

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ
Кафедра стоматології

Затверджено
на засіданні кафедри стоматології
протокол № 10 від 12 червня 2025 р.

Завідувач кафедри
_____ к. мед. н. Олександр ЦИГАНОК

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ЗДОБУВАЧІВ З ДИСЦИПЛІНИ
«ПРИКЛАДНА ПАРОДОНТОЛОГІЯ»

Суми 2025

Практичне заняття № 1

Пародонт, визначення, поняття. Класифікація захворювань пародонта. Обстеження пародонтологічних хворих. Клінічні методи обстеження.

Мета заняття: вивчити клінічні морфофункціональні особливості пародонту та зубо-ясенного з'єднання; вивчити класифікацію хвороб пародонту; вивчити клінічні методи обстеження хворих з патологією пародонту.

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'єрна – 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

клітинам. Важлива роль належить високому рівні обмінних процесів і інтенсивності транскapілярного 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).

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 цілісності 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 K00-K14 внесені в групу – хвороби органів травлення – клас XI блок K00-K93. 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.

K05 – Гінгівіт і хвороби пародонту

K05.0 – Гострий гінгівіт

Виключено: гострий виразково-некротичний гінгівіт (A69.1) і гінгівостоматит (B00.2)

K05.1 – Хронічний гінгівіт.

Гінгівіт (хронічний):

БДВ (без дальших виразок);

Десквамативний;

Гіперпластичний;

Простий маргінальний;

Виразковий

K05.2 – Гострий періодонтит.

Пародонтальний абсцес.

Періодонтальний абсцес.

Виключено: гострий апікальний періодонтит (K04.4), періапікальний абсцес (K04.7).

K05.4 – Пародонтоз.

Юнацький пародонтоз.

K05.5 – Інші хвороби пародонту.

K05.6 – Хвороба пародонта, не уточнена

K06.0 – Осідання ясен.

K06.1 – Гіпертрофія ясен.

Фіброматоз ясен.

K06.8 – Інші не уточнені ураження ясен.

Фіброзний епуліс.

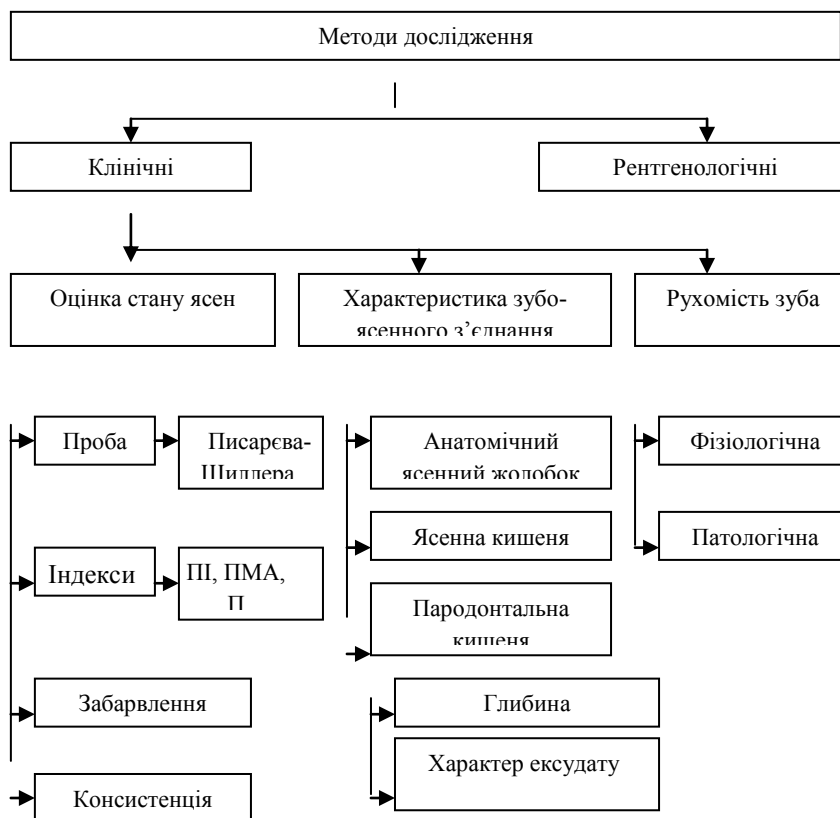
Гігантоклітинний епуліс.

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, зовнішньоротового, 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 кишень проводять бензидинові проби. З метою диференційної діагностики ясенної чи пародонтальної кишень 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-альвеоларні 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 травмуючих 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 олуження вмісту кишень (рН 9-11).

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Анатомо-фізіологічна характеристика пародонту.
2. Гістологічна будова тканин пародонту.
3. Функції пародонту.
4. Кровопостачання та іннервація пародонту.
5. Вікові зміни пародонту і їх клінічне значення. Які ви знаєте класифікації хвороб пародонту?
6. На яких засадах побудована класифікація М.Ф. Данилевського (1994)?
7. Дати характеристику групі запальних уражень пародонту.
8. Охарактеризувати групу дистрофічно-запальних уражень тканин пародонту.
9. Які захворювання належать до групи прогресуючих і ідіопатичних захворювань з лізисом тканин пародонту?
10. Дати визначення поняттю „пародонтоми”.
11. Яка основна ознака відрізняє гінгівіт від пародонтиту?
12. За якими типами запальних змін розрізняють гінгівіти?
13. Який перебіг визначають при катаральній і гіпертрофічній формі гінгівіту?
14. При якій патології пародонту визначають атрофічні зміни в ясенній тканині?
15. Який перебіг пародонтозу визначають за класифікацією М.Ф. Данилевського (1994)?
16. Які із захворювань пародонту мають лише генералізоване поширення процесу, і до якої групи їх відносять за класифікацією М.Ф. Данилевського (1994)?
17. До якої групи відносять захворювання пародонту на тлі гістіоцитозу Х, за класифікацією Данилевського?
18. Класифікацію МКХ-10, її характеристика.
19. В чому полягає різниця між класифікацією М.Ф. Данилевського (1994) і класифікацією МКХ-10. Описати схему комплексного обстеження пародонтологічного хворого.
20. Які дані суб'єктивного обстеження вказують на патологічні зміни в тканинах пародонту?
21. Перерахувати показники, на підставі даних яких можна визначити ступінь запального процесу в яснах.
22. Які клінічні методи застосовують для визначення стану та вмісту ясенної борозни, ясенної та пародонтальної кишень?
23. Методика вимірювання глибини пародонтальної кишені.
24. Бензидинова проба. Методика проведення.
25. Формалінова проба. Описати методику проведення.
26. Рухомість зубів, причини виникнення, ступені патологічної рухомості зуба.
27. Травматична оклюзія, її види.
28. Методи визначення травматичної оклюзії. Оклюзіограма.
29. Місцеві травмуючі чинники, їх значення в етіології хвороб пародонту.
30. Визначення рН пародонтальних кишень.

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. Зазначте перелік тканин, що складають пародонт:
- A. Ясна, кісткова тканина лунки і тканини зуба
- B. Ясна, маргінальний періодонт, кругова зв'язка
- C. Ясна, періодонт, кісткова тканина лунки і цемент кореня зуба
- D. Кісткова тканина лунки і тканини зуба
- E. Ясна, кісткова тканина лунки, періодонт і кругова зв'язка
12. 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
13. 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
14. Запалення пародонту, що супроводжується деструкцією зубо-епітеліального з'єднання з подальшим утворенням пародонтальної кишені і резорбцією кісткової тканини міжзубних перегородок відбуваються при:
- A. Пародонтиті
- B. Гінгівіті

- C. Пародонтомах
- D. Пародонтозі
- E. Папіліті

15. До групи дистрофічно-запальних уражень пародонту за класифікацією Данилевського відносять:

- A. Генералізований пародонтит, пародонтоз
- B. Папіліт, гінгівіт, локалізований пародонтит
- C. Ідіопатичні хвороби з лізисом тканин пародонту, гінгівіт
- D. Пародонтома і пародонтоз
- E. Гінгівіт і пародонтома

16. Захворювання пародонту на тлі гістіоцитоза Х, за класифікацією Данилевського, відносять до групи:

- A. Ідіопатичних хвороб з лізисом тканин пародонту
- B. Запальних уражень пародонту
- C. Пародонтом
- D. Дистрофічно-запальних уражень пародонту
- E. Не відносять до жодної з вищенаведених груп

17. В класифікації захворювань пародонту для пародонтозу характерний наступний перебіг:

- A. Хронічний, стадія ремісії
- B. Хронічний, загострення хронічного
- C. Гострий, хронічний, стадія ремісії
- D. Гострий, хронічний, загострення хронічного
- E. Хронічний, загострення хронічного, стадія стабілізації

18. За класифікацією хвороб пародонту, епуліс відносять до:

- A. Пародонтом
- B. Папіліту
- C. Пародонтозу
- D. Ідіопатичних захворювань з лізисом тканин пародонту
- E. Пародонтиту

19. За класифікацією хвороб пародонту, фіброматоз відносять до групи:

- A. Пародонтоми
- B. Запальні ураження
- C. Ідіопатичні захворювання з лізисом тканин пародонту
- D. Дистрофічно-запальні ураження
- E. Не відносять до жодної з вищенаведених груп

20. Класифікацію МКХ-10 застосовують для:

- A. Оформлення статистичної звітності та наукових закордонних публікацій
- B. Діагностики захворювань
- C. Аналізу результатів лікування стоматологічних захворювань
- D. Створення плану лікування
- E. Диференційної діагностики захворювань

21. Яке серед перерахованих захворювань пародонту, визначається лише як генералізоване ураження:

- A. Пародонтоз
- B. Фіброматоз
- C. Папіліт
- D. Гінгівіт
- E. Пародонтит

22. Резорбція кісткової тканини міжзубних перегородок більш ніж на 1/2 довжини кореня зуба альвеолярного відростку верхньої та нижньої щелеп, відповідає тяжкості перебігу при:

- A. Генералізованому пародонтиті III ступеня тяжкості
- B. Генералізованому пародонтиті II ступеня тяжкості
- C. Пародонтозі III ступеня тяжкості
- D. Локалізованому пародонтиті III ступеня тяжкості
- E. Локалізованому пародонтиті важкого ступеня

23. Жінка 45 років, скаржиться на кровоточивість ясен, яка турбує протягом півроку і поступово прогресує. Об'єктивно: ясенний край набряклий, пухкий, пастозний, ІК=II 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 Шилера-Писарева
- C. Визначення ПІ
- D. Визначення стійкості капілярів
- E. Оцінка ступеню рухомості зубів

24. 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

25. 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

26. 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

Е. Наявність грануляцій у пародонтальній кишені

27. Яка в нормі глибина ясенної борозни?

- А. 1-1,5 мм
- В. 0,2-0,5 мм
- С. 0,5-1мм
- Д. 2-3мм
- Е. 3-5мм

28. Який з додаткових методів обстеження необхідний для встановлення етіологічного чинника при запальних ураженнях тканин пародонту?

- А. Проведення мікробіологічного дослідження вмісту пародонтальних кишень
- В. Визначення ступеню рухомості зубів
- С. Визначення ступеню кровоточивості ясен
- Д. Зондування глибини пародонтальних кишень
- Е. Рентгендіагностика

29. Формалінова проба дозволяє визначити:

- А. Наявність виразок у пародонтальній кишені
- В. Фагоцитарну активність та регенераторну здатність тканин пародонту
- С. Наявність виразок в пародонтальних кишнях
- Д. Стан мікроциркуляторного русла пародонту
- Е. Вид ексудату клінічних кишень

30. У пацієнта 56 років, визначено рухомість 32 зуба у вестибуло-оральному та медіо-дистальному напрямках. Якому ступеню рухомості зубів відповідають вище наведені дані?

- А. II ст.
- В. IV ст.
- С. I ст.
- Д. III ст.
- Е. Жодному із вище наведених

31. 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?

- А. Рентгенологічне дослідження
- В. Проба Кетчке
- С. Реопародонтографія
- Д. Проба Шиллера-Писарева
- Е. Електроодонтодіагностика

32. 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?

- А.Рентгенографія
- В.Глибина пародонтальних кишень
- С.Рухомість зубів
- Д.Проба Кулаженко
- Е.Проба Кетчке

Практичне заняття № 2

Обстеження пародонтологічних хворих. Індексна оцінка пародонтального стану. Функціональні і лабораторні методи обстеження пародонтологічних хворих.

