенологічно остеопороз міжальвеолярних перегородок. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Загострення хронічного катарального гінгівіту
- B. Генералізований пародонтит, початкового ступеню, загострений перебіг
- C. Гіпертрофічний гінгівіт, набрякова форма
- D. Гіпертрофічний гінгівіт, фіброзна форма
- E. Гострий катаральний гінгівіт

19. Хворий, 15 р., скаржиться на кровоточивість ясен під час чищення зубів та прийомі їжі. Об'єктивно: ясна гіперемовані, ціанотичного відтінку. Проба Варлія негативна. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Гіпертрофічний гінгівіт
- B. Генералізований пародонтит II ступеня
- C. Хронічний генералізований катаральний гінгівіт
- D. Генералізований пародонтит I ступеня
- E. Пародонтоз

20. Під час профілактичного огляду ротової порожнини у хворого 40 років виявлені зміни наступного характеру: маргінальна частина ясен валикоподібно збільшена, синюшна, при дотику стоматологічним зондом помірно кровоточить, больові відчуття відсутні. При фарбуванні ясен розчином Люголя слизова оболонка забарвлюється в світло-коричневий колір. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Хронічний катаральний гінгівіт
- B. Гострий катаральний гінгівіт
- C. Загострення хронічного катарального гінгівіту
- D. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт
- E. Генералізований пародонтит

21. Хворий звернувся зі скаргами на болі у 36 зубі, припухлість ясен, виділення гною. Об'єктивно: ясенні сосочки у ділянці зубів гіперемовані, набряклі з ціанотичним відтінком, при дотику кровоточать. 36 і 37 зуби вкриті металевими коронками, між ними пародонтальна кишеня глибиною 6-7 мм з незначними гнійними виділеннями. Коронки глибоко заходять під ясна. Горизонтальна перкусія 36 зуба болісна. На Rtg – резорбція міжзубної перегородки на 1/2 висоти. Кісткова тканина в інших ділянках альвеолярного відростка не змінена. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Локалізований пародонтит
- B. Генералізований пародонтит

- C. Хронічний катаральний гінгівіт
- D. Гіпертрофічний гінгівіт

22. Пацієнт, 19 років, водій, скаржиться на нездужання, підвищення температури, біль у яснах, неприємний запах з рота. Об'єктивно: ясенні сосочки та ясенний край сіруваті, пухкі, легко видаляються з оголенням виразкової, кровоточивої та різко болючої поверхні. Слизова порожнини рота рожева. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Гострий виразковий гінгівіт
- B. Гострий катаральний гінгівіт
- C. Свинцевий гінгівіт
- D. Гангренозний гінгівіт
- E. Хронічний виразковий гінгівіт

23. Хворому, 18 років, встановлено діагноз: хронічний катаральний генералізований гінгівіт, легкого ступеня тяжкості, загострена форма. Має місце скупченість нижніх фронтальних зубів. Г 1-3,1. Який з нижче перерахованих засобів необхідно призначити хворому для інактивації нальоту?

- A. Хлоргексидин
- B. Перекис водню
- C. Хімоксин
- D. Альбуцид
- E. Фурацилін

Рекомендована література:

1. Борисенко А.В. Заболевания пародонта.– К.: Здоров'я, 2000.– 464 с.
2. Заболевания пародонта: Атлас /Н.Ф. Данилевський, Е.А. Магид, П.А. Мухин, В.Ю. Малюкевич (Под ред. Данилевського Н.Ф.).– М., 1993.– 320 с.
3. Иванов В.С. Заболевания пародонта.– М., 1998.– 294 с.
4. Косенко К.Н., Терешина Т.П. Профилактическая гигиена полости рта.– Одесса, Изд-во КПОГТ, 2003.– 288 с.
5. Данилевський М.Ф., Мох орт М.А., Мохорт В.В. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонту.– К., 1991.– 264 с.
6. Кухта С.Й. Пародонтологія. Принципи комплексного лікування захворювань пародонта.– Львів, 1995.– 53 с.

Практичне заняття № 19

Тема: Локалізований пародонтит. Клініка, діагностика.

Мета заняття: вивчити клінічні ознаки локалізованого пародонтиту та вміти проводити диференційну діагностику з іншими запальними хворобами пародонту.

Коротка характеристика теми

Локалізований пародонтит – запальний процес тканин пародонту, що супроводжується деструкцією періодонта та кісткової тканин міжзубних перетинок і характеризується ураженням пародонту на певній ділянці альвеолярного відростку. Причиною його розвитку є місцеві пошкоджуючі чинники: механічна травма, хімічні, фізичні ураження та вплив патогенної мікрофлори. Особливість перебігу процесу, характер клінічних виявів пародонтиту мають важливе значення для визначення методів лікування, тому для встановлення правильного діагнозу хвороби необхідно знати симптоматику, клінічні та лабораторні показники, а також рентгенологічну картину локалізованого пародонтиту.

Класифікація (М.Ф. Данилевський 1994 р.):

Форма: катаральний, гіпертрофічний, виразковий, атрофічний

Перебіг: гострий, хронічний

Глибина ураження: м'які тканини і альвеолярна кістка

Ступінь розвитку: початковий, I ступінь, II ступінь, III ступінь.

Поширеність процесу: вогнищевий

Початковий ступінь локалізованого пародонтиту залежить від характеру перебігу симптоматичного гінгівіту (гострого чи хронічного). Клінічно визначається симптоматичний гінгівіт легкого ступеню (папіліт), зубні відкладення, ясенні кишені, травматична оклюзія. Рентгенологічно визначається порушення компактної пластинки вершин альвеолярних перегородок (деструкція), незначна резорбція вершин перегородок і розширення періодонтальних щілин в пришийковій ділянці.

При I ступені локалізованого пародонтиту клінічно визначається симптоматичний гінгівіт, пародонтальні кишені глибиною до 4 мм з помірним серозно-гнійним вмістом, патологічна рухомість зубів I ступеню, виражена травматична оклюзія. Рентгенологічно визначається резорбція міжальвеолярних перегородок до 1/3 довжини кореня, розширення періодонтальної щілини. Доволі часто діагностується пришийковий карієс.

Для II ступеню локалізованого пародонтиту характерний симптоматичний гінгівіт легкого чи середнього ступеню тяжкості (маргінальний гінгівіт), пародонтальні кишені до 6 мм з серозно-гнійним

вмістом, травматична оклюзія, рухомість зубів I-II ступеней. Рентгенологічно визначається розширення періодонтальної щілини, резорбція міжальвеолярних перегородок до 1/2 довжини кореня. Часто наявність карієсу цементу кореня.

При локалізованому пародонтиті III ступеню тяжкості клінічні вияви зводяться до важкого симптоматичного гінгівіту, вираженої травматичної оклюзії, заглибленням пародонтальних кишень до 6-8 мм, рухомість зубів II-III ступеней. На рентгенограмі визначається резорбція кісткової тканини на 2/3 і більше довжини кореня, розширення періодонтальної щілини, декальцинація цементу кореня зуба.

Клінічні і рентгенологічні вияви генералізованого пародонтиту залежать від характеру перебігу (хронічного чи гострого), ступеню розвитку запального процесу в пародонті та стану реактивності організму.

Гострий локалізований пародонтит розвивається, як правило, під впливом інфекції та внаслідок порушення цілостності зубо-ясенного з'єднання, що може відбуватися, наприклад, при стоматологічному лікуванні карієсу апроксимальних та пришийкових поверхонь, а також, відновленні зубів ортопедичними конструкціями. Локалізований пародонтит можуть супроводжувати зубні відкладення, перевантаження окремих зубів при аномаліях прикусу та положення окремих зубів. Клінічно гострий локалізований пародонтит характеризується виявами гострого симптоматичного гінгівіту, наприклад, катарального або виразкового, ступінь тяжкості підтверджують індексом РМА. Пародонтальні кишень містять серозно-гнійний ексудат, який характеризують за допомогою бензидинової проби. Рухомість зубів відповідає ступеню резорбції кісткової тканини міжзубних перегородок. Показник гігієнічного індексу – знижений.

Хронічний локалізований пародонтит характеризується хронічним симптоматичним гінгівітом (катаральним, гіпертрофічним) помірним вмістом серозного, чи серозно-гнійного ексудату пародонтальних кишень. Проба Шіллера-Пісарєва позитивна. Мікрофлора пародонтальних кишень різноманітна, спостерігаються коки, веретеноподібні палички, спірохети, гриби, простіші. Рухомість зубів відповідає ступеню резорбції кістки міжзубних перегородок. Визначається вторинна травматична оклюзія.

Локалізований пародонтит необхідно диференціювати з гінгівітом, генералізованим пародонтитом, пародонтозом та дистрофічно-запальними процесами в пародонті на тлі хвороб внутрішніх органів та кісткової системи. Тому при встановленні діагнозу локалізованого пародонтиту вирішальне значення має рентгенологічне дослідження.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Класифікація локалізованого пародонтиту.
2. Етіологія і патогенез локалізованого пародонтиту.
3. Основні синдроми пародонтиту.

4. Основні клінічні ознаки локалізованого пародонтиту.
5. Клініка та рентгендіагностика початкового ступеню локалізованого пародонтиту (гострого та хронічного перебігу).
6. Морфологічні зміни тканин пародонту при початкового ступеню локалізованого пародонтиту.
7. Клініка та рентгендіагностика I-го ступеню локалізованого пародонтиту (гострого та хронічного перебігу).
8. Морфологічні зміни тканин пародонту I-го ступеню локалізованого пародонтиту.
9. Клініка та рентгендіагностика II-го ступеню локалізованого пародонтиту (гострого та хронічного перебігу).
10. Морфологічні зміни тканин пародонту II-го ступеню локалізованого пародонтиту.
11. Клініка та рентгендіагностика III-го ступеню локалізованого пародонтиту (гострого та хронічного перебігу).
12. Пародонтальний абсцес, клінічні вияви, діагностика
13. Морфологічні зміни тканин пародонту III-го ступеню локалізованого пародонтиту.
14. Ознаки локалізованого пародонтиту в стадії ремісії.
15. Диференційна діагностика локалізованого пародонтиту.

Орієнтовані ситуаційні задачі та тестові завдання

1. Хронічний перебіг локалізованого пародонтиту середнього ступеню тяжкості в ділянці 24-26 зубів характеризується наступними рентгенологічними ознаками:
 - А. Резорбція міжзубних перегородок до 1/2 висоти, остеопороз губчастої кістки міжзубних перегородок, розширення періодонтальної щілини в ділянці 24-26 зубів
 - В. Зниження висоти міжзубних перегородок до 1/2 висоти, остеосклероз губчастої кістки, звуження періодонтальної щілини
 - С. Резорбція міжзубних перегородок більш ніж на 1/2 висоти, остеопороз губчастої кістки міжзубних перегородок
 - Д. Зниження висоти міжзубних перегородок більш ніж на 2/3 висоти, остеопороз губчастої кістки міжзубних перегородок, розширення періодонтальної щілини
 - Е. Атрофія кісткової тканини міжзубних перегородок до 1/2 висоти, звуження періодонтальної щілини, явища гіперцементозу
2. У хворого 43 років, скарги на затруднене жування їжі, неприємний запах з рота, рухомість зубів фронтальної ділянки нижньої щелепи, кровоточивість ясен. Об'єктивно: ясна гіперемійовані з ціанотичним відтінком, наявність зубного каменю фронтальної ділянки нижньої щелепи з оральної поверхні, ІК – II ст., пародонтальні кишень в ділянці 32-41 зубів глибиною 5-6 мм., з серозно-гнійним ексудатом. На рентгенограмі – резорбція кісткової тканини

міжзубних перегородок до 1/2 довжини кореня. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Локалізований пародонтит II ст., загострений перебіг
- B. Локалізований катаральний гінгівіт середньої тяжкості, в стадії загострення
- C. Генералізований пародонтит II ст., загострений перебіг
- D. Генералізований пародонтит I ст., гострий перебіг
- E. Локалізований пародонтит III ст., гострий перебіг

3. Пацієнтка 34 років скаржиться на кровоточивість ясен в ділянці 12, 11, 21, 22 зубів впродовж півроку, що поступово посилюється. Об'єктивно: ясенний край злегка набряклий, пухкий, пастозний, ІК-II ст., 12 і 21 зуби мають нависаючі краї пломб на апоксимальних поверхнях, глибина пародонтальних кишень – 3-4 мм. Яке дослідження найбільш інформативне для визначення ступеня тяжкості патології пародонта в даній хворобі?

- A. Ортопантомографія
- B. Оцінка ступеню рухомості зубів
- C. Визначення пародонтального індексу
- D. Визначення стійкості капілярів
- E. Імунологічне дослідження

4. Рентгенологічна картина локалізованого пародонтиту середньої тяжкості:

- A. Остеопороз губчастої кістки, горизонтальна і вертикальна резорбція альвеолярної кістки до 1/2 висоти міжзубних перегородок, розширення періодонтальної щилини
- B. Деструкція компактної пластинки, рівномірна горизонтальна резорбція міжальвеолярних перегородок на 1/3
- C. Відсутність кортикальної пластинки, горизонтальна резорбція альвеолярної кістки до 1/2 висоти міжзубних перегородок, явища остеопорозу і остеосклерозу
- D. Рівномірна горизонтальна резорбція альвеолярного відростку до S висоти зі збереженням кортикальної пластинки

5. Основні принципи лікування локалізованого пародонтиту:

- A. Усунення місцевих травматичних чинників, медикаментна терапія, кюретаж пародонтальних кишень, раціональне пломбування та протезування
- B. Ліквідація запального процесу в пародонті, стимуляція захистних сил організму, усунення травматичних чинників
- C. Усунення травматичних чинників, протизапальна терапія, ортодонтичне лікування.
- D. Загальнозміцнююча терапія, усунення місцевих подразнюючих чинників, раціональне протезування
- E. Усунення клінічних виявів пародонтиту за допомогою хірургічних, фізіотерапевтичних та ортопедичних методів лікування

6. Мета пародонтальної хірургії:

- A. Ліквідація пародонтальних кишень і створення умов для стабілізації процесу в тканинах пародонту
- B. Протизапальний та десенсибілізуючий ефект
- C. Створення умов для регенерації кісткової тканини
- D. Усунення вогнищ інтоксикації організму

7. Показання до проведення операції кюретажу:

- A. Неефективність консервативного лікування при пародонтальних кишнях до 5мм
- B. Важка форма локалізованого пародонтиту
- C. Пародонтоз легкого ступеню
- D. Глибокі клінічні та кісткові кишні

8. Значення лікувально-захистних пов'язок в комплексному лікуванні локалізованого пародонтиту:

- A. Забезпечують тривалу дію медикаментів на тканини пародонту і створюють умови спокою в зоні ураження
- B. Попереджують виникнення атрофічних та гіперпластичних процесів в тканинах пародонту
- C. Створюють умови для стабілізації рухомих зубів
- D. Ведуть до швидкого виліковування пародонтиту

9. Пацієнтка 17 років проходить курс лікування у стоматолога з приводу хронічного локалізованого пародонтиту. В ділянці 12-22, та 42-32 зубів пародонтальні кишні глибиною 2-3 мм, гіперемія і набряклість ясен, масивна вуздечка верхньої губи і високе прикріплення вуздечки нижньої губи. Який вид хірургічного втручання показаний у даному випадку?

- A. Френулопластика
- B. Гінгівопластика
- C. Гінгівектомія
- D. Гінгівотомія
- E. Клаптикова операція

10. Хворий 32-х р. скаржиться на біль і кровоточивість ясен на верхній щелепі зліва. Місяць тому на 25 зуб була виготовлена штучна коронка. Об'єктивно: визначається гіперемія і набряк ясенних сосочків в ділянці 24 і 25 зубів, ІК-1 ст., пародонтальні кишні глибиною 3,0 мм з серозним ексудатом, підясенний зубний наліт. Штучна коронка на 25 зубі заходить під ясна на 2 мм. Яке з перерахованих втручань буде першочерговим?

- A. Зняття штучної коронки з 25 зуба
- B. Діатермокоагуляція гіпертрофованого сосочка
- C. Видалення м'якого зубного нальоту
- D. Кюретаж пародонтальних кишень
- E. Протизапальна терапія

11. У Пацієнтки 23 років, що перебуває на диспансерному обліку з приводу множинного карієсу, виявили у 16 зубі пломбу з амальгами II класу за Блеком, яка глибоко заходить в міжзубний проміжок. Що може бути найбільш поширеним наслідком даного стану?

- A. Утворення пародонтальної кишені
- B. Утворення кісткової кишені
- C. Загострення генералізованого пародонтиту
- D. Утворення зубних відкладень
- E. Розвиток травматичної оклюзії

12. Пацієнт 49 р., звернувся з приводу кровоточивості ясен та рухомості фронтальних зубів нижньої щелепи в вестибуло-оральному напрямку. Після проведеного обстеження був встановлений діагноз: локалізований пародонтит II ст. фронтальної ділянки зубів нижньої щелепи в стадії загострення. Який метод пародонтологічного лікування найбільш ефективний в даній ситуації?

- A. Медикаментне лікування, кюретаж пародонтальних кишень, тимчасове шинування зубів
- B. Протезування рухомих зубів постійною шинуючою конструкцією
- C. Пришліфування зубів та медикаментна терапія
- D. Провести терапевтичне лікування та усунення під ясенних зубних відкладень
- E. Виготовити штамповані капи з пластмаси

13. Пацієнт В., 38 років, скаржиться на періодичний ниючий біль у ділянці 24 і 25 зубів впродовж року. Об'єктивно: апроксимальна поверхня 24 зуба пломбована, пломба має нависаючі краї і травмує міжзубний сосочок, ясна при дотику кровоточать, горизонтальна перкусія болісна, є наявність пародонтальної кишені глибиною 4 мм. На рентгенограмі відзначається деструкція міжальвеолярної перетинки на 1/3 довжини кореня в ділянці 24 і 25 зубів. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Загострення хронічного локалізованого пародонтиту I ст. тяжкості в ділянці 24, 25 зубів
- B. Генералізований пародонтит I ст тяжкості в стадії загострення
- C. Локалізований катаральний гінгівіт в ділянці 24, 25 зубів
- D. Гіпертрофічний гінгівіт в ділянці 24, 25 зубів
- E. Загострення хронічного локалізованого пародонтиту II ст. тяжкості в ділянці 24, 25 зубів

14. Хворий С., 24 років, скаржиться на кровоточивість ясен під час чищення зубів у боковій ділянці зубів нижньої щелепи зліва. Об'єктивно: ясенний край в ділянці 35-37 зубів гіперемійований, набряклий, болісний при дотику, пародонтальні кишені відсутні. На рентгенограмі резорбція кортикальної пластинки, остеопороз міжзубних перетинок. Ваш діагноз?

- A. Початковий ступінь локалізованого пародонтиту
- B. Загострення хронічного катарального гінгівіту
- C. Хронічний катаральний гінгівіт
- D. Пародонтоз
- E. Генералізований пародонтит I ступінь

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

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

16. Хвора 45-ти років скаржиться на кровоточивість ясен. Відзначає легку слабкість, нездужання. Об'єктивно: ясенний край набряклий, гіперемійований, кровоточить при дотику. В області молярів визначаються пародонтальні кишені 3-3,5 мм з вмістом ексудату. На шийках зубів – відкладення м'якого зубного каменю. Яке дослідження проведете для визначення патології пародонта у даної хворої?

- A. Рентгенографія щелеп
- B. Оцінка ступеня рухливості зубів
- C. Гігієнічний індекс
- D. Визначення стійкості капілярів
- E. Визначення пародонтального індексу

17. Пацієнт Д., 24 років скаржиться на неприємні відчуття в міжзубному проміжку на верхній щелепі ліворуч. Об'єктивно: у 27 зубі на дистально-апроксимальній поверхні – каріозна порожнина, заповнена гіперплазованим сосочком. Міжзубний сосочок і маргінальна частина ясен у ділянці 27 зуба гіперемійовані, набряклі, легко кровоточать при зондуванні. На рентгенограмі: остеопороз верхівки міжальвеолярної перетинки в ділянці 27 зуба. Який остаточний діагноз?

- A. Локалізований пародонтит
- B. Папіліт
- C. Обмежений фіброматоз
- D. Локалізований гінгівіт
- E. Гіпертрофічний пульпіт

18. Хворий 30 років скаржиться на рухомість нижніх фронтальних зубів,

запах з рота, кровоточивість ясен при чищенні зубів. Об'єктивно: слизова ясен гіперемована набрякла, кровоточивість при дотику, рухомість 32-42 зубів– II ступеня; глибина пародонтальних кишень становить 6-8 мм. На зубах велика кількість зубного каменю (над- та підясенного). При дії повітряного струменю ясенні сосочки легко відстають від поверхні зубів на рентгенограмі деструкція кістки більш ніж на 1/2 довжини кореня. Поставте діагноз.

- A. Локалізований пародонтит II ступеню важкості, в стадії загострення
- B. Ганералізований пародонтит II ступеню важкості, в стадії загострення
- C. Швидкопрогресуючий пародонтит
- D. Загострення хронічного катарального гінгівіту
- E. Ідіопатичне ураження з лізисом тканин пародонта

19. У хворого 48 років спостерігається рухомість зубів у вестибулооральному напрямі; глибина пародонтальних кишень 4-6 мм, на рентгенограмі деструкція кістки альвеолярного паростка по змішаному типу на 1/3-1/2 довжини коренів. Вкажіть ступінь ураження тканин пародонту.

- A. II
- B. 0
- C. I
- D. III
- E. Початкова

20. При локалізованому ювенільному пародонтиті уражаються зуби:

- A. Тимчасові різці
- B. Тимчасові моляри
- C. Тимчасові та постійні зуба
- D. Постійні моляри
- E. Ікла

Рекомендована література

1. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколішина).– Т.1.– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.
2. Терапевтична стоматологія дитячого віку (За ред. проф. Л.О. Хоменко).– К.: Книга плюс, 1999.– 524 с.
3. Царинский М.М. Терапевтическая стоматология.– Ростов н/Д.: Феникс, 2008.– 508 с.
4. Терапевтическая стоматология: учебник (Под. ред. Ю.М. Максимовского).– М.: Медицина, 2002.– 640 с.

Практичне заняття № 20

Тема: Лікування та профілактика локалізованого пародонтиту.

Мета заняття: освоїти методики лікування та профілактики локалізованого пародонтиту.

Коротка характеристика теми

Лікування локалізованого пародонтиту включає місцеве та загальне лікування.

До загальних заходів лікування локалізованого пародонтиту належить:

1. Навчання догляду за порожниною рота;
2. Призначення раціональних засобів гігієни порожнини рота і врахування впливу факторів ризику (лікувально-профілактичних зубних паст, що містять екстракти лікарських трав, антисептики, макро- і мікроелементи; м'якої та дуже м'якої зубної щітки, ополіскувачів та ін.);
3. Санація порожнини рота;
4. Усунення місцевих етіологічних чинників, травматичних факторів, зубних напашарувань;
5. Відновлення колонізаційної резистентності порожнини рота шляхом застосування імуномодуляторів бактеріального походження (Імудон);
6. Відновлення рівномірності оклюзійних контактів шляхом пришліфовування зубів, ортодонтичного чи ортопедичного лікування;
7. Хірургічна корекція аномалій будови і розташування м'яких тканин;
8. Призначення препаратів кальцію, мікроелементів, вітамінів (курс 30 днів, 2 курси на рік);
9. Раціональне збалансоване харчування.

Лікування необхідно починати із усунення вірогідних етіологічних та патогенетичних факторів. Ретельно видаляються усі місцеві подразники тканин пародонту, обробляють та полірують оголені поверхні коренів зубів. Виявляють травматичну оклюзію, точки передчасного контакту зубів тощо і проводять вибіркоче пришліфовування зубів. За наявності патологічної рухомості зубів проводять їх тимчасове шинування. З метою ліквідації запалення тканин пародонту проводять медикаментне лікування залежно від виду місцевого гінгівіту: катаральний, виразковий, гіпертрофічний. Для зменшення глибини пародонтальних кишень видаляють під'ясенні зубні відкладення разом із грануляціями. За наявності пародонтальних кишень, глибиною понад 3мм, необхідно проводити відповідні хірургічні втручання: кюретаж, гінгівотомія, клаптикові операції тощо. Для усунення або припинення дистрофічного процесу, стимуляції процесів регенерації, відновлення порушених функцій тканин пародонту призначають фізіотерапевтичні методи лікування – а саме, опромінення гелій-неоновим

лазером (1-3 хв., на курс 5-7 процедур), УФ-терапія (1-2 хв., 3-5 сеансів) або УВЧ-терапія (3-5 хв.).

Загальне лікування: застосування антибактеріальних препаратів, гіпосенсибілізуюча, імуномодуюча терапія, вітамінотерапія призначаються залежно від стану тканин пародонту та організму пацієнта в цілому.

Особливості лікування в залежності від ступеня тяжкості.

• **Легкий ступінь захворювання.**

Лікування симптоматичного гінгівіту:

- професійна гігієна порожнини рота;
- антисептичні препарати (місцево);
- антибіотики (місцево) – з урахуванням чутливості мікрофлори кишені;
- нестероїдні протизапальні препарати (місцево).

• **Середній ступінь захворювання:**

- антибіотики (місцево) – з урахуванням чутливості мікрофлори кишені;
- нестероїдні протизапальні препарати (місцево);
- протеолітичні ферменти або протеолітичні ферменти з антибіотиками (місцево) – при наявності гнійного ексудату у пародонтальних кишнях;
- хірургічне лікування: кюретаж – при глибині пародонтальних кишень 3-5 мм;
- фізіотерапія – електрофорез препаратів кальцію і фтору – при прогресуючій резорбції альвеолярної кістки.

• **Тяжкий ступінь захворювання:**

- антибіотики (місцево) – з урахуванням чутливості мікрофлори кишені;
- нестероїдні протизапальні препарати (місцево);
- протеолітичні ферменти або протеолітичні ферменти з антибіотиками (місцево) – при наявності гнійного ексудату у пародонтальних кишнях;
- хірургічні методи: кюретаж – при глибині пародонтальних кишень 3-5 мм; гінгівотомія – при глибині кишень більше 5 мм;
- фізіотерапія – електрофорез препаратів кальцію і фтору – при прогресуючій резорбції альвеолярної кістки.

• **Загострення локалізованого пародонтиту.**

- антисептики рослинного походження (місцево);
- нестероїдні протизапальні препарати в пародонтальні кишні (місцево);
- фітонцидні препарати (місцево) – в пародонтальні кишні.

Диспансеризація пацієнтів полягає у регулярних оглядах 2-4 рази на рік з повторною діагностикою факторів ризику та відповідною корекцією плану профілактично-лікувальних заходів.

Критерії ефективності лікування:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- стабілізація рентгенологічних змін в альвеолярному паростку.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Які загальні заходи лікування локалізованого пародонтиту?
2. Лікування легкого ступеня захворювання.
3. Лікування середнього ступеня захворювання.
4. Лікування важкого ступеня захворювання.
5. Які можливі ускладнення під час лікування локалізованого пародонтиту?

Орієнтовані ситуаційні задачі та тестові завдання

1. Чоловік 41 рік, звернувся два тижні тому до пародонтолога. Встановлено діагноз: локалізований пародонтит важкого ступеня в ділянці зубів 25, 26. Після усунення травмуючих факторів та проведення протизапальної терапії ясна набули звичайного забарвлення, пародонтальні кишені глибиною 4-5 мм без ексудату. Якому методу усунення пародонтальних кишень треба віддати перевагу в даному клінічному випадку?

- A. Кюретаж
- B. Поверхнева склерозуюча терапія
- C. Глибока склерозуюча терапія
- D. Гінгівектомія
- E. Клаптикова операція

2. Хвора, 29 років, скаржиться на незначну болісність під час прийому їжі в ділянці 37 зуба, кровоточивість ясен. При огляді у 37 зубі на медіальній поверхні – пломба, контактний пункт між 37 та 36 зубами відсутній, міжзубний ясний сосочок атрофований, глибина пародонтальної кишені 4 мм. Що є першопричиною даного захворювання?

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

3. Хворому В. 43 років, встановлено діагноз: хронічний генералізований пародонтит II ступеня тяжкості. При мікроскопічному дослідженні вмісту пародонтальних кишень виявлено значну кокову мікрофлору, трихомонади. Які із перерахованих медикаментних засобів слід застосовувати для інстиляцій?

- A. Метронідазол
- B. Лінкоміцин
- C. Димексид
- D. Месулід
- E. Діоксин

4. У хворої В. у вмісті пародонтальних кишень виявлено значний ступінь обсіменіння дріжджоподібними грибами роду *Candida*. Які із перерахованих препаратів найдоцільніше застосовувати для інстиляцій?

- A. Діоксидин
- B. Трихопол
- C. Клотримазол
- D. Дихлофенак Na
- E. Тінідазол

5. Хворий А. звернувся зі скаргами на біль в 36 зубі, припухлість ясен, виділення гною. Об'єктивно: ясенні сосочки в ділянці 36, 37 зубів гіперемійовані, набряклі, з ціанотичним відтінком, при дотику кровоточать. Зуби покриті металічними коронками. Між 36, 37 зубами пародонтальна кишень глибиною 6-7 мм з незначним гнійним екссудатом. Горизонтальна перкусія 36 зуба болісна. На рентгенограмі – резорбція міжзубної перегородки на 1/2 довжини кореня зуба. Кісткова тканина в інших ділянках альвеолярного відростку не змінено. Поставте діагноз.

- A. Локалізований пародонтит
- B. Генералізований пародонтит
- C. Хронічний катаральний гінгівіт
- D. Гіпертрофічний гінгівіт
- E. Пародонтальний абсцес

6. До якого пародонтиту може призвести відсутність контактного пункту між зубами?

- A. Локалізованого
- B. Генералізованого
- C. Ювенільного

7. Чоловік 23 років, скаржиться на кровоточивість ясен при чищенні зубів і вживанні жорсткої їжі. Об'єктивно: ясна у фронтальній ділянці нижньої щелепи гіперемійовані, набряклі, кровоточать при пальпації. Слизова оболонка порожнини рота і ясен в інших ділянках без змін. Прикус глибокий. Зуби стійкі, за винятком 41 і 31 (I ступінь рухомості). На рентгенограмі: резорбція міжальвеолярних перегородок в ділянці 42, 41, 32, 31 до 1/3 довжини кореня. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Локалізований пародонтит
- B. Генералізований пародонтит, початкова ступінь
- C. Генералізований пародонтит, I ступінь
- D. Катаральний гінгівіт
- E. Пародонтоз I ступінь

8. При захворюванні тканин пародонту вибіркоче пришліфовування виконують з метою:

- А. Усунення передчасних оклюзійних контактів, які призводять до травматичної оклюзії
- В. Еластичних показань
- С. Відновлення анатомічної форми зуба
- Д. Усунення запального процесу
- Е. Нормалізації прикусу

Рекомендована література

1. Терапевтична стоматологія у двох томах (За ред. проф. А.К. Ніколішина).– Т.1.– Полтава: Дивосвіт, 2005.– 392 с.
2. Терапевтична стоматологія дитячого віку (За ред. проф. Л.О. Хоменко).– К.: Книга плюс, 1999.– 524 с.
3. Царинский М.М. Терапевтическая стоматология.– Ростов н/Д.: Феникс, 2008.– 508 с.
4. Терапевтическая стоматология: учебник (Под. ред. Ю.М. Максимовского).– М.: Медицина, 2002.– 640 с.

Практичне заняття № 21

Тема: Етіологія, патогенез дистрофічно-запальних захворювань тканин пародонта. Роль місцевих і загальних чинників. Вклад вітчизняних вчених.

Мета: вивчити етіологічні чинники і оцінити їх роль у виникненні дистрофічно-запальних захворювань пародонта.

Коротка характеристика теми

Причиною патологічного процесу в тканинах пародонта можуть бути різноманітні місцеві та загальні чинники.

Із місцевих чинників, які впливають на стан тканин пародонта, виділяють наступні: зубні відкладення, травматична оклюзія, несанована порожнина рота, недосконалі пломби, ортопедичні конструкції, ортодонтичні апарати, муко-гінгівальні аномалії.

Розрізняють м'які (немінералізовані) і тверді (мінералізовані) зубні відкладення або зубний наліт та зубний над- і під'ясенний камінь.

Із немінералізованих зубних відкладень найбільш важливе значення для виникнення уражень тканин пародонта має м'який зубний наліт і зубна бляшка.

Травматична оклюзія поділяється на первинну, вторинну і комбіновану.

Первинна – виникає на тлі неушкоджених тканин пародонта, зумовлена патологією прикусу, положенням окремих зубів та муко-гінгівальними

аномаліями, такими як: зниження висоти прикріплення частини ясен, мілкий передсінок порожнини рота, надмірно розвинені тяжі в ділянці ікол і премолярів.

Вторинна травматична оклюзія виникає на тлі патологічних змін в тканинах пародонта.

Комбінована виникає на тлі патологій прикусу та муко-гінгівальних аномалій, пародонтиту, коли збільшується фізіологічне навантаження під час жування, що сприймається як патологічне.

Несанована порожнина рота, при якій спостерігається значна кількість зубів уражених карієсом та його ускладнень.

Аномалії анатомічної будови тканин ясен, слизової оболонки порожнини рота також виявляють негативну дію на тканини пародонта. Наприклад, високе прикріплення вуздечок губ або язика призводить до того, що при їх русі ясна „відриваються” від шийок зубів.

Шкідливі звички. Постійне кусання сторонніх предметів створює невелике за силою, але постійно діюче травматичне перевантаження зубів даної ділянки.

Мікрофлора. У порожнині рота постійно проживає близько 400 штамів різноманітних мікроорганізмів, але тільки близько 30 з них можуть розглядатися, як умовно патогенні для тканин пародонта. Мікроорганізми значно варіюють за властивістю прикріплюватись до тканин та органів у порожнині рота. Так, *Str. mutans*, *Str. sanguis*, штами *Lactobacillus*, *Actinomyces viscosus* прикріплюються до емалі зуба. *Str. salivarius*, *Actinomyces naeslundii* виявляються на спинці язика, тоді як *Bacteroides* і *Spirochates* виявляються в ясенних боріздках і пародонтальних кишнях.

Загальні чинники: розлади імунної системи, ендокринні та нервово-трофічні порушення, серцево-судинні та шлунково-кишкові зміни, порушення обміну речовин, гіповітаміноз.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Які фактори спричиняють виникнення захворювань тканин пародонта?
2. Який вплив місцевих патологічних чинників на розвиток захворювань тканин пародонта?
3. Роль загальних чинників у розвитку захворювань тканин пародонта.
4. Зубні відкладення. Класифікація, характеристика.
5. Травматична оклюзія. Визначення, класифікація.
6. Причини виникнення травматичної оклюзії.
7. Роль мікрофлори у розвитку захворювань тканин пародонта.
8. Роль шкідливих звичок у розвитку захворювань тканин пародонта.
9. Роль аномалій будови анатомічних утворів слизової оболонки порожнини рота у розвитку захворювань тканин пародонта.
10. Імунологічні механізми впливу на розвиток захворювань тканин пародонта.
11. Роль гіповітамінозів у розвитку захворювань тканин пародонта.

12. Нервово-трофічні порушення та їх роль у розвитку захворювань тканин пародонта.
13. Роль ендокринних порушень у розвитку захворювань тканин пародонта.
14. Порушення обміну речовин та їх роль у розвитку захворювань тканин пародонта.
15. Серцево-судинні зміни та їх роль у розвитку захворювань тканин пародонта.

Орієнтовні ситуаційні задачі та тестові завдання

1. Хто вперше обґрунтував судинну теорію патогенезу генералізованого пародонтиту?
 - A. О.І. Євдокимов (1937)
 - B. М.Ф. Данилевський (1962)
 - C. Е.Д. Бромберг (1966)
 - D. М.Т. Бугаєва (1949)
 - E. Т.Д. Заболотний (1991)
2. Вкажіть який вид мікроорганізмів переважає у зубних відкладеннях?
 - A. Нейсерії
 - B. Кишкова паличка
 - C. Стафілококи
 - D. Стрептококи
 - E. Вірус простого герпесу
3. Коли виникає запальна реакція після утворення нальоту на зубах?
 - A. Ушкодження не виникають
 - B. Через 2-4 години
 - C. На 12-14 добу
 - D. На 10-12 добу
 - E. На 2-4 добу
4. Через який час від початку акумуляції нальоту, виникає глибоке ушкодження тканин пародонта?
 - A. Через 2-3 години
 - B. Через 2-3 тижні
 - C. Через 2-3 доби
 - D. Через 5-8 діб
 - E. Через 2-3 місяці

5. Відомо, що на тлі запальних змін у тканинах пародонта в інфільтратах збільшується кількість плазмочитів, які продукують імуноглобуліни. Який вид імуноглобулінів переважає?

- A. IgG
- B. IgA
- C. IgE
- D. IgI
- E. IgC

6. Особливу роль в ініціації процесу первинного ушкодження тканин пародонта відіграють ферменти, які продукують мікроорганізми. Який фермент відіграє важливу роль в здатності руйнувати тканини пародонта?

- A. Трансфераза
- B. Ліпаза
- C. Гіалуронідаза
- D. Ізомераза
- E. Лідаза

7. Що не входить до загальних етіологічних чинників дистрофічно-запальних захворювань тканин пародонта?

- A. Патологія Опорно-рухового апарату
- B. Патологія судинної системи
- C. Ендокринні порушення
- D. Гіповітамінози
- E. Нейротрофічні порушення

8. Гіповітаміноз якого вітаміну має найменше значення в розвитку дистрофічно-запальних захворювань тканин пародонта?

- A. Вітамін E
- B. Вітамін C
- C. Вітамін A
- D. Вітамін D
- E. Вітамін B

9. Гуморальна відповідь організму є однією з ланок патогенезу дистрофічно-запальних захворювань тканин пародонта. Які клітини відповідають за гуморальний імунітет?

- A. Т-лімфоцити
- B. В-лімфоцити
- C. Гістіоцити
- D. Т-лімфоцити і В-лімфоцити
- E. Т-супресори

10. Які властивості характерні для біоплівки, яка належить до місцевих етіологічних чинників виникнення генералізованого пародонтиту?

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

11. Яку роль в етіології дистрофічно-запальних захворювань тканин пародонта відіграє під'ясенний зубний камінь?

- A. Має виражену пошкоджувальну дію на пародонт, сприяє розвитку місцевого С-авітамінозу. У його складі виявлено оксиди металів, які спричиняють виражену токсичну дію
- B. Порушує трофіку і виділення ясенної рідини
- C. Розм'якшує періодонтальну зв'язку, зв'язує колаген
- D. Під'ясенний зубний камінь не впливає на розвиток дистрофічно-запальних захворювань тканин пародонта
- E. Усі відповіді правильні

Практичне заняття № 22

Тема:

Генералізований пародонтит. Класифікація. Основні синдроми пародонтиту.

Мета: вивчити класифікацію генералізованого пародонтиту та його основні синдроми.

Коротка характеристика теми

Класифікація дистрофічно-запальних захворювань пародонта побудована на оцінці вираженості основних симптомокомплексів генералізованого пародонтиту.

Класифікація генералізованого пародонтиту (за М.Ф. Данилевським):

За перебігом:

- хронічний;
- загострення;
- ремісія;
- стабілізація;

За ступенем розвитку:

- початковий;
- I ступінь;

- II ступінь;
- III ступінь.

За поширеністю процесу:

- дифузне ураження пародонта.

Клінічна характеристика генералізованого пародонтиту представлена набутими симптомокомплексами: симптоматичний гінгівіт, пародонтальні кишени, карієс цементу кореня, остеопатія, порушення статики зубів та травматична оклюзія.

Симптоматичний гінгівіт розвивається на тлі інших симптомокомплексів генералізованого пародонтиту у вигляді катарального, гіпертрофічного або виразкового запалення. Відрізняється від самостійного гінгівіту порушенням зубо-ясенного з'єднання.

Пародонтальні кишени є обов'язковим симптомокомплексом генералізованого пародонтиту. Внаслідок ураження патологічним процесом кругової зв'язки зуба, періодонта і альвеолярної кістки виникають пародонтальні кишени різної глибини – від 2 до 10 мм.

Прогресуюча остеопатія альвеолярної кістки – постійна і вирішальна ознака важкості генералізованого пародонтиту. Резорбція міжзубних перегородок розвивається поступово, в залежності від вираженості патологічного процесу.

Розрізняють три ступені **порушення статики зубів**:

I ступінь – рухомість зубів у вестибуло-оральному напрямку;

II ступінь – рухомість зубів у вестибуло-оральному і медіально-дистальному напрямках;

III ступінь – рухомість зубів у вестибуло-оральному, медіально-дистальному та навколо осі зуба.

Карієс цементу кореня починається на рівні емалево-цементної межі. Він може вражати будь-яку поверхню зуба, але частіше починається з апроксимальної поверхні нижче контактного пункту. Вогнище каріозного ураження являє собою ділянку розм'якшення емалі з нечіткими межами, має темний колір. При зондуванні вогнище має м'яко-еластичну консистенцію. В результаті прогресування карієс циркулярно охоплює корінь, що не рідко стає причиною перелому з повним відділенням коронки від кореня.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Що таке генералізований пародонтит?
2. Класифікація генералізованого пародонтиту.
3. Як поділяється генералізований пародонтит за ступенем тяжкості?
4. Як поділяється генералізований пародонтит за перебігом?
5. Як поділяється генералізований пародонтит за поширеністю процесу?
6. Назвіть синдроми пародонтиту.
7. Що таке симптоматичний гінгівіт?
8. Види остеопатії кісткової тканини при пародонтиті.

9. Характеристика пародонтальних кишень.
10. Патологічна рухомість зубів. Методика визначення.

Орієнтовні ситуаційні задачі та тестові завдання

1. Визначте комплекс морфологічних одиниць, що складає поняття „пародонт”:
 - A. Ясна, маргінальний періодонт, кругова зв’язка
 - B. Ясна, кругова зв’язка
 - C. Ясна, періодонт
 - D. Ясна, кісткова тканина комірки, кругова зв’язка
 - E. Ясна, періодонт, кісткова тканина комірки, цемент кореня зуба
2. Генералізований пародонтит – це:
 - A. Дистрофічно-запальне захворювання тканин пародонта
 - B. Запальне захворювання тканин пародонта
 - C. Дистрофічне захворювання тканин пародонта
 - D. Бактеріологічне захворювання тканин пародонта
 - E. Вірусне захворювання тканин пародонта
3. За ступенем тяжкості генералізований пародонтит поділяється на (вибрати найбільш правильну відповідь):
 - A. Початковий, I, II ступінь
 - B. I, II, III ступінь
 - C. Початковий, I, II, III ступінь
 - D. Правильна відповідь відсутня
 - E. Легкий, середній, тяжкий, дуже тяжкий
4. За перебігом генералізований пародонтит поділяється на (вибрати найбільш повну відповідь):
 - A. Абсцес, ремісія
 - B. Гострий, хронічний
 - C. Хронічний, загострений, стабілізація
 - D. Загострення, ремісія
 - E. Гострий, хронічний, загострений, абсцес, ремісія
5. Виберіть відповідь, яка не характеризує генералізований пародонтит.
 - A. Запально-дистрофічне захворювання тканин пародонта
 - B. Хронічний, загострений
 - C. Початковий, I, II, III ступінь
 - D. Дистрофічне захворювання тканин пародонта
 - E. Наявність пародонтальних кишень від 2 до 10 мм
6. Який із поданих симптомів не входить в симптомокомплекс генералізований пародонтит?

- A. Патологічна стертість зубів
- B. Симптоматичний гінгівіт
- C. Пародонтальні кишени
- D. Деструкція кістки
- E. Карієс цементу кореня зуба

7. Яка форма гінгівіту найчастіше супроводжує генералізований пародонтит?

- A. Атрофічний гінгівіт
- B. Гіпертрофічний гінгівіт
- C. Виразковий гінгівіт
- D. Катаральний гінгівіт
- E. Свинцевий гінгівіт

8. При генералізованому пародонтиті на рентгенограмі найбільш часто спостерігається:

- A. Горизонтальна резорбція кісткової тканини
- B. Вертикальна резорбція кісткової тканини
- C. Змішана резорбція кісткової тканини
- D. Резорбція кісткової тканини не виникає
- E. Секвестрація кісткової тканини

Практичне заняття № 23

Тема: Клінічно-морфологічна характеристика ступенів тяжкості генералізованого пародонтиту. Диференційна діагностика генералізованого пародонтиту.

Мета: вивчити клініко-морфологічні особливості ступеней тяжкості генералізованого пародонтиту.

Коротка характеристика теми

За ступенем тяжкості генералізований пародонтит поділяється на початковий, I, II, III ступінь.

Початковий ступінь. Найчастіше пацієнти скаржаться на кровоточивість ясен під час жування і чищенні зубів. До інших ранніх клінічних симптомів відносяться неприємні відчуття в пародонті: свербіж і парестезія ясен. У деяких пацієнтів скарги відсутні, патологічний процес протікає без будь-яких суб'єктивних відчуттів. При клінічному обстеженні виявляють місцеві подразники, симптоматичний гінгівіт, травматичну оклюзію.

Спостерігають пародонтальні кишень, глибиною до 1,5 мм, відкладення над'ясенного та під'ясенного зубного каменю. Діагностується симптоматичний катаральний і гіпертрофічний гінгівіт, рідше – виразковий. Виявляється травматична оклюзія. Рентгенологічно спостерігається остеопороз міжальвеолярних перегородок, деструкція і пошкодження цілісності компактної пластинки і розширення маргінальної частини періодонтальної щілини. При *хронічному перебігу* суб'єктивні відчуття пацієнтів менш виражені.

I ступінь. Характеризується симптоматичним гінгівітом, пародонтальними кишнями, травматичною оклюзією і резорбцією міжальвеолярних перегородок на 1/4-1/3 висоти. Симптоматичний гінгівіт, як правило, дифузний. Пародонтальні кишень виповнені серозним вмістом. Глибина кишень – 2-3 мм. Оклюзійна крива зубних рядів може змінюватися залежно від ступеня вираженості травматичної оклюзії. Рентгенологічно спостерігається повна деструкція міжзубних перегородок, розширення маргінальної частини періодонтальної щілини, остеопороз губчастої речовини і резорбція в ділянці верхньої третини міжальвеолярних перегородок. При *хронічному перебігу* генералізованого пародонтиту I ступеня пацієнти, здебільшого, скаржаться на кровоточивість ясен, неприємний запах із рота. Рентгенологічно – порушення цілісності кортикальної пластинки, резорбція кістки у верхній третині міжальвеолярних перегородок. Розширення маргінальної частини періодонтальної щілини.

II ступінь характеризується симптоматичним дифузним гінгівітом, зняттям міжзубних проміжків. Пародонтальні кишень глибиною 3-5 мм, виповнені серозно-гнійним ексудатом. Тверді зубні відкладення, розташовуються як в над'ясенній частині зуба, так і на поверхні кореня в глибині пародонтальних кишень. Шийки зубів оголені на 2-3 мм. Рухомість зубів II ступеня. Рентгенологічно виявляється зменшення висоти міжальвеолярних перегородок альвеолярної кістки в межах від 1/3 до 1/2 довжини кореня зуба. Розширення маргінальної частини періодонтальної щілини.

III ступінь. При цьому ступені генералізованого пародонтиту пародонтальні кишень глибиною 5-8 мм, рухомість зубів II-III ступенів, резорбція альвеолярної кістки досягає 2/3 довжини кореня і більше. Внаслідок значної резорбції альвеолярної кістки і патологічної рухомості зубів спостерігається зміщення зубів в різних напрямках. Травматична оклюзія виявляється практично на всьому протязі зубного ряду навіть без спеціальних методів її виявлення. У різних ділянках пародонта можна спостерігати різну ступінь резорбції альвеолярної кістки, різну глибину пародонтальних кишень та рухомість зубів. Рентгенологічно спостерігаються значні деструктивні зміни в пародонті, міжальвеолярні перегородки зруйновані практично до верхівок коренів зубів, кортикальна пластинка маловиражена, періодонтальна щілина розширена, остеопороз захоплює всю поверхню кістки альвеолярних перегородок.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Клініко-морфологічна характеристика початкового ступеня тяжкості генералізованого пародонтиту.
2. Провести диференційну діагностику між початковим та I ступенями генералізованого пародонтиту.
3. Клініко-морфологічна характеристика I ступеня тяжкості генералізованого пародонтиту.
4. Клініко-морфологічна характеристика II ступеня тяжкості генералізованого пародонтиту.
5. Клініко-морфологічна характеристика III ступеня тяжкості генералізованого пародонтиту.
6. Зміни кісткової тканини при генералізованому пародонтиті різних ступеней тяжкості.
7. Диференційна діагностика початкового ступеня тяжкості генералізованого пародонтиту.
8. Провести диференційну діагностику між I та II ступенем генералізованого пародонтиту.
9. III ступінь генералізованого пародонтиту. Диференційна діагностика.
10. Провести диференційну діагностику між II та III ступенями генералізованого пародонтиту.

Орієнтовні ситуаційні задачі та тестові завдання

1. Для якого ступеня тяжкості хронічного генералізованого пародонтиту характерні такі клінічні ознаки: скарги незначні, об'єктивно визначається ціанотична гіперемія ясенних сосочків і маргінального краю ясен, їх незначний набряк, зуби нерухомі, неглибока пародонтальна кишеня (1-2 мм). Рентгенологічно спостерігається остеопороз міжальвеолярних перегородок, деструкція і пошкодження цілісності компактної пластинки і розширення маргінальної частини періодонтальної щілини.
 - A. II ступінь хронічного генералізованого пародонтиту
 - B. I ступінь хронічного генералізованого пародонтиту
 - C. Початковий ступінь хронічного генералізованого пародонтиту
 - D. III ступінь хронічного генералізованого пародонтиту
 - E. Загострення хронічного генералізованого пародонтиту
2. Для якого ступеня тяжкості хронічного генералізованого пародонтиту характерні наступні ознаки: симптоматичний гінгівіт, пародонтальні кишень глибиною 2-3 мм, травматична оклюзія. Рентгенологічно спостерігається вогнище остеопорозу губчастої речовини, розширення маргінальної частини

періодонтальної щілини. Резорбція міжальвеолярних перегородок на 1/4-1/3 висоти.

- A. I ступінь хронічного генералізованого пародонтиту
- B. Початковий ступінь хронічного генералізованого пародонтиту
- C. II ступінь хронічного генералізованого пародонтиту
- D. III ступінь хронічного генералізованого пародонтиту
- E. Загострення хронічного генералізованого пародонтиту

3. Для якого ступеня тяжкості хронічного генералізованого пародонтиту характерні ознаки: скарги на неприємні відчуття в яснах, кровоточивість ясен під час чищення зубів, жування твердої їжі, рухомість зубів II ступеня, об'єктивно: гіперемія ясен, набряк ясенних сосочків та маргінального краю ясен, корені зубів оголені на 1-2 мм, над- і під'ясенні зубні відкладення, глибина пародонтальних кишень – 5-6 мм, є грануляції, рухомість зубів I-II ступеня. Рентгенологічно виявляється

зменшення висоти міжальвеолярних перегородок альвеолярної кістки до 1/2 довжини кореня зуба. Розширення маргінальної частини періодонтальної щілини.

- A. Загострення хронічного генералізованого пародонтиту
- B. I ступінь хронічного генералізованого пародонтиту
- C. Початковий ступінь хронічного генералізованого пародонтиту
- D. III ступінь хронічного генералізованого пародонтиту
- E. II ступінь хронічного генералізованого пародонтиту

4. Для якого ступеня тяжкості хронічного генералізованого пародонтиту характерні такі ознаки: скарги на постійну кровоточивість, свербіж, печію ясен, рухомість зубів, об'єктивно: симптоматичний гінгівіт, оголення коренів, тверді і м'які зубні відкладення, глибокі пародонтальні кишень (більше 6 мм), виповнені гнійним вмістом, грануляціями, рухомість зубів II-III ступенів. Рентгенологічно спостерігаються деструктивні зміни в пародонті, резорбція міжальвеолярних перегородок більш, ніж на 1/2 довжини кореня зуба, періодонтальна щілина розширена, остеопороз захоплює всю поверхню кістки альвеолярних перегородок.

- A. I ступінь хронічного генералізованого пародонтиту
- B. III ступінь хронічного генералізованого пародонтиту
- C. Початковий ступінь хронічного генералізованого пародонтиту
- D. II ступінь хронічного генералізованого пародонтиту
- E. Загострення хронічного генералізованого пародонтиту

5. У пацієнта 32 років діагностовано хронічний генералізований пародонтит. На рентгенограмі спостерігається деструкція компактної пластинки на верхівках міжзубних альвеолярних перегородок, їх висота не змінена. Для якого ступеня тяжкості хронічного генералізованого пародонтиту характерні дані ознаки?

- A. III ступеня хронічного генералізованого пародонтиту
- B. I ступеня хронічного генералізованого пародонтиту
- C. II ступеня хронічного генералізованого пародонтиту
- D. Початкового ступеня хронічного генералізованого пародонтиту
- E. Загострення хронічного генералізованого пародонтиту

6. У пацієнта 40 років діагностовано хронічний генералізований пародонтит. Рентгенологічно: розширення маргінальної частини пародонтальної щілини навколо шийок зубів, відсутність компактної пластинки на верхівках міжзубних перегородок, резорбція їх у межах до 1/3 висоти. Для якого ступеня тяжкості хронічного генералізованого пародонтиту характерні дані ознаки?

- A. I ступеня хронічного генералізованого пародонтиту
- B. Початкового ступеня хронічного генералізованого пародонтиту
- C. II ступеня хронічного генералізованого пародонтиту
- D. III ступеня хронічного генералізованого пародонтиту
- E. Загострення хронічного генералізованого пародонтиту

7. У пацієнта 54 років діагностовано хронічний генералізований пародонтит. На рентгенограмі: змішаний тип резорбції, зменшення висоти міжзубних альвеолярних перегородок до 1/2 довжини коренів, остеопороз губчастої речовини альвеолярного відростка, розширення періодонтальної щілини. Визначте ступінь тяжкості.

- A. I ступеню хронічного генералізованого пародонтиту
- B. Початковому ступеню хронічного генералізованого пародонтиту
- C. II ступеню хронічного генералізованого пародонтиту
- D. III ступеню хронічного генералізованого пародонтиту
- E. Загостренню хронічного генералізованого пародонтиту

8. У хворого віком 61 рік діагностовано хронічний генералізований пародонтит. Об'єктивно: хронічний катаральний гінгівіт, оголення коренів, пародонтальні кишень глибиною 6 мм з гнійним вмістом, рухомість зубів II-III ступенів, відсутні кілька зубів. Рентгенологічно спостерігається патологічна резорбція міжзубних альвеолярних перегородок до 2/3 їх висоти. Якому ступеню тяжкості відповідає дана клінічна картина?

- A. I ступеню хронічного генералізованого пародонтиту
- B. Початковому ступеню хронічного генералізованого пародонтиту
- C. III ступеню хронічного генералізованого пародонтиту
- D. II ступеню хронічного генералізованого пародонтиту
- E. Загостренню хронічного генералізованого пародонтиту

9. Пацієнт К. із хронічним генералізованим пародонтитом звернувся зі скаргами на болючість ясен при доторкуванні до них, виділення гною з пародонтальних кишень, рухомість зубів. Об'єктивно: яскрава гіперемія ясен, їх набряк, численні абсцеси. На рентгенограмі домінують вогнища активного

плямистого остеопорозу, відсутні ознаки склерозування кісткової тканини. Пацієнт відзначив, що недавно переніс ГРВІ. Про що свідчить дана клінічна картина?

- A. Початковий ступінь хронічного генералізованого пародонтиту
- B. Загострення хронічного генералізованого пародонтиту
- C. I ступінь хронічного генералізованого пародонтиту
- D. II ступінь хронічного генералізованого пародонтиту
- E. III ступінь хронічного генералізованого пародонтиту

10. Яка форма гінгівіту найчастіше зустрічається у хворих з хронічним генералізованим пародонтитом?

- A. Ерозивний гінгівіт
- B. Гіпертрофічний гінгівіт
- C. Виразковий гінгівіт
- D. Атрофічний гінгівіт
- E. Катаральний гінгівіт

Практичне заняття № 24

Тема: Загальні принципи та план лікування хворих на генералізований пародонтит. Складання плану лікування.

Мета заняття: навчити студентів формувати індивідуальний підхід до складання плану лікування хворого на генералізований пародонтит.

Коротка характеристика теми

Лікування хворих на генералізований пародонтит повинно здійснюватись комплексно, послідовно, індивідуально, цілеспрямовано і систематично. Комплексний підхід до усунення патології пародонта включає в себе консервативні, ортопедичні, хірургічні та фізіотерапевтичні методи лікування. Розрізняють місцеве та загальне лікування, а також етіотропне, симптоматичне та патогенетичне.

На початковому етапі лікування генералізованого пародонтиту проводиться професійна гігієна і навчання основам догляду за порожниною рота, усунення місцевих травмуючих чинників та місцева медикаментозна терапія.

Об'єм та послідовність здійснення лікарських заходів визначається клінічною формою та ступенем тяжкості генералізований пародонтит.

Універсальна схема лікування хворого на генералізований пародонтит:

- I. Обстеження.
- II. Навчання догляду за порожниною рота.

III. Терапевтичне лікування:

1. Місцеве:

- а) професійна гігієна порожнини рота;
- б) усунення дії місцевих чинників, які сприяють нагромадженню та активації мікробів;
- в) медикаментне лікування;
- г) лікування карієсу, пульпіту, періодонтиту.

2. Загальне лікування:

- а) лікування основних захворювань;
- б) дієтотерапія;
- в) загальнозміцнювальна, протизапальна, протимікробна, стимулювальна, остеотропна, імуномодулювальна та антиоксидантна терапія.

IV. Хірургічне лікування:

- 1) видалення зубів по показанням;
- 2) пластика вуздечок, присінку;
- 3) гінгівектомія, гінгівотомія, кюретаж, клаптьові операції.

V. Ортопедичне лікування:

- 1) вибіркове пришліфовування;
- 2) шинування;
- 3) раціональне протезування;

VI. Ортодонтичне лікування.

VII. Фізіотерапевтичне лікування.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Сформулюйте основні принципи комплексного лікування генералізованого пародонтиту.
2. Якою є мета лікування генералізованого пародонтиту?
3. На які види поділяється терапія хвороб пародонта?
4. У чому полягає місцеве етіотропне лікування генералізованого пародонтиту?
5. Якою є мета загальної етіотропної терапії?
6. На які ланки патологічного процесу спрямована патогенетична терапія генералізованого пародонтиту?
7. У чому суть симптоматичного лікування хворих на генералізованого пародонтиту?
8. Які етапи лікування розрізняють у пародонтологічних хворих з I ступенем тяжкості генералізованого пародонтиту?
9. Схема лікування у хворих на генералізованого пародонтиту з II ступенем тяжкості;
10. Яка послідовність лікувальних заходів у хворих на генералізованого пародонтиту з III ступенем тяжкості?

Орієнтовані тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Що не відноситься до етіотропного лікування генералізованого пародонтиту?

- A. Усунення вкорочених вуздечок та мілкового присінку
- B. Вибіркове пришліфовування зубів
- C. Усунення нераціональних ортопедичних конструкцій
- D. Видалення зубних відкладень
- E. Антиоксидантна терапія

2. Заходи, спрямовані на зниження гіпоксії тканин, належать до:

- A. Місцевої симптоматичної терапії
- B. Патогенетичної терапії
- C. Загальної етіотропної терапії
- D. Місцевої етіотропної терапії
- E. Жодна відповідь не є правильною

3. Що не відноситься до симптоматичного лікування генералізованого пародонтиту?

- A. Усунення кровоточивості ясен
- B. Усунення галітозу
- C. Подолання гіперестезії зубів
- D. Зменшення рухомості зубів
- E. Боротьба з патогенною мікрофлорою

4. До якого виду терапії генералізованого пародонтиту відноситься вплив на судини мікроциркуляторного русла?

- A. Патогенетичної
- B. Місцевого етіотропного
- C. Загального етіотропного
- D. Симптоматичного
- E. Системного

5. До яких методів терапії хворих на генералізований пародонтит відносять вибіркове пришліфовування зубів?

- A. Ортопедичних
- B. Ортодонтичних
- C. Консервативних
- D. Хірургічних
- E. Фізіотерапевтичних

6. Назвіть хірургічні втручання, які не спрямовані на ліквідацію пародонтальних кишень:

- A. Закритий кюретаж
- B. Відкритий кюретаж
- C. Клаптьові операції

- D. Френулектомія
- E. Видалення зуба

7. Які хірургічні втручання не спрямовані на корекцію місцевих травмуючих чинників?

- A. Гінгівотомія
- B. Вестибулопластика
- C. Френулектомія
- D. Френулотомія
- E. Усічення щічних тяжів

8. Що не входить до поняття підтримуючої терапії генералізованого пародонтиту?

- A. Видалення зубних відкладень
- B. Місцева медикаментна терапія
- C. Відкритий кюретаж
- D. Усунення місцевих травмуючих чинників
- E. Жодна відповідь не є правильною

9. На етапі яких втручань при генералізованому пародонтиті найбільш показана антибіотикотерапія?

- A. Протезування
- B. Хірургічних
- C. Терапевтичних
- D. Підтримуючої терапії
- E. Ортодонтичних

10. Якою є мета лікування генералізованого пародонтиту?

- A. Досягнення стану ремісії
- B. Повне вилікування
- C. Не лікується
- D. Усунення основних симптомів захворювання
- E. Жодна відповідь не є правильною

11. Що не відноситься до принципів лікування генералізованого пародонтиту?

- A. Комплексність
- B. Ургентність
- C. Індивідуальність
- D. Послідовність
- E. Раціональність

12. Який з методів лікування передбачає усунення пародонтопатогенів?

- A. Вибіркове пришліфовування
- B. Усунення аномалій прикусу
- C. Зняття зубних відкладень

- D. Лікування карієсу
- E. Усі перелічені варіанти

13. Який з методів медикаментної терапії генералізованого пародонтиту відноситься до закритого способу?

- A. Зрошення
- B. Інстиляції
- C. Пародонтальні пов'язки
- D. Аплікації
- E. Електрофорез

14. Які існують методи видалення зубних відкладень?

- A. Фізичний
- B. Механічний
- C. Комбінований
- D. Содострумний
- E. Усі названі

15. У якій послідовності здійснюється комплексне лікування генералізованого пародонтиту?

- A. Терапевтичне-хірургічне-ортопедичне-фізіотерапевтичне лікування
- B. Ортопедичне-терапевтичне-фізіотерапевтичне лікування
- C. Хірургічне-терапевтичне-ортопедичне-фізіотерапевтичне лікування
- D. Фізіотерапевтичне-ортодонтичне-терапевтичне-фізіотерапевтичне лікування
- E. Терапевтичне-ортопедичне-ортодонтичне лікування

Практичне заняття № 25

Тема: Усунення місцевих чинників пошкодження тканин пародонта. Травматична оклюзія, методи діагностики. Тимчасове шинування.

Мета: вивчити місцеві чинники ураження тканин пародонта та методи їх усунення.

Коротка характеристика теми

До місцевих чинників ураження тканин пародонта можна віднести: зубні відкладення, мікрофлору, травматичну оклюзію, несановану порожнину рота; неповноцінні пломби, протези, ортодонтичні апарати; шкідливі звички, неправильне розташування вуздечок губ і язика.

Травматична оклюзія є постійним симптомом генералізованого пародонтиту. Розрізняють первинну та вторинну травматичну оклюзію.

Первинна травматична оклюзія розвивається на фоні неураженого пародонта в результаті дії надмірного по величині або неправильного по напрямку оклюзійного навантаження, парафункції жувальних, м'язів м'язів та м'язів язика.

Вторинна травматична оклюзія розвивається на фоні захворювань пародонта, коли навіть звичайне оклюзійне навантаження перевищує межу витривалості тканин, які оточують зуб, перетворюючись в травматичний фактор.

Вибіркове пришліфовування особливо ефективно на ранніх стадіях ураження тканин пародонта, а при виникненні патологічної рухомості лікувальний ефект від зішліфовування не тривалий.

За наявності травматичної оклюзії слід провести **вибіркове пришліфовування зубів**. Воно здійснюється для усунення деформацій оклюзійних поверхонь і полягає в зішліфуванні зубів, що виступають із зубного ряду, і усуненні передчасних контактів. Здійснення лише вибіркового пришліфовування паралельно з терапевтичним лікуванням дозволяє значно стабілізувати запальний процес.

Чинники, які спричиняють травматичну оклюзію:

I. Пломби, вкладки, напівкоронки, всі види штучних коронок, неправильний вибір опорних зубів під мостоподібне, знімне протезування, форсоване ортодонтичне лікування.

II. Аномалії і деформації зубо-щелепової системи, що зумовлені вадами розвитку або частковими дефектами зубних рядів.

III. Парафункції – підвищена і нецілеспрямована активність жувальної чи м'язової мускулатури і язика – симптом Каролі (бруксизм). Максимальна підвищена тонічна напруга м'язів, зв'язок обличчя.

Зішліфовування зубів дозволяє:

- розподілити функціональні навантаження між пере- і недовантаженими зубами;

- зняти напругу з пародонта.

Пришліфовування зубів у стані травматичної оклюзії здійснюється після усунення можливих аномалій і починають з терапевтичного лікування.

Шкідливі звички: втягування щік, губ, закушування губи, утримування язика між зубами, тиск кінчика язика на групу фронтальних зубів. Все це спричинює підвищення функціонального навантаження на зуби. Травматична оклюзія визначається на допомогою копірувального паперу або пластинки воску.

Тимчасове шинування здійснюється на певний проміжок часу – від декількох днів до декількох місяців і застосовується у випадку загострення процесу або на час хірургічного втручання.

Переваги тимчасового шинування:

1. Естетичні, психологічні.
2. Виключає перенавантаження зубів, що залишилися.

3. Настає швидка адаптація.
4. Максимально сприятливе для формування протезного ложа.
5. Виключається міжкоміркове зближення щелеп.

Найчастіше використовують ті види тимчасових шин, які виготовляються безпосередньо в порожнині рота пацієнта:

1. Пластмасові шини з композитів.
2. Лігатурні шини, облицьовані композитом.
3. Скловолоконні шини, які зафіксовані на світлотвердуючий композит.
4. Дротяні балочні шини по ріжучому краю фронтальних зубів або по жувальних поверхнях бокових зубів.
5. Попарне шинування зубів П-подібними скобами, які розміщуються парапульпарно в порожнинах, створених на апроксимальних поверхнях.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Перерахуйте місцеві чинники, котрі призводять до ураження тканин пародонта.
2. Що таке травматична оклюзія, її види?
3. Чинники, котрі спричинюють травматичну оклюзію.
4. Характеристика первинної травматичної оклюзії.
5. Характеристика вторинної травматичної оклюзії.
6. Методи визначення травматичної оклюзії.
7. Методи усунення травматичної оклюзії.
8. Види шинувань при захворюваннях пародонта.
9. Показання до тимчасового шинування.
10. Переваги тимчасового шинування.
11. Контактний пункт. Визначення. Його значення, як місцевого чинника виникнення захворювань пародонта.
12. Методи видалення зубних відкладень.

Орієнтовні ситуаційні задачі та тестові завдання

1. Тимчасове шинування здійснюють на такий період часу:
 - A. Від декількох днів до декількох місяців
 - B. На 1 рік
 - C. На 1,5 роки
 - D. На 5 років
 - E. На 3 роки
2. Тимчасові шини поділяються на:
 - A. Знімні, незнімні

- В. Лігатурні, арматурні
- С. Лігатурні, пластмасові
- Д. Пластмасові, арматурні
- Е. Лігатурні, пластмасові, арматурні

3. За допомогою яких засобів визначають травматичну оклюзію?

- А. Копірувального паперу
- В. Шпателя
- С. Прицільної рентгенограми
- Д. Ортопантомограми
- Е. Пародонтального зонда

4. Що необхідно застосувати з перерахованого, щоб усунути патологічну рухомість зубів та забезпечити відносний спокій тканинам пародонта?

- А. Ортодонтичне лікування
- В. Вибіркове пришліфування
- С. Тимчасове шинування
- Д. Хірургічне лікування
- Е. Фізіотерапевтичне лікування

5. Що потрібно зробити першочергово для усунення основних причин і чинників, що травмують пародонт:

- А. Полірування поверхонь коренів зубів
- В. Видалення зубного каменя
- С. Відновлення контактних пунктів
- Д. Раціональне пломбування каріозних порожнин
- Е. Усунення пародонтальних кишень

6. За В. Jankelson (1960) розрізняють таку кількість класів передчасних контактів зубів:

- А. Один
- В. Три
- С. Два
- Д. Шість
- Е. Сім

7. Критерієм якості вибіркового пришліфування зубів є:

- А. Отримання множинних контактів зубів-антагоністів у центральній, передній та бокових оклюзіях
- В. Отримання множинних контактів зубів-антагоністів у центральній оклюзії
- С. Отримання множинних контактів зубів-антагоністів у передній оклюзії
- Д. Отримання множинних контактів зубів-антагоністів у боковій оклюзії
- Е. Отримання множинних контактів зубів-антагоністів у центральній та боковій оклюзії

- 8.** Що з переліченого не є причиною виникнення первинної оклюзії?
- A. Аномалії положення окремих зубів
 - B. Підвищення прикусу
 - C. Аномалії прикусу
 - D. Генералізований пародонтит
 - E. Бруксизм
- 9.** Існують такі методи видалення зубного каменя:
- A. Ультразвуковий
 - B. Хімічний
 - C. Механічний, хімічний, ультразвуковий
 - D. Механічний
 - E. Ультразвуковий, механічний
- 10.** Ступінь вираженості травматичної оклюзії пов'язаний з тяжкістю ураження пародонта і визначається на:
- A. Рентгенограмі
 - B. Оклюзограмі
 - C. Ехоостеограмі
 - D. Стоматоскопії
 - E. Капіляроскопії
- 11.** Який метод усунення травматичної оклюзії застосовують найчастіше?
- A. Вибіркове пришліфування зубів
 - B. Видалення зубного каменя
 - C. Тимчасове шинування
 - D. Фізіотерапевтичні методи лікування
 - E. Ортодонтичні
- 12.** За наявності патологічної рухомості зубів для її усунення та створення відносного спокою тканинам пародонта доцільним є:
- A. Відновлення контактних пунктів
 - B. Видалення зубів
 - C. Видалення зубного каменя
 - D. Тимчасове шинування
 - E. Медикаментне лікування
- 13.** Тимчасове шинування можна проводити композиційним матеріалом. Така шина показана при:
- A. II та III ступені хронічного генералізованого пародонтиту
 - B. II ступені хронічного генералізованого пародонтиту
 - C. III ступені хронічного генералізованого пародонтиту
 - D. I та II ступені хронічного генералізованого пародонтиту
 - E. Незначній рухомості (I ступінь хронічного генералізованого

пародонтиту)

14. Для виготовлення лігатурних шин використовують лігатурний дріт завтовшки:

- A. 1-2 мм
- B. 0,5 мм
- C. 0,1-0,3 мм
- D. 0,6-0,7 мм
- E. 0,8-0,9 мм

Практичне заняття № 26

Тема: Лікування симптоматичного гінгівіту. Використання лікарських засобів для місцевої терапії: механізм дії, способи застосування залежно від форми та перебігу симптоматичного гінгівіту. Рецептатура лікарських засобів.

Мета: засвоїти методи лікування симптоматичного гінгівіту. Вміти виписувати рецепти.

Коротка характеристика теми

Лікування симптоматичних гінгівітів не відрізняється від лікування самостійних гінгівітів і полягає в контролі гігієни порожнини рота, зубної бляшки і впливу на тканини ясен, які вже зазнали патологічних змін в результаті запалення. Однак ефект від лікування не може бути тривалим оскільки існує пародонтальна кишень – пародонтальна ніша, без усунення якої запально-деструктивні процеси знову загострюються.

Тому метою лікування симптоматичного гінгівіту є досягнення ремісії, при якій можливі планові операції по усуненню пародонтальних кишень, муко-гінгівальних аномалій (патологія розміщення вуздечок, надмірно розвинених тяжів слизової, плиткового передсінка порожнини рота).

Внесення лікарських засобів проводять залежно від перебігу запального процесу. Для медикаментного впливу використовується метод іригації (зрошення). Найчастіше тканини зрошують антисептиками. Проводять також аплікації (безпосереднє нанесення на ясна), інстиляції – введення препарату в пародонтальні кишені. Якщо є потреба в пролонгації дії препарату – його наносять під ізолюючу пародонтальну пов'язку (закритий спосіб лікування). Однак, гострі форми запалення з наявністю серозно-гнійного чи гнійного ексудату є протипоказаннями для такого методу лікування.

Медикаментне лікування симптоматичного гінгівіту за необхідності здійснюють і в період підтримувальної терапії. Застосовують групи препаратів:

I. Препарати рослинного походження.

II. Антисептики.

III. Нестероїдні протизапальні засоби.

IV. Антиферментні препарати (інгібітори протеолізу, антикоагулянти).

V. Препарати склерозуючої дії.

VI. Ферментні препарати.

VII. Антипротозойні та протигрибкові.

VIII. Кератопластики та речовини, які стимулюють регенерацію м'яких тканин.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Чим відрізняється медикаментне лікування симптоматичного і самостійного гінгівітів?
2. Чи однакова мета лікування самостійного та симптоматичного гінгівіту?
3. На яких етапах лікування генералізованого пародонтиту проводять медикаментну терапію симптоматичного гінгівіту?
4. Що таке відкритий і закритий метод медикаментного лікування гінгівіту?
5. Що таке іригація, аплікація, інстиляція? Коли застосовують ці методи?
6. До якого методу вдаються за потреби пролонгації дії препаратів?
7. Поясніть механізм дії препаратів, які покращують мікроциркуляцію.
8. Чому недоцільно застосовувати антибіотики при лікуванні хронічних гінгівітів?
9. Назвіть показання до застосування антибіотикотерапії.

Практичне заняття № 7

Тема: Пародонтальні пов'язки. Види. Показання до застосування.

Мета: вивчити види пародонтальних пов'язок та методи їх застосування.

Коротка характеристика теми

Пародонтальні пов'язки – це спеціальна лікарська форма, особливий спосіб впливу на тканини пародонта, який включає: захист ясен від зовнішніх чинників певний період часу, фізіотерапевтичну дію, а також створює умови для пролонгованої дії лікарських речовин.

Пародонтальні пов'язки накладають на уражену ділянку пародонта, вони тверднуть впродовж 5-10 хв, набуваючи щільно-еластичної консистенції. Залежно від їх складу пов'язки залишають у порожнині рота від кількох годин до 1-3 діб.

Протипоказання до накладання пов'язок:

- наявність зубних відкладень;
- наявність гною в пародонтальних кишнях;
- загострений перебіг пародонтиту;
- при виразково-некротичних процесах.

Вимоги до пародонтальних пов'язок:

- під час накладання вона повинна бути м'якою і швидко тверднути;
- бути достатньо міцною після затвердіння;
- мати гладку поверхню;
- не може порушувати загоєння рани;
- повинна містити антимікробні компоненти.

Відповідно до лікарських форм розрізняють пасти, клеї, плівки, гелі, мазі, з яких повільно вивільняються діючі компоненти.

Класифікація пародонтальних пов'язок:

За характером дії пов'язки можна розділити на:

1. *Лікувальні* – для депонування лікарських препаратів в яснах, у пародонтальних кишнях.
2. *Ізолюючі* – оберігають тканини пародонта від екзогенних подразників і ротової рідини.
3. *Імобілізуючі*.

За консистенцією розрізняють пов'язки:

1. Не твердіючі.
2. Твердіючі.
3. Еластичні.

