

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЦЕНТРАЛЬНИЙ МЕТОДИЧНИЙ КАБІНЕТ З ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

**ПРОТОКОЛИ НАДАННЯ
СТОМАТОЛОГІЧНОЇ
ДОПОМОГИ**

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЦЕНТРАЛЬНИЙ МЕТОДИЧНИЙ КАБІNET З ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

ПРОТОКОЛИ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

*За загальною редакцією
головного стоматолога МОЗ України,
заслуженого лікаря України,
кандидата медичних наук
Ю.З. Опанасюка*

Київ
ТОВ Видавничо-інформаційний центр
«Світ сучасної стоматології»
2005

УДК 616.31 (477)

ББК 56.6 (4 УКР)

П83

В даному виданні представлені Протоколи надання медичної допомоги за спеціальностями «ортопедична стоматологія», «терапевтична стоматологія», «хірургічна стоматологія», «ортодонтія», «дитяча терапевтична стоматологія», «дитяча хірургічна стоматологія».

Розділи 1-3, 5, 6 написані відповідно до класифікатора МКХ-10, Розділ 4 - відповідно до класифікатора МКБ-С («Міжнародний класифікатор болізнеї - стоматологія», виданий ВООЗ російською мовою, Женева, 1997 р.), що був створений для стоматологів на основі МКХ-10.

В усіх протоколах знято слово «шифр», тобто вказане «МКХ-10» необхідно розуміти як «Шифр МКХ-10».

Кожен шифр хвороби передбачає наявність наступної інформації: назва протоколу за класифікатором, клінічна форма хвороби, діагностичні критерії, лікування, ускладнення, рекомендації пацієнтам, диспансеризація у стоматолога, критерії ефективного лікування.

Призначене для спеціалістів стоматологічного профілю, що працюють у сфері організації охорони здоров'я, практикуючих лікарів, які надають стоматологічну допомогу, студентів стоматологічних факультетів медичних вузів.

Рекомендовано Міністерством охорони здоров'я України - наказ № 566 від 23.11.04 р. «Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями «ортопедична стоматологія», «терапевтична стоматологія», «хірургічна стоматологія», «ортодонтія», «дитяча терапевтична стоматологія», «дитяча хірургічна стоматологія» на виконання спільного наказу Міністерства охорони здоров'я України та Академії медичних наук України № 222/33 від 28.04.04 р. та № 423/59 від 11.09.03 р. з метою покращення надання стоматологічної допомоги населенню України.

Рекомендовано Комісією з медицини науково-методичної ради Міністерства освіти і науки України лікарям-стоматологам, курсантам, слухачам курсів інформації та стажування (протокол № 4 від 25.11.2004 р.).

ISBN 966-96493-0-7

© Художнє оформлення, оригінал-макет
ТОВ ВІЦ «Світ сучасної стоматології», 2005

Рецензенти

Провідні організації

Інститут стоматології АМН України, м. Одеса.

Український інститут громадського здоров'я, м. Київ.

Рецензенти за розділами

Розділ 1. Терапевтична стоматологія - Заболотний Т.Д., *доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри терапевтичної стоматології ФПДО Львівського державного медичного університету ім. Данила Галицького.*

Розділ 2. Дитяча терапевтична стоматологія - Косенко К.М., *доктор медичних наук, професор, директор Інституту стоматології АМН України, м. Одеса, чл.-кор. АМН України;* Борисенко А.В., *професор, завідувач кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця.*

Розділ 3. Дитяча хірургічна стоматологія - Ткаченко П.І., *доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри дитячої хірургічної стоматології Української медичної стоматологічної академії.*

Розділ 4. Хірургічна стоматологія - Карий В.І., *кандидат медичних наук, головний лікар Інституту стоматології АМН України, м. Одеса.*

Розділ 5. Ортодонтія - Руденко М.М., *доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри стоматології дитячого віку Одеського державного медичного університету.*

Розділ 6. Ортопедична стоматологія - Рубаненко В.В., *професор, завідувач кафедри ортопедичної стоматології та імплантології Української медичної стоматологічної академії;* Онищенко В.С., *доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри ортопедичної стоматології ІС КМАПО ім. ПЛ. Шупика.*

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	13
СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	14

Розділі. ТЕРАПЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

1.1. КАРІЄС ЗУБІВ

Початковий карієс постійних зубів (<i>гострий</i>)	17
Початковий карієс постійних зубів (<i>хронічний</i>)	19
Поверхневий карієс постійних зубів (<i>гострий</i>)	22
Поверхневий карієс постійних зубів (<i>хронічний</i>)	25
Середній карієс постійних зубів (<i>гострий</i>)	28
Середній карієс постійних зубів (<i>хронічний</i>)	31
Глибокий карієс постійних зубів (<i>гострий</i>)	34
Глибокий карієс постійних зубів (<i>хронічний</i>)	37

1.2. ПУЛЬПІТ

Початковий пульпіт (<i>гіперемія пульпи</i>)	41
Гострий пульпіт (<i>обмежений</i>)	43
Гострий пульпіт (<i>дифузний</i>)	49
Гнійний пульпіт (<i>пульпарний абсцес</i>)	52
Гострий пульпіт (<i>травматичний</i>)	56
Хронічний пульпіт (<i>фіброзний</i>)	62
Хронічний гіперпластичний пульпіт (<i>пульпарний поліп</i>)	65
Хронічний пульпіт (<i>гангренозний</i>)	68
Хронічний пульпіт (<i>ускладнений періодонтитом</i>)	71

1.3. ПЕРІОДОНТИТ

Гострий апікальний періодонтит постійного зуба (<i>серозний</i>)	74
Гострий апікальний періодонтит постійного зуба (<i>гнійний</i>)	77
Хронічний апікальний періодонтит постійного зуба	80
Хронічний апікальний періодонтит постійного зуба (<i>загострений</i>) ..	84

1.4. ЗАХВОРЮВАННЯ ПАРОДОНТА

Гінгівіт катаральний (<i>гострий</i>)	88
Гінгівіт катаральний (<i>хронічний</i>)	92
Гінгівіт виразковий (<i>гострий</i>)	96
Гінгівіт виразковий (<i>хронічний</i>)	102
Гінгівіт гіпертрофічний (<i>гранулююча форма</i>)	107
Гінгівіт гіпертрофічний (<i>фіброзна форма</i>)	112

Пародонтит локалізований.....	115
Пародонтит генералізований.....	122
1.5. ЗАХВОРЮВАННЯ	
СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА	
Червоний плескатий лишай.....	135
Лейкоплакія.....	141
Багатоформна ексудативна еритема.....	146
Кандидоз слизової оболонки порожнини рота.....	148

Розділ 2. ДИТЯЧА ТЕРАПЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

2.1. КАРІЄС ТИМЧАСОВИХ І ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ	
Початковий карієс тимчасових зубів (<i>гострий</i>).....	153
Початковий карієс тимчасових зубів (<i>хронічний</i>).....	154
Поверхневий карієс тимчасових зубів (<i>гострий</i>).....	155
Поверхневий карієс тимчасових зубів (<i>хронічний</i>).....	156
Середній карієс тимчасових зубів (<i>гострий</i>).....	158
Середній карієс тимчасових зубів (<i>хронічний</i>).....	159
Глибокий карієс тимчасових зубів (<i>гострий</i>).....	160
Глибокий карієс тимчасових зубів (<i>хронічний</i>).....	161
Початковий карієс постійних зубів (<i>гострий</i>).....	163
Початковий карієс постійних зубів (<i>хронічний</i>).....	165
Поверхневий карієс постійних зубів (<i>гострий</i>).....	166
Поверхневий карієс постійних зубів (<i>хронічний</i>).....	167
Середній карієс постійних зубів (<i>гострий</i>).....	169
Середній карієс постійних зубів (<i>хронічний</i>).....	170
Глибокий карієс постійних зубів (<i>гострий</i>).....	172
Глибокий карієс постійних зубів (<i>хронічний</i>).....	173
2.2. НЕКАРІЮЗНІ УРАЖЕННЯ ЗУБІВ У ДІТЕЙ	
Порушення формування зубів.....	175
Флюороз зубів.....	176
2.3. ПУЛЬПІТ	
ТИМЧАСОВИХ І ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ	
Гострий дифузний пульпіт тимчасового зуба (<i>серозний</i>).....	178
Гострий пульпіт тимчасового зуба (<i>гнійний</i>).....	180
Хронічний пульпіт тимчасового зуба (<i>фіброзний</i>).....	181
Хронічний гіпертрофічний пульпіт тимчасового зуба.....	182
Хронічний гангренозний пульпіт тимчасового зуба.....	183
Пульпіт тимчасового зуба, ускладнений періодонтитом.....	184
Гострий пульпіт постійного зуба.....	185
Гострий пульпіт постійного зуба (<i>обмежений</i>).....	186

Гострий пульпіт постійного зуба (<i>дифузний</i>)	189
Гострий пульпіт постійного зуба (<i>гнійний</i>)	191
Хронічний фіброзний пульпіт постійного зуба	192
Хронічний фіброзний пульпіт постійного зуба (<i>загострення</i>)	194
Хронічний гіпертрофічний пульпіт постійного зуба	196
Хронічний гангренозний пульпіт постійного зуба	198
Пульпіт постійного зуба, ускладнений періодонтитом	199

2.4. ПЕРІОДОНТИТ

ТИМЧАСОВИХ І ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

Гострий періодонтит тимчасового зуба	201
Хронічний періодонтит тимчасового зуба	203
Хронічний періодонтит тимчасового зуба (<i>загострення</i>)	205
Гострий періодонтит постійного зуба	207
Хронічний періодонтит постійного зуба	209
Хронічний періодонтит постійного зуба (<i>загострення</i>)	211

2.5. ЗАХВОРЮВАННЯ ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ

Гінгівіт катаральний (<i>гострий</i>)	213
Гінгівіт катаральний (<i>хронічний</i>)	215
Гінгівіт гіпертрофічний (<i>фіброзна форма</i>)	217
Гінгівіт гіпертрофічний (<i>гранулююча форма</i>)	220
Гінгівіт виразковий	223
Пародонтит локалізований	227
Пародонтит генералізований	229

2.6. ЗАХВОРЮВАННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ

ПОХОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ

Герпесвірусні інфекційні хвороби (<i>гострий герпетичний стоматит</i>)	233
Герпесвірусні інфекційні хвороби (<i>рецидивуючий герпес</i>)	235
ВІЛ/СНІД	237
Кандидози слизової оболонки порожнини рота (<i>гострі</i>)	240
Кандидози слизової оболонки порожнини рота (<i>хронічні</i>)	241
Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит	243
Багатоформна ексудативна еритема	244
Лейкоплакія	245
Червоний плесканий лишай	246

Розділ 3. ДИТЯЧА ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

3.1. ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТКАНИН

ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ

Запальні хвороби щелеп (<i>гострий серозний одонтогенний періостит</i>)	253
Запальні хвороби щелеп (<i>гострий гнійний одонтогенний періостит</i>)	254

Запальні хвороби щелеп (<i>хронічний одонтогенний періостит</i>)	256
Запальні хвороби щелеп (<i>гострий одонтогенний остеомієліт</i>)	257
Гострий гематогенний остеомієліт щелепи	259
Хронічний одонтогенний остеомієліт щелепи	261
Флегмона та абсцес порожнини рота. Флегмона обличчя	262
Фурункул та карбункул (<i>фурункул обличчя</i>)	264
Фурункул та карбункул (<i>карбункул обличчя</i>)	265
Гострий серозний лімфаденіт обличчя, голови та шиї (<i>одонтогенний, неодонтогенний</i>)	267
Гострий гнійний лімфаденіт обличчя, голови та шиї (<i>одонтогенний, неодонтогенний</i>)	268
Хронічний лімфаденіт (<i>одонтогенний, неодонтогенний</i>)	269
Хвороби слинних залоз	271
Хвороби слинних залоз (<i>хронічний сіалоаденіт</i>)	273
Хвороби слинних залоз (<i>калькульозний сіалоаденіт</i>)	275
Гострий гайморит (<i>одонтогенний</i>)	276
Хронічний гайморит (<i>одонтогенний</i>)	278
3.2. ЗАХВОРЮВАННЯ	
СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА	
Запальні захворювання СНЩС	280
Дистрофічні захворювання СНЩС	282
3.3. ПУХЛИНИ ТА ПУХЛИНОПОДІБНІ НОВОУТВОРЕННЯ	
СЛИННИХ ЗАЛОЗ	
Доброякісні новоутворення великих слинних залоз	285
Пухлиноподібні новоутворення слинних залоз	287
Доброякісні новоутворення м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки (<i>фіброма</i>)	288
Доброякісні новоутворення м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки (<i>рабдоміома</i>)	289
Доброякісні новоутворення м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки (<i>папілома</i>)	290
Доброякісні новоутворення м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки (<i>атерома</i>)	291
Невуси	292
Гемангіоми лица	293
Лімфангіоми лица	295
Піогенна гранульома	297
Доброякісні новоутворення периферичних нервів та вегетативної нер- вової системи (<i>нейрофіброма</i>)	298
Доброякісні новоутворення периферичних нервів та вегетативної нер- вової системи (<i>дермоїдні та епідермоїдні кісти</i>)	299
Доброякісні новоутворення кісток щелепно-лицьової ділянки (<i>амелобластома</i>)	300

Доброякісні новоутворення кісток щелепно-лицьової ділянки (<i>тверда одонтома</i>)	301
Доброякісні новоутворення кісток щелепно-лицьової ділянки (<i>м'яка одонтома</i>)	303
Доброякісні новоутворення кісток щелепно-лицьової ділянки (<i>цементома</i>)	304
Епуліс	305
Доброякісні новоутворення кісток щелепно-лицьової ділянки (<i>остеома</i>)	306
Системні пухлиноподібні новоутворення обличчя (<i>фіброзна дисплазія</i>)	307
Гігантоклітинна гранульома, центральна	309
Периферійна гігантоклітинна гранульома	311
Системні пухлиноподібні новоутворення кісток лиця	312
Коренева кіста	313
Кісти, що утворилися в процесі формування зубів	314
3.4. ТРАВМАТИЧНІ ПОШКОДЖЕННЯ	
Травми м'яких тканин	316
Термічні та хімічні опіки голови та шиї	318
Відмороження	319
Перелом зуба	321
Вивих зуба	322
Переломи нижньої щелепи	324
Переломи кісток вилиці та верхньої щелепи (<i>травматичний перелом верхньої щелепи</i>)	327
Переломи кісток вилиці та верхньої щелепи (<i>переломи виличної кістки та дуги</i>)	329
Поеднана щелепно-лицьова травма	330
Вивих щелепи. Синдром больової дисфункції скронево-нижньо- щелепного суглоба	332
3.5. АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ	
Щілина твердого та м'якого піднебіння і губи, двостороннє	334
Щілина твердого піднебіння з розщіленою м'якого	337
Щілина піднебіння серединна	337
Щілина язичка	337
Щілина твердого та м'якого піднебіння і губи, одностороннє	339
Щілина губи двостороння	342
Щілина губи серединна	342
Щілина губи одностороння	342
Щілина твердого піднебіння і губи двостороння	344
Щілина піднебіння і губи одностороння	344
Щілина м'якого піднебіння і губи двостороння	344
Коротка вуздечка язика	347

Основні аномалії розмірів щелеп.	348
Макростомія.	351
Мікростомія.	351
Щелепно-лицьовий дизостоз.	352
Синдроми вроджених вад, що впливають на зовнішній вигляд обличчя (<i>синдром П'єра-Робена аномалад</i>).	354
Синдроми вроджених вад, що впливають на зовнішній вигляд обличчя (<i>синдром Ван-Дер-Вуда</i>).	356
Синдроми вроджених вад, що впливають на зовнішній вигляд обличчя (<i>синдром Трічера-Колінза</i>).	358
Синдроми вроджених вад, що впливають на зовнішній вигляд обличчя (<i>ото-палато-дигітальний синдром</i>).	360
Синдроми вроджених вад, що впливають на зовнішній вигляд обличчя (<i>оро-фаціально-дигітальний синдром</i>).	362
Уроджені кісти та нориці (<i>присередня кіста шиї</i>).	365
Уроджені кісти та нориці (<i>бічна кіста шиї</i>).	366
Уроджені кісти та нориці (<i>нориці шиї</i>).	367

Розділ 4. ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

4.1. ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ

ОДОНТОГЕННОГО ПОХОДЖЕННЯ

Періодонтит.	371
Періостит.	372
Остеомієліт щелеп.	374
Флегмони щелепно-лицьової ділянки.	375
Одонтогенний гайморит.	377

4.2. ЗАХВОРЮВАННЯ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Сіалоаденіти.	379
Сіалолітіазис, слиннокам'яна хвороба.	381
Сіалози.	383

4.3. ЗАХВОРЮВАННЯ

СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

Гострий артрит скронево-нижньощелепного суглоба.	385
Хронічний артрит-артроз скронево-нижньощелепного суглоба ..	386
Хронічний артрит скронево-нижньощелепного суглоба.	388
Артроз скронево-нижньощелепного суглоба.	389

4.4. КІСТИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ

Кісти щелепно-лицьової ділянки.	391
---	-----

4.5. ДЕФОРМАЦІЇ ЩЕЛЕП ТА ПРИКУСУ

Нижня мікро- та ретрогнатія.	393
--------------------------------------	-----

Верхня мікро- та ретрогнатія	394
Аномалія положення зубів	397
4.6. ТРАВМИ ЩЕЛЕП І М'ЯКИХ ТКАНИН	
ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ	
Поверхневі травми голови та шиї, забій м'яких тканин, гематоми, садна	399
Переломи нижньої щелепи	401
Переломи верхньої щелепи	404
Переломи вилицевого комплексу	405
Доброякісні пухлини	407

Розділ 5. ОРТОДОНЦІЯ

5.1. ПАТОЛОГІЯ ЗУБІВ ТА ЗУБНИХ РЯДІВ	
Аномалія положення зубів	411
Аномалії розмірів та форми зубів	413
Аденгія	415
Надкомплектні зуби	418
Ретенувані зуби	419
Скупченість зубів	422
Треми та діастеми	424
5.2. ПАТОЛОГІЯ ПРИКУСУ В САГІТАЛЬНІЙ ПЛОЩИНІ	
Дистальний прикус	427
Мезіальний прикус	431
5.3. ПАТОЛОГІЯ ПРИКУСУ В ВЕРТИКАЛЬНІЙ ПЛОЩИНІ	
Глибокий прикус	435
Відкритий прикус	438
5.4. ПАТОЛОГІЯ ПРИКУСУ	
В ТРАНСВЕРЗАЛЬНІЙ ПЛОЩИНІ	
Косий (перехресний) прикус	441

Розділ 6. ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

6.1. ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБА	
Хвороби твердих тканин зуба (<i>протезування вкладками</i>)	447
Хвороби твердих тканин зуба (<i>протезування депульпованих зубів вкладками</i>)	449
Хвороби твердих тканин зуба (<i>протезування напівкоронками та тричетвертними коронками</i>) ...	450
Хвороби твердих тканин зуба (<i>протезування штампованими коронками</i>)	452

Хвороби твердих тканин зуба (протезування литими, полімерними та керамічними коронками)....	453
Хвороби твердих тканин зуба (протезування штифтовими конструкціями).....	455

6.2. ОРТОПЕДИЧНІ ВТРУЧАННЯ

ПРИ ПАТОЛОГІЧНОМУ СТИРАННІ ЗУБІВ

Патологічне стирання зубів (горизонтальна локалізована форма) ..	457
Патологічне стирання зубів (горизонтальна генералізована форма) ...	459
Патологічне стирання зубів (вертикальна форма)	461
Патологічне стирання зубів (змішана форма).....	462

6.3. АДЕНТІЯ ЧАСТКОВА ВТОРИННА

Аденція часткова вторинна (I клас за Kennedy).....	465
Аденція часткова вторинна (II клас за Kennedy).....	467
Аденція часткова вторинна (III клас за Kennedy).....	469
Аденція часткова вторинна (IV клас за Kennedy).....	471