Мета заняття: ознайомитись із спеціальними (індексами) методами обстеження хворих з патологією пародонту; 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

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 бінокулярного мікроскопа, контактного мікроскопа або щілинної лампи визначають густину капілярних петель, кількість функціонуючих капілярів, їх форму, структуру, характер та якість кровотоку в капілярах. Біомікроскопія – прижиттєве вивчення стану тканин пародонту за допомогою збільшуючої оптичних систем. Використовують капіляроскоп, бінокулярний мікроскоп, компактний мікроскоп, лужну лампу

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 кровообігу в тканинах пародонту, оснований на реєстрації оптичної щільності та її світло відображення. Використовують фотоплетизмографи. Аналіз фотоплетизмограм проводять аналогічно аналізу реограм.

Полярографія тканин пародонту – метод, який дозволяє судити про характер окисновідновних процесів, шляхом визначення кисневого балансу. За змінами висоти полярограм 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.

Лабораторні методи діагностики.

I. Морфологічні методи.

1. Біопсію проводять у випадках, коли забруднена диференційна діагностика захворювань пародонту (хвороби крові, злоякісні новоутворення). Висічені ділянки уражених тканин піддають гістологічному обстеженню. 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.

2. Цитологічні методи – використовують для обстеження 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. Матеріал для цитологічного обстеження беруть з поверхні міжзубних сосочків за допомогою гумових смужок або кубиків і переносять на предметне скло.

Ротова цитодіагностика побудована на даних про циклічні зміни багатошарового плоского епітелію порожнини рота синхронно з менструальним циклом. Матеріал для обстеження беруть зі слизової оболонки щотижнево від лінії змикання зубів. Розрізняють 4 ступені естрогенної насиченості (М.Г. Синиця, 1992).

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. 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. Беруть мазок зі здорової ділянки слизової оболонки альвеолярної частини ясен, забарвлюють за Романовським і вивчають взаємовідношення мікрофлори порожнини рота з епітеліальними клітинами.

Метод послідовних полоскань – міграція лейкоцитів в порожнину рота (М.А.Ясиновський, 1931). Дозволяє судити про захисні реакції тканин пародонту, ступінь фагоцитозу, характер запальної реакції, 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. 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.

Гемограма – сукупність кількісного та якісного обстеження крові. 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.

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. **Мікробіологічне дослідження** дає змогу встановити склад мікрофлори в пародонтальній кишені, 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 кишені 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 кишеню під ясна на глибину 1 мм і утримують там 3-5 хв.

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. **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.

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. 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.

Пародонтальні індекси

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, ПІ (PI) – пародонтальний індекс (Russel, 1956).

При використанні індексу ПМА стан ясен оцінюється в області кожного зуба: запалення сосочка ясен (П або Р) -1; запалення краю ясен (М) – 2; запалення в області альвеолярної дуги (А) -3; індекс ПМА обчислюється за формулою:

$$\text{ПМА} = \frac{\text{Сума показників кожного зуба}}{3 \times \text{кількість зубів}} \times 100\%$$

За допомогою індексу ПІ 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 ПІ така:

$$\text{ПІ} = \frac{\text{Сума оцінок для кожного зуба}}{\text{кількість зубів}}$$

Отриманий ПІ оцінюють:

0,1-1,0 – початкова і I стадія захворювання

1,5-4,0 – наявність деструктивних змін, характерних для II стадії захворювання

4,0-8,0 – III 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. Які методи діагностики належать до цитологічних?
3. Описати метод ексфоліативної 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. Полярнографія: основні характеристики методу.
28. Метод термометрії тканин пародонту. Особливості діагностики із використанням методу термометрії.
29. Які Ви знаєте спеціальні методи обстеження пародонтологічного хворого?
30. Характеристика пародонтальних індексів.
31. Які індекси застосовують для визначення гігієнічного стану порожнини рота у пацієнтів?
32. Перерахувати індекси за допомогою яких визначають ступінь тяжкості запального процесу в тканинах пародонту.
33. Методика визначення індексу РМА, його трактування.
34. Методика визначення індексу ІГ, його трактування.
35. Методика визначення індексу ПІ, його трактування.
36. Проба Шиллера-Писарева, методика проведення, трактування результатів.
37. Який із індексів застосовують при епідеміологічному обстеженні хворих на пародонтит?

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 мікроорганізмів
- B. Проба Шиллера-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 антимикробного препарату?

- A. Мікробіологічне дослідження
- B. Визначення пародонтального індексу
- C. Рентгенографію тканин пародонту
- D. Пробу Шиллера-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

Е. Загальний розгорнутий аналіз крові

8. Дослідження фагоцитарної активності лейкоцитів дозволяє визначити:

- А. Стан неспецифічної резистентності організму
- В. Стан антиоксидантної системи організму
- С. Насиченість тканин киснем
- Д. Концентрацію глюкози у крові
- Е. Титр IgE у крові

9. Лише до імунологічних методів дослідження належать:

- А. Дослідження функціонального стану сполучної тканини, визначення титру лізоциму у слині, фагоцитарної активності лейкоцитів, титру антитіл у крові та ротовій рідині
- В. Дослідження функціонального стану сполучної тканини, визначення титру лізоциму у слині, фагоцитарної активності лейкоцитів, міграції лейкоцитів у порожнину рота
- С. Дослідження функціонального стану сполучної тканини, визначення титру лізоциму у слині, насиченості тканин аскорбіновою кислотою, титру антитіл у крові та ротовій рідині
- Д. Дослідження реакції адсорбції мікроорганізмів, визначення титру лізоциму у слині, фагоцитарної активності лейкоцитів, титру антитіл у крові та ротовій рідині
- Е. 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:

- А. Зниження захисних функцій слизової оболонки ясен та несприятливий перебіг захворювання
- В. Зменшення активності запального процесу в тканинах пародонту
- С. Стабілізацію патологічного процесу
- Д. Підвищення рівня неспецифічної резистентності організму
- Е. Зниження рівня сенсibilізації організму

11. Морфологічний метод дослідження тканин пародонту проводять з метою:

- А. У випадку утрудненої диференційної діагностики захворювань пародонту на тлі захворювань системи крові та інших новоутворчих процесах
- В. Для дослідження вмісту пародонтальних кишень
- С. Для визначення мікробного числа
- Д. Дослідження рівня неспецифічної резистентності організму
- Е. Дослідження рівня сенсibilізації організму

12. До функціональних методів обстеження хворих з патологією пародонту належать:

- А. Біомікроскопія, реопародонтографія, фотоплетизмографія, поляолграфія, термометрія
- В. Біомікроскопія, реопародонтографія, фотоплетизмографія, цитологічний та гістологічний методи
- С. 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 капілярів тканин пародонту?

- A. Біомікроскопія
- B. Проба Шиллера-Писарева
- C. Ортопантомографія
- D. Бензидинова проба
- E. Проба Кулаженка

14. Реопародонтографія – це функціональний метод дослідження тканин пародонту, який дозволяє визначити:

- A. Стан кровообігу у тканинах пародонту
- B. Наявність глікогену в клітинах епітелію ясен
- C. Ступінь деструкції кісткової тканини
- D. Глибину пародонтальної кишені
- E. Кількість мігруючих лейкоцитів

15. Фотоплетизмографія дозволяє визначити:

- A. Стан кровообігу у тканинах пародонту, шляхом реєстрації оптичної щільності тканин
- B. Насиченість тканин аскорбіновою кислотою
- C. Концентрацію цукру в крові
- D. Ступінь рухомості зубів
- E. 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?

- A. Полярографія тканин пародонту
- B. Реопародонтографія
- C. Фотоплетизмографія
- D. Проба Кулаженка
- E. Ехоостеометрія

17. 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. CPITN (BOO3)
- B. PMA (Парма)
- C. PDI (Рамф'єрда)
- D. PHI-S (Гріна-Вермільона)
- E. PI (Рассела)

18. Гігієнічний індекс за Ю.А. Федоровим та В.В.Водлодкіною «3» означає зафарбування вестибулярної поверхні зубів на:

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

19. Індекс кровоточивості ясен визначають за допомогою:

- A. Пародонтологічного зонда
- B. Бензидинової проби
- C. Проби Кулаженко
- D. Формалінової проби
- E. Даних загального аналізу крові

20. 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 підтвердять наявність активного запального процесу ясен:

- A. Проба Шиллера-Писарева
- B. Індекс CRITN
- C. Панорамна рентгенографія
- D. Формалінова проба Ратта
- E. Проба Кулаженко

21. Використовуючи індекс РМА оцінюють стан:

- A. Ясен
- B. Пародонту
- C. Рефракція ясен
- D. Пародонтальних кишень

22. Яким індексом доцільно користуватись при епідеміологічному обстеженні хворих пародонтитом?

- A. Індекс РМА
- B. Індекс Руссея
- C. Індекс CRITN
- D. Індекс Рамфьорда

23. Бензидинові проба дозволяє визначити:

- A. Вид ексудату клінічних кишень
- B. Ступінь ороговіння слизової
- C. Наявність виразок в пародонтальних кишнях
- D. Дрібні судини пародонту

24. 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.

Практичне заняття № 3

Етіологічні чинники захворювань тканин пародонта.

Мета заняття: вивчити основні групи чинників, що приводять до виникнення запальних і дистрофічно-запальних хвороб пародонту.

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 ушкоджуючих 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, неуразеним 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 спричиняють 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 тканин 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 різноспрямованого 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 автоімунні 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. Визначити найосновніший етіологічний фактор і першочергові засоби профілактики гінгівіту
 - А. Мікроорганізми зубної бляшки - (індивідуальна і професійна гігієна порожнини рота)
 - В. Внутрішня ротова травма (усунення місцевих подразників)
 - С. Аномалії положення зубів і прикусу (ортодонтичне лікування)
 - Д. Гіподинамія зубо-щелепової ділянки (регулювання функціонального навантаження на пародонт)

Е. Загальна і місцева імунореактивність організму (стимуляція захисних сил організму).

2. Визначення травматичної оклюзії проводять за допомогою:

- А. Розчину йоду
- В. Фуксину
- С. Пластинок воску
- Д. Десмодометра
- Е. Ехоостеометра

3. Видалення під'ясенного зубного каменю проводять:

- А. До кюретажу пародонтальних кишень
- В. В процесі кюретажу пародонтальних кишень
- С. Після кюретажу кишень
- Д. За тиждень до кюретажу
- Е. Не проводять взагалі

4. 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?

- А. Зубна бляшка
- В. Наліт курця
- С. Надясенний зубний камінь
- Д. Підясенний зубний камінь
- Е. Залишки їжі

5. До складу м'якого зубного нальоту входять:

- А. Мікроорганізми та продукти їхньої життєдіяльності
- В. Мікроорганізми, харчові залишки, злуцні клітини епітелію, лейкоцити, ліпопротеїни слини та продукти життєдіяльності мікроорганізмів
- С. Харчові залишки та мікроорганізми
- Д. Мікроорганізми та лейкоцити
- Е. Злуцні клітини епітелію, лейкоцити та мікроорганізми

6. В утворенні над'ясенного зубного каменю основну роль відіграє:

- А. *Випадіння в осад та кристалізація на зрілій зубній бляшці фосфатів кальцію слини
- В. Вживання великої кількості їжі з вмістом кальцію
- С. Випадіння в осад та кристалізація на зубній бляшці солей кальцію з ясенної рідини
- Д. Зміна рН ротової рідини в кислу сторону
- Е. Наявність в ротовій порожнині великої кількості каріозних порожнин

7. В утворенні підясенного зубного каменю основну роль відіграє:

- А. Випадіння в осад та кристалізація на зубній бляшці солей кальцію з продуктів харчування
- В. Вживання великої кількості їжі з вмістом білку
- С. Випадіння в осад та кристалізація на підясенній зубній бляшці солей кальцію сироватки крові
- Д. Зміна рН ротової рідини в лужну або кислу сторону
- Е. Наявність гнійних виділень з пародонтальних кишень

8. Травматична оклюзія – це:

- A. Змикання зубних рядів при висунутій вперед нижній щелепі
- B. Функціональне перенавантаження тканин пародонту
- C. Множинний контакт зубних рядів
- D. Співвідношення зубів верхньої та нижньої щелепи у зімкненому стані
- E. Симптом перехресного прикусу

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. 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

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. Катаральний папіліт виникає від:

- A. Нависаючої пломби на контактній поверхні зуба
- B. Дії хімічного (медикаментозного) подразника
- C. Гострої травми

- D. Все перераховане
- E. Немає правильної відповіді

14. Хвора віком 16 років скаржиться на кровоточивість ясен, яка різко посилюється під час приймання їжі та чищення зубів, слабкість, швидку стомлюваність. Протягом останніх місяців виникали часті герпетичні висипання, численні петехіальні крововиливи на місцях травмування шкіри одягом. Об'єктивно: шкіра лиця 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: НЬ — 90 г/л, еритроцитів — $2,9 \times 10^{12}/\text{л}$, 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 C
- B. Вітаміну B12
- C. Вітаміну B6
- D. Вітаміну B1
- E. Вітаміну A.