За складом:

1. На основі оксид-цинку та евгенолу.
2. Готові для змішування пов'язки.
3. Смоли.
4. Комбінації водорозчинних окисів металів та неіонізованих карбоксильних кислот.
5. Пов'язки на основі жирів.

Недоліки пародонтальних пов'язок:

1. Неможливість точного дозування препаратів.
2. Неможливість контролювати дифузію компонентів пов'язки в ротову рідину.

3. Вимивання лікарського препарату ротовою і ясенною рідиною.
 4. Труднощі, незручність накладання та іммобілізації на яснах.
- Сьогодні фармацевтична технологія розвивається у двох основних напрямках – удосконалення традиційних лікарських засобів і розробка лікарських форм нової генерації. Тому, заслуговують уваги лікарські форми локального застосування на полімерній основі, які мають низку переваг.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Пародонтальні пов'язки. Визначення.
2. Класифікація пародонтальних пов'язок.
3. Показання та протипоказання до використання пародонтальних пов'язок.
4. Вимоги до пародонтальних пов'язок.
5. Недоліки пародонтальних пов'язок.
6. Описати техніку накладання пародонтальних пов'язок.
7. Які рецепти пародонтальних пов'язок Ви знаєте?
8. Полімерні плівки. Види, варіанти.
9. Переваги та недоліки полімерних плівок.
10. Класифікація лікувальних плівок за фармакотерапевтичними вимогами.

Орієнтовні ситуаційні задачі та тестові завдання

1. Основним компонентом рідини для замішування пародонтальних пов'язок є:
 - A. Фурацилін
 - B. Евгенол
 - C. Гвоздикова олія
 - D. Гліцерин
 - E. Хлоргексидин
2. Який максимальний термін функціонування пародонтальних пов'язок?
 - A. 4 доби
 - B. 1 доба
 - C. 3 год.
 - D. 1 год.
 - E. 10-14 діб
3. Формоутворювальними компонентами у складі пародонтальних пов'язок є всі речовини, окрім:
 - A. Сульфадимезину
 - B. Оксиду цинку
 - C. Парафіну

- D. Білої глини
- E. Штучного дентину

4. Який термін застигання пародонтальних пов'язок?

- A. 30 хв.
- B. 1-8 хв.
- C. 3-4 хв.
- D. 15-20 хв.
- E. 6-8 хв.

5. Пародонтальна пов'язка в порожнині рота не повинна:

- A. Накладатися на висушену ясенну поверхню
- B. Заходити в міжзубні проміжки
- C. Локалізуватися з обох боків зубного ряду
- D. Покривати нерухому частину ясен
- E. Перекривати ріжучі краї та жувальну поверхню зубів

6. Виберіть який з наведених препаратів у складі пародонтальної пов'язки є антибіотиком:

- A. Токоферолу ацетат
- B. Сульфален
- C. Сальвін
- D. Стрептоміцин
- E. Хімопсин

7. Виберіть який з перелічених препаратів у складі пародонтальної пов'язки є сульфаніламідом:

- A. Метранідазол
- B. Етазол
- C. Сангвіритрин
- D. Еритроміцин
- E. Етанін

8. Який з препаратів у складі пародонтальної пов'язки є вітамінним препаратом?

- A. Етазол
- B. Спермацет
- C. Токоферолу ацетат
- D. Неоміцин
- E. Терилітин

9. Основною метою застосування ізоляційних пародонтальних пов'язок є:

- A. Кератопластична дія
- B. Стимуляція репаративних процесів
- C. Антибактерійна терапія
- D. Захист від травм після операційних втручань

Е. Кератолітична дія

10. Після проведення діатермокоагуляції чи кріодеструкції на даній ділянці ясен лікувальна пародонтальна пов'язка повинна бути накладена:

- А. Через 2-3 доби
- В. Відразу
- С. Через 2-3 год.
- Д. Через 1 год.
- Е. Через 7-10 діб

11. За призначенням пародонтальні пов'язки поділяють на такі групи:

- А. Короткої та тривалої дії
- В. Профілактичні та лікувальні
- С. Профілактичні та ізоляційні
- Д. Силіконові та альгінатні
- Е. Лікувальні та ізоляційні

12. Як правильно пародонтальна пов'язка повинна розміщуватись у порожнині рота?

- А. Не перекривати жувальні поверхні і ріжучі краї зубів та рухому частину ясен
- В. Перекривати жувальні поверхні і ріжучі краї зубів та рухому частину ясен
- С. Не перекривати жувальні поверхні і ріжучі краї зубів та нерухому частину ясен
- Д. Перекривати жувальні поверхні і ріжучі краї зубів та нерухому частину ясен
- Е. Перекривати жувальні поверхні і не перекривати ріжучі краї та рухому частину ясен

13. Як класифікують пародонтальні пов'язки в залежності від консистенції у порожнині рота?

- А. Еластичні, нееластичні
- В. М'які, тверді
- С. Тверді, напівтверді
- Д. М'які, тверді, напівтверді
- Е. Силіконові, альгінатні

14. На основі якої хімічної речовини була розроблена ізоляційна пародонтальна пов'язка Лук'яненко-Шторма (1974)?

- А. Ціанакрин
- В. Парафін
- С. Поліуретан
- Д. Біла глина
- Е. Альфа-арон

Практичне заняття № 28

Тема: Хірургічні методи лікування генералізованого пародонтиту (кюретаж, гінгівотомія, гінгівектомія). Показання, методика проведення.

Мета: вивчити хірургічні методи лікування в пародонтології.

Коротка характеристика теми

Різновиди операцій лікування хвороб пародонта.

Метою хірургічного лікування генералізованого пародонтиту є:

1. Ліквідація хронічного одонтогенного вогнища інфекції.
2. Реконструкція ураженого пародонта.

Методи хірургічних втручань умовно поділяють на:

I. Невідкладні:

1. Видалення зуба.
2. Розкриття пародонтального абсцесу.

II. Планові:

1. Видалення зубів.
2. Кюретаж (закритий, відкритий, вакуум-кюретаж, кріокюретаж).
3. Гінгівотомія.
4. Гінгівектомія (проста і радикальна).
5. Клаптеві операції:
 - із корекцією ясенного краю;
 - із пластикою кісткових кишень;
 - із остеопластикою коміркової дуги щільним алогенним трансплантатом;
 - із застосуванням методики, спрямованої регенерації тканин пародонта;
 - із комбінацією перелічених методів.
6. Формування присінку порожнини рота (вестибулопластика).
7. Операційні втручання з метою корекції присінку порожнини рота:
 - френулотомія;
 - френулоектомія;
 - френулопластика.
8. Фізіохірургічні методи:
 - вакуум-хірургія;
 - електрохірургія;
 - кріохірургія;
 - лазерна хірургія.
9. Допоміжні операції:
 - гемісекція;

- ампутація кореня;
- ампутація коренів фронтальної ділянки в протезах;
- коронорадикулярна сепарація;
- реплантація;
- ендодонто-ендоосальна стабілізація зуба.

Принципи пародонтальної хірургії:

1. Економне висічення м'яких тканин із метою захисту коміркової дуги і остеопластичного матеріалу.
2. Збереження остеопоротично змінених ділянок кісткової тканини коміркового відростка.
3. Повне видалення проліфуючого епітелію та грануляційної тканини.
4. Обережне ставлення до цементу кореня зуба.
5. Ретельний гемостаз, адекватне кровопостачання.
6. Усунення місцевих провокуючих чинників.

Показання до хірургічного лікування генералізованого пародонтиту:

1. У хворих на генералізований пародонтит I і II ступенів – кюретаж і його модифікації: при глибині кишень до 4 мм – закритий, а від 4-5 мм – відкритий.
2. У хворих на генералізований пародонтит II-III ступеня розвитку – клаптеві операції та їх модифікації, реконструктивні операції.
3. При глибокій кістковій кишені в ділянці 1-3 зубів і у разі окремих рецидивуючих абсцесів – гінгівотомія.
4. При гіпертрофії сосочків за відсутності виражених пародонтальних кишень – гінгівектомія.
5. Гінгівотомія та гінгівектомія є етапом клаптевих операцій і застосовуються з метою ліквідації окремих симптомів захворювання: для розкриття пародонтальних абсцесів, переведення гострої стадії у хронічну, висічення гіпертрофованих сосочків.
6. При вогнищевому ураженні пародонта зумовленому анатомо-морфологічними особливостями, показане висікання коротких вуздечок, тяжів, поглиблення присінку.
7. У разі початкового ступеня дистрофічного процесу в пародонті і відсутності пародонтальних кишень, коли має місце незначне оголення шийок зубів показана гінгівопластика з корекцією присінку порожнини рота.

Противопоказання до хірургічного лікування генералізованого пародонтиту:

I. Загальні:

а) абсолютні:

1. Системний остеопороз;
2. Захворювання крові;
3. Некомпенсована форма діабету і тиреотоксикозу;
4. Активна форма туберкульозу;
5. Онкологічна патологія;

6. Тяжкі захворювання серцево-судинної системи, печінки, нирок;
7. Період вагітності;
8. Алергічний, аутоімунний та проліферативний синдроми і спадкова обтяженість у декількох поколіннях.

б) відносні:

1. Гострі інфекційні захворювання;
2. Низький рівень гемоглобіну в крові.

II. Місцеві:

1. Недотримання правил індивідуальної гігієни;
2. Патологія прикусу, яка не підлягає корекції;
3. Наявність неусуненої травматичної оклюзії;
4. Фіброзно змінені або зтоншені ясна;
5. Деструкція кісткової тканини більше, ніж на 2/3 довжини кореня при рухомості зубів II-III ступеня;
6. Виразкові процеси в порожнині рота;
7. Наявність абсцесів.

Для екстреного хірургічного втручання (наприклад, відкриття пародонтального абсцесу) протипоказань немає.

Класифікація матеріалів для прискорення регенерації кісткової тканини пародонта за G. Garg і

D. Adams (1981):

I. Автотрансплантати – людська кісткова тканина взята з іншої ділянки тієї ж особи:

- а) кортикальна кістка;
- б) губчаста кістка;
- в) комбінована кортикально-губчаста кістка.

II. Алотрансплантати – трансплантати, взяті з іншої людини:

- а) свіжозаморожена кісткова тканина;
- б) ліофілізована кісткова тканина;
- в) демінералізована і ліофілізована кісткова тканина;
- г) брешокістка;
- д) формалізовані алотрансплантати.

III. Ксенотрансплантати – трансплантати, взяті від представника іншого біологічного виду:

- а) цільні кісткові трансплантати – Osteograf, Bio-Oss;
- б) кістковий гідроксіапатит;
- в) тверда мозкова оболонка;
- г) кораловий карбонат кальцію – (Біокрил, Франція).

IV. Експлантати – трансплантати небіологічного походження – синтетичні матеріали, мінеральні трансплантати:

- а) полімери: HTR Synthetic Bone (Bioplant, Norwalk, CT);
- б) біокераміка;
- в) трикальційфосфат – пориста форма фосфату кальцію;
- г) гідроксіапатит (OsteoJen, Implants, Ttlliswood, Oste-Yraft);
- д) алюмоксидна кераміка – Terio Gla, Biogran, Біосітал, Колапан, Полістом;

е) комбіновані препарати колагену з трикальційфосфатом або гідроксіапатитом.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Як поділяють методи хірургічних втручань на пародонті?
2. Класифікація хірургічних методів лікування в пародонтології?
3. Хірургічні методи лікування з елементами пародонтопластики.
4. Кюретаж. Визначення, види, техніка проведення.
5. Гінгівотомія. Види, техніка проведення.
6. Гінгівектомія. Види, техніка проведення.
7. Показання до хірургічного лікування генералізованого пародонтиту.
8. Протипоказання до хірургічного лікування генералізованого пародонтиту.
9. Операційне втручання з метою корекції присінку порожнини рота. Визначення, методика проведення.
10. Операційні методи при неможливості збереження зуба або його частини.
11. Класифікація матеріалів для прискорення регенерації кісткової тканини пародонта.

Орієнтовні ситуаційні задачі та тестові завдання

1. Оберіть невідкладний метод хірургічних втручань:

- A. Гінгівектомія
- B. Кюретаж
- C. Гінгівотомія
- D. Розкриття пародонтального абсцесу
- E. Клаптеві операції

2. Для прискорення регенерації кісткової тканини використовують трансплантати. Вкажіть, як називається трансплантат, взятий від представника іншого біологічного виду:

- A. Ксенотрансплантат
- B. Автотрансплантат
- C. Алотрансплантат
- D. Експлантат
- E. Ендотрансплантат

3. Вкажіть показання до проведення кюретажу:

- A. Генералізований пародонтит III ступеня
- B. Генералізований пародонтит I-II ступеня
- C. Виразково-некротичний гінгівіт
- D. Гіпертрофічний гінгівіт
- E. Пародонтоз II ступеня

4. Показаннями до клаптевих операційних втручань є:
- A. Генералізований пародонтит початкового ступеня
 - B. Генералізований пародонтит I-II ступеня
 - C. Генералізований пародонтит II-III ступеня
 - D. Пародонтоз II ступеня
 - E. Пародонтоз 1 ступеня
5. Вкажіть, який клапоть включає в себе епітелій та сполучну тканину:
- A. Розщеплений
 - B. Повний
 - C. Тонкий
 - D. Середній
 - E. Товстий
6. Який з нижчеперерахованих методів операційного втручання використовується для формування присінка порожнини рота?
- A. Кюретаж
 - B. Гінгівотомія
 - C. Гінгівоектомія
 - D. Френулотомія
 - E. Клаптеві операції
7. При якій глибині пародонтальної кишені можливе проведення закритого кюретажу?
- A. Більше 8 мм
 - B. 4-5 мм
 - C. 5-6 мм
 - D. 6-8 мм
 - E. До 4 мм
8. За яким методом діатермокоагуляції активний електрод у вигляді голки вводять на всю глибину кишені, потім включають апарат і голкою обводять навколо зуба, уникаючи контакту з його твердими тканинами?
- A. Моноактивним
 - B. Біактивним
 - C. Трансактивним
 - D. Поліактивним
 - E. Гетероактивним
9. Вкажіть, який з нижчеперерахованих хірургічних методів лікування захворювань пародонта є операційною методикою з елементами пародонтопластики:
- A. Гінгівотомія
 - B. Кюретаж
 - C. Клаптикові операції

- D. Гінгіоектомія
- E. Фізіохірургічні методи (вакуум- хірургія, електрохірургія, кріохірургія)

10. Які бувають види гінгіоектомії?

- A. Вертикальна, горизонтальна
- B. Закрита, відкрита
- C. Проста, радикальна
- D. Глибока, поверхнева
- E. Немає правильної відповіді

11. Кюретаж рекомендують проводити одномоментно в ділянці:

- A. 3-4 зубів
- B. 1 зуба
- C. 6-8 зубів
- D. 8-10 зубів
- E. Однієї щелепи

Практичне заняття № 9

Тема: Ортопедичні заходи в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту. Показання. Методика проведення.

Мета заняття: розглянути ортопедичні втручання в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту та методику їх проведення.

Коротка характеристика теми

Хронічний генералізований пародонтит супроводжується порушенням оклюзійно-артикуляційних співвідношень у зубощелеповій системі. Ортопедичне лікування необхідно проводити одночасно з терапевтичним. Існують наступні методи ортопедичного лікування:

1. Вибіркове пришліфування зубів.
2. Тимчасове шинування.
3. Постійне шинування і протезування.
4. Ортодонтичне лікування.

Вибіркове пришліфування зубів проводять після зняття зубних відкладень, проведення протизапальної терапії та кюретажу пародонтальних кишень. Для виявлення передчасних контактів використовують воскову пластинку або копіювальний папір. Втручання здійснюють лише в межах емалі.

Показаннями до вибіркового пришліфування зубів є:

1. Бруксизм.

2. Дисфункція скроневопідщелепового суглобу.
3. Рухомість окремих зубів.
4. Оголення шийок і окремих зубів.

Шинування зубів – це симптоматичне лікування, яке полягає у скріпленні всіх зубів в єдиний блок шиною. Шинування буває тимчасове (до двох тижнів на час проведення терапевтичного і хірургічного лікування) і постійне (на роки).

Виконуючи шинування, лікар прагне досягнути наступних цілей:

- Захистити рухомі зуби від подальшого пошкодження їхнього опорно-тримувального апарату шляхом стабілізації в нетравматичних оклюзійних співвідношеннях.
- Ліквідувати або зменшити оклюзійне перевантаження зубів шляхом рівномірного його розподілу.
- Стабілізувати зуби після ортодонтичного або в процесі пародонтологічного лікування.
- Скласти попередній прогноз для „сумнівних” зубів, особливо опорних, під майбутній реальний прогноз.
- Запобігти зміщенню зубів.

Показання до тимчасового шинування:

- Зуби з вираженою втратою кісткової тканини пародонта (більше 1/2 довжини кореня) і рухомістю II-III ступеня.
- Рухомі зуби при глибокому прикусі.
- Зуби з короткими або резорбованими коренями.
- Рухомі зуби з ампутованими коренями.
- Рухомі зуби при наявності протипоказань до хірургічного лікування (наприклад, при системній патології).

Ортодонтичне лікування можливе лише в період ремісії початкового ступеня патологічного процесу. При цьому використовують мінімальну ортодонтичну тягу та дріт діаметром 0,6 мм.

Ортодонтичне лікування при терапії захворювань тканин пародонта відіграє допоміжну роль, але бувають випадки необхідності ортодонтичних заходів, а саме: нахил молярів і премолярів, зубо-коміркове подовження, травми ясен у ділянці фронтальних зубів із патологічною втратою міжзубних сосочків, тісне положення фронтальних зубів із дуже тонкою апроксимальною кістковою стінкою.

Ортопедичні методи лікування хвороб пародонта є невід’ємною складовою частиною комплексного лікування генералізованого пародонтиту.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Для чого використовують ортопедичні методи лікування генералізованого пародонтиту?
2. Що таке травматична оклюзія?
3. Які види травматичної оклюзії Ви знаєте?

4. Якими способами можна зменшити навантаження на пародонт?
5. Які показання до вибіркового пришліфовування зубів?
6. Що таке шинування зубів?
7. Які види шинування Ви знаєте?
8. Коли використовують ортодонтичне лікування і які є його недоліки?

Орієнтовані ситуаційні задачі та тестові завдання

1. Травматична оклюзія – це:

- A. Змикання зубних рядів при висунутій вперед нижній щелепі
- B. Функціональне перенавантаження тканин пародонта
- C. Множинний контакт зубних рядів
- D. Співвідношення зубів верхньої та нижньої щелепи у зімкненому стані
- E. Симптом перехресного прикусу

2. Види травматичної оклюзії:

- A. Первинна, вторинна, комбінована
- B. Природжена
- C. Первинна
- D. Комбінована
- E. Первинна, вторинна

3. Який з цих методів використовується для лікування захворювань пародонта?

- A. Вибіркове пришліфовування зубів, тимчасове шинування, постійне шинування, ортодонтичне лікування
- B. Видалення рухомих зубів
- C. Постійне шинування і протезування
- D. Ортодонтичне лікування
- E. Протезування

4. Вибіркове пришліфовування проводять:

- A. До зняття зубних відкладень, проведення протизапальної терапії та кюретажу пародонтальних кишень
- B. Після зняття зубних відкладень, проведення протизапальної терапії та кюретажу пародонтальних кишень
- C. Після проведення антибактерійної терапії
- D. Після кюретажу пародонтальних кишень
- E. Після проведення Vector-терапії

5. Вибіркове пришліфовування проводять:

- A. В межах емалі і плащового дентину
- B. Тільки в межах емалі

- C. В межах емалі і всього дентину
- D. До виведення зубів від передчасних контактів
- E. Для усунення деформацій оклюзійних поверхонь, що виступають із зубного ряду і усуненні передчасних контактів

6. Шинування зубів є одним із видів:

- A. Етіотропного лікування
- B. Патогенетичного лікування
- C. Симптоматичного лікування
- D. Ортодонтичного лікування
- E. Ортопедичного лікування

7. Види шинування:

- A. Первинне і вторинне
- B. Постійне і тимчасове
- C. Тимчасове
- D. Первинне
- E. Постійне

8. Тимчасове шинування проводять на термін:

- A. До 2 тижнів
- B. До 10 діб
- C. До 2 місяців
- D. До 1 року
- E. 3-4 місяці

9. Постійне шинування проводять:

- A. На час проведення терапевтичного і хірургічного лікування
- B. Терміном до 1 року
- C. На тривалий час (на роки)
- D. На 1 місяць
- E. Після комплексного лікування пародонтиту

10. Рухомі зуби з ампутованими коренями є показанням до:

- A. Вибіркового пришліфування
- B. Ортодонтичного лікування
- C. Постійного шинування
- D. Тимчасового шинування
- E. Ортопедичного лікування

11. Зуби, які мають короткі або резорбовані корені є показанням до:

- A. Ендодонтичного лікування
- B. Видалення
- C. Шинування
- D. Протезування

Е. Фізіотерапевтичного лікування

12. Запобігти зміщенню зубів можна шляхом:

- А. Шинування зубів
- В. Вибіркового пришліфування
- С. Ортодонтичного лікування
- Д. Хірургічного лікування
- Е. Терапевтичного лікування

13. Ортодонтичне лікування при захворюваннях пародонта показане при:

- А. Ремісії початкового ступеня генералізованого пародонтиту
- В. Загостренні початкового ступеня пародонтиту
- С. Ремісії I-II ступеня пародонтиту
- Д. Загостренні I-II ступеня пародонтиту
- Е. Не показане при пародонтиті

14. При ортодонтичному лікуванні генералізованого пародонтиту використовують:

- А. Максимальну ортодонтичну тягу і дріт діаметром 0,6 мм
- В. Мінімальну ортодонтичну тягу і дріт діаметром 0,6 мм
- С. Мінімальну ортодонтичну тягу і дріт діаметром 0.8 мм
- Д. Максимальну ортодонтичну тягу і дріт діаметром 0.8 мм
- Е. Максимальну ортодонтичну тягу і дріт 0,7 мм

Практичне заняття № 10

Тема: Загальна фармакотерапія хворих на генералізований пародонтит.

Показання. Лікарські препарати.

Мета заняття: навчити студентів проведенню медикаментного лікування хворих на генералізований пародонтит з різним характером перебігу та ступенем розвитку процесу.

Коротка характеристика теми

Фармакотерапія у пародонтології поділяється на місцеву та загальну. Загальне медикаментне лікування є невід'ємною частиною комплексної терапії генералізованого пародонтиту, яке проводиться вже на початковому етапі лікування. Системна фармакотерапія спрямована на боротьбу з інфекцією, інтоксикацією, на активацію імунітету, нормалізацію обмінних порушень та процесів перекисного окиснення ліпідів, а також стимуляцію

регенерації. Лікування фонової патології у багатьох пародонтологічних пацієнтів (із захворюваннями системи крові, ендокринної та серцево-судинної систем) є основним видом загальної терапії.

Арсенал медикаментів, що використовується при лікуванні генералізованого пародонтиту, надзвичайно широкий і передбачає застосування протизапальних, протимікробних, дезінтоксикаційних засобів, вплив на судинну та імунну системи, а також препаратів, що виявляють метаболічну, загальнозміцнювальну та стимулювальну дію.

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

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

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Які види медикаментного лікування розрізняють у пародонтології?
2. З якою метою застосовують фармакотерапію при генералізованому пародонтиті?
3. Охарактеризуйте групу протизапальних нестероїдних препаратів.
4. Назвіть принципи раціональної антибіотикотерапії.
5. Які є показання до застосування протимікробних засобів у пародонтології?
6. Якими є основні побічні ефекти антибіотикотерапії і як їм запобігти?
7. Охарактеризуйте групу бактерійних препаратів.
8. Які особливості лікування агресивних форм пародонтитів?
9. Охарактеризуйте три покоління препаратів кальцію.
10. Що собою являє остеотропна терапія? Назвіть представники препаратів цієї групи.

Орієнтовані тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Назвіть засіб, який відноситься до кальційвмісних препаратів III покоління:
 - A. Гліцерофосфат кальцію
 - B. Кальмецин адванс
 - C. Кальцій ДЗ нікомед
 - D. Лактат кальцію
 - E. Кальцій С
2. Який із названих нестероїдних протизапальних препаратів відноситься до інгібіторів ЦОГ-2?
 - A. Моваліс
 - B. Диклофенак натрію
 - C. Піроксикам
 - D. 1% розчин мефенамінату натрію
 - E. Ібупрофен
3. У випадку підозри на анаеробну інфекцію доцільно обрати такий протимікробний препарат:
 - A. Амоксициклін
 - B. Метронідазол
 - C. Гентаміцин
 - D. Цефотаксим
 - E. Фузидин
4. Назвіть показання до застосування антибіотикотерапії у пародонтології:
 - A. Загострений перебіг генералізованого пародонтиту із гноєтечею та абсцедуванням
 - B. У випадку агресивних форм генералізованого пародонтиту
 - C. Під час оперативних втручань
 - D. У пацієнтів хворих на цукровий діабет
 - E. Усі перелічені варіанти
5. Назвіть антибіотик, який відноситься до групи остеотропних:
 - A. Макропен
 - B. Кліндаміцин
 - C. Азитроміцин
 - D. Кефзол
 - E. Аугментин
6. Яку назву мають препарати мікробного походження – активатори росту нормальної мікрофлори, що водночас пригнічують ріст патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів?
 - A. Пробіотики
 - B. Вакцини

- C. Пребіотики
- D. Бактеріофаги
- E. Усі названі

7. До якої із груп біопрепаратів відносять „Імудон”?

- A. Вакцини
- B. Бактеріофаги
- C. Синбіотики
- D. Пребіотики
- E. Еубіотики

8. Який із названих вітамінів зменшує кровоточивість, регулює окисно-відновні процеси та приймає участь у синтезі колагену?

- A. Фолієва кислота
- B. Токоферолу ацетат
- C. Аскорбінова кислота
- D. Ергокальциферол
- E. Вітамін К

9. Який із названих вітамінних препаратів сприяє відкладанню кальцію у кістковій тканині та перешкоджає її резорбції?

- A. Вітамін D
- B. Вітамін А
- C. Вітамін С
- D. Вітамін К
- E. Вітамін РР

10. Назвіть засоби, які входять до групи антирезорбентів:

- A. Кальцитонін
- B. Естрогени
- C. Бісфосфонати
- D. Усі вище названі
- E. Жодні із перелічених

11. Які із зазначених препаратів не відносяться до остеостимуляторів (засобів, що збільшують кісткову масу)?

- A. Пептид паратгормону
- B. Бісфосфонати
- C. Анаболічні стероїди
- D. Похідні фтору
- E. Іприфлавон

12. Які засоби доцільно застосовувати з метою нормалізації процесів вільнорадикального окислення?

- A. Коензим Q₁₀

- В. Кверцетин
- С. Дибунол
- Д. Вітамін Е
- Е. Усі перелічені варіанти

13. Які засоби не відносять до імуномодуляторів?

- А. Нуклеїнат натрію
- В. Поллен
- С. Імудон
- Д. Левамизол
- Е. Аугментин

14. Препарати бактерійного походження, діючою основою яких є живі ліофільно висушені культури мікроорганізмів – представників автохтонної мікрофлори, це:

- А. Вакцини
- В. Синбіотики
- С. Еубіотики
- Д. Бактеріофаги
- Е. Пребіотики

15. На основі яких бактерій виготовляють еубіотики?

- А. Лактобацил
- В. Біфідобактерій
- С. Окремих штамів *E. coli*
- Д. Непатогенних штамів ентеробактерій
- Е. Усіх перелічених видів бактерій

Практичне заняття № 11

Тема: Пародонтоз. Етіологія, патогенез. Клініка, діагностика, лікування. Методи усунення гіперестезії.

Мета: ознайомитись з етіологією і патогенезом, діагностикою та методами лікування дистрофічних хвороб пародонта.

Коротка характеристика теми

Пародонтоз – дистрофічне захворювання, в основі якого лежить порушення трофіки (кровопостачання та іннервації) тканин пародонта. Тривале недоотримання пластичного матеріалу для відбудови пародонта на

клітинному та тканинному рівнях зумовлює ознаки дистрофії (аж до атрофії) у всіх тканинах: яснах, періодонті, кістковій тканині альвеолярних відростків, цементі коренів зубів. Патоморфологічні зміни всіх структур пародонта і відповідно клінічні вияви відбуваються поступово на тлі судинних порушень: склерозування судин, звуження їх просвіту, запусіння деяких судин внаслідок відкладання фібрину, проростання сполучної тканини, втрата колагенових волокон, яке завершується фіброзом і склерозом власної пластинки. Кісткова тканина щелеп в міру прогресування хвороби зазнає зниження висоти альвеолярних відростків, рисунок губчастої кістки набуває дрібно-петлистого характеру, втрачаються кісткові траберкули, з'являються явища остеопорозу – з великопетлистим рисунком. В пізніх стадіях, через відсутність процесів ремоделювання кістки зникає кортикальна пластинка. Зазнають зміни інші тканини. У пульпі зуба розвивається сітчаста дистрофія, пульпова камера зменшується, відкладаються калькуляти. Цемент, як грубо-волокниста структура зазнає змін, подібних до кісткової тканини, аж до гіперцементозу. Характерне патологічне стирання та клиноподібні дефекти.

В цілому для пародонтозу характерний повільний розвиток із періодами стабілізації на тривалий час.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Що таке дистрофія?
2. На тлі яких загальних порушень формується дистрофія?
3. Для якої вікової групи характерна дистрофія? Чому?
4. Як виявляється дистрофія у тканинах пародонта?
5. Особливості виявів дистрофії у кістковій тканині.
6. Що таке остеопороз, остеосклероз?
7. Чим відрізняється резорбція від атрофії кісткової тканини?
8. Нагадайте чинники ініціації резорбції при генералізованому пародонтиті. Чи мають вони місце при пародонтозі?
9. Поясніть збереження цілісності кортикальної пластинки альвеолярних відростків і одночасне зменшення висоти кістки.
10. Який загальний рисунок губчастої кістки за даними ортопантомограми характерний для пародонтозу?
11. Поясніть чергування вогнищ остеопорозу та остеосклерозу.
12. Звуження чи розширення періодонтальної щілини характерне для пародонтозу?
13. Поясніть причини патологічного стирання твердих тканин.
14. У чому виявляються компенсаційні механізми порушення біомеханіки сил при пародонтозі?
15. Які додаткові методи обстеження виявляють судинні зміни в тканинах пародонта?
16. Які зміни біохімії крові при пародонтозі?

17. Які додаткові методи обстеження кісткової тканини інформативні для виявлення остеопорозу?
18. Які рекомендації може дати лікар-пародонтолог для призупинення патологічного процесу на загально-соматичному рівні і на місцевому рівні в тканинах пародонта?
19. Які етіологічні чинники слід шукати в осіб молодого віку?
20. Які з відомих фізіотерапевтичних процедур поліпшують кровопостачання тканин пародонта?

Орієнтовані тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Які з методів лікування доцільно використовувати у хворих на пародонтоз?
 - A. Кюретаж пародонтальних кишень
 - B. Ірригація пародонтальних кишень розчином хлоргексидину
 - C. Зняття над- і під'ясенних зубних відкладень
 - D. Аплікації та інстиляції пародонтальних кишень розчином метронідазолу
 - E. Фонофорез гепарину
2. Який із наведених препаратів доцільно застосовувати при пародонтозі?
 - A. Стоматофіт
 - B. Солкосерил дентальна адгезивна паста
 - C. Метрогіл дента
 - D. Мараславін
 - E. Гепарин
3. Яка із наведених ознак не характерна для пародонтозу?
 - A. Атрофія ясен
 - B. Розширення періодонтальної щілини
 - C. Патологічне стирання твердих тканин зуба
 - D. Патологічна рухомість зубів
 - E. Дрібнопетлистий рисунок губчастої кістки
4. Для покращення мікроциркуляції крові в тканинах пародонта можна застосовувати фізіотерапію. Які з наведених фізіотерапевтичних процедур доречно застосовувати з цією метою?
 - A. Електрофорез препаратів кальцію і фтору
 - B. УВЧ-терапія
 - C. Фонофорез із гепарином
 - D. Діатермокоагуляція
 - E. Кріотерапія

5. Пацієнтка 47 років, хірургічна менопауза. На ортопантограмі: на тлі дрібно-петлистого рисунку губчастої кістки альвеолярних відростків верхньої та нижньої щелеп ділянки остеопорозу, висота кістки зменшена, кортикальна пластинка збережена з внутрішнього краю альвеолярних відростків, потоншена на кутах нижньої щелепи. Які з додаткових методів обстеження треба зробити, щоб виключити гіперпаратиреоз?

- A. Денситометрію
- B. Загальний аналіз крові
- C. Мікробіологічне обстеження вмісту пародонтальних кишень
- D. Аналіз крові на цукор
- E. Біохімію крові на рівень кальцію

6. Пацієнтці 56 р., яка скаржиться на відчуття „повзання мурашок”, лому в кістках альвеолярного відростка верхньої та нижньої щелеп, встановлено діагноз пародонтоз I ступеня. Який із методів лікування зменшить суб’єктивну симптоматику?

- A. Корекція оклюзії
- B. Ремінералізувальна терапія
- C. Корегуючі операції на пародонті
- D. Професійна гігієна
- E. Курс сеансів іонофорезу з нікотиновою кислотою та гепарином почергово

7. Хворому на пародонтоз призначено фонофорез із гепарином. Яку дію має наведений препарат?

- A. Стимуляція процесів репаративної регенерації
- B. Антитромбозна, антигіпоксична, антисклеротична дії
- C. Протизапальна та проти набрякова дії
- D. Інгібування дії простагландинів, лейкотрієнів, інтерлейкінів
- E. Інгібування ферментів протеолізу

8. Пацієнтці 56 р., яка скаржиться на відчуття „повзання мурашок”, лому в кістках альвеолярного відростка верхньої та нижньої щелеп, встановлено діагноз пародонтоз I ступеня. Які з перелічених методів лікування зменшать суб’єктивну симптоматику у даної пацієнтки?

- A. Ремінералізувальна терапія
- B. Зняття над- і під’ясенних зубних відкладень
- C. Протизапальна терапія
- D. Кюретаж пародонтальних кишень
- E. Електрофорез нікотиновою кислотою та вітамінами групи B

9. Яких із перелічених ознак немає при пародонтозі?

- A. Атрофія ясен
- B. Пародонтальна кишень
- C. Травматична оклюзія
- D. Патологічне стирання твердих тканин
- E. Чергування вогнищ остеосклерозу, остеопорозу губчастої кістки

10. Який із наведених методів лікування не застосовують при пародонтозі?

- A. Масаж комірцевої зони (шийного відділу хребта)
- B. Фонофорез із ніотиновою кислотою
- C. Фонофорез із гепарином
- D. Електрофорез із препаратами кальцію та фтору
- E. Електрофорез із йодидом калію

11. Які з перелічених зубних паст рекомендовано застосовувати пацієнтам з пародонтозом?

- A. Pro-relif
- B. Sensodyn
- C. Lacalut sensitive
- D. Parodontax
- E. Всі вищеперелічені

12. Пацієнтці 60 років запропоновано ортопедичне лікування патологічного стирання зубів. Планується підняття прикусу на 2 мм незнімними ортопедичними конструкціями. Ортопантомограма: на тлі дрібно-петлистого рисунку губчастої кістки, спостерігають вогнища остеопорозу, висота альвеолярних відростків знижена на 3 мм від емалево-цементної межі, на 1/3 довжини коренів зубів, кортикальна пластинка збережена, періодонтальна щілина відсутня в ділянці нижніх фронтальних зубів і звужена у решти інших ділянках. Як вплине заплановане ортопедичне лікування на стан пародонта пацієнтки?

- A. Стабілізує оклюзію
- B. Створить умови для доброї гігієни
- C. Попередить резорбцію міжальвеолярних перегородок
- D. Створить травматичну оклюзію
- E. Усуне травматичну оклюзію

13. Хворому на пародонтоз III ступеня призначено лікування. Які з перелічених процедур недоцільні при даній патології?

- A. Зняття над- і під'ясенних зубних відкладень
- B. Кюретаж пародонтальних кишень
- C. Іригації пародонтальних кишень антисептиками
- D. Фонофорез ніотиновою кислотою
- E. Всі вище перелічені

14. Пацієнт 30 років з попереднім діагнозом пародонтоз I ступеня, скерований ортодонтом на консультацію до лікаря-пародонтолога. В анамнезі ортодонтичне лікування аномалій положення нижніх латеральних різців. Зовнішньоротове обстеження: занижена нижня третина обличчя. Внутрішньоротове: vestibulum oris – плиткий, повністю відсутня зона прикріпленої частини ясен. Status localis – ясна бліді, аркадний тип

гінгівогліфіки маргінального краю ясен, рецесія ясен в ділянці 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44 зубів з їх видовженням. Є ознаки пришийкових дефектів зубів, які не зафарбовуються карієс детекторами. Прикус ортогнатичний. Гігієна порожнини рота добра. Які з перелічених причин зумовили рецесію ясен?

- A. Пародонтоз, початковий ступінь
- B. Астенічна будова тіла
- C. Патологічний тип гінгівогліфіки (конфігурація маргінального краю ясен)
- D. Ортодонтичне лікування брекетами
- E. Муко-гінгівальні аномалії

Практичне заняття № 12

Тема: Ідіопатичні хвороби пародонта. Клініка, діагностика, диференційна діагностика, принципи лікування.

Мета: вивчити особливості клініки, діагностики, диференційної діагностики та лікування ідіопатичних захворювань пародонта.

Коротка характеристика теми

Ідіопатичні хвороби пародонта – це захворювання з прогресуючим лізисом тканин пародонта. Їх поділяють на:

1. Супроводжуючі хвороби крові (лейкоз, агранулоцитоз).
2. Гістіоцитоз Х (еозинофільна гранульома).
3. Супроводжуючі порушення обміну (хвороба Гоше, синдром Папійона-Лефевра).
4. При вроджених захворюваннях (хвороба Дауна, акаталазія, десмонтоз).

Для хвороб із прогресуючим лізисом тканин пародонта характерні наступні діагностичні ознаки:

- швидко прогресуючий процес руйнування всіх тканин пародонта, який призводить до випадання зубів впродовж 2-3 років;
- порівняно швидше утворення ясенної та пародонтальної кишень із гнійним ексудатом;
- своєрідна остеопатія: вертикальний тип резорбції, утворення кісткових кишень та повне розсмоктування кісткової тканини за короткий період часу;
- перевага процесу остеолізу, внаслідок активації ферментних систем остеоцитів;
- виражені зміни положення зубів у зубній дузі, травматична оклюзія.

Ідіопатичні захворювання пародонта характеризуються одночасним ураженням тканин пародонта та інших органів і систем. Іноді захворювання

розвивається ізольовано на тлі інших загальних патологічних процесів. У такому випадку стоматолог є першим, хто виявляє загальне захворювання. Прогноз їх може бути різноманітним. Для ідіопатичних захворювань пародонта характерна типічна локалізація процесу, клінічний перебіг який не відповідає місцевим етіологічним факторам і віку пацієнта, відсутність позитивного результату при проведенні традиційного лікування.

Основним діагностичним критерієм для встановлення діагнозу є дані клінічного, рентгенологічного обстеження та результати спеціальних та лабораторних методів дослідження. Рентгенологічно визначається остеопороз і розсмоктування кісткової тканини, який при вогнищевій формі процесу носить обмежений характер із вираженою компенсаторною реакцією (зона склерозу по периферії розрідження). Лікування ідіопатичних захворювань є комплексним і індивідуальним по відношенню до пацієнта. Поділяється на загальне та місцеве.

Лікування у стоматолога відбувається за такою схемою:

1. Усунення місцевих травмуючих чинників (зубні нашарування, нависаючий край пломби тощо).
2. Лікування симптоматичного гінгівіту.
3. Обробка пародонтальних кишень.
4. Підвищення опірності організму в цілому (наприклад, вітамінотерапія) за узгодженістю з загальним терапевтом.
5. Професійна гігієна порожнини рота.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Що таке ідіопатичні захворювання пародонта?
2. Які симптоми характерні для більшості ідіопатичних захворювань?
3. Еозинофільна гранульома. Симптоми, форми.
4. Клінічні вияви хвороби Гоше.
5. Хвороба Хенда-Шіллера-Крісчена. Клінічні вияви.
6. Синдром Папійона-Лефевра. Клінічні та рентгенологічні ознаки.
7. Синдром Ослера. Клініка, діагностика.
8. Лабораторні методи діагностики ідіопатичних захворювань пародонта.
9. Які порушення обміну та природжені захворювання супроводжуються прогресуючим лізисом тканин пародонта?
10. Хвороби крові, які супроводжують прогресуючий лізис тканин пародонта.
11. Клінічні ознаки хвороби Леттере-Зіве.
12. Хвороба Іценко-Кушінга, клініка, лікування.
13. Лікування еозинофільної гранульоми.

Орієнтовані тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Хронічний гістіоцитоз з аутосомно-рецесивним або рецесивним типом успадкування в основі якого є порушення холестеринового обміну – це:
 - A. Хвороба Хенда-Шюллера-Крісчена
 - B. Хвороба Леттерера-Зіве
 - C. Хвороба Таратінова
 - D. Хвороба Німанна-Піка
 - E. Хвороба Гоше

2. Гострий системний прогресуючий спадковий гістіоцитоз неліпоїдного характеру – це:
 - A. Хвороба Хенда-Шюллера-Крісчена
 - B. Хвороба Леттерера-Зіве
 - C. Хвороба Таратінова
 - D. Хвороба Німанна-Піка
 - E. Хвороба Гоше

3. Розростання у кістковому мозку ретикулоендотеліоцитів, порушення внутрішньоклітинних ферментних процесів. Про яке захворювання йде мова?
 - A. Хвороба Хенда-Шюллера-Крісчена
 - B. Хвороба Леттерера-Зіве
 - C. Хвороба Таратінова
 - D. Хвороба Німанна-Піка
 - E. Хвороба Гоше

4. Ураження пародонта у вигляді: проліферативних змін ясен, рухомості зубів, утворення пародонтальних кишень, у комірковому відростку тіла нижньої щелепи виявляються обмежені або дифузні вогнища остеопорозу. При якому захворюванні характерні такі зміни?
 - A. Хвороба Гоше
 - B. Хвороба Німанна-Піка
 - C. Пародонтоз
 - D. Хвороба Таратінова
 - E. Еозинофільна гранульома

5. Спадкова хвороба, в основі якої лежить порушення триптофанового обміну, яка характеризується поєднанням долонно-підшвиного дискератозу і запально-дистрофічних змін у пародонті. Це:
 - A. Синдром Папійона-Лефевра
 - B. Синдром Стівенса-Джонсона
 - C. Хвороба Гоше
 - D. Синдром Жильбера
 - E. Хвороба Таратінова

6. При якому захворюванні відбуваються такі зміни: накопичення продуктів порушеного обміну в осілих макрофагах, що супроводжується ендогенним порушенням метаболізму?

- A. Гістіоцитоз
- B. Гіпоімуноглобулінемія
- C. Нейтропенія
- D. Лейкоцитоз
- E. Агранулоцитоз

7. До гістіоцитозів не належать:

- A. Еозинофільна гранульома
- B. Хвороба Хенда-Шюллера-Крісчена
- C. Хвороба Леттерера-Зіве
- D. Хвороба Німанна-Піка
- E. Фіброматоз ясен

8. Де найчастіше локалізується дифузна форма еозинофільної гранульоми?

- A. У ділянці молярів нижньої щелепи
- B. У ділянці молярів верхньої щелепи
- C. У ділянці премолярів нижньої щелепи
- D. У ділянці фронтальних зубів
- E. У ділянці молярів нижньої щелепи і фронтальних зубів

9. Якої клінічної форми еозинофільної гранульоми не існує?

- A. Множинної
- B. Дифузної
- C. Генералізованої
- D. Локалізованої
- E. Вогнищевої

10. Тріада Крісчена клінічно виявляється :

- A. Цукровим діабетом, екзофтальмом, вогнищами деструкції кісток
- B. Нецукровим діабетом, екзофтальмом, вогнищами деструкції кісток
- C. Нецукровим діабетом, деструкцією кісток, гіперсалівацією
- D. Цукровим діабетом, екзофтальмом і гіперсалівацією
- E. Екзофтальмом, деструкцією кісток, гіперсалівацією

Практичне заняття № 13

Тема: Пухлини та пухлиноподібні хвороби пародонта. Етіологія, клініка, діагностика, принципи лікування.

Мета заняття: засвоїти класифікацію пухлинних і пухлиноподібних захворювань пародонта, а також особливості їх клінічного перебігу,

діагностики та диференціальної діагностики. Навчитись правильно складати план лікування.

Коротка характеристика теми

До пухлинних хвороб пародонта або пародонтом відносять: фіброму, фіброматоз ясен, ліпому, епулід.

Фіброма – пухлина, що складається із зрілих елементів сполучної тканини, кровоносних і лімфатичних судин. Розрізняють дрібні, обмежені та масивні (великі) форми. Клінічно: пухлина рухома, неспаяна з підлеглими тканинами, не болюча при пальпації, з чіткими межами.

Фіброматоз ясен характеризується обмеженою або дифузною гіпертрофією ясенних сосочків, ясенного краю і коміркових ясен. Спостерігається у підлітків і осіб молодого віку, переважно в дівчат у період статевого дозрівання. Може виникати внаслідок медикаментного лікування. Фіброматоз ясен розвивається на обох щелепах. При I ступені – розростання ясен на 1/3 висоти коронки зуба, при II – 1/2, при III – розростання сягають усієї висоти коронки зуба.

Лінома розвивається з підшкірної або підслизової (на піднебінні) жирової тканини. Зустрічається рідко, характерний повільний ріст. Пухлина має м'яку консистенцію, безболісна під час пальпації. Пухлина вкрита незміненою слизовою оболонкою блідо-рожевого кольору. Лікування – хірургічне.

Епуліс (син. епулід) вогнищеве розростання сполучної тканини грибовидної на округлої форми на ніжці, розташованої в ділянці фронтальної групи зубів і премолярів. Морфологічно складається з сполучної тканини, яка містить дрібні судини, остеобласти, остеобласти. Епуліс ділять на три види: фіброматозний, ангіоматозний, гігантоклітинний. Лікування – хірургічне: видалення епулісу і його росткової зони, яке закінчують діатермокоагуляцією або кріодеструкцією. Питання про збереження зубів вирішують на підставі даних клінічного і рентгенологічного обстежень.

Характерні клінічні ознаки пухлин та пухлиноподібних хвороб пародонту в більшості випадків дозволяють стоматологу поставити діагноз на підставі огляду і пальпації. При наявності виразок або запальних змін в області патологічного процесу показана біопсія.

Важливим моментом є діагностика причинного фактора пухлини та пухлиноподібного захворювання пародонта. З цією метою проводять ретельний стоматологічний огляд, спрямований на виявлення запальних захворювань порожнини рота, рентгенографія або радіовізіографія, виконується ортопантомограма і пародонтограма. Пацієнтам із зубними протезами необхідна консультація стоматолога-ортопеда для виключення травматичного впливу наявного протеза на тканини порожнини рота.

Найефективнішим методом лікування пухлиноподібних захворювань є хірургічне висічення у межах здорових тканин за допомогою лазера.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Передпухлинні захворювання (визначення та їх характеристика).
2. Основні морфологічні ознаки передраку.
3. Доброякісні пухлини тканин пародонта. Ознаки.
4. Фіброма, клініка, діагностика.
5. Диференціальна діагностика фіброми.
6. Лікування хворих на фіброму.
7. Фіброматоз ясен, клініка, лікування.
8. Діагностика фіброматозу ясен
9. Епулід, види, діагностика, лікування.
10. Що таке пухлина?
11. Які ділянки тканин є джерелом росту пухлин?

Орієнтовані тестові завдання та ситуаційні задачі

1. До пародонтом відносять:
 - A. Фіброму, папілому, ліпому, епуліс
 - B. Фіброму, ліпому, епуліс, фіброматоз ясен
 - C. Ліпому, папілому, фіброматоз ясен
 - D. Епуліс, фіброму, фіброматоз ясен, міому
 - E. Ліпому, міому, папілому, фіброму
2. У межах яких величин коливається розмір епулісу?
 - A. 0,2 -0,5 см
 - B. 0,5-2 см
 - C. 2-2,5 см
 - D. 1-1,5 см
 - E. 1,5-2 мм
3. Фіброма – це пухлина:
 - A. Із зрілих елементів сполучної тканини, кровоносних і лімфатичних судин
 - B. Із елементів фіброзної тканини, кровоносних та лімфатичних судин
 - C. Із елементів сполучної тканини і кровоносних судин
 - D. Із елементів сполучної та фіброзної тканини, кровоносних і лімфатичних судин
 - E. Із кровоносних та лімфатичних судин
4. Яких епулісів не існує?
 - A. Ангіоматозних
 - B. Гігантоклітинних
 - C. Фіброматозних

- D. Фібро-ангіоматозних
- E. Жодна відповідь не є вірною

5. Вказати найхарактерніше місце локалізації епулісу:

- A. Оральна поверхня жувальної групи зубів
- B. Вестибулярна поверхня ікол та молярів
- C. Оральна поверхня в ділянці різців та премолярів
- D. Апроксимальна поверхня різців, ікол та премолярів
- E. Вестибулярна поверхня різців, ікол та премолярів

6. Доброякісна пухлина, що складається з зрілих елементів сполучної тканини, рухома, не спаяна з підлеглими тканинами, не болюча при пальпації, це:

- A. Фіброма
- B. Епуліс
- C. Ліпома
- D. Фіброматоз ясен
- E. Папілома

7. Утворення грибовидної чи округлої форми, прикріплене ніжкою або широкою основою до надальвеолярних тканин:

- A. Фіброма
- B. Ліпома
- C. Епуліс
- D. Міома
- E. Гемангіома

8. Ясенний край піднятий у вигляді валика, що покриває нижню частину коронки зубів, форма сосочків змінена, розростання досягає $1/2$ висоти коронки зуба. Яка ступінь ураження?

- A. I
- B. II
- C. III
- D. Початковий
- E. Немає правильної відповіді

9. Ясенні сосочки потовщені у вигляді валика на всьому протязі зони ураження та збільшені на $1/3$ висоти коронки зуба, форма їх змінена. Який ступінь ураження?

- A. I
- B. II
- C. III
- D. Початковий
- E. Немає правильної відповіді

10. Гіперплазія ясенного краю, збільшені ясна покривають 2/3 і більше висоти коронки зуба. Розрослі сосочки часто покриваються множинними дрібними і великими кровоточивими грануляціями. Який ступінь ураження?

A. I

B. II

C. III

D. Початковий

E. Немає правильної відповіді

Практичне заняття № 14

Тема: Особливості лікування пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта на тлі патології внутрішніх органів і систем.

Мета заняття: навчити студентів виявляти прояви системних захворювань у порожнині рота і скласти план лікування у співпраці з лікарями-інтерністами.

Коротка характеристика теми

Поширеність захворювань тканин пародонта становить у середньому 85-90 %. За останні двадцять років, незважаючи на суттєве збільшення використання засобів гігієни, зусиль стоматологів щодо рекомендацій по проведенню гігієни порожнини рота, ці показники не змінилися. Отож, можна зробити висновок, що гігієна порожнини рота поліпшується, а пародонтит залишається вагомим проблемою, тобто бактерії є необхідним, але не єдиним чинником розвитку захворювань пародонта. Пародонтит є поліетіологічним захворюванням, в патогенезі якого відіграють роль три взаємопов'язані чинники: сприйнятливий організм, екологічні фактори, що сприяють розвитку хвороби, та змінені реакції організму. У ході численних досліджень встановлено значну поширеність соматичних захворювань у хворих на генералізований пародонтит. Ще у 1923 г. McCall і Vox ввели термін „parodontitis complex” – для захворювань тканин пародонта, основну роль у виникненні яких відіграють системні захворювання. Серед типових соматичних захворювань у таких хворих виявляються: ендокринна патологія (цукровий діабет, тироїдит), серцево-судинні захворювання (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, природжені вади серця, ревматичні ураження серця та посткоронарний тромбоз), захворювання шлунково-кишкового тракту, ревматоїдний артрит та ін. У таких пацієнтів часто діагностують хронічні вогнища інфекції різної локалізації:

- одонтогенні – апікальні гранульоми, кісти, періодонтити;
- ЛОР-органів – хронічні тонзиліти, фарингіти, гайморити та ін.;
- гепато-біліарної системи – хронічні холецистити, холангіти;
- сечовидільної системи та уrogenітальної ділянки – хронічні пієлонефрити, простатити, аднексити та ін.

Завданням стоматологів є вчасне виявлення загальносоматичної патології та лікування пародонтологічних хворих у співпраці із лікарями суміжних спеціальностей.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Яка причина значної розповсюдженості і тяжкості захворювань пародонта у діабетиків?
2. Який взаємозв'язок виявлено між генералізованим пародонтитом та атеросклерозом?
3. Чим пояснюється ризик погіршення пародонтологічного статусу у період вагітності?
4. Які особливості проведення професійної гігієни у хворих на інфекційний ендокардит?
5. Прийом яких медикаментів може викликати ураження тканин пародонта?
6. Як впливають тяжкі захворювання тканин пародонта на плід у вагітних?
7. Які рентгенологічні ознаки генералізованого пародонтиту виявляються при супутній патології щитоподібної залози?
8. Які патологічні зміни відбуваються у тканинах пародонта у хворих на СНІД?
9. Яке першочергове дослідження необхідно здійснити лікарю-пародонтологу при підозрі у пацієнта гострого лейкозу?
10. Які особливості лікування пародонтологічних хворих із загальним дизбактеріозом кишківника?

Орієнтовані тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Які патогенетичні чинники при цукровому діабеті впливають на розвиток генералізованого пародонтиту?
 - A. Тканинний ацидоз
 - B. Недостатність бактерицидних ферментів слини та імуноглобулінів
 - C. Активація тканинної гіалуронідази
 - D. Пригнічення синтезу колагену фібробластами
 - E. Усі перелічені
2. Як загальносоматична патологія впливає на запалення у пародонті?
 - A. Є причиною захворювання
 - B. Не впливає на перебіг захворювання
 - C. Впливає на окремі ланки патогенезу запального процесу у пародонті

- D. Є пусковим механізмом у розвитку генералізованого пародонтиту
- E. Немає правильної відповіді

3. Підвищення концентрації паратгормону у крові призводить до:

- A. Зниження рівня кальцію у крові
- B. Зниження активності остеобластів і резорбції кісткової тканини
- C. Підвищення активності остеоцитів і резорбції кісткової тканини
- D. Підвищення рівня кальцію у крові
- E. Підвищення активності остеокластів

4. Збільшення концентрації глюкокортикоїдів у крові спричиняє посилення:

- A. Анаболічних процесів в організмі
- B. Катаболічних процесів в організмі
- C. Мінералізації кісткової тканини альвеолярного відростка
- D. Резорбції кісткової тканини
- E. Остеопорозу кісткової тканини

5. У патогенезі уражень тканин пародонта при ВІЛ-інфекції ключовим механізмом є:

- A. Патологічні зміни мають первинно-дистрофічний характер
- B. Утруднене надходження мікроелементів і кисню у тканини пародонта
- C. Розвиток дисбалансу між імунними та неспецифічними механізмами захисту
- D. Пригнічення активності нормальної мікрофлори
- E. Активація умовно-патогенної та патогенної мікрофлори

6. У механізмі остеопорозу кісткової тканини альвеолярного відростка при захворюваннях печінки та нирок мають значення:

- A. Порушення обміну та ендогенна недостатність вітаміну D
- B. Гіпосалівація, що зумовлює збільшення зубних відкладень і посилює фібринолітичну активність слини
- C. Пригнічення побудови кісткової тканини, яке викликане продукцією глюкокортикоїдів і посиленням продукції АКТГ
- D. Недостатній рівень кальцію у крові

Е. Порухення дезінтоксикаційної функції печінки

7. Які характерні ознаки ураження тканин пародонта у хворих на гострий лейкоз?

- А. Утворення лейкомідів
- В. Кровоточивість ясен
- С. Гіперплазія ясенного краю
- Д. Виразково-некротичні ураження ясен
- Е. Усі перелічені

8. Які бактерійні препарати не застосовуються для корекції дисбактеріозу у пародонтологічних хворих?

- А. Пробиотики
- В. Пребиотики
- С. Антибіотики
- Д. Симбіотики
- Е. Вакцини

9. Назвіть протипокази до проведення ультразвукового методу видалення зубних відкладень:

- А. Наявність кардіостимулятора у пацієнтів
- В. Злоякісні захворювання
- С. Нещодавно проведена операція корекції сітківки ока
- Д. Загальні інфекційні захворювання із лихоманкою
- Е. Усі перелічені варіанти

10. У пацієнта спостерігається набряклий ціанотичний десквामований ясенний край. Ясна легко кровоточать. Пародонтальні кишені із гнійно-кров'яним вмістом і малиноподібними грануляціями. Зуби покриті значними м'якими відкладеннями, наявний над- та під'ясенний зубний камінь. Спостерігається значна рухомість зубів. Яку супутню патологію можна діагностувати?

- А. Гіпертиреоз
- В. Цукровий діабет
- С. Патологія наднирникових залоз
- Д. Виразкова хвороба шлунка
- Е. Обструктивне захворювання легень

11. У клініку звернувся хворий на генералізований пародонтит. Встановлено агресивний перебіг захворювання. Окрім традиційних ознак ураження тканин пародонта виявлено герпетичні та кандидозні ураження слизової порожнини рота. Із анамнезу виявлено часті гострі респіраторні вірусні захворювання та суттєве зниження ваги тіла. Яку супутню патологію можна запідозрити у цьому випадку?

- A. Гострий герпетичний стоматит
- B. СНІД
- C. Системний кандидоз
- D. Цукровий діабет
- E. Гельмінтоз

12. При недостатності якого вітаміну спостерігається різка кровоточивість та набряк ясен, значна рухомість зубів внаслідок порушення синтезу компонентів сполучної тканини, насамперед колагену?

- A. Вітамін К
- B. Вітамін С
- C. Вітамін А
- D. Фолієва кислота
- E. Токоферолу ацетат

13. При недостатності якого вітаміну спостерігаються явища остеопорозу внаслідок порушення всмоктування кальцію із кишківника та його відкладання у кістковій тканині?

- A. Вітамін D
- B. Вітамін С
- C. Вітамін А
- D. Фолієва кислота
- E. Вітамін Е

14. Якими є першочергові ознаки патології щитоподібної та паращитоподібних залоз у тканинах пародонта?

- A. Остеосклероз кісткової тканини
- B. Остеопороз кісткової тканини
- C. Значний набряк і кровоточивість ясен
- D. Галітоз
- E. Жодна відповідь не є правильною

15. При недостатності якого гормону порушується засвоєння кальцію у кістковій тканині?

- A. Тиреокальцитоніну
- B. Тиреотропного гормону
- C. Естрогену
- D. Кортизолу
- E. Серотоніну

Практичне заняття № 15

Тема: Помилки і ускладнення під час діагностики та лікування хвороб пародонта.

Мета заняття: вивчити характерні помилки і ускладнення під час діагностики та лікування хвороб пародонта (генералізованого пародонтиту, пародонтозу, ідіопатичних захворювань та пародонтом), а також можливість їх попередження.

Коротка характеристика теми

Причини незадовільних результатів лікування хворих на патологією пародонта:

1. Хворі не отримують повного об'єму комплексної терапії.
2. Не здійснюється належним чином навчання гігієни порожнини рота і контроль за її виконанням з використанням індикаторів мікробної бляшки.
3. Недостатньо ретельно видалено над'ясенний і під'ясенний зубний камінь, погано відполірована поверхня кореня зуба.
4. Не усунуті нависаючі краї пломб, не відновлені міжзубні контакти, погано відполіровані пломби.
5. Недостатньо використовують лікувальні види протезування. Заміщення дефектів зубних рядів здійснюється без урахування стану пародонта опорних зубів.
6. При видаленні рухомих зубів рідко застосовують тимчасове протезування.
7. Фізіотерапія використовується при збереженні виражених запальних явищ у пародонті та наявності інших ознак прогресування пародонтиту, що сприяє резорбції кісткової тканини, загостренню хронічного запального процесу.
8. Не дотримуються необхідної послідовності при виконанні комплексу лікувальних заходів.
9. Можливий вплив інших системних чинників на характер і перебіг запального процесу в тканинах пародонта.

Помилки у призначенні фармакотерапії:

- призначення лікарських засобів без достатнього обґрунтування;
- використання малоефективних та неефективних препаратів;
- велика кількість медикаментів і надмірна частота їх прийому;
- застосування недостатніх доз і концентрацій;
- непереносимість лікування;
- неадекватна тривалість медикаментозного лікування;
- відсутність видимого ефекту лікування;

- нераціональні комбінації лікарських засобів;
- надмірна поліфармакотерапія;
- дороговизна ліків;
- відсутність узгодження призначень стоматолога з призначеннями лікарів, які лікують супутні соматичні захворювання.

Помилки та ускладнення при фізіотерапії хвороб пародонта (Улащик В.С., 1995; Цепов Л.М., Ніколаєв А.І., 2002):

- 1) застосування фізіотерапевтичних методів за наявності протипоказань;
- 2) фізіотерапевтична поліпрагмазія;
- 3) порушення техніки і методики проведення процедур;
- 4) неоптимальне та нераціональне комбінування лікувальних фізичних факторів;
- 5) статичність фізіотерапевтичних призначень;
- 6) невчасне призначення фізіотерапевтичних процедур;
- 7) недооцінка супутніх захворювань, синтропій;
- 8) недостатність використання фізичних чинників у комплексній терапії хворих;
- 9) зміни показників гемодинаміки при здійсненні гальванізації та медикаментного електрофорезу;
- 10) загострення запального процесу в пародонті, активація „васкулярної” резорбції кісткової тканини при застосуванні процедур, які спричиняють активну гіперемію (діатермія, УВЧ-терапія).

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Вкажіть ускладнення які можуть виникнути під час лікування генералізованого пародонтиту.
2. Які помилки виникають при диференційній діагностиці генералізованого пародонтиту?
3. Яка особливість рентгенографії зубів при генералізованому пародонтиті?
4. Основні помилки лікаря при диференційній діагностиці пародонтозу.
5. Помилки та ускладнення при лікуванні гістіоцитозів Х.
6. Можливі ускладнення які можуть виникнути при лікуванні пародонтом.
7. Які лабораторні методи діагностики є найбільш інформативними для встановлення правильного діагнозу захворювань пародонта?
8. Помилки та ускладнення під час діагностики пародонтом.
9. Місцева медикаментна терапія генералізованого пародонтиту загостреного перебігу. Помилки та ускладнення при лікуванні генералізованого пародонтиту.
10. Якої помилки найчастіше припускається лікар-стоматолог при лікуванні пародонтозу?

Орієнтовані тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Який із додаткових методів обстеження необхідний для встановлення ступеня тяжкості пародонтиту?
 - A. Зондування глибини пародонтальних кишень
 - B. Визначення ступеня рухомості зубів
 - C. Рентгендіагностика
 - D. Визначення ступеня кровоточивості ясен
 - E. Пальпація ясен

2. Основні ознаки генералізованого пародонтиту:
 - A. Кровоточивість ясен, остеопороз і вертикальна резорбція альвеолярної кістки, рухомість зубів, травматична оклюзія
 - B. Симптоматичний гінгівіт, рухомість зубів, горизонтальна резорбція кістки альвеолярного відростка
 - C. Симптоматичний гінгівіт, остеопороз і вертикальна резорбція альвеолярної кістки
 - D. Симптоматичний гінгівіт, наявність пародонтальної кишені, горизонтальна і вертикальна резорбція альвеолярного відростка, травматична оклюзія, рухомість зубів
 - E. Кровоточивість ясен, наявність пародонтальної кишені, горизонтальна і вертикальна резорбція міжзубних перегородок, гноетеча.

3. Генералізований пародонтит I ступеня тяжкості хронічного перебігу диференціюють із:
 - A. Хронічним катаральним гінгівітом, пародонтозом, гіпертрофічним гінгівітом I ступеня тяжкості
 - B. Гіпертрофічним гінгівітом, фіброматозом ясен
 - C. Гінгівітом, еозинофільною гранульомаю, пародонтозом
 - D. Пародонтозом, катаральним і гіпертрофічним гінгівітом
 - E. Гіпертрофічним гінгівітом

4. Показання до проведення клаптикової операції:
 - A. Пародонтоз
 - B. Кісткові кишені, пародонтальні кишені глибші 4 мм
 - C. Гіперплазія ясен
 - D. Пародонтальний абсцес
 - E. Гіпертрофічний гінгівіт

5. Показання до проведення закритого кюретажу:
 - A. I ступінь генералізованого пародонтиту
 - B. Пародонтоз, III ступінь
 - C. Глибокі клінічні та кісткові кишені

- D. Неefективність консервативного лікування при пародонтальних кишнях до 5 мм
- E. Пародонтоз, II ступінь

6. На підставі яких клінічних ознак проводять диференційну діагностику пародонтозу з пародонтитом?

- A. Наявність чи відсутність пародонтальної кишені та симптоматичного гінгівіту
- B. Ступінь рухомості та зміщення зубів, характер запального процесу
- C. Ступінь і характер деструкції кісткової тканини
- D. Характер ексудату пародонтальних кишень
- E. Характер запального процесу у яснах

7. Хворому 42 роки, діагностовано генералізований пародонтит II ступеня тяжкості, загострений перебіг із абсцедуванням. Який із методів загального лікування повинен бути насамперед назначений?

- A. Гіпосенсибілізуюча терапія
- B. Вітамінотерапія
- C. Антибіотикотерапія
- D. Стимулювальна терапія
- E. Дезінтоксикаційна терапія

8. У хворої В. виявлено значний ступінь обсіменіння дріжджоподібними грибами роду *Candida* у пародонтальних кишнях. Які із перерахованих препаратів найдоцільніше застосовувати для інстиляцій?

- A. Тінідазол
- B. Трихопол
- C. Діоксидин
- D. Дихлофенак натрію
- E. Клотримазол

9. Хворому В., 43 років, встановлено діагноз: хронічний генералізований пародонтит II ступеня. При мікроскопічному дослідженні вмісту пародонтальних кишень виявлено кокову мікрофлору, трихомонади. Які із перерахованих медикаментних препаратів слід застосовувати для інстиляцій?

- A. Месулід
- B. Лінкоміцин
- C. Димексид
- D. Метронідазол
- E. Діоксин

10. Жінка 48 років скаржиться на свербіж у яснах, підвищену чутливість зубів до термічних і хімічних подразників. Об'єктивно: шийки зубів оголені. Ясна щільні, бліді, надясенні зубні відкладення в невеликій кількості. У ділянці 13, 14, 24, 25 клиноподібні дефекти. Їх зондування болісне. Який найбільш вірогідний діагноз:

- A. Пародонтоз
- B. Генералізований пародонтит
- C. Атрофічний гінгівіт
- D. Локалізований пародонтит
- E. Жодна відповідь не є правильною

Практичне заняття № 36

Тема: Організація фізіотерапевтичного кабінету. Показання, протипоказання до застосування фізіотерапевтичних методів лікування.

Мета: ознайомитися з методами фізіотерапії в пародонтології, методикою їх проведення, а також показаннями та протипоказаннями до їх використання.

Коротка характеристика теми

У комплексній терапії захворювань пародонта обов'язковим є застосування фізіотерапевтичних методів лікування. Фізичні методи мають вплив на нейрогуморальні та рефлекторні механізми, стимулюють окисно-відновні процеси в пародонті, відновлюють метаболізм, поліпшують трофіку тканин. Фізичні методи підвищують опірність організму, підсилюють захисно-приспосувальні механізми, у зв'язку з чим мають важливе значення для профілактики захворювань пародонта.

До фізіотерапевтичних методів, які ґрунтуються на дії електричного струму, відносять:

1. Лікування постійним струмом:
 - а) гальванізація;
 - б) електрофорез;
2. Імпульсний струм низької напруги і малих частот:
 - а) діадинамічна терапія;
3. Лікування змінним струмом:
 - а) д'Арсонвалізація;
 - б) діатермія;
 - в) діатермокоагуляція;
 - г) УВЧ-терапія.

Електротерапія. З численних методів електролікування в стоматології широко використовують електрофорез, дарсонвалізацію, УВЧ-терапію. Електрофорез лікарських речовин використовують у фазі відновлення при гострих та хронічних в стадії загострення запальних захворюваннях пародонта, при хронічному перебігу запальних та дистрофічних процесів.

Електрофорезне введення речовин забезпечує їх широку дифузію в тканини. Гальванічний струм викликає активну гіперемію, включення резервних судин, що поліпшує метаболізм, активує відновні процеси в тканинах пародонта. Методом електрофорезу вводять вітаміни, аскорбінову та нікотинову кислоти, ферментні препарати, гепарин (1:15), грязеві витяжки, препарати фтору.

Дарсонвалізація та діатермія показані при хронічних процесах у пародонті, хронічному перебігу пародонтиту, пародонтозі. Дарсонвалізація сприяє знеболенню, поліпшує трофіку, функціональний стан судин, посилює захисні властивості тканин. Іскрова дарсонвалізація має коагулюючу дію, тому показана для лікування гіпертрофічного гінгівіту.

УВЧ-терапію рекомендують при загостреному перебігу запальних захворювань, особливо у хворих, схильних до утворення абсцесів. Під дією електричного поля УВЧ підсилюється крово- і лімфообіг, зменшується набряк тканин, поліпшуються обмінні процеси. Недоцільно використовувати її у хворих із гіперергічним перебігом запалення.

Ультразвукова терапія. Ультразвук підсилює дифузію речовин через клітинні мембрани, тому його використовують в медицині для введення лікарських речовин в тканини. Цей метод отримав назву фонофорезу. Фонофорез рекомендується проводити при хронічних запальних процесах, гострих та загострених у стадії ремісії. Методом фонофорезу вводять переважно олійні та емульговані речовини, токоферол, ретинол, емульговані ензимні препарати, ефірні олії. Розроблені також методи введення водних розчинів препаратів.

Ультразвукова терапія – це застосування з лікувальною метою механічних коливань, частотою більше 20 кГц. Для цього застосовують апарати „Ультразвук Т-5” і УЗТ-102. Під дією ультразвуку в тканинах відбувається почергове стиснення і розтягування, що призводить їх в коливальний рух. За допомогою ультразвуку в тканини можна вводити лікарські речовини – ультрафонофорез або фонофорез. Ультразвук показаний при лікуванні гіпертрофічного гінгівіту, хронічного генералізованого пародонтиту. Для видалення зубних відкладень використовують спеціальний апарат „Ультрадент”.

Аероіонотерапія – це аерозольний метод введення лікарських речовин при гострих запальних захворюваннях і особливо дистрофічно-запальних та інших хронічних захворюваннях пародонта. Для цього використовують аерозольний інгалятор АІ-1, а також ПАІ-1 та ПАІ-2.

Світлолікування. З лікувальною метою застосовують весь електромагнітний світловий потік, але найчастіше використовують ультрафіолетові промені та лазеротерапію.

Вакуум-терапія – утворення гематом під дією дозованого вакууму (за В.І. Кулаженко) в ділянці перехідної згортки за допомогою зниженого тиску (до 40 мм.рт.ст.) апаратом АЛП-02 із використанням лабораторних скляних або пластикових трубочок.

Гідротерапія – це орошення порожнини рота за допомогою спеціальних апаратів насиченими рідинами або водними розчинами під тиском 1,5-2,0 атм. Вібраційний масаж – це ритмічне повторення вібраційних рухів на поверхні ділянок, що масажуються. Крім нього застосовують ще пальцевий масаж.

Теплолікування. Із лікувальною метою застосовують сульфідні грязі, торф. Одним з видів теплового лікування є парафіно- та озокеритолікування.

Кріотерапія або локальна гіпотермія – метод лікування, заснований на дії низьких температур. Різновидом кріотерапії є кріообдування, місцева гіпо- і гіпертермія (компресні температури), кріодеструкція (різновид кріохірургії).

Магнітотерапія. Постійне магнітне поле має на організм людини протизапальну, спазмолітичну дію.

Оксигенотерапія. Уведення кисню в тканини пародонта здійснюється кількома методами за допомогою звичайного шприца, шприца безперервної дії, різних апаратів чи пристосувань.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Які основні види фізіотерапії?
2. На яких етапах лікування їх слід використовувати?
3. Механізм дії фізичних факторів на організм.
4. Фізичні методи, що використовуються в терапії хвороб пародонта.
5. Механізм дії фізичних методів при лікуванні пародонтиту.
6. Характеристика фізіотерапевтичних методів, які ґрунтуються на дії електричного струму.

Орієнтовані тестові завдання та ситуаційні задачі

1. На один фізіотерапевтичний апарат необхідна площа:

- A. 8 м²
- B. 6 м²
- C. 10 м²
- D. 4 м²
- E. 5 м²

2. Захисні окуляри використовуються при:

- A. УВЧ-терапії
- B. Лазеротерапії
- C. Rtg-діагностиці
- D. Електрофорезі
- E. Дарсонвалізація

3. Кушетки у фізіотерапевтичних кабінетах обробляють:

- A. 1 раз в день
- B. 2 раза в день
- C. Після кожного хворого
- D. 1 раз в тиждень
- E. У кінці робочого дня

4. Кушетки в фізіотерапевтичному кабінеті протираються:

- A. 2 % розчином клінісепту з інтервалом 15 хв.
- B. 3 % розчином перекисю водню одноразово після кожного хворого
- C. 1 % розчином дескотон-форте одноразово після кожного хворого
- D. Концентрат септодерму одноразово після кожного хворого
- E. 2 % концентратом деско Борербад одноразово після кожного хворого

5. Можливі ускладнення при УВЧ-терапії:

- A. Опіки
- B. Зниження артеріального тиску
- C. Запаморочення
- D. Болі в шлунку
- E. Блювання

6. Вироби одноразового використання дезінфікуються в:

- A. 6 % розчині перекисю водню
- B. 5 % розчині хлораміну
- C. 0,5 % розчині нейтрального гіпохлориду калію
- D. 3 % розчині клінісепту
- E. 0,5 % розчині хлоргексидину

7. Скільки фізіопроцедур можна призначити в один день?

- A. 1-2
- B. 2-3
- C. 4-5
- D. 5-6
- E. 3-4

8. Оптимальний інтервал між двома фізіопроцедурами:

- A. 2 год.
- B. 30 хв.
- C. 4 год.
- D. 1 год.
- E. 45 хв.

9. В основі методу гальванізації використовується:

- A. Високочастотний змінний струм
- B. Постійний струм малої сили та низької напруги

- C. Постійний імпульсний струм низької частоти
- D. Магнітне поле низької частоти
- E. Ультрафіолетові промені

10. При гальванізації хворий відчуває під електродами:

- A. Сильну печію
- B. Вібрацію
- C. Поколювання
- D. Тепло
- E. Холод

11. Терміни зберігання лікарських засобів для електрофорезу:

- A. 2 тижні
- B. 7-10 діб
- C. До 1 місяця
- D. 3-5 діб
- E. 1 рік

12. Концентрація лікарських засобів, які використовують для електрофорезу:

- A. 0,1-0,5 %
- B. 0,5-5 %
- C. 5-10 %
- D. 10-25 %
- E. 10-15 %

13. В якості розчинника при електрофорезі використовують:

- A. Диметилсульфоксид
- B. Дистильовану воду
- C. Вазелінову олію
- D. Буферний розчин
- E. Обліпихову олію

14. Максимальний термін виконання сеансу УВЧ-терапії для дорослих становить:

- A. 10 хв.
- B. 20 хв.
- C. 15 хв.
- D. 30 хв.
- E. 45 хв.