6.4. АДЕНТІЯ ЧАСТКОВА ВТОРИННА, УСКЛАДНЕНА ДЕФОРМАЦІЄЮ ЗУБНИХ ДУГ

Аденція часткова вторинна, ускладнена деформацією зубних дуг (зубоальвеолярна форма).....	473
Аденція часткова вторинна, ускладнена деформацією зубних дуг (зубна форма I-III ступеня).....	475

6.5. АДЕНТІЯ ПОВНА ВТОРИННА

Аденція повна вторинна	477
------------------------------	-----

6.6. ПАРОДОНТИТ, ПАРОДОНТОЗ

Пародонтит локалізований (гострий).....	479
Пародонтит локалізований (хронічний).....	481
Пародонтит локалізований (загострення).....	484
Пародонтит генералізований (гострий).....	486
Пародонтит генералізований (ремісія).....	488
Пародонтоз (ремісія).....	491
Пародонтоз (загострення).....	493

6.7. ЗАХВОРЮВАННЯ

СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

Артрит скронево-нижньощелепного суглоба	496
Артроз скронево-нижньощелепного суглоба	498
Вивихи скронево-нижньощелепного суглоба	500
Підвивихи скронево-нижньощелепного суглоба	502
Дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба	504

ПЕРЕДМОВА

Сьогодні в Україні відбувається глобальне реформування організації надання медичної допомоги, і одним з основних питань, яке постало перед стоматологічною громадськістю, є розробка єдиних підходів до організації та технології надання стоматологічних послуг.

Ми повинні досить виважено й безпомилково прийти до створення і введення стандартів надання стоматологічної допомоги і, таким чином, забезпечити організаційно-правові основи надання стоматологічних послуг. Для створення стандартів необхідні великі кошти. Оскільки реально ні держава, ні Асоціація стоматологів України таких грошей не мають, то першим кроком, який ми можемо зробити, є протоколи.

В даному виданні подані затверджені Міністерством охорони здоров'я України Протоколи надання медичної допомоги за спеціальностями «терапевтична стоматологія», «ортопедична стоматологія», «хірургічна стоматологія», «дитяча терапевтична стоматологія», «дитяча хірургічна стоматологія» та «ортодонтія», які в подальшому повинні бути всебічно обговорені та відповідним чином доопрацьовані для отримання практично безпомилкової основи для створення стандартів.

Разом з тим, запровадження даних протоколів має сприяти підвищенню загального рівня надання стоматологічної допомоги пацієнтам. Рівень професійної підготовки лікаря може залежати від дуже багатьох факторів: теоретичних знань та практичного досвіду, стажу роботи, його таланту та інтуїції тощо, що суттєво впливає на якість лікування хворого. А розроблені на основі багаторічних надбань вітчизняної та зарубіжної медичної науки та практики протоколи дозволять привести роботу спеціалістів стоматологічного профілю до єдиного стандарту.

Хочу висловити щиру подяку всім колегам, які взяли участь у підготовці цього видання, та маю надію, що запровадження протоколів об'єднає всіх стоматологів - як науковців, так і практикуючих лікарів, у розумінні єдиної системи діагностики та лікування в усіх стоматологічних закладах та в усіх регіонах України, забезпечить юридичний захист сучасного лікаря-стоматолога, а також виведе нас на новий якісний рівень надання стоматологічної допомоги.

*Головний стоматолог
МОЗ України
Віце-президент Асоціації
стоматологів України*

Юрій Опанасюк

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

ВІЛ	- вірус імунодефіциту людини
В/В	- внутрішньовенно
В/М	- внутрішньом'язево
ГРВЗ	- гострі респіраторні вірусні захворювання
ДМСО	- розчин димексиду
ЕОД	- електроодонтодіагностика
КІ	- розчин йодистого калію
КПВ	- карієс пломбовані та видалені (зуби)
КТ	- комп'ютерна томографія
МРТ	- магнітно-резонансна томографія
НВЧ	- надвисокі частоти
ОЦК	- об'єм циркулюючої крові
СНІД	- синдром набутого імунодефіциту
СНЩС	- скронево-нижньощелепний суглоб
ТЕР-тест	- тест кислотної резистентності емалі
УВЧ	- ультрависокі частоти
УЗД	- ультразвукове дослідження
УФО	- ультрафіолетове опромінювання
УФ-терапія	- ультрафіолетова терапія
ШОЕ	- швидкість осідання еритроцитів
ЩЛД	- щелепно-лицьова ділянка

Розділ 1.

ТЕРАПЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

*За редакцією головного спеціаліста
з терапевтичної стоматології МОЗ України,
професора, завідувача кафедри терапевтичної стоматології
Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця
А.В. Борисенка*

УКЛАДАЧІ:

Борисенко А.В., головний спеціаліст з терапевтичної стоматології МОЗ України, професор, завідувач кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Політун А.М., доктор медичних наук, професор кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Несин О.Ф., доцент кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Сідельнікова Л.Ф., доцент кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця.

1.1. КАРІЄС ЗУБІВ

МКХ-іо к 02.0-02.9

Початковий
карієс постійних зубів
(гострий)

Клінічна форма - початковий карієс постійних зубів,
гострий перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- скарги на косметичний дефект твердих тканин зуба - виникнення пігментованої плями;
- скарги на появу незначної чутливості, оскоми від різних подразників, переважно хімічних (кисле, солодке);
- плями з'являються після прорізування зуба;
- наявність плям (білих, крейдоподібного відтінку або пігментованих) з матовою поверхнею;
- найчастіше вони виникають у ретенційних пунктах (місцях ретенції залишків їжі) - фісурах, ямках жувальної та інших поверхонь зубів, пришийковій ділянці;
- локалізація плям - найчастіше у фісурах молярів та премолярів, на контактній поверхні зубів, у пришийковій ділянці вестибулярних поверхонь зубів;
- на окремих ділянках емалі зубів виникають тьмяні, позбавлені природньої прозорості, матові, матово-білі з крейдоподібним відтінком плями;
- ділянка емалі білого кольору, втратила природний блиск, матового відтінку, поверхня емалі шорсткувата, при зондуванні - безболісна, досить тверда;
- при зондуванні - може відмічатися шорсткість, незначна податливість та болючість поверхні плями;
- спочатку плями невеликих розмірів, але поступово прогресуючи, збільшуються у розмірах; з часом може виникнути каріозна порожнина.

Допоміжні:

- ефективним методом діагностики та диференційної діагностики гострого початкового карієсу є використання кольорових реакцій з різними барвниками - 2% водний розчин метиленового синього, 0,1% водний розчин метиленового червоного, кармін, конгорот, тропеолін тощо;
- з цією метою можливе використання спеціальних препаратів барвників, наприклад, Caries marker (VOCO), Caries Detector (Hager & Werken), Seek (Ultradent), «Радсидент» (Радуга-Р) тощо;
- для визначення карієсрезистентності емалі використовують ТЕР-тест: метод прижиттєвого (вітального) забарвлювання емалі 2% водним розчином метиленового синього. Протравлені кислотою ділянки емалі забарвлюються у різної інтенсивності синій колір, який оцінюють за 10-бальною шкалою;
- для оцінки гігієнічного стану порожнини рота використовують індекс гігієни Федорова-Володкіної, індекс гігієни Грін-Вермільона тощо.

ЛІКУВАННЯ

Місцеве:

- проведення професійної гігієни порожнини рота;
- навчання пацієнта раціональній індивідуальній гігієні порожнини рота;
- індивідуальний підбір засобів гігієни порожнини рота та зубної щітки;
- призначення лікувально-профілактичних зубних паст, що містять кальцій, фториди, мінеральні речовини; сольових паст тощо;
- ремінералізуюча терапія з використанням препаратів фтору, кальцію, ремінералізуючих розчинів, фторовмісних лаків тощо;
- герметизація (неінвазивна, інвазивна) фісур жувальних зубів (цементами, герметиками хімічної та світлової полімеризації);
- електрофорез препаратів фтору - наприклад, 1-2% розчин натрію фториду (5-6 сеансів);
- електрофорез препаратів кальцію - 10% розчин глюконату кальцію, хлориду кальцію, 2,5% розчин гліцерофосфату кальцію (5-6 сеансів);
- електрофорез ремінералізуючих препаратів типу «Ремодент» тощо.

Загальне:

- нормалізація дієти з обмеженням вживання легкозасвоєваних вуглеводів - не більше 30 г цукру на добу;
- у разі необхідності (наприклад, вагітним) - призначення комплексних препаратів кальцію, фтору, мікроелементів, вітамінів (курс 30 днів, двічі на рік).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо раціональної гігієни порожнини рота та методики чищення зубів;
- щодо призначення індивідуальних засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;

- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди, солі кальцію та мінеральні солі.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Звернення до лікаря не рідше 1 разу на рік, у разі декомпенсованого перебігу карієсу - частіше.

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ

У разі ефективності проведеного лікування - зникнення або зменшення розміру плям (білих, крейдоподібного відтінку); підвищення карієсрезистентності емалі (ТЕР-тест), відновлення природного блиску емалі; можлива пігментація плями з ущільненням її поверхні.

У разі неефективності проведеного лікування - виникнення каріозної порожнини у межах емалі (поверхневий карієс) і подальший розвиток каріозного процесу; виникнення нових осередків каріозного ураження на інших зубах.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Стабілізація каріозного процесу - повне зникнення плями або її пігментація (жовта, жовто-коричнева) з наявністю твердої гладенької поверхні емалі у цій ділянці.