15. Дівчина 17 років скаржиться на розростання ясен в області фронтальних зубів верхньої та нижньої щелепи. При огляді ясенні сосочки гіперемовані, набряклі, вкривають коронки зубів на 1/2, кровоточать при доторкуванні. Патологія якої системи має важливе значення в етіології даного захворювання пародонта у цьому віці?

- A. Імунної
- B. Серцево-судинної
- C. Травної
- D. Ендокринної
- E. Нервової

16. Дівчинці 10 років був поставлений діагноз гіпертрофічний гінгівіт середньої тяжкості (набрякла форма). Прийом яких лікарських препаратів може викликати гіперплазію ясен?

- A. Дифенін
- B. Анальгін
- C. Аскорбінова кислота
- D. Димедрол
- E. Пеніцилін

17. Хворий 18 років скаржиться на біль, кровоточивість ясен, неприємний запах із порожнини рота, підвищення температури тіла до 38,60 С, загальну слабкість, відсутність апетиту. Об'єктивно: слизова оболонка порожнини рота гіперемійована, язик вкритий білим нальотом, ясенні сосочки набряклі, на їх верхівках виявлені ділянки ураження, вкриті сірими некротичним нашаруваннями, щільно з'єднаними з поверхнею виразки. Підщелепові лімфовузли збільшені, болісні при пальпації. Які види мікроорганізмів є причиною виникнення цього захворювання?

- A. Фузо-спирилярний симбіоз мікроорганізмів
- B. Стрепто-стафілококи
- C. Бліда трепонема
- D. Вірус простого герпесу
- E. Гриби рода Candida

18. Хто вперше обґрунтував судинну теорію патогенезу генералізованого пародонтиту?

A. О.І. Євдокимов (1937)

В. М.Ф. Данилевський (1962)
С. Е.Д. Бромберг (1966)
D. М.Т. Бугаєва (1949)
Е. Т.Д. Заболотний (1991)

19. Чоловік С., 44 років скаржиться на свербіж у яснах. Страждає на вегето-судинну дистонію протягом 10 років. При огляді зубний ряд збережений, ясна бліді, щільно охоплюють шийки зубів, корені зубів оголені на 1/3 довжини. На рентгенограмі – витончення кісткових балок міжальвеолярних перегородок, явища остеосклерозу. Що з перерахованого може бути найбільш можливою загальною причиною захворювання?

- А. Порушення оклюзії зубних рядів
- В. Нейро-судинні зміни в пародонті
- С. Ендокринні порушення в організмі
- Д. Хронічні захворювання внутрішніх органів
- Е. Інволютивні процеси в організмі

Практичне заняття № 4

Клініка запальних захворювань тканин пародонта. Папіліт. Гінгівіт. Локалізований пародонтит.

Мета заняття: вивчити класифікацію запальних хвороб пародонту. Засвоїти клінічні симптоми, діагностику та диференційну діагностику катарального папіліту, різних форм гінгівітів; вивчити особливості клінічного перебігу, діагностики десквамативного гінгівіту; вивчити значення самостійних гінгівітів у виникненні пародонтиту, локалізованого пародонтиту та вміти проводити диференційну діагностику з іншими запальними хворобами пародонту.

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, гіпертрофічний, виразковий, атрофічний.

Перебіг: гострий, хронічний.

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

Поширеність процесу: обмежений, 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, 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, грибові, специфічні.
3. Алергійні.
4. При захворюваннях органів і систем.

II. 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).

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.

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 (ексфоліативний 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.

Виразковий гінгівіт. В генезі виразкового гінгівіту основне значення мають зміни реактивності організму та зниження резистентності слизової оболонки порожнини рота до аутоінфекції, особливо до фузоспірілярного 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 розвинутих виразковий гінгівіт.

Захворювання нерідко розвивається у дітей після прорізування молочних зубів, при множинному карієсі, присутності місцевих травматичних подразників, незадовільному гігієнічному догляді за порожниною рота, утрудненому 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 каузалгії), 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 $37,5^0$ до 39^0 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 розвинутись 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.

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 болювого 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 відрізняти 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, лишаю, 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.

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.

Локалізований пародонтит – запальний процес тканин пародонту, що супроводжується деструкцією періодонта та кісткової тканин міжзубних перетинків 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 ступенів. 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 ступенів. 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 цілісності 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 кишені 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 Шиллера-Писарева 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. Етіологія та патогенез гострого та хронічного папіліту.
2. Клінічні ознаки гострого папіліту.
3. Диференційна діагностика папіліту.
4. Яка частина ясен уражується при папіліті?
5. Етіологічні фактори виникнення папіліту.
6. Механізм розвитку папіліту.
7. Які скарги при гострому та хронічному папіліті?
8. Які основні методи дослідження необхідно провести для діагностики папіліту?
9. Опишіть патологічні зміни при катаральному гінгівіті.
10. Дайте характеристику фармакологічним препаратам, які застосовуються при лікуванні катарального гінгівіту.
11. Назвіть причини, які приводять до виникнення катарального гінгівіту.
12. Які основні клінічні симптоми гострого катарального гінгівіту?
13. Диференційна діагностика гострого та хронічного катарального гінгівіту.
14. Клінічна картина гострого катарального гінгівіту.
15. Клінічна картина хронічного катарального гінгівіту.
16. Патогенез запального процесу.
17. Які скарги хворого при гіпертрофічному гінгівіті.
18. Що спостерігається при об'єктивному обстеженні?
19. Етіологічні фактори виникнення гіпертрофічного гінгівіту.
20. Які відмінності в клінічних картинах різних форм гіпертрофічного гінгівіту?
21. Диференційна діагностика гіпертрофічного гінгівіту.
22. Основні етіологічні фактори гострого виразкового гінгівіту.
23. Клінічні прояви гострого виразкового гінгівіту.
24. Основні етіологічні фактори хронічного виразкового гінгівіту.
25. Клінічна картина хронічного виразкового гінгівіту.
26. Методи дослідження необхідні для діагностики виразкового гінгівіту.
27. Етіологічні чинники десквамативного гінгівіту.
28. Класифікація десквамативного гінгівіту.
29. Клінічна картина еритематозної форми десквамативного гінгівіту.
30. Клініка ерозивної форми десквамативного гінгівіту.
31. Клінічна картина бульозної форми десквамативного гінгівіту.
32. Диференційна діагностика десквамативного гінгівіту.
33. Роль самостійних гінгівітів у виникненні пародонтиту.
34. Класифікація локалізованого пародонтиту.
35. Етіологія і патогенез локалізованого пародонтиту.
36. Основні синдроми пародонтиту.
37. Основні клінічні ознаки локалізованого пародонтиту.
38. Клініка та рентгендіагностика початкового ступеню локалізованого пародонтиту (гострого та хронічного перебігу).

39. Морфологічні зміни тканин пародонту при початкового ступеню локалізованого пародонтиту.
40. Клініка та рентгендіагностика I-го ступеню локалізованого пародонтиту (гострого та хронічного перебігу).
41. Морфологічні зміни тканин пародонту I-го ступеню локалізованого пародонтиту.
42. Клініка та рентгендіагностика II-го ступеню локалізованого пародонтиту (гострого та хронічного перебігу).
43. Морфологічні зміни тканин пародонту II-го ступеню локалізованого пародонтиту.
44. Клініка та рентгендіагностика III-го ступеню локалізованого пародонтиту (гострого та хронічного перебігу).
45. Пародонтальний абсцес, клінічні вияви, діагностика
46. Морфологічні зміни тканин пародонту III-го ступеню локалізованого пародонтиту.
47. Ознаки локалізованого пародонтиту в стадії ремісії.
48. Диференційна діагностика локалізованого пародонтиту.

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 Гріном-Вермілльоном становить 1,9. Визначте попередній діагноз.
 - A. Гострий катаральний гінгівіт
 - B. Хронічний катаральний гінгівіт
 - C. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт
 - D. Хронічний атрофічний гінгівіт
 - E. 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-Вермілльоном становить 2,0 бали. Визначте попередній діагноз.
 - A. Хронічний катаральний гінгівіт
 - B. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт
 - C. Гострий катаральний гінгівіт
 - D. Загострення катарального гінгівіту
 - E. 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?
 - A. Гострий катаральний гінгівіт
 - B. Локалізований пародонтит
 - C. Хронічний катаральний гінгівіт
 - D. Гіпертрофічний гінгівіт

Е. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг

4. 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

5. 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 Рагма негативна. Який найбільш ймовірний попередній діагноз?

- А. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг
- В. Катаральний гінгівіт
- С. Гіпертрофічний гінгівіт, I ступінь, грануляційна форма
- Д. Десквамативний гінгівіт
- Е. Виразковий гінгівіт

6. 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.

- А. Генералізований пародонтит, I ступінь, хронічний перебіг
- В. Гострий катаральний гінгівіт
- С. Загострений хронічний катаральний гінгівіт
- Д. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт
- Е. Хронічний катаральний гінгівіт

7. 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?

- А. Гострий катаральний гінгівіт
- В. Гострий виразковий гінгівіт
- С. Хронічний катаральний гінгівіт

- D. Загострення гіпертрофічного гінгівіту
- E. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт

8. 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 CRITN
- B. Проба Шиллера-Писарева
- C. Панорамна рентгенографія
- D. Формалінова проба Рагма
- E. Проба Кулаженка

9. 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 Рагма 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

10. 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 кишені – 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

11. 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 кишені
- D. Кровоточивість ясен, гіперестезія шийок зубів
- E. Гіперестезія шийок зубів

12. 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.

- A. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг
- B. Гіпертрофічний гінгівіт, 1 ступінь, грануляційна форма
- C. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, загострений перебіг
- D. Хронічний генералізований катаральний гінгівіт
- E. Генералізований пародонти, 1 ступінь, хронічний перебіг

13. 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

14. 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

15. 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, 1ступінь, загострений перебіг
- B. Генералізований пародонтит, 2 ступінь, хронічний перебіг
- C. Катаральний гінгівіт
- D. Виразково-некротичний гінгівіт
- E. Гіпертрофічний гінгівіт

16. 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

17. 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

18. 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 кишені відсутні. Яким є найбільш імовірний діагноз?

- A. Локалізований пародонтит
- B. Епулід
- C. Гіпертрофічний гінгівіт
- D. Виразковий гінгівіт
- E. Катаральний гінгівіт

19. 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, гіперемійовані, кровоточать при натисканні, при зондуванні визначаються ясенні кишені
- D. Кровоточивість при доторканні
- E. Наявність помилкових ясенних кишень

20. 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 кишені
- 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

21. Найбільш важливими диференційно-діагностичними ознаками гострого виразкового гінгівіту є:

- A. Гіперемія, набряклість ясенних сосочків, наявність ясенних кишень, виразка внутрішньої епітеліальної вистилки ясенних сосочків
- B. Генералізована виразка ясенного краю з усіченою вершин сосочків, вкрите фібринозним нальотом
- C. Болючість ясенних сосочків, кровоточать при натисканні, велика кількість над-і під'ясенних зубних відкладень
- D. Наявність глибоких ясенних кишень
- E. Кровоточивість при доторканні

22. 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?

- A. Загальний аналіз крові
- B. Загальний аналіз сечі
- C. Рентгенограма
- D. Алергологічні проби
- E. Стійкість капілярів за Кулаженко

23. 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?