15. Ультрафіолетові промені випромінюють:

- A. Лампи розжарювання
- B. Дугові ртутно-трубчасті лампи
- C. Лампи денного світла
- D. Лампи Мініна
- E. Кварцові лампи

16. У лазеротерапії використовується:

- A. Механічна енергія
- B. Магнітне поле
- C. Світлова енергія
- D. Електромагнітні коливання високої частоти
- E. Ультразвукові коливання

17. Максимальний час процедури магнітотерапії для дорослого:

- A. 30 хв.
- B. 10 хв.
- C. 5 хв.
- D. 15 хв.
- E. 20 хв.

18. В ультразвуковій терапії використовують:

- A. Струм високої напруги
- B. Імпульсний струм
- C. Механічну енергію
- D. Магнітне поле
- E. Високочастотне коливання

Практичне заняття № 37

Тема: Профілактика захворювань тканин пародонта. Етіологічні та патогенетичні заходи профілактики. Диспансеризація хворих.

Мета: ознайомитись із заходами профілактики захворювань пародонта та диспансеризацією хворих, як невід'ємної частини профілактичного напрямку.

Коротка характеристика теми

Профілактика – це система організаційних і медичних заходів, скерованих на забезпечення високого рівня здоров'я населення. Як і загальномедичні, профілактичні заходи захворювань пародонта пов'язані з профілактикою основних стоматологічних захворювань.

Профілактика хвороб пародонта буває:

I. За етапністю (ВООЗ, 1980);

- 1) первинна (переважно соціальна);
- 2) вторинна (соціально-медичні);
- 3) третинна (переважно медична).

II. За способом дії:

- 1) ендодонтична (загальна);
- 2) екзогенна (місцева).

Профілактичні заходи умовно поділяють на:

- 1) масові соціально-профілактичні (державні);
- 2) лікарсько-профілактичні (спеціальні);
- 3) індивідуальні профілактичні.

Методи профілактики поділяються на три групи:

- 1) комунальні;
- 2) групові;
- 3) індивідуальні.

Первинна профілактика – система соціальних, медичних, гігієнічних, виховних заходів, що покликані зберігати непорушне здоров'я, не допускати дії на людину чинників природного і соціального середовища, які здатні викликати патологічні зміни в організмі.

Вторинна профілактика передбачає раннє виявлення захворювання, попередження прогресування хворобливого процесу і можливих його ускладнень. Основний її метод – планова санація порожнини рота.

Третинна профілактика спрямована на попередження переходу хвороби у важчу форму або стадію попередження втрати функції і загострень, зниження тимчасової непрацездатності. Вона включає весь комплекс терапевтичних, хірургічних, ортодонтичних та ортопедичних заходів, спрямованих на припинення патологічного процесу, запобігання ускладнень.

Всі види профілактики тісно пов'язані між собою, а первинна і вторинна профілактика можуть розглядатись як дві стадії єдиного профілактичного процесу.

Ендогенна (загальна) профілактика забезпечує надходження в організм достатньої кількості макро- та мікроелементів. Велике значення має збалансоване харчування, яке відповідає віку людини.

Екзогенна (місцева) профілактика передбачає вплив різноманітних засобів безпосереднього на тверді тканини зуба і кісткову тканину коміркових відростків та інших тканин пародонта з метою підвищення стійкості їх до несприятливих карієсогенних та пародонтопатогенних чинників.

Профілактика різних форм гінгівіту і пародонтиту полягає у виявленні та лікуванні патологій прикусу, що порушують співвідношення зубних рядів і зубів.

Диспансеризація хворих із захворюваннями тканин пародонта – невід'ємна частина профілактичного напрямку всієї системи охорони здоров'я, конкретний метод його впровадження в практичну охорону здоров'я. Основні завдання диспансеризації: виявлення ранніх форм захворювання і чинників ризику; проведення комплексу лікувально-профілактичних та соціально-гігієнічних заходів, що дозволяють зберегти функцію зубо-щелепної системи і динамічне спостереження.

Диспансеризації підлягають такі особи:

- а) у віці до 30 років без клінічних ознак захворювання пародонта, але у яких виявлені місцеві або загальні чинники ризику, незалежно від віку, за наявності хронічного гінгівіту, I ступеня генералізованого пародонтиту;

- б) у віці до 50 років, за наявності розвинутих форм II-III ступенів генералізованого пародонтиту і пародонтозу;
- в) особи з ідіопатичними захворюваннями пародонта, що протікають на тлі загальних захворювань (хвороби крові, ендокринні захворювання та ін.).

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Які види і методи профілактики хвороб пародонта Ви знаєте?
2. Що таке первинна, вторинна і третинна профілактика хвороб пародонта?
3. Що таке екзогенна та ендогенна профілактика?
4. Які засоби використовують для профілактики хвороб пародонта?
5. Які принципи раціонального харчування Ви знаєте?
6. Яких правил необхідно дотримуватись при споживанні їжі?

Орієнтовні ситуаційні задачі та тестові завдання

1. Дівчина віком 17 років скаржиться на розростання ясен у ділянці фронтальних зубів верхньої та нижньої щелеп. Об'єктивно: ясенні сосочки гіперемійовані, набряклі, вкривають коронки зубів на 1/2 їх висоти, кровоточать при дотику. Патологія якої системи має важливе значення в етіології даного захворювання пародонта в цьому віці?

- A. Імунної
- B. Серцево-судинної
- C. Травної
- D. Ендокринної
- E. Нервової

2. Хвора віком 16 років скаржиться на кровоточивість ясен, яка різко посилюється під час приймання їжі та чищенні зубів, слабкість, швидку втомлюваність. Протягом останніх місяців виникли часті герпетичні висипання, численні петехіальні крововиливи на місцях травмування шкіри одягом. Об'єктивно: шкіра обличчя суха, лущиться. На фоні блідої слизової оболонки – ясна набряклі, ясенний край темно-червоного кольору, легко кровоточить. На слизовій оболонці та шкірі виявлені поодинокі петехії. Аналіз крові: Нв – 90 г/л, Колірний показник – 0,8, ШОЕ – 12 мм/год, лейкоцитарна формула без особливостей. З нестачею якого вітаміну може бути пов'язаний такий розвиток даного захворювання?

- A. Вітаміну С
- B. Вітаміну В₁₂
- C. Вітаміну В₆
- D. Вітаміну В₁
- E. Вітаміну А

3. Хворий М., 28 р. скаржиться на біль, значну кровоточивість і рухомість

зубів, які посилюються останні 2 тижні на тлі загострення хронічного холецистити. Не лікувався. Об'єктивно: ясна обох щелеп гіперемійовані, набряклі, на зубах значні відкладення зубного каменю. Глибина пародонтальних кишень 4-6 мм зі значним виділенням серозно-гнійного ексудату, рухомість зубів у вестибуло-оральному і медіо-дистальному напрямках. Еміграція лейкоцитів у порожнину рота – 470. Ваш попередній діагноз?

- A. Генералізований пародонтит, II ступінь, загострений перебіг
- B. Генералізований пародонтит I ступінь, загострений перебіг
- C. Генералізований пародонтит II ступінь, хронічний перебіг
- D. Генералізований пародонтит III ступінь, хронічний перебіг
- E. Генералізований пародонтит III ступінь, загострений перебіг

4. Хворий К., 25 р., скаржиться на кровоточивість ясен, неприємний запах з рота вранці, впродовж 1 року. Об'єктивно: зуби не рухомі, пародонтальні кишені відсутні, міжзубні сосочки і край ясен – з синюшним відтінком. На рентгенограмі – цілісність компактної пластинки порушена, періодонтальна щілина розширена. Ваш діагноз?

- A. Хронічний катаральний гінгівіт
- B. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг
- C. Хронічний виразково-некротичний гінгівіт
- D. Гіповітаміноз С
- E. Гострий катаральний гінгівіт

5. Чоловік віком 24 роки скаржиться на болісність і кровоточивість ясен, які з'явилися 4 доби тому після перенесеної застуди. Останні 2 роки ясна періодично кровоточать під час чищення зубів. Об'єктивно: ясна набряклі, гіперемійовані, легко кровоточать і болісні під час пальпації, є значні відкладення зубного нальоту. Формалінова проба Parma негативна. Який найбільш імовірний попередній діагноз:

- A. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг
- B. Катаральний гінгівіт
- C. Гіпертрофічний гінгівіт, легкий ступінь, грануляційна форма
- D. Десквамативний гінгівіт
- E. Виразковий гінгівіт

6. Під час профілактичного огляду у хворого віком 20 років виявлені такі зміни тканин пародонта: ясенний край валикоподібно збільшений, синюшний, після дотику стоматологічним зондом ясна помірно кровоточать, біль відсутній, пародонтальні кишені відсутні. Після нанесення на ясна розчину Люголя слизова оболонка забарвлюється в світло-коричневий колір. Визначте діагноз.

- A. Генералізований пародонтит, I ступінь, хронічний перебіг
- B. Гострий катаральний гінгівіт

- C. Загострений хронічний катаральний гінгівіт
- D. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт
- E. Хронічний катаральний гінгівіт

7. Хворому віком 18 років встановлено діагноз хронічний генералізований катаральний гінгівіт. У фронтальній ділянці зуби – скупчені, гігієнічний індекс – 2,8. Який медикаментний засіб найкраще застосовувати для зменшення кількості нальоту на зубах?

- A. Пероксид водню
- B. Хімопсин
- C. Сульфацил натрію
- D. Хлоргексидин
- E. Фурацилін

8. Чоловік, 40 років, скаржиться на кровоточивість ясен, неприємний запах з рота, незначну рухомість зубів. Вкажіть найінформативніший діагностичний тест для уточнення діагнозу.

- A. Визначення стативи зубів
- B. Рентгенографія
- C. Проба Шиллера-Писарева
- D. Проба Кулаженко
- E. Проба Ясиновського

9. Жінці 43 років встановлено діагноз: генералізований пародонтит. Яке дослідження найімовірніше для визначення важкості хвороби?

- A. Проба Шиллера-Писарева
- B. Панорамна рентгенографія
- C. Визначення пародонтального індексу
- D. Визначення глибини пародонтальних кишень
- E. Визначення ступеня рухомості зубів

10. Хворому В., 43 років, встановлено діагноз: хронічний генералізований пародонтит II ступеня. При мікроскопічному дослідженні вмісту пародонтальних кишень виявлено значну кокову мікрофлору, трихомонади. Які із перерахованих медикаментних засобів слід застосувати для інстиляцій?

- A. Лінкоміцин
- B. Діметоксид
- C. Метронідазол
- D. Діоксин
- E. Месулід

11. Хворий 57 років скаржиться на підвищену чутливість зубів до хімічних та термічних подразників, свербіж ясен. Об'єктивно: корені зубів оголені до 1/3 довжини, ясна щільні, блідо-рожевого кольору. У ділянці 14, 13, 24, 25, 26, 34 зубів клиноподібні дефекти в межах дентину. Зондування оголених шийок зубів та клиноподібних дефектів болюче. Поставте діагноз.

- A. Генералізований пародонтит
- B. Пародонтоз II ступеня
- C. Атрофічний гінгівіт
- D. Локалізований пародонтит
- E. Пародонтоз I ступеня

12. Хворий 50 років скаржиться на нічний скрегіт зубів. Пацієнт більше 10 років хворіє на гіпертонію. Об'єктивно: ясна блідо-рожевого кольору, щільно прилягають до зубів, корені зубів оголені на 4-5 мм, зуби стійкі. На рентгенограмі: горизонтальний тип резорбції кісткової тканини до 1/2. Який найбільш вірогідний діагноз?

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

13. Хворому 42 років діагностовано генералізований пародонтит II ступеня тяжкості, абсцедуюча форма. Який із методів загального лікування повинен бути призначений у першу чергу?

- A. Антибіотикотерапія
- B. Вітамінотерапія
- C. Гіпосенсибілізуюча терапія
- D. Стимулююча терапія
- E. Фізіотерапія

14. Хвора 43 років, скаржиться на кровоточивість ясен, рухомість зубів, сухість у порожнині рота, спрагу, які з'явилися рік тому. Об'єктивно: ясна обох щелеп набряклі, гіперемовані з ціанотичним відтінком. Корені зубів не рівномірно оголені. Пародонтальні кишені 3-5 мм. Рухомість зубів I-II ступеня. Який додатковий метод обстеження найінформативніший?

- A. Алергологічні проби
- B. Дослідження функції слинних залоз
- C. Загальний аналіз крові
- D. Імунограма
- E. Аналіз крові на цукор

15. Пацієнт 19 років, водій, скаржиться на нездужання, підвищення температури, біль в яснах, неприємний запах з рота. Об'єктивно: ясенні сосочки та ясенний край сіруваті, пухкі, легко видаляються з оголенням виразкової, кровоточивої та різко болючої поверхні. Слизова порожнини рота рожева. Який найбільш імовірний діагноз пацієнта?

- A. Хронічний виразковий гінгівіт
- B. Гострий катаральний гінгівіт
- C. Свинцевий гінгівіт

- D. Гангренозний гінгівіт
- E. Гострий виразковий гінгівіт

Практичне заняття № 38

Тема: Підсумковий модульний контроль № 2.

Перелік теоретичних питань для підготовки студентів до підсумкового модульного контролю № 2.

1. Діагностика. Визначення. Складові компоненти діагностики, їх зміст. Діагноз. Визначення і його складові компоненти. Семіотика і діагностика захворювань у терапевтичній стоматології.
2. Суб'єктивний та об'єктивний методи обстеження пародонтологічного хворого. Особливості обстеження хворих із захворюваннями пародонта.
3. Суб'єктивні методи: скарги, анамнез хвороби та анамнез життя хворого, алергологічний анамнез. Їх значення в діагностиці захворювань зубів та пародонта.
4. Об'єктивні методи діагностики: основні клінічні та допоміжні – лабораторні й інструментальні із використанням сучасної діагностичної апаратури.
5. Додаткові методи обстеження в стоматології. ЕОД, рентгенологічне, люмінесцентне та транслюмінаційне дослідження. Діагностичні тести. Лабораторні методи.
6. Медична стоматологічна документація. Амбулаторна історія хвороби стоматологічного хворого – медичний, науковий та юридичний документ.
7. Знеболення в терапевтичній стоматології, види, методи, засоби, показання до використання. Допомога при невідкладних станах.
8. Знайомство з клінікою терапевтичної стоматології, її обладнання. Техніка безпеки.
9. Пародонт. Визначення поняття. Анатомія, гістологія, фізіологія пародонта, захисні механізми.
10. Захворювання тканин пародонта. Термінологія, класифікації хвороб пародонта.
11. Класифікація М.Ф. Данилевського. Класифікація І.С. Мащенко. Класифікація хвороб пародонта МКХ-10. Позитивні якості та недоліки.
12. Особливості клінічного обстеження хворих з патологією тканин пародонта. Основні клінічні методи.
13. Спеціальні клінічні методи діагностики захворювань пародонта. Індексна оцінка стану тканин пародонта: гігієнічні індекси – Федорова-

- Володкіної та Green-Vermillion, гінгівальні індекси – проба Шіллера-Пісарєва, індекс гінгівіту Silness-Loe, індекс РМА (в модифікації Parma).
14. Спеціальні клінічні методи діагностики захворювань пародонта. Індексна оцінка стану тканин пародонта: пародонтальні індекси – ПІ (за Russel), СРІТН, КПІ (за П.А. Леусом).
 15. Функціональні методи діагностики хворих з патологією тканин пародонта (стоматоскопія, капіляроскопія, проба В.І. Кулаженка, реопародонтографія).
 16. Rtg-діагностика хворих на патологію тканин пародонта.
 17. Лабораторні методи обстеження пацієнтів з патологією тканин пародонта. Клінічний та біохімічний аналізи крові та сечі.
 18. Лабораторні методи обстеження хворих на патологію тканин пародонта. Цитологічні (змив за М.А. Ясиновським), морфологічні, мікробіологічні, імунологічні методи діагностики.
 19. Помилки та ускладнення під час діагностики хворих на патологію тканин пародонта.
 20. Етіологія, патогенез запальних захворювань пародонта. Вклад вітчизняних вчених (Є.В. Удовицька, Г.М. Вишняк, М.Ф. Данилевський, П.Т. Максименко, І.С. Мащенко, Г.Ф. Білоклицька та ін.).
 21. Папіліт. Класифікація, клініка, діагностика, лікування та профілактика.
 22. Гінгівіт. Класифікація. Клініка, діагностика, лікування та профілактика катарального гінгівіту.
 23. Гіпертрофічний гінгівіт. Клініка, діагностика, лікування та профілактика.
 24. Виразково-некротичний гінгівіт. Клініка, діагностика, лікування та профілактика.
 25. Локалізований пародонтит. Клініка, діагностика, лікування та профілактика.
 26. Етіологія і патогенез дистрофічно-запальних захворювань пародонта. Роль місцевих та загальних чинників. Вклад вітчизняних вчених.
 27. Механізм утворення ясенних і пародонтальних кишень.
 28. Генералізований пародонтит. Загальні ознаки захворювання. Клініка, діагностика.
 29. Генералізований пародонтит. Роль спеціальних методів діагностики (індексна оцінка стану пародонта, діагностичні проби).
 30. Генералізований пародонтит. Роль функціональних і лабораторних методів діагностики.
 31. Діагностика та диференційна діагностика генералізованого пародонтиту різних ступенів тяжкості.
 32. Особливості перебігу генералізованого пародонтиту у хворих на супутню патологію.
 33. Пародонтоз. Клініка, діагностика, диференційна діагностика.
 34. Ідіопатичні захворювання тканин пародонта.
 35. Загальні принципи лікування хворих на генералізований пародонтит. Складання плану лікування.

36. Терапевтичні місцеві втручання у хворих на генералізований пародонтит. Інструментарій, методика видалення зубних відкладень ручним (механічним) способом.
37. Апаратний, хімічний та комбінований способи видалення зубних відкладень.
38. Використання лікарських речовин для місцевої терапії, механізм дії, способи застосування.
39. Групи лікарських речовин для місцевої терапії, виписування рецептів.
40. Пародонтальні пов'язки. Види. Показання до застосування.
41. Способи ліквідації пародонтальних кишень та рецесії ясен.
42. Хірургічні методи лікування. Кюретаж. Показання. Методика. Види.
43. Хірургічні втручання. Гінгівотомія, гінгівектомія, клаптеві операції. Показання. Методика. Види.
44. Ортопедичні методи лікування. Усунення травматичної оклюзії.
45. Ортопедичні місцеві втручання. Вибіркове пришліфування зубів. Тимчасове та постійне шинування. Показання. Методика проведення.
46. Сучасні методи шинування зубів.
47. Загальна фармакотерапія пародонтиту. Мета. Різновиди. Лікарські препарати, що застосовуються для лікування хворих.
48. Групи лікарських препаратів, що застосовуються для загальної терапії пародонтиту та пародонтозу. Показання. Механізм дії.
49. Лікування пародонтозу. Методи усунення гіперестезії.
50. Використання електропроцедур в комплексному лікуванні хвороб пародонта. Електрофорез, д'Арсонвалізація, діатермокоагуляція.
51. Використання електропроцедур в комплексному лікуванні хвороб пародонта. Флюктуоризація, діадинамічні струми, УВЧ-терапія та ін.
52. Застосування парафіну, озокериту, водних та грязевих процедур. Вакуум-терапія в лікуванні захворювань пародонта.
53. Застосування інфрачервоного, ультрафіолетового, лазерного випромінення в комплексній терапії хвороб пародонта.
54. Особливості лікування пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта на тлі патології внутрішніх органів і систем.
55. Помилки та ускладнення під час лікуванні хвороб пародонта.
56. Профілактика захворювань тканин пародонта. Етіологічні та патогенетичні підходи до профілактики.
57. Суспільні заходи профілактики захворювань пародонта.
58. Індивідуальні заходи профілактики захворювань тканин пародонта.
59. Роль засобів гігієни в профілактиці захворювань тканин пародонта.
60. Алгоритм індивідуальної гігієни порожнини рота при різному стані тканин пародонта.
61. Організація пародонтологічного кабінету (відділення), його оснащення та необхідні лікарські засоби.
62. Диспансеризація хворих на захворювання тканин пародонта. Загальні принципи. Документація.

63. Диспансеризация больных на патологию пародонта. Оценка эффективности диспансеризации.

Перелік рекомендованої літератури

1. Терапевтична стоматологія: підручник у чотирьох томах /М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун, Л.Ф. Сідельнікова, О.Ф. Несин.– К.: Здоров'я, 2004.– Т. 2.– 400 с.
2. Терапевтична стоматологія /За ред. проф. А.К. Ніколішина.– Вінниця: Нова Книга, 2012.– С. 379-427.
3. Мельничук Г.М. Гінгівіт, пародонтит, пародонтоз: особливості лікування /Г.М. Мельничук, М.М. Рожко, Л.В. Завербна.– Івано-Франківськ, 2011.– 391с.
4. Борисенко А.В. Заболевания пародонта /А.В. Борисенко.– К.: „Здоров'я”, 2000.– 464 с.
5. Данилевский Н.Ф. Заболевания пародонта /Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко.– К.: „Здоров'я”, 2000.– 464 с.
6. Терапевтическая стоматология /Под ред. проф. Л.А. Дмитриевой.– М.: „Медпрес-информ”, 2003.– С. 627-632.
7. Барер Г.М. Болезни пародонта. Клиника, диагностика и лечение /Г.М. Барер, Т.И. Лемецкая.– М.: ВУНМЦ, 1996.– 224с.
8. Максимовская Л.Н. Лекарственные средства в стоматологии. Справочник.– 2 изд. / Л.Н. Максимовская, П.И. Рощина.– М.: Медицина, 2000.– 240 с.
9. Рациональная фармакотерапия в стоматологии: рук. для практикующих врачей /под. ред. Г.М. Барера.– М.: Литтерра, 2006.– 568 с.
10. Пахомов Г.Н. Первичная профилактика в стоматологии /Г.Н. Пахомов.– М.: Медицина, 1982.– 240 с.
11. Попруженко Т.В. Профилактика основных стоматологических заболеваний /Т.В. Попруженко, Т.М. Терехова.– М.: МЕДпресс-информ, 2009.– 464 с.
12. Энциклопедия профилактической стоматологии /Под ред. С.Б. Улитовского.– СПб.; Человек, 2004.– 184 с.
13. Заболевания пародонта /Под ред. проф. Л.Ю. Ореховой.– М: Поли Медиа Пресс, 2004.– 432 с.
14. Ласкарис Дж. Атлас по пародонтологии. Проявления местных и системных поражений /Дж. Ласкарис, К. Скалли; [пер. з англ. проф. А.И. Грудянова].– М.: МИА, 2005.– 350 с.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ
Кафедра стоматології

Затверджено
на засіданні кафедри стоматології
протокол № 1 від 28.08.2017 р.
Завідувач кафедри
_____ д.мед.н. Лахтін Ю.В.

**Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів
з дисципліни «Терапевтична стоматологія» 5 курс
Модуль 4**

Методичні вказівки складено:

зав. кафедри, д-р мед. н. Лахтін Ю.В.

Міністерство освіти та науки України
Сумський державний університет
Медичний інститут
Кафедра стоматології

Затверджено
на засіданні кафедри стоматології
протокол № від
Завідувач кафедри
_____ д.мед.н. Лахтін Ю.В.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 11</i>	Первинні ураження слизової оболонки порожнини рота
<i>Тема заняття № 1</i>	Анатомо-фізіологічні, гістологічні особливості слизової оболонки порожнини рота та червоної кайми губ. Захисні фактори. Слина, її склад і фізіологічна роль. Порушення слиновиділення.
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

1. Актуальність теми.

Серед стоматологічних захворювань особливе місце посідають процеси, які пов'язані з ураженням СОПР. Їх велика різноманітність, широкий спектр етіологічних чинників, складний, а в деяких випадках не досить ясний патогенез, ускладнюють систематизацію цієї патології. Лікарі-стоматологи повинні розуміти термінологію захворювань СОПР і відобразити їх в класифікаціях. Серед них особливий інтерес викликають ті, в структурі яких відображені основні етіопатогенетичні і клінічні ознаки захворювання.

2. Конкретні цілі

1. Знати загальні уявлення про класифікації .
2. Знати класифікацію захворювань СОПР М.Ф.Данилевського.
3. Знати класифікацію захворювань СОПР П.Т.Максименка.
4. Знати класифікацію захворювань СОПР МКХ-10 .
5. Вміти поставити діагноз захворювань СОПР згідно класифікації М.Ф.Данилевського.
6. Вміти поставити діагноз захворювань СОПР згідно класифікації П.Т.Максименка.
7. Вміти поставити діагноз захворювань СОПР згідно класифікації МКХ-10.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
Анатомія, гістологія	Вміти визначати нормальні анатомічні утворення та особливості їх будови
Патофізіологія	Вміти визначати фізіологічні особливості СОПР
Пропедевтика терапевтичної стоматології	Провести обстеження хворого із захворюваннями СОПР

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття

Термін	Визначення
Первинні стоматити	Які виникають від дії етіологічного чинника безпосередньо на СОПР
Самостійні захворювання СОПР	Виникнення яких пов'язане з основною дією окремих причин на слизову оболонку
Симптоматичні захворювання СОПР	Які виникають при різних системних захворюваннях і супроводжують їх

Синдроми

Характерні зміни тієї чи іншої частини СО є обов'язковою складовою (симптомом) того чи іншого захворювання

4.2. Теоретичні питання до заняття.

1. Назвіть принципи побудови класифікацій хвороб СОПР.
2. Охарактеризуйте класифікацію захворювань СОПР

М.Ф.Данилевського.

3. Назвіть самостійні, симптоматичні захворювання та синдроми за класифікацією захворювань СОПР М.Ф.Данилевського.
4. Охарактеризуйте класифікацію захворювань СОПР П.Т.Максименка.
5. Назвати основні групи захворювань в залежності від етіологічних чинників та патогенезу за класифікацією захворювань СОПР

П.Т.Максименка.

6. Охарактеризуйте класифікацію захворювань СОПР МКХ-10.
7. Відмітьте позитивні сторони та недоліки цих класифікацій.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.

1. Провести опитування хворого.
2. Провести клінічне обстеження хворого з патологією слизової оболонки порожнини рота.
3. Призначити додаткові методи обстеження хворому з патологією слизової оболонки порожнини рота.
4. Поставити діагноз захворювання СОПР.
5. Заповнити амбулаторну картку стоматологічного хворого.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті

1. Провести зовнішній огляд хворого.
2. Провести огляд слизової оболонки присінку порожнини рота.
3. Провести огляд слизової оболонки власне порожнини рота.
4. Провести диференційну діагностику нормальних анатомічних утворень слизової оболонки порожнини рота з патологічними утвореннями СОПР.
5. Заповнити амбулаторну картку стоматологічного хворого.

5. Зміст теми

Слизова оболонка порожнини рота складається із СО присінка ротової порожнини (СО губ, щік, ясен) та власне слизової оболонки порожнини рота (СО оболонка твердого та м'якого піднебіння, язика, дна порожнини рота.).

За морфофункціональними ознаками розрізняють три ведучих типи СО:

- 1) жувальний - тверде піднебіння, ясна;
- 2) вистилаючий (покрівний) – щоки, губи, дно порожнини рота, нижня поверхня язика, передня поверхня м'якого піднебіння;
- 3) спеціалізований – дорзальна поверхня язика.

Губи складаються із м'язового шару, зовні вкритого шкірою, а з боку присінка порожнини рота – слизовою оболонкою. Між шкірою і СО розташована червона кайма губ, колір якої обумовлений кількістю капілярів. Часом на поверхні червоної кайми трапляються білі або жовтувато-білі вкраплення розміром з манну крупу – сальні залози. Місце переходу червоної кайми губ у слизову оболонку називається зоною Клейна.

В слизовій оболонці щік виділяють максилярну, мандибулярну частини та проміжну (біла лінія). В підслизовій основі розташовано багато мілких судин та сальні залози Фордайса, які утворюють конгломерати жовтуватого кольору. На рівні молярів по лінії змикання зубів розташовані сосочки вивідних протоків привушних слинних залоз. Місце переходу рухомої СО щік в нерухому називається перехідною складкою.

Ясна – це слизова оболонка, що вкриває альвеолярні відростки верхньої та нижньої щелеп. Розрізняють маргінальну, альвеолярну частини та міжзубний сосочок. Навколо кожного зуба є ясенна боріздка – щілиноподібний простір між поверхнею зуба та яснами. В яснах відсутня підслизова основа, епітелій зроговіває.

Слизова оболонка твердого піднебіння має неоднакову будову:

-жирова зона – відповідає передній третині, де розміщується різцевий сосочок та трансверзальні піднебінні складки;

- залозиста зона – займає задні дві третини твердого піднебіння, має слизові залози;

- зона піднебінного шва – підслизова основа відсутня;

- крайова зона – відповідає ділянці переходу в ясна.

Слизова оболонка м'якого піднебіння характеризується наявністю підслизового шару. У хворих із патологією гепатобіліарної системи СО м'якого піднебіння має жовтаве забарвлення, при вадах серцево-судинної системи – синювате.

Язик – м'язовий орган, вкритий слизовою оболонкою. Розрізняють кінчик, тіло та корінь язика. Окрім того, верхню(спинка), нижню і бічні поверхні язика. Біля кореня розташовано скупчення лімфоїдної тканини, яке отримало назву язикового мигдалика. СО спинки та бічних поверхонь утворює виступи – сосочки язика. Розрізняють чотири види їх:

- *ниткоподібні*- найбільш багаточисельні, розподілені по поверхні кінчика та тіла язика. Епітелій верхівок роговіє і постійно злущується (десквамація);
- *грибоподібні* – розташовані на спинці язика, мають вигляд червоних крапок;
- *листоподібні* – розташовані групами по боках язика;
- *жолобчасті* – розташовані між тілом язика та коренем у вигляді римської цифри У.

На бічних поверхнях язика видно венозні сплетіння, які іноді помилково можуть бути прийняті за патологію. СО нижньої поверхні язика

більш рухома і переходить у вуздечку язика і СО дна ротової порожнини. Слід звернути увагу на під'язикове м'ясе, в якому розташовані вивідні протоки і отвори під'язикових та підщелепних слинних залоз.

Незважаючи на анатомічні особливості, всі відділи СО порожнини рота мають чітку гістологічну будову.

Епітелій – багатошаровий плесканий, який не роговіє, окрім деяких ділянок. Він складається з базального шару, шипуватого та шару плесканих клітин. В тих відділах, де епітелій роговіє, є зернистий шар. Епітелій ротової порожнини здатен накопичувати глікоген. Міжклітинні проміжки заповнені глікозаміногліканами. Вміст великої кількості нуклеїнових кислот у клітинах базального шару та ферментів (СДГ, ЛДГ) свідчить про високий рівень обмінних процесів. Серед клітинних елементів зустрічаються окремі лейкоцити та інші клітини.

За допомогою базальної мембрани епітелій з'єднується з **власною пластинкою слизової оболонки**. Вона складається із сосочкового та сітчастого шарів. Основну речовину власної пластинки складають глікозаміноглікани (гіалуронова кислота, хондроїтинсульфати). Клітинні елементи представлені в основному фібробластами, фіброцитами, макрофагами, плазмоцитами і тучними клітинами. Волокнисті структури представлені колагеновими та ретикулярними волокнами. У власній пластинці знаходяться судини та нервові сплетіння. Власна пластинка без різких меж переходить в **підслизову основу**. В ній представлені судини, жирова тканина, слинні залози. Рухомість СОПР прямо залежить від товщини підслизової основи.

Слизова оболонка порожнини рота виконує ряд **функцій**:

- *захисна* – обумовлена бар'єрними властивостями СО для мікроорганізмів та вірусів, явищами десквамації епітелію, наявністю лейкоцитів, язикового мигдалика, антимікробних речовин ротової рідини (лізоцим, пероксидаза, комплемент), імуноглобулінів (IgA, Ig G, Ig M);
- *пластична* – пояснюється високою мітотичною активністю епітелію;
- *чутлива* – можлива завдяки присутності рецепторів температурної, больової, тактильної, а також смакової чутливості;
- *всмоктувальна* – завдяки здібності всмоктувати ряд органічних та неорганічних сполук (амінокислот, антибіотиків, лікарських речовин та ін.).

Розрізняють два види **порушення слиновиділення**: гіперсалівацію і гіпосалівація (з її крайнім ступенем - ксеростомією).

Етіологічними чинниками, що викликають **гіперсалівацію**, є гострі запальні процеси СОПР, що супроводжуються безумовно-рефлекторним механізмом збільшення виділення слини внаслідок різкого подразнення слизової оболонки, що є захисною реакцією організму. Іноді гіперсалівація виникає як наслідок безпосереднього подразнення секреторних клітин слинних залоз солями важких металів (ртуттю, свинцем, вісмутом), йодом та

ін. Тривалу гіперсалівацію спостерігають при деяких органічних хворобах ЦНС – паркінсонізмі, бульбарному і псевдобульбарному паралічі, іноді після перенесеного інсульту. Порушення ковтання при цих та інших захворюваннях посилює гіперсалівацію. Причиною гіперсалівації може бути також глистова інвазія.

При неврозі, нав'язливих станах можлива помилкова гіперсалівація, коли хворі скаржаться на рясневиділення слини, яке не підтверджується при об'єктивному обстеженні. Хворі з гіперсалівацією, крім стоматолога, повинні бути обстежені за показаннями невропатологом та терапевтом.

Лікування у всіх випадках має бути спрямоване на ліквідацію основного захворювання, що викликало цей стан. Тимчасового зниження виділення слини можна домогтися застосуванням препаратів атропіну.

Причини **гіпосаливації** різноманітні: авітаміноз А, В1, В6, В12, Є, гіпосідероза, цукровий діабет, системні захворювання сполучної тканини, променеві ураження, хронічний паротит. Найбільш виражена сухість порожнини рота у хворих з синдромом Шегрена. До гіпосаливації можуть привести підвищення тону симпатичної нервової системи, тиреотоксикоз, гормональні зміни у клімактеричному періоді, невротичні стани. Як тимчасове явище, ксеростомія іноді виникає при гострих інфекційних захворюваннях, ботулізмі, після прийому деяких лікарських засобів (наприклад, групи атропіну). У людей з порушеним носовим диханням (поліпи, викривлення носової перегородки), вимушених постійно дихати ротом, сухість порожнини рота обумовлена посиленням випаром рідини із порожнини рота (помилкова гіпосаливація). Сухість порожнини рота в нічний час може бути наслідком сну з відкритим ротом, що частіше буває в літньому віці. Слід зазначити, що в літньому і старечому віці фіксують фізіологічне зниження слиновиділення, тому дія всіх перерахованих факторів виражена сильніше в цих вікових групах.

При гіпосаливації, особливо ксеростомії, хворі скаржаться на відчуття сухості порожнини рота, утруднення при прийомі їжі (особливо гострої і твердої) та розмові, відчуття печіння, шорсткості слизової оболонки. Гіпосаливація часто поєднується з сухістю інших слизових оболонок. При об'єктивному обстеженні слизова оболонка слабо зволожена або суха, матова. Слини мало, вона піниста. У хворих з тривалою гіпосаливацією збільшується кількість зубного нальоту, виникає множинний карієс зубів, знижується резистентність СОПР до дії травматичних факторів.

Лікування полягає у встановленні і по можливості усуненні причини, що викликає гіпосаливація. Обов'язкова санація порожнини рота, включаючи протезування. Місцево рекомендують протизапальні препарати та засоби, що підвищують резистентність слизової оболонки до дії подразників (лізоцим, масляний розчин вітамінів А, Е і Д.). Як правило, призначають вітаміно-терапію (вітаміни А, В1, В6, В12, С, Е), за показаннями – статеві гормони, препарати йоду всередину. Хороший ефект дає гальванізація ділянки великих слинних залоз. В якості симптоматичних засобів з успіхом застосовують антихолінестеразні препарати, зокрема 0,5% розчин галантаміну по 10 мл

підшкірно, або його введення методом електрофорезу або всередину щодня протягом 1 міс. Показаний 1% розчин пілокарпіну гідрохлориду по 4 краплі 1-2 рази на день.

Також можна застосовувати стимулятори утворення слини: рідина Proxident Vouth Spray, таблетки SDI saliva stimulator, жувальні гумки із ксилітом або бікарбонатом натрію, жувальні драже із ксилітом, препарати на основі м'яти та ментолу.

6. Матеріали для самоконтролю.

А. Питання для самоконтролю.

1. Назвіть відділи слизової оболонки порожнини рота.
2. Назвіть особливості анатомії слизової оболонки присінку ротової порожнини.
3. Назвіть особливості анатомії слизової оболонки власне ротової порожнини.
4. Визначте особливості гістологічної будови СОПР.
5. Назвіть різновиди та функції сосочків язика.
6. Назвіть функції слизової оболонки порожнини рота.
7. Визначте поняття слини, ротової рідини та їх ролі у захисних механізмах порожнини рота.
8. Порушення слиновиділення. Етіологія, патогенез.
9. Клініка, діагностика, лікування, профілактика гіпо- та гіперсалівації.

Б. Тести для самоконтролю.

1. Виберіть та вкажіть анатомічні особливості слизової оболонки щік:
 - А. Наявність білої лінії
 - В. Відсутність підслизового шару
 - С. Наявність сосочкового шару
 - Д. Залози Фордайса
 - Е. Ясенна борозенка
2. Виберіть та вкажіть клініко-анатомічні особливості слизової оболонки язика:
 - А. Наявність слинних залоз
 - В. Наявність сосочків
 - С. Залози Фордайса
 - Д. Маргінальна та альвеолярна частина
 - Е. Скупчення лімфоїдної тканини
3. Визначте гістологічну будову слизової оболонки альвеолярних відростків:
 - А. Підслизовий шар, епітелій, власне слизова оболонка
 - В. Багатошаровий плесканий частково зроговіваючий епітелій, власне слизова оболонка

- C. Власне слизова оболонка, багат шаровий плескатий незроговіваючий епітелій, підслизовий шар
- D. Епітелій, підслизовий шар, власне слизова оболонка
- E. Залози Фордайса
4. Виберіть фактори, які обумовлюють захисну функцію СОПР:
- A. Бар'єрні властивості щодо мікроорганізмів та вірусів
- B. Висока мітотична активність епітелію
- C. Присутність рецепторів
- D. Десквамація епітелію
- E. Наявність ферментів, Ig, лейкоцитів у ротовій порожнині
5. Визначте особливості гістологічної будови слизової оболонки твердого піднебіння:
- A. Наявність підслизового шару
- B. Наявність смакових бруньок
- C. Наявність слинних залоз
- D. Незроговіваючий епітелій
- E. Зроговіваючий епітелій
6. Для прискорення загоєння рани на СОПР хворому призначено препарат, що представляє собою термостабільний білок, який міститься у сльозах, слині, грудному молоці, а також його можна виявити у курячому яйці. Цей білок є фактором природної резистентності організму і має назву:
- A. Інтерферон
- B. Комплемент
- C. Іманін
- D. Лізоцим
- E. Інтерлейкін
7. При первинному обстеженні хворого встановлена відсутність загальної чутливості передніх 2/3 язика. Смакова чутливість збережена. Який нерв уражений?
- A. Язикова гілка трійчастого нерву після її об'єднання з барабанною струною
- B. Язикоглотковий нерв
- C. Язикова гілка трійчастого нерву до її з'єднання з барабанною струною
- D. Під'язиковий нерв
- E. Барабанна струна лицьового нерву
8. Відомо, що плазматичні клітини виробляють специфічні антитіла на даний антиген. При введенні антигену кількість плазмоцитів збільшується. З рахунок яких клітин відбувається збільшення кількості плазмоцитів?
- A. В-лімфоцитів
- B. Базофілів
- C. Т-лімфоцитів
- D. Еозинофілів

Е. Нейтрофілів

9. Пацієнту змастили кінчик язика новокаїном. Які зміни будуть спостерігатися?

- А. Відсутність сприйняття солодкого
- В. Відсутність сприйняття гіркого
- С. Відсутність сприйняття кислого
- Д. Відсутність сприйняття смакової чутливості
- Е. Порушення загальної чутливості

10. Хворий С. скаржаться на відчуття сухості порожнини рота, утруднення при прийомі їжі та розмові, відчуття печіння, шорсткості слизової оболонки. Який препарат показаний даному хворому для симптоматичного лікування?

- А. 0, 1 % р-н атропіна сульфату
- В. Р-н настоянки календули
- С. 1% розчин пілокарпіну гідрохлориду
- Д. 5 % р-н аскорбінової кислоти
- Е. 1 % р-н мефенаміату натрію

В. Задачі для самоконтролю

1. Хворий К., 30 років, звернувся до лікаря зі скаргами на гострий самовільний біль в зубі на верхній щелепі зліва. Супутніх захворювань не відмічає. При огляді на слизовій оболонці щік на рівні 76 | 67 були виявлені просоподібні утворення жовтуватого кольору, які не зливаються між собою. Визначте, якого характеру дані утворення.

2. При огляді порожнини рота хворого М, 42 років, на спинці язика лікар-стоматолог виявив ділянки червоного кольору полігональної форми, які оточені білими смугами. Зі слів хворого, ці ділянки з часом зникають, а потім утворюються знову, неприємних відчуттів не викликають.

Вкажіть, яке явище спостерігав лікар. Завдяки наявності яких сосочків язика воно можливе?

3. При лікуванні хронічного глибокого карієсу 45 зубу лікар-стоматолог звернув увагу на наявність утворень синюватого кольору на слизовій оболонці бічних та нижньої поверхні язика. 11

Які нормальні анатомічні утворення виявив лікар? При яких загальних захворюваннях можливе патологічне розширення цих утворень?

4. Пацієнт Р., 58 років, скаржаться на відчуття сухості порожнини рота, утруднення при прийомі їжі та розмові, відчуття печіння, шорсткості слизової оболонки.

Поставте діагноз. Вкажіть можливі етіологічні чинники захворювання.

5. Пацієнт Р., 58 років, хворий на цукровий діабет, скаржаться на відчуття сухості порожнини рота, утруднення при прийомі їжі та розмові, відчуття печіння, шорсткості слизової оболонки.

Поставте діагноз. Складіть план лікування хворого.

6. Студенти першого курсу вирішили дослідити свій каріотип методом вивчення статевого хроматину.

Вкажіть, який матеріал використовують для дослідження. Опишіть особливості анатомічної та гістологічної будови даної ділянки.

7. Хворий К., 40 років, страждає на стенокардію. Лікар призначив йому прийом нітрогліцерину під язик.

Які особливості анатомічної та гістологічної будови СОПР зумовлюють таку можливість прийому ліків?

8. Пацієнт Р., 45 років, працівник заводу приладів для вимірювання температури, скаржаться на збільшення виділення слини до 4 л на добу, набряк та кровоточивість ясен.

Поставте діагноз. Вкажіть можливі етіологічні чинники захворювання. Складіть план лікування.

9. Хворий К., 55 років, скаржиться на відчуття сприйняття солодкого як гіркого.

Яку патологію спостерігав лікар-стоматолог? Вкажіть топографію смакових відчуттів на спинці язика.

10. Для прискорення загоєння рани на СОПР хворому призначено фермент, що є фактором природної резистентності організму і представляє собою термостабільний білок, який міститься у сльозах, слині, грудному молоці, а також його можна виявити у курячому яйці.

Вкажіть цей фермент. Призначте препарати, що містять даний захисний фактор.

7. Література

Основна

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів ІУ рівня акредитації / За ред. Анатолія Ніколішина. – Вид. 2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – С. 78-85.

2. Терапевтична стоматологія: Підручник: У 4 т. – Т. 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін. – К.: Медицина, 2010. – 640 с.

Додаткова

1. Данилевський М.Ф., Несин О.Ф., Рахній Ж.І. Захворювання слизової оболонки порожнини рота. – К., 1998. – 408 с.

2. Боровський Е.В., Данилевський Н.Ф. Атлас захворювань слизистої оболонки порожнини рота. – М., 1991. – 287 с.

3. Терапевтическая стоматология: Учебник / Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. / под ред. Боровского Е.В., Максимовского Ю.М., 1998. – 736 с.

4. Быков В.Л. Гистология и эмбриология органов полости рта человека. С–П., 1996. – 247 с.

5. Кудрин И.С. Анатомия органов полости рта. – М., 1968. – 212 с.

6. Максименко П.Т., Кастелли О.Ю., Скрипникова Т.П. Болезни слизистой оболочки полости рта. – К., 1998. – 186 с.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 11</i>	Первинні ураження слизової оболонки порожнини рота
<i>Тема заняття № 2</i>	Класифікації захворювань СОПР (М.Ф.Данилевський, П.Т.Максименко, МКХ-10)
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

1. Актуальність теми.

Серед стоматологічних захворювань особливе місце посідають процеси, які пов'язані з ураженням СОПР. Їх велика різноманітність, широкий спектр етіологічних чинників, складний, а в деяких випадках не досить ясний патогенез, ускладнюють систематизацію цієї патології. Лікарі-стоматологи повинні розуміти термінологію захворювань СОПР і відобразити їх в класифікаціях. Серед них особливий інтерес викликають ті, в структурі яких відображені основні етіопатогенетичні і клінічні ознаки захворювання.

2. Конкретні цілі

1. Знати загальні уявлення про класифікації .
2. Знати класифікацію захворювань СОПР М.Ф.Данилевського.
3. Знати класифікацію захворювань СОПР П.Т.Максименка.
4. Знати класифікацію захворювань СОПР МКХ-10 .
5. Вміти поставити діагноз захворювань СОПР згідно класифікації М.Ф.Данилевського.
6. Вміти поставити діагноз захворювань СОПР згідно класифікації П.Т.Максименка.
7. Вміти поставити діагноз захворювань СОПР згідно класифікації МКХ-10.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін Анатомія, гістологія	Отримані навички Вміти визначати нормальні анатомічні утворення та особливості їх будови
Патофізіологія	Вміти визначати фізіологічні особливості СОПР
Пропедевтика терапевтичної стоматології	Провести обстеження хворого із захворюваннями СОПР

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття.

Термін	Визначення
Первинні стоматити	Які виникають від дії етіологічного чинника безпосередньо на СОПР
Самостійні захворювання СОПР	Виникнення яких пов'язане з основною дією окремих причин на слизову оболонку
Симптоматичні захворювання СОПР	Які виникають при різних системних захворюваннях і супроводжують їх
Синдроми	Характерні зміни тієї чи іншої частини СО є обов'язковою

складовою (симптомом) того чи іншого захворювання

4.2. Теоретичні питання до заняття.

1. Назвіть принципи побудови класифікацій хвороб СОПР.
2. Охарактеризуйте класифікацію захворювань СОПР М.Ф.Данилевського.
3. Назвіть самостійні, симптоматичні захворювання та синдроми за класифікацією захворювань СОПР М.Ф.Данилевського.
4. Охарактеризуйте класифікацію захворювань СОПР П.Т.Максименка.
5. Назвати основні групи захворювань в залежності від етіологічних чинників та патогенезу за класифікацією захворювань СОПР П.Т.Максименка.
6. Охарактеризуйте класифікацію захворювань СОПР МКХ-10.
7. Відмітьте позитивні сторони та недоліки цих класифікацій.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.

1. Провести опитування хворого.
2. Провести клінічне обстеження хворого з патологією слизової оболонки порожнини рота.
3. Призначити додаткові методи обстеження хворому з патологією слизової оболонки порожнини рота.
4. Поставити діагноз захворювання СОПР.
5. Заповнити амбулаторну картку стоматологічного хворого.

5. Зміст теми

Систематика НМУ (М.Ф.Данилевського)

САМОСТІЙНІ

Травматичні ураження

Механічна травма

Хімічна травма

Фізична травма

Лейкоплакія

Інфекційні захворювання

Вірусні

СИМПТОМАТИЧНІ

Грип, кір, ящур,

вітряна віспа,

інфекційний

мононуклеоз

Бактеріальні

Кашлюк, дифтерія,

скарлатина,

туберкульоз, сифіліс,

лепра

СИНДРОМИ

СНІД

Бідерманна

Мікотичні

Захворювання губ

Екسفоліативний хейліт

Екзематозний хейліт

Метеорологічний хейліт

Атопічний хейліт

Актинічний хейліт

Хронічна тріщина

Гландулярний хейліт

Пуенте-Асеведо

Метеорологічний хейліт	Атопічний хейліт
Актинічний хейліт	
Хронічна тріщина	
Гландулярний хейліт	Пуенте-Асеведо

Лімфедема	Мелькерсона-Розенталя, Мішера
<i>Хвороби язика</i>	
Десквамативний глосит	Брока-Потріє
Складчастий язик	
Волосатий язик	
Ромбоподібний глосит	
<i>Новоутворення</i>	
Передпухлини	
Доброякісні пухлини	
Рак та інші злоякісні новоутворення	
<i>При алергічних ураженнях</i>	
Реакції негайного типу	Квінке
Реакції сповільненого типу	Шенлейна-Геноха
Хронічний рецидивний афтозний стоматит	
Багатоформна ексудативна еритема	Стівенса-Джонсона, Лайєлла
<i>При дерматозах з автоімунним компонентом</i>	
Пухирчатка	Дюрінга
Пемфігоїди	
Пухирний епідермоліз	
Червоний плесканий лишай	Грінспана
Червоний вовчак	
<i>При екзогенних інтоксикаціях</i>	
Ртутний стоматит	
Свинцевий стоматит	
Вісмутовий стоматит	
<i>При захворюваннях органів і систем</i>	
Травного каналу	Россолімо-Бехтерєва, Себрелла
Серцево-судинної системи	Пухирно-судинний, Рандю-Ослера, Вебера
Ендокринної системи	Аддісона, Іценка-Кушінга, Шмідта
Нервової системи	Глосодинія
Крові і кровотворних органів	Аддісона-Бірмера, Вакеза, Верльгофа
Гіповітамінозах	
Колагенозах	

Класифікація захворювань слизової оболонки порожнини рота

(П.Т.Максименко)

ПЕРВИННІ

Травматичні

Фізична травма

Механічна

Термічна

Променева

Електрична

ВТОРИННІ (СИМПТОМАТИЧНІ)

При екзогенних інфекціях

Бактеріальних

Скарлатина,

дифтерія,

черевний тиф,

кашлюк, гонорея,

туберкульоз,

сифіліс, лепра

Хімічна травма	Вірусних	Кір, грип, оперізуючий лишай, вітряна віспа, ящур, СНІД
<i>Аутоінфекційні</i> Бактеріальні	Гострий афтозний стоматит, виразково-некротичний стоматит (гінгівіт)	<i>При неінфекційних захворюваннях</i> Травного каналу Гастрит, коліт, виразкова хвороба, гастродуоденіт, гепатит
Вірусні	Гострий герпетичний стоматит, хейліт Рецидивуючий герпетичний стоматит, хейліт	Крові і кровотворних органів Анемія, лейкоз, агранулоцитоз, геморагічні діатези (хвороба Верльгофа), поліцитемія (хвороба Вакеза)
Мікотичні	Кандидозний стоматит, хейліт, глосит Актиномікоз СОПР	Серцево-судинної системи Трофічна виразка, пухирний синдром та інші
<i>Контактні алергічні (стоматит, хейліт, глосит)</i> Ендокринної системи Нервової системи Шкіри		Променевої хвороби Цукровий діабет Глосодинія, ксеростомія Пухирчатка Червоний плесканий лишай Червоний вовчак
Гіпо-і авітамінозах Екзогенних інтоксикаціях		Групи В, С, А, Е, РР Ртутний, свинцевий, вісмутувий, дифиніновий гінгівіт, стоматит
Внаслідок алергії		Стоматити, глосити, ХРАС, БЕЕ, синдром Стивенса-Джонсона
Природжені синдроми		Складчастий язик, ромбовидний глосит, невуси та інші
Передракові захворювання слизової оболонки порожнини рота і червоної кайми губ		

Класифікація захворювань СОПР МКХ-10

К 12 Стоматит та пов'язані з ним ураження

Виключено: виразка порожнини рота, що розпадається (А69.0)
хейліт (К13.0)

гангренозний стоматит (А69.0)

герпетичний (простий герпес) гінгівостоматит (В00.2)

нома (А69.0)

К 12.0 Рецидивуючі афти порожнини рота

Афтозний стоматит (великий) (малий)

Афти Беднара

Рецидивуючий слизово-некротичний періаденіт

Рецидивуюча афтозна виразка

Герпетичний стоматит

К 12.1 Інші форми стоматиту

Стоматит:

- БДВ
- зубного ряду
- виразковий
- везикулярний

К 12.2 Целюліт та абсцес порожнини рота

Целюліт порожнини рота (дна)

Абсцес підщелепної ділянки:

Виключено: абсцес:

- періапікальний (К04.6-К04.7)
- періодонтальний (К05.2)
- перитонзиллярний (J36)
- слинної залози (К11.3)
- язика (К14.0)

К 13 Інші хвороби губи та слизової оболонки порожнини рота

Включено: ушкодження епітелію язика

Виключено: деякі ушкодження ясен та беззубого альвеолярного краю (К05-К06)

кісти порожнини рота (К09.-)

хвороби язика (К14.-)

стоматит та пов'язані з ним ураження (К 12.-)

К 13.0 Хвороби губ

Хейліт:

- БДВ
- ангулярний
- ексfolіативний
- гландулярний

Хейлодинія

Хейлоз

Заїда НКІР

Виключено: арибофлавіноз (E53.0)

хейліт унаслідок радіаційного ураження (L55-59)

заїда внаслідок:

кандидозу (B37.8)

нестачі рибофлавіну (E53.0)

К 13.1 Прикушування щоки та губи

К 13.2 Лейкоплакія та інші ураження епітелію порожнини рота, включаючи язик

Еритроплакія епітелію порожнини рота

Лейкедема з ураженням язика

Нікотиновий лейкокератоз піднебіння

Піднебіння курця

Виключено: волосату лейкоплакію (K13.3)

К 13.3 Волосата лейкоплакія

К 13.4 Гранульома та гранулемоподібні ураження слизової оболонки порожнини рота

Еозинофільна гранульома слизової оболонки

Піогенна гранульома порожнини рота

Бородавчаста ксантома

К 13.5 Підслизовий фіброз порожнини рота

Підслизовий фіброз язика

К 13.6 Гіперплазія слизової оболонки порожнини рота внаслідок подразнення

Виключено: гіперплазію беззубого краю (гіперплазію внаслідок зубного протезування) внаслідок подразнення (K06.2)

К 13.7 Інші та неуточнені ураження слизової оболонки порожнини рота

Фокальний муциноз порожнини рота

К 14 Хвороби язика

Виключено: еритроплакію

локальну епітеліальну гіперплазію язика (K13.5)

лейкедему

лейкоплакію

волосату лейкоплакію (K13.3)

макрогліосію (природжену) (Q38.2)

підслизовий фіброз язика (K13.5)

К 14.0 Глосит

Абсцес язика

Виразка (травматична)

Виключено: атрофічний глосит (K14.4)

К 14.1 „Географічний язик”

Доброякісний мігруючий глосит

Ексфоліативний глосит

К 14.2 Серединний ромбовидний глосит

К 14.3 Гіпертрофія сосочків язика

„Чорний волохатий” язик

Обкладений язик

Гіпертрофія листоподібних сосочків

Lingua villosa nigra

К 14.4 Атрофія сосочків язика

Атрофічний глосит

К 14.5 Складчастий язик

Розщеплений

Борозенчастий язик

Зморшкуватий

Виключено: розщеплений язик, природжений (Q38.3)

К 14.6 Глосодинія

Глосопіроз язика

Глосалгія

К 14.8 Інші хвороби язика

Атрофія

Зубчастий язик(а)

Збільшений

Гіпертрофований

К 14.9 Хвороба язика, неуточнена

Глосопатія БДВ

6. Додатки.

А. Питання для самоконтролю.

1. Назвіть принципи побудови класифікацій хвороб СОПР.
2. Охарактеризуйте класифікацію захворювань СОПР М.Ф.Данилевського.
3. Назвіть самостійні, симптоматичні захворювання та синдроми за класифікацією захворювань СОПР М.Ф.Данилевського.
4. Охарактеризуйте класифікацію захворювань СОПР П.Т.Максименка.
5. Назвати основні групи захворювань в залежності від етіологічних чинників та патогенезу за класифікацією захворювань СОПР П.Т.Максименка.

6. Охарактеризуйте класифікацію захворювань СОПР МКХ-10.

7. Відмітьте позитивні сторони та недоліки цих класифікацій.

Б. Тести для самоконтролю.

1. Стomatити, виникнення яких пов'язане з дією окремих причин на слизову оболонку порожнини рота за класифікацією П.Т. Максименка віднесені в групу:

А. Самостійних

В. Первинних

С. Симптоматичних

Д. Вторинних

Е. Синдромів

2. За класифікацією М.Ф. Данилевського СНІД відноситься до:

- A. Первинних стоматитів
- B. Симптоматичних стоматитів
- C. Синдромів
- D. Самостійних захворювань
- E. Вторинних стоматитів

3. Захворювання, що викликані умовно-патогенною мікрофлорою внаслідок зниження резистентності СОПР та імунологічної реактивності організму називаються:

- A. Інфекційні
- B. Симптоматичні
- C. Аутоінфекційні
- D. Вірусні
- E. Бактеріальні

4. Скільки основних груп патологічних проявів на слизовій оболонці порожнини рота виділяють відповідають класифікації НМУ (М.Ф. Данилевський)?

- A. 5
- B. 4
- C. 2
- D. 3
- E. 9

5. Відповідно до МКХ-10 (1998) хвороби порожнини рота, слинних залоз та щелеп включені в групу:

- A. Хвороби органів травлення
- B. Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників
- C. Природні вади розвитку, деформації
- D. Хвороби дихальної системи
- E. Розлади психіки та поведінки

6. У хворого Н., 34 років, діагностовано афтозний стоматит (малий). До якої групи захворювань за класифікацією МКХ-10 належить дана патологія? 10

- A. K 05
- B. K 13
- C. K 00
- D. K 14
- E. K 12

7. Під час сніданку студент С. опік слизову оболонку порожнини рота гарячим чаєм, що призвело до розвитку гострого катарального стоматиту. До якої групи захворювань за класифікацією М.Ф. Данилевського належить даний стан?

- A. Механічна травма СОПР
- B. Фізична травма
- C. Хімічна травма
- D. Симптоматичні ураження
- E. Електротравма

8. Під час проведення профілактичного огляду у працівника взуттєвої фабрики Д., 53 років, лікар-стоматолог виявив м'яку форму лейкоплакії. Відповідно класифікації М.Ф. Данилевського це ураження СОПР відноситься до:

- A. Симптоматичних
- B. Самостійних
- C. Синдромів
- D. Новоутворень
- E. Первинних

9. Назвіть захворювання, які за класифікацією М.Ф.Данилевського відносять до синдромів:

- A. Грип
- B. Червоний вовчак
- C. СНІД
- D. Алергічний стоматит
- E. Травматичний стоматит

10. Визначте, які з перелічених стоматитів відносять до аутоінфекційних:

- A. Папульозний стоматит при вторинному сифілісі
- B. Контактний алергічний
- C. Плівчастий радіомукозит
- D. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит
- E. Виразково-некротичний стоматит Венсана

В. Задачі для самоконтролю:

1. На прийом до лікаря звернувся хворий К., 26 років, зі скаргами на сухість та лущення губ, біль при вживанні їжі. Аналогічні зміни на губах з'являються дуже часто. Працює монтажником високовольтних ліній. Об'єктивно: відмічається набряк та застійна гіперемія червоної кайми, дрібні лусочки на її поверхні. Був встановлений діагноз: метеорологічний хейліт.

Визначте, до якої групи відноситься захворювання за класифікацією М.Ф.Данилевського.

2. При огляді порожнини рота хворої М., 42 років, на слизовій оболонці щік по лінії змикання зубів лікар-стоматолог виявив папули білястого кольору, які утворюють малюнок у вигляді мережива. Зі слів хворої, дані зміни на

СОПР неприємних відчуттів не викликають. При детальному обстеженні лікарем був поставлений діагноз: червоний плескатий лишай.

До якої групи стоматитів відносять дане захворювання за класифікацією П.Т. Максименка?

3. Хворий К. 17 років, звернувся до лікаря-стоматолога зі скаргами на біль при вживанні їжі, набряк та кровоточивість ясен, неприємний запах з рота, підвищення температури тіла, загальну слабкість. Захворів 3 дні тому після переохолодження. Після обстеження був поставлений діагноз: гострий виразковий стоматит.

Поставте діагноз згідно класифікації П.Т.Максименка, М.Ф.Данилевського, МКХ-10.

4. У хворого С. 53 років, робітника заводу ГРЛ, при плановому огляді лікарем-стоматологом були виявлені зміни СОПР у вигляді смужки сіро-чорного кольору, яка розташована по ясенному краю. В анамнезі пацієнт відмічає захворювання нирок протягом 7 років.

Визначте, до якої групи стоматитів за класифікацією П.Т.Максименка відносять зміни СОПР у даного хворого.

5. Пацієнт Р., 58 років, хворий на цукровий діабет, скаржаться на відчуття сухості порожнини рота, утруднення при прийомі їжі та розмові, відчуття печіння, шорсткості слизової оболонки.

Вкажіть, до якої групи захворювань СОПР за М.Ф.Данилевським належать дані зміни у порожнині рота. Яка тактика лікаря-стоматолога?

6. У студентки першого курсу Л., 18 років, лікар-стоматолог при профілактичному огляді порожнини рота виявив м'яку форму лейкоплакії. Вкажіть, до якої групи стоматитів, згідно класифікації П.Т. Максименка, відносять цю патологію. Вкажіть на імовірні причини виникнення.

7. Хворий К., 40 років, страждає на стенокардію. Лікарем-стоматологом був встановлений діагноз: трофічна виразка слизової оболонки дна порожнини рота.

До якої групи належить дане захворювання за класифікацією МКХ-10?

Вкажіть на імовірні причини виникнення.

8. Пацієнт Р., 45 років, працівник заводу приладів для вимірювання температури, скаржаться на збільшення виділення слини до 4 л на добу, набряк та кровоточивість ясен. Після проведеного обстеження був встановлений діагноз: меркуріалізм.

Поставте діагноз згідно класифікації захворювань СОПР М.Ф. Данилевського.

9. Хворому К., 55 років, після обстеження встановлений діагноз: хронічний рецидивуючий афтозний стоматит.

До якої групи належить дане захворювання за класифікацією П.Т. Максименка?

10. Хворий В., 25 років, якому встановлений діагноз: первинний сифіліс, був оглянутий лікарем-стоматологом шкірно-венерологічного диспансеру.

Вкажіть, до якої групи захворювань СОПР за класифікацією М.Ф. Данилевського відносять зміни на слизовій оболонці порожнини рота у даного хворого.

7. Література.

Основна.

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів ІУ рівня акредитації / За ред. А.К. Ніколішина. – Вид. 2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – С. 448-455.
2. Терапевтична стоматологія: Підручник: У 4 т. – Т. 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін. – К.: Медицина, 2010. – 640 с.

Додаткова.

1. Данилевський М.Ф., Несин О.Ф., Рахній Ж.І. Захворювання слизової оболонки порожнини рота. – К., 1998. – 408 с.
2. Боровский Е.В., Данилевский Н.Ф. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта. – М., 1991. - 287 с.
3. Терапевтическая стоматология: Учебник / Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. / под ред. Боровского Е.В., Максимовского Ю.М., 1998. – 736 с.
4. Максименко П.Т., Кастелли О.Ю., Скрипникова Т.П. Болезни слизистой оболочки полости рта. – К., 1998. – 186 с.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 11</i>	Первинні ураження слизової оболонки порожнини рота
<i>Тема заняття № 3, 4</i>	Особливості обстеження хворих з патологією слизової оболонки порожнини рота та червоної кайми губ. Патологічні процеси, що виникають на слизовій оболонці порожнини рота. Первинні та вторинні елементи ураження
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

1. Актуальність теми.

Усі знають слова, які стали аксіомою діяльності лікаря: "Хто добре діагностує, той добре лікує". Але дані літератури свідчать про те, що лікарі стоматологи досить часто вагаються в діагностиці захворювань слизової оболонки, а нерідко й допускають діагностичні помилки, які за даними літератури сягають 44-45 %.

Ось чому питанню обстеження хворих із захворюваннями СОПР для встановлення клінічного діагнозу слід надавати першочергове значення. Всебічне вивчення хворого дасть можливість не тільки встановити правильний і точний діагноз, а й виявити індивідуальні особливості хворого, прогнозувати перебіг хвороби і вибрати раціональний метод лікування.

2. Конкретні цілі.

Ознайомитись з особливостями та діагностичними можливостями клініко-лабораторних методів обстеження хворих з патологією СОПР.

Знати:

а) Основні методи обстеження хворого:

- опитування (скарги, анамнез захворювання та життя);

- об'єктивне обстеження (огляд, пальпація).

б) Допоміжні методи обстеження.

Знати будову, нормальні анатомічні утворення і патологічні елементи ураження СОПР.

Вміти:

- зібрати скарги, з'ясувати анамнез хвороби та життя хворого;
- провести огляд хворого, пальпацію ураженої СОПР та лімфатичних вузлів:

вузлів:

- чітко записувати отримані дані в амбулаторну історію хвороби;
- призначити необхідні допоміжні методи обстеження хворих з метою уточнення діагнозу;
- виписати направлення для проведення допоміжних методів обстеження;
- аналізувати і синтезувати дані основного та допоміжних методів клінічного обстеження хворого з метою встановлення остаточного діагнозу.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція).

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
Анатомія Пропедевтика внутрішніх хвороб Пропедевтика терапевтичної стоматології .	Знати анатомію СОПР Знати порядок і правила опиту і огляду хворого Вміти провести опит, огляд хворого, визначити його конституцію, активність, вираз обличчя та ін. Знати правила і послідовність огляду порожнини рота. Вміти правильно усадити хворого, послідовно оглянути всі ділянки СОПР, провести пальпацію, перкусію та ін.

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття.

Термін (лат.)	Термін (укр.)
Molestiae	Скарги
Anamnesis morbid	Історія розвитку захворювання
Anamnesis vitae	Історія розвитку життя
Macula	Пляма
Papula	Вузлик
Tuberculum	Бугорок
Nodus	Вузол

Vesicula	Пухирець
Bulla	Пузир
Pustula	Гноячок
Abscess	Абсцес
Cystis	Кіста
Urtica	Пухир
Erosio	Ерозія
Aphta	Афта
Ulcus	Виразка
Rhagas	Рубець
Squama	Лусочка
Crusta	Тріщина
Cicatrix	Рубець
Vegetationes	Вегетації
Lichenificatio	Ліхенифікація

4.2. Теоретичні питання до заняття.

1. Назвіть основні клінічні методи обстеження хворих з патологією СОПР.
2. Назвіть анатомо-фізіологічні особливості будови тканин СОПР.
3. Назвіть лабораторні методи обстеження хворих з патологією СОПР , їх діагностична цінність.
4. Назвіть мікробіологічні методи обстеження хворих з патологією СОПР, їх діагностична цінність.
5. Назвіть морфологічні методи обстеження хворих з патологією СОПР, їх діагностична цінність.
6. Назвіть імунологічні методи обстеження хворих з патологією СОПР , їх діагностична цінність.
7. Назвіть особливості обстеження хворих з патологією СОПР.
8. Назвіть загально-патологічні процеси.
9. Назвіть первинні елементи ураження СОПР. Дайте їм характеристику.
10. Назвіть вторинні елементи ураження СОПР. Дайте їм характеристику.
11. Якими змінами епітелію характеризуються захворювання СОПР.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.

1. Проведіть опитування хворого із захворюваннями СОПР.
2. Проведіть огляд хворого із захворюваннями СОПР.
3. Зробіть оцінку стану гігієни порожнини рота.
4. Складіть план обстеження хворого з захворюванням СОПР із застосуванням необхідних допоміжних методів..
5. Випишіть направлення для проведення клінічного аналізу крові, проаналізуйте отриманий результат.

6. Випишіть направлення для проведення бактеріологічного дослідження, зробіть забір матеріалу, проаналізуйте отриманий результат.

7. Випишіть направлення для проведення цитологічного дослідження, зробіть забір матеріалу, проаналізуйте отриманий результат.

8. Випишіть направлення для проведення алергологічного дослідження, проаналізуйте отриманий результат.

9. Заповніть медичну картку амбулаторного хворого (Ф.0-43).

5. Зміст теми.

Обстеження хворих із захворюваннями СОПР проводиться за загальновідомою діагностичною схемою: опитування (скарги, анамнез хвороби та анамнез життя), об'єктивне обстеження (огляд, пальпація), використання різноманітних допоміжних методів.

Обстеження хворих при патології СОПР має певні особливості.

Дуже важливо націлити хворого на повне і конкретне викладення основних скарг, що мають безпосереднє відношення до захворювання СОПР (відчуття печії, болю, особливо при вживанні їжі, наявність виразок чи інших змін, що його турбують). Розпитування доцільно проводити активно, спрямовуючи допоміжними запитаннями розповідь пацієнта у потрібне русло. При цьому лікар повинен дотримуватися правил медичної деонтології, щоб якимось необережним словом чи запитанням не травмувати психіку хворого, не навіяти канцерофобію.

З'ясовуючи анамнез захворювання слід виявити час початку захворювання, його перші ознаки, які симптоми з'явилися з часом, чи були подібні прояви раніше, чи проводилось лікування і які його результати, як організм переносить лікарські препарати чи деякі продукти харчування. З'ясування цих питань дає певною мірою можливість установити перебіг захворювання. При цьому слід пам'ятати деонтологічні аспекти: абсолютно недопустимі негативна оцінка раніше проведеного лікування і некоректний відгук на адресу лікаря, який проводив лікування хворого.

Індивідуальні особливості хворого почерпають із анамнезу життя, де можна з'ясувати умови трудової діяльності, спадковість, які захворювання переніс хворий у минулому і які хронічні захворювання органів і систем у нього є в період обстеження та ін.

Ретельно проведене збирання анамнезу нерідко дає змогу зробити правильне припущення щодо діагнозу захворювання СОПР. У цьому його самостійна діагностична цінність. Крім того, аналіз даних, отриманих під час опитування хворого, може спрямувати подальший діагностичний пошук.

Але в зв'язку з тим, що дані анамнезу ґрунтуються на суб'єктивних відчуттях індивідуальної оцінки хворого і нерідко залежать від стану його психіки, лікар мусить об'єктивно оцінювати дані анамнезу, зважено використовувати їх для встановлення попереднього діагнозу. Такий діагноз обов'язково має бути підтвердженим даними клінічних і лабораторних досліджень.

В об'єктивних методах обстеження студенти повинні звернути увагу на основні клінічні методи обстеження - огляд, пальпацію, які мають першочергове значення для діагностики захворювань СОПР, та на допоміжні методи.

Огляд хворого складається із зовнішнього огляду і огляду ротової порожнини.

Зовнішній огляд починається уже під час зустрічі з хворим. Лікар звертає увагу на загальний вигляд пацієнта, вираз його обличчя, артикуляцію, колір склер і шкіри обличчя, а при деяких захворюваннях виникає необхідність оглянути всю поверхню тіла, таке обстеження хворого із захворюваннями СОПР краще проводити в окремій кімнаті. Звертається увага на конституційні особливості.

Огляд порожнини рота починають з огляду червоної кайми губ, а потім послідовно всіх відділів СОПР. Важливо огляд починати, особливо лікарєві-початківцю, при денному освітленні. Слід звернути увагу на зміни кольору слизової оболонки і її рельєфу, пам'ятаючи про нормальне забарвлення і анатомічні утвори на слизовій оболонці (сальні та слинні залози, вени, венозні сплетення, різцевий сосочок, ворсинчатість спинки язика за рахунок сосочків, під'язикові м'яся і т. ін.).

Послідовно оглядаючи СОПР, лікар може виявити зміни забарвлення, блиску слизової оболонки. СО може бути дифузно гіперемійована (яскраво - червоний колір, що свідчить про наявність гострого запального процесу) чи мати синюватий відтінок, що характеризує її хронічне запалення, або жовтуватий колір м'якого піднебіння, який в першу чергу свідчить про функціональний стан печінки. Колір СОПР змінюється вогнищево завдяки наявності тих чи інших елементів ураження. До елементів ураження, що змінюють колір СО, належать первинні та вторинні морфологічні ураження.

Такими первинними елементами ураження є плями.

Пляма (*macula*) - це обмежена ділянка шкіри або СО зі зміненим забарвленням, але без порушення рельєфу. Розрізняють судинні, пігментні та штучні плями. На СО також виділяють плями, що виникають унаслідок її зроговіння, коли СО набуває білувато-сірого кольору (кератотичні плями на початковій стадії лейкоплакії).

Судинні плями виникають унаслідок короткочасного або тривалого розширення судин під впливом запалення (гіперемічні плями) чи порушення цілісності судинної стінки (геморагічні плями). Запальні плями мають різні відтінки: яскраво-червоний, рожевий - при гострому запаленні та розширенні артеріальних судин; червоно-синюшний - при хронічному запаленні і розширенні венозних судин. При натискуванні на ці плями (діаскопії) вони зникають, але після припинення дії виникають знову. Численні гіперемічні плями до 1,5-2 см у діаметрі з обмеженими контурами називаються *розолами* (*roseola*). Вони спостерігаються при інфекційних захворюваннях (кір, скарлатина, тиф). Необмежене, без чітких контурів почервоніння СО розміром більше 1,5-2 см в діаметрі називають *еритемою* (*erythema*). Вони

частіше бувають при токсичних, особливо при лікарських висипах, багатформній ексудативній еритемі та ін.

Плями, які зумовлені стійким паралітичним розширенням поверхневих судин або їхніми новоутвореннями, називають *телеангіектазіями* (*teleangiectasia*). При натискуванні вони бліднуть.

Геморагічні плями зумовлені розривом, підвищеною проникністю судин і надходження крові в прилеглу сполучну тканину. Колір таких плям залежить від ступеня розпаду кров'яного пігменту і може бути червоним, синювато-червоним, зеленуватим, жовтим тощо. На відміну від гіперемічних плям геморагії при діаскопії не зникають. Величина їх різна: *петехії* (*petechiae*) - крапчасті поодинокі крововиливи розміром 1-2 мм, *пурпура* (*purpura*)- розмір до 1 см у діаметрі, *екхімози* (*ecchymoses*) розміром понад 1 см у діаметрі. Захворювання, що супроводжуються геморагічними висипами, називаються пурпурою. З часом геморагії зникають безслідно, але на СО можуть некротизуватися з подальшим перетворенням їх в ерозії або виразки з утворенням на завершальній стадії дрібних рубців.

Пігментні (дисхромічні) плями виникають унаслідок надмірного накопичення пігменту (гіперпігментація) або, навпаки, у разі повного зникнення або зменшення (депігментація) пігменту. Такі гіперпігментовані плями можуть бути природженими (невуси) або набутими при отруєнні солями важких металів. Набуті пігментації мають ендогенне (при ендокринних або інфекційних хворобах) та екзогенне походження. Пігментні плями на СО стійкі та локалізуються переважно на яснах і червоній каймі губ.

Екзогенна пігментація спричиняється проникненням у СО із зовнішнього середовища речовин, які її забарвлюють. Такими речовинами є виробничий пил, дим, хімічні речовини, зокрема лікарські засоби тощо. Пігментація в разі проникнення в організм важких металів має чітко окреслену форму, колір її залежить від виду металу. Так, колір плям, спричинених ртуттю, - чорний, свинцем і вісмутом - темно-сірий, сполуками олова - синювато-чорний, цинком - сірий, міддю - зеленуватий, сріблом - чорний, або аспідний.

Зміна кольору може відбутися шляхом штучного введення під шкіру барвника (татуювання) - штучні плями.