МКХ-10 к 02.0-02.9

Початковий
карієс постійних зубів
(хронічний)

Клінічна форма - початковий карієс постійних зубів,
хронічний перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- скарги на косметичний дефект твердих тканин зуба - виникнення пігментованої плями; больові відчуття відсутні;
- поява на поверхні емалі зубів жовтих або коричневих плям;
- плями з'являються після прорізування зуба;
- найчастіше вони виникають у так званих ретенційних пунктах

- (місцях ретенції залишків їжі) - фісурах, ямках жувальної та інших поверхонь зубів, пришийковій ділянці;
- локалізація плям - найчастіше у фісурах молярів та премолярів, на контактній поверхні зубів, у пришийковій ділянці вестибулярних поверхонь зубів;
- в уражених ділянках емалі після висушування повітрям їх поверхня стає матовою; при зондуванні - плями безболісні і мають дещо шорстку поверхню;
- з часом може відбуватися збільшення розмірів плями або виникає каріозна порожнина.

Допоміжні:

- ефективним методом діагностики та диференційної діагностики гострого початкового карієсу є використання кольорових реакцій з різними барвниками - 2% водний розчин метиленового синього, 0,1% водний розчин метиленового червоного, кармін, конгорот, тропеолін тощо;
- з цією метою можливе використання спеціальних препаратів барвників, наприклад, Caries marker (VOCO), Caries Detector (Hager & Werken), Seek (Ultradent), «Радсидент» (Радуга-Р) тощо;
- для визначення карієсрезистентності емалі використовують ТЕР-тест: метод прижиттєвого (вітального) забарвлювання емалі 2% водним розчином метиленового синього. Протравлені кислотою ділянки емалі забарвлюються у різної інтенсивності синій колір, який оцінюють за 10-бальною шкалою;
- для оцінки гігієнічного стану порожнини рота використовують індекс гігієни Федорова-Володкіної, індекс гігієни Грін-Вермільона тощо.

ЛІКУВАННЯ

Місцеве:

- проведення професійної гігієни порожнини рота;
- навчання пацієнта раціональній індивідуальній гігієні порожнини рота;
- індивідуальний підбір засобів гігієни порожнини рота та зубної щітки;
- призначення лікувально-профілактичних зубних паст, що містять кальцій, фториди, мінеральні речовини; сольових паст тощо;
- коли каріозні плями розміщені на фронтальних зубах і є косметичними дефектами, їх можна зішліфувати з поверхні емалі з подальшою обробкою цих ділянок ремінералізуючими засобами;
- перед зішліфовуванням доцільне застосування відбілюючих засобів, які містять перекис карбаміду для зменшення рівня пігментації плями і відповідно меншого об'єму видалення емалі;
- ремінералізуючу терапію та електрофорез проводять у разі необхідності після зашліфовування при некомпенсованому перебігу карієсу.

Для цього використовують:

- ремінералізуючу терапію з використанням препаратів фтору, кальцію, ремінералізуючих розчинів, фторовмісних лаків тощо;
- герметизацію (неінвазивну, інвазивну) фісур жувальних зубів цементами, герметиками хімічної та світлової полімеризації;
- електрофорез препаратів фтору - 1-2% розчин натрію фториду тощо (5-6 сеансів);
- електрофорез препаратів кальцію - 10% розчин глюконату кальцію, хлориду кальцію, 2,5% розчин гліцерофосфату кальцію (5-6 сеансів);
- електрофорез ремінералізуючих препаратів типу «Ремодент» тощо;
- якщо для повного усунення плями необхідно видалити значну кількість емалі, то утворений дефект відновлюють композиційними матеріалами або компомерами;
- темно-коричневі та чорні каріозні плями є проявами карієсу, що зупинився (стаціонарного карієсу) і, як правило, не потребують спеціального ремінералізуючого лікування, крім випадків їх видалення препаратом як косметичних дефектів.

Загальне:

- нормалізація дієти з обмеженням вживання легкозасвоюваних вуглеводів - не більше 30 г цукру на добу;
- у разі необхідності (наприклад, вагітним) - призначення комплексних препаратів кальцію, фтору, мікроелементів, вітамінів (курс 30 днів, двічі на рік).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо раціональної гігієни порожнини рота та методики чищення зубів;
- щодо призначення індивідуальних засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди, солі кальцію та мінеральні солі.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Звернення до лікаря не рідше 1 разу на рік; у разі декомпенсованого перебігу карієсу - частіше.

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ

У разі ефективності проведеного лікування - зменшення розміру пігментованої плями, ущільнення її поверхні, зменшення інтенсивності

її забарвлення 2% водним розчином метиленового синього за 10-бальною шкалою, відновлення природного блиску емалі. Можлива більш інтенсивна пігментація плями з ущільненням її поверхні - наявність такого косметичного дефекту допускають на бокових зубах.

Уразі неефективності проведеного лікування - виникнення каріозної порожнини у межах емалі (поверхневий карієс) і подальший розвиток каріозного процесу; виникнення нових осередків каріозного ураження на інших зубах.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Стабілізація каріозного процесу - зменшення розміру пігментованої плями, зменшення інтенсивності її забарвлення, ущільнення її поверхні. На бокових зубах як ефективний результат допускається інтенсивна пігментація плями з ущільненням її поверхні.

МКХ-10 К 02.0-02.9

Поверхневий карієс постійних зубів (гострий)

Клінічна форма – поверхневий карієс постійних зубів,
гострий перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- скарги на незначний біль, частіше - відчуття оскоми в зубі, які виникають від хімічних подразників і швидко проходять після припинення їх дії;
- можливий короткочасний біль від температурних та механічних подразників, частіше - в місці локалізації дефекту;
- наявність крейдоподібного кольору плями чи дефекту на поверхні емалі, частіше - в ретенційних пунктах (місцях ретенції залишків їжі): фісурах, ямках жувальної та інших поверхонь зубів, пришийкової ділянці;
- поява крейдоподібного кольору плями чи дефекту емалі відмічається через деякий час після прорізування зуба;

- у ділянці крейдоподібного кольору ураження емалі виявляється неглибокий дефект - каріозна порожнина, розміщена в межах емалі, краї дефекту нерівні;
- каріозна порожнина розташована у межах емалі зі збереженням цілості емалево-дентинного з'єднання;
- при зондуванні - відмічається шорсткість, розм'якшення емалі, затримка зонда;
- інколи на фоні білої каріозної плями відмічається лише шорстка при зондуванні поверхня, проте при подальшому препаруванні під нею виявляється осередок розм'якшеної емалі.

Допоміжні:

- ефективним методом діагностики та диференційної діагностики гострого початкового карієсу є використання кольорових реакцій з різними барвниками - 2% водний розчин метиленового синього, 0,1% водний розчин метиленового червоного, кармін, конгорот, тропеолін тощо;
- з цією метою можливе використання спеціальних препаратів барвників, наприклад, Caries marker (VOCO), Caries Detector (Hager & Werken), Seek (Ultradent), «Радсидент» (Радуга-Р) тощо метод прижиттєвого (вітального) забарвлювання за допомогою 2% водного розчину метиленового синього (пошкоджені ділянки емалі забарвлюються).

ЛІКУВАННЯ

Місцеве:

- проведення професійної гігієни порожнини рота;
- навчання пацієнта раціональній індивідуальній гігієні порожнини рота;
- індивідуальний підбір засобів гігієни порожнини рота та зубної щітки;
- призначення лікувально-профілактичних зубних паст, що містять кальцій, фториди, мінеральні речовини; сольових паст тощо;
- місцеве знеболювання (анестетики);
- препарування каріозної порожнини;
- пломбування каріозної порожнини:
 - при локалізації каріозної порожнини *на вестибулярній поверхні фронтальних зубів і премолярів* - пломбування композитами, компомерами, склоіономерними, силікатними цементами;
 - при локалізації каріозної порожнини *на жувальній поверхні молярів* - препарування та пломбування каріозної порожнини діаметром до 2 мм амальгамою, композитом, компомером чи склоіономерним цементом;
 - якщо площа каріозного ураження більша ніж 2 мм - препарування та пломбування всіх фісур жувальної поверхні моляра;

- покриття інших крейдоподібного кольору ділянок фісур жувальної поверхні молярів герметиком;
- при наявності значної кількості каріозних плям і дефектів емалі - ремінералізуюча терапія з використанням препаратів фтору, кальцію, ремінералізуючих розчинів, фторовмісних лаків тощо;
- герметизація (неінвазивна, інвазивна) фісур жувальних зубів цементами, герметиками хімічної та світлової полімеризації;
- електрофорез препаратів фтору - наприклад, 1-2% розчин натрію фториду (5-6 сеансів);
- електрофорез препаратів кальцію - 10% розчин глюконату кальцію, хлориду кальцію, 2,5% розчин гліцерофосфату кальцію (5-6 сеансів);
- електрофорез ремінералізуючих препаратів типу «Ремодент» тощо.

Загальне:

- нормалізація дієти з обмеженням вживання легкозасвоюваних вуглеводів - не більше 30 г цукру на добу;
- у разі необхідності (наприклад, вагітним) - призначення комплексних препаратів кальцію, фтору, мікроелементів, вітамінів (курс 30 днів, двічі на рік).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо раціональної гігієни порожнини рота та методики чищення зубів;
- щодо призначення індивідуальних засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди, солі кальцію та мінеральні солі.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Звернення до лікаря не рідше 1 разу на рік, у разі декомпенсованого перебігу карієсу - частіше.

МОЖЛИВИ РЕЗУЛЬТАТИ

Уразі ефективності проведеного лікування - пломба повністю заповнює каріозний дефект, при зондуванні не відмічається щілини між пломбою і твердими тканинами зуба. Відновлені форма, функція та косметичні якості зуба. Відмічається стабілізація каріозного процесу, відсутність ознак вторинного карієсу.

Уразі неефективності проведеного лікування - виникнення каріозної порожнини у межах емалі (вторинний поверхневий карієс) або подальше прогресування каріозного процесу (виникнення середнього карієсу); виникнення нових осередків каріозного ураження на інших зубах.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Стабілізація каріозного процесу - збереження пломби протягом тривалого часу, відновлення форми, функції та косметичних якостей зуба.