- A. Виразково-некротичний гінгівіт
- B. Катаральний гінгівіт
- C. Генералізований пародонтит
- D. Цінготний гінгівіт
- E. Гіпертрофічний гінгівіт

24. При локалізованому ювенільному пародонтиті уражаються зуби:

- A. Тимчасові різці
- B. Тимчасові моляри

- C. Тимчасові та постійні зуба
- D. Постійні моляри
- E. Ікла

25. 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?

- A. Аналіз крові на цукор
- B. Мікроскопію нальоту с ясен
- C. Рентгенографію щелеп
- D. Загальний розгорнутий аналіз крові
- E. Виявлення ВІЛ-інфекції

26. Чоловік, 23 років, скаржиться на біль, неприємний запах із рота, підвищення температури до 38°C. Об'єктивно: чоловік блідий, адинамічний, регіонарні 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?

- A. Гістологічне дослідження (біопсія)
- B. Бактеріоскопічне дослідження
- C. Люмінесцентне дослідження
- D. Цитологічне дослідження
- E. Гемограма

27. 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

27. 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 – $4,8 \times 10^{12}/л$, Hb – 150 г/л, кольоровий показник – 0,9, лейкоцитів – $10,5 \times 10^9/л$, 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

28. 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

29. Хворий У., 17 років, скаржиться на нездужання, біль у порожнині рота, неприємний запах із рота. Хворіє протягом 2-х діб. Об'єктивно: температура тіла $38,7^\circ\text{C}$. 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

30. 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

Е. Гіпоімуноглобулінемію

31.-У хворого 48 років спостерігається рухомість зубів у вестибуло-оральному 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.

- А. II
- В. 0
- С. I
- Д. III
- Е. Початкова

32. 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
- С. Гострий папіліт
- Д. Хронічний катаральний гінгівіт
- Е. Гострий атрофічний папіліт

33. 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 Шиллера-Писарева позитивна. На зубах виявлені помірна кількість над ясенних зубних відкладень. Патологічна рухомість зубів відсутня, на рентгенограмі змін коміркового відростка не виявлено. Визначте діагноз.

- А. Дифузний хронічний атрофічний гінгівіт
- В. Хронічний катаральний гінгівіт
- С. Генералізований пародонтит, хронічний перебіг
- Д. Локалізований пародонтит
- Е. Гострий катаральний гінгівіт

34. 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.

- А. Ерозивна травма десквамативного гінгівіту

- B. Хронічний катаральний гінгівіт
- C. Гострий герпетичний стоматит
- D. Генералізований пародонтит
- E. Гострий катаральний гінгівіт

35. Хворий віком 27 років, після переохолодження скаржиться на загальну слабкість, підвищення температури тіла до $38,5^{\circ}\text{C}$, 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

35. 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

36. 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 плескатоного лишая
- B. Ерозивна форма лейкоплакії
- C. Десквамативний гінгівіт
- D. Вульгарна пухирчатка
- E. Гострий виразковий гінгівіт

37. 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 гіперсалівація. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Десквамативний гінгівіт

- В. Виразковий гінгівіт
- С. Гострий катаральний гінгівіт
- Д. Пухирчатка
- Е. Хронічний рецидивний герпес

38. 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?

- А. Бульозний пемфігоїд
- В. Звичайна пухирчатка
- С. Десквамативний гінгівіт
- Д. Гострий виразковий гінгівіт
- Е. Гострий катаральний гінгівіт

39. 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?

- А. Аутоімунні порушення
- В. Вірусна інфекція
- С. Стафілококова інфекція
- Д. Кандидозна інфекція
- Е. Механічна травма

40. 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?

- А. Вульгарна пухирчатка
- В. Багато формна ексудативна еритема
- С. Десквамативний гінгівіт
- Д. Червоний плоский лишай, пемфігоїдна форма
- Е. Доброякісна неакантолітична пухирчатка

41. 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.

- А. Хронічний катаральний гінгівіт

- В. Генералізований пародонтит
- С. Гострий катаральний гінгівіт
- Д. Загострений хронічний катаральний гінгівіт
- Е. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт

42. Пацієнт віком 19 р. скаржиться на кровоточивість ясен, їх болючість під час їжі та чищенні 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 Рагма (формалінова) негативна. Який найбільш ймовірний попередній діагноз захворювання?

- А. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг
- В. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, загострений перебіг
- С. Хронічний генералізований катаральний гінгівіт
- Д. Генералізований пародонтит, I ступінь, хронічний перебіг
- Е. Гіпертрофічний гінгівіт, I ступінь, грануляційна форма

43. 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?

- А. Гіпертрофічний гінгівіт, II ступінь, гранулююча форма
- В. Локалізований пародонтит
- С. Хронічний катаральний гінгівіт
- Д. Хронічний виразковий гінгівіт
- Е. Гострий катаральний гінгівіт

44. 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 37,5°C. В аналізі крові еритроцити – $4,8 \times 10^9$ /л, Hb – 150 г/л, кольоровий показник – 0,9, лейкоцити – $10,5 \times 10^9$ /л (ю – 2 %, б – 1%, е – 5%, п/я – 8 %, с/я – 47%, лімфоцити – 35 %, тромбоцити – 250×10^9 /л, ШОЕ – 20 мм/ год. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Гінгівіт Вексана
- В. Агранулоцитоз
- С. Гострий лейкоз
- Д. Гострий герметичний стоматит
- Е. Хронічний лейкоз

45. 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

46. 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

47. Хворий скаржиться на розростання ясен, їх кровоточивість та біль протягом року. Об'єктивно: в ділянці нижніх фронтальних зубів ясенні сосочки збільшені, перекривають 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

48. 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 над'ясенного зубного каменю, індекс гігієни за Федоровим-Володкіною – 3,0. Знаходиться на диспансерному огляді гастроентеролога. Який з методів дослідження буде ведучим у диференціальній діагностиці захворювання пародонту?

- A. Рентгенологічне дослідження
- B. Проба Писарева-Шиллера
- C. Визначення стійкості капілярів
- D. Реопародонтографія
- E. Визначення еміграції лейкоцитів

49. 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

50. 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

51. 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-Писарєва
- D. Реопародонтографія
- E. Мікробіологічне дослідження

52. 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

53. Жінка, 27 р, звернулась 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

54. 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

55. 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

56. 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

57. Хронічний перебіг локалізованого пародонтиту середнього ступеню тяжкості в ділянці 24-26 зубів характеризується наступними рентгенологічними ознаками:

- A. Резорбція міжзубних перегородок до 1/2 висоти, остеопороз губчастої кістки міжзубних перегородок, розширення періодонтальної щілини в ділянці 24-26 зубів
- B. Зниження висоти міжзубних перегородок до 1/2 висоти, остеосклероз губчастої кістки, звуження періодонтальної щілини
- C. Резорбція міжзубних перегородок більш ніж на 1/2 висоти, остеопороз губчастої кістки міжзубних перегородок
- D. Зниження висоти міжзубних перегородок більш ніж на 2/3 висоти, остеопороз губчастої кістки міжзубних перегородок, розширення періодонтальної щілини
- E. Атрофія кісткової тканини міжзубних перегородок до 1/2 висоти, звуження періодонтальної щілини, явища гіперцементозу

58. У хворого 43 років, скарги на утруднене 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 кишені 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

59. 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 апроксимальних поверхнях, глибина пародонтальних кишень – 3-4 мм. Яке дослідження найбільш інформативне для визначення ступеня тяжкості патології пародонта в даній хворій?

- A. Ортопантомографія
- B. Оцінка ступеню рухомості зубів
- C. Визначення пародонтального індексу
- D. Визначення стійкості капілярів
- E. Імунологічне дослідження

60. Рентгенологічна картина локалізованого пародонтиту II ступеня:

- A. Остеопороз губчастої кістки, горизонтальна і вертикальна резорбція альвеолярної кістки до 1/2 висоти міжзубних перегородок, розширення періодонтальної щілини
- B. Деструкція компактної пластинки, рівномірна горизонтальна резорбція міжальвеолярних перегородок на 1/3

С. Відсутність кортикальної пластинки, горизонтальна резорбція альвеолярної кістки до 1/2 висоти міжзубних перегородок, явища остеопорозу і остеосклерозу

Д. Рівномірна горизонтальна резорбція альвеолярного відростку до S висоти зі збереженням кортикальної пластинки

61. 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?

А. Загострення хронічного локалізованого пародонтиту I ст. тяжкості в ділянці 24, 25 зубів

В. Генералізований пародонтит I ст тяжкості в стадії загострення

С. Локалізований катаральний гінгівіт в ділянці 24, 25 зубів

Д. Гіпертрофічний гінгівіт в ділянці 24, 25 зубів

Е. Загострення хронічного локалізованого пародонтиту II ст. тяжкості в ділянці 24, 25 зубів

62. 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?

А. Початковий ступінь локалізованого пародонтиту

В. Загострення хронічного катарального гінгівіту

С. Хронічний катаральний гінгівіт

Д. Пародонтоз

Е. Генералізований пародонтит I ступінь

63. 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, міжзубний ясенний сосочок атрофований, глибина пародонтальної кишені 4 мм. На рентгенограмі – резорбція верхівки міжальвеолярної перегородки між 37 та 36 зубами, явища остеопорозу, в інших ділянках змін не має. Що є першопричиною даного захворювання?

А. Нераціональне пломбування

В. Вірулентна мікрофлора

С. Травматична оклюзія

Д. Зниження місцевої резистентності

Е. Недостатня гігієна

64. 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 кишень 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?

- А. Рентгенографія щелеп
- В. Оцінка ступеня рухливості зубів
- С. Гігієнічний індекс
- Д. Визначення стійкості капілярів
- Е. Визначення пародонтального індексу

65. 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?

- А. Локалізований пародонтит
- В. Папіліт
- С. Обмежений фіброматоз
- Д. Локалізований гінгівіт
- Е. Гіпертрофічний пульпіт

66. 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 під'ясенних). При дії повітряного струменю ясенні сосочки легко відстають від поверхні зубів на рентгенограмі деструкція кістки більш ніж на 1/2 довжини кореня. Поставте діагноз.

- А. Локалізований пародонтит II ступеню важкості, в стадії загострення
- В. Генералізований пародонтит II ступеню важкості, в стадії загострення
- С. Швидкопрогресуючий пародонтит
- Д. Загострення хронічного катарального гінгівіту
- Е. Ідіопатичне ураження з лізисом тканин пародонта

Практичне заняття № 5

Клініка дистрофічно-запальних захворювань тканин пародонта. Генералізований пародонтит.

Мета: вивчити класифікацію генералізованого пародонтиту та його основні синдроми, клініко-морфологічні особливості ступеня тяжкості генералізованого пародонтиту.

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 кишені, 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 кишені є обов'язковим симптомокомплексом генералізованого пародонтиту. Внаслідок ураження патологічним процесом кругової зв'язки зуба, періодонта і альвеолярної кістки виникають пародонтальні кишені 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 наступні ступені **порушення статики зубів (рухомості)**:

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.

За ступенем тяжкості генералізований пародонтит поділяється на початковий, I, II, III ступінь.

Початковий ступінь. Найчастіше пацієнти скаржаться на кровоточивість ясен під час жування і чищення 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 кишені, 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 кишені 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 кишені 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 кишені 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. 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.
11. Клініко-морфологічна характеристика початкового ступеня тяжкості генералізованого пародонтиту.
12. Провести диференційну діагностику між початковим та I ступенями генералізованого пародонтиту.
13. Клініко-морфологічна характеристика I ступеня тяжкості генералізованого пародонтиту.
14. Клініко-морфологічна характеристика II ступеня тяжкості генералізованого пародонтиту.
15. Клініко-морфологічна характеристика III ступеня тяжкості генералізованого пародонтиту.
16. Зміни кісткової тканини при генералізованому пародонтиті різних ступеней тяжкості.
17. Диференційна діагностика початкового ступеня тяжкості генералізованого пародонтиту.
18. Провести диференційну діагностику між I та II ступенем генералізованого пародонтиту.
19. III ступінь генералізованого пародонтиту. Диференційна діагностика.
20. Провести диференційну діагностику між II та III ступенями генералізованого пародонтиту.