Вторинна пляма може утворитися унаслідок гіпер- або гіпопігментації після загоєння елементів ураження на завершальній стадії запального процесу. Гіперпігментація виникає унаслідок відкладення пігменту меланіну або ушкодження стінок судин и відкладення кров'яного пігменту гемосидерину. Вторинні плями, які зумовлені зменшенням вмісту меланіну на СОПР (гіпопігментація), називаються лейкодермою.

До первинних елементів ураження, що змінюють колір та рельєф СО, належать:

Вузлик (*papula*) - безпорожнинний, часто інфільтративний щільний морфологічний елемент розміром до 5 мм, що підвищується над рівнем шкіри чи СО. Розміри папули можуть коливатися від величини просяного

зерна (міліарні) до монети (нумулярні). Обриси папул полігональні або округлі, поверхня - плоска, конусоподібна або напівкуляста, забарвлення найчастіше червоне з різними відтінками. Вузлики, що виникають на СОПР, майже не підвищуються над її рівнем, мають розмір від просяного зерна до сочевиці (лентикулярні папули). У разі злиття папул утворюються бляшки. За зворотного розвитку папули зникають безслідно. Папульозні висипи на СОПР спостерігаються при сифілісі (2 стадія), червоному плескатому лишаї та ін.

Горбик (tuberculum) - інфільтративний безпорожнинний елемент напівкулястої форми, розміром 5-7 мм, який має застійно-червоне чи синюшно-червоне забарвлення, підвищений над рівнем шкіри. Інфільтрат захоплює всі шари СО. У своєму розвитку горбики проходять стадію некротизування з утворенням виразок і подальшим рубцюванням або розсмоктуванням з формуванням рубцевої атрофії. Горбики виникають головним чином на обмежених ділянках шкіри та СО, мають тенденцію до згрупування або злиття. Вони зустрічаються як первинні елементи при хронічних інфекційних захворюваннях -вовчаку, третинному сифілісі, лепрі.

Вузол (nodus) - обмежений, величиною від лісового горіха до курячого яйця й більше кулястий утвір, який розташований у підслизовому шарі СО, різного забарвлення й щільності. Утворення вузлів може бути наслідком запалення, пухлинного росту, а також відкладення кальцію і холестерину в товщу тканин. Запальні вузли, сформовані за рахунок неспецифічної і специфічної інфільтрації (при лепрі, сифілісі, туберкульозі, мікозах), швидко збільшуються. Вони можуть розсмоктуватися, некротизуватися, розплавлятися з утворенням виразок, а надалі на їхньому місці - глибоких рубців.

Пухирець (vesicula) - обмежений порожнинний круглої форми утвір розміром від просяного зерна до горошини. Він формується у шипуватому шарі епітелію, має серозний або геморагічний вміст. Висипання пухирців може спостерігатися як на незмінній, так і на гіперемійованій і набряклій основі. Везикульозний висип частіше множинний, елементи сполучаються між собою, утворюючи багатокамерні пухирці. Через те, що стінки пухирця утворені тонким шаром епітелію, його покривка швидко розривається з появою ерозії, по краях якої лишаються обривки пухирця. За зворотного розвитку пухирець не залишає сліду. Формування пухирців відбувається унаслідок вакуольної і балонної дистрофії при вірусних захворюваннях (герпес, вітряна віспа та ін.).

Пузир (bulla) - порожнинний елемент значних розмірів (до курячого яйця), заповнений рідиною. Формується внутрішньо- чи підепітеліально. В ньому розрізняють покривку, дно і ексудат. Ексудат може бути серозним або геморагічним. Покривка підепітеліального пузира товста, тому він існує на СО довше, ніж внутрішньоепітеліальний пухир, покривка якого тонка і швидко розривається. Пузири на СО при постійній травматизації швидко розриваються. Ерозія, що утворюється на місці пузира, загоюється без формування рубця. Якщо пузир на шкірі або червоній каймі губ не

розривається, то його вміст підсихає з утворенням кірки, епітелізація відбувається під нею. Виникають пухирі як на незмінній в кольорі шкірі чи СО, так і на фоні еритематозного запального процесу. Механізм їх утворення різний. Зокрема, субепідермальні пухирі утворюються за рахунок епідермолізу, а внутрішньоепітеліальні – акантолізу. Пухирі частіше спостерігаються при пухирчатці (міхурниці), багатоформній ексудативній еритемі, медикаментозних ураженнях.

Гноячок (pustula) - обмежене скупчення гнійного ексудату. Виникають тільки на шкірі. Гноячки бувають первинні і вторинні. Первинні гноячки розвиваються на незмінній шкірі і відразу наповнюються гнійним ексудатом білувато-жовтого кольору. Вторинні пустули виникають із пухирців і пухирів. Утворення гноячків зумовлене головним чином дією на епітелій ферментів і токсинів -продуктів життєдіяльності стафіло- і стрептококів. Пустули можуть бути поверхневими і глибокими.

Абсцес - порожнинний утвір, заповнений гнійним вмістом. Виникає унаслідок розпаду патологічно-зміненої тканини та злиття дрібних пустул в один осередок запалення. При локалізації в слизовому і підслизовому шарі межі абсцесу виявляються чітко. В більш глибоких шарах вони можуть бути нечіткими, згладженими.

Кіста (cystis) - порожнинний утвір, який має стінку і вміст. Кісти бувають епітеліального походження і ретенційні. Останні виникають унаслідок закупорки вивідної протоки дрібних слизових (слинних) залоз. Епітеліальні кісти мають сполучнотканинну стінку, вистелену епітелієм. Вміст кісти - серозний, серозно-гнійний або кров'яний. Ретенційні кісти розміщуються на губах, піднебінні й СО щік, наповнені прозорим вмістом, який при інфікуванні стає гнійним.

Пухир (urtika) - підвищений над рівнем шкіри або СО безпорожнинний, чітко обмежений плоский утвір тістоподібної консистенції, що виникає унаслідок швидкоплинного набряку сосочкового шару СО (на СОПР пухирі виникають дуже рідко).

До вторинних елементів ураження, які змінюють рельєф СОПР, належать:

Ерозія (erosio) - дефект поверхневого шару епітелію. Оскільки ураження неглибоке, то після його загоєння не залишається сліду. Ерозія виникає після розриву пухиря, руйнування папул, травматичного ушкодження. При розриві пухиря ерозія повторює його контур. У випадку злиття ерозій утворюються великі ерозивні поверхні з різноманітними контурами.

На СОПР ерозивні поверхні можуть з'являтися без попереднього пухиря, наприклад, ерозивні папули при сифілісі, ерозивно-виразковій формі червоного плескатої лишаю і червоного вовчака. Утворення таких ерозій є наслідком травматизації легко ушкодженої запаленої СО. Поверхневий дефект СО, який виникає при механічному ушкодженні, називається екскоріацією.

Афта (aphtha) - поверхневий дефект епітелію круглої або овальної форми, діаметром 0,3-0,5 мм, розміщений на запаленій ділянці СО. Афта покрита фібринозним нальотом, який надає елементу ураження білого або жовтого відтінку. По периферії афта оточена яскраво-червоним обідком.

Виразка (ulcus) - дефект СО в межах сполучнотканинного шару. Загоєння її відбувається з формуванням глибокого рубця. Оскільки утворення виразки властиве цілій низці патологічних процесів, то для полегшення диференціальної діагностики з'ясовують характер ураження: глибину, форму виразки, стан її країв і навколишніх тканин тощо.

Краї виразки бувають підритими і навислими над дном, прямовисними і блюдцеподібними. Вони, а також дно виразки можуть бути м'якими і твердими. Крім того, на дні виразки часто спостерігаються гнійний наліт, некротичні маси, грануляційні розростання. Вони можуть легко кровоточити при дотику. Нерідко краї виразки зберігають рештки основного патологічного процесу. Іноді виразка поширюється в підлеглі тканини (м'язи, кістку) і навіть руйнує їх.

Слід підкреслити, що сама лише клінічна оцінка виразки є недостатньою для уточнення діагнозу. Необхідно застосувати весь комплекс лабораторних досліджень, а також неодмінно провести загальне обстеження хворого.

Тріщина (rhagas) - лінійний надрив СО або червоної кайми губ, який виникає при їх запальній інфільтрації. Найчастіше тріщини спостерігаються в місцях природних складок або на ділянках, які підлягають травматизації і розтягуванню. Розрізняють поверхневі й глибокі тріщини. Поверхнева тріщина локалізується в межах епітелію, загоюється без рубця. Глибока тріщина поширюється на сполучну тканину власної пластинки, загоюється з формуванням рубця.

Лусочка (squama) - пластинка, яка складається із десквамованих зроговілих клітин епітелію. Лусочки виникають унаслідок гіпер- і паракератозу, як правило, на місцях зворотного розвитку плям, папул, горбиків. Бувають різного кольору і розміру. Можуть розвиватися і первинно: при м'якій лейкоплакії, ексfolіативному хейліті, іхтіозі. Для діагностики уражень з утворенням лусочок мають значення їхнє розміщення, товщина, колір, розмір, консистенція.

Кірка (crusta) утворюється унаслідок зсихання ексудату, який витікає після проривання пухиря, пухирця, пустули. Кірка - це суміш коагульованої тканинної рідини і плазми крові, а також клітин крові, що розпалися, та епітеліальних клітин. Колір кірок залежить від характеру ексудату. У разі зсихання серозного ексудату формуються сірувато-жовті кірки, геморагічного - кров'янисто-бурі. При насильному усуненні кірки оголюється ерозивна або виразкова поверхня, а після природного відпадиння - ділянка регенерації, рубець або рубцева атрофія.

Еквівалентом кірок на СО є фібринозний або гнійний **наліт**, що утворюється на поверхні ерозій або виразок. Наліт із поверхні виразки знімається легко.

Рубець (cicatrix) - ділянка сполучної тканини, що заміщає дефект СО, який виник унаслідок її ушкодження чи патологічного процесу. Рубець складається в основному із колагенових волокон, покритий тонким шаром епітелію, в якому відсутні епітеліальні виступи. Форма і глибина рубців різні. Розрізняють гіпертрофічні й атрофічні рубці. Гіпертрофічні (келоїдні) рубці виникають після травми і хірургічних втручань. Вони мають лінійну форму, щільні, часто обмежують рухомість СО. Атрофічні рубці утворюються після загоєння елементів ураження при туберкульозі, сифілісі, червоному вовчаку. Такі рубці мають характерний для певної хвороби вигляд, за яким можна з великою точністю визначити причину їх виникнення. Так, післявовчакові рубці відзначаються неправильною формою і значною глибиною; рубці, що утворилися після загоєння туберкульозної виразки, порівняно неглибокі, після гуми (третинний сифіліс) – гладенькі, втягнені. При природженому сифілісі рубці променеподібні, розташовуються навколо рота.

Веgetації (vegetationes) - розростання сосочків епітелію або слизової оболонки з одночасним потовщенням шипуватого шару. Веgetації частіше утворюються на поверхні хронічних ерозій, виразок або папул. При огляді це м'які волосяні (веgetуюча пухирчатка, волосяна лейкоплакія) або горбкуваті розростання з ознаками зроговіння (бородавчаста лейкоплакія).

На СО веgetації частіше м'які, червоного кольору, ерозовані, часто кровоточать. На їхній поверхні накопичується серозний або серозно-гнійний секрет.

Ліхеніфікація (lichenificatio). Ліхеніфікація (ліхенізація) - це зміни шкіри та червоної кайми губ, що характеризуються різким проявленням шкірного малюнка, помірною гіперемією червоної кайми, коли вона стає сухою, ущільненою, лущиться дрібними лусочками. Ліхеніфікація виникає унаслідок акантозу, папіломатозу та хронічної запальної інфільтрації поверхневого шару дерми.

Зміни епітелію СОПР, що виникають унаслідок різних патологій і процесів, можна розподілити на три типи: порушення зроговіння, ексудативні зміни та гіпертрофія.

До порушень зроговіння належать пара-, гіпер- та дискератоз.

Паракератоз - неповне зроговіння, пов'язане із втратою здатності клітин епітелію виробляти кератогіалін. Зернистий шар відсутній, роговий шар потовщується, а його клітини містять паличкоподібні ядра. Клінічно це проявляється помутнінням епітелію СО.

Гіперкератоз - надмірне потовщення рогового шару епітелію. Інколи роговий шар утворений декількома десятками рядів зроговілих клітин. Гіперкератоз виникає унаслідок надмірного утворення кератину, коли зернистий та шипуватий шари потовщуються, або через затримку злущування, коли зернистий, а інколи і шипуватий шари виявляються тоншими, ніж звичайно. В основі гіперкератозу лежить інтенсивний синтез кератину в результаті підвищення функціональної активності клітин епітелію, що клінічно проявляється значним побілінням та потовщенням СО.

Дискератоз - порушення процесу зроговіння окремих епітеліальних клітин. Вони збільшуються, стають округлими; ядра інтенсивно забарвлені, цитоплазма еозинофільна, злегка зерниста. Такі клітини втрачають міжклітинні контакти, хаотично розташовані у більшості шарів епітелію. Доброякісний дискератоз характеризується утворенням круглих тілець і зерен у роговому шарі. При злоякісному дискератозі відбувається зроговіння незрілих та поява атипівних клітин, що характерно для хвороби Боуена та плоскоклітинного раку.

Ексудативні зміни в епітелії спостерігаються при запальних захворюваннях. До цих змін належать вакуольна дистрофія, спонгіоз, балонуюча дистрофія, акантоліз.

Вакуольна дистрофія - це накопичення рідини всередині клітин шипуватого та базального шарів. Розміри клітин збільшуються; ядро відтискується до периферії, змінює форму і розміри, а надалі розпадається з утворенням одноклітинної порожнини. У разі злиття кількох таких порожнин виникають порожнини більшого розміру.

Спонгіоз, або міжклітинний набряк, - накопичення рідини в міжклітинних просторах шипуватого шару. Серозний ексудат потрапляє в міжклітинні проміжки епітелію сполучної тканини СОПР. Ексудат розтягує, а потім і розриває міжклітинні зв'язки, заповнюючи порожнини, що при цьому утворюються.

Балонуюча дистрофія - вогнищеві зміни клітин шипуватого шару, які збільшуються, округлюються, набуваючи вигляду кульок або балонів. Унаслідок колікваційного некрозу такої ділянки епітелію утворюються порожнини, заповнені ексудатом, де плавають гомогенні кулькоподібні клітини, що нагадують балони.

Акантоліз - розплавлення міжклітинних сполучень, що спричинює втрату зв'язків між епітеліальними клітинами, та утворення між ними щілин, а згодом і пухирів. Епітеліальні клітини, що втратили зв'язок, зменшуються, округлюються, мають більші ядра, вільно плавають. Ці клітини називаються акантолітичними, або клітинами Тцанка.

Вакуольна дистрофія, спонгіоз, балонуюча дистрофія та акантоліз клінічно проявляються наявністю на СО пухирів та пухирців. Кожна з цих змін самостійно трапляється рідко, найчастіше вони відображають динаміку ексудативного запалення СОПР.

Характерні ознаки морфологічних елементів оцінюються візуально, пальпаторно, шляхом зішкрябування чи з використанням додаткових методів діагностики (люмінесценція, стоматоскопія, цитологічне і гістологічне дослідження). Так, визначити характер окремих уражень (виразок, новоутворів) допомагає пальпація, яка дає можливість визначити консистенцію утвору, глибину його залягання, рухомість, характер зв'язку з прилеглими тканинами, наявність запального інфільтрату, болючість, кровоточивість. Така пальпація може проводитись не тільки мануально, а й за допомогою пінцета з ватним тампоном.

Для клінічної оцінки запальних та бластоматозних процесів велике значення має пальпація лімфатичних вузлів (підщелепних, підборідних, шийних, щічних).

Проведення спеціальних методів обстеження значно наближає лікаря до встановлення остаточного діагнозу захворювань СОПР. Нерідко для його підтвердження використовують цілу низку допоміжних методів обстеження.

Залежно від характеру ураження СОПР застосовують загальноклінічні лабораторні методи дослідження (клінічний аналіз крові та сечі, біохімічні дослідження крові, сечі, визначення електролітів крові, визначення вмісту вітамінів у крові; моноцитограма).

Аналіз крові дає змогу уточнити характер захворювань СОПР, виявити його зв'язок із патологією органів кровотворення.

За допомогою біохімічного дослідження крові визначають протеїнограму, концентрації білків крові, електроліти у сироватці крові, вміст вітамінів тощо. Концентрація протеїнів у плазмі крові свідчить про ступінь тяжкості захворювання. Протеїнограма свідчить про стан реактивності організму. Зміни концентрації електролітів часто свідчать про тяжкість захворювання. Про захисну реакцію організму свідчить також моноцитограма.

Дослідження сечі проводять при запаленнях СО з метою виявлення захворювань нирок, цукрового діабету.

Велике значення в діагностиці надається морфологічним методам дослідження: цитологічному, гістологічному, гістохімічному. Вони являються також об'єктивними тестами для оцінки реактивності організму, перебігу хвороби в динаміці й ефективності проведеного лікування.

Мікробіологічне дослідження дозволяє виявити етіологію захворювання, встановити вірулентність мікрофлори та її чутливість до антибіотиків та інших протимікробних препаратів.

Імунологічні дослідження дають змогу з'ясувати як етіологію захворювання (реакція Васермана, Манту, Пірке, алергічні проби, на СНІД), так і дати оцінку імунологічного стану хворих з ураженням СОПР (внутрішньошкірна проба Р.Е.Кавецького в модифікації С.М.Базарнової, визначення лізоциму, фагоцитарна активність лейкоцитів, РАМ (реакція адсорбції мікроорганізмів та інші).

Про стан реактивності організму хворого свідчать і функціональні проби (пухирна, гістамінова). Проба Роттера дозволяє якісно виявити недостачу вітаміну С в організмі. Проба Шиллера-Писарева свідчить про ступінь запального процесу, її використовують і для оцінки ефективності лікування захворювань пародонта і СОПР.

Для діагностики захворювань СОПР сьогодні широко використовують інструментальні методи діагностики

Так, діаскопія дає можливість визначити характер еритеми й уточнити деталі елементів ураження. Стоматоскопія дає змогу конкретизувати клінічний діагноз на ранніх стадіях розвитку патологічного процесу.

Проведення за допомогою фотодіаскопа (фотостоматоскопія) дозволяє документувати осередки ураження СО.

Люмінесцентне дослідження дає більш докладнішу інформацію про зону ураження, особливо при захворюваннях, що супроводжуються зроговінням епітелію. Здорова СО відсвічує блідо-синювато-фіолетовим кольором.

Для діагностики передпухлинних захворювань широко використовують флюоресцентну біомікроскопію, особливо конкретну флюоресцентну біомікроскопію (КФБ). Визначення електролітних потенціалів у порожнині рота дає можливість діагностувати гальванізм. Величина електропотенціалів у ротовій порожнині в нормі за відсутності в порожнині рота металевих включень дорівнює 2-5 мкВ.

Аналіз і синтез отриманих суб'єктивних і об'єктивних даних, як правило, через систему диференційного діагнозу допомагає з'ясувати остаточний діагноз хворого. Але слід пам'ятати, що в окремих випадках є необхідність звертатися за консультацією до інших спеціалістів (дерматовенеролога, гастроентеролога, гематолога, інфекціоніста, алерголога та ін.).

6. Матеріали для самоконтролю.

А. Тести.

Тест 1. За допомогою чого лікар проводить об'єктивне обстеження?

- A. За допомогою інструментів
- B. За допомогою своїх органів чуття: зору, слуху, нюху, дотику
- C. За допомогою апаратури
- D. За допомогою фізичних факторів
- E. За допомогою інших лікарів

Тест 2. Хворий був направлений до стоматолога ендокринологом. Які скарги допоможуть припустити цукровий діабет?

- A. На сухість шкіри та множинні крововиливи
- B. На швидку стомлюваність і біль в горлі
- C. На свербіж шкіри та слизових оболонок
- D. На постійну спрагу і сухість шкіри
- E. На знижене відчуття смаку та блідість слизової рота

Тест 3. Після накладання джгута у досліджуваного спостерігаються точкові крововиливи на поверхні передпліччя (15 штук). З порушенням функції яких клітин крові це пов'язано?

- A. Еритроцитів
- B. Нейтрофілів
- C. Базофілів
- D. Тромбоцитів
- E. Макрофагів

Тест 4. Клінічні дослідження крові необхідно проводити натщесерце і вранці. Зміни яких компонентів периферичної крові можливі, якщо здійснити забір крові після вживання їжі?

- A. Збільшення білків плазми
- B. Збільшення числа лейкоцитів
- C. Збільшення числа еритроцитів
- D. Зниження числа еритроцитів
- E. Зниження числа тромбоцитів

Тест 5. Пухир – це:

- A. Порожнинне утворення, розміром більше 5 мм, заповнене ексудатом
- B. Порожнинне утворення, внутрішньо епітеліальне, заповнене серозним ексудатом
- C. Різко виражений обмежений набряк власне слизової оболонки
- D. Дегенеративні зміни клітин шиповидного шару, що супроводжуються розплавленням міжклітинних цитоплазматичних зв'язків
- E. Порожнинне утворення, яке має епітеліальну вистилку

Тест 6. Дайте визначення ерозії:

- A. Пошкодження слизової оболонки в межах епітелію, яке розвивається після розкриття міхурчика, міхура, на місці папули.
- B. Пошкодження шкіри внаслідок травми, рубцювання після загоєння.
- C. Пошкодження слизової оболонки внаслідок травми, загоюється без рубцювання.
- D. Пошкодження слизової оболонки в межах особисто слизового шару.
- E. Пошкодження слизової оболонки порожнини рота в межах підслизового шару.

Тест 7. Дайте визначення афти:

- A. Розітнутий міхурок з гіперемійованим обідком.
- B. Ерозія овальної форми, вкрита фібринозним нальотом, з обідком гіперемії.
- C. Розрішення міхура з залишками його покришки.
- D. Це порушення цілісності епітелію слизової оболонки порожнини рота полігональної форми.
- E. Виразкове ураження слизової оболонки порожнини рота, оточене віночком гіперемії.

Тест 8. У хворої 68 років на слизовій оболонці щік при огляді спостерігаються без порожнинні елементи ураження, що виступають над її поверхнею напівкруглої форми діаметром 3-4 мм. Це –

- A. Вузол
- B. Вузлик
- C. Горбик

D. Пухирець

E. Кіста

Тест 9. Хворий на цукровий діабет, 37 років, знаходиться на диспансерному обліку у стоматолога. Під час загострення захворювання звернувся до лікаря. Виявлений пародонтальний абсцес в ділянці 45,46 зубів. Що потрібно зробити перед призначенням антибіотикотерапії?

A. Визначити чутливість мікрофлори

B. З'ясувати алергологічний анамнез

C. Проконсультувати у імунолога

D. Провести професійну гігієну порожнини рота

E. Призначити протигрибкові засоби

Тест 10. Хвора В., 62 років, звернулась зі скаргами на нездужання, підвищення температури тіла до 38,20 С, нападоподібний біль і висипання на шкірі та СОПР справа. Об'єктивно на шкірі обличчя і гіперемійованій СОПР по ходу гілок трійчастого нерва – множинні везикули. Регіонарний лімфаденіт. Яка подальша еволюція елементів ураження на СОПР?

A. Лусочка

B. Виразка

C. Тріщина

D. Рубці

E. Ерозії

Задачі.

Задача 1. Хвора 50 років скаржиться на появу невеликих виразок в порожнині рота. Об'єктивно: на м'якому піднебінні, на щоках в дистальному відділі, на губах, яснах на видимо незміненій слизовій оболонці наявні ерозії, по їх краям — уривки пухирів. Який додатковий метод дослідження слід призначити?

A. Біохімічний

B. Цитологічний

C. Функціональні

D. Діаскопію

E. Алергологічні проби

Задача 2. Пацієнт В., 43 років, після перенесеного гострого респіраторного захворювання скаржиться на загальну слабкість, інтенсивний біль в яснах, їх кровоточивість, неприємний запах з рота. Об'єктивно: збільшення і болючість підщелепних лімфовузлів, ясна гіперемійовані, набряклі, спостерігаються численні виразкові вогнища, покриті сірим нальотом. Які додаткові методи обстеження слід призначити?

A. Бактеріоскопія зішкряба з уражених ділянок ясен, клінічний аналіз крові

B. Клінічний аналіз крові, імунологічне дослідження

C. Рентгенографія ясен, клінічний аналіз крові

- D. Аналіз крові на цукор, цитологічне дослідження
- E. Біохімічний аналіз крові, цитологічне дослідження

Задача 3. Хвора 26 років скаржиться на підвищення температури до 38°C, болісне ковтання, запах із рота, кровоточивість ясен. Хворіє на ревматизм, приймає бутадіон, амідопірин. Об'єктивно: слизова оболонка ротової порожнини бліда, геморагії, ділянки некрозу на мигдаликах і по ясеневому краю в ділянці жувальних зубів зліва. Лімфовузли збільшені, безболісні. Яка зміна в аналізі крові даного хворого буде найбільш імовірною? Консультацію якого лікаря слід призначити?

- A. Лейкоцитоз. Терапевта
- B. Підвищена ШОЄ. Алерголога
- C. Лейкопенія. Гематолога
- D. Агранулоцитоз. Гематолога
- E. Еритропенія. Алерголога

Задача 4. Чоловік 27 років скаржиться на наявність порожнини в зубі на нижній щелепі зліва, короткочасні болі при прийомі холодної і солодкої їжі. Об'єктивно: гострий глибокий карієс 36. На слизовій оболонці м'якого піднебіння, язика на незмінному фоні 4 папули, безболісні при доторкуванні. Призначте додатковий метод обстеження.

- A. Аналіз крові клінічний, цитологічне дослідження
- B. Аналіз крові біохімічний, діаскопія
- C. Аналіз крові клінічний, люмінесцентне дослідження
- D. Моноцитограма, імуноферментний аналіз
- E. Аналіз крові на RW, бактеріологічне обстеження

Задача 5. Чоловік Л., 50 років, скаржиться на наявність «виразочки» на слизовій оболонці під'язикової ділянки. При патоморфологічному дослідженні біоптату визначено: поліморфізм клітин шипоподібного шару аж до атиpii, збільшення кількості мітозів, гігантські та багатоядерні клітини, акантоз, гіпер- та паракератоз, але базальна мембрана та базальний шар збережені. Який найбільш імовірний патологічний процес?

- A. Пухлинний
- B. Запальний
- C. Дистрофічний
- D. Дистрофічно-запальний
- E. Дискератоз

Задача 6. Після лабораторного обстеження хворого Ш., 27 р., з часто рецидивуючими вірусними, бактеріальними і грибовими опортуністичними інфекціями встановлено діагноз „ВІЛ-інфекція». Результати якого дослідження дозволили встановити такий діагноз?

- A. Імуноферментний аналіз
- B. Реакція зв'язування комплементу

- C. Реакція гальмування гемаглютинації
- D. Реакція пасивної гемаглютинації
- E. Реакція преципітації в гелі

Задача 7. Хвора Ф., 26 років, звернулася зі скаргами на набряк вії, губ, щік, свербіння шкіри обличчя та всього тіла. Захворювання почалося раптово, через 5 хвилин після контакту з кішкою. Після обстеження встановлено попередній діагноз – набряк Квінке. Які дослідження необхідно провести для встановлення остаточного діагнозу?

- A. Проби *in vitro* для встановлення алергену
- B. Проби *in vivo*
- C. Бактеріологічні
- D. Біохімічні
- E. Алергічні

Задача 8. Пацієнт 25 років скаржиться на біль в яснах, неприємний запах з рота, підвищене слиновиділення. Чоловік проходив лікування з приводу сифілісу. Об'єктивно: ясна синювато-чорного кольору, є виразки, ясенні кишені, пальпація болісна. Визначено діагноз — вісмутовий гінгівіт. На підставі яких даних поставлено діагноз?

- A. Скарги
- B. Анамнез захворювання
- C. Анамнез життя
- D. Пальпація ясен
- E. Огляд

Задача 9. У хворого 37 років виявлено вогнища некрозу вздовж ясенного краю обох щелеп. Протягом останнього місяця відмічає слабкість, підвищення температури тіла до 37,5 С, проноси, зниження ваги на 15 кг. Шкіра обличчя з сірим відтінком. Підщелепні та шийні лімфовузли збільшені, безболісні. У лікаря виникла підозра на ВІЛ-інфекцію. На підставі яких даних поставлений попередній діагноз?

- A. Скарги
- B. Загальний огляд
- C. Анамнез життя
- D. Клінічні методи
- E. Огляд порожнини рота

Задача 10. Пацієнту з генералізованим пародонтитом стоматолог призначив комплекс препаратів для загального і місцевого лікування. Через декілька днів хворий став скаржитися на свербіння і печіння в порожнині рота та на висипання в порожнині рота і на шкірі. Яку помилку допустив лікар при проведенні обстеження хворого?

- A. Не визначено чутливість мікрофлори
- B. Не призначено протигрибкові засоби
- C. Не проконсультовано у імунолога

- D. Не проведено професійну гігієну порожнини рота
- E. Не з'ясовано алергологічний анамнез

7. Література

Основна

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / За ред. Анатолія Ніколішина – Вид.2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – С. 94-141.
2. Терапевтична стоматологія: підручник у 2 т. / [А.К. Ніколішин, В.М. Ждан, А.В. Борисенко та ін.] / За редакцією А.К. Ніколішина. – Т.1. – Вид. 2. – Полтава: Дивосвіт, 2007. – С. 90-134.
3. Данилевський М.Ф. Терапевтична стоматологія: підручник: У 4 т.- Т. 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф.Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Антоненко М.Ю. та ін.. – К. : Медицина, 2010. – С. 57-97.

Додаткова

1. Данилевський М.Ф., Несин О.Ф., Рахній Т.І. Захворювання слизової оболонки порожнини рота. - К., 1998. - 408с.
2. Боровский ЕВ, Данилевский Н.Ф. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта. -М., 1991. -287с.
3. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. /Под ред. Боровского Е.В., Машкиллесона А.Л. - М., 1998. - 294с.
4. Терапевтическая стоматология /Под ред. ЕВ.Боровского. - М., 1997.- 544с.
5. Терапевтическая стоматология: Учебник /Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. /Под ред. Боровского Е.В., Максимовского Ю.М., 1998. -736с.
6. Грохольский А.П., Заксон М.П., Корбелецкий И.И., Сердюков ВИ. Врачебные ошибки в стоматологии. - К., 1994. - 221с.
7. Заболевания слизистой оболочки полости рта: Учебное пособие /Под ред. Лукиных Л.И. - Н.-Новгород, 1993.- 212с.
8. Максименко П.Т., Кастелли О.Ю., Скрипникова Т.П. Болезни слизистой оболочки полости рта. - К., 1998. - 186с.
9. Яковлева В.И., Трофимова Е.К., Давидович Т.П., Просверьяк Г.И. Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний. - Минск, 1994. - 494с.
10. Василенко В.Х., Гребасова АЛ. Пропедевтика внутренних болезней. - М., 1989.- С.20-56.
11. Кравченко В.Г. Шкірні та венеричні хвороби. Підручник. - К., 1995. -301с.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 11</i>	Первинні ураження слизової оболонки порожнини рота
<i>Тема заняття № 5</i>	Травматичні ураження слизової оболонки порожнини рота (механічна, хімічна, фізична травми). Променеві ураження, гальванізм. Причини, патогенез, клініка, діагностика, лікування, профілактика.
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

1. Актуальність теми

Слизова оболонка порожнини рота постійно контактує із зовнішнім середовищем, а також підлягає дії різноманітних механічних, термічних, хімічних та фізичних чинників. Якщо ці чинники невеликі по силі дії, то слизова оболонка порожнини рота не змінюється. Однак при більш сильній дії на СОПР можуть виникнути патологічні зміни. Знання етіології, механізмів розвитку та клінічних проявів травм слизової оболонки порожнини рота буде сприяти підвищенню якості діагностики, лікування та профілактики травматичних стоматитів.

2. Конкретні цілі

1. Знати етіологію і патогенез первинних травматичних стоматитів.
2. Клінічні прояви механічних травм, хімічних пошкоджень, термічних травм, та уражень СОПР при променевої терапії щелепно-лицевої ділянки.
3. Знати принципи лікування та профілактики травматичних стоматитів.
4. Вміти провести обстеження хворого із травматичним стоматитом.
5. Вміти обґрунтувати та скласти план лікування хворого в залежності від причини виникнення травматичного стоматиту
6. Вміти провести усунення травмуючих чинників.
7. Вміти застосувати лікарські речовини для лікування травматичного стоматиту.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
Анатомія, гістологія	Вміти визначати нормальні анатомічні утворення та особливості їх будови
Патофізіологія	Знати патогенез гострого та хронічного запалення
Пропедевтика терапевтичної стоматології	Провести обстеження хворого із захворюваннями СОПР
Коагуляційний некроз	Що виникає в результаті опіку кислотами
Колікваційний некроз	Що виникає в результаті опіку лугами
Радіомукозит (вогнищевий або зливний плівчастий)	Ураження СОПР внаслідок променевої терапії новоутворень щелепно-лицевої ділянки

4.2. Теоретичні питання до заняття

1. Визначте поняття „первинні стоматити”.
2. Назвіть етіологічні чинники та патогенез первинних травматичних стоматитів.
3. Назвіть клінічні прояви механічних травм СОПР.
4. Визначте методи діагностики та лікування механічних травм СОПР.
5. Назвіть клінічні прояви термічних та електричних ушкоджень СОПР.
6. Визначте методи діагностики і лікування термічних та електричних ушкоджень СОПР.

7. Назвіть клінічні прояви променевого ураження СОПР.
8. Визначте методи діагностики і лікування променевого ураження СОПР.
9. Вкажіть заходи профілактики травматичних стоматитів.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті

1. Провести клінічне обстеження хворого з травматичним ураженням СОПР.
2. Призначити додаткові методи обстеження хворому з травмою СОПР.
3. Провести диференційну діагностику та поставити діагноз травматичного стоматиту.
4. Скласти план лікування хворого з травматичним ураженням СОПР.
5. Провести профілактичні заходи для попередження виникнення травм СОПР.
6. Заповнити амбулаторну картку стоматологічного хворого.

5. Зміст теми

Під **первинними травматичними стоматитами** слід розуміти запальні хвороби, етіологічний чинник яких діє безпосередньо на слизову оболонку порожнини рота. Різноманітність клініко-морфологічних ознак цієї групи стоматитів залежить від характеру подразника, його сили, тривалості дії, стану реактивності організму, місцевого імунітету СОПР та індивідуальних особливостей будови слизової оболонки порожнини рота.

Виділяють такі види травматичних чинників: механічні, хімічні (дія луг та кислот), термічні (вплив високих та низьких температур), електричні, променеві (при терапії новоутворень щелепно-лицевої ділянки).

За формою травматичний стоматит може бути катаральним, ерозивним та виразковим, за перебігом – гострим та хронічним, за ступенем тяжкості – легким, середнім та важким. В залежності від травмуючого чинника та місця його дії ставлять діагноз: декубітальна виразка СОПР, термічний, хімічний, електричний, променевий стоматит.

Гостра механічна травма СО виникає при прикушуванні, ударі чи пораненні різними предметами. Найчастіше ушкоджується СО язика, губ, щік по лінії змикання зубів. При цьому спочатку з'являється біль, а на місці травми може утворитися гематома, екскоріація, ерозія або виразка. Часто їх розміри, форма і локалізація співпадають з видом травмуючого агента. Гематоми, екскоріації та ерозії за 1-3 доби швидко зникають, але при вторинному інфікуванні можуть перетворитися у виразки, які довго не загоюються.

Хронічна механічна травма СО трапляється досить часто. Вона може бути спричинена гострими краями зубів, патологією прикусу, неякісно виготовленими ортопедичними та ортодонтичними конструкціями, зубним каменем та шкідливими звичками. Частіше це буває у людей похилого віку, тому що в них знижений тургор СО, занижена висота прикусу внаслідок патологічного стирання зубів, їх відсутності або зміщення. Хворі не відразу

скаржаться на біль, але з часом з'являється відчуття дискомфорту і болю, припухлість, часте прикушування чи наявність виразки. При огляді СО може спостерігатися катаральне запалення (набряк, гіперемія), порушення цілісності (ерозія, виразка), проліферативні зміни (папіломатоз піднебіння), підвищення ороговіння (лейкоплакія). Поряд з механічною травмою СО підлягає дії мікрофлори, яка впливає на клінічну картину стоматиту.

Слід приділити увагу особливостям клінічних проявів виразки, яка виникає від тривалої дії механічної травми і називається *декубітальною*. Локалізується вона, в основному, на бічній поверхні язика, слизовій оболонці губ, щік по лінії змикання зубів, а також у межах протезного ложа. Як правило, вона поодинокі, болюча, оточена запальним інфільтратом, краї гіперемійовані, болючі при пальпації, дно вкрите фібринозним нальотом. Глибина може досягати м'язового шару. Регіонарні лімфовузли збільшені, болючі при пальпації. Декубітальна виразка може ускладнюватися фузоспірохетозом або кандидозом, а при тривалості 2-3 міс. може малігнізуватися. Декубітальну виразку необхідно диференціювати з раковою виразкою, трофічною, міліарно-виразковим туберкульозом, твердим шанкром. Для декубітальної виразки характерні наявність подразнюючого чинника, болючість ділянки ураження, існування запального інфільтрату, відсутність специфічних змін при цитологічному дослідженні. Після усунення травмуючого чинника, як правило, за 5-6 днів виразка загоюється.

Лікування гострих травматичних стоматитів включає усунення чинника, обробку СОПР антисептиками (фурацилін, етоній, 1% р-н перекису водню, відвар листків шавлії, ромашки, ротокан, 1% р-н цитралю та ін.), призначення штучного лізоциму, а при наявності ерозій – аплікації кератопластичних засобів (3,44% р-н ретинолу ацетату, аекол, каротолін, вінілін та ін.).

Якщо виразки інфіковані, вкриті нальотом, мають інфільтрат, то для лікування застосовують протеолітичні ферменти у поєднанні з антисептичними засобами або антибіотиками, а з появою чистих грануляцій – препарати, що поліпшують репаративні властивості тканин (метацил, солкосерил та інші кератопластики).

Лікування хронічних механічних травм СОПР передбачає обов'язкове усунення травмуючого агента, обробку виразки і порожнини рота антисептиками, протеолітичними ферментами, препаратами, що стимулюють епітелізацію (масляний розчин вітамінів А і Е, олія шипшини, обліпихи, солкосерил, актовегін, метилурацил, сік каланхое). *Припікаючі препарати застосовувати категорично заборонено!*

Профілактика травматичних уражень полягає в усуненні всіх подразнюючих чинників та своєчасній санації порожнини рота.

Хімічні травми СОПР виникають у разі потрапляння на слизову оболонку хімічних речовин досить високої концентрації. Найчастіше це буває при помилковому застосуванні їх у побуті, на виробництві, при спробі самогубства, під час прийому у стоматолога. Опіки виникають при контакті з

кислотами, лугами, застосуванні миш'яковистої пасти, фенолу, формаліну, нітрату срібла.

Опік кислотами призводить до виникнення коагуляційного некрозу – щільної плівки, яка має характерний колір: при опіку сірчаною кислотою – бурий, азотною – жовтий, іншими кислотами – сіро-білуватий. Навколо плівки спостерігаються значно виражені явища запалення з набряком і гіперемією.

Опік лугами призводить до колікваційного некрозу СО без утворення щільної плівки. Від дії лугів ураження більш глибоке, ніж при опіках кислотами, і може захоплювати всі шари СО. Після відторгнення некротизованих тканин оголюються болючі ерозивні чи виразкові поверхні, які загоюються дуже повільно.

Лікування хімічної травми передбачає усунення хімічної речовини, промивання ротової порожнини слабким розчином антидоту. При кислотних опіках можна використовувати мильну воду, палену магнезію, 0,1% р-н нашатирного спирту (15 крапель на 1 склянку води). Луги нейтралізують 0,5% р-ном оцтової або лимонної кислоти, а також 0,1% р-ном хлористоводневої кислоти (10 крапель на 1 склянку води), чим зупиняють подальше проникнення хімічної речовини в тканини. При опіках нітратом срібла місце ураження обробляють 2-3% р-ном хлориду натрію або р-ном Люголя, а при ураженні фенолом – рициновою олією чи 50% етиловим спиртом. Далі призначають знеболюючі засоби, антисептичні препарати та кератопластики (5% метилурацилова мазь, мазі левоміколь, левосин, аерозолі гіпозоль, левовінізол, оксіциклозол, пантенол та інші).

Фізична травма виникає від дії високих та низьких температур, ураження електричним струмом (опіки, гальваноз) та променевого ураження (при локальному впливі великих доз іонізуючого випромінювання).

Під дією гарячої води чи пари виникає гострий катаральний стоматит, який супроводжується болем, гіперемією СОПР, мацерацією епітелію. При сильному опіку епітелій злущується великими шарами або виникають пухирі, а потім поширені ерозії чи поверхневі виразки. При приєднанні вторинної інфекції перебіг стоматиту ускладнюється. В лікуванні застосовують місцеві анестетики, протизапальні, протимікробні та кератопластичні препарати.

Вплив низьких температур можливий при кріотерапії та кріодеструкції захворювань СОПР. При цьому в осередку втручання одразу виникає різке локальне катаральне запалення, яке через 1-2 доби переходить в некроз. У післяопераційний період з перших годин після кріодеструкції призначають ротові ванночки чи полоскання антисептиками, а з розвитком некрозу проводять лікування, як при виразково-некротичному стоматиті.

При наявності металевих включень в порожнині рота можливе таке явище, як *гальваноз*. Це патологічні зміни місцевого і загального характеру, що з'являються внаслідок електрохімічної взаємодії між металевими включеннями в порожнині рота. При гальванозі хворі скаржаться на металевий присмак у роті, спотворення смакових відчуттів, печію та біль в

язиці, щоках, сухість або гіперсалівацію, легку подразливість, слабкість, головний біль.

Гальванічні струми можуть викликати гіперкератоз або опіки окремих ділянок СОПР, які клінічно проявляються катаральним чи ерозивно-виразковим стоматитом з локалізацією на кінчику та бічних поверхнях язика, щоках по лінії змикання зубів, слизовій губ, піднебіння.

Для встановлення діагнозу „гальваноз” необхідна наявність 5 критеріїв:

- 1) скарги хворого на металевий присмак у роті;
- 2) більша виразність суб’єктивних симптомів вранці і збереження їх протягом дня;
- 3) наявність у порожнині рота 2-х металевих включень і більше;
- 4) визначення різниці потенціалів між включеннями;
- 5) поліпшення самопочуття хворого після видалення протезів з порожнини рота.

Лікування полягає у видаленні з порожнини рота протезів та пломб з неоднорідних металів, застосуванні протизапальних та антисептичних засобів, анестетиків та кератопластиків.

Променевий стоматит виникає у людей, яким проводять променеву терапію новоутворень щелепно-лицевої ділянки. Хворі скаржаться на постійно зростаючу сухість в порожнині рота та втрату смакових відчуттів, а також поколювання, іноді печію в кінчику язика. При об’єктивному обстеженні має місце гіперемія та набряк слизової оболонки щік, дна порожнини рота, м’якого піднебіння, потім вони внаслідок ороговіння мутніють, нагадують картину лейкоплакії. При подальшому опромінюванні відбувається вогнищеве відторгнення зроговілого епітелію, з’являються ерозії, вкриті клейким некротичним нальотом – *вогнищевий плівчастий радіомукозит*. Якщо він поширюється на інші ділянки та зливається, виникає *зливний плівчастий радіомукозит*.

Розвиток процесу ускладнюється ураженням слинних залоз. В перші 3-5 діб слиновиділення посилене, а потім настає стійка гіпосалівація. Через 12-14 діб розвивається ксеростомія, дисфагія та дісгевзія. Променеві ураження набувають зворотнього розвитку через 2-3 тижні.

В профілактиці променевих стоматитів важливе значення має санація порожнини рота. Не пізніше 3-5 діб до початку променевої терапії проводять видалення рухомих і зруйнованих зубів з хронічними вогнищами, видалення зубного каменю, кюретаж пародонтальних кишень, пломбування каріозних порожнин. Знімають металеві протези та замінюють амальгамові пломби на композитні чи цементні.

При початкових проявах променевого стоматиту призначають полоскання порожнини рота 1% р-ном перекису водню, фурациліном (1:5000), 2% р-ном борної кислоти, ротоканом та іншими антисептиками. У розпалі захворювання використовують місцеві анестетики, кератопластичні препарати.

6. Матеріали для самоконтролю

А. Питання для самоконтролю

1. Визначте поняття „первинні стоматити“.
2. Назвіть етіологічні чинники та патогенез первинних травматичних стоматитів.
3. Назвіть клінічні прояви механічних травм СОПР.
4. Визначте методи діагностики та лікування механічних травм СОПР.
5. Назвіть клінічні прояви термічних та електричних ушкоджень СОПР.
6. Визначте методи діагностики і лікування термічних та електричних ушкоджень СОПР.
7. Назвіть клінічні прояви променевого ураження СОПР.
8. Визначте методи діагностики і лікування променевого ураження СОПР.
9. Вкажіть заходи профілактики травматичних стоматитів.

Б. Тести для самоконтролю

1. Визначте, як називається виразка, що виникає на СОПР від дії хронічної механічної травми:
 - A. Трофічна
 - B. Ракова
 - C. Декубітальна
 - D. Твердий шанкер
 - E. Туберкульозна
2. Виберіть та вкажіть медикаментозний препарат, який використовують в стоматології для нейтралізації миш'яквистої кислоти:
 - A. 0,5% р-н лимонної кислоти
 - B. 3-5% р-н хлориду натрію
 - C. 0,1% р-н нашатирного спирту
 - D. 5% р-н унітіолу
 - E. 0,1% р-н соляної кислоти
3. Виберіть та вкажіть медикаментозні препарати, які необхідно застосувати при опіках лугами:
 - A. 0,5% р-н лимонної кислоти
 - B. 0,1% р-н нашатирного спирту
 - C. 5% р-н унітіолу
 - D. Р-н Люголю
 - E. 0,5% р-н оцтової кислоти
4. Під час профілактичного огляду у юнака на СО щоки по лінії змикання зубів виявлені нашарування сіро-білого кольору, які не знімаються. Слизова злегка гіперемована, безболісна при пальпації. Юнак емоційно неврівноважений, закушує щоки. Який найбільш імовірний діагноз?
 - A. Червоний плескатий лишай;

- В. М'яка форма лейкоплакії
- С. Кандидозний стоматит
- Д. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит
- Е. Багатоформна ексудативна еритема

5. Які симптоми не характерні для проявів гальванозу в порожнині рота?

- А. Скарги хворого на металевий присмак у роті
- В. Наявність у порожнині рота мікротоків 8-10 мкА
- С. Наявність у порожнині рота 2-х металевих включень
- Д. Блідо-рожевий колір слизової оболонки
- Е. Поліпшення самопочуття після видалення протезів

6. Для прискорення загоєння травматичної виразки на СОПР хворому призначено лікарський препарат, що містить термостабільний білок, який є фактором природної резистентності організму. Вкажіть цей препарат:

- А. Імудон
- В. Імунал
- С. Лізак
- Д. Бібіформ
- Е. Хлоргексидин

7. Чоловік 56 років скаржиться на біль при вживанні їжі. При огляді □ на боковій поверхні язика виразка розміром 0,3×0,8 см. Неякісний мостоподібний протез від 25 до 27 зубів травмує язик. Яка першочергова дія лікаря?

- А. Термінове зняття мостоподібного протезу
- В. Змастити поверхню язика розчином анестетика
- С. Змастити язик розчином ретинолу
- Д. Провести корекцію протезу
- Е. Лікування не потребує

8. У хворого С., 18 років, після проведення трансканального електрофорезу 46 з 5 % р-ном йоду на слизовій оболонці піднебіння з'явилось ураження штрихоподібної форми з білувато-сірою поверхнею. Вкажіть на імовірну причину ураження:

- А. Хімічна травма
- В. Механічна травма
- С. Електротравма
- Д. Фізична травма
- Е. Променева травма

9. Виберіть та вкажіть, які зміни на СОПР будуть спостерігатися при променевій терапії щелепно-лицевої ділянки:

- A. Утворення дрібних везикул
- B. Плівчастий радіомукозит
- C. Катаральне запалення
- D. Утворення дрібних зроговіваючих папул
- E. Твердий шенкер

10. Хворий М., 63 років, скаржиться на біль та наявність виразки у порожнині рота. Протягом 12 років користується частковим знімним протезом на нижній щелепі. ПІ=2,9 балів. Після обстеження лікарем-стоматологом встановлений діагноз: декубільна виразка дна порожнини рота. Виберіть етіотропне лікування:

- A. Корекція старого протезу
- B. Проведення курсу антибіотикотерапії
- C. Проведення фізіотерапевтичних процедур
- D. Призначення кератопластиків
- E. Виготовлення нового протезу

В. Задачі для самоконтролю

1. Хворий К., 20 років, звернувся до лікаря зі скаргами на гострий самовільний біль в зубі на верхній щелепі зліва. Супутніх захворювань не відмічає. При огляді на слизовій оболонці щік у кутах рота були виявлені нашарування трикутної форми сіро-білого кольору, які не знімаються, м'які та безболісні при пальпації.

Встановіть діагноз. Визначте імовірну причину захворювання. Складіть план лікування.

2. Хворий К., 30 років, звернувся до лікаря-стоматолога зі скаргами на біль при вживанні їжі, наявність висипання на слизовій оболонці щоки зліва, головний біль. Скарги з'явилися близько місяця тому, самолікуванням не займався. Об'єктивно: обличчя симетричне, підщелепні лімфовузли зліва збільшені, болючі при пальпації. 28 зуб дистопований у щічний бік. На слизовій оболонці щоки зліва по лінії змикання зубів виявлена поодинокі, болюча виразка розміром 5×7 мм, оточена запальним інфільтратом, м'яка при пальпації.

Визначте діагноз та складіть план лікування даного хворого.

3. При огляді порожнини рота хворого М., 42 років, лікар-стоматолог виявив на верхівці ясенного сосочка в ділянці 16 зубу болючу виразку, вкриту білястим нальотом. Зі слів хворого, 2 дні тому черговим лікарем була накладена миш'яковиста паста з приводу лікування гострого пульпіту 16 зубу.

Встановіть діагноз. Призначте медикаментозні засоби. Випишіть рецепти.

4. Хвора С., 53 років, скаржиться на печію в язиці, щоках, губах, сухість в порожнині рота протягом 6 місяців. Ці відчуття вона пов'язує з постановкою металевих мостоподібних протезів.

Які методи дослідження необхідно провести для встановлення діагнозу? Складіть план лікування даної хворої.

5. Хворому Д., 67 років, при лікуванні злоякісного новоутворення після хірургічного втручання використовували рентгенівське опромінювання. Після цього з'явився набряк нижньої губи, біль, утворилися пухирі, геморагічні кірки чорного кольору.

Встановіть діагноз. Складіть план місцевого лікування ураження червоної облямівки нижньої губи.

6. Пацієнт Р., 45 років, працівник заводу ГРЛ, скаржаться на відчуття печії у роті, набряк та кровоточивість ясен, іноді появу ерозій на слизовій оболонці. При об'єктивному обстеженні виявлені металеві коронки на 4.6, 3.7 та амальгамові пломби у 4.7, 4.6.

Поставте діагноз. Вкажіть етіологічні чинники захворювання. Складіть план лікування.

7. Хворий К., 33 років, скаржиться на біль в язиці справа, що посилюється під час вживання їжі, розмови. Об'єктивно: на бічній поверхні язика, ближче до кореня, болісна виразка 0,6 см в діаметрі. Дно вкрите сірим нальотом. Коронка 4.7 зруйнована.

Встановіть діагноз.

8. При профілактичному огляді у хворого В., 49 років, на СО щоки зліва по лінії змикання зубів виявлені ділянки ороговіння білуватого кольору, які не підвищуються над рівнем слизової. На верхній щелепі частковий знімний протез із кламерною фіксацією на 25. Коронки 36, 37 зубів зруйновані, у 16 пломба із амальгами. Хворий палить.

Вкажіть найбільш імовірну причину захворювання. Складіть план лікування.

9. Для прискорення загоєння декубітальної виразки язика хворому призначено фермент, що є фактором природної резистентності організму і представляє собою термостабільний білок, який міститься у сльозах, слині, грудному молоці, а також його можна виявити у курячому яйці.

Вкажіть цей фермент. Складіть план лікування. Призначте препарати, що містять даний захисний фактор.

10. У хворої К., 65 років, відмічається відчуття печії під знімним протезом на верхній щелепі, який виготовлено 3 дні тому. При огляді виявлені гіперемія та набряк слизової оболонки відповідно до меж протезного ложа.

Вкажіть етіологічний чинник захворювання. Яка тактика лікаря-стоматолога?

7. Література

Основна

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів ІУ рівня акредитації / За ред. А.К. Ніколішина. – Вид. 2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – С. 455-460.

2. Терапевтична стоматологія: Підручник: У 4 т. – Т. 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін. – К.: Медицина, 2010. – 640 с.

Додаткова

1. Боровский Е.В., Данилевский Н.Ф. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта. – М., 1991. - 287 с.

2. Данилевський М.Ф., Мохорт М.А., Мохорт В.В. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонту. – К.: Здоров'я, 1991. – 259 с.

3. Данилевський М.Ф., Несин О.Ф., Рахній Ж.І. Захворювання слизової оболонки порожнини рота. – К., 1998. – 408 с.

4. Лукиных Л.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта, издание 2-е. –Н.Новгород, 2000. – С.20-33, 349-354

5. Максименко П.Т., Кастелли О.Ю., Скрипникова Т.П. Болезни слизистой оболочки полости рта. – К., 1998. – 186 с.

6. Терапевтическая стоматология: Учебник / Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. / под ред. Боровского Е.В., Максимовского Ю.М., 1998. – 736 с.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 11</i>	Первинні ураження слизової оболонки порожнини рота
<i>Тема заняття № 8</i>	Грибкові ураження слизової оболонки порожнини рота. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування та профілактика.
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

1. Актуальність теми.

Проблема грибкових уражень і нині залишається актуальною як з теоретичної, так із практичної точки зору. Аналіз захворюваності на грибкові інфекції, який проводила ВООЗ у промислово розвинутих країнах, вказує на продовження розповсюдження як поверхневих так і глибоких форм мікозів. Кожний четвертий мешканець планети Земля страждає на мікотичні ураження (Н.Д.Шеклаков, М.В.Милич,1970; А.А.Гонтаренко, 2003). Цьому сприяє цілий ряд причин: широке використання у сучасній медицині імунодепресантів, цитостатиків, гормональних препаратів. Антибіотиків широкого спектру дії, стимулюючих розвиток вторинних грибкових інфекцій.

Тому вивчення причин, частоти, клінічних проявів захворювань та їх сучасні методи лікування і профілактики має важливе значення для лікаря-стоматолога.

2.Конкретні цілі.

- Аналізувати передумови виникнення захворювання;
- Знати клінічні прояви уражень слизової оболонки порожнини рота, що виникають внаслідок мікотичних уражень;
- Опанувати методи забору матеріалу для лабораторної діагностики;
- Тракувати результати лабораторного обстеження;
- Скласти план комплексного лікування хворого;
- Обґрунтувати перелік призначених препаратів при лікуванні даної патології та провести терапевтичні маніпуляції.

3.Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми

(міждисциплінарна інтеграція). Назва

попередніх дисциплін

Попередні дисципліни:
- мікробіологія
- гістологія
- фармакологія
- пропедевтика тер.стом.

Внутрішньопредметна інтеграція

Знати

збудники мікозів, їх характерні властивості особливості будови СОПР фармакодинаміка лікарських засобів методи обстеження стоматологічного хворого.

елементи ураження СОПР, особливості діагностики уражень

Вміти

розпізнати збудники на мікробіологічному препараті

–
виписати рецепти, обстежити стоматологічного хворого

провести диференціальну діагностику

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття. Термін

	Визначення
1. Етіологія	Гриби роду <i>Candida</i> (7-13 видів)
2. Передумови	Дисбактеріоз, імунодефіцит, спадковість, гіповітаміноз В, хронічна патологія, вуглеводна їжа, стан порожнини рота.
3. Патогенез	Адгезія, інвазія, розмноження
4. Клініка	Гострий: псевдомембранозний атрофічний Хронічний: атрофічний гіперпластичний
5. Лікування	Загальне:антимікотики, еубіотики, гіпосенсибілізуючі адаптогени,вітаміни, імуномодулятори Місцеве: антимікотики,антисептики,барвник и, лужні розчини

4.2. Теоретичні питання до заняття.

1. Назвіть збудники мікотичних уражень.
2. Назвіть фактори патогенності грибів р. *Candida*.
3. Чим відрізняється міцелій від псевдоміцелію?
4. Які Ви знаєте передумови захворювання.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.

- 1.Оволодіти технікою забору матеріалу для лабораторного обстеження.
- 2.Провести курацію хворого з проявами грибкових уражень.
3. При опитуванні тематичного пацієнта звернути увагу на шкідливі звички, наявність стоматологічних втручань, соматичної патології та алергологічного анамнезу.
- 4.Визначити план та провести лікування хворого з грибковими ураженнями
5. Провести аналіз отриманих результатів лабораторного обстеження
6. Призначити профілактичні заходи.
7. Заповнити медичну картку амбулаторного хворого Ф- 43/О.

5. Зміст теми.

Мікози слизової оболонки порожнини рота – це хвороби, які викликають гриби-сапрофіти ротової порожнини (*Candida*, *Aspergillus*, *Penicillium*, актиноміцети тощо). У разі зниження захисних сил організму та бар'єрної функції слизової оболонки порожнини рота і розвитку дисбактеріозу ці гриби стають патогенними.

Кандидоз (Candidosis ; син. – молочниця, пліснявка, soor, truch, muguet, мікоз дріжджовий, кандидамікоз).

Етіологія. Кандидоз слизової оболонки в більшості випадків - це аутоінфекція. Гриби роду Candida, що вегетують у порожнині рота, - це умовно патогенні мікроби, а тому у виникненні кандидозної інфекції важливу роль відіграють не стільки патогенні фактори грибів, скільки стан макроорганізму.

Кандидозоносійство зустрічається у працівників кондитерських фабрик, підприємств із виготовлення безалкогольних напоїв, пива, працівників гідролізно-дріжджових підприємств.

Гострий псевдомембранозний кандидоз.

Частіше розвивається в немовлят та дітей раннього віку, ослаблених інфекційними хворобами, бронхітом, диспепсіями, а також у недоношених дітей. Гострий псевдомембранозний кандидоз рідше зустрічається в дорослих. В одних випадках він супроводжує тяжку соматичну патологію : цукровий діабет, хвороби крові, новоутвори, авітамінози. В інших випадках виникає на тлі активної антибіотикотерапії або на тлі ВІЛ - інфекції чи після радіаційного опромінення.

Дорослі хворі скаржаться на пекучість слизової оболонки порожнини рота, біль під час уживання їжі, особливо гострої, наявність нальоту. Діти, що захворіли, стають капризними, плаксивими, зазвичай відмовляються від їжі, особливо твердої, кислої, пряної.

Уражується частіше слизова оболонка язика, щік, піднебіння, губ. Слизова оболонка порожнини рота яскраво гіперемійована, суха. На тлі гіперемії утворюється наліт, що нагадує зсіле молоко. Він дещо підвищується над рівнем запаленої слизової оболонки. Колір нальоту поступово змінюється від молочно-білого до сірого та жовтуватого. Наліт на початку хвороби легко зішкрябається шпателем, під ним оголюється гладенька гіперемійована поверхня. За тяжкого перебігу осередки нашарування нальоту зливаються в суцільні пливчасті поверхні, які з часом потовщуються і поширюються на всі ділянки порожнини рота. При цьому ушкоджуються тверде і м'яке піднебіння, мигдалики, горло.

Наліт щільний, з ознаками інфільтрації прилеглих тканин. Відшарувати такий наліт нелегко, після зішкрябання під ним виявляють еритему й кровоточиві ерозії. У кутах рота утворюються мікотичні заїди – неглибокі тріщини, покриті білуватим нальотом.

Гострий атрофічний кандидоз. Розвивається за підвищеної чутливості слизової оболонки порожнини рота до грибів роду Candida.

Скарги на болючість, пекучість, сухість у порожнині рота.

Слизова оболонка полум'яно - червоного кольору, суха. Наліт відсутній чи зберігається в глибоких борознах, важко знімається і становить собою конгломерат злушеного епітелію і великої кількості грибів роду Candida на стадії активного брунькування.

У разі локалізації на спинці язика язик малиново-червоного кольору, блискучий, сухий, ниткоподібні сосочки атрофовані.

Хронічний гіперпластичний кандидоз. Частіше розвивається в людей, що вживають цитостатики, антибіотики, у хворих на туберкульоз, хвороби крові, СНІД.

Хворі скаржаться на сухість у порожнині рота, пекучість, наявності ерозій – на біль.

На гіперемійованій слизовій оболонці, частіше спинки язика, м'якого піднебіння, у кутиках рота утворюються білі бляшки, щільно спаяні з поверхнею (рис.11.5). Спочатку бляшки сірувато-білого кольору, за тривалого перебігу хвороби вони жовтіють, на них утворюються жовто-сірі плівки, щільно спаяні зі слизовою оболонкою і важко відшаровувані. Після зішкрібання нальоту під ним виявляють гіперемійовану ерозивну поверхню, що кровоточить. Регіонарні лімфатичні вузли ущільнені та болючі.

Хронічний атрофічний кандидоз. Часто трапляється в людей, які користуються знімними пластинковими протезами.

Хворі скаржаться на сухість, пекучість, біль при користуванні знімними протезами, наявність клейкого нальоту.

Ділянка слизової оболонки, що відповідає межах протезного ложа, набрякла, гіперемійована, болюча. Для цього перебігу хвороби характерні також мікотичні заїди, кандидозний атрофічний глосит. Спинка язика малиново - червоного кольору, суха, блискуча, сосочки атрофовані. Білувато - сірий наліт утворюється в невеликій кількості лише в глибоких борозенках і на бічній поверхні язика. Наліт важко відшаровується.

Мікотичні заїди (ангулярний кандидозний хейліт). Хворіють переважно люди похилого віку зі зниженою висотою прикусу (нераціональне протезування, виражена патологічна стертість твердих тканин зубів, адентія). Глибока складка в кутах рота і постійна мацерація шкіри слиною створюють сприятливі умови для розвитку кандидозної інфекції.

Хворі скаржаться на пекучість та болючість у ділянці кута рота. На огляді: в кутах рота сірі прозорі лусочки, ніжні кірочки чи наліт, який легко відшаровується і під ним виявляються сухі ерозії та тріщини. Поряд із ураженням кутів рота процес може перейти на червону облямівку губ – розвивається кандидозний хейліт.

Мікотичний глосит. Найчастіша форма хронічного кандидозу слизової оболонки порожнини рота – це глосит (87,8%). Клінічна картина хронічного кандидозного глоситу має вигляд атрофічного або ромбоподібного глоситу. Хворі скаржаться на пекучість і наявність клейкого нальоту на язиці. Різні полоскання, які пацієнти застосовують самостійно, не покращують стану. Поверхня язика, ураженого хронічним атрофічним кандидозним глоситом, яскраво-червоного кольору, гладенька. Іноді на тлі десквамації спинки язика виявляється незначний білуватий пінистий наліт. У зіскрібі виявляються клітини дріжджового гриба, що брунькуються.

Діагностики кандидозу слизової порожнини рота. Дивись методичні розробки для позааудиторної самостійної роботи.

Лікування кандидозу. Лікування кандидозу потребує індивідуального підходу з урахуванням факторів, які призвели до розвитку цієї патології, - це дозволить визначити вибір методів і засобів протигрибкової терапії. План лікування хворих із кандидозом слизової оболонки порожнини рота має охоплювати :

- загальне обстеження хворого з метою виявлення та лікування основної хвороби (лікування у відповідного фахівця - ендокринолога, гастроентеролога, терапевта);
- припинення вживання антибіотиків, сульфаніламідних, кортикостероїдних та цитостатичних препаратів, а за неможливості цього – зміну способу їх уведення з обов'язковим призначенням антимікотичних препаратів ;
- дотримання хворими дієти з відсутністю або обмеженням вуглеводів;
- призначення загальнозміцнювальних засобів – адаптогенів, біостимуляторів, полівітамінів ;
- корекцію складу мікрофлори - терапію еубіотиками (колібактерин, лактобактерин, біфідобактерин, біфікол);
- застосування імуномодуляторів ;
- антигістамінні препарати (супрастин, фенкорол, кларитин) ;
- загальне та місцеве застосування протигрибкових препаратів.

Загальне лікування.

Антимікотики полієнової групи (препарати вибору) :

ністатин по 500 00 ОД 3-4 рази за день (добова доза 1 500 000-3 000 000 ОД);

леворин по 500 000 ОД 2-4 рази за день (трансбукальні таблетки для розсмоктування в роті);

амфотерицин В (препарат токсичний) – застосовується за тяжких форм та затяжного хронічного перебігу хвороби у вигляді інгаляцій на уражену слизову оболонку порожнини рота. Розчин для інгаляції готують із розрахунку 50 000 ОД у 10 мл дистильованої води. Інгаляції проводять 1-2 рази за день протягом 15-20 хвилин.

Синтетичні протигрибкові препарати (похідні імідазолу та тріазолу) :

кетоконазол (нізорал) по 1-2 таблетки (0,2-0,4 г) за день протягом 2 тижнів, а далі по 1 таблетці за день до повного одужання;

міконазол по 0,25 - 4 рази за день .

Високу активність показали препарати нового покоління цієї групи – флуконазол (дифлюкан), орунгал, ламізіл .

Міконазол – гель призначають усередину по ½ доз.ложечки 4 рази за день (перед проковтуванням якомога довше затримати в роті).

Препарати йоду: йодистий калій 3% - 200,0 по 1 ст. л. 3-5 раз за день (запивати молоком) за хронічного перебігу.

За хронічного перебігу кандидозу слизової оболонки порожнини рота показаний курс гаммаглобуліну, введення моно- і полівалентних вакцин, автовакцин. Вакцини вводять внутрішньошкірно або внутрішньом'язово 2 рази за тиждень, курс лікування - 10 ін'єкцій.

Місцева терапія.

Лужні засоби:

2-4% розчин бури, соди, 2% розчин борної кислоти використовують для полоскання порожнини рота 2-3 рази за день, для обробки рота немовляті після кожного годування при пліснявці, для нічного зберігання знімних пластинчастих протезів.

Анілінові барвники:

1-2 % водний розчин метиленового синього, діамантового зеленого, генціанвіолету, рідину Кастеллані (фукорцин) застосовують у вигляді аплікацій та змазують уражені ділянки слизової оболонки і кутів рота.

Препарати йоду:

0,1 % розчин йодинолу, розчин Люголя для змазування кутів рота (при заїдах), для обробки порожнини рота немовлятам при пліснявці після кожного годування.

Препарати для корекції місцевого імунітету:

імудон – полівалентний антигенний комплекс , який підсилює фагоцитарну активність макрофагів, уміст у слині лізоциму, а також s Ig A (по 1 таблетці до повного розсмоктування в порожнині рота 6-8 разів за день); гексаліз, штучний лізоцим.

Противіробкові мазі :

ністатина – 1%; леворина – 5% ; декаміна – 1 %; канестену (клотримазолу) – 1 %; ламізілу - 1 %, мікогептину – 0,15 %, амфотерицину В – 0,3 %, дермозолон – 0,5 %. Призначають у вигляді аплікацій на уражені ділянки слизової оболонки порожнини рота, змащування внутрішньої поверхні знімного протеза при мікотичному палатиніті. Курс лікування - 6-14 днів із подальшим бактеріологічним контролем. За необхідності курс лікування продовжують, замінивши протикандидозні засоби.

Препарати природного походження і лікарських рослин :

4 % прополіс, 1 % юглон, 1- % водний розчин сангвіритрину, 2 % настоянка чистотілу, 1 % розчин новоіманіну, 0,2 % розчин гордоциду, 1 % розчин цитралю – призначають у вигляді ротових ванночок, аплікацій, полоскань 3-4 рази за день.

6. Додатки.

А. Тести для самоконтролю.

1. Що з нижче перерахованого є сприятливими чинниками в розвитку гострого псевдомембранозного кандидозного стоматиту?

- A. Прийом антибіотиків
- B. Зубні нашарування

- C. Гіповітаміноз С
- D. Цукровий діабет
- E. Оклюзійна травма

2. Перелічити симптоми характерні для гострого псевдомембранозного кандидозного стоматиту?

- A. Апечія, сухість

- В. Біль при прийомі їжі
- С. Наліт у вигляді зсілого молока
- Д. Полум'яно-червона СОПР
- Е. Все вище перераховане

3. Перелічити симптоми характерні для гострого атрофічного кандидозного стоматиту?

- А. Печія, сухість
- В. Біль при прийомі їжі
- С. Наліт у вигляді зсілого молока
- Д. Полум'яно-червона СОПР
- Е. Відсутність нальоту

4. Перелічити симптоми характерні для хронічного атрофічного кандидозного стоматиту?

- А. Печія, сухість
- В. Порушення загального стану
- С. Атрофія сосочків язика
- Д. Жовтуватий наліт на язиці
- Е. Відсутність нальоту

5. Перелічити симптоми характерні для хронічного гіперпластичного кандидозного стоматиту?

- А. Печія, сухість
- В. Порушення загального стану
- С. Атрофія сосочків язика
- Д. Жовтуватий наліт на язиці
- Е. Відсутність нальоту

6. Назвіть характерні зони ураження при хронічному атрофічному кандидозному стоматиті?

- А. Язик
- В. Щоки
- С. Кути рота
- Д. Дно порожнини рота
- Е. Протезне ложе

7. Назвіть препарат, який доцільно використовувати в комплексному лікуванні кандидозного стоматита?

- А. Клотримазол
- В. Метронідазол
- С. Амізон
- Д. Левоміколь
- Е. Левосін

8. Яку зубну пасту слід рекомендувати хворим на кандидоз?

- A. «Ягідка»
- B. «Лісний бальзам»
- C. «Жемчуг»
- D. «Лакалут»
- E. «Аквафреш»

9. Які препарати для корекції місцевого імунітету доцільно використовувати при лікуванні хворих на кандидоз ?

- A. Ібупрофен
- B. Імудон
- C. Левомеколь
- D. Лоратодин
- E. Аскорутин

10. З яких етапів складається патогенез кандидозу?

- A. Адгезія
- B. Інкубація
- C. Інвазія
- D. Розмноження
- E. Інгібіція

Б. Задачі для самоконтролю.

Задача 1. Хвора З., скаржиться на печію в порожнині рота, болісність прийому їжі. Відчуття з'явилися 3-4 місяця тому. Хвора страждає цукровим діабетом. Об'єктивно : слизова оболонка порожнини рота яскраво червоного кольору, суха. На спинці язика відмічається незначна кількість сіруватого нальоту. Визначте попередній діагноз?

Задача 2. Хворому 51 рік, страждає на підшкірну форму актиномікозу підщелепної ділянки зліва. Назвіть препарати для специфічної імунотерапії.

Задача 3. Хворий К., 24 років, скаржиться на біль, печію, сухість в роті протягом 4-х діб після прийому тетрацикліну. Слизова щік, піднебіння, язика яскраво-червоного кольору, суха. Спостерігаються нашарування білуватого кольору у вигляді молока чи сиру, наліт легко знімається, підлегла слизова оболонка гладенька, гіперемійована. Загальний стан не порушений. Які додаткові методи обстеження необхідно провести в даному випадку ?

Задача 4. Хвора К. 78 років скаржаться на пекучість та болючість у ділянці кута рота. Об'єктивно: в кутах рота сірі прозорі лусочки, які легко відшаровуються і під ними виявляються сухі ерозії та тріщини. Хвора користується повними знімними протезами на верхню та нижню щелепи. Нижня третина обличчя укорочена. Який попередній діагноз?

Задача 5. Хвора М. 55 років після перенесеного ГРВІ та прийому антибіотиків почала скаржитись на сухість в порожнині рота, відчуття печії. Об'єктивно: слизова щік, піднебіння , язика яскраво-червоного кольору, суха. Які додаткові методи дослідження слід призначити для уточнення діагнозу?

Задача 6. Хворий П. 65 років скаржиться на болючість, пекучість, сухість у порожнині рота. Щойно пройшла курс хіміотерапії. Слизова оболонка полум'яно - червоного кольору, суха. Наліт відсутній чи зберігається в глибоких борознах, важко знімається.

Який попередній діагноз?

Задача 7. При додатковому обстеженні хворого П. в результатах мікробіологічного обстеження мазка було виявлено велику кількість грибів роду *Candida* на стадії активного брунькування. Для якого перебігу захворювання характерні дані зміни?

Задача 8. Хворий К., 35 років, скаржиться на біль, печію, сухість в роті. Слизова щік, піднебіння, язика яскраво-червоного кольору, суха. Спостерігаються нашарування білуватого наліту, який легко знімається, підлегла слизова оболонка гладенька, гіперемійована. Загальний стан не порушений. Перерахуйте загальні принципи лікування.

Задача 9. Хвора В. 66 років скаржаться на сухість і пекучість у порожнині рота. Страждає на цукровий діабет. Об'єктивно: на гіперемійованій слизовій оболонці язика жовто-сірі плівки, щільно спаяні з поверхнею. Після зшкрябування нальоту під ним виявляють гіперемійовану ерозивну поверхню, що кровоточить. Регіонарні лімфатичні вузли ущільнені та болючі. Поставте попередній діагноз.

Задача 10. Хвора Ш. 67 років, що страждає на цукровий діабет, пройшла курс лікування у стоматолога з приводу хронічного атрофічного кандидозного стоматиту. Користується частковими знімними протезами. Які профілактичні заходи слід вжити для запобігання рецидиву захворювання?

7. Рекомендована література.

Основна:

1. Терапевтична стоматологія. Підручник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівнів акредитації у 2-х томах./ За редакцією проф.. А.К.Ніколішина .Т.П.- Полтава: «Дивосвіт», 2007,- С.91-101.
2. Терапевтична стоматологія: підручник у 4 т. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / [М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун та ін.]. / За ред. А.В. Борисенко. – Т. 4. – К.: Медицина, 2010.-С.237-245.

Додаткова:

1. Данилевський М.Ф., Несин О.Ф., Рахній Ж.І. - Захворювання слизової оболонки порожнини рота .- К.,1998.- С. 172-179.
2. Боровский Е.В., Иванов В.С., Маскимовский Ю.М.,Максимовская Л.Н. - Терапевтическая стоматология.-М.,1998.-С.552-562.
3. Боровский Е.В., Данилевский Н.Ф. - Атлас заболеваний слизистой оболочкм полости рта. – М.,199
4. Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ.- М.: Медицина, 2001.- С.77-87.

5. Марченко А.И., Руденко М.М. –Кандидозы слизистой оболочки полости рта .-Киев,1976.-68с.

6. Іленко Н.М., Шешукова О.В., Марченко А.В. Мікотичні ураження слизової оболонки порожнини рота., Полтава, 2006. – 100с.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 12</i>	Інфекційні захворювання. Етіологія патогенез, прояви на слизовій оболонці. Діагностика. Тактика лікаря-стоматолога
<i>Тема заняття № 9</i>	СНІД. Етіологія, патогенез. Прояви на слизовій оболонці порожнини рота, діагностика. Лікування та профілактика. Тактика лікаря-стоматолога.
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

1. Актуальність теми.

Останнім часом збільшується кількість хворих на СНІД. В зв'язку з тим, що початкові прояви цього захворювання досить часто локалізуються на слизовій оболонці порожнини рота, це потребує від лікаря-стоматолога чіткого знання симптоматики цього захворювання, як з метою запобігання самозараження, так і з метою своєчасного лікування хворого разом з іншими профільними лікарями.