МКХ-10 К 02.0-02.9

**ПОВЕРХНЕВИЙ
карієс постійних зубів
(хронічний)**

Клінічна форма - поверхневий карієс постійних зубів,
хронічний перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ**Клінічні:**

- скарги на біль практично відсутні;
- можливий короткочасний біль від хімічних, температурних та механічних подразників (який відразу припиняється після їх усунення), частіше - в місці локалізації каріозного дефекту;
- наявність жовто-коричневого або коричневого кольору плями чи дефекту на поверхні емалі, частіше - в ретенційних пунктах (місцях ретенції залишків їжі): фісурах, ямках жувальної та інших поверхонь зубів, пришийковій ділянці;
- поява жовто-коричневого або коричневого кольору плями чи дефекту емалі відмічається через деякий час після прорізування зуба;
- на поверхні емалі виявляються неглибокі (у межах емалі) порожнини, які виповнені досить щільною емаллю жовто-коричневого або коричневого кольору зі збереженням цілості емалево-дентинного з'єднання;
- у ділянці жовто-коричневого або коричневого кольору ураження емалі виявляється неглибокий дефект - порожнина, розміщена в межах емалі, краї дефекту нерівні;
- каріозна порожнина має широкий, розкритий, без навислих країв вхідний отвір;
- ураження виповнені досить щільною емаллю жовто-коричневого або коричневого кольору;
- при зондуванні відмічається шорсткість, розм'якшення емалі, затримка зонда;

- зондування каріозного дефекту практично безболісне;
- при локалізації хронічного поверхневого карієсу в ділянці фісур їх краї можуть бути збережені.

Допоміжні:

- ефективним методом діагностики та диференційної діагностики хронічного початкового карієсу є використання кольорових реакцій з різними барвниками - 2% водний розчин метиленового синього, 0,1% водний розчин метиленового червоного, кармін, конгорот, тропеолін тощо;
- з цією метою можливе використання спеціальних препаратів барвників, наприклад, Caries marker (VOCO), Caries Detector (Hager & Werken), Seek (Ultradent), «Радсидент» (Радуга-Р) тощо метод прижиттєвого (вітального) забарвлювання за допомогою 2% водного розчину метиленового синього (пошкоджені ділянки емалі забарвлюються)

ЛІКУВАННЯ

Місцеве:

- проведення професійної гігієни порожнини рота;
- навчання пацієнта раціональній індивідуальній гігієні порожнини рота;
- індивідуальний підбір засобів гігієни порожнини рота та зубної щітки;
- призначення лікувально-профілактичних зубних паст, що містять кальцій, фториди, мінеральні речовини; сольових паст тощо;
- місцеве знеболювання (анестетики);
- препарування каріозної порожнини;
- пломбування каріозної порожнини:
 - при локалізації каріозної порожнини *на вестибулярній поверхні фронтальних зубів і премолярів* - пломбування композитами, компомерами, склоіономерними, силікатними цементами;
 - при локалізації каріозної порожнини *на жувальній поверхні молярів* - препарування та пломбування каріозної порожнини діаметром до 2 мм амальгамою, композитом, компомером чи склоіономерним цементом;
 - якщо площа каріозного ураження більша ніж 2 мм - препарування та пломбування всіх фісур жувальної поверхні моляра;
 - покриття інших зміненого кольору ділянок фісур жувальної поверхні молярів герметиком;
 - при наявності значної кількості каріозних плям і дефектів емалі - ремінералізуюча терапія з використанням препаратів фтору, кальцію, ремінералізуючих розчинів, фторовмісних лаків тощо;
 - герметизація (неінвазивна, інвазивна) фісур жувальних зубів цементами, герметиками хімічної та світлової полімеризації;

- електрофорез препаратів фтору - 1-2% розчин натрію фториду тощо (5-6 сеансів);
- електрофорез препаратів кальцію - 10% розчин глюконату кальцію, хлориду кальцію, 2,5% розчин гліцерофосфату кальцію (5-6 сеансів);
- електрофорез ремінералізуючих препаратів типу «Ремодент» тощо.

Загальне:

- нормалізація дієти з обмеженням вживання легкозасвоюваних вуглеводів - не більше 30 г цукру на добу;
- у разі необхідності (наприклад, вагітним) - призначення комплексних препаратів кальцію, фтору, мікроелементів, вітамінів (курс 30 днів, двічі на рік).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо раціональної гігієни порожнини рота та методики чищення зубів;
- щодо призначення індивідуальних засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди, солі кальцію та мінеральні солі.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Звернення до лікаря не рідше 1 разу на рік, у разі декомпенсованого перебігу карієсу - частіше.

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ

У разі ефективності проведеного лікування - пломба повністю заповнює каріозний дефект, при зондуванні не відмічається щілини між пломбою і твердими тканинами зуба. Відновлені форма, функція та косметичні якості зуба. Відмічається стабілізація каріозного процесу, відсутність ознак вторинного карієсу. На бокових зубах як ефективний результат допускається інтенсивна пігментація плями (без подальшого утворення каріозної порожнини) з ущільненням її поверхні.

У разі неефективності проведеного лікування - виникнення каріозної порожнини у межах емалі (вторинний поверхневий карієс) або подальше прогресування каріозного процесу (виникнення середнього карієсу); виникнення нових осередків каріозного ураження на інших зубах).

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Стабілізація каріозного процесу - збереження пломби протягом тривалого часу, відновлення форми, функції та косметичних якостей зуба.

МКХ-10 К 02.0-02.9

Середній
карієс постійних зубів
(гострий)

Клінічна форма - середній карієс постійних зубів,
гострий перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- скарга на незначний біль, а частіше - відчуття оскоми в зубі, які виникають від хімічних подразників і швидко проходять після припинення їх дії;
- можливий короткочасний біль від температурних та механічних подразників, частіше - в місці локалізації дефекту;
- наявність крейдоподібного кольору плями з каріозним дефектом у її центрі на поверхні зуба, частіше - в ретенційних пунктах (місцях ретенції залишків їжі): фісурах, ямках жувальної та інших поверхонь зубів, пришийковій ділянці;
- поява крейдоподібного кольору плями і каріозного дефекту твердих тканин зуба відмічається через деякий час після прорізування зуба;
- у ділянці крейдоподібного кольору ураження емалі виявляється неглибокий дефект - каріозна порожнина, розміщена у межах плащового дентину, краї дефекту нерівні крейдоподібного кольору;
- каріозна порожнина має вузький вхідний отвір, найбільшу ширину біля емалево-дентинного з'єднання і поступово звужується у напрямку до пульпи;
- при зондуванні відмічається шорсткість, розм'якшення емалі, розм'якшений дентин, який вистилає каріозну порожнину сіро-білого або жовтуватого кольору, рідше - він дещо пігментований;
- розм'якшений дентин може мати хрящеподібну консистенцію і знімається інструментом (екскаватором) пластинами;
- зондування каріозної порожнини - малоболісне, за винятком стінок у ділянці емалево-дентинного з'єднання;
- реакція на перкусію - безболісна;
- температурна проба - біль від холодного (води), що зникає відразу після усунення подразника.

Допоміжні:

- рентгенографія - наявність каріозної порожнини у твердих тканинах коронки зуба;
- визначення порога больової електростимуляції пульпи методом електроодонтодіагностики - вона реагує больовим відчуттям на силу струму 6-12 мкА.

ЛІКУВАННЯ**Місцеве:**

- проведення професійної гігієни порожнини рота;
- навчання пацієнта раціональній індивідуальній гігієні порожнини рота;
- індивідуальний підбір засобів гігієни порожнини рота та зубної щітки;
- призначення лікувально-профілактичних зубних паст, що містять кальцій, фториди, мінеральні речовини; сольових паст тощо;
- місцеве знеболювання (анестетики);
- препарування каріозної порожнини;
- пломбування каріозної порожнини:
 - при локалізації каріозної порожнини *на вестибулярній поверхні фронтальних зубів і премолярів* - пломбування композитами, компомерами, склоіономерними, силікатними цементами;
 - при локалізації каріозної порожнини *на жувальній поверхні молярів* - препарування та пломбування каріозної порожнини діаметром до 2 мм амальгамою, композитом, компомером чи склоіономерним цементом;
 - якщо площа каріозного ураження більша ніж 2 мм - препарування та пломбування всіх фісур жувальної поверхні моляра;
 - при пломбуванні композитами хімічної полімеризації, силікатними цементами та амальгамою - обов'язково ізолююча прокладка із фосфат-цементу або склоіономерного цементу;
 - покриття інших зміненого кольору ділянок фісур жувальної поверхні молярів герметиком;
 - при наявності значної кількості каріозних плям і дефектів емалі - ремінералізуюча терапія з використанням препаратів фтору, кальцію, ремінералізуючих розчинів, фторовмісних лаків тощо;
 - герметизація (неінвазивна, інвазивна) фісур жувальних зубів цементами, герметиками хімічної та світлової полімеризації;
 - електрофорез препаратів фтору - 1-2% розчин натрію фториду тощо (5-6 сеансів);
 - електрофорез препаратів кальцію - 10% розчин глюконату кальцію, хлориду кальцію, 2,5% розчин гліцерофосфату кальцію (5-6 сеансів);
 - електрофорез ремінералізуючих препаратів типу «Ремодент» тощо.

Загальне:

- нормалізація дієти з обмеженням вживання легкозасвоюваних вуглеводів - не більше 30 г цукру на добу;
- у разі необхідності (наприклад, вагітним) - призначення комплексних препаратів кальцію, фтору, мікроелементів, вітамінів (курс 30 днів, двічі на рік).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо раціональної гігієни порожнини рота та методики чищення зубів;
- щодо призначення індивідуальних засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди, солі кальцію та мінеральні солі.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Звернення до лікаря не рідше 1 разу на рік, у разі декомпенсованого перебігу карієсу - частіше.

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ

У разі ефективності проведеного лікування - пломба повністю заповнює каріозний дефект, при зондуванні не відмічається щілини між пломбою і твердими тканинами зуба. Відновлені форма, функція та косметичні якості зуба. Відмічається стабілізація каріозного процесу, відсутність ознак вторинного карієсу.

У разі неефективності проведеного лікування - виникнення каріозної порожнини у межах емалі (вторинний середній карієс) або подальше прогресування каріозного процесу (виникнення глибокого карієсу); виникнення нових осередків каріозного ураження на інших зубах. Можливе виникнення запалення пульпи (пульпіт) або періодонта (періодонтит).