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 кишені
 - 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
9. 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
10. Для якого ступеня тяжкості хронічного генералізованого пародонтиту характерні наступні ознаки: симптоматичний гінгівіт, пародонтальні кишені глибиною 2-3 мм, травматична оклюзія. Рентгенологічно спостерігається вогнище остеопорузу 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

11. 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

12. 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

13. 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

14. 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

15. 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

16. У хворого віком 61 рік діагностовано хронічний генералізований пародонтит. Об'єктивно: хронічний катаральний гінгівіт, оголення коренів, пародонтальні кишені 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

17. 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

18. 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 № 6

Клініка дистрофічних захворювань тканин пародонта: атрофічний гінгівіт, пародонтоз. Ідіопатичні захворювання пародонта. Пародонтоми. Агресивний пародонтит.

Мета заняття: вивчити особливості клінічного перебігу, діагностики та лікування атрофічного гінгівіту та пародонтозу; вивчити особливості клініки, діагностики, диференційної діагностики ідіопатичних захворювань пародонта; засвоїти класифікацію пухлинних і пухлиноподібних захворювань пародонта, а також особливості їх клінічного перебігу, діагностики та диференціальної діагностики.

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. Атрофічний гінгівіт часто виникає після перенесеного виразкового чи гангренозного гінгівіту. Атрофія ясенних сосочків зазвичай спостерігається в літніх людей.

Розрізняють обмежену атрофію ясен та дифузний атрофічний 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 (gigitivitis 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.

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 кальцинати. 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.

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, десмодонтоз).

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 типова 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).

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 медикаментозного 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.

Ліпома 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.

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.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Етіологія атрофічного гінгівіту.
2. Клініка та діагностика атрофічного гінгівіту.
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. Поясніть причини патологічного стирання твердих тканин.
11. У чому виявляються компенсаційні механізми порушення біомеханіки сил при пародонтозі?
12. Які додаткові методи обстеження виявляють судинні зміни в тканинах пародонта?
13. Які зміни біохімії крові при пародонтозі?
14. Які додаткові методи обстеження кісткової тканини інформативні для виявлення остеопорозу?
15. Які етіологічні чинники слід шукати в осіб молодого віку?
16. Які з відомих фізіотерапевтичних процедур поліпшують кровопостачання тканин пародонта?
17. Що таке ідіопатичні захворювання пародонта?
18. Які симптоми характерні для більшості ідіопатичних захворювань?
19. Еозинофільна гранульома. Симптоми, форми.
20. Клінічні вияви хвороби Гоше.
21. Хвороба Хенда-Шіллера-Крісчена. Клінічні вияви.
22. Синдром Папійона-Лефевра. Клінічні та рентгенологічні ознаки.
23. Синдром Ослера. Клініка, діагностика.
24. Лабораторні методи діагностики ідіопатичних захворювань пародонта.
25. Які порушення обміну та природжені захворювання супроводжуються прогресуючим лізисом тканин пародонта?
26. Хвороби крові, які супроводжують прогресуючий лізис тканин пародонта.
27. Клінічні ознаки хвороби Леттере-Зіве.
28. Хвороба Іценко-Кушінга, клініка.
29. Передпухлинні захворювання (визначення та їх характеристика).
30. Основні морфологічні ознаки передраку.
31. Доброякісні пухлини тканин пародонта. Ознаки.

32. Фіброма, клініка, діагностика.
33. Диференціальна діагностика фіброми.
34. Лікування хворих на фіброму.
35. Фіброматоз ясен, клініка.
36. Діагностика фіброматозу ясен
37. Епулід, види, діагностика.
38. Що таке пухлина?
39. Які ділянки тканин є джерелом росту пухлин?

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.
 - A. Хронічний атрофічний папіліт
 - B. 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. 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. Пацієнтка 47 років, хірургічна менопауза. На ортопантограмі: на тлі дрібнопетлистого 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

5. Яких із перелічених ознак немає при пародонтозі?

- A. Атрофія ясен
- B. Пародонтальна кишеня
- C. Травматична оклюзія
- D. Патологічне стирання твердих тканин
- E. Чергування вогнищ остеосклерозу, остеопорозу губчастої кістки

6. Пацієнт 30 років з попереднім діагнозом пародонтоз I ступеня, скерований ортодонтom 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

7. 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 Таратина
- D. Хвороба Німанна-Піка
- E. Хвороба Гоше

8. Гострий системний прогресуючий спадковий гістіоцитоз неліпоїдного характеру – це:

- A. Хвороба Хенда-Шюллера-Крісчена
- B. Хвороба Леттерера-Зіве
- C. Хвороба Таратина
- D. Хвороба Німанна-Піка
- E. Хвороба Гоше

9. 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 Таратина
- D. Хвороба Німанна-Піка
- E. Хвороба Гоше

10. 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 Таратинова
- E. Еозинофільна гранульома

11. 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 Таратинова

12. При якому захворюванні відбуваються такі зміни: накопичення продуктів порушеного обміну в осілих макрофагах, що супроводжується ендегенним порушенням метаболізму?

- A. Гістіоцитоз
- B. Гіпоімунглобулінемія
- C. Нейтропенія
- D. Лейкоцитоз
- E. Агранулоцитоз

13. До гістіоцитозів не належать:

- A. Еозинофільна гранульома
- B. Хвороба Хенда-Шюллера-Крісчена
- C. Хвороба Леттерера-Зіве
- D. Хвороба Німанна-Піка
- E. Фіброматоз ясен

14. 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

15. Якої клінічної форми еозинофільної гранульоми не існує?

- A. Множинної
- B. Дифузної
- C. Генералізованої
- D. Локалізованої
- E. Вогнищевої

16. 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

17. До пародонтому 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

18. 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

19. 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

20. Яких епулісів не існує?

- A. Ангіоматозних
- B. Гігантоклітинних
- C. Фіброматозних
- D. Фібро-ангіоматозних
- E. Жодна відповідь не є вірною

21. 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

22. 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

23. Утворення грибовидної чи округлої форми, прикріплене ніжкою або широкою основою до надальвеолярних тканин:

- A. Фіброма
- B. Ліпома
- C. Епуліс
- D. Міома
- E. Гемангіома

24. 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

25. 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

26. 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 7

Рентгенологічні ознаки захворювань тканин пародонта

Мета заняття: ознайомитись із рентгенологічними методами діагностики і рентгенологічними ознаками уражень 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 топограмну 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.

Рентгенологічні ознаки ураження кісткової тканини при пародонтиті.

Локалізований пародонтит, початковий ступінь. Рентгенологічно визначається порушення компактної пластинки вершин альвеолярних перегородок (деструкція), незначна резорбція вершин перегородок і розширення періодонтальних щілин в пришийковій ділянці.

Локалізований пародонтит, I ступінь. Рентгенологічно визначається резорбція міжальвеолярних перегородок до $1/3$ довжини кореня, розширення періодонтальної щілини.

Локалізований пародонтит, II ступінь. Рентгенологічно визначається розширення періодонтальної щілини, резорбція міжальвеолярних перегородок до $1/2$ довжини кореня. Часто наявність карієсу цементу кореня.

Локалізований пародонтит, II ступінь. На рентгенограмі визначається резорбція кісткової тканини на $2/3$ і більше довжини кореня, розширення періодонтальної щілини, декальцинація цементу кореня зуба.

Генералізований пародонтит. Початковий ступінь. Рентгенологічно спостерігається остеопороз міжальвеолярних перегородок, деструкція і пошкодження цілісності компактної пластинки і розширення маргінальної частини періодонтальної щілини.

Генералізований пародонтит. I ступінь. Рентгенологічно спостерігається порушення цілісності кортикальної пластинки, розширення маргінальної частини періодонтальної щілини, остеопороз губчастої речовини і резорбція/деструкція в ділянці верхньої третини міжальвеолярних перегородок. резорбція кістки у верхній третині міжальвеолярних перегородок.

Генералізований пародонтит. II ступінь. Рентгенологічно виявляється зменшення висоти міжальвеолярних перегородок альвеолярної кістки в межах від $1/3$ до $1/2$ довжини кореня зуба. Розширення маргінальної частини періодонтальної щілини.

Генералізований пародонтит. III ступінь. Рентгенологічно спостерігаються значні деструктивні зміни в пародонті, міжальвеолярні перегородки зруйновані більше ніж $1/2$ довжини, практично до верхівок коренів зубів, кортикальна пластинка маловиражена, періодонтальна щілина розширена, остеопороз захоплює всю поверхню кістки альвеолярних перегородок.

При пародонтиті переважно змішаний тип резорбції міжзубних перегородок: нерівномірні вертикальна і горизонтальна деструкція.

Пародонтоз. Кісткова тканина щелеп в міру прогресування хвороби зазнає зниження висоти альвеолярних відростків, рисунок губчастої кістки набуває дрібно-петлистого характеру. В пізніх стадіях, через відсутність процесів ремоделювання кістки зникає кортикальна пластинка. Зниження рівня висоти міжзубних перегородок за ступенем тяжкості відповідає як і при пародонтиті.

При пародонтозі переважно рівномірний горизонтальний тип резорбції міжзубних перегородок.

Ідіопатичні хвороби пародонта. Рентгенологічно визначається остеопороз і розсмоктування кісткової тканини, який при вогнищевій формі процесу носить обмежений характер із вираженою компенсаторною реакцією (зона склерозу по периферії розрідження).

При ідіопатичних ураженнях відмічається своєрідна остеопатія: вертикальний тип резорбції, утворення кісткових кишень та повне розсмоктування кісткової тканини за короткий період часу.

Контрольні питання поточного матеріалу

1. Які Ви знаєте спеціальні методи обстеження пародонтологічного хворого?
2. Рентгенографія. Покази, види, значення.
3. Які рентгенологічні ознаки ураження альвеолярного відростка при гінгівіті?
4. Які рентгенологічні ознаки ураження альвеолярного відростка при генералізованому пародонтиті початкового ступеня?
5. Які рентгенологічні ознаки ураження альвеолярного відростка при генералізованому пародонтиті I ступеня?
6. Які рентгенологічні ознаки ураження альвеолярного відростка при генералізованому пародонтиті II ступеня?
7. Які рентгенологічні ознаки ураження альвеолярного відростка при генералізованому пародонтиті III ступеня?

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 Шиллера-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 скаржиться 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, І Г – 3,0. Знаходиться на диспансерному огляді у гастроентеролога. Який з методів дослідження буде основним у диференційній діагностиці даної хвороби?

- A. Рентгенологічне дослідження
- B. Проба Писарева-Шіллера
- 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. Пародонтальні 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 найбільше 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
- E. Резорбція компактної пластинки на вершинах міжзубних перегородок, зниження висоти перегородок на 1/3.

Практичне заняття № 8

Загальні принципи лікування захворювань тканин пародонта.

Мета заняття: навчити студентів формувати індивідуальний підхід до складання плану лікування хворого на генералізований пародонтит, вивчити види пародонтальних пов'язок та методи їх застосування.

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) медикаментозне лікування;

г) лікування карієсу, пульпіту, періодонтиту.

2. Загальне лікування:

а) лікування основних захворювань;

б) дієтотерапія;

в) загальнозміцнювальна, протизапальна, протимікробна, стимулююча, остеотропна, імуномодулююча та антиоксидантна терапія.

IV. Хірургічне лікування:

1) видалення зубів по показанням;

2) пластика вуздечок, присінку;

3) гінгивектомія, гінгивотомія, кюретаж, клаптеві операції.

V. Ортопедичне лікування:

1) вибіркове пришліфовування;

2) шинування;

3) раціональне протезування;

VI. Ортодонтичне лікування.

VII. Фізіотерапевтичне лікування.

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 еугенолу.
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 дифузії компонентів пов'язки в ротову рідину.
3. Вимивання лікарського препарату ротовою і ясенною рідиною.
4. Труднощі, незручність накладання та імобілізації 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. 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?
11. Пародонтальні пов'язки. Визначення.
12. Класифікація пародонтальних пов'язок.
13. Показання та протипоказання до використання пародонтальних пов'язок.
14. Вимоги до пародонтальних пов'язок.
15. Недоліки пародонтальних пов'язок.
16. Описати техніку накладання пародонтальних пов'язок.
17. Які рецепти пародонтальних пов'язок Ви знаєте?
18. Полімерні плівки. Види, варіанти.
19. Переваги та недоліки полімерних плівок.
20. Класифікація лікувальних плівок за фармакотерапевтичними вимогами.