2. Конкретні цілі.

- Навчити діагностувати та визначати лікувальну тактику при проявах на слизовій оболонці порожнини рота у хворих симптомів СНІДу.
- Знати сучасні уявлення про етіологію та патогенез СНІДу.
- Знати клініку СНІДу та вміти використовувати методи обстеження хворих при проявах на слизовій оболонці порожнини рота.
- Знати основні принципи лікування та профілактики СНІДу у хворих.
- Вміти розпізнавати ранні клінічні прояви СНІДу, скласти план обстеження хворих, інтерпретувати результати лабораторних досліджень.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
Анатомія	Знати анатомічну будову дихальної системи, імунної системи; вікові особливості та вміти розрізняти відділи дихальної системи; центральні та периферичні органи імунної системи
Гістологія	Знати мікроскопічну будову дихальної системи, імунної системи; вікові особливості
Мікробіологія	Знати етіологію СНІДу
Патологічна фізіологія	Знати етіологію, патогенез СНІДу, грипу, ящуру, інфекційного мононуклеозу
Патологічна анатомія	Знати етіологію, патогенез, морфологічні прояви, ускладнення СНІДу та вміти визначити морфологічні зміни на макро- та мікропрепаратах
Пропедевтика терапевтичної стоматології	Знати методи обстеження стоматологічного хворого та вміти обстежити стоматологічного хворого
Внутрішньо	Знати клінічну симптоматику СНІДу,

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття

1. Синдром набутого імунодефіциту (СНІД, AIDS, syndromum immunodefektionis aguisitae) – антропонозне вірусне захворювання, яке характеризується виникненням та повільним прогресуванням дефіциту імунної системи, що призводить до загибелі хворого від вторинних інфекцій та новоутворень. СНІД – це термінальна стадія ВІЛ-інфекції, яка настає у більшості випадків через 5-10 років після зараження.

4.2. Теоретичні питання до заняття

1. Які додаткові методи діагностики ВІЛ-інфекції?
2. Яка тактика лікаря-стоматолога у випадку звернення хворого з підозрою на ВІЛ-інфекцію?
3. Які заходи безпеки необхідно вжити лікарю-стоматологу під час прийому ВІЛ-інфікованого хворого?

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті

1. Вміти провести клінічний огляд хворого з ВІЛ-інфекцією.
2. Оцінити результати лабораторного дослідження хворого на СНІД (клінічний аналіз крові загальний, бактеріологічне, імунологічне, гістологічне).
3. Скласти план лікування хворого на СНІД.

5. Зміст теми

СНІД. Синдром набутого імунодефіциту (СНІД, AIDS, syndromum immunodefektionis aguisitae) – антропонозне вірусне захворювання, яке характеризується виникненням та повільним прогресуванням дефіциту імунної системи, що призводить до загибелі хворого від вторинних інфекцій та новоутворень. СНІД – це термінальна стадія ВІЛ-інфекції, яка настає у більшості випадків через 5-10 років після зараження.

Етіологія, патогенез. Епідеміологічну ситуацію у світі з ВІЛ-інфекцією, чумою ХХ століття, характеризують як пандемію. Перше повідомлення про СНІД з'явилося у 1981 році. На кінець минулого сторіччя у світі кожної хвилини відбувалось інфікування 6 осіб, а помирало від СНІДу 5 хворих. Смертність людей молодого віку від СНІДу посідає перше місце серед усіх причин смертності даної вікової категорії населення. З початку епідемії захворювання до 2000 року померло понад 15 млн. людей, за даними 2003 року інфікованих у світі нараховують до 42 млн. (кожна 100 людина). За прогнозами співробітників Об'єднаної програми ООН із ВІЛ-інфекції

кількість вірусоносіїв у світі досягне у 2010 році 110 млн. осіб, причому особливо високий ріст інфікування та захворюваності буде спостерігатися в Індії, Китаї, Ефіопії, Нігерії, Росії та інших країнах СНД.

Джерелом ВІЛ-інфекції є хвора на СНІД людина або вірусоносіє. Вірус може існувати у всіх біологічних рідинах (кров, сперма, вагінальний секрет, спинномозкова рідина, грудне молоко, слина, сльози, піт та ін.), долає трансплацентарний бар'єр. Інфікуюча доза вірусу складає 10 тисяч віріонів. Передача вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) здійснюється двома механізмами – природним (контактним, вертикальним, горизонтальним) і штучним (ін'єкційним, гемотрансфузійним, трансплантаційним та ін.).

ВІЛ належить до роду *Lentivirus* (повільних вірусів, що обумовлює тривалий інкубаційний період) сімейства *Retroviridae* (у складі віріонів ретровірусів є фермент зворотна трнаскриптаза). Уперше ВІЛ був виділений із лейкоцитів крові пацієнта із лімфаденопатією (передбачали носія збудника СНІДу) у 1983 р. у Франції в інституті Пастера. Описані два основні типи збудника – ВІЛ-1 (найбільш розповсюджений) та ВІЛ-2 (циркулює переважно у країнах Центральної Африки)

ВІЛ малостійкий у зовнішньому середовищі і гине при температурі 560С через 30 хвилин, 700С – через 10 хвилин, інактивується дезінфікуючими засобами. У той же час у висушеному стані при кімнатній температурі зберігає свою активність 3-6 діб, витримує низькі температури (до - 2730С), стійкий до іонізуючої радіації та ультрафіолетового опромінення. У крові для переливання вірус може жити роками, а в замороженій сироватці його активність зберігається до 10 років.

У патогенезі ВІЛ-інфекції виділяють 3 стадії.

1. Рання вірусемічна стадія:

- серонегативний період – із моменту проникнення ВІЛ в організм і до появи у крові перших специфічних антитіл до антигенів ВІЛ (близько 45 діб);
- серопозитивний період (сероконверсії) – поява і збільшення кількості у крові антигенспецифічних антитіл (анти-gp120, анти-gp41 та ін.), зникнення у крові ВІЛ, збільшення кількості Т-хелперів, нормалізація їхньої кількості.

2. Безсимптомна стадія: триває 10-15 років, не супроводжується симптомами хвороби. Гуморальна та імунна відповіді організму на наявність ВІЛ виражаються інтенсивним синтезом антитіл до антигенів ВІЛ. Основним фактором, що стримує ВІЛ-інфекцію, є клітинні цитотоксичні реакції, що забезпечуються антигенспецифічними Т-кілерами, антитіл-залежними К-кілерами, натуральними кілерами. У цей же час уся лімфоїдна система, інфіковані клітини стають резервуаром ВІЛ, що активно реплікується.

3. Стадія імунодепресії: активація репродукції ВІЛ, що супроводжується загибеллю Т-хелперів, вірусемією. Зниженням рівня ІЛ-2 унаслідок цього призводить до зменшення синтезу антитіл В-лімфоцитами, порушення функції Т-кілерів, зростає популяція Т-супресорів. Розвивається гіперсупресорний варіант імунодефіциту. Виникає симптомокомплекс – СНІД.

Клініка. Захворювання характеризується різноманітністю клінічних проявів з ураженням багатьох органів і систем організму, що пояснюється не тільки прямою цитопатичною дією вірусу на клітини імунної системи, але й опосередкованим впливом через аутоімунні механізми на клітини крові, серцево-судинної, кістково-м'язової, ендокринної та інших систем. ВІЛ-інфекція розвивається повільно, стадійно і має тривалий перебіг.

Центр контролю та профілактики хвороб (CDC, США) у 1993 році запропонував класифікацію, яка вважається у всьому світі найбільш вдалою. Вона містить інформацію про основні клінічні симптоми залежно від ступеня пригнічення імунної системи.

Стадії, на яких кількість CD4⁺ - клітин перевищує 200 в 1 мкл.

А: гострий ретровірусний синдром:

- генералізована лімфаденопатія;
- безсимптомний перебіг.

В: синдром СНІД-асоційованого комплексу (преСНІД):

- кандидоз порожнини рота;
- дисплазія шийки матки;
- ідіопатична тромбоцитопенія;
- лістеріоз;
- лейкоплакія;
- периферична нейропатія.

Власне СНІД (кількість CD4⁺ - клітин менше 200 в 1 мкл.

1. Кандидоз легень або стравоходу.
2. Рак шийки матки.
3. Кокцидіоїдоз.
4. Криптоспоридіоз.
5. Цитомегаловірусна інфекція.
6. Герпетичний енцефаліт.
7. ВІЛ – енцефалопатія.
8. Гістоплазмоз. Ізоспороз.
9. Саркома Капоші.
10. Лімфома.
11. Мікобактеріоз.
12. Пневмоцистоз.
13. Повторна пневмонія (протягом 1 року).
14. Прогресуюча багатоголищева лейкоенцефалопатія.
15. Септицемія рецидивуюча, викликана сальмонелою.

У країнах СНІД поширена класифікація В.І.Покровського (2000), згідно з якою виділяють 4 стадії ВІЛ-інфекції.

I стадія – інкубація. Клінічні ознаки захворювання відсутні. Триває від моменту зараження до появи перших клінічних проявів або до продукції антитіл - від 2-3 тижнів, 3-х місяців до декількох років. Діагноз передбачають

на основі епідеміологічних даних та можливого виявлення вірусу методом полімеризаційної кольорової реакції.

II стадія – первинних проявів. Тривалість може бути від 2-3 до 10-15 років. Має три клінічні варіанти.

II А – гостра інфекція. Триває від декількох днів до 1-2 місяців. Захворювання проявляється як мононуклеозоподібний або грипоподібний симптомокомплекс. У 53-93 % хворих з'являється гарячка, не болісний лімфаденіт, біль у горлі, міальгії, головний біль, нездужання, плямисто-папульозні висипи. У крові діагностують лімфопенію, але кількість CD4+-лімфоцитів ще понад 500 в 1 мкл. На 14 добу захворювання виявляють антитіла до антигенів ВІЛ.

II Б – безсимптомна інфекція. Зникають усі клінічні прояви захворювання. Тривалість стадії – від 1-2 місяців до декількох років, у середньому – 6 місяців. Вірус залишається в організмі, продовжує розмножуватись. Позитивні результати діагностики ВІЛ імунофлюоросцентним аналізом та імуноблотингом. Кількість лімфоцитів, зокрема CD4+- клітин, залишається в нормі.

II В – персистуюча генералізована лімфаденопатія. Єдиний прояв захворювання – тривале протягом декількох місяців, рецидивуюче безболісне збільшення майже всіх периферичних лімфатичних вузлів, але найбільше - задньошийних, надключичних, пахвових, ліктьових, піднижньощелепних із тенденцією до злиття, збільшення печінки, селезінки. Кількість CD4+- клітин у нормі, антитіла до ВІЛ виявляють у всіх випадках.

III – стадія вторинних захворювань. Характеризується розвитком СНІД-асоційованих захворювань (власне СНІД). Розпочинається через 3-5 років після моменту зараження, супроводжується порушенням імунітету. Залежно від тяжкості перебігу виділяють три клінічні варіанти.

III А – перехідна стадія від персистуючої генералізованої лімфаденопатії до СНІД-асоційованого комплексу. Це вважають продромальним періодом СНІДу, який під дією адекватної противірусної терапії ще може закінчитись одужанням. Триває від декількох місяців до 2-3 років. Виявляється постійна або періодична гарячка з підвищенням температури тіла до 38°C, слабкість, швидка втомлюваність, діарея, втрата маси тіла у межах до 10 %. Характерні бактеріальні, грибкові, герпетичні ураження шкіри та слизових оболонок, поява лейкоплакії, кондилом. Прогресує і стійко зберігається імуносупресія – кількість CD4+-клітин зменшується до 200 в 1 мкл, знижується фагоцитарна активність нейтрофілів, підвищується кількість імуноглобулінів, особливо класу G, гаммаглобуліну.

III Б – за клінічним проявом близька до поняття СНІД-асоційований комплекс. Процес прогресує від 1 до 3-х років. З'являється пропасниця, яка триває понад 2 місяці і не піддається впливу жарознижувальних, протизапальних, антибактеріальних засобів, стійка діарея, підвищена нічна пітливість, інтоксикація. Втрата маси тіла складає понад 10 %. Персистуюча лімфаденопатія набуває генералізованого характеру. Розвивається туберкульоз легень, повторні або стійкі вірусні, бактеріальні, грибкові,

протозойні ураження внутрішніх органів, рецидивують герпетичні висипи, ушкоджується периферична нервова система. Можлива поява саркоми Капоші на шкірі та слизових оболонках, плоскоклітинної карциноми, В-клітинної лімфоми. Доведено, що поєднання виникаючої волосяної лейкоплакії з кандидозом – патогномонічний симптом переходу ВІЛ-інфекції на стадію СНІДу. У крові знижується коефіцієнт Т-хелпери/Т-супресори (у нормі 2:1), наростають лейкопенія, тромбоцитопенія, анемія.

III В – розгорнута клінічна картина СНІДу. Опортуністичні інфекції набувають генералізованого характеру, розвиваються або нашаровуються на інфекційний процес у вигляді дисемінованої саркоми або злоякісної лімфоми. Виникають пневмоцистні пневмонії, кандидози шкіри та слизових оболонок, позалегеновий туберкульоз, атипові мікобактеріози, ураження центральної нервової системи різної етіології. Прогресує кахексія, виникають гнійні ускладнення, виражений інтоксикаційний синдром. Хворі тривалий час змушені перебувати у ліжку. У крові кількість CD4⁺-клітин складає менше 200 в 1 мкл, поглиблюється дисфункція системи імунітету.

IV – термінальна стадія. Ураження органів і систем мають необоротний характер, вторинні захворювання змінюють одне одного, лікування їх неефективне. Розвиваються кахексія, деменція, виражена інтоксикація. Вірусемія зростає, уміст лімфоцитів досягає критичних величин. Хвороба прогресує і людина гине в короткі терміни.

Патологічні процеси в порожнині рота у людей, уражених ВІЛ, часто являються першими симптомами захворювання. Описано до 40 різних уражень тканин рота. Найбільш повна їх систематика складена у Центрі контролю за захворюваннями США (1995). Виділяють 3 групи уражень.

I. Ураження порожнини рота ЧАСТО пов'язані із ВІЛ:

1. Кандидоз (еритематозний, псевдомембранозний, гіперпластичний).
2. Волосяна лейкоплакія.
3. ВІЛ-гінгівіт маргінальний (маргінальна еритема ясен).
4. ВІЛ-виразково-некротичний гінгівіт.
5. ВІЛ-періодонтит (пародонтит).
6. Саркома Капоші.
7. Лімфома не Ходжкіна.

II. Ураження РІДШЕ пов'язані із ВІЛ:

1. Атипові виразки.
2. Захворювання слинних залоз.
3. Тромбоцитопенічна пурпура.
4. Вірусні інфекції (вірус простого герпеса, оперізуючого лишая, вітряної віспи, папіловірус, цитомегаловірус).

III. Ураження ІМОВІРНО пов'язані із ВІЛ:

1. Бактеріальні інфекції (викликані асоціаціями фузоспірохет, стрепто-, стафілококів, *Enterobacter cloacae*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Mycobacterium tuberculosis*).
2. Грибкова інфекція некандидозної етіології.
3. Хвороба “котячих подряпин” (лімфоретикульоз).
4. Реакції на медикаментозні препарати.
5. Меланінова гіперпігментація.
6. Неврологічні порушення (парез лицевого, нейропатія трійчастого нервів).
7. Остеомієліт.
8. Сінусит.
9. Піднижньощелепний целюліт.
10. Плоскоклітинна карцинома.
11. Токсичний епідермоліз.

Клінічний прояв всіх чисельних захворювань порожнини рота при ВІЛ-інфекції не є специфічним і дуже схожий із однойменними самостійними нозологічними формами. Відмінність полягає у більш стійкому, тривалому, рецидивуючому перебігу захворювань при інфікованості організму ВІЛ, відсутності ефекту традиційного лікування таких уражень порожнини рота. Диференціювати прояви ВІЛ-інфекції та СНІДу у порожнині рота дозволяють особливості анамнезу хворих, загальна клінічна симптоматика та результати додаткового обстеження хворих.

Діагноз ВІЛ-інфекції виставляють на основі епідеміологічних, клінічних і лабораторних даних. Матеріалом для лабораторної діагностики є кров. Використовують специфічні (серологічні, вірусологічні та молекулярно-генетичні) і неспецифічні методи. Серологічна діагностика включає виявлення антитіл до ВІЛ імуноферментним аналізом (ІФА) та наступне підтвердження їх специфічності імуноблотінговим тестом (ІБ). Достовірним критерієм інфікованості ВІЛ, що є достовірним, навіть у серонегативному періоді захворювання, являється виділення та ідентифікації культури ВІЛ. Але таке вірусологічне дослідження можливе лише в складних для діагностики випадках і в умовах крупної вірусологічної лабораторії. Аналогічною високою інформативною цінністю характеризуються молекулярно-генетичні методи, що включають і ПЛР (полімеразну ланцюгову реакцію), і дозволяють розраховувати кількість копій РНК ВІЛ у плазмі. Неспецифічна лабораторна діагностика, що дозволяє запідозрити ВІЛ-інфекцію, базується на визначенні абсолютного вмісту у крові Т-хелперів (CD4), Т-супресорів (CD8) з послідуєчим розрахунком індексу імунорегуляції. У здорових людей коефіцієнт співвідношення CD4/CD8 складає 1,8-2,2, на стадії СНІДу – 1,0 та нижче. Важливо оцінити зміни периферичної крові у ВІЛ-інфікованих, особливо на стадії СНІДу, які характеризуються лімфоцитопенією, анемією, ретикулоцитопенією, нейтропенією, тромбоцитопенією, моноцитопенією.

Для прогнозу активності та тривалості хвороби велике значення має рівень співвідношення CD4/CD8. Спонтанна ремісія при СНІДі не описана, хвороба прогресує і закінчується летально.

Лікування. Головні принципи терапії – своєчасний початок етіотропного лікування хворих, профілактика СНІД-асоційованих інфекцій та своєчасна патогенетична терапія вторинних хвороб для запобігання розвитку загрозливих для життя уражень. Етіотропне лікування ВІЛ-інфекції охоплює 3 групи препаратів: інгібітори вірусних ферментів; α -інтерферони; препарати, що взаємодіють із регуляторними білками ВІЛ. Профілактична терапія СНІД-асоційованих хвороб проводиться антибіотиками, хіміопрепаратами, імуноглобулінами за індивідуальними схемами. Імуностимулятори в цьому разі протипоказані, оскільки активація Т-хелперів супроводжується посиленням репродукції ВІЛ. У комплексному лікуванні застосовують еубіотики, вітаміни, ферменти, стимулятори еритропоезу, симптоматичні засоби. Стоматологічна допомога ВІЛ-інфікованим полягає в санації порожнини рота, спільному лікуванні разом із інфекціоністами наявних уражень у щелепно-лицевій ділянці.

Профілактика. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, профілактика ВІЛ-інфекції має проводитися на трьох рівнях.

□ Перший – запобігання інфікуванню ВІЛ шляхом усунення причинних факторів, що призводять до підвищення ризику захворювання. У цьому аспекті розрізняють специфічну і неспецифічну профілактику ВІЛ. Специфічна профілактика ВІЛ-інфекції полягає в розробці та застосуванні вакцин, але вона не завершена у зв'язку із високою мінливістю ВІЛ. Неспецифічна профілактика передбачає раннє виявлення та санацію джерела інфекції, руйнування механізмів і блокування шляхів передачі ВІЛ. На першому етапі профілактики обов'язковим є масовий скринінг із застосуванням тест-систем ІФА.

□ Другий – раннє виявлення хворих на ВІЛ-інфекцію. З цією метою виконуються пошуковий скринінг у групах ризику й обстеження пацієнтів за клінічними показаннями (ІФА, ІБ), лікування хворих на ВІЛ-інфекцію.

□ Третій – диспансерне спостереження та реабілітація хворих на ВІЛ/СНІД.

Виділяють 4 провідні напрямки боротьби з епідемією ВІЛ-інфекції та її наслідками.

1. Запобігання статевій передачі ВІЛ – формування здорового способу життя, сексуальної культури, навчання безпечній статевій поведінці, запобігання і лікування хвороб, що передаються статевим шляхом.

2. Запобігання передачі ВІЛ через кров – забезпечення безпечними трансплантаційними органами, створення асептичних умов для інвазійних маніпуляцій, які виконуються в хірургічній, стоматологічній, косметологічній практиці.

3. Запобігання перинатальній передачі ВІЛ – розповсюдження інформації про шляхи інфікування ВІЛ, планування родини, консультації та медична допомога жінкам, які заражені ВІЛ.

4. Організація соціальної підтримки та медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію, їхнім родинам та оточенню.

Ураховуючи високий ризик професійного інфікування медичних працівників стоматологічних закладів, необхідно дотримуватись певних вимог.

□ Маніпуляції виконуються лише в халаті, шапочці, одноразовій масці, захисних окулярах або щитку, змінному взутті, одноразових рукавичках. Під час роботи рукавички періодично обробляють 70% спиртовими розчинами чи дезінфікуючими препаратами. Змінювати рукавички потрібно після контакту з кожним пацієнтом. Зняті з рук рукавички повторно не використовуються. Перед одяганням гумових рукавичок шкіру біля нігтів обробляють 5% спиртовим розчином йоду. З травмованими руками, на яких є рани, ексудативні ураження шкіри, які неможливо закрити лейкопластиром або рукавичками, не можна здійснювати безпосереднє медичне обслуговування хворих та контактувати із предметами догляду за ними. Лікувати ВІЛ-інфікованого слід у подвійних гумових медичних рукавичках.

□ Під час роботи різальними та колючими інструментами слід уникати пошкоджень рукавичок, порізів та уколів рук. Якщо таке пошкодження відбулося, необхідно негайно обробити рукавички дезінфікуючим розчином, зняти їх робочою поверхнею всередину, видавити кров із рани, під проточною водою ретельно вимити руки із милом, обробити їх 70% розчином етилового спирту, змазати ранку 5% розчином йоду, накласти на неї лейкопластир. Якщо хворий був ВІЛ-інфікований, потрібно терміново попередити керівництво лікувального закладу для реєстрації випадку та проведення екстреної профілактики ВІЛ. Забруднені кров'ю руки негайно, протягом не менше 30 сек. обробляють антисептиком для шкіри (70% спирт, 3% розчин хлораміну, стериліум, хлоргексидин та ін.), двічі миють теплою проточною водою із милом, насухо витирають індивідуальною серветкою.

□ Якщо кров чи інші біологічні рідини потрапили на слизову оболонку очей, їх негайно промивають водою або обробляють 1% розчином борної кислоти; слизову носа - 1% розчином протарголу; слизову рота - 70% спиртом, 0,05% розчином перманганату калію чи 1% розчином борної кислоти.

□ Уникати процедури відновлення дихання хворого на ВІЛ/СНІД методом рот у рот. Прополіскування рота пацієнтом перед процедурами значно зменшує кількість мікроорганізмів в аерозолях, що утворюються під час процедур (за використання води – на 75 %, спеціальних ополіскувачів – на 98 %). Медичний працівник мусить ставитися до крові та інших біологічних рідин організму пацієнтів як до потенційно заразного матеріалу.

□ У роботі стоматолога максимально застосовувати інструменти і матеріали одноразового використання, після чого знезаражувати їх.

Дезінфекцію і стерилізацію повторно застосованих інструментів слід виконувати, чітко дотримуючись санітарних вимог галузевих стандартів.

□ Поверхні робочих столів на кінець робочого дня обробляють дезінфікуючими засобами із вірулоцидною дією. У разі забруднення поверхонь кров'ю це виконують негайно, а потім через 15 хвилин повторюють. Розбирають, миють, ополіскують медичні інструменти, прилади, апарати, які контактували із кров'ю, слиною чи сироваткою, тільки в гумових рукавичках після знезараження будь-яким дезінфікуючим засобом із вірулоцидними властивостями.

Лікар-стоматолог зобов'язаний брати активну участь у профілактиці розповсюдження ВІЛ/СНІДу. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, в обов'язки стоматолога входить обстеження порожнини рота для виявлення змін, характерних для ВІЛ-інфекції; направлення пацієнта для подальшого обстеження у спеціалізовані заклади після виявлення підозрілих симптомів; надання звичайної стоматологічної допомоги носіям ВІЛ; навчання персоналу та освіта хворих.

6. Матеріали для самоконтролю

А. Тести для самоконтролю.

1. Чоловік 24 років скаржиться на біль, неприємний запах з рота, збільшення температури тіла до 38⁰С. Чоловік блідий адинамічний. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, болісні при пальпації. Ясна набряклі, гіперемійовані, вкриті некротичний нальотом. На зубах – велика кількість зубного каменю. Який додатковий метод дослідження необхідно провести в першу чергу?

- A. Загальний розвернутий клінічний аналіз крові
- B. Аналіз крові на цукор
- C. Бактеоскопічний
- D. Гістологічний
- E. Ортопантомографію

2. Хворому 23 років встановлено діагноз хронічний гіперпластичний кандидозний стоматит, генералізована лімфаденопатія. В анамнезі протягом року хворіє хронічним рецидивуючим герпетичним стоматитом. Температура тіла постійно підвищується до 37,4-37,5⁰С, вага тіла за останній місяць зменшилась на 8 кг. Який діагноз можна запідозрити у хворого?

- A. Гостра лейкемія
- B. Інфекційний мононуклеоз
- C. СНІД
- D. Хронічна лейкемія
- E. Ящур

3. Під час диспансерного огляду студента А., 20 років виявлена генералізована лімфоаденопатія. Температура тіла 37,5⁰С, вага тіла за

останній місяць знизилась на 7 кг. Об'єктивно: ясна гіперемійовані, набряклі, кровоточать при зондуванні. На спинці язика велика кількість жовтувато-сірого нальоту. Який попередній діагноз можна поставити хворому?

- A. Агранулоцитоз
- B. Інфекційний мононуклеоз
- C. Гостра лейкемія
- D. Хронічна лейкемія
- E. Синдром набутого імунодефіциту

4. На прийом до стоматолога звернувся хворий В., 29 років, зі скаргами на біль в яснах неприємний запах з рота, неможливість прийому їжі. В анамнезі пацієнт відмічає що дані симптоми з'явилися близько 5 місяців, за допомогою не звертався. Крім того, відмічає зниження маси тіла на 13 кг, хронічну діарею та субфібрильну температуру за цей період. Вживає наркотики протягом 4 років. Вкажіть з яких субстратів можна виділити збудника ВІЧ?

- A. Кров
- B. Плазма
- C. Слина
- D. Пунктати лімфатичних вузлів
- E. Усіх

5. Чоловік 24 років скаржитися на біль, неприємний запах з рота, збільшення температури тіла 380С. Об'єктивно: хворий блідий, адинамічний. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, болючі при пальпації. Ясна набряклі, гіперемійовані, вкриті некротичним нальотом. На зубах виявлена велика кількість зубного каменю. Хронічний середній карієс 26. Пацієнт звернув увагу лікарю, що йому був встановлений діагноз СНІД. Який метод вибрати для інактивації вірусу під час обробки наконечника?

- A. Заморожування до -2730С
- B. Замочування 70% спирті впродовж 5 хвилин
- C. Двохразова обробка "КвикДез"
- D. Ультрафіолетове опромінення
- E. Опромінення іонізуючою радіацією

6. Лікарю стоматологу необхідно надати спеціалізовану допомогу хворому А., 40 років, який хворіє на СНІД. Медичний персонал кабінету при наданні стоматологічної допомоги даному пацієнту повинен керуватися положеннями діючого в даний час Наказу МОЗ України "Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію (СНІД) " від 27 травня 2000 року за номером:

- A. 120
- B. 100
- C. 220
- D. 50

Е. 1

7. У хворого 21 року клінічні прояви виразкового стоматиту. Упродовж 3 місяців відмічає слабкість, підвищення температури до 37,50С, різке зниження ваги. Обличчя бліде, підщелепні лімфатичні вузли збільшені. Поставте попередній діагноз.

- A. СНІД
- B. Гостра лейкемія
- C. Виразково-некротичний стоматит Венсана
- D. Гіповітаміноз С
- E. Агранулоцитоз

8. Хворому 23 років лікар-стоматолог встановив діагноз хронічний гіперпластичний кандидоз СОПР, генералізована лімфаденопатія. Температура тіла постійно підвищується до 37,4-37,50С, вага хворого за останній місяць зменшилась на 5 кг, відмічається діарея тривалістю 1,5 місяців. Які серйозні клінічні симптоми у хворого свідчать про те, що у нього може бути СНІД?

- A. Хронічний гіперпластичний кандидоз СОПР
- B. Генералізована лімфаденопатія
- C. Температура тіла 37,4-37,70С
- D. Постійна гарячка, зменшення маси тіла, хронічна діарея
- E. Хронічна діарея тривалістю 1,5 місяців

9. Хворий В., 27 років, скаржиться на наявність висипань на слизовій оболонці рота впродовж 5 місяців, які супроводжуються підвищенням температури тіла. Об'єктивно: хворий худорлявий, на слизовій оболонці лівої щоки – ерозія з поліциклічними обрисами, та окремі афти, розміром 3 мм. Хворий постійно кашляє. Який додатковий метод діагностики доцільно призначити хворому?

- A. Загальний клінічний аналіз крові
- B. Аналіз крові на вміст глюкози
- C. Аналіз крові на RW
- D. Аналіз крові на ВІЛ
- E. Аналіз крові на ревмопроби

10. Хворому Н., 37 років, який протягом 5 років хворіє на СНІД, ортопед-стоматолог проводить ортопедичне лікування. Попередньо хворому зробили відтиски з верхньої та нижньої щелеп. В який дезінфікуючий розчин необхідно занурити відтиски перед направленням в лабораторію?

- A. Ефір
- B. Гіпохлорид натрію
- C. Хлоргекседину біглюконат
- D. Перекис водню
- E. Йодистий калій

Б. Задачі

1. На прийом до стоматолога звернувся хворий К., 26 років зі скаргами на біль та печіння в порожнині рота. В анамнезі пацієнт відмічає, що дані симптоми з'явилися близько 5 місяців, за допомогою до лікаря не звертався. Крім того, відмічає зниження маси тіла на 13 кг, хронічну діарею та субфібрильну температуру за цей період. Вживає наркотики протягом 6-7 років. Об'єктивно: слизова оболонка порожнини рота гіперемійована, вкрита м'яким білим нальотом. Яке захворювання можна запідозрити у хворого? Яке додаткове обстеження необхідне провести хворому для встановлення заключного діагнозу?
2. Під час профілактичного огляду хворого лікар-стоматолог запідозрив у нього СНІД. Які серйозні клінічні симптоми цього захворювання?
3. Під час профілактичного огляду хворого лікар-стоматолог запідозрив у нього СНІД. Які ураження слизової оболонки порожнини рота, найтісніше пов'язані з ВІЛ-інфекцією?
4. Хворий П., 25 років звернувся до лікаря-стоматолога зі скаргами на слабкість, підвищення температури тіла до 37,50С, проноси, кровоточивість ясен під час чищення зубів та прийому твердої їжі. Вживає наркотики протягом 4 років, палить. Об'єктивно: обличчя бліде, підщелепні лімфатичні вузли збільшені, безболісні, рухомі, ясна гіперемійовані, набряклі, вкриті виразками. Який попередній діагноз можна поставити хворому? Яка подальша тактика лікаря-стоматолога?
5. Хворий Р., 31 року звернувся до лікаря-стоматолога зі скаргами на короткочасний біль в зубі на нижній щелепі справа від холодної та солодкої їжі та попередив, що протягом 6 років хворіє на СНІД. Яких застережних профілактичних заходів повинен дотримуватись стоматолог під час прийому хворого?
6. Лікар-стоматолог провів санацію порожнини рота у хворого на СНІД. Як правильно провести стерилізацію стоматологічного інструментарію у даному випадку?
7. Хвора Л., 32 років звернулась до стоматолога зі скаргами на гарячку, слабкість, загальне нездужання, діарею, біль в порожнині рота під час прийому гострої та солоної їжі. Об'єктивно: хворий худорлявий, обличчя бліде, підщелепні та шийні лімфатичні вузли збільшені, безболісні, не спаяні між собою та з оточуючими тканинами. Ясна гіперемійовані, набряклі, різко кровоточать при зондуванні. Слизова оболонка спинки язика гіперемійована, вкрита великою кількістю сірого нальоту, на боковій поверхні виявлено відбитки зубів. Який найімовірніший попередній діагноз? Яка етіологія та патогенез цього захворювання?

8. Лікар-стоматолог під час диспансерного огляду студентів звернув увагу кожного на індивідуальні заходи профілактики СНІДу. Які саме рекомендації надав лікар?

9. Хворий К., 24 років скаржиться на підвищення температури тіла до 37,5-37,70С, діарею, гарячку, слабкість. Хворий зловживає алкоголем, курить. Об'єктивно: хворий блідий, адинамічний. Підщелепні та шийні лімфатичні вузли збільшені, болючі при пальпації. Ясна набряклі, гіперемійовані, вкриті некротичним нальотом. Який попередній діагноз можна поставити хворому? Які класифікації клінічних стадій СНІДу Ви знаєте?

10. На прийом до стоматолога звернувся хворий К., 26 років зі скаргами на біль та печіння язика, особливо під час прийому пряної на солоної їжі, зниження маси тіла на 13 кг, хронічну діарею, підвищення температури тіла до 37,6-37,70С. Хворий відмічає що дані симптоми з'явилися близько 5 місяців, за допомогою до лікаря не звертався, самолікуванням не займався. Вживає наркотики протягом 6-7 років. Об'єктивно: слизова оболонка порожнини рота гіперемійована, спинка язика вкрита білим нальотом, який нагадує згорнуте молоко. Яке додаткове обстеження необхідне для встановлення заключного діагнозу? Яких застережних профілактичних заходів повинен дотримуватись стоматолог?

7. Література

Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник / [А.К. Ніколішин, В.М. Ждан, А.В. Борисенко та ін.] / За редакцією А.К. Ніколішина. – Вінниця: Нова книга, 2012. – С 486-494.
2. Терапевтична стоматологія: підручник у 4-х т. Захворювання пародонта / [М.Ф.Данилевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін.] / За редакцією А.В. Борисенко. Т. 4. – К.: Медицина, 2010. – 173-195 с.

Додаткова:

1. Данилевський М.Ф. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, О.Ф. Несин, Ж.І. Рахній. – Київ: Здоров'я, 1998. –С. 116-138.
2. Машковский М.Д. Лекарственные средства: у 2-х томах. – 14-е изд. новое / М.Д. Машковский. – Харьков: Торсинг, 1997. – Т.1. – 543 с.; Т.2. – 590 с.
3. Терапевтична стоматологія /за ред. Е.В. Боровського. – Москва: Медицина, 2002. – С. 519-530, 515-518.

Методична:

1. Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вузах: методичний посібник / В.Є. Мілерян. – Київ, 2003. – 80с.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 12</i>	Інфекційні захворювання. Етіологія патогенез, прояви на слизовій оболонці. Діагностика. Тактика лікаря-стоматолога
<i>Тема заняття № 10</i>	Грип, інфекційний моноклеоз, ящур. Етіологія, патогенез, клінічні прояви на слизовій оболонці порожнини рота, діагностика, лікування та профілактика
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

1. Актуальність теми

На сьогоднішній день проблема вірусних захворювань є однією з актуальних проблем в медицині. Набагато частіше стали спостерігатися інфекційні вірусні захворювання такі як: грип, інфекційний мононуклеоз, ящур. Це інфекційні захворювання, які мають тяжкий перебіг, що визначає проблему в тактиці лікування для лікарів-стоматологів.

2. Конкретні цілі

1. Знати сучасні уявлення про етіологію та патогенез вірусних захворювань та їх прояви на слизовій оболонці порожнини рота у хворих.
2. Вміти діагностувати у хворих грип, інфекційний мононуклеоз, ящур.
3. Знати основні принципи лікування та профілактики грипу, ящуру, інфекційного мононуклеозу.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
1. нормальна анатомія 2. гістологія 3. патологічна анатомія 4. інфекційні хвороби 5. пропедевтика внутрішніх хвороб	визначити поняття “слизова оболонка порожнини рота” мати уявлення про будову слизової оболонки порожнини рота мати уявлення про основні патологічні процеси на слизовій оболонці та патологічні елементи ураження знати етіологію, патогенез, основні клінічні прояви грипу, інфекційного мононуклеозу ящуру знати порядок і правила опитування та огляду хворого, вміти правильно зібрати скарги, анамнез захворювання та життя, провести його огляд, виявити його конституцію, активність, вираз обличчя тощо

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття

1. **Грип.** (grippus) – гостре контагіозне респіраторне захворювання, що викликається різними типами вірусів грипу.

2. Інфекційний мононуклеоз (mononucleosis infectiosa, хвороба Філатова-Пфейфера) – гостра вірусна хвороба, що характеризується ураженням ретикулоендотеліальної системи із розвитком гарячки, тонзиліту, поліаденіту, гепатоспленомегалії, бласттрансформації лімфоцитів.

3. Ящур (aphthae epizooticae) – гостре вірусне захворювання, що передається людині від хворої тварини і характеризується гарячкою, загальною інтоксикацією, появою пухирців та ерозій на слизових оболонках та шкірі.

4.2. Теоретичні питання до заняття

1. Які анатомо-фізіологічні особливості будови слизової оболонки порожнини рота?
2. Які найбільш характерні клінічні прояви грипу, ящура, інфекційного мононуклеозу на слизовій оболонці порожнини рота у хворих?
3. Які принципи лікування симптоматичних вірусних захворювань?

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті

1. Вміти проводити огляд порожнини рота у хворих.
2. Під час проведення клінічного обстеження хворого встановити попередній діагноз.
3. Надати рекомендації щодо гігієни порожнини рота хворим з вірусними захворюваннями.

5. Зміст теми

Грип. Грип (grippus) – гостре контагіозне респіраторне захворювання, що викликається різними типами вірусів грипу.

Етіологія, патогенез. Зараження відбувається повітряно-крапельним шляхом від прямого контакту із хворою людиною, яка є джерелом інфекції з останніх годин інкубаційного періоду до 4-7 доби захворювання. Для грипу характерна сезонність (зимово-весняний період), перебіг у вигляді епідемій. Збудники грипу належать до сімейства ортоміксовірусів, яке охоплює три антигенні типи – А, В, С. Ворота інфекції – верхні відділи респіраторного тракту. Віруси ушкоджують слизову оболонку дихальних шляхів, розмножуючись в епітеліальних клітинах. Відбуваються дегенеративні зміни циліндричного епітелію, що супроводжується зниженням бар'єрної функції слизової оболонки. Проникнення вірусу та його токсинів у кров спричиняє підвищення проникності та ламкості судинних стінок (розвиток геморагічного синдрому), токсичне ураження різних відділів центральної і вегетативної нервової системи. Грипозна інфекція обумовлює появу імунodefіциту, що призводить до вторинних бактеріальних ускладнень та загострення супутніх хронічних захворювань. Але з перших годин в інфікованих клітинах утворюється інтерферон, який обмежує поширення грипозного вірусу. До кінця тижня хвороби з'являються і підвищуються

титри гуморальних антитіл. Тяжкість хвороби визначається вірулентністю вірусу грипу та станом імунної системи хворого.

Клініка. Інкубаційний період триває від 12 до 48 годин. Типовий грип розпочинається гостро. Хворі скаржаться на гарячку, підвищення температури тіла, слабкість, біль у м'язах, суглобах, очах, пітливість, сильний головний біль, можливо сухість, неприємні відчуття у горлі. Катаральний синдром із боку слизових оболонок верхніх дихальних шляхів може розвинути як через декілька годин після початку захворювання, так і на 2-у добу, що проявляється у вигляді нежитю, кашлю. Під час огляду виявляють гіперемію обличчя, підвищене потовиділення, температуру тіла, зниження артеріального тиску. Можливі риніт, фарингіт, трахеїт, ларингіт.

Ураження слизової оболонки порожнини рота неспецифічні і залежать від виду вірусу, реактивності організму, місцевого імунітету. Так, на початковій стадії грипу з'являються яскрава гіперемія слизової оболонки м'якого піднебіння, піднебінних дужок, глотки, іноді слизової оболонки щік і ясен. Одночасно на ділянці м'якого піднебіння виявляють просоподібні зернисті висипи червоного кольору, які утворюються внаслідок гіперплазії епітелію вивідних проток слинних залоз. Через декілька днів вищезазначені ураження слизової оболонки змінюються посиленням судинного малюнку, появою петехій на слизовій рота, десквамацій епітелію та сіруватого нальоту на язиці, загостренням хронічних захворювань тканин пародонта, якщо вони були до грипу. Розвивається катаральний стоматит. Різде зниження імунітету, характерне для гострої вірусної інфекції, поганий гігієнічний догляд за зубами можуть призвести до активізації резидентної мікрофлори порожнини рота. Нашарування вторинної інфекції може спричинити розвиток гострого герпетичного, виразково-некротичного, афтозного, кандидозного стоматиту. Як ускладнення інколи виникають неврити трійчастого, лицевого нервів. Одуjuanня в таких випадках затримується на 2-3 тижні.

Периферична кров характеризується лейкопенією, еозинофелією, нейтропенією, відносним моноцитозом, лімфоцитозом, ШОЕ може бути підвищена. Імунофлюоресцентною діагностикою збудник грипу виявляють у слизу носа або зіва. Підтвердження діагнозу можливе і методами серологічної діагностики (дослідження парних сироваток хворих, взятих з інтервалом 5-7 днів). Важливий аналіз епідеміологічної ситуації.

Диференційну діагностику грипу проводять із іншими гострими вірусними захворюваннями (інфекційний мононуклеоз, кір, вітряна віспа, аденовірусна інфекція та ін.), проявами гострого лейкозу, черевного тифу, лептоспірозу.

За неускладненого перебігу грипу вірус із організму зникає на 4-5 добу, гарячка загалом триває до 4 днів, працездатність відновлюється через 7-10 днів. Якщо форма грипу ускладнена, то наявність збудника реєструють в організмі до 2-х тижнів. Перебіг захворювання у таких випадках може ускладнитись бактеріальною інфекцією, виникненням фронтиту, гаймориту, отиту, пневмоній, токсичними ураженнями міокарда, головного мозку.

Імунітет після перенесеного грипу нестійкий, оскільки мінливість імуногенних властивостей різних типів, підтипів та варіантів вірусу грипу дуже висока.

Лікування. Хворого ізолюють та призначають загальне протигрипозне лікування (дезінтоксикаційна, противірусна, загальнозміцнювальна та симптоматична терапія). Необхідний старанний гігієнічний догляд за порожниною рота. Місцеві втручання за наявності змін на слизовій оболонці порожнини рота визначаються типом виникаючого стоматиту (катаральний, герпетичний, афтозний, виразково-некротичний, кандидозний та ін.) та спрямовані на запобігання приєднанню вторинної інфекції (застосування місцевих антисептичних засобів).

Профілактика. Для специфічної профілактики грипу показана протигрипозна вакцинація. У вогнищах інфекції рекомендується профілактичне призначення ремантадину протягом усього періоду епідеміологічного спалаху грипу, але його ефективність низька за активності вірусу типу В.

Інфекційний мононуклеоз. Інфекційний мононуклеоз (mononucleosis infectiosa, хвороба Філатова-Пфейфера) – гостра вірусна хвороба, що характеризується ураженням ретикулоендотеліальної системи із розвитком гарячки, тонзиліту, поліаденіту, гепатоспленомегалії, бласттрансформації лімфоцитів.

Етіологія, патогенез. Захворювання малоконтагіозне у зв'язку з високим відсотком імуностійких осіб (антитіла виявляються у 80% дорослих), наявністю безсимптомних і стертих форм. Джерело інфекції – хвора людина. Зараження відбувається повітряно-крапельним шляхом, можлива і трансфузійна передача через кров. Хворіють діти, підлітки, особи молодого віку.

Збудник інфекційного мононуклеозу – вірус герпесу людини типу 4 (вірус Епштейна-Барр), який володіє тропізмом до В-лімфоцитів. Може тривалий час персистувати у клітинах хазяїна у вигляді латентної інфекції. Ворота інфекції – слизова оболонка верхніх дихальних шляхів, звідки лімфогенним та гематогенним шляхом інфекція поширюється в організмі. Збудник вибірково ушкоджує лімфоїдну і ретикулярну тканину, що призводить до генералізованої лімфаденопатії, збільшення печінки, селезінки, змін у крові. У патогенезі важлива роль відведена нашаруванню вторинної інфекції, особливо у хворих із некротичними змінами зіва.

Клініка. Інкубаційний період триває від 4 до 15 днів, але може бути і 50 діб. Захворювання, як правило, починається гостро. Температура тіла швидко зростає до 39-40°C. Температурна крива неправильного типу, іноді з тенденцією до хвилеподібності, тривалість пропасниці – 1-3 тижні. Зменшення температури відбувається поступово. З перших днів з'являється слабкість, головний біль, міалгія, артралгія, поліаденіт. Обличчя хворого набрякле, носове дихання утруднюється, можливі носові кровотечі. Спочатку збільшуються шийні лімфатичні вузли (за нижньою щелепою, по задньому

краю груднино-ключично-соскоподібного м'яза), підщелепні, рідше – пахові. Вузли іноді досягають розмірів курячого яйця, рухомі, слабо болючі, щільно еластичні, не спаяні між собою і з прилеглими тканинами. Навколо шийних вузлів може бути колатеральний набряк, однак шкіра лишається без ознак запалення. На 3-5 добу в 1/4 хворих виявляється екзантема – поява висипу на шкірі тулуба, кінцівок, що має макуло-папульозний характер, дрібно плямистий, розеольозний, папульозний або петехіальний. Елементи ураження через 1-3 доби безслідно зникають. Поряд з цим значно збільшуються і стають щільними печінка та селезінка.

Зів хворих різко гіперемійований, виявляється гіперплазія мигдаликів. Тонзиліт розвивається на різних стадіях інфекційного мононуклеозу і може бути катаральним, лакунарним, виразково-некротичним з утворенням фібринозних плівок, що нагадують дифтеріїні. Він має стійкий тривалий перебіг і не піддається лікуванню антибіотиками. На 3-4 добу захворювання на межі твердого і м'якого піднебіння з'являються петехії, можливий розвиток катарального, герпетичного або виразково-некротичного стоматиту. Язик обкладений сірувато-білим нальотом, виражена гіперплазія язикового мигдалика, грибоподібних сосочків.

У периферичній крові виявляється лейкоцитоз до $15-20 \times 10^9/\text{л}$ (рідше лейкопенія), нейтропенія, збільшення відсотка лімфоцитів, моноцитів, еозинофілів. Характерна поява атипових мононуклеарів до 15-30% усіх лейкоцитів (клітини, що мають ядро великого лімфоцита і широку базofilьну з фіолетовим відтінком цитоплазму з вираженим перинуклеарним просвітлінням), які можуть існувати декілька місяців. Уміст еритроцитів, гемоглобіну суттєво не змінюється, ШОЕ становить 20-30 мм/год. Існують вірусоспецифічні серологічні дослідження, які виконують у складних для діагностики випадках. Вони становлять собою модифікації реакції гетерогемаглютинації. Специфічним підтвердженням діагнозу інфекційного мононуклеозу є виявлення збільшення титру антитіл у 4 рази і більше до вірусу Епштейна-Барр.

Диференційну діагностику проводять із дифтерією, агранулоцитозом, лейкозом, проявом кору, променевої хвороби, первинним аутоінфекційними стоматитами, ангіною.

Прогноз захворювання сприятливий. Але в тяжких випадках можливе ускладнення у вигляді розриву селезінки, гострого гепатиту, гемолітичної анемії, агранулоцитозу, енцефаліту, пневмонії. Диспансерного нагляду хворі потребують протягом 6-12 місяців.

Лікування. Хворі не потребують спеціальної медикаментозної терапії. У легких формах обмежуються призначенням вітамінів, симптоматичних засобів загального і місцевого впливу (антисептики, протизапальні, знеболювальні, кератопластичні препарати). Протипоказані левоміцетин, сульфаніламід, оскільки вони пригнічують кровотворення. Антибіотики застосовують у випадках приєднання вторинної бактеріальної інфекції. У тяжких формах інфекційного мононуклеозу застосовують кортикостероїдні препарати.

Профілактика. Особи, що перенесли інфекційний моноклеоз, тривалий час не можуть бути донорами. Профілактичні заходи у вогнищі інфекції не проводяться.

Ящур. Ящур (aphthae epizooticae) – гостре вірусне захворювання, що передається людині від хворої тварини і характеризується гарячкою, загальною інтоксикацією, появою пухирців та ерозій на слизових оболонках, шкірі кистей.

Етіологія, патогенез. Збудником хвороби є пікорнавірус, який добре зберігається висušеним, замороженим, слабо чутливий до спирту, ефіру, інактивується від нагрівання. Джерелом і резервуаром інфекції є хворі домашні та дикі парнокопитні тварини (корови, кози, вівці, свині, олені та ін.), які виділяють вірус у навколишнє середовище через слину, молоко, сечу, випорожнення, де він може зберігатись до 2-3 місяців.

Людина інфікується у разі вживання сирих молочних продуктів, м'яса, що не пройшли належну кулінарну обробку. Кип'ятіння, пастеризація молока знищують вірус. Зараження може відбутись і від безпосереднього контакту із хворою твариною під час догляду за нею. Захворювання від людини до людини не передається. Найбільш чутливі до вірусу діти.

Воротами інфекції є слизова оболонка порожнини рота, носа, очей, ушкоджена шкіра. У місці проникнення вірусу виникає первинний ефект – пухирець, а далі вірус потрапляє у кров і гематогенним шляхом розноситься по всьому організму, фіксуючись в епітелії слизової оболонки рота, носа, уретри, шкіри кистей, особливо навколо нігтів та у міжпальцевих складках, і зумовлюючи появу тут нових пухирців – вторинних ефектів. Вірусемія супроводжується загальною інтоксикацією.

Клініка. Інкубаційний період триває 2-12 діб. Утворення первинного ефекту на місці заглиблення вірусу відбувається без підвищення температури. Після проникнення вірусу в кров різко підвищується температура тіла до 39°C, виникають лихоманка, слабкість, біль у м'язах, суглобах, у підложечковій ділянці, зниження апетиту, блювання. Через 1-2 доби хворі скаржаться на сухість і печію в роті, почервоніння очей, болючість сечовипускання.

З анамнезу важливо оцінити епідеміологічну ситуацію (контакт із хворою твариною, вживання сирого молока, епізоотологічний статус).

Від моменту появи вторинних ефектів – висипання нових пухирців гарячковий стан припиняється. Вони з'являються у порожнині рота, біля кутів рота, в міжпальцевих складках, біля основи нігтьового ложа, на статевих органах, іноді на кон'юнктиві. Слизова оболонка порожнини рота набрякла, гіперемійована, язик вкритий білувато-жовтим нальотом, підвищується слиновиділення, з'являється неприємний запах з рота. Численні пухирці діаметром 2-4 мм, наповнені молочно-білим ексудатом, виникають на всій слизовій, але їх більше на губах, язиці, піднебінні. Вони порівняно товстостінні і тому зберігаються в порожнині рота 1-2 дні, а потім лопаються з утворенням болючих поверхневих ерозій, оточених яскраво-

червоним обідком. На губах такі ерозії вкриваються кірками. Але після зниження температури тіла самопочуття хворого не покращується. Підвищена саливація (до 4-5 л за добу), болючі патологічні елементи ураження в порожнині рота, набряк язика утруднюють ковтання їжі, навіть рідкої, вимову слів. Регіональні лімфовузли збільшуються, стають болючими при пальпації. Висипання пухирців на шкірі супроводжується печією, свербінням у ділянках кистей та стоп.

Ерозії на слизових епітелізуються через 3-5 діб, не залишаючи рубцевих змін, після цього нормалізується загальний стан хворого і настає період реконвалесценції, що триває 10-15 діб. Можливі рецидиви висипів елементів уражень на шкірі та слизових оболонках, які зводяться до декількох місяців. У дітей захворювання супроводжується вираженими шлунково-кишковими розладами і характеризується тяжким перебігом.

Для лабораторного підтвердження діагнозу здійснюють біологічну пробу, серологічні реакції – заражають лабораторних тварин.

Диференційну діагностику слід проводити з гострим герпетичним, гострим афтозним, виразково-некротичним стоматитом, вітряною віспою, медикаментозною алергією, багатоформною ексудативною еритемою, синдромом Бехчета, оперізуючим лишаєм.

Прогноз сприятливий. У дорослих ящур має порівняно легкий перебіг і триває 1-2 тижні. Відновлення працездатності відбувається через 2-3 тижні. Прогноз серйозний при ящурі у дітей.

Лікування. Обов'язкові ізоляція та госпіталізація хворого на 14 діб від початку захворювання. Рекомендована рідка, неподразнююча їжа 5-6 раз на добу. Специфічного загального лікування не має. Призначають вітаміни, знеболюючі, гіпосенсибілізуючі препарати. Місцеві втручання аналогічні терапії гострого герпетичного стоматиту.

Профілактика. Виконання рекомендацій санітарно-ветеринарної служби по боротьбі із ящуром серед домашніх тварин (вакцинація, карантинні заходи, дезінфекція). Дотримання заходів безпеки при догляді за хворими тваринами. Не можна користуватись молочними і м'ясними продуктами від хворих або підозрілих тварин. Для попередження зараження через продукти молоко слід кип'ятити протягом 5 хвилин або пастеризувати при температурі 85°C 30 хвилин, м'ясо піддавати ретельній термічній обробці. Забороняється працювати у господарствах, де можливі епізоотії по ящурі, вагітним, підліткам, особам із мікротравмами рук.

6. Матеріали для самоконтролю

А. Тести для самоконтролю.

1. Хвора М., 32 років, скаржиться на погіршення загального стану, болісне ковтання їжі. Об'єктивно: підщелепні та шийні лімфатичні вузли збільшені, болючі при пальпації. Язик обкладений сірувато-білим нальотом, зів різко гіперемійований, мигдалики гіперплазовані. Відмічається катаральний

стоматит. У клінічному аналізі крові – лейкоцитоз, поява плазматичних клітин та атипових мононуклеарів. Поставте вірогідний діагноз.

- A. Інфекційний мононуклеоз
- B. Ангіна Симановського-Венсана
- C. СНІД
- D. Гостра лейкемія
- E. Хронічна лейкемія

2. Жінка, 45 років, доярка, скаржиться на слабкість, високу температуру тіла, біль у м'язах, попереку, зниження апетиту, сухість і печіння в порожнині рота. Об'єктивно: на слизовій оболонці порожнини рота виявлені пухирці з прозорим вмістом, на губах кров'янисті кірки. Подібні пухирці виявлені і на кінцівках. Поставте попередній діагноз?

- A. Гострий герпетичний стоматит
- B. Ящур
- C. Вітряна віспа
- D. Інфекційний мононуклеоз
- E. Багатоформна ексудативна еритема

3. Хвора, 20 років, скаржиться на загальну слабкість, підвищення температури тіла, головний біль. Хворіє третю добу. Об'єктивно: підщелепні лімфатичні вузли збільшені, болісні при пальпації, температура тіла 37,80С, слизова оболонка порожнини рота гіперемійована, набрякла. На слизовій оболонці губ, піднебіння, ясен, щоках поодинокі ерозії неправильної поліциклічної форми, вкриті сірувато-білим нальотом, болісні при пальпації. Які лікарські засоби необхідно призначити в перші дні захворювання при місцевому лікуванні хворого в першу чергу?

- A. Противірусні
- B. Кератопластики
- C. Кортикостероїди
- D. Антисептики
- E. Кератолітики

4. Хворий М., 20 років, без постійного місця проживання і роботи, скаржиться на підвищення температури тіла до 390С продовж 10 днів, біль при прийомі їжі та ковтанні, носові кровотечі. Об'єктивно: на межі червоної облямівки губ та шкіри виявлені пухирці з прозорим вмістом, на слизовій оболонці порожнини рота – численні ерозії неправильної форми. Мигдалики гіперплазовані, вкриті плівчастим нальотом. Печінка збільшена та ущільнена. В аналізі крові : еритроцити – $4,5 \cdot 10^{12}$ /л; Нв – 120 г/л; ШОЕ – 25 мм/год.; лейкоцити – $10 \cdot 10^9$ /л; еозинофіли – 0%; лімфоцити – 41%; моноцити – 10%; атипові мононуклеари 14%. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Інфекційний мононуклеоз
- B. Гострий герпетичний стоматит
- C. Дифтерія
- D. СНІД

Е. Гостра лейкемія

5. Хворий 18 років звернувся із скаргами на підвищення температури тіла, слабкість, біль під час вживання їжі. Об'єктивно: слизова оболонка порожнини рота гіперемійована, набрякла, визначаються множинні петехії. Зів гіперемійований. Регіонарні лімфовузли збільшені, рухливі, безболісні. У аналізі крові: лейкоцитоз, моноцитоз, атипові мононуклеари, ШОЕ – 30 мм/год. Який провідний етіологічний фактор розвитку даного захворювання?

- A. Алерген
- B. Мікроорганізм
- C. Гриби рода *Candida*
- D. Вірус
- E. Тяжкий метал

6. Чергового лікаря-стоматолога викликали у інфекційне відділення клінічної лікарні до хворого 36 років, госпіталізованого добу назад. 2 дні тому вживав молочні продукти, які купив на ринку. Хворий скаржиться на нудоту, сильний головний біль, печіння у роті, неможливість прийому їжі. Об'єктивно: температура тіла у хворого 39,0С. На фоні гіперемійованої та набряклої слизової оболонки порожнини рота виявлені численні пухирці та ерозії, виражена гіперсалівація. На шкірі міжпальцевих фаланг – визиккульозні висипання. Поставте попередній діагноз.

- A. Герпетиформний дерматит Дюрінга
- B. Гострий герпетичний стоматит
- C. Синдром Бехчета
- D. Оперізуючий лишай
- E. Ящур

7. Чоловік, 21 року, звернувся до стоматолога зі скаргами на загальну слабкість, біль у м'язах, підвищення температури тіла до 38,30С, розлади шлунково-кишкового тракту, підвищене слиновиділення та висипання у порожнині рота, носа, уретри, а також на шкірі крил носа та міжпальцевих складок. Указані симптоми з'явилися після вживання молока на селі. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Герпетичний стоматит
- B. Інфекційний мононуклеоз
- C. Оперізуючий лишай
- D. Синдром Бехчета
- E. Ящур

8. Хворий В., 17 років скаржиться на підвищення температури до 39,5-40,0С, нудоту, головний біль і біль у горлі, особливо при ковтанні. Об'єктивно: підщелепні, шийні, потиличні лімфовузли значно збільшені, болісні при пальпації. Печінка і селезінка збільшені. Слизова оболонка порожнини рота гіперемійована, набрякла. Мигдалики гіпертрофовані, вкриті нальотом

жовто-сірого кольору, який легко знімається. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Інфекційний мононуклеоз

B. Скарлатина

C. Дифтерія

D. Герпетична ангіна

E. Кір

9. Хворий 30 років скаржиться на кровоточивість ясен. Об'єктивно: слизова оболонка порожнини рота гіперемійована, набрякла. У порожнині рота на м'якому і твердому піднебінні петехії та геморагії. Ясенні сосочки ціанотичні, набряклі, кровоточать при зондуванні. Який найбільш вірогідний діагноз?

A. Хронічна лейкемія

B. Грип

C. Гостра лейкемія

D. Агранулоцитоз

E. Хвороба Вакеза

10. Студентка 20 років звернулася до стоматолога із скаргами на кровоточивість ясен, наявність дрібних крововиливів. Об'єктивно: хвора ослаблена, астеничної статури. У порожнині рота на м'якому і твердому піднебінні петехії, геморагії, судинний малюнок добре виражений. Ясенні сосочки набряклі, ціанотичні, легко кровоточать при зондуванні. Який найбільш вірогідний діагноз?

A. Грип

B. Хронічна лейкемія

C. Гостра лейкемія

D. Поліцитемія

E. Тромбоцитопенічна пурпура

Б. Задачі

1. До стоматолога звернувся хворий X., 28 років, зі скаргами на біль в горлі, підвищення температури тіла до 39°C, біль в ділянці печінки та селезінки. Симптоми з'явилися 7 днів тому. Хворий проводив самолікування, приймав доксіцикліна гідрохлорид по 0,1 протягом 5 днів, проте полегшення не наступило. Об'єктивно: обличчя набрякле. Зів різко гіперемійований, на слизовій оболонці порожнини рота – ерозії, на межі твердого і м'якого піднебіння – петехії. У крові виявлено лейкоцитоз, збільшення лімфоцитів і моноцитів, ШОЕ – 28 мм/год., поява атипівних мононуклеарів. Поставте діагноз.

2. Хворий P., 34 років скаржаться підвищення температури тіла, слабкість, біль у м'язах, суглобах, очах, пітливість, сильний головний біль, неприємні відчуття у горлі. Об'єктивно: слизова оболонка м'якого піднебіння, піднебінних дужок, глотки гіперемійована, набрякла. Одночасно на ділянці

м'якого піднебіння просоподібні зернисті висипи червоного кольору. Поставте попередній діагноз. Назвіть основні етіологічні фактори, що призводять до виникнення цього захворювання.

3. Хвора Р., 35 років, доярка, скаржиться на високу температуру тіла, біль у м'язах, попереку, зниження апетиту, сухість і печіння в порожнині рота. Об'єктивно: на слизовій оболонці порожнини рота виявлені пухирці з прозорим вмістом, на губах кров'янисті кірки. Поставте попередній діагноз. Яка можлива причина виникнення цього захворювання?

4. Хворий М., 32 років звернувся до стоматолога зі скаргами на біль в горлі, підвищення температури тіла до 38,50С, біль в ділянці печінки та селезінки. Симптоми з'явилися тиждень тому. Об'єктивно: на слизовій оболонці порожнини рота виявлені численні ерозії, на межі твердого і м'якого піднебіння – петехії. Визначте попередній діагноз. Які зміни в загальному клінічному аналізі крові можливо будуть виявлені у хворого?

5. Які профілактичні заходи необхідно застосовувати при грипі?

6. В клініку терапевтичної стоматології звернувся чоловік, 48 років, вівчар, зі скаргами на слабкість, підвищення температури тіла до 390С, головний біль та біль у м'язах, зниження апетиту, сухість і печіння в порожнині рота. Об'єктивно: на слизовій оболонці порожнини рота пухирці з прозорим вмістом, на губах кров'яні кірки. Подібні пухирці виявлені на кінцівках в міжпальцевих складках. Визначте попередній діагноз. Які провідні клінічні діагностичні ознаки цього захворювання на?

7. Хворому був встановлений діагноз грип. Які основні ланки патогенезу цього захворювання?

8. В клініку терапевтичної стоматології звернувся хворий Ж., зі скаргами на підвищення температури тіла до 38,50С, нежить, кашель, біль при розмові та прийомі їжі. Симптоми з'явилися 4 дні тому після переохолодження. За допомогою до лікаря не звертався. Об'єктивно: виявлені просоподібні зернисті висипання червоного кольору в ділянці м'якого піднебіння. В аналізі крові: лейкоцитоз за рахунок підвищення кількості нейтрофілів зі зміщенням вліво, ШОЕ – 27 мм/год. При дослідженні ротової рідини: відсутність інтерферону та різке зниження вмісту лізоциму. Визначте діагноз. Які основні принципи лікування хворого?

9. Хворий був встановлений діагноз ящура. Які основні принципи лікування та профілактики цього захворювання?

10. Які рекомендації щодо гігієни порожнини рота можна надати хворим з грипом, інфекційним мононуклеозом, ящуром?

7. Література

Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник / [А.К. Ніколішин, В.М. Ждан, А.В. Борисенко та ін.] / За редакцією А.К. Ніколішина. – Вінниця: Нова книга, 2012. – С. 460-486.
2. Терапевтична стоматологія: підручник у 4-х т. Захворювання пародонта / [М.Ф.Данилевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін.] / За редакцією А.В. Борисенко. Т. 4. – К.: Медицина, 2010. – С. 165-168; 170-172.

Додаткова:

1. Данилевський М.Ф. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, О.Ф. Несин, Ж.І. Рахній. – Київ: Здоров'я, 1998. –С. 116-122.
2. Машковский М.Д. Лекарственные средства: у 2-х томах. – 14-е изд. новое / М.Д. Машковский. – Харьков: Торсинг, 1997. – Т.1. – 543 с.; Т.2. – 590 с.
3. Терапевтична стоматологія /за ред. Е.В. Боровського. – Москва: Медицина, 2002. – С. 519-530, 515-518.

Методична:

1. Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вузах: методичний посібник / В.Є. Мілерян. – Київ, 2003. – 80 с.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 12</i>	Інфекційні захворювання. Етіологія патогенез, прояви на слизовій оболонці. Діагностика. Тактика лікаря-стоматолога
<i>Тема заняття № 12</i>	Туберкульоз. Етіологія, патогенез, клінічні прояви на слизовій оболонці порожнини рота, діагностика. Лікування та профілактика. Тактика лікаря-стоматолога
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

1. Актуальність теми.

В зв'язку зі змінами соціальних умов останнім часом захворювання на туберкульоз зустрічається значно частіше, і набуває епідемічного характеру. Враховуючи, що початкові прояви іноді локалізуються на слизових оболонках порожнини рота, це потребує від лікаря-стоматолога чіткого знання загальних та локальних проявів цього захворювання на слизовій оболонці порожнини рота, як з метою запобігання самозараження, так і з метою своєчасного лікування хворого разом із фтизіатрами.

2. Конкретні цілі

1. Знати сучасне уявлення про етіологію та патогенез туберкульозу на слизовій оболонці порожнини рота.
2. Вміти використовувати методи обстеження хворих при проявах на слизовій оболонці порожнини рота туберкульозу.
3. Знати основні принципи лікування та профілактики туберкульозу у хворих.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
1. нормальна анатомія 2. гістологія 3. патологічна анатомія 4. інфекційні хвороби 5. пропедевтика внутрішніх хвороб	визначити поняття “слизова оболонка порожнини рота” мати уявлення про будову слизової оболонки порожнини рота мати уявлення про основні патологічні процеси на слизовій оболонці та патологічні елементи ураження знати етіологію, патогенез, основні клінічні прояви туберкульозу знати порядок і правила опитування та огляду хворого, вміти правильно зібрати скарги, анамнез захворювання та життя, провести його огляд, виявити його конституцію, активність, вираз обличчя тощо

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття

Термін	Визначення
Туберкульоз	Хронічна інфекційна хвороба, яка викликається мікобактерією туберкульозу (паличкою Коха).
Туберкульозний вовчак (<i>lupus vulgaris</i>).	Найчастіша форма туберкульозних уражень –Ця хвороба має тривалий хронічний перебіг із рецидивами. Ураження туберкульозного вовчака локалізується переважно на шкірі обличчя у вигляді “метелика”.
Люпома	Це специфічний туберкульозний горбик (<i>tuberculum</i>), який є основним первинним елементом ураження. Виявити їх допомагає симптом “яблучного желе”. Після натискання склом вони знекровлюються, при цьому зникає червона кайма люпоми і стає добре помітною сама люпома, яка має жовто-бурий чи воскоподібний колір, що нагадує колір яблучного желе.
Симптом Поспелова	Діагностичний метод, який полягає в натисканні гудзиковим зондом на люпому, при цьому зонд легко провалюється, бо в люпомі руйнуються еластичні та колагенові волокна.
Міліарно-виразковий туберкульоз	Вторинне ураження слизової оболонки порожнини рота на тлі зниженої реактивності. Зустрічається у хворих із тяжкими формами туберкульозу легень або гортані.
Коліквативний туберкульоз (скрофулодерма).	Рідкісна форма вторинного туберкульозу. Типова ознака цієї форми – утворення у глибоких шарах слизової оболонки вузлів, які з часом розпадаються.

4.2. Теоретичні питання до заняття

1. Які анатомо-фізіологічні особливості будови слизової оболонки порожнини рота?
2. Які найбільш характерні клінічні прояви туберкульозу на слизовій оболонці порожнини рота?
3. Які основні принципи лікування туберкульозу, тактика лікаря-стоматолога?

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.

1. Провести огляд хворого.
2. Під час проведення клінічного обстеження хворого встановити попередній діагноз.
3. Надати рекомендації щодо гігієни порожнини рота у хворого з туберкульозом.

5. Зміст теми

Туберкульоз – хронічна інфекційна хвороба, яка викликається мікобактерією туберкульозу (паличкою Коха).

Первинного ураження СОПР практично не буває. Здебільшого це вторинне ураження порожнини рота.

Мікобактерії туберкульозу потрапляють у слизову оболонку рота як ендогенним шляхом (гематогенним, лімфогенним, *per continuitatem*), так і екзогенним.

Якщо виникає ураження слизової оболонки рота, то клінічні форми хвороби залежать насамперед від загального перебігу туберкульозного процесу й імунологічного статусу організму. У *патогенезі* туберкульозу чимале значення мають характер харчування, нервово-ендокринні розлади та ін.

Туберкульозне ураження слизової рота буває у вигляді туберкульозного вовчака, скрофулодерми і міліарно-виразкового туберкульозу.

Найчастіша форма туберкульозних уражень – *туберкульозний вовчак* (*lupus vulgaris*). Ця хвороба має тривалий хронічний перебіг із рецидивами. Ураження туберкульозного вовчака локалізується переважно на шкірі обличчя у вигляді “метелика”.

Найулюбленіші локалізації цього процесу на СОПР – червона облямівка верхньої губи, слизова оболонка верхньої губи, альвеолярний відросток верхньої щелепи в ділянці фронтальних зубів, тверде і м’яке піднебіння.

За своїм клінічним перебігом туберкульозний вовчак має інфільтративну, горбикову, виразкову та рубцеву стадії.

Основним первинним елементом ураження є *люпома* – специфічний туберкульозний горбик (*tuberculum*). Та на інфільтративній стадії розвитку горбики мало помітні. Їх виявити допомагає симптом “яблучного желе”. Після натискання склом вони знекровлюються, при цьому зникає червона кайма люпоми і стає добре помітною сама люпома, яка має жовто-бурий чи воскоподібний колір, що нагадує колір яблучного желе. Другий діагностичний метод полягає в натисканні гудзиковим зондом на люпому, при цьому зонд легко провалюється (симптом Пospelова), бо в люпомі руйнуються еластичні та колагенові волокна.

На другій стадії на тлі набряку і гіперемії з’являються окремі дрібні горбики, які становлять собою сосочкові розростання, покриті злегка помутнілим епітелієм. Якщо вони зливаються один з одним, то нагадують бородавчасті розростання.

У третій період, якщо не проводилося лікування, починається розпад люпом (із центру), після чого утворюються виразки. Вони мають м’які, нерівні, підриті, набряклі, трохи болючі краї, дно їхнє покрите жовто-червоними папіломатозними малиноподібними розростаннями, які легко кровоточать.

Після завершення третьої стадії утворюються рубці. Якщо процес відбувався без виразок, то вони гладенькі, блискучі, атрофічні. Після виразок рубці щільні, грубі, спаюють слизову оболонку з підлеглими тканинами.

Характерні зміни лімфатичних вузлів. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, щільні, спаяні в горбисті пакети.

Клінічна картина туберкульозного вовчака залежно від локалізації має свої особливості й ускладнення.

Так, за виразкового ураження ясен услід за появою виразок починається розсмоктування кістки альвеолярного відростка, що призводить до розхитування і зміщення зубів. У тяжких випадках альвеолярний відросток зовсім зникає, зуби випадають, а після рубцювання можуть зростися слизові оболонки верхньої губи і піднебіння.

Процес, локалізований у задній третині піднебіння, переходить на *uvula*, піднебінні дужки, глотку і горло.

Уражений язичок (*uvula*) стає набряклим, потовщеним, безформним, нерідко горбистим, із зернистою поверхнею. У разі деструктивного процесу язичок деформується і навіть повністю зникає.

На язиці процес розвивається в ділянці його кореня або спинки, не уражуючи країв і кінчика. Під час клінічного обстеження на язиці знаходять дифузно розсіяні горбики, здатні розпадатися. Іноді на місці ураження виникають верукозні та папіломатозні патологічні елементи ураження. Суб’єктивні відчуття відсутні.

Ураження слизової оболонки губ має виразкову форму і супроводжується значним набряком і больовими відчуттями. Після загоювання виразки формуються глибокі рубці, які деформують губу.

Виразкове ураження верхньої губи викликає типовий клиноподібний дефект: рубець стягує бокові частини губи, що спотворює її, порушуючи мовлення й утруднюючи вживання їжі. У разі ураження обох губ розвивається мікростома.

Діагностика хвороби полегшується наявністю характерних симптомів “яблучного желе” при діаскопії в інфільтративній фазі та симптомом провалювання зонда в люпому (симптом Поспелова). Реакція Манту позитивна, але у виділеннях із виразок, як правило, мікобактерій не знаходять. Гістологічним дослідженням у сітчастому шарі сполучної тканини виявляється горбик, в якому містяться гігантські клітини Пирогова-Лангханса, плазматичні, епітеліоїдні клітини, навколо них – лімфоцити. Казеозний некроз відсутній або слабо виражений.

Диференційна діагностика. Прояви туберкульозного вовчака слід відрізнити від горбкуватого сифіліду, проявів лепри та червоного вовчака.

Міліарно-виразковий туберкульоз – вторинне ураження слизової оболонки порожнини рота на тлі зниженої реактивності. Зустрічається у хворих із тяжкими формами туберкульозу легень або гортані. Рясне мокротиння з високим умістом мікобактерій туберкульозу осідає в місцях слизової рота, яка найчастіше зазнає травми (спинка язика, слизова щік по лінії змикання зубів, м’яке піднебіння, ясна). При цьому мікрофлора розмножується і виникають типові туберкульозні горбики, які потім розпадаються в центрі, утворюючи глибокі, повзучі, дуже болючі виразки з нерівними підритими краями. Виразка росте по периферії, досягаючи іноді великих розмірів. Дно і краї виразки мають зернистий характер (за рахунок горбиків), покриті жовто-сірим нальотом. Тканини, що оточують виразку, набряклі, а по периферії виразки виявляють дрібні абсцеси, так звані зерна Треля. Запальні явища навколо виразки виражені слабо.

На язиці та перехідних складках виразки мають форму щілин із підритими краями.

Лімфатичні вузли на початку утворення виразки можуть не пальпуватись, а згодом збільшуватися, ставати щільно-еластичними, болючими.

Якщо виразка розташована на яснах, можливе ураження кісткової тканини, внаслідок чого зуби розхитуються і випадають.

Діагностика. Має велике значення загальний стан хворих: він дуже тяжкий, хворі схудлі, в них посилені пітливість, слиновиділення, задишка, підвищена температура тіла. У крові – лейкоцитоз, лімфоцитоз. У зіскрібках із виразки виявляють гігантські клітини Пирогова-Лангханса та епітеліоїдні клітини. У бактеріоскопічному дослідженні виявляють бацили Коха.

Диференційна діагностика проводиться з гумозною виразкою при сифілісі, виразково-некротичним стоматитом Венсана, радіомукозидами, травматичною хронічною виразкою, трофічною та раковою виразками, проявами вторинного сифілісу.

Коліквативний туберкульоз (скрофулодерма). Рідкісна форма вторинного туберкульозу. Типова ознака цієї форми – утворення у глибоких

шарах слизової оболонки вузлів, які з часом розпадаються. При цьому виникають виразки неправильної форми, м'якої консистенції, зі з'єденими, підритими краями та в'ялими грануляціями на дні. Виразка слабоболюча, після її загоєння утворюються нерівні рубці.

Коліквативну форму туберкульозу треба диференціювати з гумозною виразкою, раковою виразкою, актиномікозом.