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Стабілізація каріозного процесу - збереження пломби протягом тривалого часу, відновлення форми, функції та косметичних якостей зуба.

МКХ-10 К 02.0-02.9

Середній карієс постійних зубів (хронічний)

Клінічна форма - середній карієс постійних зубів,
хронічний перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- має практично безсимптомний перебіг;
- можливі скарги на незначний біль, частіше - відчуття оскоми в зубі, які виникають від хімічних подразників і швидко проходять після припинення їх дії;
- можливий короткочасний біль від температурних та механічних подразників, частіше - в місці локалізації дефекту;
- наявність каріозної порожнини на поверхні зуба, частіше - в ретенційних пунктах (місцях ретенції залишків їжі): фісурах, ямках жувальної та інших поверхонь зубів, пришийковій ділянці;
- поява каріозної порожнини у твердих тканин зуба відмічається через деякий час після прорізування зуба;
- каріозна порожнина розміщена у межах плащового дентину, краї дефекту нерівні, пігментовані (жовто-коричневого, коричневого кольору);
- каріозна порожнина має широкий вхідний отвір, найбільшу ширину біля емалево-дентинного з'єднання;
- при зондуванні відмічається шорсткість, розм'якшення емалі, розм'якшений дентин, який вистилає каріозну порожнину пігментований;
- зондування каріозної порожнини - малоболісне, за винятком стінок у ділянці емалево-дентинного з'єднання;
- реакція на перкусію - безболісна;
- температурна проба - можливий біль від холодного (води), що зникає відразу після усунення подразника.

Допоміжні:

- рентгенографія - наявність каріозної порожнини у твердих тканинах коронки зуба;
- визначення порога больової електрозбудливості пульпи методом електроодонтодіагностики - вона реагує больовим відчуттям на силу струму 6-12 мкА.

ЛІКУВАННЯ

Місцеве:

- проведення професійної гігієни порожнини рота;
- навчання пацієнта раціональній індивідуальній гігієні порожнини рота;
- індивідуальний підбір засобів гігієни порожнини рота та зубної щітки;
- призначення лікувально-профілактичних зубних паст, що містять кальцій, фториди, мінеральні речовини; сольових паст тощо;
- місцеве знеболювання (анестетики);
- препарування каріозної порожнини;
- *пломбування каріозної порожнини:*
 - при локалізації каріозної порожнини *на вестибулярній поверхні фронтальних зубів і премолярів* - пломбування композитами, компомерами, *склоіономершми*, силікатними цементами;
 - при локалізації каріозної порожнини *на жувальній поверхні молярів* - препарування та пломбування каріозної порожнини діаметром до 2 мм амальгамою, композитом, компомером чи склоіономерним цементом;
 - якщо площа каріозного ураження більша ніж 2 мм - препарування та пломбування всіх фісур жувальної поверхні моляра;
 - при пломбуванні композитами хімічної полімеризації, силікатними цементами та амальгамою - обов'язково ізолююча прокладка із фосфат-цементу або склоіономерного цементу;
 - покриття інших зміненого кольору ділянок фісур жувальної поверхні молярів герметиком;
 - при наявності значної кількості каріозних плям і дефектів емалі - ремінералізуюча терапія з використанням препаратів фтору, кальцію, ремінералізуючих розчинів, фторовмісних лаків тощо;
 - герметизація (неінвазивна, інвазивна) фісур жувальних зубів цементами, герметиками хімічної та світлової полімеризації;
 - електрофорез препаратів фтору - 1-2% розчин натрію фториду тощо (5-6 сеансів);
 - електрофорез препаратів кальцію - 10% розчин глюконату кальцію, хлориду кальцію, 2,5% розчин гліцерофосфату кальцію (5-6 сеансів);
 - електрофорез ремінералізуючих препаратів типу «Ремодент» тощо.

Загальне:

- нормалізація дієти з обмеженням вживання легкозасвоюваних вуглеводів - не більше 30 г цукру на добу;

- у разі необхідності (наприклад, вагітним) - призначення комплексних препаратів кальцію, фтору, мікроелементів, вітамінів (курс 30 днів, двічі на рік).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо раціональної гігієни порожнини рота та методики чищення зубів;
- щодо призначення індивідуальних засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди, солі кальцію та мінеральні солі.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Звернення до лікаря не рідше 1 разу на рік, у разі декомпенсованого перебігу карієсу - частіше.

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ

У разі ефективності проведеного лікування - пломба повністю заповнює каріозний дефект, при зондуванні не відмічається щілини між пломбою і твердими тканинами зуба. Відновлені форма, функція та косметичні якості зуба. Відмічається стабілізація каріозного процесу, відсутність ознак вторинного карієсу.

У разі неефективності проведеного лікування - виникнення каріозної порожнини у межах емалі (вторинний середній карієс) або подальше прогресування каріозного процесу (виникнення глибокого карієсу); виникнення нових осередків каріозного ураження на інших зубах. Можливе виникнення запалення пульпи (пульпіт) або періодонта (періодонтит).

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Стабілізація каріозного процесу - збереження пломби протягом тривалого часу, відновлення форми, функції та косметичних якостей зуба.

МКХ-10 К 02.0-02.9

Глибокий карієс постійних зубів (гострий)

Клінічна форма - глибокий карієс постійних зубів,
гострий перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- скарги на біль, частіше - відчуття оскоми в зубі, які виникають від хімічних подразників і швидко проходять після припинення їх дії;
- можливий короткочасний біль від температурних та механічних подразників, частіше - в місці локалізації каріозного дефекту;
- наявність каріозної порожнини на різних поверхнях зуба, частіше - в ретенційних пунктах (місцях ретенції залишків їжі): фісурах, ямках жувальної, контактних та інших поверхонь зубів, пришийковій ділянці;
- поява каріозної порожнини у твердих тканин зуба відмічається через деякий час після прорізування зуба;
- каріозна порожнина розміщена у межах навколопульпарного дентину з навислими краями емалі;
- у ділянці крейдоподібного кольору ураження емалі виявляється глибокий дефект - каріозна порожнина, розміщена у межах навколопульпарного дентину, краї дефекту нерівні крейдоподібного кольору;
- каріозна порожнина має відносно вузький вхідний отвір, найбільшу ширину біля емалево-дентинного з'єднання і поступово розширюється у напрямку до пульпи;
- при зондуванні відмічається шорсткість, розм'якшення емалі, розм'якшений дентин, який вистилає каріозну порожнину сіро-білого або жовтуватого кольору, рідше - він дещо пігментований;
- розм'якшений дентин може мати хрящоподібну консистенцію і зніматися інструментом (екскаватором) пластами;
- при зондуванні відмічається болісність у ділянці емалево-дентинного з'єднання, а також (менш виражена) на дні порожнини в точках найбільш тонкого дентину над пульпою;
- у точках проекції рогів пульпи склепіння порожнини зуба дуже тонке, дентин розм'якшений і його дуже легко проткнути зондом і поранити пульпу. Це супроводжується різким болем і появою у каріозній порожнині краплини крові;
- реакція на перкусію - безболісна;

- температурна проба - різкий біль від холодного (води), що зникає відразу після усунення подразника.

Допоміжні:

- рентгенографія - наявність каріозної порожнини у твердих тканинах коронки зуба;
- визначення порога больової електрозбудливості пульпи методом електроодонтодіагностики - вона реагує больовим відчуттям на силу струму 6-12 мкА.

ЛІКУВАННЯ

Місцеве:

- проведення професійної гігієни порожнини рота;
- навчання пацієнта раціональній індивідуальній гігієні порожнини рота;
- індивідуальний підбір засобів гігієни порожнини рота та зубної щітки;
- призначення лікувально-профілактичних зубних паст, що містять кальцій, фториди, мінеральні речовини; сольових паст тощо;
- місцеве знеболювання (анестетики);
- препарування каріозної порожнини;
- антисептична обробка каріозної порожнини теплим (36-37°C) 0,02% розчином фурациліну, мікроциду, 0,5% розчином етонію, 0,01% розчином хлоргексидину біглюконату та іншими не подразнюючими антимікробними засобами;
- лікування гострого глибокого карієсу проводять у два відвідування.

/відвідань хворого:

- на дно каріозної порожнини накладають лікувальну прокладку і закривають порожнину тимчасовою пломбою;
- лікувальними прокладками можуть бути: антибактеріальні пасти, що пригнічують мікрофлору, й одонтотропні (пластикостимулюючі) пасти, що стимулюють відкладення пульпою вторинного дентину;
- у разі відстроченого (через декілька місяців) лікування гострого глибокого карієсу каріозну порожнину закривають тимчасовою пломбою із цинк-фосфатного або склоіономерного цементу. При відсутності скарг після закінчення цього терміну (через півроку, рік) у подальшому проводять пломбування каріозної порожнини композиційними матеріалами.

// відвідань хворого:

- постійне пломбування каріозної порожнини:
 - при локалізації каріозної порожнини *на вестибулярній поверхні фронтальних зубів і премолярів* - пломбування композитами, компомерами, склоіономерними, силікатними цементами;

- при локалізації каріозної порожнини *на жувальній поверхні молярів* - препарування та пломбування каріозної порожнини діаметром до 2 мм амальгамою, композитом, компомером чи склоіономерним цементом;
- якщо площа каріозного ураження більша ніж 2 мм - препарування та пломбування всіх фісур жувальної поверхні моляра;
- при пломбуванні композитами хімічної полімеризації, силікатними цементами та амальгамою на лікувальну прокладку накладають ізолюючу прокладку - із фосфат-цементу або склоіономерного цементу;
- покриття інших зміненого кольору ділянок фісур жувальної поверхні молярів герметиком;
- при наявності значної кількості каріозних плям і дефектів емалі - ремінералізуюча терапія з використанням препаратів фтору, кальцію, ремінералізуючих розчинів, фторовмісних лаків тощо;
- герметизація (неінвазивна, інвазивна) фісур жувальних зубів цементами, герметиками хімічної та світлової полімеризації;
- електрофорез препаратів фтору - наприклад, 1-2% розчин натрію фториду (5-6 сеансів);
- електрофорез препаратів кальцію - 10% розчин глюконату кальцію, хлориду кальцію, 2,5% розчин гліцерофосфату кальцію (5-6 сеансів);
- електрофорез ремінералізуючих препаратів типу «Ремодент» тощо;
- при декомпенсованому перебігу карієсу чи поганій гігієні порожнини рота при виборі пломбувального матеріалу перевагу слід надавати склоіономерним цементам.