Орієнтовані тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Що не відноситься до етіотропного лікування генералізованого пародонтиту?
 - A. Усунення вкорочених вуздечок та мілкого 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. Клаптеві 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 медикаментозна 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 прищліфовування
- B. Усунення аномалій прикусу
- C. Зняття зубних відкладень
- D. Лікування карієсу

Е. Усі перелічені варіанти

13. Який з методів медикаментозної терапії генералізованого пародонтиту відноситься до закритого способу?

- А. Зрошення
- В. Інстиляції
- С. Пародонтальні пов'язки
- Д. Аплікації
- Е. Електрофорез

14. Які існують методи видалення зубних відкладень?

- А. Фізичний
- В. Механічний
- С. Комбінований
- Д. Содоструминний
- Е. Усі названі

15. У якій послідовності здійснюється комплексне лікування генералізованого пародонтиту?

- А. Терапевтичне-хірургічне-ортопедичне-фізіотерапевтичне лікування
- В. Ортопедичне-терапевтичне-фізіотерапевтичне лікування
- С. Хірургічне-терапевтичне-ортопедичне-фізіотерапевтичне лікування
- Д. Фізіотерапевтичне-ортодонтичне-терапевтичне-фізіотерапевтичне лікування
- Е. Терапевтичне-ортопедичне-ортодонтичне лікування

16. Основним компонентом рідини для замішування пародонтальних пов'язок є:

- А. фурацилін
- В. Евгенол
- С. гвоздикава олія
- Д. гліцерин
- Е. хлоргексидин

17. Який максимальний термін функціонування пародонтальних пов'язок?

- А. 4 доби
- В. 1 доба
- С. 3 год.
- Д. 1 год.
- Е. 10-14 діб

18. Формоутворювальними компонентами у складі пародонтальних пов'язок є всі речовини, окрім:

- А. сульфадимезину
- В. оксиду цинку
- С. парафіну
- Д. білої глини
- Е. Штучного дентину

19. Який термін застигання пародонтальних пов'язок?

- А. 30 хв.
- В. 1-8 хв.
- С. 3-4 хв.
- Д. 15-20 хв.
- Е. 6-8 хв.

20. 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

21. Виберіть який з наведених препаратів у складі пародонтальної пов'язки є антибіотиком:

- A. токоферолу ацетат
- B. сульфален
- C. сальвін
- D. стрептоміцин
- E. хімопсин

22. Виберіть який з перелічених препаратів у складі пародонтальної пов'язки є сульфаніламідом:

- A. метранідазол
- B. етазол
- C. сангвіритрин
- D. еритроміцин
- E. етанін

23. Який з препаратів у складі пародонтальної пов'язки є вітамінним препаратом?

- A. етазол
- B. спермацет
- C. токоферолу ацетат
- D. неоміцин
- E. терилітин

24. 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
- E. кератолітична дія

25. Після проведення діатермокоагуляції чи кріодеструкції на даній ділянці ясен лікувальна пародонтальна пов'язка повинна бути накладена:

- A. через 2-3 доби
- B. Відразу
- C. через 2-3 год.
- D. через 1 год.
- E. через 7-10 діб

26. За призначенням пародонтальні пов'язки поділяють на такі групи:

- A. короткої та тривалої дії
- B. профілактичні та лікувальні
- C. профілактичні та ізоляційні
- D. силіконові та альгінатні
- E. лікувальні та ізоляційні

27. Як правильно пародонтальна пов'язка повинна розміщуватись у порожнині рота?

- A. не перекривати жувальні поверхні і ріжучі краї зубів та рухому частину ясен
- B. перекривати жувальні поверхні і ріжучі краї зубів та рухому частину ясен
- C. не перекривати жувальні поверхні і ріжучі краї зубів та нерухому частину ясен
- D. перекривати жувальні поверхні і ріжучі краї зубів та нерухому частину ясен
- E. перекривати жувальні поверхні і не перекривати ріжучі краї та рухому частину ясен

28. Як класифікують пародонтальні пов'язки в залежності від консистенції у порожнині рота?

- A. еластичні, нееластичні
- B. м'які, тверді
- C. тверді, напівтверді
- D. м'які, тверді, напівтверді
- E. силіконові, альгінатні

29. На основі якої хімічної речовини була розроблена ізоляційна пародонтальна пов'язка Лук'яненко-Шторма (1974)?

- A. ціанакрин
- B. парафін
- C. поліуретан
- D. біла глина
- E. альфа-арон

Практичне заняття 9

Професійна гігієна порожнини рота

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 видалення 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 протеїнолісахаридного

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 сенсibiliзуючу, протеолітичну та токсичну дію.

Зубний камінь (особливо під'яснений) 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 ефективного 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 оброблені 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 уводять 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 оброблені поверхні зуба. Ефективним є видалення зубного нальоту із міжзубних проміжків за допомогою зубних ниток (дентальних флосів), смужок 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 комплексу універсальних стоматологічних установок.

У цих апаратах використовують магнітострикційний або п'єзоелектричний спосіб утворення височастотних 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 оброблення 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 обробленій поверхні коренів зубів можна використовувати певні медикаментозні препарати. Так, препарати фтору перешкоджають адсорбції бактерій на поверхні зубів. Поверхнево-активні речовини (хлоргексидин, тимол, діацид тощо) також перешкоджають бактеріям прикріпитися до обробленої 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 над'ясенного зубного каменю?
8. Який механізм утворення під'ясенного 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. Над'ясенний зубний камінь
- D. Під'ясенний 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 під'ясенний 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 над'ясенний зубний камінь

4. До складу м'якого зубного нальоту входять:

- A. Мікроорганізми, харчові залишки, злуцні 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. Злуцні клітини епітелію, лейкоцити та мікроорганізми

5. В утворенні над'ясеного 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 pH ротової рідини в кислу сторону
- E. Наявність в ротовій порожнині великої кількості каріозних порожнин

6. В утворенні під'ясеного зубного каменю основну роль відіграє:

- A. Випадіння в осад та кристалізація на під'ясенній 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 pH 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 pH 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:
A. Абразивні полірувальні пасти, торцеві щіточки для стоматологічного наконечника, гумові чашечки-поліри та полірувальна паста
B. Набір спеціальних гачків та кюреток
C. Гладилку та екскаватор
D. Механічний наконечник, набір алмазних борів та полірувальна паста
E. Механічний наконечник, набір карборундових борів та полірувальна паста
- 10.** Для видалення зубного каменю найбільш доцільно використовувати:
A. Набір спеціальних гачків та кюреток, ультразвуковий скалінг та полірувальні пасти з полірами
B. Набір спеціальних гачків та кюреток, алмазні бори та полірувальні пасти з полірами
C. Набір спеціальних гачків та кюреток, гумові чашки-поліри
D. Ультразвуковий скалінг та полірувальні щітки
E. Пневматичний наконечник для скалінгу та набір карборундових борів
- 11.** Повітряно-абразивні системи доцільно застосовувати для:
A. Видалення міцно прикріплених пігментованих зубних відкладень
B. Видалення м'яких зубних відкладень
C. Видалення над'ясенного зубного каменю
D. Видалення під'ясенного зубного каменю
E. Видалення демінералізованого цементу кореня зуба
- 12.** Після видалення зубного каменю необхідно обробити поверхню кореня та ясна наступними медикаментозними препаратами:
A. Ремінералізуючими з вмістом кальцію та фтору, антисептичними препаратами
B. Антибіотиками та препаратами кальцію
C. Антисептиками та антибіотиками
D. Протизапальними та антибіотиками
E. Препаратами йоду та фтору

Практичне заняття № 10

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, мимічних 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 ефективне 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 зішліфовуванні 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-щелепної системи, що зумовлені вадами розвитку або частковими дефектами зубних рядів.

III. Парафункції – підвищена і нецілеспрямована активність жувальної чи мимічної 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 світлотвердіючий 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 парапультарно 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 спричиняють 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
 - B. Лігатурні, арматурні
 - C. Лігатурні, пластмасові
 - D. Пластмасові, арматурні
 - E. Лігатурні, пластмасові, арматурні
3. За допомогою яких засобів визначають травматичну оклюзію?
 - A. Копірувального паперу
 - B. Шпателя

- C. Прицільної рентгенограми
- D. Ортопантомограми
- E. Пародонтального зонда

4. Що необхідно застосувати з перерахованого, щоб усунути патологічну рухомість зубів та забезпечити відносний спокій тканинам пародонта?

- A. Ортодонтичне лікування
- B. Вибіркове пришліфування
- C. Тимчасове шинування
- D. Хірургічне лікування
- E. Фізіотерапевтичне лікування

5. Що потрібно зробити першочергово для усунення основних причин і чинників, що травмують пародонт:

- A. Полірування поверхонь коренів зубів
- B. Видалення зубного каменя
- C. Відновлення контактних пунктів
- D. Раціональне пломбування каріозних порожнин
- E. Усунення пародонтальних кишень

6. За В. Jankelson (1960) розрізняють таку кількість класів передчасних контактів зубів:

- A. Один
- B. Три
- C. Два
- D. Шість
- E. Сім

7. Критерієм якості вибіркового пришліфування зубів є:

- A. Отримання множинних контактів зубів-антагоністів у центральній, передній та бокових оклюзіях
- B. Отримання множинних контактів зубів-антагоністів у центральній оклюзії
- C. Отримання множинних контактів зубів-антагоністів у передній оклюзії
- D. Отримання множинних контактів зубів-антагоністів у боковій оклюзії
- E. 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. Медикаментозне 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 № 11

Лікування запальних захворювань пародонта.

Мета заняття: засвоїти принципи лікування різних форм гінгівіту, локалізованого пародонтиту; навчитись планувати лікування запальної патології тканин пародонта.

Коротка характеристика теми

Лікування катарального гінгівіту повинно бути комплексним (етіотропне, патогенетичне та симптоматичне). Етіотропне лікування полягає у виявленні та усуненні місцевих ушкоджуючих факторів (зубного нальоту, каменю, каріозних порожнин, дефектів пломбування та протезування). Патогенетична терапія являє собою медикаментозний 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 – звіробію, 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.

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 медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування, при неефективності лікування та II-III ступенях захворювання рекомендується хірургічний метод лікування.

При проведенні медикаментозної терапії використовують лікарські засоби з різноманітним механізмом дії – знеболюючі, протизапальні, антигістамінні, антисептичні, регенеруючі, протипухлинні, склерозуючі.

Місцеве 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 - гінгивектомію, кріодеструкцію, діатермокоагуляцію.

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, етоній 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 гліцеринним 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, не стероїдні протизапальні засоби – мефенаміна натрієву сіль, піримідант, ліки рослинного походження з вираженою ранозагоючою дією – сік каланхое, масло шипшини, обліпіхи, шалфею, каротолін, 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.

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 врахуванням 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 нашарувань;

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 вибіркове пришліфовування зубів. За наявності патологічної рухомості зубів проводять їх тимчасове шинування. З метою ліквідації запалення тканин пародонту проводять медикаментозне 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 кишень;
- нестероїдні протизапальні препарати (місцево).

• **Середній ступінь захворювання:**

- антибіотики (місцево) – з урахуванням чутливості мікрофлори кишень;
- 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 кишень;
- 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. 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. Методи дослідження для визначення діагнозу захворювання.
10. Етіологія гіпертрофічного гінгівіту.
11. Клінічні ознаки гранулюючої форми гіпертрофічного гінгівіту I, II, III ступеню.
12. Клінічні ознаки фіброзної форми гіпертрофічного гінгівіту.
13. Захворювання, які необхідно диференціювати з гіпертрофічним гінгівітом.
14. Методи місцевого лікування гіпертрофічного гінгівіту залежно від форми та ступеню захворювання.
15. Суть хірургічних методів лікування при гіпертрофічному гінгівіті.
16. Диференційна діагностика виразкового гінгівіту.
17. Принципи загального лікування виразкового гінгівіту.
18. Місцева терапія виразкового гінгівіту.
19. Хірургічне лікування виразкового гінгівіту.
20. Групи лікувальних засобів, які застосовуються для лікування виразкового гінгівіту.
21. Які загальні заходи лікування локалізованого пародонтиту?
22. Лікування легкого ступеня захворювання.
23. Лікування середнього ступеня захворювання.
24. Лікування тяжкого ступеня захворювання.
25. Які можливі ускладнення під час лікування локалізованого пародонтиту?