Лікування і профілактика

Якщо лікар-стоматолог помітив у хворого туберкульозне ураження слизової оболонки порожнини рота, він зобов'язаний у першу чергу направити хворого на консультацію і допоміжне обстеження в лікаря-фтизіатра.

Лікують хворих у туберкульозних диспансерах, тому що прояви туберкульозу на слизовій рота – це наслідок загальної туберкульозної інфекції. Лікар-стоматолог проводить санацію порожнини рота й антисептичне полоскання, використовуючи для місцевого лікування специфічні протитуберкульозні препарати: ізоніазид, салюзид, метагид, знеболювальні, рифампіцин, гентаміцин тощо.

Профілактика туберкульозу охоплює проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення, боротьбу з наркоманією, покращення житлових умов та харчування, а лікарі-стоматологи повинні застосовувати всі засоби захисту від інфекції.

6. Матеріали для самоконтролю

А. Тести для самоконтролю

1. Хвора Н., 51 року скаржиться на наявність виразки на боковій поверхні язика. Об'єктивно: на боковій поверхні язика є неглибока виразка з нерівними підритими краями. Дно виразки вкрите жовтувато-сірим нальотом. Навколо виразки маленькі абсцеси. Регіонарні підщелепні лімфовузли збільшені. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Первинний сифіліс
- В. Туберкульозна виразка
- С. Декубітальна виразка
- Д. Афта Сеттона
- Е. Ракова виразка

2. Хворий Т., 37 років працює в теплицях зрошувальником, курить, скарги на загальну слабкість із-за неможливості повноцінного харчування, спричиненого болісною виразкою лівої щоки. Виразка, незважаючи на різні "полоскання", продовжує повільно прогресувати півтора місяця. Об'єктивно: хворий худорлявий, на слизова оболонка лівої щоки в ретромоллярній ділянці, поширюючись на глотку, виявляється неглибока виразка, неправильної форми, вкрита сірувато-жовтим нальотом, болісна, з в'ялими грануляціями на дні та жовтими крапками – на периферії. Запальна реакція по периферії

виразки слабо виразна. Лімфатичні підщелепні вузли м'якої консистенції, спаяні між собою. Ваш попередній діагноз?

- A. Актиномікоз
- B. Рак слизової оболонки лівої щоки
- C. Міліарно-виразковий туберкульоз
- D. Агранулоцитарна ангіна
- E. Ангіна Симановського Плаут-Венсана

3. Хворий В., 40 років звернувся до клініки зі скаргами на наявність на яснах верхньої щелепи горбиків. Об'єктивно: на яснах верхньої щелепи горбики м'якої консистенції, червоного кольору, 5 мм в діаметрі, безболісні. При натискуванні склом вони знекровлюються і в середині видно жовто-бурого кольору утворення. Який діагноз найбільш імовірний? Туберкульозний вовчак

- A. Гумозна виразка
- B. Рак
- C. Міліарно-виразковий туберкульоз
- D. Червоний вовчак

4. У хворого Д., 38 років на слизовій оболонці щік розташовані горбики жовто-червоного кольору, м'якої консистенції, діаметром 1-3 мм, слабоболісні при пальпації. Симптоми Поспелова та яблучного желе позитивні. Який ймовірний етіологічний збудник даного захворювання?

- A. Паличка Коха
- B. Паличка Гансена
- C. Спірохета Венсана
- D. Паличка Леффлера
- E. Гонокок

5. Хворий Н., 35 років скаржиться на наявність болючої виразки на щоці, схуднення, слабкість. Об'єктивно: на фоні набряклої слизової оболонки щоки справа виявлена виразка з нерівними, м'якими краями, вкрита жовто-сірим нальотом. Дно і краї виразки мають зернистий характер. Підщелепні лімфатичні вузли збільшені, щільно-еластичні, болючі. Який попередній діагноз найбільш вірогідний?

- A. Міліарно-виразковий туберкульоз
- B. Ракова виразка
- C. Афга Сеттона
- D. Декубітальна виразка
- E. Трофічна виразка

6. До стоматолога амбулаторії звернувся хворий Н., 40 років зі скаргами на болісну виразку в роті. Під час огляду в ротовій порожнині на слизовій оболонці піднебіння різко болісна виразка 1,5 на 2 см, вкрита жовтуватим нальотом, з м'якими підритими краями та ободком запалення блідно-

червоного кольору. Дно виразки нерівне, сірого кольору. Назвіть попередній найбільш вірогідний діагноз?

- A. Актиномікоз
- B. Рак слизової оболонки піднебіння
- C. Первинний сифіліс
- D. Туберкульозна виразка
- E. Виразково-некротичний стоматит

7. Під час мікроскопічного дослідження матеріалів зішкрябу з дна виразки слизової оболонки піднебіння виявлені гігантські епітеліодні клітини Пирогова-Лангханса. Для якого захворювання характерна така мікроскопічна картина?

- A. Туберкульоз
- B. Актиномікоз
- C. Гостра лейкемія
- D. Сифіліс
- E. Лімфогрануломатоз

8. В клініку до стоматолога звернувся хворий 42 роки зі скаргами на слабкість, схуднення, незначне підвищення температури тіла 37,2°C. Об'єктивно: на фоні гіперемійованої слизовій оболонці щоки, по лініїзмикання зубів виявлена виразка, дно та краї якої мають зернистий характер, вкрита жовто-сірим нальотом. По периферії виразки – дрібні абсцеси. Поставте попередній діагноз.

- A. Міліарно-виразковий туберкульоз
- B. Декубітальна виразка
- C. Трофічна виразка
- D. Гумозна виразка
- E. Стоматит Венсана

9. Хворий 40 років, звернувся в клініку із скаргами на появу почервоніння і кровоточивість в ділянці ясен і губ. З анамнезу: півроку тому йому був виготовлений бюгельний протезом на нижню щелепу, корекція протеза проводилася тричі. Об'єктивно: виразка на альвеолярному відростку нижньої щелепи, овальної форми з підритими краями і дном, що нагадує ягоди соковитої малини і легко кровоточать. Який попередній діагноз?

- A. Туберкульозна виразка
- B. Богатоформна ексудативна еритема
- C. Трофічна виразка
- D. Ракова виразка
- E. Декубітальна виразка

10. Хворого непокоїть наявність в підщелепній ділянці збільшених лімфатичних вузлів протягом декількох місяців. Проведена біопсія лімфовузлів. В центрі вогнища виявлені епітеліодні та гігантські клітини

Пирогова-Лангганса, ділянки сирнистого некрозу. Для якого захворювання характерні такі результати цитологічного дослідження?

- A. Туберкульоз
- B. Сифіліс
- C. Актиномікоз
- D. Гострий серозний лімфаденіт
- E. Хронічний гіперпластичний кандидоз

Б. Задачі для самоконтроля

1. У хворої Р., 23 років на слизовій оболонці порожнини рота в ділянці *placa retrigomandibularis sinistra* виразка розміром 1,5×1,5 з підритими краями, дуже болісна, легко кровоточить, покрита жовтуватим нальотом. Який попередній клінічний діагноз?

2. Пацієнт Н., 29 років скаржиться на болісну виразку на язичі, погіршення загального стану. Вважає себе хворим місяць. Перебуває на обліку у нарколога. Об'єктивно: колір шкіри блідий, хворий худорлявої статури. На фоні гіперемійованої слизової оболонки спинки язика виявлена неглибока виразка, з нерівними підритими м'якими краями, зернистим дном, покрита жовтувато-сірим нальотом, розміром 10x15 мм. Регіонарні лімфовузли збільшені, ущільнені, спаяні між собою і болісні при пальпації. Яке захворювання передусім повинен запідозрити стоматолог?

3. Хворий Я., 47 років, скаржиться на наявність виразки на спинці язика. Об'єктивно: на спинці язика є неглибока виразка з підритими краями, болісна, навкруги якої численні горбки. Який діагноз найбільш вірогідний?

4. Хворий 34 років звернувся до стоматолога із скаргами на наявність виразки на твердому піднебінні, яка з'явилася приблизно місяць тому назад. Лікувався полосканням відварів трав, але виразка поступово "повзе". Об'єктивно: на слизовій оболонці твердого піднебіння є неглибока болісна виразка з нерівними підритими краями, м'якої консистенції, дно містить грануляції. На периферії виразки видно жовтуваті зернини. Який Ваш попередній діагноз? Подальша тактика лікаря стоматолога?

5. Хворий І., 37 років звернувся до лікаря зі скаргами на наявність болючої виразки на слизові оболонки порожнини рота, яка утруднює приймання їжі. Об'єктивно: на слизовій оболонці м'якого піднебіння є болюча виразка з підритими м'якими краями розміром 0,5 см в діаметрі. Дно вкрите сіро-жовтими бугорками. Цитологічне дослідження: наявність клітин Ланганса. Поставте заключний клінічний діагноз.

6. Хворий 39 років, скаржиться на наявність виразок і горбків м'якої консистенції на слизовій оболонці рота, кровоточивість ясен, біль і рухомість зубів. Об'єктивно: на слизовій оболонці язика, ясен є поодинокі виразки з

м'якими підритими краями, вкриті жовтим нальотом. по периферії виразок є невеликі горбки м'якої консистенції. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, м'які, безболісні при пальпації, не спаяні з оточуючими тканинами. Який найбільш вірогідний діагноз?

7. Які клітини є характерними для туберкульозу при мікроскопічному дослідженні патологічних тканин?

8. Виберіть 4 основні показники крові, найбільш інформативні для туберкульозу: еритропенія, тромбоцитопенія, тромбоцитоз, лейкоцитоз, лейкопенія, еозінофілія, еозінопенія, лімфоцитоз, моноцитоз, моноцитопенія.

9. Хворий 40 років, звернувся в клініку зі скаргами на болісні виразки на язиці. Об'єктивно: на спинці язика неглибокі виразки неправильної форми з підритими м'якими краями. Дно виразки нерівне, сіро-жовто-червоного кольору, з жовтими міліарними горбиками. Який попередній діагноз у хворого? Які додаткові методи обстеження необхідно призначити для уточнення діагнозу? Яка тактика лікаря стоматолога?

10. Які форми туберкульозу спостерігаються на слизовій оболонці порожнини рота?

7. Література

Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник / [А.К. Ніколішин, В.М. Ждан, А.В. Борисенко та ін.] / За редакцією А.К. Ніколішина. – Вінниця: Нова книга, 2012. – 495-498 с.
2. Терапевтична стоматологія: підручник у 4-х т. Захворювання пародонта / [М.Ф.Данилевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін.] / За редакцією А.В. Борисенко. Т. 4. – К.: Медицина, 2010. – 214-218 с.

Додаткова:

1. Данилевський М.Ф. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, О.Ф. Несин, Ж.І. Рахній. – Київ: Здоров'я, 1998. – С. 153-158.
2. Машковский М.Д. Лекарственные средства: у 2-х томах. – 14-е изд. новое / М.Д. Машковский. – Харьков: Торсинг, 1997. – Т.1. – 543 с.; Т.2. – 590 с.
3. Терапевтична стоматологія / за ред. Е.В. Боровського. – Москва: Медицина, 2002. – С. 519-530, 515-518.

Методична:

1. Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять в медичних вузах: методичний посібник / В.Є. Мілерян. – Київ, 2003. – 80с.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 12</i>	Інфекційні захворювання. Етіологія, патогенез, прояви на слизовій оболонці. Діагностика. Тактика лікаря-стоматолога
<i>Тема заняття № 13</i>	Сифіліс. Гонорея. Етіологія, патогенез, клінічні прояви на слизовій оболонці порожнини рота, діагностика. Лікування та профілактика. Тактика лікаря-стоматолога.
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

1. Актуальність теми.

Сифіліс-хронічна інфекційна хвороба, яку викликає бліда спірохета. Шлях передачі в основному контактний – при статевих стосунках, а також при користуванні загальною з хворим посудом, білизною, зубною щіткою. За сучасними даними, які описані в літературних джерелах, прояви сифілісу на СОПР досить часто не розпізнаються, а це приводить до самозараженню лікаря-стоматолога а також передачею інфекції через недостатньо дезинфікований і стерилізований інструментарій хворими, що звертаються за стоматологічною допомогою з приводу захворювань пародонту.

З вище викладеного виходить, що лікар-стоматолог повинен добре знати шляхи передачі інфекції від хворого до здорового, загальні і локальні прояви сифілісу на слизистій оболонці порожнини рота і пародонту та на основі їх аналізу і узагальнення уміти своєчасно визначити можливу наявність цього захворювання і прийняти термінові заходи до уточнення діагнозу. Пацієнта слід направити на спеціальне бактеріологічне та імунологічне обстеження, а також призначити на консультацію до дерматовенеролога і прийняти заходи до попередження розповсюдження захворювання серед медперсоналу стоматологічного закладу, а також серед хворих, що звертаються до стоматолога з патологією органів порожнини рота.

В зв'язку зі змінами соціальних умов останнім часом гонорея почала зустрічатися значно частіше, а іноді набувати епідемічного характеру. Досить часто початкові прояви цих захворювань локалізуються на слизових оболонках порожнини рота, що потребує від лікаря-стоматолога чіткого знання загальних та локальних клінічних ознак цих захворювань на слизовій оболонці порожнини рота, як з метою запобігання самозараження, так і з метою своєчасного лікування хворого разом із спеціалістами-інфекціоністами, фтизіатрами та дерматовенерологами.

2. Конкретні цілі.

Знати:

- збудників захворювання;
- можливі шляхи зараження сифілісом населення;
- загальні ознаки інфекційного захворювання;
- особливості клінічного прояву сифіліса на слизовій оболонці порожнини рота;
- своєчасні методи діагностики захворювання;
- тактику лікаря-стоматолога при виявленні цього захворювання.
 - Знати сучасне уявлення про етіологію та патогенез гонореї.
 - Вміти використовувати методи обстеження хворих при проявах на слизовій оболонці порожнини рота гонореї.
 - Вміти провести клінічне обстеження хворих на гонорею, виявити характерні елементи ураження, скласти план допоміжних методів дослідження, заповнювати бланки консультативних направлень до суміжних спеціалістів, вибрати лікарські препарати.

- Знати основні принципи лікування та профілактики гонореї у хворих

Вміти:

- провести клінічне обстеження хворих на виявлення бактеріального інфекційного захворювання;
- виявити характерні для захворювання елементи ураження;
- скласти план допоміжних методів дослідження;
- заповнювати бланки консультативних направлень до суміжних спеціалістів;
- вибрати лікарські препарати та провести симптоматичну терапію захворювань слизової оболонки порожнини рота, як наслідок проявів та інфекційного захворювання.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міжнародна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
Попередні дисципліни -інфекційні хвороби	Знати збудники та шляхи зараження бактеріальними інфекціями, загальні симптоми захворювання
дерматовенерології	Знати збудники та шляхи зараження бактеріальними інфекціями, загальні симптоми захворювання
пропедевтика тератичної стоматології	Знати методи обстеження стоматологічного хворого. Вміти обстежити стоматологічного хворого
Внутрішньопредметна інтеграція	Знати клініку уражень слизової порожнини рота при бактеріальних інфекціях. Вміти проводити диференційну діагностику проявів бактеріальних інфекцій (дифтерії, гонореї, туберкульозу, лепри) на слизовій порожнині рота
1. нормальна анатомія 2. гістологія 3. патологічна анатомія 4. інфекційні хвороби 5. пропедевтика внутрішніх хвороб	визначити поняття “слизова оболонка порожнини рота” мати уявлення про будову слизової оболонки порожнини рота мати уявлення про основні патологічні процеси на слизовій оболонці та патологічні елементи ураження знати етіологію, патогенез, основні

	клінічні прояви гонореї знати порядок і правила опитування та огляду хворого, вміти правильно зібрати скарги, анамнез захворювання та життя, провести його огляд, виявити його конституцію, активність, вираз обличчя тощо
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття.

Сифіліс	Хронічна інфекційна хвороба, яку викликає бліда спірохета (<i>spirocheta pallida</i>).
Шанкер	Термін походить від французького слова "chancre" - виразка. Розвиток твердого шанкеру на губах або на слизовій оболонці порожнини рота починається з появи осередку обмеженого почервоніння, який протягом 2-3-х тижнів ущільнюється внаслідок запального інфільтрату. Поступово це ущільнення збільшується до 1—2 см у діаметрі. У центрі ураження виникає некроз і утворюється ерозія м'ясо-червоного кольору, рідше - виразка.
Шанкер-амигдаліт	Атиповий варіант твердого шанкеру, має місце ураження всього мигдалика. Він збільшений, виступає в просвіт зів, займає його половину, а іноді увесь зів. Колір мигдалика мідно-червоний, він неболючий, щільний.
Лімфангіт (склерангіт)	Реактивне ураження лімфатичної судини, яка несе лімфу від твердого шанкеру до регіонарних лімфатичних вузлів.
Розеольозні висипи	Виникають на слизовій оболонці рота симетрично на дужках, м'якому піднебінні, язичку та мигдаликах. Рідше - на язиці, губах, щоках.

	<p>Поява розеол у порожнині рота збігається з висипами розеол на шкірі. Особливістю розеольозних уражень є те, що вони зливаються, і тоді утворюються вогнища у вигляді еритеми. Слизова оболонка м'якого піднебіння і мигдаликів стає інтенсивно-червоною (еритематозна ангіна).</p>
<i>Папульозні висипи</i>	<p>Найчастіші прояви вторинного сифілісу на слизовій оболонці порожнини рота. Вони можуть виникати в різних відділах слизової оболонки порожнини рота та особливо на мигдаликах, дужках, м'якому піднебінні, де вони зливаються в суцільні осередки ураження (папульозна ангіна). Нерідко папули виникають на язиці, слизовій оболонці щік, особливо по лінії змикання зубів, на яснах .</p>
<i>Гуми</i>	<p>В порожнині рота зустрічаються звичайно у вигляді поодиноких уражень. Рідше в порожнині рота виявляється кілька гум і надзвичайно рідко спостерігаються численні ураження, характерні для вторинного сифілісу. Гумозний період супроводжується глибокими ушкодженнями тканин. Найчастіша локалізація гум - м'яке та тверде піднебіння і язик.</p>
Гонорея – (гонококовий стоматит)	<p>Гостра інфекційна хвороба слизової рота. Збудник гонореї – гонокок.</p>

4.2. Теоретичні питання до заняття.

1. Який етіологічний чинник хронічного інфекційного захворювання сифіліс?
2. Назвіть шляхи зараження сифілісом.
3. Як за класифікацією розрізняють сифіліс?
4. Які додаткові методи потрібно провести для підтвердження діагнозу?
5. Для яких періодів сифілісу можливе ураження слизової оболонки порожнини рота?

6. Які найтипівіші прояви первинного періоду сифілісу в порожнині рота?
7. Які клінічні прояви вторинного періоду сифілісу в порожнині рота?
8. Які прояви третинного періоду сифілісу в порожнині рота?
9. Опишіть тактику стоматолога під час виразкових висипань при вторинному сифілісу.
10. Яка профілактика сифілісу?
11. Які анатомо-фізіологічні особливості будови слизової оболонки порожнини рота?
12. Які найбільш характерні клінічні прояви гонореї на слизовій оболонці порожнини рота у хворих?
13. Які основні принципи лікування гонореї, тактика лікаря-стоматолога?

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.

1. Провести діагностику такої інфекційної хвороби, як сифіліс.
 2. Скласти план лікування хворого на сифіліс.
 3. Провести допоміжні методи обстеження хворого на вторинний сифіліс (бактеріологічне, реакція Вассермана).
 4. Заповнити амбулаторну картку стоматологічного хворого.
- б 1. Вміти проводити огляд порожнини рота у хворих.
2. Під час проведення клінічного обстеження хворого встановити попередній діагноз.
 3. Надати рекомендації щодо гігієни порожнини рота у хворого з гонореєю.

5. Зміст теми.

Сифіліс - це хронічна інфекційна хвороба, яку викликає бліда спірохета (*spirocheta pallida*).

Ураження виникає після проникнення *Treponema pallida* через шкіру або слизові оболонки. Можливе внесення інфекції у кров'яне русло (трансфузійний, уроджений сифіліс).

Джерело розповсюдження інфекції - хворі на первинний і вторинний сифіліс із характерними висипами на шкірі та слизових оболонках. Ураження виникає також від статевого контакту з хворим на ранній прихований сифіліс. У порожнину рота інфекція потрапляє позастатевим шляхом за наявності ушкодження епітелію (ерозії, тріщини тощо).

Зараження відбувається безпосередньо, наприклад, через поцілунок, як наслідок нетрадиційних форм статевих контактів і нетрадиційної сексуальної орієнтації тощо або безпосередньо - через заражені предмети, якими користується хворий на сифіліс, наприклад, через зубну щітку та ін. Описані випадки зараження під час екстракції через заражені шприци, щипці, інфіковані голки і т. ін.

Із моменту проникнення блідої трепонеми в організм людини незалежно від шляху ураження сифіліс стає загальною інфекційною хворобою. Експериментальними дослідженнями встановлено, що вже через

кілька хвилин після ураження, бліда трепонема з'являються у лімфатичних вузлах і крові.

Перебіг процесу має певну закономірність, зумовлену імунологічними зсувами, що відбуваються внаслідок взаємодії блідої трепонеми й організму хворого.

У клінічному плані для сифілісу характерна хвилеподібна зміна активних проявів і прихованих періодів із посиленням тяжкості процесу і його стійкості до лікування.

У перебігу сифілісу виділяють інкубаційний, первинний, вторинний і третинний періоди.

Первинний період сифілісу.

Клініка. Тривалість цього періоду сифілісу - від 6 до 8 тижнів. Починається він із появи на місці проникнення блідої трепонеми твердого шанкеру (*ulcus durum*; синоніми: "первинний афект", "первинна сифілома", "первинний склероз"). Термін "шанкер" походить від французького слова "chancre" - виразка.

У порожнині рота твердий шанкер частіше локалізується на червоній каймі губ (78%), на язиці (8,2 %), мигдаликах, яснах, у кутах рота.

Розвиток твердого шанкеру на губах або на слизовій оболонці порожнини рота починається з появи осередку обмеженого почервоніння, який протягом 2-3-х тижнів ущільнюється внаслідок запального інфільтрату. Поступово це ущільнення збільшується до 1—2 см у діаметрі. У центрі ураження виникає некроз і утворюється ерозія м'ясо-червоного кольору, рідше - виразка. Коли шанкер досягає повного розвитку протягом 1-2 тижнів, на слизовій оболонці порожнини рота він має вигляд круглої або овальної ерозії, неbolючої, м'ясо-червоного кольору, або виразки з блюдцеподібними краями діаметром від 3 мм (карликовий шанкер) до 1,5 см, зі щільно-еластичним інфільтратом в основі. Іноді ерозії покриті сірувато-білим нальотом.

Виразкові шанкери на червоній каймі губ можуть мати нерівне дно, покриватися серозно-геморагічними кірками, після видалення яких виникає сильна кровотеча.

Нерідко на губах унаслідок наростаючого інфільтрату формуються гіпертрофічні шанкери діаметром 2-3 см, напівсферичної форми і щільно-еластичної консистенції. Вони, як капелюшки грибів, піднімаються над навколишніми тканинами. Їхня гладенька та блискуча поверхня ерозивна, іноді наявна виразка, з якої виділяється незначний серозний ексудат.

Унаслідок інфільтрату нижня губа звисає, а шанкер тримається довше, ніж на інших місцях слизової рота.

У кутах рота і на перехідній складці твердий шанкер має вигляд тріщини, але після розтягування складок, в яких знаходиться твердий шанкер, видно його овальні контури. Твердий шанкер у кутах рота нагадує стрептококову або кандидозну заїду, але відрізняється від неї щільністю і підщелепним лімфаденітом.

На язиці твердий шанкер буває одиночним і виникає частіше в середній третині, іноді на латеральній поверхні. Він може бути типовим, а іноді нагадувати герпетичну чи травматичну ерозію. Крім ерозивної та виразкової форм, у осіб зі складчастим язиком у разі локалізації твердого шанкеру вздовж складок може виникнути щілиноподібна форма. У зв'язку з вираженим інфільтратом твердий шанкер різко виступає над навколишніми тканинами, на його поверхні наявна м'ясо-червона ерозія. Запальні процеси навколо відсутні й немає болю.

На яснах твердий шанкер має вигляд яскраво-червоної гладенької ерозії, яка у вигляді півмісяця оточує один або два зуби. Виразкова форма твердого шанкеру схожа з банальним виразковим гінгівітом.

Твердий шанкер, локалізований на мигдаликах, має три різновиди: ерозивний, виразковий і ангіноподібний (шанкер-амигдаліт).

Ерозивний шанкер мигдалика невеликого діаметра (від 3 до 10 мм), круглої форми, з чіткими межами. Дно гладеньке і рівне, відтворює рельєф мигдалика з його пазухми і виступами. Ущільнення прощупується не завжди. Колір може бути різний: червоний, сіруватий, опаловий і навіть строкатий, коли червоні ділянки чергуються з сірими. Суб'єктивні відчуття відсутні. Поверхня мигдалика навколо ерозивного шанкеру не змінюється.

Виразковий шанкер мигдаликів більший, ніж ерозивний (діаметр доходить до 1,5-2,0 см), іноді поширюється на всю поверхню мигдалика, контури нерівні, межі стерті, дно нерівне, темно-червоного кольору, покрите сіруватим нальотом. Пальпаторно виявляється ущільнення різного ступеня вираженості. Іноді буває відчуття дискомфорту і болю під час ковтання і в осередку регіонарного лімфаденіту.

Шанкер-амигдаліт - атиповий варіант твердого шанкеру, де має місце ураження всього мигдалика. Він збільшений, виступає в просвіт зів, займає його половину, а іноді увесь зів. Колір мигдалика мідно-червоний, він неболючий, щільний. Процес відрізняється від ангіни бічністю ураження, відсутністю болю і гострої запальної гіперемії, загальних явищ немає, температура тіла нормальна.

Важливі симптоми первинного сифілісу - регіонарний лімфаденіт, лімфангіїт та полі-аденіт.

Діаметр вузлів при регіонарному лімфаденіті (склеродиніті) збільшений до 2-3 см, вони щільно-еластичні, ізольовані один від одного, не спаяні з тканинами, рухомі й не-болючі. Шкіра над ними не змінена. Пальпаторно виявляються куляста чи овальна форми.

Лімфангіїт (склерангіїт) - реактивне ураження лімфатичної судини, яка несе лімфу від твердого шанкеру до регіонарних лімфатичних вузлів. Уражена судина пальпується у вигляді щільно-еластичного тяжа. Шкіра над ним не змінена. Іноді по його ходу прощупуються вузликові утвори, які нагадують чотки.

Поліаденіт формується за 1,5-2 тижні до початку вторинного сифілісу й тримається до 2-3 місяців.

Загальні симптоми первинного сифілісу: анемія, гарячка, головний біль, неврологічні болі, носові кровотечі, артропатії й артралгії. Нічний головний біль та нічні болі в кістках типові для первинного сифілісу.

Діагностика. Через 5-7 днів після утворення твёрдого шанкеру на поверхні його дна та в лімфатичних вузлах на мікробіологічному обстеженні знаходять бліді трепонеми. У кінці 3-го тижня первинного сифілісу в крові за допомогою серологічних реакцій (реакція Вассермана, осадкові реакції) знаходять антитіла, які утворюються після проникнення блідих трепонем у кров. Також використовують реакцію імунофлуоресценції (РІФ), а також реакцію іммобілізації блідих трепонем (РІБТ або РІТ). З 4-го тижня класичні серологічні реакції стають позитивними, в зв'язку з чим первинний період сифілісу поділяють на серонегативний (з моменту появи твердого шанкеру до моменту переходу серологічних реакцій із негативних у позитивні) і первинний серопозитивний.

Диференційна діагностика. Твердий шанкер слід відрізнити від простого герпесу, шанкероформної піодермії, ракової пухлини, виразок при туберкульозі, травматичних виразок, ерозій і виразок при пухирчатці, ерозій при червоному плоскому лишайі, лейкоплакції, червоному вовчаку, виразково-некротичному стоматиті Венсана, проявів вторинного та третинного сифілісу.

Вторинний період сифілісу.

Клінічні прояви. Починається через 6-7 тижнів після появи твердого шанкеру. Вторинний період сифілісу триває 3-5 років. Для нього характерний хвилеподібний перебіг, коли періоди активного прояву хвороби змінюються періодами прихованого, безсимптомного перебігу.

Слизова оболонка порожнини рота часто стає місцем, де локалізуються сифіліди вторинного сифілісу. При вторинному рецидивному сифілісі висипи в порожнині рота можуть бути єдиним клінічним проявом хвороби.

Ураження слизової оболонки порожнини рота при вторинному сифілісі можуть мати вигляд розеольозних, папульозних, рідше -пустульозних висипів.

Розеольозні висипи на слизовій оболонці рота виникають симетрично на дужках, м'якому піднебінні, язичку та мигдаликах. Рідше - на язиці, губах, щоках. Поява розеол у порожнині рота збігається з висипами розеол на шкірі. Особливістю розеольозних уражень є те, що вони зливаються, і тоді утворюються вогнища у вигляді еритеми. Слизова оболонка м'якого піднебіння і мигдаликів стає інтенсивно-червоною (еритематозна ангіна).

Уражений осередок має застійно-червоний колір, іноді з мідним відтінком, чіткі межі. Слизова набрякла, хворі відчують незручність під час ковтання, біль, але суб'єктивні відчуття можуть бути відсутні. Завершення процесу починається з центральної частини.

Папульозні висипи - найчастіші прояви вторинного сифілісу на слизовій порожнини рота. Вони можуть виникати в різних відділах слизової рота та особливо на мигдаликах, дужках, м'якому піднебінні, де вони зливаються в

суцільні осередки ураження (папульозна ангіна). Нерідко папули виникають на язиці, слизовій оболонці щік, особливо по лінії змикання зубів, на яснах .

Вигляд папул залежить від давності їх виникнення. Спочатку папула - це різко обмежений темно-червоний осередок діаметром до 1 см із невеликим інфільтратом в основі. Через деякий час унаслідок запалення утворюється ексудат, який просочує епітелій, що покриває папулу, і вона набуває характерного вигляду. Папули стають щільними, круглими, розміром 3-ю мм, неболючими, відмежованими від нормальної слизової оболонки, мають сірувато-білий колір, навколо - вузький гіперемований щільний вінчик.

Папула може не виступати над слизовою оболонкою. Після зішкрібання шпателем нальоту, який покриває папулу, виникає м'ясо-червоного кольору ерозія.

Іноді папули можуть перетворюватись у виразку. В цих випадках унаслідок приєднання вторинної інфекції з'являється болючість і розширюється зона гіперемії навколо папули.

Частіше на слизовій оболонці буває декілька папул на різних стадіях розвитку. В такому випадку спостерігається псевдопо-ліморфізм висипів.

Папульозні елементи спочатку розташовуються фокусно, а потім унаслідок постійного травмування розростаються на периферію і зливаються у бляшки, які піднімаються над слизовою оболонкою.

Ниткоподібні сосочки папул, розташованих на спинці язика, гіпертрофуються або атрофуються, і папули набувають форми кільцеподібних дисків. Унаслідок атрофії сосочків утворюються овальні, ніби відполіровані, гладенькі, блискучі поверхні, розташовані нижче рівня прилеглої слизової оболонки ("лосячі папули", або бляшки "скошеної луки").

При злоякісному перебігу сифілісу на м'якому піднебінні та мигдаликах, рідше на інших ділянках слизової утворюються пустульозні, виразкові сифіліди. Спочатку вони мають вигляд великих набряклих інфільтратів, які швидко розпадаються і перетворюються в глибокі виразки, покриті ділянками некротизованої тканини і гноєм. Виразки можуть призвести до руйнування частини м'якого піднебіння.

Утворення виразок супроводжується гарячкою та утрудненим ковтанням.

Діагностика. Діагноз вторинного сифілісу підтверджується виявленням блідих трепонем із поверхні папул та позитивними серологічними реакціями (реакція Вассермана, осадові реакції, РІФ, РІБТ).

Диференційна діагностика. Прояви вторинного сифілісу слід диференціювати з банальною катаральною ангіною, медикаментозними висипами, лейкоплакією, виразково-некротичним стоматитом, червоним плоским лишаям, червоним вовчаком, кандидозом, багатоформною ексудативною еритемою, пухирчаткою, десквамативним глоситом та проявами первинного і третинного сифілісу в порожнині рота.

Третинний період сифілісу.

Клінічні прояви його в порожнині рота спостерігаються часто. Вони виникають іноді за порівняно короткий час (через 4-6 місяців) після вторинного сифілісу, якщо не проводилася профілактична терапія. Частіше третинний сифіліс розвивається через кілька років (3-4), іноді навіть через 10-15, 40-50 років після первинного зараження сифілісом. У порожнині рота третинний сифіліс проявляється у вигляді гуми, рідше - у вигляді горбикового сифілісу. Найчастіше він локалізується на м'якому і твердому піднебінні та на язиці, рідше третинний сифіліс виявляється на губах, щоках, дуже рідко - на яснах. Загалом третинний сифіліс буває головним чином у місцях, які зазнають подразнень (куріння, алкоголь, протези тощо).

Гуми в порожнині рота зустрічаються звичайно у вигляді поодиноких уражень. Рідше в порожнині рота виявляється кілька гум і надзвичайно рідко спостерігаються численні ураження, характерні для вторинного сифілісу. Гумозний період супроводжується глибокими ушкодженнями тканин. Найчастіша локалізація гум - м'яке та тверде піднебіння і язик. У разі локалізації на твердому піднебінні ушкоджуються не тільки слизова оболонка і підслизова тканина, але й кістка.

Початок розвитку гум завжди непомітний для хворого. Глибокі вузли, що розвиваються, неболючі, вони повільно збільшуються, ущільнюються і досягають 3 см і більше в діаметрі. Ураження від гумозного сифілісу, локалізованого на твердому піднебінні, розміщуються по середній лінії. Гумозний процес, що починається на слизовій оболонці, порівняно швидко досягає окістя піднебінного відростка щелепи. Спочатку гума твердого піднебіння має вигляд невеликого вузла, який чітко виступає над рівнем слизової. Вузол завбільшки приблизно з квасолину, червоного кольору, щільної консистенції. Поступово колір його змінюється, набираючи синюшного відтінку. Інфільтрат, що виникає навколо вузла, поступово розм'якшується, й оголюється підлегла кістка. Через деякий час настає некроз кістки і на більшій чи меншій протяжності - її секвестрація. Секвестр відшаровується, й утворюється сполучення між порожнинами рота і носа. Від появи гуми до часу її розпаду, утворення секвестру і його відшарування минає 3-4 місяці

Значні деформації супроводжуються функціональними порушеннями. Їжа, особливо рідка, з порожнини рота потрапляє в порожнину носа. Настають розлади мовлення, воно стає невиразним.

Гумозні ураження на м'якому піднебінні мають дві клінічні форми. Частіше відбувається *дифузна інфільтрація* всієї або частки піднебінної завіски й утворюються крупні вузлуваті гуми, іноді на фоні дифузної інфільтрації, яка супроводжується почервонінням і набряком. Гуми в язичку швидко розпадаються, що призводить до його руйнування і перфорації м'якого піднебіння.

Після рубцювання уражень м'якого піднебіння часто виникає деформація піднебінних парусів, зрощення їх зі стінками глотки, скорочення.

Гуми на язиці спостерігаються переважно на спинці і на бокових поверхнях, дуже рідко - на нижній поверхні. Вони бувають поверхневими і

глибокими, закладеними у м'язах язика. Вузли спочатку щільні, потім розм'якшуються і розпадаються з утворенням виразок. Гумозні виразки мають характерні особливості - похилі та щільні краї. Виразки порівняно глибокі, неболючі, кратероподібні, з брудно-сірим дном і незначними жовтими виділеннями. Під впливом подразнень і вторинної інфекції гумозні виразки стають болючими. Під час зворотного розвитку вони загоюються, утворюючи глибокі, втягнуті, зірчасті рубці, які трохи утруднюють рухи. У дуже рідкісних випадках гума не розпадається і склерозується, утворюючи дуже щільні вузли.

Інша форма ураження язика третинним сифілісом - *склеротичний глосит* як наслідок дифузної сифілітичної інфільтрації. Процес розвивається в підслизовому шарі, м'язах язика. Спинка язика стає горбистою, борозенчастою. Борозенки поділяють язик на окремі нерівномірні часточки. Внаслідок прогресуючого склерозу язик втрачає еластичність, епітелій його спинки стоншується. Змінюється зовнішній вигляд спинки язика: відбувається атрофія ниткоподібних сосочків, поверхня стає гладенькою, наче полірованою, місцями вона стоншується, ороговіває, утворюються білуваті або матові пляшки типу лейкоплакії, змінюється колір слизової. Колір язика стає рівномірним. Поряд із яскраво-червоними і темно-коричневими ділянками з'являються сірувато-білі, аж до перламутрових. У разі глибокого залягання інфільтрату розвивається розлитий інфільтративний склерозуючий глосит. Іноді атрофуються тканини язика. Він зменшується, фіброзно ущільнюється.

Горбиковий сифілід на слизовій рота зустрічається значно рідше, ніж гумозний.

Горбики завбільшки з горошину при третинному сифілісі спостерігаються переважно на губах. Вони щільні, неболючі; розпадаючись, утворюють глибокі виразки з похилими, щільними, майже завжди підритими краями. Нерідко виразки зливаються, дно їх покрите бруднувато-сірим нальотом. Виразково-горбиковий сифіліс призводить і до значного руйнування м'яких тканин порожнини рота. Після загоєння виразково-горбикових елементів третинного сифілісу утворюються характерні грубі рубці. Вони мають фокусне розташування, фестончасті краї. Вторинних висипів горбиків на рубці не буває.

У клінічній картині гумозного сифілісу порожнини рота привертає увагу те, що регіонарні лімфатичні вузли збільшуються лише в разі приєднання вторинної інфекції, звичайно ж у гумозному періоді вони лишаються спокійними, неболючими.

Із ускладнень гумозного сифілісу, крім тріщин і ерозій, слід виділити бешихову інфекцію, яка нерідко рецидивує і спричиняє хронічний набряк та розвиток слоновості, особливо губ.

Діагностика третинного сифілісу. Поряд із клінічними ознаками в діагностиці третинного сифілісу вирішальне значення мають серологічні реакції: РІФ і РІБТ завжди позитивні у всіх хворих, а іноді залишаються

такими навіть після проведеного протисифілітичного лікування як складові реакції. Іноді діагноз уточнюється після пробного лікування (*exjuvantibus*)

Диференційна діагностика: прояви третинного сифілісу в порожнині рота слід диференціювати з виразково-міліарним туберкульозом, раковою виразкою, туберкульозним вовчаком, декубітальною виразкою, трофічною виразкою, виразково-некротичним стоматитом Венсана, алергічними ураженнями СОПР, лепроматозною формою лепри.

Профілактика ураження сифілісом на прийомі в лікаря-стоматолога досягається виконанням заходів, передбачених санітарно-гігієнічними нормами, зокрема використанням захисних засобів (для лікаря) і стерилізацією інструментів (для пацієнта).

Гонорея – (гонококовий стоматит) – гостра інфекційна хвороба слизової рота.

Етіологія. Збудник гонореї – гонокок.

Шляхи ураження: в дітей слизова оболонка інфікується під час проходження через пологові шляхи матері, занесенням інфекції обслуговуючим персоналом та іншими хворими.

У дорослих гонококовий стоматит зустрічається частіше, ніж його діагностують. Цей факт пояснюється тим, що огляд порожнини рота і носа у хворих на гонорею не проводиться; по-друге, стоматологи мало ознайомлені з цією хворобою, і, по-третє, гонококовий стоматит часто має безсимптомний перебіг, а також може самовиліковуватися.

Частіше стоматит у дорослих виникає від орогенітальних контактів та в чоловіків-гомосексуалістів.

Патогенез. Гонококи, які потрапили на слизову оболонку рота, через 3-4 доби по міжклітинних проміжках досягають субепітеліальної сполучної тканини і викликають запальну реакцію з утворенням гнійного ексудату, що розглядається як міграція нейтрофільних гранулоцитів і плазмоцитів до місця вторгнення збудника.

Клініка. Інкубаційний період триває від однієї доби до одного місяця і більше. Скарги у хворих на гонорейний стоматит відсутні.

Під час огляду окремі хворі скаржаться на біль у горлі та підвищення температури. Слизова оболонка губ, ясен, бічних і нижньої поверхні язика та дна ротової порожнини, а також гортані, мигдаликів яскраво-гіперемійована і покрита брудно-сірим, інколи зеленкуватим гнійним нальотом із неприємним запахом. У більш тяжких випадках за відсутності лікування процес може поширитися, з'являється велика кількість ерозій та виразок на слизовій щік, язика, ясен.

Виразки поверхневі, невеликих розмірів, із неправильними, не підритими або мало підритими краями, м'які, злегка болючі, з невеликим жовто-сірим нашаруванням, в якому знаходять гонококи, що підтверджує діагноз.

Діагностика гонорейного стоматиту підтверджується виявленням гонокока мікроскопією ексудату.

Диференційна діагностика проводиться з дифтерією, медикаментозним алергічним стоматитом, багатоформною ексудативною еритемою, виразковим та грибковим стоматитами.

Лікування. Основну терапію здійснює дерматовенеролог. Для загального лікування призначають сульфаніламідні препарати й антибіотики (1-2 тижні): сульфадиметоксин, сульфален, дексациклін гіпохлорид, ципринол, цефазолін, цефтріаксон та інші.

Для місцевого лікування використовують ферменти, антисептичні зрошування порожнини рота, антибіотики та сульфаніламідні препарати. Велике значення мають профілактичні заходи. У новонароджених дітей від хворих на гонорею матерів слизову оболонку рота обробляють 2% розчином нітрату срібла.

У дорослих, хворих на гонорею сечових та статевих органів, необхідно оглядати слизову порожнини рота і горла, за необхідності проводити дослідження на гонокок.

6. Матеріали для самоконтролю

А. Тестові завдання для самоконтролю.

1. Який збудник викликає хронічне інфекційне захворювання сифіліс?

- A. Бліда трепонема
- B. Паличка Коха
- C. Паличка Леффлера
- D. Актиноміцети
- E. Аденовіруси

2. Визначте найбільш вірогідні шляхи зараження сифілісом?

- A. Вроджений
- B. Побутовий
- C. Статевий
- D. Усі відповіді вірні
- E. Трансфузійний

3. В яких періодах сифілісу можливі ураження слизової оболонки порожнини рота?

- A. Усі відповіді вірні
- B. Первинний
- C. Вторинний
- D. Третинний

4. Який час триває інкубаційний період сифілісу ?

- A. 3-4 тижні
- B. 2-3 тижні
- C. 2-3 місяці
- D. 3-4 місяці

Е. 1 рік

5. Які найтипівіші прояви первинного сифілісу в порожнині рота?

- А. Ерозія (твердий шанкер)
- В. Пухлина
- С. Пустула
- Д. Горбик
- Е. Папула

6. Які характерні ознаки для вторинного періоду в порожнині рота?

- А. Розеольні, пустульозні, папульозні висипи
- В. Виразково-некротичні зміни
- С. Гуми
- Д. Папіломи
- Е. Папульозні висипи у вигляді мережева

7. Для якого періоду сифілісу характерний твердий шанкер?

- А. Інкубаційний
- В. Первинний
- С. Вторинний
- Д. Третинний
- Е. Усі відповіді рівні

8. Який проміжок триває вторинний період сифілісу?

- А. До 1 року
- В. 3-5 років
- С. 4-6 місяців
- Д. Більше 10 років
- Е. Більше 15 років

9. Які ураження характерні для третинного періоду сифілісу?

- А. Папули
- В. Чешуйки
- С. Гуми
- Д. Єрозії
- Е. Виразки

10. Яка характерна локалізація уражень при третинному періоді сифілісу?

- А. М'яке та тверде піднебіння
- В. Язик
- С. Кісткові тканини
- Д. Нервова система
- Е. Усі відповіді вірні

1. Хвора С., 28 років веде невпорядкований спосіб життя звернулась до стоматолога зі скаргами на почервоніння слизової оболонки порожнини рота. Об'єктивно: температура тіла 36,70С. На слизовій оболонці щоки виявлена ділянка почервоніння, болісна при пальпації, вкрита сірим нальотом. Відмічається неприємний запах з рота. Попередній діагноз гонорейний стоматит. Який збудник цього захворювання?

- A. Грам негативний диплокок роду *Neisseria*
- B. Грам позитивний диплокок роду *Neisseria*
- C. Грам негативний диплокок
- D. Грам позитивний диплокок
- E. Бліда трепонема

2. У хворої А., 19 років, при огляді лікарем-стоматологом був встановлений попередній діагноз гонорейний стоматит, що підтвердився знаходженням гонокока при мікроскопії ексудату. Яка подальша тактика лікаря-стоматолога?

- A. Лікування разом з дерматовенерологом
- B. Лікування лише у стоматолога
- C. Лікування не потрібне
- D. Терапію проводить дерматовенеролог
- E. Симптоматичне лікування

3. Хворий Н., 26 років звернувся до стоматолога. Хворий зловживає алкоголем, веде невпорядкований спосіб життя. Лікар встановив попередній діагноз гонорейний стоматит. Який додатковий метод дослідження необхідно призначити хворому для уточнення діагнозу?

- A. Цитологічне дослідження
- B. Гістологічне дослідження
- C. Діагностична пункція
- D. Мікробіологічне дослідження
- E. Імунологічне дослідження

4. Збудник гонореї – відноситься до...:

- A. Парних коків грам-негативних
- B. Парних коків грам-позитивних
- C. Парних коків грам-варіабельних
- D. Кококобацилам грам-негативним
- E. Кококобацилам грам-варіабельним

5. Бактеріоскопічна ідентифікація гонококів ґрунтується на наступних ознаках, крім:

- A. Парність коків
- B. Грам-негативність
- C. Грам-позитивність

- D. Внутрішньоклітинне розташування
- E. Бобоподібна форма

6. Хворому В., 43 років, встановлено діагноз: хронічний генералізований пародонтит II ступеня тяжкості. При мікроскопічному дослідженні вмісту пародонтальних кишень виявлено значну кокову мікрофлору, гонокок. Які із перерахованих медикаментозних засобів необхідно застосовувати для інстиляцій в пародонтальні кишені?

- A. Метронідазол
- B. Лінкоміцин
- C. Димексид
- D. Месулід
- E. Діоксин

7. Хвора В., 18 років звернулась до стоматолога зі скаргами на неприємний запах з рота. Об'єктивно: температура тіла 36,70С. На слизовій оболонці щоки виявлена ділянка почервоніння, болісна при пальпації, вкрита сірим нальотом. Який попередній діагноз найбільш імовірний?

- A. Сифіліс
- B. Туберкульоз
- C. Кір
- D. Гонорея
- E. Грип

8. До основних клінічних симптомів орофарингіальної гонореї необхідно віднести всі, крім:

- A. Гіпертрофічний гінгівіт
- B. Гіперемії слизової оболонки
- C. набряк слизової оболонки
- D. Гнійний наліт на мигдаликах
- E. Реіонарний аденіт

9. Критеріями ефективності лікування гонореї є результати:

- A. Клінічного обстеження
- B. Бактеріоскопічного і бактеріологічного методів дослідження
- C. Стоматоскопії
- D. Люмінесцентної діагностики
- E. Клінічного обстеження, бактеріоскопічного і бактеріологічного дослідження

10. При лікуванні гонореї у вагітних протипоказано застосовувати:

- A. Бензилпеніцилін
- B. Еритроміцин
- C. Левоміцетин
- D. Тетрациклін
- E. Сульфаніламід

Б. Задачі для самоконтроля

1. Хворий, віком 30 років, звернувся в клініку з приводу появи на нижній губі виразки, яка злегка кровоточить під час подразнень (вживання їжі та розмови) на протязі декількох днів. При огляді- на червоній каймі нижній губі виразка округлої форми, дно виразки м'ясо-червоного кольору з бдюццеподібними краями та щільно-еластичним інфільтратом, неболюча. Лімфатичні вузли мають щільноеластичну консистенцію, безболісні, рухомі, шкіра над ними не змінена. Посавте попередній діагноз?

2. Хвора Н, 25 років, скаржиться на дискомфорт який з'явився після появи виразки на яснах. Турбує на протязі декількох днів, лікування не проводила. Після об'єктивного обстеження на яснах виявлено ерозію яскраво-червоного кольору, яка у вигляді півмісяця оточує два зуби, злегка кровоточить, безболісна при пальпації, регіонарний лімфаденіт. Які додаткові методи дослідження доцільно призначити ?

3. Під час профілактичного огляду хворого М., 20 років, стоматолог звернув увагу на ерозію округлої форми діаметром 3-4 мм з чіткими межами, яка знаходилася на мигдалику зліва. Дно гладеньке, рівне, відтворює рельєф, червоного кольору. Ерозія безболісна при пальпації. Поставте попередній діагноз?

4. Хворий П, віком 21 рік, направлений на консультацію зі змінами на язиці які його турбують. Уже місяць лікується в ЛОР-відділенні з приводу афонії. Об'єктивно: на спинці язика виявляються чітко обмежені ділянки круглої та овальної форми до 1см в діаметрі з атрофією ниткоподібних сосочків. Поверхня їх чиста, мідно-червоного кольору. На м'якому піднебінні, дужках, мигдаликах та слизовій оболонці щік і губ спостерігаються папули круглої форми діаметром близько 1см. Відзначається поліаденіт. Який найімовірніший діагноз?

5. Хворий Д., 30 років, з інфекційного відділення був направлений лікарем з приводу висипань в порожнині рота, які його не турбують. З анамнезу хворого відомо, що декілька днів назад з'явилася температура більше 38 С, слабкість, головний біль, у крові-лейкоцитоз. Об'єктивно: розеолезні висипи на слизовій оболонці порожнини рота симетрично на дужках, м'якому піднебінні, язичку та мигдаликах. Висипи діаметром до 5 мм, СОПР набрякла, безболісна. Який додатковий метод діагностики потрібно призначити даному хворому?

6. У хворого Р., 36 років, діагностовано рецидивуючий вторинний сифіліс на слизовій оболонці порожнини рота. Які висипання характерні для даного захворювання?

7. Хворий К., 28 років, звернувся з приводу утрудненого ковтання їжі та підвищення температури до 38 С тіла, яка турбує декілька днів, за допомогою не звертався, лікування не проводив. На м'якому піднебінні, мигдаликах та дужках симетрично розташовані глибокі виразки, вкриті некротизованими тканинами з гноєм. Після лабораторного обстеження виявлена бліда трепонема. Для якого періоду сифілісу характерні дані зміни.

8. Хворий Т., віком 37 років, звернувся до лікаря зі скаргами на наявність заїд. З анамнезу з'ясовано, що вони з'явилися 1 місяць тому, утруднюють вживання їжі та розмову, мають косметичний дефект. Лабораторне дослідження виявило бліду тріпонему. Поставте діагноз.

9. Хворий С., 50 років, був направлений з венерологічного диспансеру, де знаходиться на обліку з приводу сифілісу. З анамнезу відомо, що періодично лікується на протязі 15 років. Об'єктивно: на слизовій оболонці твердого піднебіння гума, розміром з горіх, при пальпації безболісна, щільна, слизова оболонка без змін. Регіонарні лімфатичні вузли спокійні, неbolючі. Для якого періоду сифілісу характерні описані зміни?

10. Хворий К., 45 років, звернувся до стоматолога з приводу висипань на губах горбиків, які потім перетворюються у виразки, що утруднюють вживання їжі, розмову, безболісні. Хворіє на сифіліс протягом 20 років. Об'єктивно: на червоній каймі губ глибокі виразки з щільними підритими краями та горбики темно-червоного кольору, завбільшки з горошину. Для якого періоду характерні дані зміни.

11. Хвора Т. 18 років веде невпорядкований спосіб життя звернулася в стоматологічну клініку зі скаргами на почервоніння слизової оболонки порожнини рота. Об'єктивно: температура 36,70С. На слизовій оболонки лівої щоки виявлено ділянку почервоніння, вкриту сірим нальотом та гнійно-кров'яним ексудатом. Відмічається неприємний запах з рота. Вкажіть попередній діагноз. Який метод дослідження необхідно провести для уточнення діагнозу?

12. Хворий М., 29 років, лікарем-стоматологом було встановлено попередній діагноз гонорейний стоматит, що підтверджується знаходженням гонокока при бактеріоскопічному дослідженні ексудату. Яка подальша тактика лікаря-стоматолога в першу чергу?

13. Хворий С., 36 років звернувся до стоматолога зі скаргами на почервоніння слизової оболонки порожнини рота. Хворий зловживає алкоголем, веде невпорядкований спосіб життя. Об'єктивно: температура тіла 36,60С, слизова оболонка щік та нижньої губи яскраво гіперемійована вкрита брудним сірим нальотом. Відмічається неприємний запах з рота.

Лікар встановив попередній діагноз гонорейний стоматит. Вкажіть ймовірні шляхи зараження?

14. Хворому К., 21 року було встановлено попередній діагноз гонорейний стоматит. Визначить тактику ведення хворому та принципи симптоматичного лікування.

15. Хворому С., 29 років, при огляді лікарем-стоматологом було встановлено попередній діагноз гонорейний стоматит, що підтвердився знаходженням гонокока при бактеріоскопічному дослідженні. Визначить необхідний режим праці хворого.

16. Опишіть можливий результат мікробіологічного дослідження у хворого на гонорейний стоматит.

17. У хворого встановлено діагноз: генералізований пародонтит II ступеня тяжкості, хронічний перебіг. При мікроскопічному дослідженні вмісту пародонтальних кишень виявлено значну кокову мікрофлору, трихомонади. Які групи медикаментозних засобів необхідно застосовувати хворому для інстиляцій в пародонтальні кишени в першу чергу?

18. Хворій В. 18 років було проведено повний курс лікування гонорейного стоматиту спільно з дерматовенерологом. Надайте рекомендації хворій щодо профілактики даного захворювання на майбутнє.

19. Хворому Н., 32 років лікарем-стоматологом було встановлено попередній діагноз гонорейний стоматит. Яка клінічна картина цього захворювання?

20. Які профілактичні заходи при необхідності проводять новонародженим з метою запобігання виникнення гонорейного стоматиту?

Г. Практичні завдання

1. Провести клінічне обстеження пацієнта з сифілісом, гонореєю
2. Призначити комплекс лабораторних досліджень для даного пацієнта.
3. Скласти план лікування даного пацієнта.
4. Провести місцеве лікування.
5. Виписати рецепти для загального та місцевого лікування.
6. Оформити медичну документацію.

7. Література

Основна:

1. Терапевтична стоматологія. Підручник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації у двох томах /За редакцією А.К. Ніколішина. –Т.ІІ. – Полтава: Дивосвіт, 2007. – С.127-134.

2. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / За ред. Анатолія Ніколішина – Вид.2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – С. 499-505.

3. Терапевтична стоматологія: Підручник: У 4 т. – Т. 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін. – К.: Медицина, 2010. – С. 222-235.

Додаткова:

1. Боровский Е.В., Иванов В.С, Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. Терапевтическая стоматология. - М.: Медицина, 1998. - стр. 538 — 547.

2. П.Т. Максименко, О.Ю. Костелли, Т.П. Скрипникова. Болезни слизистой оболочки полости рта. – К., «Хрещатик», 1998. – С. 66-78.

3. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. Под ред. Е.В. Боровского, А.Л. Машкейсон. М. Медицина, 1984. – С. 45-60.

4. Пасиков Б.М., Стоянов Б.Г., Машкейсон А.Л. Поражения СОПР и губ при некоторых дерматозах и сифилисе. М. Мед. 1970. – 131-157.

5. Фришман М.П. Ошибки в диагностике сифилиса. Киев, 1977. – 7-25.

6. Данилевський М.Ф., Несин О.Ф., Рахній Ж.І. Захворювання слизової оболонки порожнини рота. - К: Здоров'я, 1998. - стр. 151 - 172.

7. Лукиных Л.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта. - Н.: Новгород, 1993. - стр. 59 - 77, 90 - 96.

8. И.К.Луцкая, А.С. Артюшкевич. Руководство по стоматологии. – Ростов на Дону, 2000. - стр. 130-133.

9. Новик І.І. Хвороба слизової оболонки порожнини рота. - К. 1969.-стр. 78-80, 85-100.

10. В.І. Яковлева, Е.К. Трофимова, Т.П. Давидович, Т.П. Просверяк. Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний. - Минск, 1995. - стр. 299 - 308.

11. Ніколішин А.К., Максименко П.Т., Кіндій Д.Е., Аніщенко Р.І. Хвороби слизової оболонки порожнини рота. - Полтава, 1994. 158 с.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 13</i>	Зміни слизової оболонки порожнини рота при деяких соматичних захворюваннях
<i>Тема заняття № 14</i>	Зміни слизової оболонки порожнини рота при хворобах травного каналу (виразкова хвороба, гастрити, ентерити, коліти, хронічний гепатит). Зміна кольору, набряк слизової оболонки порожнини рота. Обкладений язик. Тактика лікаря-стоматолога.
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

1. Актуальність теми.

Численні дослідження клініцистів і власні спостереження показують, що при порушенні функції шлунково-кишкового тракту одночасно спостерігаються ураження слизової оболонки порожнини рота, що виражаються в атрофії сосочків і набрякlostі язика, скарги пацієнтів на сухість в порожнині рота і таке інше. Цьому взаємозв'язку сприяє ряд чинників: анатомічних, фізіологічних, гуморальних, які чітко відповідають різним ділянкам шлунково-кишкового тракту та його початковому відділу - порожнині рота.

Залежно від виду й ступеня тяжкості захворювання системи ШКТ в організмі проявляються ті або інші клінічні симптоми в різних органах і системах, у тому числі й на СОПР. Тому лікар-стоматолог повинен знати специфіку уражень слизової оболонки порожнини рота, уміти їх вчасно виявити, призначити раціональне та ефективне лікування і провести профілактичну співбесіду.

2. Конкретні цілі.

1. Аналізувати вплив патології системи ШКТ на стан слизової оболонки порожнини рота.
2. Пояснити механізм впливу патології системи ШКТ на стан слизової оболонки порожнини рота.
3. Пояснити основні ураження СОПР у відповідності з патологією ШКТ.
4. Скласти план обстеження хворого.
5. Трактувати специфіку етапів місцевого медикаментозного лікування уражень СОПР при тих чи інших проявах патології ШКТ.
6. Запропонувати диференційований підхід до місцевого медикаментозного лікування в окремо взятому випадку.
7. Проаналізувати ефективність місцевого медикаментозного та загального лікування в поєднанні з гастроентерологом.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
Анатомія, гістологія	Знати анатомічну, гістологічну будову тканин СОПР. Знати анатомічні та гістологічні особливості язика
Патфізіологія, патанатомія	Пояснити патофізіологічні процеси та морфологічні зміни при запаленні СОПР
Мікробіологія, інфекційні хвороби	Визначати мікрофлору ротової порожнини
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Зміни при патології ШКТ. Обстеження пацієнта
Пропедевтика терапевтичної	Провести клінічне обстеження

стоматології	пацієнта
Пропедевтика хірургічної стоматології	Знати види знеболення, іннервацію щелепно-лицьової ділянки
Фармакологія	Фармакодинаміка лікарських засобів, виписати рецепти, роз'яснити хворому необхідність призначеного лікування
Терапевтична стоматологія	Опанувати методи місцевого медикаментозного лікування СОПР

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття

Термінологія	Визначення
1 Гастрит 2 Десквамація 3 Гіперкератоз	Запальне захворювання слизової оболонки шлунку Злущування епітелію або атрофія ниткоподібних сосочків язика по причині нервово-трофічних порушень окремих його ділянок. Підвищене зроговіння епітеліального шару слизової оболонки порожнини рота

4.2. Теоретичні питання до заняття

1. Які захворювання ШКТ проявляються на СОПР?
2. Який патогенез зв'язку захворювань ШКТ із змінами у порожнині рота?
3. Особливості обстеження хворих із ураженнями СОПР, спричиненими хворобами травного каналу.
4. Які ураження СОПР відмічаються при різних формах гастриту?
5. Які зміни у порожнині рота при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки?
6. Які ураження СОПР відмічаються при ентероколіті?
7. Які ураження СОПР відмічаються при панкреатиті?
8. Які ураження СОПР відмічаються при холециститі?
9. Яке місце лікування змін СОПР при патології ШКТ?
10. Тактика лікаря-стоматолога при ураженнях СОПР на фоні патології ШКТ.

5

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.

1. Оволодіти методикою суб'єктивного та об'єктивного обстеження хворих з патологією СОПР.
2. Оволодіти методами додаткового обстеження хворих з патологією СОПР.
3. Оволодіти методами місцевого лікування СОПР.
4. Зібрати скарги, анамнез захворювання
5. Провести клінічне обстеження. Скласти план додаткових методів обстеження з урахуванням супутньої патології ШКТ.
6. Провести медикаментозне лікування уражень СОПР при патології ШКТ.

5. Зміст теми

Функціонування всіх відділів ШКТ віддзеркалюється на стані слизової оболонки порожнини рота. Це пояснюється її морфофункціональною єдністю з травною системою. Найчастіше спостерігаються такі зміни як порушення рельєфу, цілості слизової оболонки, зміна кольору та ін. Також відмічаються порушення саливації, смакові відчуття, парестезії і таке інше.

Проводячи клінічне обстеження необхідно ретельно зібрати скарги хворого, пов'язані з ураженнями в порожнині рота і можливим порушенням загального стану, насамперед травної системи. Отримані дані необхідно проаналізувати і систематизувати, виявивши взаємозв'язок між ними.

Дані анамнезу хвороби й життя дозволяють простежити взаємозв'язок тієї або іншої патології з перенесеними супутніми захворюваннями, умовами праці й побуту, особливостями вживання харчових продуктів і застосування лікарських препаратів. Аналіз і синтез отриманих даних дасть можливість обґрунтувати попередній діагноз.

При обстеженні хворого ураження органів порожнини рота тісно пов'язують з патологією ШКТ. Звертається особлива увага на наступні аспекти: розмір, рухливість язика, наявність на ньому нальоту, виразність і стан сосочків, якість смакової чутливості, стан слиновиділення, наявність одонтогенних і пародонтогенних вогнищ інфекції, колір слизової оболонки порожнини рота і таке інше.

Набряк язика і слизової оболонки порожнини рота при патології травного тракту підтверджується позитивною пробою Мак-Клюра-Олдрича (час розсмоктування пухиря зменшений при нормі 45-60 хвилин). Гастрити змінюють гідрофільність слизової оболонки: анацидний стан сповільнює пухирну пробу, гіперацидний її пришвидшує. Часто пухирна проба буває позитивною при хворобах травного каналу без явних порушень рельєфу слизової оболонки, що дозволяє робити висновки про приховані набряки і ранні ознаки та прогноз хвороби. Набряк слизової оболонки порожнини рота спостерігається у 80 % хворих на коліти з хронічним перебігом. Зміна розміру язика може бути як уродженого характеру (при аномалії розвитку), так і набутого (гіпо- та гіперпластичний язик).

Важливе значення має кількість і характер нальоту на язиці. Він може бути різного забарвлення: від білого або сірого до темнокоричневого. Це залежить від кількості та тривалості вживання пігментованих харчових

продуктів, пігменту крові (гемосидерину при хронічних і гострих кровотечах), а також при дисбактеріозі. Ступінь зв'язку нальоту з прилеглими тканинами також різна й залежить від характеру патологічного процесу. При слабкому зв'язку наліт легко знімається ватним валиком, при помірному – з певним зусиллям, якщо ж міцно з'єднаний з підлеглими тканинами – зняти його практично неможливо без нанесення ушкодження слизової оболонки.

Обкладений язик - найтипівіша ознака хвороб травного тракту. Наліт викликають гастрити, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, новоутвори шлунка та інші хвороби. В утворенні нальоту провідну роль відіграють порушення процесу зроговіння і відторгнення епітеліальних клітин на сосочках язика внаслідок нейротрофічних розладів. На характер нальоту впливають також характер їжі, склад мікробної флори, гігієна порожнини рота. Варто також пам'ятати, що обкладений язик спостерігається у хворих при багатьох інфекційних захворюваннях. Хвороби досить часто посилюють десквамацію епітелію язика. При цьому утворюються яскраві плями різних розмірів і форм на фоні обкладеного язика. Ділянки десквамації з'являються в період загострення хвороби, зникають у процесі лікування, відсутні під час ремісії хвороби та мають тенденцію до міграції. Гострий гастрит викликає обкладення язика товстим сірим нальотом, що покриває всю його поверхню, крім бокових поверхонь та кінчика. При хронічному гастриті з підвищеною секрецією наліт білувато-жовтого чи сірувато-жовтого кольору, розміщується щільно в середній та дистальній ділянках спинки язика. При анацидному і гіпоацидному гастритах наліт на спинці язика відсутній, його поверхня гладенька, блискуча, з яскраво-червоними плямами та смугами. Прояв виразкової хвороби шлунка - наліт сіруватого кольору, щільно прикріплений у ділянці кореня язика. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки часто викликає десквамацію епітелію язика. Ділянки десквамації не постійні, часто змінюють місце та форму локалізації, а іноді спонтанно зникають. При гострому ентероколіті дорсальна поверхня язика покрита щільним сірувато-жовтим нальотом, а за хронічного перебігу хвороби наліт має жовтуватий колір у дистальних відділах спинки язика і переважно в ранковий час. Найчастіша ознака хронічних колітів є проявом десквамації епітелію язика (33%).

Важливим є стан сосочкового апарату язика. В даному випадку можна припустити різну патологію ШКТ, крові, гіповітамінози і таке інше. Збільшення розмірів язика, почервоніння грибоподібних сосочків на фоні гіперпластичного глоситу й осередкової атрофії ниткоподібних сосочків звичайно характерно для виразкової хвороби шлунку. Часткова атрофія ниткоподібних сосочків, що починається з кінчика язика й прогресує в напрямку до його кореня – властива для залізодефіцитної анемії, а поєднання цих проявів з частковою атрофією і яскраво-червоними поздовжніми смугами – для перніціозної анемії (язик Гунтера). Утворення мігруючих плям, частіше по краях язика, білого (сірого) та яскраво-червоного кольору характерно для десквамативного глоситу (географічний язик). Розростання ниткоподібних сосочків і їхня чорна пігментація в середніх ділянках спинки

властиві чорному волосатому язика. Найчастіше гіпертрофуються ниткоподібні сосочки у хворих на гастрит із підвищеною кислотністю. Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки супроводжується гіпертрофією грибоподібних сосочків у вигляді яскраво-червоних точок, що підвищуються над поверхнею слизової оболонки.

Гіпопластичний глосит характеризується атрофією сосочків, інколи різко вираженою, внаслідок чого язик має вигляд «лакованого», з яскравими плямами і смугами. Атрофія сосочків язика супроводжується пекучістю, поколюванням, болем під час уживання їжі. Такі зміни сосочків язика викликаються гастритом зі зниженою секрецією, виразковою хворобою, гастроентеритом, хворобами жовчовивідних шляхів. Гладка й блискуча поверхня спинки язика, яка позбавлена ниткоподібних сосочків в поєднанні з його сухістю властива для пеніціозної анемії. Якщо язик повністю позбавлена ниткоподібних сосочків, набряклий, гіперемірований і на цьому фоні піднімаються яскраво-червоні грибоподібні сосочки, то це характерно для скарлатинового глоситу (малиновий язик).

Зміна кольору слизової оболонки та язика часто є важливою діагностичною ознакою патології шлунково-кишкового тракту. Катаральний глосит, стоматит у вигляді яскраво-червоних і ціанотичних ділянок викликаються гастритами, виразковою хворобою, колітом, ентероколітом. Слизова оболонка має анемічний блідий вигляд у хворих, що страждають на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки, ускладнену кровотечею. Карцинома шлунка пігментує слизову оболонку твердого піднебіння плямами брунатного кольору. Характерну пігментацію слизової оболонки викликають хвороби печінки: вся вона стає блідо-рожевою, а м'яке піднебіння забарвлюється в жовтий колір.

Хвороби травного тракту викликають значні зміни смаку: гастрит - «металевий» присмак уранці; рак шлунка - зниження смаку до гіркокого та солодкого; хронічні ентероколіти – дисгевзію; хвороби печінки - кислий присмак тощо. Для визначення цих порушень використовують метод функціональної мобільності рецепторів язика. При захворюваннях ШКТ досить часто порушується смакова чутливість язика. Вона досліджується за допомогою методу функціональної мобільності рецепторів язика. Поряд із цими змінами в порожнині рота порушується слиновиділення: загострення виразкової хвороби, гіперацидний гастрит зумовлюють гіперсалівацію, але частіше - гіпосалівацію (виразкова хвороба, гастрити та ін.).

Хвороби шлунка і кишечника внаслідок появи трофічних розладів порушують цілість слизової оболонки порожнини рота. Мікротріщини, ерозії, афти, виразки на слизовій оболонці характерні для пізніх стадій і загострень виразкової хвороби шлунка, коліту та ентероколіту.

Парестезія слизової оболонки порожнини рота та язика, глосодинія часто супроводжують різні хвороби шлунково-кишкового тракту.

6. Матеріали для самоконтролю

А. Тестові завдання.

1. Під час профілактичного огляду пацієнта лікарем-стоматологом було виявлено гіпертрофію ниткоподібних сосочків язика та відбитки зубів на його боковій поверхні. Для якого захворювання ШКТ характерні такі клінічні прояви?

- A. Гіперацидний гастрит
- B. Гіпоацидний гастрит
- C. Виразкова хвороба шлунку
- D. Панкреатит
- E. Ентероколіт

2. Під час профілактичного огляду пацієнта лікарем-стоматологом було виявлено атрофію ниткоподібних сосочків язика та відбитки зубів на його боковій поверхні. Для якого захворювання ШКТ характерні такі клінічні прояви?

- A. Панкреатит
- B. Гіпоацидний гастрит
- C. Гіперацидний гастрит
- D. Ентероколіт
- E. Виразкова хвороба шлунку

3. Під час профілактичного огляду пацієнта лікарем-стоматологом було встановлено попередній діагноз: географічний язик. До якого спеціаліста насамперед слід направити пацієнта з метою подальшого лікування?

- A. Дерматолог
- B. Гематолог
- C. Гастроентеролог
- D. Кардіолог
- E. Терапевт

4. Під час профілактичного огляду пацієнта лікарем-стоматологом було встановлено попередній діагноз: географічний язик. Які додаткові методи обстеження слід провести, насамперед, для встановлення заключного діагнозу?

- A. Гістологія ділянки ураження
- B. Клінічний аналіз крові
- C. Біохімічний аналіз крові
- D. Мікроскопія зішкрябу з поверхні язика
- E. Серологічні дослідження

5. При клінічному обстеженні хворих з патологією ШКТ досить часто відмічається набряк язика, відбитки зубів на його боковій поверхні. Яку пробу слід провести для підтвердження даного симптома?

- A. Проба Мак-Клюра-Олдріча
- B. Проба Кулаженко
- C. Проба Кечке
- D. Проба Шиллера-Писарева
- E. Проба Кавецького

6. При стоматологічному огляді пацієнта К. визначено наявність нашарувань сірувато-жовтого кольору на дорсальній поверхні язика, щільно спаяних з підлеглими тканинами. Вкажіть, проявом якої патології є дана симптоматика?

- A. Гіпоацидний гастрит
- B. Виразкова хвороба шлунку
- C. Хронічний холецистит
- D. Гострий панкреатит
- E. Гострий ентероколіт

7. При стоматологічному огляді пацієнта, визначено наявність нашарувань жовтуватого кольору, локалізованих переважно в дистальних відділах спинки язика, переважно в ранковий час. Вкажіть, проявом якої патології є дана симптоматика?

- A. Виразкова хвороба 12-палої кишки
- B. Гіперацидний гастрит
- C. Хронічний ентероколіт
- D. Калькульозний холецистит
- E. Анацидний гастрит

8. Гіпертрофія яких сосочків язика є найбільш частим симптомом гіперацидного гастриту?

- A. Грибоподібних
- B. Листоподібних
- C. Жолобкуватих
- D. Ниткоподібних
- E. Веретеноподібних

9. Гіпертрофія яких сосочків язика є найбільш частим симптомом виразкової хвороби 12-палої кишки та шлунка?

- A. Грибоподібних
- B. Листоподібних
- C. Жолобкуватих
- D. Ниткоподібних
- E. Веретеноподібних

10. Який процес в епітелії сприяє утворенню нашарувань на спинці язика за умов патології травного каналу?

- A. Гіперкератоз

- В. Дискератоз
- С. Паракератоз
- Д. Ортокератоз
- Е. Прекератоз

Б.Ситуаційні задачі

1. Хворий В., 32 років, скаржиться на незвичайний вигляд язика, що періодично змінюється, незначне відчуття печії під час вживання їжі. Страждає на хронічний гастрит. Об'єктивно: на спинці та бокових поверхнях язика кілька десквамативних ділянок овальної форми, які облямовані білястими смужками. Назвіть найбільш імовірний попередній діагноз.

- А. Кандидозний глосит
- В. Десквамативний глосит
- С. Вторинний сифіліс
- Д. Катаральний глосит
- Е. Глосит Гунтера-Міллера

2. Пацієнка О., 53 років, скаржиться на постійне відчуття печії на кінчику язика та бічних поверхнях. Печія виникає зранку і підсилюється до вечора, а зникає при вживанні їжі. Вважає себе хворим близько року. Анамнез життя: анацидний гастрит, операція з приводу фіброміоми матки, гіпертонічна хвороба, поганий сон, почуття тривоги. Об'єктивно: при огляді язик набряклий, на його спинці незначний білий наліт, атрофія ниткоподібних сосочків. Інші ділянки слизової оболонки без видимих патологічних змін. До якого спеціаліста лікарю-стоматологу насамперед потрібно направили на консультацію даного пацієнта?

- А. Невропатолог
- В. Алерголог
- С. Дерматолог
- Д. Гематолог
- Е. Гастроентеролог

3. Пацієнтка С., 42 років, скаржиться на печію та болючість кінчика язика, порушення смакової чутливості, сухість в роті. В анамнезі життя - анацидний гастрит. Об'єктивно: відмічаються численні тріщини губ по середній лінії та в кутах рота. На бічних поверхнях язика відбитки зубів, спинка язика яскраво-червоного кольору на тлі блідої СОПР. Атрофія сосочків на кінчику язика. Аналіз крові: Нв 80 г/л, Эр. 3,5х 10¹² /л, К.П. 0,7. Яке місцеве лікування слід призначити пацієнту?

- А. Аплікації антибіотиками
- В. Аплікації кератопластичними засобами
- С. Аплікації протизапальними засобами
- Д. Аплікації антибіотиками та протизапальними засобами
- Е. Аплікації гіпосенсибілізуючими засобами

4. Пацієнтка В., 57 років, скаржиться на незвичайний вигляд язика, відчуття печії, періодичні болі в животі, загальне нездужання. З анамнезу життя: впродовж 7 років хворіє виразкою шлунку, яка періодично загострюється. Об'єктивно: слизова спинки язика покрита сірим нальотом в окремих ділянках, які чергуються ділянками десквамації різної форми. На боковій поверхні язика відмічаються відбитки зубів та періодична зміна рельєфу язика впродовж декількох тижнів. При пальпації регіонарні лімфовузли не визначаються. Поставте попередній діагноз.

- A. Кандидозний глосит
- B. Атрофічний кандидозний глосит
- C. Географічний язик
- D. Десквамативний глосит
- E. Глосит Гунтера-Міллера

5. Хворий Т., 43 років, звернувся до стоматолога зі скаргами на кровоточивість ясен, почуття гіркоти в роті, підвищену чутливість зубів до термічних подразників. При огляді на тлі незначної набрякlosti слизової оболонки щік, ясен, твердого піднебіння визначаються поодинокі геморагії й телеангіоектазії. М'яке піднебіння і дно порожнини рота мають жовтяничний відтінок, відмічається гіпосалівація. Для якої загальної патології характерні такі зміни?