Загальне:

- нормалізація дієти з обмеженням вживання легкозасвоюваних вуглеводів - не більше 30 г цукру на добу;
- у разі необхідності (наприклад, вагітним) - призначення комплексних препаратів кальцію, фтору, мікроелементів, вітамінів (курс 30 днів, двічі на рік).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо раціональної гігієни порожнини рота та методики чищення зубів;
- щодо призначення індивідуальних засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди, солі кальцію та мінеральні солі.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Звернення до лікаря не рідше 1 разу на рік, у разі декомпенсованого перебігу карієсу - частіше.

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ

У разі ефективності проведеного лікування - пломба повністю заповнює каріозний дефект, при зондуванні не відмічається щілини між пломбою і твердими тканинами зуба. Відновлені форма, функція та косметичні якості зуба. Відмічається стабілізація каріозного процесу, відсутність ознак вторинного карієсу.

У разі неефективності проведеного лікування - виникнення каріозної порожнини у межах емалі (вторинний глибокий карієс) або подальше прогресування каріозного процесу: виникнення запалення пульпи (пульпіт) або періодонта (періодонтит); виникнення нових осередків каріозного ураження на інших зубах.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Стабілізація каріозного процесу - збереження пломби протягом тривалого часу, відновлення форми, функції та косметичних якостей зуба.

МКХ-10 к 02.0-02.9

Глибокий карієс
постійних зубів
(хронічний)

Клінічна форма - глибокий карієс постійних зубів,
хронічний перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ**Клінічні:**

- має практично безсимптомний перебіг;
- можливий короточасний біль від хімічних, температурних та механічних подразників, частіше - в місці локалізації каріозного дефекту;
- наявність каріозної порожнини на різних поверхнях зуба, частіше - в ретенційних пунктах (місцях ретенції залишків їжі): фісурах, ямках жувальної, контактних та інших поверхонь зубів, пришийковій ділянці;

- поява каріозної порожнини у твердих тканин зуба відмічається через деякий час після прорізування зуба;
- каріозна порожнина розміщена у межах навколопульпарного дентину, займає значну частину коронки зуба, дефект відкритий назовні - навислі краї емалі відламуються внаслідок їх крихкості;
- каріозна порожнина має широкий вхідний отвір, її ширина практично однакова біля емалево-дентинного з'єднання і поблизу пульпи;
- краї дефекту нерівні пігментовані (жовто-коричневого, коричневого кольору);
- при зондуванні відмічається шорсткість, розм'якшення емалі, розм'якшений дентин, що вистилає каріозну порожнину, пігментований;
- зондування каріозної порожнини - малоболісне, за винятком стінок у ділянці емалево-дентинного з'єднання;
- реакція на перкусію - безболісна;
- температурна проба - можливий біль від холодного (води), що зникає відразу після усунення подразника.

Допоміжні:

- рентгенографія - наявність каріозної порожнини у твердих тканинах коронки зуба;
- визначення порога больової електрозбудливості пульпи методом електроодонтодіагностики - вона реагує больовим відчуттям на силу струму 6-12 мкА.

ЛІКУВАННЯ

Місцеве:

- проведення професійної гігієни порожнини рота;
- навчання пацієнта раціональній індивідуальній гігієні порожнини рота;
- індивідуальний підбір засобів гігієни порожнини рота та зубної щітки;
- призначення лікувально-профілактичних зубних паст, що містять кальцій, фториди, мінеральні речовини; сольових паст тощо;
- місцеве знеболювання (анестетики);
- препарування каріозної порожнини;
- пломбування каріозної порожнини:
 - при локалізації каріозної порожнини *на вестибулярній поверхні фронтальних зубів і премолярів* - пломбування композитами, компомерами, склоіономерними, силікатними цементами;
 - при локалізації каріозної порожнини *на жувальній поверхні молярів* - препарування та пломбування каріозної порожнини діаметром до 2 мм амальгамою, композитом, компомером чи склоіономерним цементом;

- якщо площа каріозного ураження більша ніж 2 мм - препарування та пломбування всіх фісур жувальної поверхні моляра;
- при пломбуванні композитами хімічної полімеризації, силікатними цементами та амальгамою - обов'язково ізолююча прокладка із фосфат-цементу або склоіономерного цементу;
- покриття інших зміненого кольору ділянок фісур жувальної поверхні молярів герметиком;
- при наявності значної кількості каріозних плям і дефектів емалі - ремінералізуюча терапія з використанням препаратів фтору, кальцію, ремінералізуючих розчинів, фторовмісних лаків тощо;
- герметизація (неінвазивна, інвазивна) фісур жувальних зубів цементами, герметиками хімічної та світлової полімеризації;
- електрофорез препаратів фтору - наприклад, 1-2% розчин натрію фториду (5-6 сеансів);
- електрофорез препаратів кальцію - 10% розчин глюконату кальцію, хлориду кальцію, 2,5% розчин гліцерофосфату кальцію (5-6 сеансів);
- електрофорез ремінералізуючих препаратів типу «Ремодент» тощо;
- при декомпенсованому перебігу карієсу чи поганій гігієні порожнини рота при виборі пломбувального матеріалу перевагу слід надавати склоіономерним цементам.

Загальне:

- нормалізація дієти з обмеженням вживання легкозасвоюваних вуглеводів - не більше 30 г цукру на добу;
- у разі необхідності (наприклад, вагітним) - призначення комплексних препаратів кальцію, фтору, мікроелементів, вітамінів (курс 30 днів, двічі на рік).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо раціональної гігієни порожнини рота та методики чищення зубів;
- щодо призначення індивідуальних засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди, солі кальцію та мінеральні солі.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Звернення до лікаря не рідше 1 разу на рік, у разі декомпенсованого перебігу карієсу - частіше.

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ

У разі ефективності проведеного лікування - пломба повністю заповнює каріозний дефект, при зондуванні не відмічається щілини між пломбою і твердими тканинами зуба. Відновлені форма, функція та косметичні якості зуба. Відмічається стабілізація каріозного процесу, відсутність ознак вторинного карієсу.

У разі неефективності проведеного лікування - виникнення каріозної порожнини у межах емалі (вторинний глибокий карієс) або подальше прогресування каріозного процесу: виникнення запалення пульпи (пульпіт) або періодонта (періодонтит); виникнення нових осередків каріозного ураження на інших зубах.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Стабілізація каріозного процесу - збереження пломби протягом тривалого часу, відновлення форми, функції та косметичних якостей зуба.

1.2. ПУЛЬПІТ

МКХ-іо к 04.00

Початковий пульпіт

(гіпереміяпульпи)

Клінічна форма - гострий пульпіт, гіперемія пульпи.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- локалізований спонтанний біль 1-3 хв. з великими проміжками (інтермісіями) до 12-24 год.;
- біль від температурних подразників, протягом 1-3 хв.;
- больові напади частіше виникають уночі;
- біль виникла вперше добу тому;
- глибока каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину;
- дентин розм'якшений, слабопігментований, хрящоподібної консистенції або малорозм'якшений з різкою пігментацією (хронічний карієс);
- при зондуванні виявляється помірний біль у ділянці проекції рогу пульпи;
- температурна проба - біль від холодного (води), що триває 1-2 хв. і зникає після усунення подразника;
- реакція на перкусію - безболісна.

ЛІКУВАННЯ

Місцеве

Біологічний (консервативний) метод лікування пульпіту

Івідвідання хворого:

- антисептична обробка ротової порожнини;
- знеболювання (інфільтраційне, провідникове);
- репарування каріозної порожнини;
- у разі хронічного перебігу каріозного процесу з утворенням прошарку замісного дентину проводять розкриття рогу пульпи для кращого доступу медикаментозних препаратів;

- антисептична обробка каріозної порожнини;
- на дно каріозної порожнини накладають лікувальну пасту (при розкритому розі пульпи можна замість пасти залишити ватну кульку, змочену медикаментами);
- найчастіше використовують різні пасти, що містять гідроксид кальцію. Можна застосувати також інші лікарські засоби - антибіотики та їх комбінації, поєднання сульфаніламідних препаратів з антибіотиками, кортикостероїдами, кальцієвмісні засоби, ферментні препарати, препарати нітрофуранового ряду, глікозаміноглікани тощо, за-криття каріозної порожнини герметичною пов'язкою.

// відвідання хворого:

- у разі наявності навіть незначного болю, підвищення реакції на термічні подразники, перкусію та збільшення електрозбудливості пульпи чи наявності хоча б одного з перерахованих симптомів - повторюють сеанс лікування;
- через 5-7 днів при незадовільних результатах, наростанні процесу запалення - консервативне лікування слід замінити на хірургічний метод (ампутація чи екстирпація пульпи);
- при відсутності больової реакції - проводять подальше лікування;
- антисептична обробка ротової порожнини;
- у разі застосування лікарської пасти з кортикостероїдами її обережно замінюють на препарати на основі гідроксиду кальцію з непрямим чи прямим покриттям пульпи;
- ізолююча прокладка (**не використовувати цинк-фосфатний цемент!**);
- пломбування каріозної порожнини, а при необхідності - відновлення коронки зуба цементами, компомерами, композиційними матеріалами, срібною амальгамою тощо залежно від топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба. Можливе відстрочене пломбування, тоді каріозну порожнину закривають тимчасовою пломбою з тимчасового пломбувального матеріалу.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо раціональної гігієни порожнини рота та методики чищення зубів;
- щодо призначення індивідуальних засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди, солі кальцію та мінеральні солі.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Звернення до лікаря не рідше 1 разу на рік, у разі декомпенсованого перебігу карієсу - частіше.