Орієнтовані тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Який медикаментозний 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

Е. Кріодеструкція

8. У чому полягає лікування катарального гінгівіту?

- А. Загальне лікування
- В. Усунення етіологічного чинника
- С. Симптоматичне лікування
- Д. Зняття зубних відкладень
- Е. Усунення кровоточивості

9. Які препарати застосовують для загальнозміцнюючої терапії при лікуванні катарального гінгівіту?

- А. Вітаміни групи В
- В. Препарати кальцію
- С. Галаскорбін
- Д. Вітаміни А,С,Е
- Е. Метронідазол

10. Електрофорез яких медикаментозних засобів дозволяє досягнути найбільшого терапевтичного ефекту в лікуванні катарального гінгівіту?

- А. Гапарин
- В. Вітаміни групи В1
- С. Алое
- Д. Трипсин
- Е. Натрію фторид

11. Виберіть етіотропну терапію для лікування катарального гінгівіту.

- А. Знеболювальні препарати
- В. Імуномодуючі препарати
- С. Кератопластичні препарати
- Д. Антибактеріальні
- Е. Ферментні препарати

12. Який із методів загального лікування катарального гінгівіту повинен бути призначений в першу чергу?

- А. Вітамінотерапія
- В. Антибактеріальна терапія
- С. Гіпосенсибілізуюча терапія
- Д. Стимуляційна терапія
- Е. Фізіотерапія

13. Які фізіотерапевтичні процедури можна призначати хворому при катаральному гінгівіті у гострий період захворювання?

- А. УВЧ-терапію та аскорбінову кислоту
- В. Діатермію та антибіотики
- С. Струми д'Арсонваля і кератопластичні препарати
- Д. Аерозольні інгаляції та антибіотиками
- Е. Електрофорез з хімотрепсином

14. Які з медикаментозних препаратів доцільно застосовувати для лікування катарального гінгівіту?

- А. Димексид
- В. 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

16. 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 віддаєте перевагу в першу чергу?

- A. Гінгівоектомія
- B. Консервативний, медикаментозний
- C. Гінгівотомія
- D. Кріодеструкція
- E. Діатермокоагуляція

17. Дівчина 17 років скаржиться на болючість 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
- B. Вітаміну B1
- C. Трипсину
- D. Алое
- E. Гепарину

18. 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

19. 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 І 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

20. При набряковій формі гіпертрофічного гінгівіту проводять лікування:

- A. Гінгівотомія
- B. Гінгівектомії
- C. Протинабрякову
- D. Клаптикову операцію

21. При фіброзної формі гіпертрофічного гінгівіту проводять хірургічне лікування:

- A. Гінгівектомії
- B. Гінгівотомія
- C. Кюретаж
- D. Клаптикову операцію

22. Хворий Н., 23 роки, звернувся зі скаргами на біль у яснах, неприємний запах з роту, 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

23. 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

24. 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

25. 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
26. 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. Імуномодуючі препарати
 - B. Знеболюючі препарати
 - C. Кератопластичні препарати
 - D. Антибактеріальні препарати типу метронідазолу
 - E. Ферментні препарати
27. 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
28. 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?
29. 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?
30. 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.

31. 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.

32. 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?

33. Хворий віком 28 років скаржиться на болісність і кровоточивість ясен, неприємний запах з рота, загальну слабкість, нездужання, підвищення температури тіла до 37,5 °C. 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?

34. Чоловік 41 рік, звернувся два тижні тому до пародонтолога. Встановлено діагноз: локалізований пародонтит тяжкого 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. Гінгивектомія
- E. Клаптикава операція

35. 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 ясенний сосочок атрофований, глибина пародонтальної кишені 4 мм. Що є першопричиною причиною даного захворювання?

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

36. 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 медикаментозних засобів слід застосовувати для інстиляцій?

- A. Метронідазол
- B. Лінкоміцин
- C. Димексид
- D. Месулід
- E. Діоксин

37. 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

38. 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 кишеня 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

39. 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

40. При захворюванні тканин пародонту вибіркове пришліфовування виконують з метою:

- A. Усунення передчасних оклюзійних контактів, які призводять до травматичної оклюзії
- B. Еластичних показань
- C. Відновлення анатомічної форми зуба
- D. Усунення запального процесу
- E. Нормалізації прикусу

Практичне заняття № 12

Лікування дистрофічно-запальних захворювань пародонта.

Мета заняття: навчити студентів проведенню місцевого і загального лікування хворих на генералізований пародонтит з різним характером перебігу та ступенем розвитку процесу; ознайомитись з особливостями лікування пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта на тлі патології внутрішніх органів і систем.

Коротка характеристика теми

Фармакотерапія у пародонтології поділяється на місцеву та загальну. Загальне медикаментозне 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 фонові 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, загальнозміцнюючу та стимулюючу дію.

Основні групи препаратів, що застосовуються для загальної медикаментозної 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, левамизол);
- 9) Сорбенти, дезінтоксиканти (ентеросгель, карболен);
- 10) Антигістамінні препарати (кларитин, феністил);
- 11) Остеотропні середники (бісфосфонати);
- 12) Препарати для усунення мікроциркуляторних порушень (пармідин, компламін).

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 змінні 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. Які види медикаментозного 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 представників препаратів цієї групи.
11. Яка причина значної розповсюдженості і тяжкості захворювань пародонта у діабетиків?
12. Який взаємозв'язок виявлено між генералізованим пародонтитом та атеросклерозом?
13. Чим пояснюється ризик погіршення пародонтологічного статусу у період вагітності?
14. Які особливості проведення професійної гігієни у хворих на інфекційний ендокардит?
15. Прийом яких медикаментів може викликати ураження тканин пародонта?
16. Як впливають тяжкі захворювання тканин пародонта на плід у вагітних?
17. Які рентгенологічні ознаки генералізованого пародонтиту виявляються при супутній патології щитоподібної залози?
18. Які патологічні зміни відбуваються у тканинах пародонта у хворих на СНІД?
19. Яке першочергове дослідження необхідно здійснити лікарю-пародонтологу при підозрі у пацієнта гострого лейкозу?
20. Які особливості лікування пародонтологічних хворих із загальним дизбактеріозом кишківника?

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. Кoenзим Q₁₀
- B. Кверцетин
- C. Дибунол
- D. Вітамін Е
- E. Усі перелічені варіанти

13. Які засоби не відносять до імуномодуляторів?

- A. Нуклеїнат натрію
- B. Поллен
- C. Імудон
- D. Левамизол
- E. Аугментин

14. Препарати бактерійного походження, діючою основою яких є живі ліофільно висушені культури мікроорганізмів – представників автохтонної мікрофлори, це:

- A. Вакцини
- B. Синбіотики
- C. Еубіотики
- D. Бактеріофаги
- E. Пребіотики

15. На основі яких бактерій виготовляють еубіотики?

- A. Лактобацил

- B. Біфідобактерій
- C. Окремих штамів E. coli
- D. Непатогенних штамів ентеробактерій
- E. Усіх перелічених видів бактерій

16. 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

17. 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

18. 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

19. 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. Остеопорузу кісткової тканини

20. 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

21. У механізмі остеопорузу 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 |
| E. | Порушення дезінтоксикаційної функції печінки |

22. Які характерні ознаки ураження тканин пародонта у хворих на гострий лейкоз?

- A. Утворення лейкемідів
- B. Кровоточивість ясен
- C. Гіперплазія ясенного краю
- D. Виразково-некротичні ураження ясен
- E. Усі перелічені

23. Які бактерійні препарати не застосовуються для корекції дисбактеріозу у пародонтологічних хворих?

- A. Пробіотики
- B. Пребіотики
- C. Антибіотики
- D. Симбіотики
- E. Вакцини

24. Назвіть протипокази до проведення ультразвукового методу видалення зубних відкладень:

- A. Наявність кардіостимулятора у пацієнтів
- B. Злоякісні захворювання
- C. Нещодавно проведена операція корекції сітківки ока
- D. Загальні інфекційні захворювання із лихоманкою
- E. Усі перелічені варіанти

25. У пацієнта спостерігається набряклий ціанотичний десквамований 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?

- A. Гіпертиреоз
- B. Цукровий діабет
- C. Патологія надниркових залоз
- D. Виразкова хвороба шлунка
- E. Обструктивне захворювання легень

26. 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

27. 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

28. При недостатності якого вітаміну спостерігаються явища остеопорозу внаслідок порушення всмоктування кальцію із кишечника та його відкладання у кістковій тканині?

- A. Вітамін D
- B. Вітамін С
- C. Вітамін А
- D. Фолієва кислота
- E. Вітамін Е

29. Якими є першочергові ознаки патології щитоподібної та парашитоподібних 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

30. При недостатності якого гормону порушується засвоєння кальцію у кістковій тканині?

- A. Тиреокальцитоніну
- B. Тиреотропного гормону
- C. Естрогену
- D. Кортизолу
- E. Серотоніну

Практичне заняття № 13

Хірургічні методи лікування генералізованого пародонтиту

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 аlogenним 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 проліферуючого 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.

Протипоказання 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, автоімунний 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 не усуненої травматичної оклюзії;
4. Фіброзно-змінені або стоншені 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. Gara 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) брешковістка;
- д) формалінізовані алотрансплантати.

III. Ксенотрансплантати – трансплантати, взяті від представника іншого біологічного виду:

- а) цільні кісткові трансплантати – Osteograf, Bio-Oss;
- б) кістковий гідроксиапатит;
- в) тверда мозкова оболонка;
- г) кораловий карбонат кальцію – (Біокрил, Франція).

IV. Експлантати – трансплантати небіологічного походження – синтетичні матеріали, мінеральні трансплантати:

- а) полімери: HTR Synthetic Bone (Biopiant, Norwalk, CT);
- б) біокераміка;
- в) трикальційфосфат – пориста форма фосфату кальцію;
- г) гідроксиапатит (OsteoJen, Implants, Ttlliswood, Oste-Yraft);
- д) алюмоксидна кераміка – Terio Gla, Biogran, Біосітал, Колапан, Полістом;
- е) комбіновані препарати колагену з трикальційфосфатом або гідроксиапатитом.

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. Гінгівоектомія
- 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 I 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 нижче перерахованих 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 нижче перерахованих хірургічних методів лікування захворювань пародонта є операційною методикою з елементами пародонтопластики:

- A. Гінгівотомія
- B. Кюретаж
- C. Клаптикові операції
- D. Гінгівоектомія

Е. Фізіохірургічні методи (вакуум- хірургія, електрохірургія, кріохірургія)

10. Які бувають види гінгівоектомії?

- А. Вертикальна, горизонтальна
- В. Закрита, відкрита
- С. Проста, радикальна
- Д. Глибока, поверхнева
- Е. Немає правильної відповіді

11. Кюретаж рекомендують проводити одномоментно в ділянці:

- А. 3-4 зубів
- В. 1 зуба
- С. 6-8 зубів
- Д. 8-10 зубів
- Е. Однієї щелепи

Практичне заняття № 14

Ортопедичні і ортодонтичні заходи в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту.

Мета заняття: розглянути ортопедичні і ортодонтичні втручання в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту та методику їх проведення.

Коротка характеристика теми

Хронічний генералізований пародонтит супроводжується порушенням оклюзійно-артикуляційних співвідношень у зубощелепній 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 скронево-нижньощелепного 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 опірно-утримуючого 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 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 пришліфовування
 - 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
- E. Фізіотерапевтичного лікування

12. Запобігти зміщенню зубів можна шляхом:

- A. Шинування зубів
- B. Вибіркового пришліфування
- C. Ортодонтичного лікування
- D. Хірургічного лікування
- E. Терапевтичного лікування

13. Ортодонтичне лікування при захворюваннях пародонта показане при:

- A. Ремісії початкового ступеня генералізованого пародонтиту
- B. Загостренні початкового ступеня пародонтиту
- C. Ремісії I-II ступеня пародонтиту
- D. Загостренні I-II ступеня пародонтиту
- E. Не показане при пародонтиті

14. При ортодонтичному лікуванні генералізованого пародонтиту використовують:

- A. Максимальну ортодонтичну тягу і дріт діаметром 0,6 мм
- B. Мінімальну ортодонтичну тягу і дріт діаметром 0,6 мм
- C. Мінімальну ортодонтичну тягу і дріт діаметром 0.8 мм
- D. Максимальну ортодонтичну тягу і дріт діаметром 0.8 мм
- E. Максимальну ортодонтичну тягу і дріт 0,7 мм

Практичне заняття № 15

Фізіотерапевтичні методи лікування захворювань пародонта.