- A. Аддісонова хвороба
- B. Хронічний гіперацидний гастрит
- C. Хронічний анацидний гастрит
- D. Хронічний гепатит
- E. Гіпертонічна хвороба

6. Пацієнт М., 38 років, скаржиться на сухість в порожнині рота, неприємні відчуття на губах та кутиках рота. Більше 10 років страждає хронічним гастритом, але лікування не проводилось. При обстеженні встановлено наступні зміни: глосит Гунтер-Міллера, ангулярний хейліт, виразковий стоматит. Вказати найбільш ймовірну патологію ШКТ.

- A. Гіперацидний гастрит
- B. Анацидний гастрит
- C. Виразкова хвороба шлунку
- D. Гепатохолецистит
- E. Ентероколіт

7. Пацієнт О., 30 років, скаржиться на погіршення загального стану, підвищення температури тіла, яке зв'язує з появою в порожнині рота численних виразок в порожнині рота. Анамнез захворювання: протягом 10 років проявляються невеликі болючі ущільнення, які через кілька днів збільшуються й перетворюються у виразки. Об'єктивно: на слизовій оболонці щік, перехідної складки, язика численні глибокі різкоболісні виразки з припіднятими ущільненими краями; навколо виразки підлеглі ділянки

слизової некротизовані, набряклі, гіперемійовані. На слизуватій оболонці порожнини рота відмічаються численні рубці округлої форми. Який найбільш імовірний діагноз.

- A. Синдром Бехчета
- B. Травматична виразка
- C. Вторинний сифіліс
- D. Туберкульозна виразка
- E. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит

8. Пацієнт А., 30 років, скаржиться на відчуття печії в язиці під час вживання їжі, незвичайний яскраво-червоний колір язика. Об'єктивно: на слизовій оболонці язика відмічаються ділянки десквамації, ниткоподібні сосочки атрофовані, поверхня гладка, блискуча, яскраво-червоного кольору. В анамнезі життя відмічається хронічний гастрит. Які лабораторні обстеження слід провести в першу чергу?

- A. Мікробіологічне дослідження
- B. Біохімічний аналіз крові
- C. Цитологічне дослідження
- D. Гістологічне дослідження
- E. Клінічний аналіз крові

9. Пацієнтка О., 57 років, скаржиться на незвичайний вигляд язика, порушення його чутливості при вживанні їжі. Вважає себе хворою на гастрит близько 10 років. Об'єктивно: при огляді язик набряклий, на його спинці незначний білий наліт, атрофія ниткоподібних сосочків. Інші ділянки слизової оболонки без видимих патологічних змін. На фоні якого захворювання можуть виникати такі зміни СОПР?

- A. Гепатохолецистит
- B. Виразкова хвороба шлунку
- C. Гіперацидний гастрит
- D. Анацидний гастрит
- E. Ентероколіт

10. Пацієнтка Г., 56 років, скаржиться на незвичайний вигляд язика, порушення його чутливості при вживанні їжі. Вважає себе хворою на гастрит близько 7 років. Об'єктивно: язик набряклий, на його спинці незначний білий наліт, гіпертрофія ниткоподібних сосочків. Інші ділянки слизової оболонки без видимих патологічних змін. Яким загальним захворюванням страждає пацієнт?

- A. Виразкова хвороба шлунку
- B. Гіперацидний гастрит
- C. Анацидний гастрит
- D. Гепатохолецистит
- E. Ентероколіт

7.Рекомендована література

Основна.

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації /За ред. А.К. Ніколішина – Вид.2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. с. –506-512.
2. Терапевтична стоматологія: підручник у 2 т. /[А.К. Ніколішин, В.М. Ждан, А.В. Борисенко та ін.] /За редакцією А.К. Ніколішина. – Т.2. – Вид. 2. – Полтава: Дивосвіт, 2007.с. – 135-141.
3. Данилевський М.Ф. Терапевтична стоматологія: підручник: У 4 т.- Т. 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Антоненко М.Ю. та ін.. – К.: Медицина, 2010. с.–387-391.

14

Додаткова.

1. Авдєєв І.П. Актуальне законодавство в стоматології /І.П. Авдєєв, Т.В. Бяглик, Т.В. Накрєха. – Харків: Авєста, 2009.– 544 с.
2. Данилевський М.Ф. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, О.Ф. Несин, Ж.І. Рахній. – К., 1998. – 408 с.
3. Дерматостоматити /Г.С. Чучмай, Л.О. Цвєх, С.С. Рїзник, Б.С. Гриник. – Львів, 1998. – 136 с.
4. Калюжна Л.Д., Білоклицька Г.Ф. Хвороби шкіри обличчя, слизової оболонки ротової порожнини та червоної облямівки губ. Навчальний посібник. – К.: Грамота, 2007. – 280 с.
5. Крок -2. Тести з терапевтичної стоматології. Збірник завдань для підготовки до тестового екзамену з терапевтичної стоматології. Тести по терапевтической стоматологии. Сборник заданий для подготовки к тестовому экзамену по терапевтической стоматологии. /За ред. Проф. А.В. Борисенка. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – 286 с.
6. Куроедова В.Д., Коршенко В.О., Денисенко В.В. Проблеми ВІЛ/СНІДу в стоматології. – Полтава, 2010. – 96 с.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 13</i>	Зміни слизової оболонки порожнини рота при деяких соматичних захворюваннях
<i>Тема заняття № 15</i>	Зміни слизової оболонки порожнини рота при хворобах серцево-судинної системи (недостатність кровообігу, артеріальна гіпертензія). Трофічна виразка. Пухирно-судинний синдром. Тактика лікаря-стоматолога.
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

1. Актуальність теми.

Численні дослідження клініцистів і власні спостереження показують, що при порушенні серцево-судинної системи (недостатність кровообігу, артеріальна гіпертензія) одночасно спостерігаються різноманітні ураження слизової оболонки порожнини рота. Такі ураження мають певну специфіку та особливості, залежно від виду й ступеня тяжкості захворювання серцево-судинної системи.

Тому лікар-стоматолог повинен чітко визначати таку специфіку уражень слизової оболонки порожнини рота, уміти їх вчасно виявити, призначити раціональне та ефективне лікування і провести профілактичну співбесіду.

2. Конкретні цілі.

1. Аналізувати вплив патології серцево-судинної системи на стан слизової оболонки порожнини рота.
2. Пояснити механізм впливу патології серцево-судинної системи на стан слизової оболонки порожнини рота.
3. Пояснити основні прояви уражень СОПР у відповідності з патологією серцево-судинної системи.
4. Скласти план обстеження хворого.
5. Трактувати специфіку етапів місцевого медикаментозного лікування уражень СОПР при тих чи інших проявах патології серцево-судинної системи.
6. Запропонувати диференційований підхід до місцевого медикаментозного лікування в окремо взятому випадку.
7. Проаналізувати ефективність місцевого медикаментозного та загального лікування в поєднанні з кардіологом.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія, гістологія	Знати анатомічну, гістологічну будову тканин СОПР.
2. Патфізіологія, патанатомія	Знати патофізіологічні процеси. Морфологічні зміни СОПР.
3. Мікробіологія, інфекційні хвороби	Визначати мікрофлору ротової порожнини
4. Пропедевтика внутрішніх хвороб	Зміни при патології ССС. Обстеження пацієнта.
5. Пропедевтика терапевтичної стоматології	Провести клінічне обстеження пацієнта
6. Пропедевтика хірургічної стоматології	Знати види знеболення, іннервацію щелепно-лицьової ділянки
7. Фармакологія	Фармакодинаміка лікарських засобів, виписати рецепти, роз'яснити хворому

	необхідність призначеного лікування
8. Терапевтична стоматологія	Опанувати методи місцевого медикаментозного лікування СОПР.

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття

Термінологія	Визначення
1 Пухирно-судинний синдром	Виникнення пухиря з геморагічним умістом на слизовій оболонці порожнини рота. Хронічний венозний застій ділянки порожнини рота при серцево-судинній недостатності Звуження просвіту артерії при порушенні обміну холестерину Некроз ділянки тканини порожнини рота при порушенні артеріального кровотоку.
2 Ціаноз	
3 Атеросклероз	
4 Трофічна виразка	

1. Які захворювання ССС впливають на стан СОПР?
2. Назвіть механізм впливу захворювань ССС на стан СОПР.
3. Особливості обстеження хворих із ураженнями СОПР, спричиненими патологією СОПР.
4. Які ураження СОПР відмічаються при різних ступенях гіпертонічної хвороби?
5. Які ураження СОПР відмічаються при атеросклерозі?
6. Які ураження СОПР відмічаються при серцевій недостатності?
7. Які ураження СОПР відмічаються при інфаркті міокарда?
8. Яке місцеве лікування змін СОПР проводиться при патології ССС?
9. Тактика лікаря-стоматолога при ураженнях СОПР на фоні патології ССС.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.

1. Оволодіти методикою суб'єктивного та об'єктивного обстеження хворих з патологією СОПР.
2. Оволодіти методами додаткового обстеження хворих з патологією СОПР.
3. Оволодіти методами місцевого лікування СОПР.
4. Зібрати скарги, анамнез захворювання
5. Провести клінічне обстеження.
6. Скласти план додаткових методів обстеження з урахуванням супутньої патології ССС.
7. Провести медикаментозне лікування уражень СОПР при патології ССС.

5. Зміст теми.

Патологічні зміни слизової оболонки порожнини рота, викликані серцево-судинними хворобами на стадії декомпенсації, виявляють у 40-80 % хворих. Це зміни, пов'язані з мікроциркуляторними порушеннями, а також із явищами гіпоксії.

Серцево - судинна недостатність, яка супроводжується порушенням кровообігу, спричиняє загальну одутлість, ціаноз слизової оболонки та червоної кайми губ. Такий стан поєднується з набряком та сухістю слизової оболонки і язика, що призводить до появи відбитків зубів на їх поверхні.

Трофічні порушення слизової оболонки сприяють розвитку виразкових процесів, які локалізуються в порожнині рота в місцях підвищеної травматизації. На місці навіть незначної травми слизової оболонки (бокова поверхня язика, слизова щік та піднебіння) утворюється болюча ерозія, яка швидко перетворюється в трофічну виразку.

Трофічна виразка – дефект слизової оболонки порожнини рота з нерівними краями, сірим некротичним нальотом. Виразка може утворюватися при користуванні зубних протезів. При цьому на слизовій травмованій ділянці утворюються ерозії, виразки (пролежні). Особливостями таких уражень є те, що навколо виразки запальна реакція майже відсутня, не спостерігається і реакція лімфатичних вузлів. Перебіг виразки тривалий, без ознак загоювання. Виразки мають стійкі ознаки прогресування: ширшають і глибшають, навіть викликаючи деструктивні процеси альвеолярної кістки.

Діагностика трофічних виразок нерідко значно ускладнена. Диференціювати їх необхідно від банальних декубітальних, ракової та туберкульозної виразок, виразки при променевої хворобі.

Лікування трофічних виразок потребує активної загальної терапії, спрямованої на ліквідацію недостатності кровообігу. Лікування комплексне, в тісному контакті з терапевтом або ж у стаціонарі. Місцево лікування полягає у використанні знеболювальних засобів (аплікації розчинів 2% тримекаїну, 2 % лідокаїну, аерозоль «Лідестин», 5 % піромекаїнова мазь), антисептичних розчинів, кератопластичних засобів (лінімент або сок алое, хонсурид, препарати прополісу, 5 % дибунолова мазь).

Для покращення мікроциркуляції в зоні трофічних розладів призначають усередину кофермент вітаміну В4 – фосфаден по 0,05 г 2 рази за день протягом 1-2 місяців або теонікол (компламін) по 0,15 г 3 рази за день, курс - до 2 місяців.

Гіпертонічна хвороба може викликати на слизовій оболонці порожнини рота розвиток геморагічних пухирів, що відображають стан кровоносних судин.

Пухирно-судинний синдром проявляється на слизовій оболонці порожнини рота виникненням пухиря з геморагічним умістом. Типова локалізація пухиря - слизова оболонка м'якого піднебіння та щоки.

Хворі (частіше жінки) страждають на гіпертонічну хворобу I-II стадії. У момент появи пухиря на слизовій оболонці порожнини рота артеріальний тиск складає зазвичай 250/120, 220/100 мм.рт.ст., що розцінюється як

гіпертонічний криз. Провокуючими моментами можуть бути вживання твердої їжі, кашель. Больові відчуття мінімальні: незначний колочий біль у момент появи пухиря та слабоболюча ерозія . На слизовій оболонці утворюється пухир розміром від 1,0 до 3 см , виповнений геморагічною рідиною, зі щільною покривкою. Пухир зберігається 2-3 дні, потім лопається, й на його місці утворюється ерозія з обривками покривки по краях та білувато-сірим фібринозним нальотом. Ерозія швидко загоюється.

Геморагічний пухир необхідно диференціювати з гемангіомою, піогенною гранульою, акантолітичною пухирчаткою, бульозним пемфігоїдом.

Лікування пухирно-судинного синдрому передбачає лікування основної хвороби. Всі хворі повинні перебувати на лікуванні та нагляді з приводу гіпертонічної хвороби. Для зменшення судинно-тканинної проникності хворим призначають аскорбінову кислоту з рутином по 0,05 (1 таб.) 2-3 рази за день протягом місяця. Необхідно усунути в порожнині рота всі травмувальні агенти. Для профілактики вторинної інфекції застосовують антисептичні розчини, для пришвидшення епітелізації - кератопластичні засоби (розчин ретинолу ацетату, олію шипшини тощо).

6. Матеріали для самоконтролю

А. Тестові завдання

1. Лікар-стоматолог проводить лікування хворого трофічними виразками в порожнині рота у сумісництві з яким спеціалістом?

- A. Кардіологом
- B. Невропатологом
- C. Гастроентерологом
- D. Дерматологом
- E. Гематологом

2. При пухирно-судинному синдромі елемент ураження знаходиться:

- A. В товщі слинних залоз
- B. Між шарами епітелію
- C. В товщі слизової оболонки
- D. В товщі клітчатки
- E. Підепітеліально

3. Геморагічні пухирі утворюються при:

- A. Гіпертонічній хворобі
- B. Серцево-судинній недостатності
- C. Атеросклерозі
- D. Ревматоїдному порокові серця
- E. Інфарктові міокарда

4. Трофічна виразка в порожнині рота утворюється при:

- A. Ревматоїдному порокові серця

- В. Атеросклерозі
- С. Серцево-судинній недостатності
- Д. Інфарктові міокарда
- Е. Гіпертонічній хворобі

5. Під час огляду пацієнта лікарем-стоматологом в порожнині рота була виявлена трофічна виразка. Яке лабораторне дослідження слід насамперед провести для встановлення заключного діагнозу?

- А. Клінічний аналіз крові
- В. Мікробіологічне
- С. Гістологічне
- Д. Цитологічне
- Е. Біохімічний аналіз крові

6. При профілактичному огляді пацієнта лікарем-стоматологом було виявлено трофічну виразку. Які результати лабораторного дослідження будуть отримані при зішкрябі з поверхні виразки?

- А. Клітини Тцанка
- В. Фузобактерії, спірохети
- С. Поодинокі гістіоцити, дегенеративні епітеліоцити
- Д. Зерна Треля
- Е. Кокова мікрофлора

7. При якій патології серцево-судинної системи відмічається синюшність губ та СОПР?

- А. Атеросклерозі
- В. Серцево-судинній недостатності
- С. Ревматоїдному порокові серця
- Д. Інфарктові міокарда
- Е. Гіпертонічній хворобі

8. Яку групу лікарських засобів слід використовувати для хімічного очищення поверхні трофічної виразки від некротичних мас?

- А. Ферменти
- В. Антисептики
- С. Антибіотики
- Д. Вітамін
- Е. Кератопластики

9. Для прискорення процесу епітелізації на етапі лікування трофічної виразки слід використовувати:

- А. Ферменти
- В. Антисептики
- С. Антибіотики
- Д. Вітамін

Е. Кератопластики

10. Під час профогляду пацієнта лікарем-стоматологом було встановлено наявність в порожнині рота трофічної виразки. На заключному етапі лікування пацієнту було рекомендовано фізіотерапію. Яка процедура сприяє регенерації слизової оболонки?

- А. УФО
- В. УВЧ терапія
- С. Токи Дарсонваля
- Д. Діадинамотерапія
- Е. Гальванізація

Б. Ситуаційні задачі.

1. Хвора С., 58 років, скаржиться на появу пухиря в порожнині рота. Пухир з'явився на боковій поверхні язика після перенесеного напередодні гіпертонічного кризу. При огляді на бічній поверхні язика праворуч геморагічний пухир розміром 10x15 мм. Пальпація безболісна. Симптом Нікольського негативний. Артеріальний тиск 180/130 мм рт ст. Який найбільш вірогідний діагноз?

2. Пацієнт Н., 66 років, скаржиться на появу виразки в ділянці правої нижньої щелепи. Виразка з'явилася два тижні тому після перенесеної травми під час вживання твердої їжі. Проведене самолікування результату не дало, тому він звернувся до лікаря-стоматолога. Хворий відмічає серцево-судинну недостатність. Об'єктивно: на слизовій оболонці правої щоки в ділянці 45, 46, 47 зубів відмічається глибока виразка з нерівними краями покрита некротичним нальотом; прилеглі до виразки ділянки гіперемовані, набряклі, болісні при пальпації, ціанотичного відтінку. Інші ділянки СОПР без змін. Встановіть попередній діагноз.

3. Пацієнт Н., 66 років, скаржиться на появу виразки в ділянці правої нижньої щелепи. Виразка з'явилася два тижні тому після перенесеної травми під час вживання твердої їжі. Проведене самолікування результату не дало, тому він звернувся до лікаря-стоматолога. Хворий відмічає серцево-судинну недостатність. Об'єктивно: на слизовій оболонці правої щоки в ділянці 45, 46, 47 зубів відмічається глибока виразка з нерівними краями покрита некротичним нальотом; прилеглі до виразки ділянки гіперемовані, набряклі ціанотичного відтінку при пальпації болісні, м'якої консистенції. Інші ділянки СОПР без змін. Яке лабораторне дослідження слід, насамперед, провести для встановлення заключного діагнозу?

4. Пацієнт Г., 62 років, звернувся до лікаря-стоматолога з метою професійного огляду. Об'єктивно: лице симетричне, шкірний покрив блілого відтінку, регіональні лімфовузли не пальпуються. Вся поверхня СОПР блідо-рожевого кольору, анемічна без видимих елементів ураження. Язик має звичайний колір та розмір, покритий білуватим нальотом. Сосочки язика без

змін. Відмічається атрофія тканин пародонту (по горизонтальному типу). Пародонтальні кишені відсутні. На фронтальних зубах нижньої щелепи відмічаються клиноподібні дефекти. Яке загальне захворювання ССС слід відмітити у даного пацієнта?

5. Хвора П., 57 років, скаржиться на наявність численних плям на слизовій оболонці губ, щік, язика, періодичних кровотеч із носа. Об'єктивно: телеангіектазії на шкірі обличчя в ділянці лівого крила носа. На СО губ, щік, язика такі елементи ураження в кількості 12-14. Клінічний аналіз крові: тромбоцитів в периферичній крові – 280,0x10⁹/л., час кровотечі до 3-х хвилин. Назвіть найбільш ймовірний діагноз.

6. Пацієнт С., 56 років, скаржиться на загальну слабкість та втомлюваність при незначних фізичних навантаженнях. Об'єктивно: шкірний покрив обличчя блідий, анемічний. Відмічається ціаноз губ. СОПР блідо-рожевого кольору без видимих елементів ураження. В ділянці кореня язика відмічається варікоз вен язика. Яким загальним захворюванням страждає пацієнт?

7. Пацієнт Н., 66 років, скаржиться на появу виразки в ділянці правої нижньої щелепи. Виразка з'явилася два тижні тому після перенесеної травми під час вживання твердої їжі. Проведене самолікування результату не дало, тому він звернувся до лікаря-стоматолога. Хворий відмічає серцево-судинну недостатність. Об'єктивно: на слизовій оболонці правої щоки в ділянці 45, 46, 47 зубів відмічається глибока виразка з нерівними краями покрита некротичним нальотом; прилеглі до виразки ділянки гіперемовані, набряклі ціанотичного відтінку при пальпації болісні, м'якої консистенції. Інші ділянки СОПР без змін. Які результати мікроскопії матеріалу з дна виразки будуть виявлені у даного пацієнта?

8. Пацієнт Ф., 64 років, скаржиться на загальну слабкість та втомлюваність при незначних фізичних навантаженнях. Об'єктивно: шкірний покрив обличчя блідий, анемічний. Відмічається ціаноз губ. СОПР блідо-рожевого кольору без видимих елементів ураження. В ділянці кореня язика відмічається варікоз вен. У якого спеціаліста слід проконсультувати пацієнта?

9. Пацієнт Н., 66 років, скаржиться на появу виразки в ділянці правої нижньої щелепи. Виразка з'явилася два тижні тому після перенесеної травми під час вживання твердої їжі. Проведене самолікування результату не дало, тому він звернувся до лікаря-стоматолога. Хворий відмічає серцево-судинну недостатність. Об'єктивно: на слизовій оболонці правої щоки в ділянці 45, 46, 47 зубів відмічається глибока виразка з нерівними краями покрита некротичним нальотом; прилеглі до виразки ділянки гіперемовані, набряклі, болісні при пальпації, ціанотичного відтінку. Інші ділянки СОПР без змін.

Який засіб для ускорення епітелізації використати при місцевому лікуванні виразки?

10. Пацієнт П., 59 років, скаржиться на біль в порожнині рота під час вживання їжі. Вважає себе хворим протягом місяця. Займався самолікуванням. В анамнезі захворювання відмічає порушення кровообігу II ступеня. Об'єктивно: на слизовій оболонці правої щоки в ділянці 45, 46, 47 зубів відмічається глибока виразка з нерівними краями покрита некротичним нальотом; прилеглі до виразки ділянки гіперемовані, набряклі ціанотичного відтінку при пальпації болісні, м'якої консистенції. Інші ділянки СОПР без змін. Встановіть діагноз.

7.Рекомендована література

Основна:

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації /За ред. А.К. Ніколішина – Вид.2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. с. –506-512.
2. Терапевтична стоматологія: підручник у 2 т. /[А.К. Ніколішин, В.М. Ждан, А.В. Борисенко та ін.] /За редакцією А.К. Ніколішина. – Т.2. – Вид. 2. – Полтава: Дивосвіт, 2007.с. – 135-141.
3. Данилевський М.Ф. Терапевтична стоматологія: підручник: У 4 т.- Т. 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Антоненко М.Ю. та ін.. – К.: Медицина, 2010. с.–387-391.

Додаткова:

1. Авдєєв І.П. Актуальне законодавство в стоматології /І.П. Авдєєв, Т.В. Бяглик, Т.В. Накряха. – Харків: Авеста, 2009.– 544 с.
2. Данилевський М.Ф. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, О.Ф. Несин, Ж.І. Рахній. – К., 1998. – 408 с.
3. Дерматостоматити /Г.С. Чучмай, Л.О. Цвих, С.С. Різник, Б.С. Гриник. – Львів, 1998. – 136 с.
4. Калюжна Л.Д., Білоклицька Г.Ф. Хвороби шкіри обличчя, слизової оболонки ротової порожнини та червоної облямівки губ. Навчальний посібник. – К.: Грамота, 2007. – 280 с.
5. Крок -2. Тести з терапевтичної стоматології. Збірник завдань для підготовки до тестового екзамену з терапевтичної стоматології. Тести по терапевтической стоматологии. Сборник заданий для подготовки к тестовому экзамену по терапевтической стоматологии. /За ред. Проф. А.В. Борисенка. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – 286 с.
6. Куроєдова В.Д., Коршенко В.О., Денисенко В.В. Проблеми ВІЛ/СНІДу в стоматології. – Полтава, 2010. – 96 с.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 13</i>	Зміни слизової оболонки порожнини рота при деяких соматичних захворюваннях
<i>Тема заняття № 16</i>	Зміни СОПР при захворюваннях ендокринної системи (акромегалія, хвороба Іценко-Кушинга, цукровий діабет). Ксеростомія. Тактика лікаря-стоматолога.
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

1. Актуальність теми.

Органи і тканини ротової порожнини перебувають у тісному зв'язку з різними внутрішніми органами і системами людини, тому велика група уражень слизової оболонки є наслідком захворювання тих чи інших внутрішніх органів.

Стоматологічні прояви деяких ендокринних розладів мають важливе діагностичне значення, так як вони випереджають прояви загальних клінічних симптомів основного захворювання. Тому, знання особливостей змін СОПР при ендокринних розладах сприяють виявленню ранніх стадій захворювання, а також правильній оцінці місцевих проявів загальної патології і вибору методів лікування.

2. Конкретні цілі.

Знати: методи обстеження хворих із захворюваннями слизової оболонки порожнини рота,

— мати уявлення про розповсюдженість захворювання,

— класифікацію, етіологію, патогенез, клініку, діагностику, лікування змін слизової оболонки порожнини рота при захворюваннях ендокринної системи,

— взаємозв'язок між етіопатогенетичними чинниками виникнення захворювань ендокринної системи і розвитком змін слизової оболонки порожнини рота та механізми їх профілактики.

Вміти: провести клінічні та спеціальні методи обстеження хворих з данною патологією,

— визначити комплекс клініко-лабораторних досліджень і провести їх для діагностики захворювання ендокринної системи,

— обґрунтувати сучасні підходи до лікування в залежності від клініко-морфологічних особливостей перебігу процесу,

— вказати перспективи розвитку програм профілактики.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Нормальна анатомія	Анатомічні особливості ендокринної системи Орієнтуватися в патоморфологічних змінах при запаленні та дистрофії Методи обстеження стоматологічного хворого Основні клінічні прояви захворювань внутрішніх органів та систем. Розпізнати симптоми. Фармакодинаміка лікарських засобів, виписати рецепти, роз'яснити хворому цінність застосування назначеного лікування
2. Патологічна анатомія	
3. Пропедевтика терапевтичної стоматології	
4. Внутрішні хвороби	
5. Фармакологія	
5. Внутрішньоопредметна інтеграція	

	Елементи ураження СОПР, особливості діагностики уражень слизової оболонки.
--	----------------------------------------------------------------------------

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття
4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Цукровий діабет	в основі виникнення захворювання є порушення вуглеводного обміну. Найбільш характерними змінами в порожнині рота є ксеростомія, катаральний стоматит і глосит, грибковий стоматит, мікотична заїда, парестезії СОПР, трофічні розлади, червоний плескатий лишай.
2. Акромегалія	хвороба, викликана гіперфункцією передньої частки гіпофіза, розвивається внаслідок надлишкового надходження в організм соматотропного гормону. Відбувається збільшення щелеп, особливо нижньої, виникає прогнатія, розширюються міжзубні проміжки. З часом розростаються і м'які тканини: розвиваються макрохейліт, макроглосит.
3. Хвороба Іценка — Кушинга	розвивається внаслідок гіперфункції кори надниркових залоз та ураження гіпоталамогіпофізарної системи.
4. Синдром Гришпана	поєднання цукрового діабету и гіпертонічною хворобою часто проявляється в роті червоним плескатим лишаєм.
5. Аддісонова хвороба	зумовлена припиненням або зменшенням продукування гормонів кіркової речовини надниркових залоз. Найхарактерніша ознака хвороби — специфічна пігментація шкіри та слизової оболонки.
6. Ксеростомія	сухість порожнини рота, що зумовлена зменшенням слиновиділення, ступінь тяжкості якого варіює у різних хворих.

1. Назвіть етіологічні фактори розвитку ксеростомії.
2. Охарактеризуйте клінічні прояви ксеростомії.
3. Вкажіть етіологію та патогенез акромегалії та хвороби Іщенко-Кушинга.
4. Висвітліть клінічні прояви акромегалії у щелепно-лицевій ділянці.
5. Висвітліть клінічні прояви хвороби Іщенко-Кушинга у щелепно-лицевій ділянці.
6. Охарактеризуйте етіологічні фактори та патогенез цукрового діабету.
7. Висвітліть клінічні ознаки цукрового діабету у порожнині рота.
8. Охарактеризуйте особливості додаткових методів обстеження стоматологічних пацієнтів із ендокринним захворюванням.
9. Висвітліть особливості загального лікування стоматологічних пацієнтів із ендокринним захворюванням.
10. Висвітліть особливості місцевих втручань при лікуванні стоматологічних пацієнтів із ендокринним захворюванням.
11. Вкажіть заходи профілактики змін у порожнині рота при ендокринних порушеннях.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.

1. Провести клінічне обстеження хворого з патологією ендокринної системи.
2. Перелічити усі симптоми характерні для проявів на слизовій оболонці порожнини рота патології ендокринної системи.
3. Провести комплекс клініко-лабораторних досліджень, в залежності від ендокринного захворювання.
4. Скласти план лікування хворого з патологією ендокринної системи.
5. Провести місцеве лікування хворого з патологією ендокринної системи.
6. Обґрунтувати та призначити профілактичні заходи пацієнтам.
7. Виписати рецепти для загального та місцевого лікування цих захворювань.
8. Оформити медичну документацію пацієнтів, взятих на диспансеризацію.

5. Зміст теми.

Стоматологічні прояви деяких ендокринних порушень мають велике діагностичне значення, оскільки вони часто передують появі клінічних симптомів основної хвороби.

Порушення вуглеводного обміну викликають на СОПР зміни, вираженість яких залежить від ступеня і тривалості цукрового діабету. Ці зміни іноді стають його першими ознаками.

Найбільш ранній симптом – сухість у порожнині рота (ксеростомія) як наслідок дегідратації організму. Нерідко при цьому виникає спрага, підвищується апетит. Слизова оболонка стає слабо зволоженою чи сухою, мутною, зі значним скупченням нальоту, часто гіперемійованою. Зменшення слиновиділення призводить до розвитку катарального запалення слизової оболонки, вона стає легко ранимою, в місцях незначної механічної травми спостерігаються ушкодження у вигляді крововиливів, інколи ерозій.

За високого вмісту цукру в крові часто виникають зміни язика: вона покривається білим нальотом, висихає, на ній з'являються дрібні болючі тріщинки, Поряд із цим цукровий діабет може викликати парестезії. Пекучість слизової оболонки відчувається разом зі свербіжем шкіри в зоні геніталій та в інших ділянках. У хворих на декомпенсований цукровий діабет можливе зниження смакового відчуття до солодкого, солоного, кислого, а в деяких, які перебувають у протилежній залежності від, тяжкості хвороби — і до гіркого.

Трофічні розлади слизової оболонки порожнини рота характеризуються виникненням трофічних виразок, яким притаманний тривалий перебіг зі сповільненою регенерацією.

Дуже часто запалюється крайовий пародонтит. Спочатку розвивається катаральне запалення ясенних сосочків, потім утворюються пародонтальні кишень, розростається грануляційна тканина та розсмоктується альвеолярна кістка, часто виникають абсцеси.

У порожнині рота розвиваються грибковий стоматит і мікотичні заїди внаслідок дисбактеріозу на тлі різкого зниження опірності організму, зменшення ферментативної активності слини та лізоциму. Грибкові ураження мають сталий характер у різних відділах порожнини рота.

Особливо часто виникають мікотичні заїди, при цьому в кутах рота з'являються тріщинки, покриті білясто-сірими кірочками.

В окремих випадках на слизовій оболонці порожнини рота з'являються папульозні елементи ураження, що може стати ознакою прихованої форми цукрового діабету. Поєднання цукрового діабету и гіпертонічною хворобою часто проявляється в роті червоним плескатым лишаем (синдром Гріншпана). Описані зміни не мають специфічних рис, властивих тільки цукровому діабету. Тому в діагностиці посилену увагу приділяють анамнезу, загальному обстеженню хворого, лабораторним дослідженням.

Лікування проводять спільно з ендокринологом. За наявності виражених змін у порожнині рота, зважаючи на їхні прояви, призначають симптоматичне лікування: фунгістатичні препарати — при грибкових ускладненнях, кератопластичні — при трофічних ураженнях, а також засоби, що поліпшують вуглеводний обмін. У хворих на цукровий діабет регулярно проводять санацію порожнини рота.

Акромегалія — хвороба, викликана гіперфункцією передньої частки гіпофіза, розвивається внаслідок надлишкового надходження в організм соматотропного гормону. Відбувається збільшення щелеп, особливо нижньої, виникає прогнатія, розширюються міжзубні проміжки. З часом розростаються і м'які тканини: розвиваються макрохейліт, макроглосит. Сосочки язика гіпертрофуються, він ледве поміщається в роті, на язиці з'являються складки та борозни. Слизова оболонка щільна, блідо-рожевого кольору, не береться в складку. Також з'являється гіперплазія ясен. Розростання язичка і голосових зв'язок супроводжується зниженням тембру голосу. Хвороба розвивається повільно, непомітно для хворого.

Хвороба Іценка — Кушинга розвивається внаслідок гіперфункції кори надниркових залоз та ураження гіпоталамогіпофізарної системи. Виникає ожиріння обличчя, шиї, грудей, живота. Обличчя округле, щоки надуті, вишнево-червоного кольору. Шкіра суха, утворюються фурункули, вугри, імпетиго. У порожнині рота слизова оболонка набрякла, спостерігаються відбитки зубів на щоках та язиці. Часто виникають трофічні розлади, що призводить до появи ерозій, виразок, які характеризуються тривалим перебігом. Часте ускладнення — кандидозні ураження.

Лікування проводиться спільно з ендокринологом. Показані санація порожнини рота і симптоматична терапія залежно від клінічних проявів хвороби.

Аддісонова хвороба. Зумовлена припиненням або зменшенням продукування гормонів кіркової речовини надниркових залоз. Найхарактерніша ознака хвороби — специфічна пігментація шкіри та слизової оболонки. У порожнині рота, на губах, по краю язика, ясен, слизової оболонки щік з'являються невеликі плями або смуги синюватого, сірувато-чорного кольору. Ці зміни в порожнині рота і на шкірі виникають унаслідок відкладення великої кількості меланіну.

Діагноз хвороби підтверджують такі загальні симптоми: артеріальна гіпертензія, порушення функції травного тракту (нудота, блювання, пронос), виснаження.

Для *лікування* використовують кортикостероїди. Призначають кортикостероїди з урахуванням тяжкості стану хворого по 30—80 мг на добу всередину, причому 1/3—1/2 добової дози — в ранковий час (одноразова доза 15—30 мг). Зниження дози спочатку можливе на 1/3 кожні 3 доби до підтримуючої дози — 5—10 мг — або відміна препарату. Останнім часом застосовують кортикостероїди в надзвичайно високих дозах короткими курсами (1—2 доби). У першу добу вводять 120—150 мг, у наступну — половинну дозу. Лікування кортикостероїдами слід проводити під контролем артеріального тиску, ЕКГ, клінічного та біологічного аналізу крові, діурезу та маси тіла. Преднізолон — табл. по 0,005 г, ампули 3% розчину по 1 мл (0,03 г); тріамцінолон (кенакорт) — табл. по 0,004 г; дезоксикортикостерону ацетат — табл. по 0,005 г та 1 мл 0,5% олійного розчину; метипред — табл. по 4 мг, ампули по 0,025 г.

6. Матеріали для самоконтролю.

А. Завдання для самоконтролю (таблиці, схеми, малюнки, графіки):

Завдання		Відповідь
а) Які клінічні симптоми в порожнині рота виникають при захворюваннях ендокринної системи	...	-сухість СОПР; -парестезії; -пігментація СОПР; -гіперпластичні процеси; -трофічні розлади.
б) Які прояви ксеростомії при	...	-відмічається постійна спрага, апетит. СОПР

цукровому діабеті?		помірнозволожена або суха, мутна, часто гіперемована із скупченням нальоту.
в) Які лабораторні методи дослідження проводять в першу чергу при цукровому діабеті?	...	-загальний аналіз крові; -аналіз крові та сечі на цукор.
г) Визначте основні лабораторні дослідження при хворобі Іценко-Кушинга?	...	-визначення вмісту кортизолу та кортикотропіну (АКТГ) в крові.
д) До яких елементів ураження відносяться ерозія та язва?	...	до вторинних елементів ураження.
е) Які основні принципи лікування захворювань ендокринної системи?		Загальне лікування проводиться ендокринологом. Місцеве:- санація порожнини рота; - симптоматичне лікування.

Б. Тестові завдання для самоконтролю.

1. В основі якого захворювання є порушення вуглеводного обміну?

- A.** Цукровий діабет
- B.** Синдром Стівенса – Джонсона
- C.** Синдром Шегрена
- D.** Хвороба Іценко-Кушинга
- E.** Синдром Костена

2. Яка хвороба, викликана гіперфункцією передньої частки гіпофіза, розвивається внаслідок надлишкового надходження в організм соматотропного гормону?

- A.** Цукровий діабет
- B.** Синдром Шегрена
- C.** Акромегалія
- D.** Хвороба Іценко-Кушинга
- E.** Мікседема

3. Яка хвороба розвивається внаслідок гіперфункції кори надниркових залоз та ураження гіпоталамогіпофізарної системи?

- A.** Аддісонова хвороба

- V.***Цукровий діабет
- C.***Акромегалія
- D.***Хвороба Іценко-Кушинга
- E.***Мікседема

4. Яким синдромом проявляється поєднання у хворого цукрового діабету, гіпертонічної хвороби та червоного плескатої лишаю?

- A.***Синдром Костена
- V.***Синдром Стівенса – Джонсона
- C.***Синдром Шегрена
- D.***Синдром Бехчета
- E.***Синдром Гриншпана

продукування гормонів кіркової речовини надниркових залоз?

- A.***Мікседема
- V.***Цукровий діабет
- C.***Акромегалія
- D.***Хвороба Іценко-Кушинга
- E.***Аддісонова хвороба

6. Яким симптомом проявляється сухість порожнини рота, що зумовлена зменшенням слиновиділення?

- A.***Ксеростомія
- V.***Симптом Гриншпана
- C.***Симптом Никольського
- D.***Синдром Бехчета
- E.***Синдром Шегрена

7. Які лабораторні методи дослідження проводять в першу чергу при цукровому діабеті?

- A.***Загальний аналіз крові та сечі
- V.***Загальний аналіз крові, аналіз крові та сечі на глюкозу
- C.***Біохімічний аналіз крові
- D.***Імунологічні методи
- E.***Алергологічні методи

8. Визначте основні лабораторні дослідження при хворобі Іценко-Кушинга?

- A.***Біохімічний аналіз крові
- V.***Загальний аналіз крові та сечі
- C.***Визначення вмісту кортизолу та кортикотропіну (АКТГ) в крові
- D.***Визначення віт.С
- E.***Визначення цукру в крові та сечі

9. Які основні принципи лікування захворювань ендокринної системи?

A. Загальне лікування проводиться гематологом. Місцеве: етіотропне та симптоматичне лікування.

B. Загальне та місцеве лікування проводиться стоматологом

C. Загальне лікування проводиться терапевтом. Місцеве: симптоматичне лікування.

D. Загальне лікування проводиться ендокринологом. Місцеве: санація порожнини рота та симптоматичне лікування.

E. Загальне лікування проводиться кардіологом. Місцеве: патогенетичне та симптоматичне лікування.

10. До яких елементів ураження відносяться ерозія та виразка?

A. До вторинних елементів ураження

B. До первинних елементів ураження

C. До третинних елементів ураження

D. До первинних та вторинних елементів ураження

E. Усі перелічені вірні

В. Задачі для самоконтролю.

Задача № 1. Хвора С., 40 років, скаржиться на кровоточивість ясен, рухомість зубів, сухість в порожнині рота, спрагу, які з'явилися рік тому. Об'єктивно: ясна обох щелеп набряклі, гіперемовані з ціанотичним відтінком. Корені зубів нерівномірно оголені. Пародонтальні кишені 3-5 мм. Рухомість зубів I-II ступеня. Які обстеження необхідно провести для встановлення фонові патології?

Задача № 2. Хвора М., 38 лет, скаржиться на печію губ і кутів рота, їх сухість. В анамнезі цукровий діабет протягом 8 років. Об'єктивно: червона облямівка губ суха, застійно гіперемована, вкрита різного розміру лусочками. В кутах рота – тріщини, вкриті білим нальотом, мацерація шкіри навколо кутів рота. Яку групу мазей слід призначити цій хворій для місцевого лікування? Назвіть представників.

Задача № 3. Хвора К., 55 років, звернулася до стоматолога в зв'язку з профоглядом. В анамнезі – 10 років хворіє виразковою хворобою шлунку. Об'єктивно: слизова порожнини рота блідого кольору з жовтуватим відтінком, є крапчасті крововиливи. Спинка язика гладенька, блискуча, на кінчику язика болючі ділянки десквамації яскраво-червоного кольору, запального характеру. Аналіз крові: еритроцити – $2,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобін – 90 г/л, КП – 1,5, тромбоцити – $200 \times 10^9/л$, лейкоцити – $7,0 \times 10^9/л$. Ваш попередній діагноз?

Задача № 4. Жінка А., 62 років, при зверненні в клініку пред'являє скарги на неможливість прийому їжі через різку хворобливість в порожнині рота, яка з'явилася тиждень тому. В анамнезі гіпертонічна хвороба. Після об'єктивного обстеження встановлений діагноз: ерозивно-виразкова форма червоного

плескатою лишаю. З приводу якого загального захворювання необхідно обстежити цю хвору?

Задача № 5. При профілактичному огляді чоловіка К., 38 років, виявлено наступне: обличчя злегка одутловате, губи товсті, ніс і вушні раковини великі, нижня щелепа масивна і виступає вперед, прикус прогенічний, язик збільшений в розмірі, на бічних поверхнях визначаються відбитки зубів, а на спинці - глибокі складки, між зубами - діастеми і тріми. Є пародонтальні кишени глибиною 3-4 мм, запальні явища ясен при цьому виражені незначно. Функцію яких з ендокринних залоз необхідно обстежити у цього хворого?

Задача № 6. Жінка С., 52 років, звернулася до стоматолога зі скаргами на біль при прийомі їжі. При об'єктивному дослідженні на слизовій оболонці обох щік в ретромоларній області на тлі гіперемії виявлені великі виразкові поверхні, оточені дрібними білими папулами, що зливаються в ажурний малюнок. У яких фахівців необхідно обстежити цю хвору в першу чергу з метою з'ясування механізмів розвитку даної патології?

Задача № 7. У жінки В., 45 років, діагностовано генералізований пародонтит II ступеня, загострений перебіг з частим абсцедуванням. Останнім часом хвора відзначає погіршення загального стану, свербіж шкіри, сухість в порожнині рота. Який з перерахованих методів дослідження крові необхідно провести цій хворій у першу чергу для з'ясування причини погіршення стану?

Задача № 8. Хвора Н., 49 років, скаржиться на відчуття печіння в роті, сухість. Печіння посилюється під час прийому гострої їжі. Об'єктивно: язик набряклий з відбитками зубів. Спинка язика вкрита біло-сірим нальотом, який знімається при поскаблюванні шпателем, ниткоподібні сосочки гіпертрофовані. На бічних поверхнях і кінчику язика визначаються ділянки десквамації круглої форми. Слина в'язка, тягнеться тонкими нитками. Хворіє на цукровий діабет. Які медикаментозні препарати потрібно призначити хворій в комплексному лікуванні?

Задача № 9. Хвора М., 56 років, скаржиться на виразки у порожнині рота та біль під час прийому гострої їжі. Хвора страждає на сахарний діабет і гіпертонічну хворобу. Об'єктивно: на слизовій оболонці щік ділянки гіперемії, в яких виявляються ерозії неправильної форми до 5 мм і сріблясто-білі папули у вигляді мережива. Який із синдромів найбільш ймовірний при даному захворюванні?

Задача № 10. Молодий чоловік 16 років звернувся до стоматолога зі скаргами на кровоточивість, болючість ясен під час їжі і при чищенні зубів. При об'єктивному дослідженні у фронтальній ділянці верхньої та нижньої щелепи визначається скупченість зубів, гіперемія, ціаноз і розростання

ясенних сосочків до 1/3 довжини коронок. Відкладення м'якого зубного нальоту. Ясна кровоточать при дотику інструментом. Який найбільш ймовірний діагноз?

7. Рекомендована література

Основна:

1. Терапевтична стоматологія. Підручник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівнів акредитації у 2-х томах./ За редакцією проф. А.К.Ніколішина.- Полтава: «Дивосвіт», 2007 - С.135-141.
2. Терапевтична стоматологія. Підручник для студентів стоматологічних факультетів вищих навчальних закладів III –IV рівнів акредитації у 4-х томах./ За редакцією проф. Данилевського М.Ф. – К.: «Здоров'я», 2006 - С.412-417.
3. Лекційний матеріал кафедри.

Додаткова:

1. Банченко Г.В.Сочетанные поражения слизистой оболочки полости рта и внутренних органов/ Г.В.Банченко.–М.:Медицина,1979.–189 с.
2. Боровский Е. В. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта / Е. В. Боровский, Н. Ф. Данилевский. – М., 1991. – 287 с.
3. Боровский Е. В. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Е. В. Боровский, А. Л. Машкиллейсон.– М.:Медицина, 2001.–С.129-145.
4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М. Ф. Данилевський, О. Ф. Несин, Ж.І. Рахній. – К., 1998. – С. 285 – 297.
5. Клиника терапевтической стоматологии / Г. Д. Овруцкий, Н. А. Горячев, Ю. Ф. Майоров. – Казань, 1991. – 242 с.
6. Терапевтическая стоматология / [Е. В. Боровский, В. С. Иванов, Ю. М. Максимовский, и др.]. – М.,1998. – С. 617-646.
7. Терапевтическая стоматология / Ю. М. Максимовский, Л. Н. Максимовская, Л. Ю. Орехова. – М. : Медицина, 2002. – 638 с.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 13</i>	Зміни слизової оболонки порожнини рота при деяких соматичних захворюваннях
<i>Тема заняття № 17</i>	Зміни слизової оболонки порожнини рота при захворюваннях крові і кровотворних органів. Лейкемія. Агранулоцитоз. Тактика лікаря-стоматолога.
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

1. Актуальність теми.

Проблема захворювань системи крові є однією з актуальних проблем в медицині, особливо в наш час – в період екологічних негараздів.

Необхідність вивчення патології крові стоматологами впливає із наступних міркувань:

1. Патологічні зміни в порожнині рота часто бувають першими клінічними ознаками названої патології, а звідси роль стоматологів у ранній діагностиці є суттєвою.
2. Питання ранньої діагностики набуло особливо важливого значення з тих пір, як сучасні методи лікування дають можливість отримати довгі клінічні та гематологічні ремісії при лейкеміях, агранулоцитозі; з'явилась можливість продовжити життя хворим на лейкемії, або, навіть, зберегти життя.
3. Нерідко ураження порожнини рота ускладнюють перебіг захворювань кровотворних органів, а тому стоматолог повинен проводити активну стоматологічну терапію в процесі загального лікування хворих.
4. Суттєве значення має своєчасна санація порожнини рота як метод профілактики ускладнень.

2. Конкретні цілі.

- Навчити студентів за ранніми ознаками проявів захворювань крові в порожнині рота запідозрювати ту чи іншу патологію крові;
- Мати загальне уявлення про причини та механізм розвитку лейкемій;
- Знати зміни СОПР при лейкеміях;
- Складати план обстеження хворого з патологією крові та кровотворних органів та інтерпретувати дані лабораторного дослідження крові;
- Провести терапевтичні стоматологічні маніпуляції в порожнині рота при патології крові;
- Обґрунтовувати вибір лікарських препаратів для лікування даної патології.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
Гістологія	Знати теорію розвитку окремих елементів клітин периферійної крові (гемопоез)
Патфізіологія	Знати механізм розвитку окремих захворювань крові та кровотворних органів
Внутрішні хвороби (гематологія)	Знати клініку лейкемій, агранулоцитозу, анемій, хвороби Вергольфа Вміти виявити загальні симптоми захворювань крові та кровотворних органів
Пропедевтика терапевтичної	Знати методи обстеження

	стоматологічного хворого.
стоматології	Вміти провести стоматологічне обстеження хворого
Внутрішньопредметна інтеграція	Знати клініку ураження пародонту СОПР при різних первинних та вторинних (симптоматичних) захворюваннях. Вміти провести диференційну діагностику різних уражень пародонта та СОПР

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття

Термін	Визначення
1. Анемія	Зменшення кількості еритроцитів
2. Тромбоцитопенія	Порушення дозрівання мегакаріоцитів зі зниженням спроможності продукувати тромбоцити
3. Поліцитемія	Збільшення кількості еритроцитів, гемоглобіну та об'єму циркулюючої крові
4. Тактика	Необхідно бути обережним при стоматологічних втручаннях (видалення зубного каменю, зубів)
5. Лікування	В спеціалізованому стаціонарі

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.

1. Оволодіти технікою забору матеріалу для лабораторного обстеження.
2. Провести курацію хворого з проявами захворювань крові і кровотворних органів.
3. При опитуванні тематичного пацієнта звернути увагу на шкідливі звички, наявність стоматологічних втручань, соматичної патології та алергологічного анамнезу.
4. Визначити план та провести лікування хворого захворюваннями крові і кровотворних органів.
5. Провести аналіз отриманих результатів лабораторного обстеження
6. Призначити профілактичні заходи.
7. Заповнити медичну картку амбулаторного хворого Ф- 43/О

5. Зміст теми заняття.

Лейкемія – системне злоякісне захворювання білої крові, при якому спостерігається прогресуюча клінічна гіперплазія в органах кровотворення. Разом з тим порушуються процеси дозрівання лейкоцитів, а також

спостерігається метаплазія ретикулярних клітин органів, які не пов'язані з кровотворенням в нормальних умовах (печінка, сполучна тканина різних органів, в тому числі і слизової оболонки, пульпи, періодонта). Лейкоцитопоез зупиняється на рівні бластних клітин.

Розрізняють лейкемії гострі та хронічні, хоча “гостра” та хронічна” лейкемія скоріше характеризують не часові, а цитологічні відмінності.

Згідно сучасних уявлень про розподіл кровотворення на міелоїдне та лімфоїдне, за клітинним складом лейкемії розподіляють на гранулоцитарні, серед яких частіше буває міелоїдний та лімфоїдні (лімфобласні).

Гостра лейкемія частіше зустрічається в молодому віці. Хворіють в основному чоловіки.

У перебігу гострої лейкемії здебільшого виявляють початкову, розвинуту та термінальну фазу.

Ураження слизової оболонки порожнини рота зустрічаються у 90,9%, а у 19% її ураження бувають першими симптомами захворювання. Вони проявляються в основному наступними синдромами: геморагічним, анемічним, гіперпластичним та виразково-некротичним, а інколи – і одонтологічним (біль в інтактних зубах, щелепах) поряд з болем в інших кістках.

Названі синдроми розвиваються на тлі інтоксикації організму (інтоксикаційний синдром), який спочатку мало помітний: загальне нездужання, легка стомлюваність, субфебрильна температура та ін.

У період розвинутої фази гострої лейкемії інтоксикаційний період характеризується високою температурою, значною блідністю, адинамією, тахікардією тощо.

Геморагічний синдром проявляється у вигляді петехій, екхімозів, гематом, спонтанних кровотеч.

Гіперпластичний синдром проявляється збільшенням лімфатичних вузлів, особливо при лімфобластній лейкемії, мигдаликів, печінки, селезінки, а в порожнині рота – інфільтрацією ясен (лейкеміди), періодонта (симптом Касірського). Локалізація лейкемідів в пульпі інтактних зубів дає постійний біль пульпітного характеру (одонталгічний синдром). При локалізації по ходу гілок трійчатого нерву – біль по типу невралгії або невриту, які нерідко супроводжуються парестезією слизової оболонки.

Поява лейкоцитів в слинних залозах нерідко супроводжується сухістю в порожнині рота (ксеростомічний синдром).

Гіперплазія часто поєднується з виразково-некротичними змінами (у 55% хворих).

Картина крові при гострих лейкеміях характеризується анемією, тромбоцитопенією, лейкемічним провалом.

Прояви гострої лейкемії необхідно диференціювати від гіпертрофічного гінгівіту, виразково-некротичного стоматиту, гіповітамінозу С, інтоксикації солями важких металів, з іншими захворюваннями крові.

Хронічні лейкемії виникають рідше. Зміни СОПР за даними А.Л. Постникової при хронічних міелоїдних лейкеміях зустрічаються у 71%

хворих, при лімфоїдних лейкеміях – у 63%. Синдроми при хронічних лейкеміях однакові, але інтенсивність їх менш виражена. У термінальній стадії вони найбільш виражені.

У периферичній крові виявляють бластні клітини (мієлобласти, лімфобласти), тромбоцитопенія, анемія, а при лімфоїдних лейкеміях – клітини Боткіна-Гумпрехта.

Стоматолог проводить симптоматичне лікування. При гострій лейкемії не рекомендується проводити видалення зубів. Санація порожнини рота проводиться в період ремісії.

Агранулоцитоз – синдром, який характеризується зменшенням кількості, чи, навіть, відсутністю гранулоцитів в периферичній крові. Перебіг агранулоцитозу буває гострий і хронічний.

Клінічна картина гострого агранулоцитоза – це гострий сепсис з некротичними ускладненнями, розвивається майже раптово, хоча описують і наявність продромального періоду. Хвороба починається, як правило, з підвищення температури, болі під час ковтання їжі, утворення геморагій, виразок на мигдаликах. У порожнині рота: значна салівація, брудно-сірий наліт на язиці. На слизовій оболонці губ, щік, язика, на яснах – виразково-некротичний процес, особливістю якого є відсутність запальної реакції навколо осередку некрозу. На 6-7 день некротична тканина відокремлюється і через 2-3 дні виразки рубцюються. Лімфатичні вузли дещо збільшені, болючі, хоча й менше, ніж при лейкеміях.

При хронічному агранулоцитозі стійкий набряк ясен без некрозу. Але інколи можливий гангренозний розпад верхньої губи, утворення болючих інфільтратів та наявність некротичної ангіни.

У крові: кількість лейкоцитів зменшується до $0,5-1,0 \times 10^9/\text{л}$ число нейтрофільних лейкоцитів – до 2%.

Діагноз ставиться на підставі анамнезу, клінічної картини, клінічного аналізу крові і пунктату мозку. Стоматолог проводить симптоматичне лікування.

6. Додатки.

А. Тести для самоконтролю.

1. Оберіть найбільш характерні для гострої лейкемії показники крові:

- A. Еритропенія
- B. Лейкоцитоз
- C. Лейкопенія
- D. Анізоцитоз
- E. Тромбоцитопенія

2. Оберіть найбільш характерні для хронічної лімфолейкемії показники крові:

- A. Еритропенія
- B. Лейкоцитоз
- C. Лейкопенія
- D. Анізоцитоз

Е. Тромбоцитопенія

3. Оберіть найбільш характерні для агранулоцитоза показники крові:

А. Еритропенія

В. Лейкоцитоз

С. Лейкопенія

Д. Моноцитопенія

Е. Тромбоцитопенія

4. Наявність клітин Боткіна-Гумпрехта в аналізі крові є характерною ознакою:

А. Агранулоцитоза

В. Гострої лейкемії

С. Хронічної лімфолейкемії

Д. Поліцитемії

Е. Хронічної мієлолейкемії

5. Оберіть синдроми лейкемії:

А. Анемічний

В. Геморагічний

С. Гіперпластичний

Д. Інтоксикаційний

Е. Всі перераховані

6. Які зміни загального стану організму характерні для гострої лейкемії:

А. Різко виражена блідість

В. Адинамія

С. Тахікардія

Д. Висока, неправильного типу температура

Е. Всі перераховані

7. Які зміни загального стану організму характерні для хронічної мієлолейкемії:

А. Різко виражена блідість

В. Втрата ваги

С. Стомлюваність

Д. Підвищена температура

Е. Всі перераховані

8. Які ранні місцеві ознаки агранулоцитозу:

А. Катаральний гінгівіт

В. Гіпертрофічний гінгівіт

С. Виразково-некротичний гінгівіт

Д. Атрофічний гінгівіт

Е. Кандидозний стоматит

9. Яка найбільш характерна рання місцева ознака хронічної мієлолейкемії:

- A. Підвищена кровоточивість ясен
- B. Неприємний запах з рота
- C. Рухомість зубів
- D. Поява лейкоїдів
- E. Збільшення лімфатичних вузлів

10. Яка найбільш характерна рання місцева ознака хронічної лімфолейкемії:

- A. Підвищена кровоточивість ясен
- B. Неприємний запах з рота
- C. Рухомість зубів
- D. Поява лейкоїдів
- E. Збільшення лімфатичних вузлів

Б. Задачі для самоконтролю.

1. В клініку терапевтичної стоматології звернувся хворий зі скаргами на загальне нездужання, високу температуру, кровоточивість ясен, неприємний запах з порожнини рота.

Об'єктивно: шкіра обличчя бліда. Червона кайма і слизова оболонка анемічна. Місцями в слизовій оболонці щік крововиливи. Ясеневі сосочки в ділянці нижніх фронтальних зубів некротизовані. Навколо зони некротизованих сосочків ясна знекровлені. Підщелепні лімфатичні вузли збільшені, болісні при пальпації. Температура тіла 37,8^o. Визначте попередній діагноз.

2. Хворий, 23 років, скаржиться на кровоточивість ясен, швидку стомлюваність, нездужання. Симптоми з'явилися нещодавно. Об'єктивно: шкіра та СОПР бліді. На СО щік, губ та піднебінні петехії. Ясна при доторкуванні кровоточать. Які лабораторні дослідження необхідно провести для постановки діагнозу?

3. Хворий. 20 років, скаржиться на кровотечу ясен, косметичний дефект, загальну слабкість, в'ялість.

Об'єктивно: шкіра бліда, піднебінні лімфатичні вузли збільшені, м'які, безболісні, СОПР анемічна, ясеневі сосочки збільшені, рихлі, кровоточать. У фронтальній ділянці верхньої щелепи зі сторони твердого піднебіння міжзубні сосочки цілком покривають коронки зубів. Яка першочергова тактика лікаря-стоматолога?

4. Хворий Ч. скаржиться на постійний ниючий біль в зубі на в/щ справа, загострення виникає втретє. Коронка зуба 15 зруйнована повністю. Перкусія та пальпація верхівки кореня різко болісна. Оберіть найбільш правильну тактику при лікуванні загострення періодонтиту у пацієнта хворого на агранулоцитоз.

5. При лікуванні хворого Н.33 років на гострий виразковий гінгівіт після призначення етіотропної терапії не відмічається позитивної динаміки. Яка тактика лікаря?

6. Хворий Ч. звернувся до стоматолога зі скаргами на кровоточивість ясен, неприємний запах з порожнини рота. Хворий перебуває на диспансерному обліку у лікаря - гематолога з приводу хронічної лімфолейкемії. Після обстеження був поставлений діагноз: хронічний генералізований пародонтит II ступеня. Які особливості проведення професіональної гігієни у даного хворого?

7. Хвора Ц. 54 років скаржиться на сильну кровоточивість ясен, слабкість, стомлюваність, пітливість, зниження апетиту, втрату ваги, підвищення температури протягом декількох місяців або 1-2 років. Об'єктивно: СО бліда. Ясна припухлі, синюваті, кровоточать від незначного дотику, але не запалені. В аналізі крові лейкоцитоз, тромбоцитопенія, мієлобласти, гемоцитобласти. Визначте попередній діагноз. Яка тактика лікаря-стоматолога?

8. Хворий Ф. 67 років скаржиться на кровоточивість та незвичний вигляд ясен. Об'єктивно: Підщелепні лімфовузли еластичні, рухомі, не болючі. Ясеневі сосочки набряклі, синюватого кольору, перекривають коронки зубів на 2/3. В аналізі крові лейкоцитоз, наявність клітин Боткіна-Гумпрехта. Визначте попередній діагноз.

9. Хвора Ц. 54 років скаржиться на сильну кровоточивість ясен, біль у горлі, слабкість, стомлюваність. Об'єктивно: СО бліда. Ясна припухлі, синюваті, кровоточать від незначного дотику. На мигдаликах, великі виразки полігональної форми, вкриті некротичним нальотом. В аналізі крові лейкоцитоз, тромбоцитопенія, мієлобласти. Визначте попередній діагноз.

10. Хвора В 35 років скаржаться на біль у горлі, особливо під час ковтання, неприємний запах із порожнини рота, високу температуру. Об'єктивно: Шкіра обличчя і слизова оболонка з жовтуватим відтінком. Ясна, піднебінні дужки, задня стінка горла та на мигдалики вкриті брудно-сірим нальотом. Місцева запальна реакція навколо ураження відсутня. В аналізі крові лейкопенія, зменшення кількості гранулоцитів. Визначте попередній діагноз.

7. Література

Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник: у 2 т. / [А.К. Ніколішин, В.М. Ждан, А.В. Борисенко та ін.] / За редакцією А.К. Ніколішина. – Т.2. – Вид. 2. – Полтава: Дивосвіт, 2007.-С. 149–152.
2. Терапевтична стоматологія: підручник у 4 т. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / [М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун та ін.]. / За ред. А.В. Борисенко. – Т. 4. – К.: Медицина, 2010. 400-412.

Додаткова:

1. Банченко Г.В. Сочетанные заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов / Г.В. Банченко. – М., 1979. – 189 с.
2. Боровский Е.В. Атлас слизистой оболочки полости рта / Е.В. Боровский, Н.Ф. Данилевский. – М.: Медицина, 1981. – С.207-217.
3. Рыбаков А.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта / А.И. Рыбаков, Г.В. Банченко. – М.: Медицина, 1978. – С.119-129.
4. Уваров В.М. Органы полости рта при болезнях крови. – М.: Медицина, 1975. – 173 с.
5. Терапевтическая стоматология / Е.В. Боровский, В.С. Иванов, Максимовский Ю.М. [и др.] / Под ред. Е.В. Боровского, Ю.М. Максимовского. М.: Медицина. 1998. – С.635-645.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 13</i>	Зміни слизової оболонки порожнини рота при деяких соматичних захворюваннях
<i>Тема заняття № 18</i>	Зміни слизової оболонки порожнини рота при захворюваннях крові і кровотворних органів. Анемії. Хвороба Вакеза. Хвороба Верльгофа. Тактика лікаря-стоматолога.
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

1. Актуальність теми

Проблема захворювань системи крові є однією з актуальних проблем в медицині, особливо в наш час – в період екологічних негараздів.

Необхідність вивчення патології крові стоматологами впливає із наступних міркувань:

1. Патологічні зміни в порожнині рота часто бувають першими клінічними ознаками названої патології, а звідси роль стоматологів у ранній діагностиці є суттєвою.
2. Питання ранньої діагностики набуло особливо важливого значення з тих пір, як сучасні методи лікування дають можливість отримати довгі клінічні та гематологічні ремісії при лейкеміях, агранулоцитозі; з'явилась можливість продовжити життя хворим на лейкемії, або, навіть, зберегти життя хворим на перніціозну анемію, агранулоцитоз.
3. Нерідко ураження порожнини рота ускладнюють перебіг захворювань кровотворних органів, а тому стоматолог повинен проводити активну стоматологічну терапію в процесі загального лікування хворих.
4. Суттєве значення має своєчасна санація порожнини рота як метод профілактики ускладнень.

2. Конкретні цілі

- Навчити студентів за ранніми ознаками проявів захворювань крові в порожнині рота запідозрювати ту чи іншу патологію крові;
- Мати загальне уявлення про причини та механізм розвитку анемії;
- Знати зміни СОПР при анемії;
- Складати план обстеження хворого з патологією крові та кровотворних органів та інтерпретувати дані лабораторного дослідження крові;
- Провести терапевтичні стоматологічні маніпуляції в порожнині рота при патології крові;
- Обґрунтувати вибір лікарських препаратів для лікування даної патології.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
<input type="checkbox"/> гістологія	Знати теорію розвитку окремих елементів клітин периферійної крові (гемопоез)
<input type="checkbox"/> патфізіологія	Знати механізм розвитку окремих захворювань крові та кровотворних органів
<input type="checkbox"/> внутрішні хвороби (гематологія)	Знати клініку анемії, хвороби Вергольфа, Вакеза Вміти виявити загальні симптоми захворювань крові та кровотворних органів

□ пропедевтика терапевтичної стоматології	Знати методи обстеження стоматологічного хворого Вміти провести стоматологічне обстеження
внутрішньопредметна інтеграція	Знати клініку ураження СОПР при різних первинних та вторинних (симптоматичних) захворюваннях Вміти провести діагностику різних уражень СОПР

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття

Термін	Визначення
1. Анемія	Зменшення кількості еритроцитів
2. Тромбоцитопенія	Порушення дозрівання мегакаріоцитів зі зниженням спроможності продукувати тромбоцити
3. Полицитемія	Збільшення кількості еритроцитів, гемоглобіну та об'єму циркулюючої крові
4. Тактика	Необхідно бути обережним при стоматологічних втручаннях (видалення зубного каменю, зубів)
5. Лікування	В спеціалізованому стаціонарі

4.2. Теоретичні питання до заняття.

1. Назвіть кровотворні органи здорової людини.
2. Назвіть схему гемопоеза в нормі.
3. Охарактеризуйте нормальну гемограму.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.

1. Оволодіти технікою забору матеріалу для лабораторного обстеження.
2. Провести курацію хворого з проявами захворювань крові і кровотворних органів.
3. При опитуванні тематичного пацієнта звернути увагу на шкідливі звички, наявність стоматологічних втручань, соматичної патології та алергологічного анамнезу.
4. Визначити план та провести лікування хворого захворюваннями крові і кровотворних органів.
5. Провести аналіз отриманих результатів лабораторного обстеження
6. Призначити профілактичні заходи.
7. Заповнити медичну картку амбулаторного хворого Ф- 43/О.

5. Зміст теми заняття

Перніціозна анемія (хвороба Аддісона-Бірмера) – прогресуюча, злоякісна анемія. В етіології важливе значення, надається дефіциту вітаміну В12. Хворіють частіше жінки 50-60 років. Клінічна картина хвороби складається з тріади: порушення функції шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної і нервової систем.

В порожнині рота: біль, печія, інколи з порушенням смаку, або з утрудненнями з вживанням їжі, особливо солоної, кислої, інколи утруднення при розмові. У випадках тяжкого перебігу на слизовій оболонці і на шкірі виникають петехії, екхімози. Але найбільш характерним є Гунтер-Міллерівський глосит: спинка язика гладенька, лискуча, неначе полірована, внаслідок атрофії грибоподібних та ниткоподібних сосочків, стоншення епітелію і атрофії м'язів язика. На спинці і кінчику язика з'являються болючі, різко обмежені смуги і плями яскраво-червоного кольору.

Діагностика ґрунтується на змінах в периферичній крові: прогресуюче зменшення числа еритроцитів і помірне зниження гемоглобіну, високий кольоровий показник крові (більше 1,1), наявність мегалобластів, анізоцитоз і пойкилоцитоз, кількість тромбоцитів зменшена, зрушення лейкоцитарної формули вправо.

Диференційний діагноз необхідно проводити з глоситами іншої етіології, алергічними стоматитами, кандидозом СОПР, гіповітамінозами вітамінів А. групи В, РР.

Лікування симптоматичне. Санація порожнини рота.

Залізодефіцитна анемія (гіпохромна анемія, хлороз). В основі захворювання – недостатня кількість заліза в організмі (сидеропатія, гіпосидероз). При залізодефіцитній анемії своєрідна “алебастрова” блідість шкіри, нерідко з зеленуватим відтінком. На фоні змін загального стану: в'ялість, головокружіння, шум у вухах, сонливість, з'являються парестезії СОПР, порушення смаку, утруднення при вживанні їжі і ковтанні, змінюється колір СО. Можливі тріщини в кутках рота або на всій червоній каймі губ. Язик набрякає, збільшена чутливість до подразників. Зміна ясен незначна але можлива і кровоточивість ясен з явищами атрофії, особливо біля фронтальних зубів. Температура тіла стає нижчою, відмічається гіпотонія.

У крові: зменшення кількості гемоглобіну і кольорового показника до 0,4-0,6, анізоцитоз, пойкилоцитоз, зменшується кількість заліза і ферменту перетину в сироватці крові.

Лікування проводиться загальне (призначення препаратів заліза з вітамінами), а місцеве – симптоматичне: аплікації 1% анестезину, 0,2% дімедролу, вітаміну В12, лінімент алое, мазь календули, олія шипшини та ін. Велике значення надається харчуванню і курортному лікуванню.

Хвороба Верльгофа (тромбоцитопенічна пурпура) пов'язана з порушенням дозрівання мегакаріоцитів зі зниженням спроможності продукувати тромбоцити. Хворіють частіше жінки молодого і зрілого віку.

Характеризується циклічним перебігом. Рецидиви визивають інтоксикацію, авітамінози, алергійні стани.

Основними клінічними ознаками є крововиливи в шкірні покриви і СОПР, можливі кровотечі з носу і ясен, спонтанні, або від незначної травми. Так як крововиливи розвиваються не одночасно, то СОПР нагадує веселку. А в цілому, вона бліда, набрякла, атрофована. Можливе утворення ерозій і виразок.

Характерні послаблення чи відсутність ретракції кров'яного згортку позитивний синдром джгута, подовження часу кровотечі.

Лікування проводиться в гематологічному стаціонарі. Стоматолог при кровотечах в порожнині рота проводить аплікації 0,5% розчину адреналіну, гемостатичної губки, розчину тромбіну, підшкірно або внутрішньом'язово вводять серотонін (5-10 мг на 10 мл фізрозчину), призначають вітаміни, хлористий кальцій, вікасол.

Необхідно бути обережним при стоматологічних втручаннях (видалення зубного каменю, зубів).

Поліцитемія (син.: еритремія, хвороба Вакеза) – це хронічна хвороба кровотворної системи, для якої характерні стійке збільшення кількості еритроцитів, гемоглобіну та об'єму циркулюючої крові.

Причина виникнення повністю не вивчена. Хвороба пов'язана з гіперплазією всіх популяцій клітин кісткового мозку, але особливо – з інтенсивністю еритроїдного паростка.

Хворіють частіше чоловіки віком 40-60 років. Хворі звертаються до стоматолога в зв'язку з кровотечами із ясен та інших ділянок СОПР, які викликаються травмами (чищенням зубів, уживанням твердої їжі, гострими краями коронок, кламерами і т. ін.), можливі і спонтанні кровотечі, свербіж, парестезія СОПР.

В анамнезі можна виявити наявність іншої кровотечі (ШКТ, у жінок – маткової). Привертає увагу червоно-вишневий відтінок шкіри, особливо щік, кінчика носа, губ, долонь і кон'юнктиви (“очі кролика”).

На щоках і кінчику носа часто бувають телеангієктазії. Характерні зміни кольору СОПР, до речі, він може змінюватися раніше, ніж колір шкіри.

СО стає червоно-вишневою, особливо м'якого піднебіння, колір якого різко контрастує з різко блідим твердим піднебінням (позитивний симптом Купермана).

6. Додатки.

А. Тести для самоконтролю.

1. Оберіть найбільш характерні для перніціозної анемії показники крові:

- A. Еритропенія
- B. Лейкоцитоз
- C. Лейкопенія
- D. Анізоцитоз
- E. Пойкілоцитоз

2. Оберіть найбільш характерні для залізодефіцитної анемії показники крові:

- A. Еритропенія
- B. Лейкоцитоз
- C. Лейкопенія
- D. Анізоцитоз
- E. Тромбоцитопенія

3. Оберіть найбільш характерні для тромбоцитопенічної пурпури показники крові:

- A. Тромбоцитопенія
- B. Лейкоцитоз
- C. Лейкопенія
- D. Моноцитопенія
- E. Еозинофілія

4. Гунтер-Міллерівський глосит є характерною ознакою:

- A. Агранулоцитоза
- B. Хвороби Верльгофа
- C. Хвороби Вакеза
- D. Хвороби Аддісона-Бірмера
- E. Залізодефіцитної анемії

5. Симптом веселки є характерною ознакою:

- A. Агранулоцитоза
- B. Хвороби Верльгофа
- C. Хвороби Вакеза
- D. Хвороби Аддісона-Бірмера
- E. Залізодефіцитної анемії

6. Симптом Купермана є характерною ознакою:

- A. Агранулоцитоза
- B. Хвороби Верльгофа
- C. Хвороби Вакеза
- D. Хвороби Аддісона-Бірмера
- E. Залізодефіцитної анемії

7. Які зміни загального стану організму характерні для перніціозної анемії:

- A. Різко виражена блідість
- B. Фізична і психічна слабкість
- C. Стомлюваність
- D. Отерплість дистальних відділів кінцівок
- E. Всі перераховані

8. Які причини гіпосидерозу:

- A. Аліментарна недостатність заліза

- В. Хронічні кровотечі
- С. Розлад кишкової адсорбції заліза
- Д. Вагітність
- Е. Всі перераховані

9. Які скарги найбільш характерні для залізодефіцитної анемії:

- А. Підвищена кровоточивість ясен
- В. Неприємний запах з рота
- С. Рухомість зубів
- Д. Порухення смакових відчуттів
- Е. Біль при ковтанні

10. Гастроукопротеїн (внутрішній чинник Кастла) відповідає за:

- А. Всмоктування заліза
- В. Всмоктування вітаміну В 12
- С. Всмоктування вітаміну В 6
- Д. Всмоктування вітаміну В 2
- Е. Всмоктування вітаміну В 1

Б. Задачі для самоконтролю.

1. В клініку терапевтичної стоматології звернувся хворий зі скаргами на загальне нездужання, біль, печію в язиці, порушення смаку. Страждає на часті носові кровотечі. Об'єктивно: шкіра обличчя бліда. Червона кайма і слизова оболонка білуватого кольору. Спинка язика гладенька, блискуча, неначе полірована, внаслідок атрофії грибоподібних та ниткоподібних сосочків. Визначте попередній діагноз.

2. Хвора, 53 років, скаржиться на кровоточивість ясен, неприємний запах з рота швидку стомлюваність, нездужання. Об'єктивно: шкіра та СОПР бліді. На СО щік, губ та піднебінні петехії. Ясна при доторкуванні кровоточать, визначається велика кількість зубного каменю. Пародонтальні кишені глибиною 5-6мм. Який об'єм стоматологічних втручань доцільно провести в перше відвідування?

3. Хворий. 20 років, скаржиться на кровотечу ясен, косметичний дефект, загальну слабкість, в'ялість. Об'єктивно: шкіра бліда, СОПР анемічна, ясеневі сосочки збільшені, рихлі, кровоточать. У фронтальній ділянці верхньої щелепи зі сторони твердого піднебіння міжзубні сосочки цілком покривають коронки зубів. Яка першочергова тактика лікаря-стоматолога?

4. Хвора К. скаржиться на постійний біль в зубі на в/щ справа, зуб раніше лікувався з приводу ускладненого карієсу резорцин-формаліновим методом, коронка зуба 24 зруйнована повністю. Перкусія та пальпація верхівки кореня різко болісна. Яка тактику лікаря в даній клінічній ситуації у пацієнтки, хворої на хворобу Верльгофа?

5. Хворий С, 54 років, скаржиться на печію в язиці, яка збільшується при вживанні їжі. Вважає себе хворим протягом 3-х тижнів. Хворий працює вантажником на залізниці, хворіє на геморой. Об'єктивно: шкіра обличчя і червона кайма сухуваті, сірувато-жовтуватого кольору, СОПР бліда. Язик звичайних розмірів. Ниткоподібні сосочки передньої третини язика десквамовані, внаслідок чого язик дещо гіперемійований. В периферичні крові відмічається зниження КП до 0,7, еритроцити – 3×10^{12} г/л, Нв – 100 г/л. Інші показники крові майже не відрізняються від нормальних. Визначте попередній діагноз?