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 рази 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 десконтон-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 перекису 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 № 16

Помилки і ускладнення під час діагностики та лікування хвороб пародонта. Профілактика захворювань тканин 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; ознайомитись із заходами профілактики захворювань пародонта та диспансеризацією хворих, як невід'ємної частини профілактичного напрямку.

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 (Єреван, 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 взв'язку з початковою резорбцією і розширенням періодонтальної щілини;

Б) самостійний гіпертрофічний гінгівіт від симптоматичного гіпертрофічного гінгівіту при пародонтиті, для якого характерні справжня патологічна кишеня, 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 кишеня.

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 кишеня 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 важкого 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 остеомієліт 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).

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 біляшки.
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, синдромів;
- 8) недостатність використання фізичних чинників у комплексній терапії хворих;
- 9) зміни показників гемодинаміки при здійсненні гальванізації та медикаментозного електрофорезу;
- 10) загострення запального процесу в пародонті, активація „васкулярної” резорбції кісткової тканини при застосуванні процедур, які спричиняють активну гіперемію (діатермія, УВЧ-терапія).

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, ортодонтних 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 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-Писарева?
15. Характеристика проби за Кулаженком?
16. Вкажіть ускладнення які можуть виникнути під час лікування генералізованого пародонтиту.
17. Які помилки виникають при диференційній діагностиці генералізованого пародонтиту?
18. Яка особливість рентгенографії зубів при генералізованому пародонтиті?
19. Основні помилки лікаря при диференційній діагностиці пародонтозу.
20. Помилки та ускладнення при лікуванні гістіоцитозів Х.
21. Можливі ускладнення які можуть виникнути при лікуванні пародонтом.
22. Які лабораторні методи діагностики є найбільш інформативними для встановлення правильного діагнозу захворювань пародонта?
23. Помилки та ускладнення під час діагностики пародонтом.
24. Місцева медикаментозна терапія генералізованого пародонтиту загостреного перебігу. Помилки та ускладнення при лікуванні генералізованого пародонтиту.
25. Якої помилки найчастіше припускається лікар-стоматолог при лікуванні пародонтозу?
26. Які види і методи профілактики хвороб пародонта Ви знаєте?
27. Що таке первинна, вторинна і третинна профілактика хвороб пародонта?
28. Що таке екзогенна та ендогенна профілактика?
29. Які засоби використовують для профілактики хвороб пародонта?
30. Які принципи раціонального харчування Ви знаєте?
31. Яких правил необхідно дотримуватись при споживанні їжі?

Орієнтовані тестові завдання та ситуаційні задачі

1. Чоловік віком 40 років скаржиться на кровоточивість ясен, неприємний запах з рота, незначну рухомість зубів. Вкажіть найінформативніший діагностичний тест для уточнення діагнозу.
 А. Проба Кулаженка
 В. Проба Шиллера-Писарева
 С. Рентгенографія
 Д. Проба Ясиновського
 Е. 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-Писарева
- 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 Рагта 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
- E. 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?

- A. Рентгенографія
- B. Визначення глибини пародонтальних кишень
- C. Визначення ступеня рухомості зубів
- D. Проба Кулаженка
- E. 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?

- A. Визначення стійкості капілярів за Кулаженком
- B. Визначення пародонтального індексу
- C. Рентгенографія
- D. Пробу Шиллера-Писарева
- E. Визначення ступеня рухомості зубів

9. Жінці віком 43 роки встановлено діагноз генералізованого пародонтиту. Яке дослідження найінформативніше для визначення ступеня розвитку хвороби?

- A. Визначення пародонтального індексу
- B. Проба Шиллера-Писарева
- C. Визначення стійкості капілярів за Кулаженком
- D. Рентгенографія
- E. 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?

- A. Індекс CRITN
- B. Проба Шиллера-Писарева
- C. Рентгенографія
- D. Формалінова проба Парма
- E. 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 $37,7^{\circ}\text{C}$, 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. Аналіз крові на вміст глюкози
- B. Імунологічне
- C. Алергологічні проби
- D. Ревмопроби
- E. Серологічне

17. 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

18. 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

Е. Кровоточивість ясен, наявність пародонтальної кишені, горизонтальна і вертикальна резорбція міжзубних перегородок, гноетеча.

19. Генералізований пародонтит I ступеня тяжкості хронічного перебігу диференціюють із:

- А. Хронічним катаральним гінгівітом, пародонтозом, гіпертрофічним гінгівітом I ступеня тяжкості
- В. Гіпертрофічним гінгівітом, фіброматозом ясен
- С. Гінгівітом, еозинофільною гранульомаю, пародонтозом
- Д. Пародонтозом, катаральним і гіпертрофічним гінгівітом
- Е. Гіпертрофічним гінгівітом

20. Показання до проведення клаптикової операції:

- А. Пародонтоз
- В. Кісткові кишені, пародонтальні кишені глибші 4 мм
- С. Гіперплазія ясен
- Д. Пародонтальний абсцес
- Е. Гіпертрофічний гінгівіт

21. Показання до проведення закритого кюретажу:

- А. I ступінь генералізованого пародонтиту
- В. Пародонтоз, III ступінь
- С. Глибокі клінічні та кісткові кишені
- Д. Неефективність консервативного лікування при пародонтальних кишенях до 5 мм
- Е. Пародонтоз, II ступінь

22. На підставі яких клінічних ознак проводять диференційну діагностику пародонтозу з пародонтитом?

- А. Наявність чи відсутність пародонтальної кишені та симптоматичного гінгівіту
- В. Ступінь рухомості та зміщення зубів, характер запального процесу
- С. Ступінь і характер деструкції кісткової тканини
- Д. Характер ексудату пародонтальних кишень
- Е. Характер запального процесу у яснах

23. Хворому 42 роки, діагностовано генералізований пародонтит II ступеня тяжкості, загострений перебіг із абсцедуванням. Який із методів загального лікування повинен бути насамперед назначений?

- А. Гіпосенсибілізуюча терапія
- В. Вітамінотерапія
- С. Антибіотикотерапія
- Д. Стимулююча терапія
- Е. Дезінтоксикаційна терапія

24. У хворої В. виявлено значний ступінь обсіменіння дріжджоподібними грибами роду *Candida* у пародонтальних кишенях. Які із перерахованих препаратів найдоцільніше застосовувати для інстиляцій?

- А. Тінідазол
- В. Трихопол
- С. Діоксидин
- Д. Дихлофенак натрію
- Е. Клотримазол

25. Хворому В., 43 років, встановлено діагноз: хронічний генералізований пародонтит II ступеня. При мікроскопічному дослідженні вмісту пародонтальних кишень виявлено кокову мікрофлору, трихомонади. Які із перерахованих медикаментозних препаратів слід застосовувати для інстиляцій?

- A. Месулід
- B. Лінкоміцин
- C. Димексид
- D. Метронідазол
- E. Діоксин

26. Жінка 48 років скаржиться на свербіж у яснах, підвищену чутливість зубів до термічних і хімічних подразників. Об'єктивно: шийки зубів оголені. Ясна щільні, бліді, над'ясенні 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

27. 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

28. 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: Нб – 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 B₁₂
- C. Вітаміну B₆
- D. Вітаміну B₁
- E. Вітаміну А

29. Хворий М., 28 р. скаржиться на біль, значну кровоточивість і рухомість зубів, які посилились останні 2 тижні на тлі загострення хронічного холециститу. 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

- В. Генералізований пародонтит I ступінь, загострений перебіг
- С. Генералізований пародонтит II ступінь, хронічний перебіг
- Д. Генералізований пародонтит III ступінь, хронічний перебіг
- Е. Генералізований пародонтит III ступінь, загострений перебіг

30. 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?

- А. Хронічний катаральний гінгівіт
- В. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг
- С. Хронічний виразково-некротичний гінгівіт
- Д. Гіповітаміноз С
- Е. Гострий катаральний гінгівіт

31. 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 Рамта негативна. Який найбільш імовірний попередній діагноз:

- А. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг
- В. Катаральний гінгівіт
- С. Гіпертрофічний гінгівіт, легкий ступінь, грануляційна форма
- Д. Десквамативний гінгівіт
- Е. Виразковий гінгівіт

32. 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.

- А. Генералізований пародонтит, I ступінь, хронічний перебіг
- В. Гострий катаральний гінгівіт
- С. Загострений хронічний катаральний гінгівіт
- Д. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт
- Е. Хронічний катаральний гінгівіт

33. Хворому віком 18 років встановлено діагноз хронічний генералізований катаральний гінгівіт. У фронтальній ділянці зуби – скупчені, гігієнічний індекс – 2,8. Який медикаментозний засіб найкраще застосовувати для зменшення кількості нальоту на зубах?

- А. Пероксид водню
- В. Хімопсин
- С. Сульфацил натрію
- Д. Хлоргексидин
- Е. Фурацилін

34. Чоловік, 40 років, скаржиться на кровоточивість ясен, неприємний запах з рота, незначну рухомість зубів. Вкажіть найінформативніший діагностичний тест для уточнення діагнозу.

- А. Визначення статички зубів
- В. Рентгенографія

- C. Проба Шиллера-Писарева
- D. Проба Кулаженко
- E. Проба Ясиновського

35. 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

36. 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

37. 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

38. 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

39. 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

40. 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

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА **з дисципліни «Прикладна пародонтологія»**

Основна

1. Патоморфологія основних захворювань щелепно-лицевої ділянки [Текст] : навч. посіб. / І. І. Старченко, Б. М. Филенко, В. В. Черняк. — Вінниця : Нова Книга, 2019. — 128 с.
2. Профілактика стоматологічних захворювань [Текст] : навч. посіб. / Н. І. Смоляр, О. М. Гуменюк, Т. П. Кравець та ін. ; за заг. ред.: Н. І. Смоляр, О. М. Гуменюк. — Львів : Магнолія 2006, 2023. — 368 с.
3. Кеннет Ігон, Філіп Овер. Практична пародонтологія. Переклад з англ. 2-го видання. Медицина, 2023. — 335 с.
4. Алгоритми лікування запальних захворювань пародонту : Навчально-методичний посібник / Самойленко А. В., Возний О. В., Самойленко І.І. та ін. Запорізький державний медичний університет, 2019. — 127 с.

Допоміжна

1. Discovery, that resulted in significant changes in views of the pathology of periodontal tissues [Текст] / V. A. Monastyrsky, V. S. Hrynovets. — Lviv : Danilo Halytsky Lviv National Medical University, 2017. — 124 p.
2. Запальні захворювання пародонта: патогенез та морфогенез [Текст] : монографія / Є. В. Кузенко, А. М. Романюк. — Суми : СумДУ, 2016. — 137 с.
3. Куцевляк В.Ф., Лахтін Ю.В. Індексна оцінка пародонтального статусу / В. Ф. Куцевляк, Ю. В. Лахтін : навч. посібник. - 2-ге вид., перероб. і доп. - Суми: ВВП «Мрія», 2015. - 104 с.
4. Терапевтична стоматологія [Текст] : підручник: у 4-х т. Т.3 : Захворювання пародонта / М. Ф. Данилевський, А. В. Борисенко, М. Ю. Антоненко та ін. ; за ред. А.В. Борисенка. — 2-ге вид., перероб. і доп. — К. : Медицина, 2018. — 624 с. + Гриф МОЗ.
5. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта [Текст] : навч. посіб. / А. В. Борисенко, М. Ф. Данилевський, М. А. Мохорт та ін. ; за ред. А.В. Борисенка. — К. : Медицина, 2018. — 504 с.

Інформаційні ресурси в Інтернеті

- 1 Інституційний репозитарій СумДУ - <http://essuir.sumdu.edu.ua/?locale=uk>
- 2 Бібліотека СумДУ - <http://library.sumdu.edu.ua/>
- 3 Наукові ресурси України - <http://www.nbuv.gov.ua/node/1539>
- 4 Національна наукова медична бібліотека України - <https://library.gov.ua/>
- 5 PubMed Central® (PMC) - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/about/userguide/>
- 6 Preventing Oral Diseases | FDI - Preventing Oral Diseases - <https://www.fdiworldddental.org/preventing-oral-diseases>