6. Хвора К. 16 років звернулась до стоматолога зі скаргами на різні порушення смакової чутливості, біль під час вживання гострої та солоної їжі, сухість у роті. Об'єктивно: різка блідість шкіри, із зеленуватим відтінком. Слизова оболонка порожнини рота бліда, набрякла, суха, ясна не змінені. Язик набряклий, сосочки язика атрофовані. Які додаткові методи діагностики слід провести хворій?

7. При додатковому обстеженні хворої П. лікар отримав наступний аналіз крові: еритроцити – $2,1 \times 10^{12}$ г/л, Нв – 60 г/л, КП до 0,5. Інші показники майже не відрізняються від норми. Який діагноз можна поставити на підставі аналізу крові?

8. При додатковому обстеженні хворого В. лікар отримав наступний аналіз крові: еритроцити – 2×10^{12} г/л, лейкоцити $2,1 \times 10^9$ Нв – 100 г/л, КП - 1,3. Анізоцитоз, пойкилоцитоз мегалобласти, тільця Жолі, кільця Кебота. Який діагноз можна поставити на підставі аналізу крові?

9. Хвора Ц. 57 років скаржаться на спонтанну кровотечу з ясен. Об'єктивно: Шкіра бліда. Симптоми джгута і щипка різко позитивні. Ясна ціанотичні, спостерігаються крововиливи в СО м'якого піднебіння, язика, щік, губ, що нагадує колір веселки. Поставте попередній діагноз?

10. Хворий М 48 років звернувся до стоматолога зі скаргами на з кровоточивість ясен. Об'єктивно: шкіра обличчя червоно-вишневого відтінку. На щоках і кінчику носа телеангіектазії. СО м'якого піднебіння червоно-вишневого кольору, який різко контрастує з різко блідим твердим піднебінням. Для якого захворювання характерні дані зміни? 10

7. Література

Основна:

1. Терапевтична стоматологія: підручник: у 2 т. / [А.К. Ніколішин, В.М. Ждан, А.В. Борисенко та ін.] / За редакцією А.К. Ніколішина. – Т.2. – Вид. 2. – Полтава: Дивосвіт, 2007. –С. 148-159.

2. Терапевтична стоматологія: підручник у 4 т. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / [М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун та ін.]. / За ред. А.В. Борисенко. – Т. 4. – К.: Медицина, 2010. – С.391-400.

Додаткова:

1. Банченко Г.В. Сочетанные заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов / Г.В. Банченко. – М., 1979. – 189 с.
2. Боровский Е.В. Атлас слизистой оболочки полости рта / Е.В. Боровский, Н.Ф. Данилевский. – М.: Медицина, 1981. – С.207-217.
3. Рыбаков А.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта / А.И. Рыбаков, Г.В. Банченко. – М.: Медицина, 1978. – С.119-129.
4. Уваров В.М. Органы полости рта при болезнях крови. – М.: Медицина, 1975. – 173 с.
5. Терапевтическая стоматология / Е.В. Боровский, В.С. Иванов, Максимовский Ю.М. [и др.] / Под ред. Е.В. Боровского, Ю.М. Максимовского. М.: Медицина. 1998. – С.635-645.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 13</i>	Зміни слизової оболонки порожнини рота при деяких соматичних захворюваннях
<i>Тема заняття № 19</i>	Зміни слизової оболонки порожнини рота при гіпо- та авітамінозах А, С, В та РР. Тактика лікаря-стоматолога.
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

I. Актуальність теми.

У практичній діяльності лікаря-стоматолога часто зустрічаються хворі з проявами гіповітамінозу в порожнині рота. Порушення вітамінного балансу в організмі може бути наслідком недостатнього надходження вітамінів з їжею, або з порушенням всмоктування їх у шлунково-кишковому тракті, значному руйнуванні їх у кишківнику, збільшеній потребі організму в вітамінах, при захворюванні інших органів і систем, при тривалому вживанні антибактеріальних препаратів.

Більшість гіповітамінозів на ранніх стадіях з'являється на слизовій оболонці порожнини рота. Ось чому вивчення клініки гіповітамінозів має велике значення у підготовці лікаря-стоматолога.

2. Конкретні цілі.

- Мати загальне уявлення про роль вітамінів в обміні речовин в організмі людини;
- Навчити студентів основам діагностики і лікування проявів гіповітамінозів та авітамінозів А, С, В та РР ;
- Знати принципи лікування та профілактики гіповітамінозів та авітамінозів А, С, В та РР.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
біохімія	Знати роль вітамінів в обміні речовин
анатомія	Знати будову СОПР
пропедевтика терапевтичної стоматології	Знати методи обстеження стоматологічного хворого Вміти обстежити стоматологічного хворого
внутрішньопредметна інтеграція	Знати клініку уражень СОПР при різних патологіях Вміти проводити диференційну діагностику гіповітамінозів з проявами інших захворювань СОПР

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття.

Термін	Визначення
<i>Вітамін С</i> (аскорбінова кислота, антискорбутний)	Бере участь в окислювально-відновних реакціях, регулює вуглеводний обмін, підсилює фагоцитарну активність лейкоцитів,

	має протизапальну дію, сприяє підвищенню згортання крові та регенерації тканин.
Аскорбінова кислота	Активує процес фібриногенезу, бере участь в утворенні кісткової та хрящової тканин, зменшує судинну проникність, підвищує опірність організму.
Три стадії перебігу цинготного стоматиту (за І.О. Новік)	І – цинготна стоматопатія (початкова); II – цинготний репаративний стоматит (розгорнута); III – цинготний виразковий стоматит (ускладнена).
<i>Вітамін А</i> (ретинол, антиксерофтальмічний)	Бере участь у регуляції трофіки і підвищенні опору організму інфекціям за рахунок підтримання поділу імунокомпетентних клітин, нормального синтезу імуноглобулінів та інших факторів специфічного і неспецифічного захисту.
<i>Вітамін В1</i> (тіамін, антиневритний)	Здійснює коферментну функцію, трансформуючись у кокарбоксилазу, яка відіграє важливу роль у перетворенні пірвіноградної кислоти в ацетил-ко А.
<i>Вітамін В2</i> (рибофлавін)	Бере участь у вуглеводному та азотистому обміні. Входить до складу ферментів, що регулюють окисно-відновні процеси в тканинах, стимулює регенерацію та продукування антитіл, нормалізує проникність мікросудин, забезпечує трофіку слизової оболонки порожнини рота
<i>Вітамін В6</i> (піридоксин, адермін)	В організмі перетворюється в піридоксаль-5-фосфат та входить до складу ферментів, які відіграють важливу роль в обміні багатьох незамінних амінокислот. Регулює фосфорно-кальцієвий обмін, покращує трофіку, регенерацію тканин.

<p><i>Вітамін РР</i> (нікотинова кислота, ніацин)</p>	<p>Бере участь у реакціях клітинного дихання, сприяє засвоєнню вуглеводів тканинами, має судинорозширювальну дію, посилює імунологічну реактивність організму за рахунок стимулювання фагоцитозу, зменшує проникність капілярів, гальмує ексудацію. Важлива властивість нікотинової кислоти - покращення порушеного кровообігу в тканинах пародонта.</p>
<p><i>Вітамін В12</i> (ціанокобаламін, антианемічний)</p>	<p>Бере участь у біосинтезі білка, нуклеїнових кислот, що впливають на склад протоплазми і ядра клітини, активує систему згортання крові, збільшує кількість ретикулоцитів, підвищує вміст гемоглобіну в еритроцитах.</p>

4.2. Теоретичні питання до заняття.

1. Значення вітамінів у життєдіяльності організму.
2. Добові потреби у вітамінах.
3. Зміни в організмі при недостатчі тих чи інших вітамінів.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.

1. Оволодіти технікою забору матеріалу для лабораторного обстеження.
2. Провести курацію хворого з проявами гіповітамінозів уражень.
3. При опитуванні тематичного пацієнта звернути увагу на шкідливі звички, наявність стоматологічних втручань, соматичної патології та алергологічного анамнезу.
4. Визначити план та провести лікування хворого з гіповітамінозами.
5. Провести аналіз отриманих результатів лабораторного обстеження.
6. Призначити профілактичні заходи.
7. Заповнити медичну картку амбулаторного хворого Ф- 43/О.

5. Зміст теми заняття

Вітамін С (аскорбінова кислота, аскорбутин) бере участь в окислювально-відновних реакціях, регулює вуглеводний обмін, підсилює фагоцитарну активність лейкоцитів, має протизапальну дію, сприяє підвищенню згортання крові та регенерації тканин. Аскорбінова кислота активує процес фібриногенезу, бере участь в утворенні кісткової та хрящової тканин, зменшує судинну проникність, підвищує опірність організму.

Аскорбінова кислота належить до антиоксидантів прямої дії і здатна створювати антиоксидантний захист та антиатерогенну дію за рахунок гіполіпідемічного ефекту та інгібування окислювальної деструкції ліпідів стінки артерій.

Добова доза – 60 – 100 мг. Природні джерела: шипшина, перець, чорна смородина, ягоди обліпихи, горох, цитрусові, цвітна та качанна капуста, яблука.

Недостатність вітаміну С викликає загальні симптоми – депресію, підвищену втому, слабкість, мерзлякуватість, роздратованість. Також характерні ураження шкіри: вона суха, шершава, блідо-сірого кольору, з точковими крововиливами біля волосяних мішечків. Найбільш ранній прояв С-вітамінної недостатності - кровоточивість ясен та рухомість зубів. Гіповітаміноз С викликає носові кровотечі, крововиливи в склери, м'язи, окістя. Дефіцит вітаміну С знижує імунний захист та стійкість організму до впливу несприятливих факторів.

Унаслідок авітамінозу С розвивається цинга, або скорбут. Перебіг цинготного стоматиту І.О. Новік поділяє на три стадії : І – цинготна стоматопатія (початкова), ІІ – цинготний репаративний стоматит (розгорнута) та ІІІ – цинготний виразковий стоматит (ускладнена).

Початкова стадія характеризується вираженим гінгівітом. На фоні блідої, анемічної слизової оболонки порожнини рота ясна інфільтровані, ясенний край стає темно-червоним, легко кровоточить. Іноді виникають поодинокі петехії на слизовій оболонці порожнини рота.

Розвинута стадія цинготного стоматиту характеризується значним запаленням ясен. Вони різко набрякають, розростаються, стають пухкими, покривають більшу частину коронок зубів. Ясенний край набуває ціанотичного відтінку, кровоточить від дотику. По краю ясенних сосочків часто скупчуються згустки крові. На слизовій оболонці порожнини рота - численні петехії, екхімози.

Третя стадія характеризується розвитком виразкового стоматиту. Грануляції по ясенному краю, що розрослися, досягають різального краю або жувальної поверхні, на яснах з'являються виразки. Ясна інтенсивно кровоточать, покриваються некротичним нальотом. В умовах недостатньої кількості вітаміну С остеобласти трансформуються в остеокласти, що призводить до розсмоктування альвеолярної кістки, зуби розхитуються і випадають. Виразковий процес поширюється на язик, щоки, піднебіння. Загальний стан дуже тяжкий.

Застосовують аскорбінову кислоту всередину по 0,2 г 2-4 рази за день після їди або внутрішньом'язово по 1-2мл 5% розчину. У стоматології вітамін С застосовується в лікуванні гінгівітів, пародонтиту, інфекційних уражень слизової оболонки порожнини рота. 5

Вітамін А (ретинол, антиксерофтальмічний) бере участь у регуляції трофіки і підвищенні опору організму інфекціям за рахунок підтримання поділу імунокомпетентних клітин, нормального синтезу імуноглобулінів та інших факторів специфічного і неспецифічного захисту. Вітамін А посилює бар'єрну функцію слизової оболонки порожнини рота, сприяє синтезу мієліну, що забезпечує нормальне проведення нервового імпульсу. Ретинол

забезпечує нормальну функцію органа зору, сприяє функції слинних і потових залоз.

Добова доза – 1-2 мг. Природні джерела : риб'ячий жир, вершкове масло, сметана, сир, печінка тріски. Рослинні продукти містять провітамін А - каротин. Особливо багато його в моркві, буряках, помідорах, зеленому горошку, бобових, петрушці, цитрусових.

Недостатність вітаміну А викликає очні (зниження сутінкового зору, ксерофтальмія), шкірні (блідість, сухість, лущення) симптоми, ламкість нігтів, волосся, знижує опір організму інфекційним хворобам.

У порожнині рота розвивається ксеростомія. Червона кайма губ суха, покрита тоненькими прозорими лусочками, в кутах рота виникають тріщинки, слизова оболонка втрачає характерний блиск, стає мутною, блідою, сухою. Можуть спостерігатися ділянки гіперкератозу на слизовій оболонці. Відбувається зроговіння епітелію вивідних проток слинних залоз. Це призводить до зменшення секреції слини – гіпосалівації. Зуби стають крейдоподібними, емаль втрачає блиск, відбувається атрофія одонтобластів пульпи.

Застосовують вітамін А всередину по 10 000 - 100 000 МО за день, а також у вигляді розчину для змазування уражених ділянок слизової оболонки. Синергіст вітаміну А - вітамін Є, який сприяє зберіганню ретинолу в активному стані та всмоктуванню його із кишечника. Не рекомендується разом із вітаміном А призначати нітрати, холестирамін.

У стоматологічній практиці застосовується в лікуванні гіповітамінозів А, дискератозів слизової оболонки порожнини рота, ерозивно- виразкових уражень на стадії епітелізації, пародонтиту, червоного плескатоного лишая, лейкоплакії тощо.

Вітамін В1 (тіамін, антиневритний) здійснює коферментну функцію, трансформуючись у кокарбоксілазу, яка відіграє важливу роль у перетворенні піровиноградної кислоти в ацетил-ко А.

Тіамін бере участь у вуглеводному обміні, регулюванні функціонального стану центральної нервової системи. Він нормалізує тонус симпатичної нервової системи, впливає на рівновагу в системі ацетилхолін – холінестераза, забезпечує проведення нервового імпульсу, а також відіграє важливу роль у ліквідації тканинної гіпоксії.

Добова потреба – 1-2 мг. Природні джерела вітаміну В1 : дріжджі, грецькі горіхи, арахіс, ячні жовтки, хліб грубого помолу, виноград, квасоля, горох, шпинат, паростки пшениці, овес.

За недостатньої кількості вітаміну В1 розвиваються підвищена розумова та фізична втомлюваність, зниження апетиту, м'язова слабкість, судоми, болі в ногах, парестезії, тахікардія. Первинними ознаками можуть бути депресія, безсоння, зниження пам'яті.

У порожнині рота послаблюються смакові відчуття, гіпертрофуються грибоподібні сосочки язика, підвищується чутливість слизової оболонки, розвиваються парестезія, глосалгія.

Унаслідок авітамінозу В1 виникає хвороба бері-бері, яка є тяжкою формою аліментарного поліневриту. Ознаки хвороби - міалгія, атрофія м'язів, міастенія, втрата ваги, арефлексія, порушення чутливості, послаблення діяльності серцево-судинної системи, секреторної функції шлунково-кишкового тракту, підвищення в крові та сечі вмісту піривиноградної кислоти.

Вітамін В1 застосовується всередину по 0,002 – 0,01 г 3 рази за день через 15 хвилин після їди. Внутрішньом'язово по 1 мл 6 % розчину, курс лікування - 10 ін'єкцій. Вітамін В1 уводиться за допомогою електрофорезу з анода.

Вітамін В1 не рекомендується застосовувати з вітаміном В6, оскільки останній порушує його перетворення в дифосфат, а також із вітаміном В12, який посилює алергічні властивості вітаміну В1.

Вітамін В2 (рибофлавін) бере участь у вуглеводному та азотистому обміні. Входить до складу ферментів, що регулюють окисно-відновні процеси в тканинах, стимулює регенерацію та продукування антитіл, нормалізує проникність мікросудин, забезпечує трофіку слизової оболонки порожнини рота.

Добова доза – 2,5 мг. Природні джерела : дріжджі, листкові зелені овочі, крупи (гречана та вівсяна), горох, молочні продукти, сир, лісовий горіх, хліб, печінка, риба.

Недостатність вітаміну В2 проявляється слабкістю, зниженням апетиту, порушеннями нервової системи (парестезіями, головними болями, апатією), розладами травлення, розвитком себорейного дерматиту, гіпохромної анемії. Ранні симптоми арибофлавінозу - хейлоз (дрібні тріщинки і сухість губ), ангулярний хейліт (ураження кутиків рота) та глосит. Язик спочатку пурпурно-червоний, сухий, шершавий (апельсинова кірка), потім стає гладенький, лискучий, різко болючий під час їди та мовлення. Пізніше розвиваються себорейний дерматит носогубного трикутника, вух та шиї, а також інтерстиціальний кератит, блефарит і кон'юнктивіт.

Вітамін В2 застосовують усередину по 0,01 г 3 рази за день після їди. Курс лікування - 10-45 днів. Рибофлавін добре поєднується з антимікробними засобами та стимуляторами фагоцитозу. Лужнореагуючі речовини послаблюють його дію.

Вітамін В6 (піридоксин, адермін) в організмі перетворюється в піридоксаль-5-фосфат та входить до складу ферментів, які відіграють важливу роль в обміні багатьох незамінних амінокислот. Регулює фосфорно-кальцієвий обмін, покращує трофіку, регенерацію тканин.

Добова доза – 2-3 мг. Природні джерела : зелені листкові овочі, дріжджі, гречана та пшенична крупи, бобові, морква, грецькі горіхи, картопля, соя, печінка, м'ясо, риба.

Недостатня кількість піридоксину призводить до розвитку гіпохромної анемії та порушення обміну заліза. Страждають нервова система (підвищена

дратівливість або загальмованість, судоми, периферичні неврити), шлунково-кишковий тракт (втрата апетиту, нудота), шкіра (себореїний дерматит). У порожнині рота - ангулярний хейліт, десквамативний глосит, парестезії.

Вітамін В6 застосовується всередину по 0,05 г 2 рази за день. Курс лікування - 1-2 місяці. Підшкірно по 1-2 мл 5% розчину. Вітаміни В6 та В12 ефективні в разі їх спільного застосування в лікуванні хвороб пародонта.

Вітамін РР (нікотинова кислота, ніацин) бере участь у реакціях клітинного дихання, сприяє засвоєнню вуглеводів тканинами, має судинорозширювальну дію, посилює імунологічну реактивність організму за рахунок стимулювання фагоцитозу, зменшує проникність капілярів, гальмує ексудацію. Важлива властивість нікотинової кислоти - покращення порушеного кровообігу в тканинах пародонта.

Добова потреба – 15-25 мг. Природні джерела: яловича печінка, м'ясні продукти, риба, дріжджі, морква, сир, фініки, яйця, молоко, помідори, горіхи, петрушка.

Недостатність вітаміну РР проявляється нервово-психічними порушеннями, головним болем, швидкою втомлюваністю, дерматитом.

Зміни в порожнині рота характеризуються порушенням смаку, підвищенням саливації, пекучістю, гіперемією слизової оболонки. Характерний симптомом - глосит. Спинка язика спочатку покрита темнимнальотом, краї та кінчик – яскраво-червоного кольору («кардинальський язик»). Поступово гіперемія переходить на весь язик, поверхневі шари епітелію злущуються і дорсальна поверхня стає гладенькою та лискучою (« дзеркальною »). Іноді на ньому з'являються тріщини – «шаховий язик».

Унаслідок авітамінозу вітаміну РР розвивається симптомокомплекс, який називається пелагрою і характеризується тріадою (три Д) : дерматит специфічний пігментований – уражуються симетричні ділянки шкіри, які зазнають впливу прямих сонячних променів ; діарея (понос) – запалення слизової оболонки шлунково-кишкового тракту, що супроводжується утворенням виразок і геморагіями; деменція: через зниження швидкості окислювально-відновних реакцій виникає дефіцит енергії, внаслідок чого і порушуються функції ЦНС.

Застосовується вітамін РР усередину по 0,05 г 3 рази за день після їди, курс лікування - 15-30 днів.

Від застосування всередину вітаміну РР можливий «феномен загорання» - почервоніння обличчя та верхньої половини тулуба з відчуттям пекучості. Тривале вживання високих доз вітаміну порушує функцію печінки. Необхідно одночасно призначати ліпотропні засоби – метіонін, фолієву кислоту, ліпоєву кислоту або ціанкобаламін.

Вітамін В12 (ціанкобаламін, антианемічний) бере участь у біосинтезі білка, нуклеїнових кислот, що впливають на склад протоплазми і ядра клітини, активує систему згортання крові, збільшує кількість ретикулоцитів, підвищує вміст гемоглобіну в еритроцитах.

Вітамін В12 посилює окислювальний розпад глюкози в тканинах, підвищує фагоцитарну активність лейкоцитів, покращує трофіку, створює знеболювальний ефект, зменшує гіперестезію твердих тканин зуба.

Синтезується в достатній кількості мікрофлорою кишечника, але тільки в разі надходження з продуктами харчування мікроелементу кобальту, що входить у структуру цього вітаміну. Обов'язковою умовою засвоєння (всмоктування) вітаміну В12 в кишечнику є синтез слизовою оболонкою шлунка складного білка глікопротеїну, який отримав назву «внутрішнього фактора Касла» .

Добова доза – 2-5 мкг. Природні джерела : дріжджі, морські водорослі, субпродукти, яловичина, риба, молоко, яйця , соя.

Недостатність вітаміну В12 проявляється тріадою симптомів : анемією (порушення кровотворної функції), ахілією (зниження кислотності шлункового соку), атаксією(порушення координації рухів). Крім того спостерігаються парестезія верхніх та нижніх кінцівок, блідість шкіри, слабкість, втомлюваність, шум у вухах, сонливість удень та безсоння вночі, депресія, розлади зору.

Рання ознака дефіциту ціанокобаламіну - ушкодження язика : гіперемія його бокових поверхонь і кінчика та атрофія сосочків («лаковий язик»). Спостерігається також порушення функції слинних залоз – гіпосалівація. Часта ознака - парестезії.

Ціанокобаламін застосовується внутрішньом'язово або підшкірно по 1 мл 0,02 % розчину 2-3 рази за тиждень. За одночасного введення ціанокобаламіну та тіаміну зростає ризик алергічних реакцій.

Фолієва кислота (вітамін В⁹) стимулює поділ клітин, синтез ДНК і РНК, лейко- та тромбоцитопоез, регенеративні процеси в усіх органах і тканинах, підвищує клітинний імунітет.

Добова доза – 0,2 мг. Природні джерела : листя шпинату, салат, боби, петрушка, капуста, цибуля, морква, м'ясо, нирки .

Недостатність фолієвої кислоти викликає мегалобластну анемію, поноси та запори стеарейного типу, підвищення температури тіла.

У порожнині рота виявляються блідість слизової оболонки, сухий, яскраво-червоний язик, часто атрофічні процеси.

Застосовується всередину по 0,001 – 0,002 г 1-3 рази за добу після їди. Курс лікування - 20-30 днів

6. Додатки.

А. Тести для самоконтролю.

1. В яких біологічних процесах вітамін С бере безпосередню участь:

- А. Регулює окислювально-відновні реакції
- В. Регулює вуглеводний обмін
- С. Регулює білковий обмін
- Д. Регулює ліпідний обмін
- Е. Сприяє утворенню колагену

2. В яких біологічних процесах вітамін А бере безпосередню участь:
- A. Підсилює бар'єрну функцію СО
 - B. Підсилює захисну функцію
 - C. Знижує бар'єрну функцію СО
 - D. Знижує захисну функцію
 - E. Сприяє синтезу меланіну
3. Виберіть основні клінічні прояви, характерні для гіповітамінозу С:
- A. Слабкість
 - B. Мерзлякуватість
 - C. Геморагічний синдром
 - D. Анемічний синдром
 - E. Інтотоксикаційний синдром
4. Виберіть основні клінічні прояви, характерні для гіповітамінозу А:
- A. Слабкість
 - B. Ксерофтальмія
 - C. Ксеростомія
 - D. Анемія
 - E. Геморагія
5. Виберіть природні джерела вітаміну А:
- A. Вершкове масло
 - B. Риб'ячий жир
 - C. Буряк
 - D. Томат
 - E. Все перелічене
6. Виберіть природні джерела вітаміну С:
- A. Шипшина
 - B. Риб'ячий жир
 - C. Перець
 - D. Немає жодної вірної відповіді
 - E. Все перелічене
7. Пробу Ротера використовують для визначення наявності дефіциту:
- A. Вітаміну С
 - B. Вітаміну А
 - C. Вітаміну В
 - D. Вітаміну РР
 - E. Вітаміну Е
8. Визначите стадії цинготного стоматиту:
- A. Стоматопатія

- В. Репаративний гінгівіт
- С. Гіпертрофічний гінгівіт
- Д. Виразковий гінгівіт
- Е. Атрофічний гінгівіт

9. β -каротин є прототипом :

- А. Вітаміну С
- В. Вітаміну А
- С. Вітаміну В
- Д. Вітаміну РР
- Е. Вітаміну Е

10. До жиророзчинних вітамінів відносять:

- А. Вітамін С
- В. Вітамін А
- С. Вітамін В
- Д. Вітамін D
- Е. Вітамін Е

11. В яких біологічних процесах вітамін РР бере безпосередню участь:

- А. Регулює окислювально-відновні реакції
- В. Регулює реакції клітинного дихання
- С. Збільшує проникність капілярів
- Д. Зменшує проникність капілярів
- Е. Сприяє засвоєнню вуглеводів тканинами

12. В яких біологічних процесах вітамін В₂ бере безпосередню участь:

- А. Підсилює трофічну функцію СО
- В. Підсилює захисну функцію
- С. Стимулює окисно-відновні процеси
- Д. Стимулює вуглеводний обмін
- Е. Сприяє синтезу меланіну

13. Виберіть основні клінічні прояви, характерні для гіповітамінозу РР:

- А. Діарея
- В. Дистрофія
- С. Деменція
- Д. Дерматит
- Е. Демінералізація

14. Виберіть основні клінічні прояви, характерні для гіповітамінозу В₂:

- А. Ангулярний хейліт
- В. Гіперсалівація
- С. Ксеростомія
- Д. Десквамативний глосит

Е. Гіперплазія грибовидних сосочків язика

15. Виберіть основні клінічні прояви, характерні для гіповітамінозу В1:

- А. Геморагічний синдром
- В. Парастезії
- С. Ангулярний хейліт
- Д. Гіперплазія грибовидних сосочків язика
- Е. Гіперсалівація

16. Міллер-Гунтеровський глосит є характерною ознакою:

- А. Гіповітамінозу В1
- В. Гіповітамінозу В6
- С. Гіповітамінозу В12
- Д. Гіповітамінозу В2
- Е. Гіповітамінозу РР

17. Виберіть основні клінічні прояви, характерні для гіповітамінозу В6:

- А. Десквамативний глосит
- В. Парастезії
- С. Ангулярний хейліт
- Д. Гіперплазія грибовидних сосочків язика
- Е. Гіперсалівація

18. Виберіть природні джерела вітаміну В1:

- А. Вершкове масло
- В. Дріжжі
- С. Буряк
- Д. Хліб грубого помолу
- Е. Все перелічене

19. Виберіть природні джерела вітаміну В12:

- А. Субпродукти
- В. Риба
- С. Молоко
- Д. Соя
- Е. Все перелічене

20. Виберіть природні джерела вітаміну РР:

- А. Яйця
- В. Риба
- С. Молоко
- Д. Горіхи
- Е. Все перелічене

Б. Задачі для самоконтролю.

1. Хворий Д. звернувся до стоматолога зі скаргами на сухість слизової оболонки порожнини рота. Два місяці тому хворів вірусним гепатитом. Зараз відчуває загальну слабкість, відсутність апетиту. Об'єктивно: обличчя симетричне, шкіряні покриви бліді, відмічається підвищена епідермізація червоної кайми губ. Слизова оболонка щік, піднебіння суха, мутна. Відзначаються ділянки підвищеної кератинізації. Встановіть попередній діагноз.

2. Хворому К. на хронічний генералізований пародонтит з метою підвищення опорної функції тканин пародонта призначений вітамін А. Випишіть рецепт, позначте кратність прийому та курс лікування.

3. Хвора Ц. скаржиться на кровоточивість ясен, неприємний запах із порожнини рота, підвищену втому, слабкість, мерзлякуватість. Об'єктивно: обличчя симетричне, шкіра суха, шершава, слизова оболонка анемічна, ясна інфільтровані, ясенний край темно-червоний, легко кровоточить. Спостерігаються поодинокі петехії на слизовій оболонці порожнини рота. Встановіть попередній діагноз. 8

4. Хворому К. на підставі проведеного попереднього обстеження встановлений діагноз: цинготна стоматопатія. Який препарат доцільно використовувати в комплексному лікуванні? Випишіть рецепт.

5. Хвора М. звернулася до стоматолога зі скаргами на кровоточивість ясен. Об'єктивно: обличчя симетричне, шкіра суха, шершава, слизова оболонка анемічна, ясна набряклі, пухкі, покривають більшу частину коронок зубів. Ясенний край ціанотичного відтінку, кровоточить при дотику. Спостерігаються численні петехії, екхімози. Встановіть попередній діагноз та стадію захворювання.

6. Проводячи комплексне обстеження хворого К. на гострий виразковий гінгівіт, стоматолог припустив наявність гіповітамінозу С. Яким додатковим методом дослідження можна це підтвердити?

7. Хвора К. скаржиться на сухість в порожнині рота, погіршення сутінкового зору. Об'єктивно: червона кайма губ суха, покрита тоненькими прозорими лусочками, в кутах рота - тріщинки, слизова оболонка мутна, бліда, суха. Встановіть попередній діагноз.

8. Хворому К. на хронічний генералізований пародонтит з метою підтримуючої терапії був призначений вітамін С в профілактичній дозі. Випишіть рецепт.

9. При огляді хворого на гіповітаміноз С стоматолог відмітив блідість, анемічність слизової оболонки порожнини рота. Ясна інфільтровані, кровоточать при доторкуванні, відмічаються поодинокі петехії. Для якої стадії скорбуту характерні дані зміни?

10. Хворому на хронічний генералізований пародонтит призначений вітамін С в лікувальній дозі. Пацієнт довгий час приймає саліцилати. Про які наслідки комбінованої терапії слід пам'ятати стоматологу?

11. Хворому Д. встановлений діагноз: гіповітаміноз вітаміну В1. В якій дозирівці та яким курсом йому слід призначити даний препарат?

12. Хворий Д. звернувся до стоматолога зі скаргами на біль в язиці, підвищену втомлюваність, зниження апетиту, м'язову слабкість, судоми. Об'єктивно: язик звичайного розміру, грибоподібні сосочки язика, гіпертрофовані. При додатковому обстеженні відмічається підвищення в крові та сечі вмісту піровиноградної кислоти. Встановіть попередній діагноз.

13. Вагітна хвора К. 23 років скаржиться на болі в кутах рота та язиці. Об'єктивно: обличчя симетричне, шкіра в межах носо-губного трикутника червоного кольору, лущиться. В кутах рота - тріщини. Язик гладенький, блискучий, різко болючий під час їди та мовлення. Встановіть попередній діагноз.

14. Хворий Ц. скаржиться на порушенням смаку, пекучість СО, розлади ШКТ (діарею), свербіж шкіри. Об'єктивно: обличчя симетричне, на шкірі – симетричні пігментовані плями. Спинка язика покрита темним нальотом, краї та кінчик – яскраво-червоного кольору. Встановіть попередній діагноз.

15. Хворому К. на підставі проведеного попереднього обстеження встановлений діагноз: хвороба бері-бері. Який препарат доцільно використовувати в комплексному лікуванні? Випишіть рецепт.

16. Хворому А. на підставі проведеного попереднього обстеження встановлений діагноз: пелагра. Який препарат доцільно використовувати в комплексному лікуванні? Випишіть рецепт.

17. Хворий В. на підставі проведеного попереднього обстеження встановлений діагноз: хвороба Аддисона-Бірмера. Який препарат доцільно використовувати в комплексному лікуванні? Випишіть рецепт.

18. Хворий З. скаржиться на порушенням смаку, пекучість СО, розлади ШКТ (втрата апетиту, нудота), свербіж шкіри, дратівливість. Об'єктивно: обличчя симетричне, слизова оболонка анемічна, в кутах рота – тріщини, язик гладенький, блискучий, болючий. Встановіть попередній діагноз.

19. При лікуванні хворого Г. з приводу гіповітамінозу з'явився «феномен загорання» - почервоніння обличчя та верхньої половини тулуба з відчуттям пекучості. При тривалому вживанні якого вітаміну можливий зазначений феномен? Які препарати доцільно призначити хворому для запобігання подібних ускладнень?

20. Хворий Ч. скаржиться на порушення смакових відчуттів, слабкість, втомлюваність, сонливість. Півроку назад переніс резекцію шлунку. Об'єктивно: обличчя симетричне, шкіра бліда, слизова оболонка анемічна, язик гладенький, гіперемійований з бокових поверхонь і кінчика.

Який додатковий метод діагностики слід призначити хворому для постановки остаточного діагнозу?

7. Література

Основна:

1. Терапевтична стоматологія. Підручник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівнів акредитації у 2-х томах./ За редакцією проф.. А.К.Ніколішина .Т.П.- Полтава: «Дивосвіт», 2007, С. 141-148.

2. Терапевтична стоматологія: підручник у 4 т. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / [М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун та ін.]. / За ред. А.В. Борисенко. – Т. 4. – К.: Медицина, 2010.-С. 418-422.

Додаткова:

1. Данилевський М.Ф., Несин О.Ф. Рахній Ж.І. Захворювання слизової оболонки порожнини рота.-К., 1998.-С.307-314.

2. Терапевтическая стоматология: Учебник /Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. / Под ред. Боровского Е.В., Максимовского Ю.М.,1998.-С.609-617.

3. Боровский Е.В., Данилевский Н.Ф. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта.-М.,1991.

4. Банченко Г.В. Сочетание заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов.-М.,1970.-190с.

5. Максименко П.Т., Костелли О.Ю., Скрипникова Т.П. Болезни слизистой оболочки полости рта.-К.,1998.-С.66-79.

6. Заболевания слизистой оболочки полости рта: Учебное / Под ред. Лукиных Л.М.-Н.Новгород,1993.

7. Хвороби слизової оболонки порожнини рота: Навч. посібник для самостійної роботи студентів та субординаторів /За заг.ред.Ніколішина А.К.- Полтава,1994.-С.50-57.

8. Подорожный П.Г., Томашевский Я.И. Клиническая витаминология.-К.,1977.-135с.

9. Березов Т.Т., Коровкин Б.Ф. Биологическая химия.-М.,1973.-С.169-210.

10. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. / Под ред. Боровского Е.В., Машкиллейсона А.А.-М., 1984.

11. Ефремов В.В. Витамины в питании и профилактике витаминной недостаточности.-М., 1969.-142с.

12. Рощина П.И., Максимовская Л.Н. Лекарственные средства. Стоматология.-М., 1989.-207с.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 13</i>	Первинні ураження слизової оболонки порожнини рота
<i>Тема заняття № 20</i>	Зміни слизової оболонки порожнини рота при дерматозах з аутоімунним компонентом. Пухирчатка. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика. Тактика лікаря-стоматолога
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

1. Актуальність теми

У клінічній практиці досить часто спостерігаються випадки уражень СОПР в поєднанні з патологією окремих органів і систем. Слід відмітити, що це далеко не повний перелік численних клінічних проявів на СОПР. Важливим доповненням до цього списку є захворювання, які мають одночасно з цим ураження шкіри. Цей окремий розділ дерматостоматитів в своєму патогенезі нерозривно пов'язаний з аутоімунними реакціями організму. В даному випадку діагностика, диференційна діагностика значно розширюється, а тому лікар-стоматолог повинен досить чітко знати специфіку таких уражень слизової оболонки порожнини рота, вміти їх вчасно виявити, призначити раціональне та ефективне лікування.

2. Конкретні цілі.

Аналізувати вплив аутоімунних реакцій організму на стан слизової оболонки порожнини рота.

Пояснити механізм впливу аутоімунних реакцій організму на стан слизової оболонки порожнини рота.

Пояснити основні ураження СОПР у відповідності з проявами дерматостоматитів.

Скласти план обстеження хворого.

Тракувати специфіку етапів місцевого медикаментозного лікування уражень СОПР при тих чи інших дерматостоматитах.

Запропонувати диференційований підхід до місцевого медикаментозного лікування в окремо взятому випадку.

Проаналізувати ефективність місцевого медикаментозного та загального лікування в поєднанні з дерматологом.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
Анатомія, гістологія	Знати анатомічну, гістологічну будову тканин СОПР.
Патофізіологія	Пояснити патофізіологічні процеси при дистрофії СОПР. Знати патологічні процеси та морфологічні зміни при них
Патологічна анатомія	Дистрофія. Елементи ураження на СОПР
Мікробіологія, інфекційні хвороби	Знати та вміти охарактеризувати мікрофлору ротової порожнини
Пропедевтика терапевтичної стоматології	Провести клінічне обстеження пацієнта
Пропедевтика хірургічної стоматології	Види знеболення, іннервація щелепно-лицьової ділянки

Фармакологія	Фармакодинаміка лікарських засобів, виписати рецепти, роз'яснити хворому необхідність призначеного лікування
Терапевтична стоматологія	Методи місцевого медикаментозного лікування СОПР

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття

Термінологія	Визначення
1 Дерматози	Хронічні дистрофічні хвороби шкіри
2 Пухирчатка	Хронічна дистрофічна хвороба шкіри та слизових оболонок (переважно порожнини рота), для якої характерний акантоліз клітин мальпігієвого шару епідермісу і слизових, що призводять до утворення пухирів незапального характеру.
3 Акантоліз	Внутріепітеліальне утворення пухиря внаслідок розплавлення міжклітинних місточків нижніх відділів остистого шару епітелію

4.2. Теоретичні питання до заняття.

1. Дайте визначення пухирчатці та вкажіть її клінічні форми.
2. Яка етіологія і патогенез пухирчатки?
3. Які суб'єктивні прояви пухирчатки при клінічному обстеженні хворих?
4. Які об'єктивні прояви пухирчатки при клінічному обстеженні хворих?
5. Які додаткові методи обстеження хворих пухирчаткою?
6. Вкажіть особливості клінічних та лабораторних досліджень при доброякісній пухирчатці.
7. Тактика лікаря-стоматолога при лікуванні хворих пухирчаткою.
8. Особливості місцевого лікування хворих пухирчаткою.
9. Особливості загального лікування хворих пухирчаткою.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.

1. Оволодіти методикою суб'єктивного та об'єктивного обстеження хворих з патологією СОПР.
2. Оволодіти методами додаткового обстеження хворих з патологією СОПР.
3. Оволодіти методами місцевого лікування СОПР.
4. Зібрати скарги, анамнез захворювання
5. Провести клінічне обстеження.
6. Скласти план додаткових методів обстеження хворих при ураженнях СОПР на фоні дерматостматиту.
7. Провести медикаментозне лікування уражень СОПР при дерматостматитах.

5. Зміст теми

Пухирчатка – тяжка хронічна дистрофічна хвороба шкіри та слизових оболонок переважно порожнини рота, для якої характерний акантоліз клітин мальпігієвого шару епідермісу і слизових, що призводить до утворення пухирів незапального характеру.

Хворіють на пухирчатку люди чоловічої та жіночої статі, як правило, після 50-60 років. Етіологія хвороби повністю не з'ясована. Відомі кілька основних теорій: вірусна, бактеріальна, теорія ендокринних змін, обмінна, неврогенна, спадкова, теорія автоімунного походження.

Нині найпоширеніша теорія автоімунного генезу пухирчатки. На її користь свідчить наявність циркулюючих антитіл типу IgQ в організмі хворих людей. За даними Н.А.Машкилейсона (1980-1981), провідна роль у патогенезі пухирчатки належить змінам Т і В лімфоцитів.

Розрізняють 4 клінічні форми істинної пухирчатки: вульгарну, вегетуючу, листовидну і себорейну. Вульгарна і вегетуюча пухирчатки зустрічаються частіше в жінок, а листовидна і себорейна – однаково часто в жінок і чоловіків.

Слизова оболонка порожнини рота зазнає уражень у всіх формах, крім листовидної.

Вульгарна пухирчатка виникає раптово і супроводжується утворенням на слизовій оболонці порожнини рота і губ пухирів із тонкою покришкою, утвореною верхньою частиною остистого шару епітелію.

В умовах постійної мацерації і від травмування їжею пухирі миттєво розкриваються і на їхньому місці утворюються круглі або овальні ерозії яскраво- червоного кольору, які розташовуються на фоні незміненої слизової оболонки. Ерозії дуже болючі, з нерівними краями, інколи покриті залишками пухиря, що лопнув. При цьому складається враження, що ерозії покриті сірувато-білим нальотом. По периферії видно обривки покришки пухиря. Коли потягнути за неї, легко відшаровується здорова ділянка слизової рота – це позитивний синдром Нікольського.

Локалізуються ерозії частіше в місцях найбільшої травматизації, в ділянках зіву, піднебіння, на яснах, язиці, губах, на дні порожнини рота. У разі розташування ерозії в кутках рота, в ретромоллярному просторі у хворих розвивається захисний „оманливий” тризм. На губах ерозії покриті товстими геморагічними кірками. Нові ерозії, які зливаються між собою, утворюють широкі ерозивні поверхні без схильності до загоювання. При цьому вживання їжі і мовлення стають дуже болючими, відчувається специфічний запах із рота. У хворих посилюється саливація, що ще більше погіршує їхній стан. У разі появи ерозій на гортані у хворих розвивається охриплість голосу. Н.А.Шеклаков виділяє три фази клінічного перебігу вульгарної пухирчатки: початкова; загострення, або генералізація; епітелізація.

На початковій стадії загальний стан хворих не страждає. На шкірі та слизовій рота виявляються поодинокі пухирі, здатні швидко епітелізуватися.

Симптом Нікольського не завжди позитивний, акантолітичні клітини Тцанка виявляються в 30 % випадків.

У фазі виражених клінічних проявів виникає багато пухирів і пухирців, які швидко лопаються й оголюється ерозивна поверхня. Ступінь тяжкості залежить від площі ураженої поверхні, тому виділяють легкий, середній і тяжкий ступені.

За тяжкого ступеня страждає загальний стан хворих, з'являються нездужання, швидка втомлюваність, біль у роті під час їди і мовлення. У мазках-відбитках з'являються клітини Тцанка; у 100 % випадків - позитивний симптом Нікольського.

У фазі епітелізації, після лікування покращується загальний стан хворих, ерозії епітелізуються, акантолітичні клітини визначаються рідко, симптом Нікольського позитивний у 30 % випадків.

Діагностика пухирчатки за відсутності проявів на шкірі утруднена. Діагноз встановлюється на підставі анамнезу, огляду слизової порожнини рота, а також даних морфологічного та імунофлюоресцентного досліджень.

Певне значення в діагностиці вульгарної пухирчатки мають такі симптоми:

симптом Нікольського – при потягуванні за обривок покриття пухиря відшаровуються видимо здорові ділянки слизової, які розташовуються поблизу ерозій або пухирів;

симптом „виникаючого пухиря” – після потирання пальцем або інструментом пухир виникає на видимо здоровій шкірі або слизовій оболонці як поміж пухирями, так і на відстані від них;

симптом Асбо-Хансена – тиск на покриття нерозкритого пухиря збільшує його площу внаслідок розшарування епітелію або епідермісу через стиснення рідиною пухиря.

Іноді симптом Нікольського може бути позитивним при медикаментозних стоматитах. У зв'язку з цим діагноз пухирчатки необхідно обов'язково підтверджувати результатами цитологічного дослідження (наявність клітин Тцанка).

Використовують також імунофлюоресцентний метод, який дозволяє виявити в сироватці крові хворих на пухирчатку антитіла типу IgG до міжклітинної речовини й оболонок клітин остистого шару епідермісу.

У гістологічному дослідженні морфологічними змінами при пухирчатці є внутрішньоепітеліальне утворення пухиря внаслідок акантолізу, через розплавлення міжклітинних місточків нижніх відділів остистого шару епітелію. Клітини цього шару роз'єднуються, між ними утворюються щілини, а потім пухирі. Дно таких пухирів, як і поверхня ерозій, які утворюються після їх розриву, вистелені акантолітичними клітинами (клітини Тцанка).

Для вивчення акантолізу при пухирчатці використовують також електронний сканувальний мікроскоп, який дозволяє побачити на поверхні 7

пемфігоїдні ерозії, покриті округлими клітинами остистого шару, які не мають зв'язку одна з одною. Місцями на цих клітинах і між ними видно Т- і В-лімфоцити, що вказує на їхню участь у патологічному процесі.

Лікування вульгарної пухирчатки.

Основні засоби лікування пухирчатки - кортикостероїдні препарати: преднізолон, тріамцинолон, дексаметазон. Їх використання повністю усуває клінічні прояви хвороби. Однак лікування має бути безперервним, незважаючи на досягнену ремісію.

Розпочинають лікування з ударних доз кортикостероїдів (50-80 мг преднізолону або 8-10 мг дексаметазону за добу протягом 10-15 діб) і продовжують доти, доки не припиниться поява нових висипів. Після цього добову дозу поступово зменшують і доводять до індивідуальної підтримувальної: 10-15 мг преднізолону або 1-0,5 мг дексаметазону. Таку підтримувальну дозу хворий уживає протягом невизначено тривалого часу.

Призначають також великі дози аскорбінової кислоти (1-3 г за добу; кальцію пантотенат – 50 мг за добу; кальцію хлорид – до 2-3 г за добу; кальцію ацетат, калію оротат звичайними дозами, аспаркам по 1 таб. 3 рази за день; ністатин по 500000 ОД 4-5 разів за добу протягом 2 тижнів, декамевіт по 1 драже 3 рази за день після їди).

Показані ретаболіл в/м – 1 мл 5% олійного розчину 1 раз за 3-4 тижні (курс - 8-10 ін'єкцій) або неробол усередину – по 5 мг 2 рази за добу протягом 10 діб кожного місяця.

Для пригнічення автоімунних механізмів разом із кортикостероїдами призначають метотрексат по 30-35 мг 1 раз за тиждень; декаріс по 150 мг протягом 3-х днів із чотириденним інтервалом, від 1 до 3-х циклів.

Місцеве лікування спрямоване на запобігання вторинній інфекції, послаблення болю та стимуляцію епітелізації. Для цього призначають антисептичні, протимікробні, протикандидозні, знеболювальні засоби у вигляді полоскань, зрошень, аплікацій (цитраль, етоній, штучний лізоцим, ектерицид, клотримазол, натрію гідрокарбонату, препарати рослинного походження).

Для очищення ерозій від нальоту використовують ферменти, вінілін, олійний розчин уснінату натрію, кортикостероїдні мазі.

У період ремісії обов'язково проводять санацію порожнини рота.

6. Матеріали для самоконтролю.

А. Тестові завдання.

1. Клінічне обстеження хворого на пухирчатку дає можливість визначити характерний симптом. Назвіть позитивний симптом для даного захворювання:

- А. Симптом Нікольського
- В. Симптом Кебнера
- С. Симптом роси
- Д. Симптом Купермана
- Е. Симптом Дюпюїтрена

2. Який патоморфологічний процес первинних елементів ураження на поверхні СОПР та шкірі лежить в основі утворення при злоякісній формі пухирчатки?

- A. Акантолізис
- B. Акантоліз
- C. Акантоз
- D. Діскератоз
- E. Паракератоз

3. Для діагностики пухирчатки використовують лабораторний метод обстеження:

- A. Гістологічний
- B. Мікробіологічний
- C. Цитологічний
- D. Біохімічний аналіз крові
- E. Клінічний аналіз крові

4. Позитивний симптом Нікольського визначається при:

- A. Вульгарній пухирчатці
- B. Пемфігоїді
- C. Червоному плескату лишаї
- D. Алергічному стоматиті
- E. Червоному вовчаку

5. Первинним морфологічним елементом ураження при пухирчатці є:

- A. Папула
- B. Ерозія
- C. Пузир
- D. Виразка
- E. Бляшка

6. При вульгарній пухирчатці уражається:

- A. СОПР та шкіра
- B. Тільки СОПР
- C. Тільки шкіра
- D. Епітелій СОПР
- E. Епідерміс шкіри

7. В зішкрябі з ерозії при злоякісній пухирчатці визначаються:

- A. Гістіоцити
- B. Атипові клітини
- C. Гігантські багатоядерні клітини епітелію
- D. Акантолітичні клітини
- E. Епітеліоцити

8. При вульгарній пухирчатці в цитологічному препараті визначаються:

- A. Клітини балонуючої дистрофії
- B. Гігантські багатоядерні клітини
- C. Клітини Тцанка
- D. Атипові клітини
- E. Клітини Пирогова-Лангханса

9. Для загального лікування вульгарної пухирчатки призначають:

- A. Антибіотики
- B. Глюкокортикоїди
- C. Вітаміни
- D. Гіпосенсибілізуючі засоби
- E. Седативні засоби

10. Для місцевого лікування вульгарної пухирчатки призначають:

- A. Кортикостероїдні мазі
- B. Антибіотики
- C. Антисептики
- D. Гіпосенсибілізуючі засоби
- E. Протигрибкові мазі

Б. Ситуаційні задачі.

1. Пацієнтка О., 66 років, скаржиться на печіння і болючість в порожнині рота особливо при вживанні їжі. Скарги з'явилися місяць тому. Користується знімними протезами. Об'єктивно: на м'якому піднебінні неправильної форми ерозія розміром 2х3 см, яскраво-червоного кольору. Підлеглі до ерозії ділянки слизової оболонки звичайного кольору. При потиранні поверхні ватним шариком відмічається відшарування епітелію. Який найбільш імовірний попередній діагноз?

2. Пацієнтка С., 60 років, протягом місяця скаржиться на постійний біль в порожнині рота, який підсилюється при вживанні їжі. Об'єктивно: на слизовій щік та м'якому піднебінні численні ерозії яскраво-червоного кольору. Підлеглі до ерозій ділянки слизової оболонки рожевого кольору. Обривки епітелію пінцетом відшарування від поверхні СО. Який лабораторний метод дослідження необхідно провести для встановлення заключного діагнозу?

3. Пацієнтка А., 63 років, протягом місяця скаржиться на постійний біль в порожнині рота, який підсилюється при вживанні їжі. Після застосування кертопластических засобів поліпшення не наступило. Об'єктивно: на слизовій щік та м'якому піднебінні численні ерозії яскраво-червоного кольору. Підлеглі до ерозій ділянки слизової оболонки рожевого кольору. Обривки епітелію пінцетом відшарування від поверхні слизової оболонки. Які результати цитологічного

дослідження прогнозовано мають бути отримані при взятті матеріалу з поверхні ерозії?

4. Пацієнтка В., 57 років, скаржиться на постійний біль в порожнині рота, який підсилюється при вживанні їжі. Після застосування кертопластических засобів поліпшення не наступило. Об'єктивно: на слизовій щік та м'якому піднебінні численні ерозії яскраво-червоного кольору. Підлеглі до ерозій ділянки слизової оболонки рожевого кольору. Обривки епітелію пінцетом відшарування від поверхні слизової оболонки. Який позитивний симптом характерний для такої клінічної ситуації?

5. Хворий Т., 43 років, звернувся до стоматолога зі скаргами на наявність численних висипань та постійний біль в порожнині рота, який підсилюється при вживанні їжі. Після проведеного клінічного та лабораторного обстеження пацієнту було встановлено діагноз – вульгарна пухирчатка. Яку групу лікарських препаратів слід призначати пацієнту для загального лікування?

6. Пацієнт М., 58 років, скаржиться на наявність численних висипань та постійний біль в порожнині рота, який підсилюється при вживанні їжі. Після проведеного клінічного та лабораторного обстеження пацієнту було встановлено діагноз – вульгарна пухирчатка. Які групи лікарських препаратів слід насамперед призначати пацієнту при місцевому лікуванні?

7. Хворий С., 63 років, звернувся до стоматолога зі скаргами на наявність численних висипань та постійний біль в порожнині рота, який підсилюється при вживанні їжі. Після проведеного клінічного та лабораторного обстеження пацієнту було встановлено діагноз – вульгарна пухирчатка. Які патоморфологічні процеси в епітеліальному шарі властиві для даного захворювання?

8. Хворий Т., 55 років, звернувся до стоматолога зі скаргами на наявність численних висипань та постійний біль в порожнині рота, який підсилюється при вживанні їжі. Після проведеного клінічного та лабораторного обстеження пацієнту було встановлено діагноз – вульгарна пухирчатка. Який з препаратів слід призначати пацієнту для загального лікування?

9. Пацієнтка О., 57 років, скаржиться на наявність численних висипань та постійний біль в порожнині рота, який підсилюється при вживанні їжі. Після проведеного клінічного та лабораторного обстеження пацієнту було встановлено діагноз – вульгарна пухирчатка. До якого спеціаліста потрібно направити стоматологу даного пацієнта для подальшого лікування? 11

10. Пацієнтка Г., 56 років, скаржиться на виразки в порожнині рота, біль при вживанні їжі й розмові. Захворювання почалося раптово більше 3 місяців

тому. При огляді на незміненої слизовій м'якого піднебіння великі ерозії яскраво-червоних кольорів з обривками епітелію по периферії. Неушкоджена слизова легко відшаровується при незначному терті з утворенням ерозій, кровоточить. Яка діагностична ознака є ведучою у диференціальній діагностиці захворювання?

7. Рекомендована література

Основна.

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації /За ред. А.К. Ніколішина – Вид.2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. с. –506-512.
2. Терапевтична стоматологія: підручник у 2 т. /[А.К. Ніколішин, В.М. Ждан, А.В. Борисенко та ін.] /За редакцією А.К. Ніколішина. – Т.2. – Вид. 2. – Полтава: Дивосвіт, 2007.с. – 135-141.
3. Данилевський М.Ф. Терапевтична стоматологія: підручник: У 4 т.- Т. 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Антоненко М.Ю. та ін.. – К.: Медицина, 2010. с.–387-391.

Додаткова.

1. Авдєєв І.П. Актуальне законодавство в стоматології /І.П. Авдєєв, Т.В. Бяглик, Т.В. Накряха. – Харків: Авеста, 2009.– 544 с.
2. Данилевський М.Ф. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, О.Ф. Несин, Ж.І. Рахній. – К., 1998. – 408 с.
3. Дерматостоматити /Г.С. Чучмай, Л.О. Цвих, С.С. Різник, Б.С. Гриник. – Львів, 1998. – 136 с.
4. Калюжна Л.Д., Білоклицька Г.Ф. Хвороби шкіри обличчя, слизової оболонки ротової порожнини та червоної облямівки губ. Навчальний посібник. – К.: Грамота, 2007. – 280 с.
5. Крок -2. Тести з терапевтичної стоматології. Збірник завдань для підготовки до тестового екзамену з терапевтичної стоматології. Тести по терапевтической стоматологии. Сборник заданий для подготовки к тестовому экзамену по терапевтической стоматологии. /За ред. Проф. А.В. Борисенка. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – 286 с.
6. Куроєдова В.Д., Коршенко В.О., Денисенко В.В. Проблеми ВІЛ/СНІДу в стоматології. – Полтава, 2010. – 96 с.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО
ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Терапевтична стоматологія
<i>Модуль № 4</i>	Хвороби слизової оболонки порожнини рота
<i>Змістовий модуль № 13</i>	Первинні ураження слизової оболонки порожнини рота
<i>Тема заняття № 21</i>	Зміни слизової оболонки порожнини рота при дерматозах з аутоімунним компонентом. Червоний плесканий лишай. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика. Тактика лікаря-стоматолога.
<i>Курс</i>	V
<i>Спеціальність</i>	221. Стоматологія 7.12010005 Стоматологія

Суми 2017

1. Актуальність теми

Серед уражень слизової оболонки порожнини рота (СОПР) при дерматозах червоний плесканий лишай (ЧПЛ) зустрічається найчастіше і є актуальною проблемою сучасної стоматології. Захворюваність ЧПЛ у загальній популяції складає 0,5-2,2%. В останні роки відзначено зростання захворюваності ЧПЛ. Актуальність існуючої проблеми підтверджує висока тенденція трансформації ЧПЛ слизової оболонки порожнини рота в злоякісні новоутворення. За оцінками більшості дослідників, в останні роки збільшується кількість резистентних до лікування форм ЧПЛ, спостерігається скорочення тривалості ремісії та збільшення термінів лікування.

2. Конкретні цілі

Знати:

- схему клінічного обстеження хворого із захворюваннями СОПР;
- діагностичні заходи для визначення прояву дерматозів з аутоімунним компонентом в порожнині рота;
- тактику лікаря-стоматолога при веденні пацієнтів із захворюваннями СОПР.

Вміти:

- скласти план лікування хворого;
- виконувати діагностичні заходи для визначення прояву дерматозів з аутоімунним компонентом в порожнині рота;
- проводити терапевтичні маніпуляції;
- оцінювати ефективність терапії.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Назва попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Пропедевтика терапевтичної стоматології	Володіти вмінням обстеження порожнини рота хворого, визначати етапи обстеження порожнини рота хворого, застосовувати вміння обстеження порожнини рота хворого на практиці.
2. Терапевтична стоматологія	Визначати діагноз (хвороба СОПР, її перебіг, ступінь тяжкості). Володіти знанням принципів терапії та ведення пацієнтів із захворюваннями СОПР, застосовувати це на практиці.

4. Завдання для самостійної роботи при підготовці до заняття

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
1. Аутоімунні захворювання.	1. Клас різнорідних по клінічних проявах захворювань, що розвиваються внаслідок патологічного вироблення аутоімунних антитіл або розмноження аутоагресивних клонів кілерних клітин проти здорових, нормальних тканин організму, що призводять до пошкодження і руйнування нормальних тканин і до розвитку аутоімунного запалення.
2. Дерматози.	2. Загальна назва шкірних хвороб різного генезу (придбаних, спадкових, вроджених), обумовлених як екзогенними, так і ендогенними причинами.
3. Сітка Уікхема.	3. Дрібні білуваті крапки, які переплітаються у вигляді павутини, мережива або листа папороті, просвічуючи крізь роговий шар.
4. Феномен Кебнера.	4. Типові елементи дерматозу розташовуються лінійно на місцях екскоріацій.
5. Синдром Гріншпана.	5. Зв'язок хвороби з судинною (гіпертонія) і ендокринною (цукровий діабет) патологією.

4.2. Теоретичні питання до заняття

1. Дайте визначення червоному плескату лишаю.
2. Назвіть етіологічні чинники червоного плескату лишаю.
3. Назвіть форми ЧПЛ.
4. Назвіть місця улюбленої локалізації ЧПЛ.
5. Назвіть первинні елементи ушкодження при ЧПЛ.
6. Назвіть вторинні елементи ушкодження при ЧПЛ.
7. Вкажіть хвороби СОПР, з якими проводиться міжсиндромна диференційна діагностика при ЧПЛ.
8. Вкажіть тактику лікаря-стоматолога при веденні хворого з ЧПЛ.
9. Вкажіть заходи профілактики ЧПЛ.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті.

1. Провести обстеження пацієнта.

2. Поставити попередній діагноз.
3. Призначити додаткові методи обстеження для постановки остаточного діагнозу.
4. Скласти індивідуальний план лікування хворого, враховуючи етіологію, патогенез, ступінь тяжкості і загальний стан організму.
5. Провести курацію хворого.

5. Зміст теми

Дерматози – загальна назва шкірних хвороб різного генезу (придбаних, спадкових, вроджених), обумовлених як екзогенними, так і ендогенними причинами.

Аутоімунні дерматози виникають, коли організм починає синтезувати антитіла, спрямовані проти антигенів власних структур шкіри (аутоантитіла). Вони з'являються внаслідок порушення нормальних механізмів контролю імунної системи по відношенню до своїх власних антигенів.

Червоний плескатий лишай – поширене шкірне захворювання, яке супроводжується ураженням слизових оболонок. Хворіють в основному дорослі середнього віку. Більшість хворих – жінки старше 40 років. До захворювання особливо схильні особи з збудливою нервовою системою, а також інфіковані вірусом гепатиту С.

ЧПЛ – ідіопатичне захворювання. Розглядаються наступні гіпотези: вірусна інфекція, аутоімунна реакція, психогенна реакція. Етіологія і патогенез захворювання незрозумілі. Вважається, що в основі розвитку ЧПЛ лежать порушення регуляції імунно-метаболічних процесів, які викликають неадекватну тканинну реакцію під впливом провокуючих факторів ендо- і екзогенного характеру. Наявні дані свідчать про важливу роль імунологічних порушень, в результаті яких Т-лімфоцити руйнують базальний шар клітин епітелію. Серед популяції лімфоцитів підслизової основи виявляють лімфоцити CD4 і CD8. Прояви ЧПЛ на СОПР в певній мірі залежить від наявності у хворих захворювань шлунково-кишкового тракту (гастрити, коліти ін.), печінки, підшлункової залози. Тому при лікуванні ЧПЛ призначають діету № 5. У ряду хворих відзначається зв'язок хвороби з судинною (гіпертонія) і ендокринною (цукровий діабет) патологією (синдром Гріншпана). Певне значення в розвитку захворювання на слизовій оболонці рота має травма останньої, в тому числі обумовлена дентальною патологією: гострі краї зубів, погано припасовані знімні пластинчасті протези з пластмаси, відсутність зубів та ін. Останнім часом все частіше з'являються повідомлення про розвиток ЧПЛ шкіри і СОПР у відповідь на дію на організм деяких хімічних речовин, включаючи лікарські засоби. Описано так звані ліхеноїдні реакції у осіб, які мають контакт з парафінілєндіаміном, осіб, приймаючих тетрациклін (тетрацикліновий ліхен), ПАСК, препарати золота та ін. Таким чином, захворювання в окремих випадках може являти собою алергічну реакцію на деякі лікарські і хімічні подразники. Червоний плескатий лишай має тривалий перебіг з періодами ремісій і загострень. Клініка характеризується утворенням мономорфного висипу, що складається

з плоских, полігональних, з блискучою поверхнею, і з центральним западінням папул рожево-фіолетового або малиново-червоного кольору, діаметром 2-3 мм. Папули можуть зливатися, утворюючи невеликі бляшки, на поверхні яких є дрібні лусочки. Дрібні білуваті крапки переплітаються у вигляді павутини, мережива або листа папороті, просвічуючи через роговий шар (сітка Уікхема), що обумовлено нерівномірним потовщенням зернистого шару епідермісу. ЧПЛ супроводжується свербінням, нерідко вельми інтенсивним, що позбавляє хворих спокою і сну. Улюблена локалізація червоного плескатої лишаю – згинальні поверхні передпліч, область променезап'ясткових суглобів, внутрішня поверхня стегон і разгинальні – гомілок, пахові і пахові ділянки СОПР. Шкіра обличчя, волосистої частини голови, долонь, підошов зазвичай в процес не залучаються. Іноді висип має лінійне, "зоніформне" розташування; частіше таке розташування зустрічається в області кінцівок. У деяких хворих відзначається зміна нігтів з вираженою поздовжньої смугастістю, іноді у вигляді гребінців, гіперемією нігтьового ложа з вогнищевим помутнінням нігтьових пластинок кистей і стоп. Для ЧПЛ характерна ізоморфна реакція на подразнення. Досить часто типові елементи дерматозу розташовуються лінійно на місцях екскоріацій (феномен Кебнера). У 25% хворих ураження СОПР не супроводжується проявами на шкірі.

Ураження при **типовій формі** локалізується симетрично на дистальних відділах щік, в ретромолярній області, на поверхні язика – плоскі ділянки, що нагадують вогнища лейкоплакії, білясті з чіткими зазубреними краями, на червоній облямівці губ (частіше нижній) – невеликі фіолетового кольору бляшки, злегка полущені, що мають на поверхні сірувато-білу сітку.

На СОПР розрізняють кілька форм ЧПЛ:

При **ексудативно-гіперемічній формі** папули розміщені на тлі набряку і гіперемії СОПР, у зв'язку з чим чіткість малюнка згладжується. У хворих скарги на біль при вживанні гарячої гострої і грубої їжі, можливі парестезії і печіння.

На слизовій оболонці проявляється також **ерозивно-виразкова форма**, яка важко піддається лікуванню. При цій формі на СОПР або губах є ерозії, рідше – виразки, навколо яких на тлі гіперемії і набряку розташовуються у вигляді певного малюнка типові для червоного плоского лишаю папули. Ерозії мають неправильні обриси, покриті фібринозним нальотом, після видалення якого легко виникає кровотеча. Вони можуть бути поодинокими, невеликими, малоболючими. Ерозії можуть триматися тривалий час, іноді роками. Під впливом проведеного лікування ерозії частково або повністю епітелізуються, але рецидивують на тому ж або іншому місці СОПР, іноді відразу ж після припинення лікування.

Пемфігоїдна, бульозна або пухирчаста, форма – рідкісна ексудативна форма, для якої характерне утворення поряд з типовими вузликами ще й пухирців з серозним або серозно-кров'янистим вмістом. Розмір пухирців з горошину або вишню, вони швидко лопаються. Виникаючі ерозії швидко

епітелізуються. Хворі скаржаться на виникнення сильного болю від вживання будь-якої їжі, відчуття печіння.

Гіпертрофічна, бородавчаста форма є наслідком бородавчастої гіперплазії. Проявляється у вигляді бляшок фіолетового або буро-червоного кольору, покритих бородавчастими гіперкератотическіми нашаруваннями. Навколо них можуть розташовуватися окремі типові папули.

При **атиповій формі** поразки розташовані на верхній губі і яснах. При розміщенні уражень на губі вони симетричні і утворюють обмежену застійну гіперемію з помутнінням епітелію у вигляді білуватого нальоту. Ясенні сосочки гіперемійовані, набряклі, на їх поверхні – ніжна білувата сіточка.

У типових випадках **діагностика** не представляє труднощів. При утрудненнях в постановці діагнозу використовують додаткові методи дослідження. Гістологічне обстеження допомагає диференціювати ЧПЛ від малігнізації. Люмінесцентна діагностика дозволяє вивчити різні прояви кератозу.

Диференціальна діагностика:

Міжсиндромна диференційна діагностика: пухирчатка, вторинний період сифілісу, лейкоплакія, червоний вовчак, багатоформна ексудативна еритема, афтозний стоматит, алергічний стоматит, травматичний стоматит, виразково-некротичний стоматит Венсана.

Внутрішньосиндромна диференційна діагностика: типова форма ЧПЛ, ексудативно-гіперемійна форма ЧПЛ, ерозивно-виразкова форма ЧПЛ, бульозна форма ЧПЛ, гіперкератотична форма ЧПЛ, атипова форма ЧПЛ, синдром Гріншпана.

Лікування аутоімунних дерматозів засноване на принципі імуномодуляції (на зміні або корекції імунної відповіді). Основний принцип полягає в тому, щоб не допустити утворення аутоантитіл. Терапія повинна бути адаптована до кожного конкретного випадку. Деякі види аутоімунних дерматозів не лікуються взагалі. Нарешті, слід застосовувати найменш токсичні ліки, віддаючи перевагу поєднанню лікарських препаратів, що дозволяють зменшити побічні ефекти протягом тривалого часу. Слід не тільки проводити лікування, але й піклуватися про виключення факторів, що безпосередньо погіршують стан хворого або сприяють погіршенню (зокрема, деякі аутоімунні дерматози світлочутливі або медикаментозного походження).

Тактика лікаря-стоматолога: усунення кератозу, нормалізація процесів зроговіння, усунення запалення, епітелізація дефектів.

6. Матеріали для самоконтролю

А. Тести для самоконтролю.

1. Що означає симптом Уікхема?

А. При потягуванні за обривок кришки міхура спостерігається відшарування верхніх шарів епідермісу в межах видимо здорової слизової.

В. Розташування елементів ураження лінійно на місцях екскоріацій.

- С. Дрібні білуваті крапки переплітаються у вигляді павутини, мережива або листа папороті, що просвічують через роговий шар.
- Д. При потискуванні на покритку нерозкритого пухиря збільшується його площа.
- Е. Різкий контраст між цианотичним м'яким піднебінням і блідим забарвленням твердого піднебіння.

2. Який дієтичний стіл призначають хворим на ЧПЛ?

- А. Дієта № 3
- В. Дієта № 5
- С. Дієта № 9
- Д. Усі відповіді правильні
- Е. Ні одна з відповідей неправильна

3. Що означає феномен Кебнера?

- А. При потягуванні за обривок кришки міхура спостерігається відшарування верхніх шарів епідермісу в межах видимо здорової слизової.
- В. Розташування елементів ураження лінійно на місцях екскоріацій.
- С. Дрібні білуваті крапки переплітаються у вигляді павутини, мережива або листа папороті, що просвічують через роговий шар.
- Д. При потискуванні на покритку нерозкритого пухиря збільшується його площа.
- Е. Різкий контраст між цианотичним м'яким піднебінням і блідим забарвленням твердого піднебіння.

4. Яке з перерахованих визначень підходить для визначення ЧПЛ:

- А. Багатофакторний процес
- В. Системна аутоімунна хвороба
- С. Поліетіологічне захворювання
- Д. Усі відповіді правильні
- Е. Ні одна з відповідей неправильна

5. Які первинні елементи ураження СОПР характерні при ЧПЛ:

- А. Вузлик, пухир
- В. Горбик, гноячок
- С. Пухир, кіста
- Д. Усі відповіді правильні
- Е. Ні одна з відповідей неправильна

6. Про яку форму ЧПЛ йде мова, якщо папули розміщені на тлі набряку і гіперемії СОПР?

- А. Атипова форма
- В. Гіпертрофічна форма
- С. Пемфігоїдна форма
- Д. Ерозивно-виразкова форма

Е. Екссудативно-гіперемічна форма

7. Які вторинні елементи ураження СОПР характерні при ЧПЛ:

- А. Тріщини, вегетації
- В. Ерозії, виразки
- С. Лусочки, ліхенізації
- Д. Усі відповіді правильні
- Е. Ні одна з відповідей неправильна

8. При якій формі ЧПЛ поруч з типовими вузликами утворюються пухирці з серозним або серозно-кров'янисті вмістом?

- А. Атипова форма
- В. Гіпертрофічна форма
- С. Пемфігоїдна форма
- Д. Ерозивно-виразкова форма
- Е. Екссудативно-гіперемічна форма

9. Які зміни епітелію виникають при ЧПЛ:

- А. Спонгіоз
- В. Гіперкератоз
- С. Папіломатоз
- Д. Усі відповіді правильні
- Е. Ні одна з відповідей неправильна

10. Хвора 45 років скаржиться на відчуття стягнутості слизової оболонки щік, шершавість, неприємне відчуття. Об'єктивно: на слизовій щік білувато-сірі ділянки, що ледь підвищуються над її рівнем та схильні до злиття у вигляді мереживного малюнка, локалізуються у задніх відділах ротової порожнини. Поверхня ділянки не зішкрябається. Для якого захворювання характерна така клінічна картина?

- А. Вторинний сифіліс
- В. Червоний плескатий лишай
- С. Верукозна лейкоплакія
- Д. Хронічний гіперпластичний кандидоз
- Е. Червоний вовчак

Б. Задачі для самоконтролю

1. Жінка 44 роки, звернулась зі скаргами на осиплість голосу, висипи на СОПР. При огляді на слизовій оболонці правої щоки та ретромоллярному просторі виявлені ерозії розміром 2x3 мм на незміненому тлі. В зоні ураження спостерігається гіперемія. Симптом Нікольського негативний. У цитограмі з осередка ураження – окремі епітеліальні клітини поверхневих шарів. Велика кількість молодих епітеліальних клітин. Зустрічаються клітини з явищами дискератозу. Велика кількість лейкоцитів. Був поставлений

діагноз: червоний плесканий лишай. Визначте форму захворювання. Складіть план лікування.

2. Жінці 44 років був поставлений діагноз: червоний плесканий лишай, ерозивно-виразкова форма. Після лікування над нею був встановлений диспансерний нагляд. Вкажіть терміни диспансерного нагляду, визначте контрольні огляди.

3. Жінка 44 років була лікована з приводу червоного плескатоного лишая, ерозивно-виразкової форми. Вкажіть критерії ефективності лікування.

4. Жінка 44 років була лікована з приводу червоного плескатоного лишая. Вкажіть додаткові рекомендації, які повинен дати лікар хворій для запобігання виникнення рецидивів та ускладнень.

5. Хвора 45 років, звернулася зі скаргами на висипи на СОПР, біль при розмові, печію від гострої їжі. При огляді на слизовій оболонці щок та в ретромоллярному просторі виявлені білувато-сірі ділянки із нечітким малюнком у вигляді павутиння, які ледь підвищуються над її рівнем, схильні до злиття. Поверхня ураженої ділянки не зішкрябається, гіперемійована, червоного кльору. Визначте форму захворювання. Складіть план лікування.

6. Хвора 45 років скаржиться на відчуття стягнутості слизової оболонки щік, шершавість, неприємне відчуття. Об'єктивно: на слизовій щік білувато-сірі ділянки, що ледь підвищуються над її рівнем та схильні до злиття у вигляді мереживного малюнка, локалізуються у задніх відділах ротової порожнини. Поверхня ділянки не зішкрябається. Визначте захворювання, з якими захворюваннями необхідно провести його міжсиндромну диференційну діагностику.

7. Хвора 45 років скаржиться на відчуття стягнутості слизової оболонки щік, шершавість, неприємне відчуття. Об'єктивно: на слизовій щік білувато-сірі ділянки, що ледь підвищуються над її рівнем та схильні до злиття у вигляді мереживного малюнка, локалізуються у задніх відділах ротової порожнини. Поверхня ділянки не зішкрябається. Визначте захворювання, з якими захворюваннями необхідно провести його внутрішньосиндромну диференційну діагностику.

8. Хвора 45 років була лікована з приводу червоного плескатоного лишая. В подальшому направлена на санаторно-курортне лікування. Вкажіть, на що буде направлене санаторно-курортне лікування.

9. Жінка 42 років звернулася до лікаря-стоматолога. Скаржиться на симетричне ураження на губах у вигляді відокремленої застійної гіперемії з

помутнінням епітелію у вигляді білуватою нальоту. Ясенні сосочки гіперемійовані, набряклі, на їх поверхні – ніжна білувата сіточка.

Вкажіть нозологічну одиницю, його форму. До якої групи захворювань за класифікацією П.Т. Максименка вона належить?

10. Хворий 62 років скаржиться на наявність на слизовій оболонці рота і губах ерозій, навколо яких на гіперемійованій і набряклій основі розташовуються у вигляді певного малюнка папули. Ерозії мають неправильні обриси, покриті фібринозним нальотом, після видалення якого легко виникає кровотеча.

Вкажіть найбільш вірогідний діагноз? Яке місцеве лікування необхідно провести при наявності ерозій та виразок, що не заживають.

7. Література

Основна:

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / За ред. проф. А.К. Ніколішина. – Вид. 2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – 680 с., С. 102-115, 542-549.

2. Терапевтична стоматологія: Підручник: У 4 т. – Т. 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін. – К.: Медицина, 2010. – 640 с.

Додаткова:

1. Данилевський М.Ф. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, О.Ф. Несин, Ж.І. Рахній. – К.: Здоров'я, 1998. – 408 с.

2. Максименко П.Т. Болезни слизистой оболочки полости рта / П.Т. Максименко, О.Ю. Костелли, Т.П. Скрипникова. – К.: Хрещатик, 1998. – 188 с.

3. Терапевтична стоматологія: Підручник: У 4 т. – Т. 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін. – К.: Медицина, 2010. – 640 с.