Огляд лікаря протягом 12 місяців, терміни спостереження:

- 1-й раз - через 2 тижні (скарги, ЕОД),
 - 2-й раз - через 3 місяці (скарги, ЕОД),
 - 3-й раз - через 6 місяців (скарги, ЕОД, рентгенографія),
 - 4-й раз - через 12 місяців (скарги, ЕОД, рентгенографія);
- контроль гігієни порожнини рота;
 - раціональне харчування з обмеженням вживання легкозасвоюваних вуглеводів.

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ

У разі ефективності проведеного лікування - відсутність скарг на больові відчуття у зубі, безболісна реакція на перкусію, відсутність патологічних змін на слизовій оболонці в проекції коренів ураженого зуба.

У разі неефективності проведеного лікування - виникнення вторинного карієсу, прогресування запального процесу у пульпі і перехід у інші форми гострого чи хронічного пульпіту.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Стабілізація каріозного процесу - збереження пломби протягом тривалого часу, відновлення форми, функції та косметичних якостей зуба.

МКХ-іо. к 04.01

Гострий пульпіт
(обмежений)

Клінічна форма - гострий обмежений пульпіт.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- біль гострий, локалізований, нападopodobний, спонтанний, тривалість нападу 15-30 хв., безбольові (світлі) проміжки - 2-3 год.;
- напад болю може виникнути під впливом різних подразників (температурних, хімічних тощо);
- больові напади підсилюються і частішають уночі;
- біль виник уперше 2-3 доби тому;
- глибока каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину;

- дентин розм'якшений, слабо пігментований, хрящоподібної консистенції або малорозм'якшений з різкою пігментацією (хронічний карієс);
- при зондуванні виявляється помірний біль в точці, відповідно проекції запаленого рогу пульпи;
- температурна проба - від холодної води виникає напад болю (тепло зменшує інтенсивність больового відчуття);
- реакція на перкусію - безболісна.

Допоміжні

Знижена електрозбудливість пульпи при електроодонтодіагностиці до 20 мкА.

ЛІКУВАННЯ

Місцеве

Вибір методу лікування пульпіту залежить від ряду факторів.

Біологічний (консервативний) метод лікування пульпіту - застосовують при тривалості хвороби не більше доби; локалізації каріозної порожнини на жувальній або контактній поверхні (вище екватора зуба), у практично здорових осіб молодого віку, у разі компенсованої чи субкомпенсованої форми карієсу.

Ампутація пульпи (вітальна чи девітальна) - застосовують у осіб молодого віку при неефективності біологічного методу лікування, у жувальних зубах при наявності каріозної порожнини II класу за Блеком.

Екстирпація пульпи (вітальна чи девітальна) - застосовують при неефективності методу вітальної ампутації, при наявності каріозної порожнини II—V класів за Блеком, при лікуванні фронтальних (однокореневих) зубів.

Девітальні методи лікування - застосовують при наявності протипоказань до місцевого знеболювання.

Біологічний (консервативний) метод лікування пульпіту

I відвідання хворого:

- антисептична обробка ротової порожнини;
- знеболювання (інфільтраційне, провідникове);
- препарування каріозної порожнини;
- у разі хронічного перебігу каріозного процесу з утворенням прошарку замісного дентину проводять розкриття рогу пульпи для кращого доступу медикаментозних препаратів;
- антисептична обробка каріозної порожнини;
- на дно каріозної порожнини накладають лікувальну пасту (при розкритому розі пульпи можна замість пасти залишити ватну кульку, змочену медикаментами);

- найчастіше використовують різні пасти, що містять гідроксид кальцію. Можна застосувати також інші лікарські засоби - антибіотики та їх комбінації, поєднання сульфаніламідних препаратів з антибіотиками, кортикостероїдами, кальцієвмісні засоби, ферментні препарати, препарати нітрофуранового ряду, глікозаміноглікани тощо;
- закриття каріозної порожнини герметичною пов'язкою.

//відвіданняхворого:

- у разі наявності навіть незначного болю, підвищення реакції на термічні подразники, перкусію та збільшення електростимульованості пульпи чи наявності хоча б одного з перерахованих симптомів - повторюють сеанс лікування;
- через 5-7 днів при незадовільних результатах, наростанні процесу запалення - консервативне лікування слід замінити на хірургічний метод (ампутація чи екстирпація);
- при відсутності больової реакції - проводять подальше лікування;
- антисептична обробка ротової порожнини;
- у разі застосування лікарської пасти з кортикостероїдами її обережно замінюють на препарати на основі гідроксиду кальцію з непрямим чи прямим покриттям пульпи;
- ізолююча прокладка (**невикористовуватицинк-фосфатнийцемент!**);
- пломбування каріозної порожнини, а при необхідності - відновлення коронки зуба цементами, компомерами, композиційними матеріалами, срібною амальгамою тощо залежно від топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба. Можливе відстрочене пломбування, тоді каріозну порожнину закривають тимчасовою пломбою з тимчасового пломбувального матеріалу.

Ампутація пульпи - вітальна:

- антисептична обробка ротової порожнини;
- знеболювання (інфільтраційне, провідникове);
- препарування каріозної порожнини зуба з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи (пульпотомія);
- медикаментозна обробка культі пульпи;
- припинення кровотечі культі пульпи;
- нанесення лікувальної пасти на культю пульпи - рекомендуються пасти протизапальної та одонтотропної дії, препарати на основі гідроксиду кальцію;
- ізолююча прокладка (**невикористовуватицинк-фосфатнийцемент!**);
- пломбування каріозної порожнини, а при необхідності - відновлення

коронки зуба цементами, компомерами, композиційними матеріалами, срібною амальгамою тощо залежно від топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба. Можливе відстрочене пломбування, тоді каріозну порожнину закривають тимчасовою пломбою з тимчасового пломбувального матеріалу.

Ампутація пульпи - девітальна

Гвідвіданняхворого:

- антисептична обробка ротової порожнини;
- препарування каріозної порожнини зуба (розкриття і часткова некромотія каріозної порожнини) з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- у разі хронічного перебігу каріозного процесу з утворенням прошарку замісного дентину проводять розкриття рогу пульпи для кращого доступу медикаментозних препаратів;
- накладання девіталізуючої пасти (миш'яковистої, параформальдегідної тощо);
- закриття каріозної порожнини герметичною пов'язкою.

Певідвіданняхворого:

- антисептична обробка ротової порожнини;
- препарування каріозної порожнини зуба з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи (пульпотомія). Можливе розкриття устів каналів та резекція пульпи з устів каналів списоподібним бором, або бором Gates-Glidden;
- медикаментозна обробка культі пульпи (розчином фурациліну, 1% розчином хлоргексидину тощо);
- припинення кровотечі культі пульпи;
- нанесення лікувальної пасти на культю пульпи - рекомендуються муміфікуючі, метаплазуючі й одонтотропні пасти;
- ізолююча прокладка;
- пломбування каріозної порожнини, а при необхідності - відновлення коронки зуба цементами, компомерами, композиційними матеріалами, срібною амальгамою тощо залежно від топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба. Можливе відстрочене пломбування, тоді каріозну порожнину закривають тимчасовою пломбою з тимчасового пломбувального матеріалу.

Екстирпація пульпи - вітальна:

- антисептична обробка ротової порожнини;
- знеболювання (інфільтраційне, провідникове);

- препарування каріозної порожнини зуба з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи (пульпотомія);
- медикаментозна обробка культі пульпи;
- припинення кровотечі культі пульпи;
- розкриття устів корневих каналів;
- екстирпація кореневої пульпи (пульпектомія);
- зупинка кровотечі у кореновому каналі;
- інструментальна та медикаментозна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням відповідного розміру ендодонтичних інструментів;
- для медикаментозної обробки корневих каналів застосовують не подразнюючі періодонт та швидкодійні медикаментозні препарати - розчини антисептиків: галогени та окислювачі (1% розчин гіпохлориту натрію, 1% розчин хлоргексидину, 1% розчин йодинолу, 3% розчин перекису водню тощо); четвертинні амонієві сполуки (0,5-1% розчин етонію, 1% розчин бензалконію хлориду, 0,15% розчин декаметоксину); фенольні сполуки (5% розчин фенолу, 1% розчин камфоро-парамонохлорфенолу та їх комплексні препарати); нітрофурани, антибактеріальні препарати тощо;
- пломбування кореневого каналу (каналів) у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих пломб;
- пломбування каріозної порожнини, а при необхідності - відновлення коронки зуба цементами, компомерами, композиційними матеріалами, срібною амальгамою тощо залежно від топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба. Можливе відстрочене пломбування, тоді каріозну порожнину закривають тимчасовою пломбою з тимчасового пломбувального матеріалу.

Екстирпація пульпи - девітальна

I відвідання хворого:

- антисептична обробка ротової порожнини;
- препарування каріозної порожнини зуба (розкриття і часткова некротомія каріозної порожнини) з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- у разі хронічного перебігу каріозного процесу з утворенням прошарку замісного дентину проводять розкриття рогу пульпи для кращого доступу медикаментозних препаратів;
- накладання девіталізуючої пасти (миш'яковистої, параформальдегідної тощо);
- закриття каріозної порожнини герметичною пов'язкою.

//відвіданняхворого:

- антисептична обробка ротової порожнини;
- препарування каріозної порожнини зуба з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи (пульпотомія);
- медикаментозна обробка культі пульпи;
- припинення кровотечі культі пульпи;
- розкриття устів кореневих каналів;
- екстирпація кореневої пульпи (пульпектомія);
- зупинка кровотечі у кореновому каналі;
- інструментальна та медикаментозна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням відповідного розміру ендодонтичних інструментів;
- для медикаментозної обробки кореневих каналів застосовують не подразнюючі періодонт та швидкодійчі медикаментозні препарати - розчини антисептиків: галогени та окислювачі (1% розчин гіпохлориту натрію, 1% розчин хлоргексидину, 1% розчин йодинолу, 3% розчин перекису водню тощо); четвертинні амонієві сполуки (0,5-1% розчин етонію, 1% розчин бензалконію хлориду, 0,15% розчин декаметоксину); фенольні сполуки (5% розчин фенолу, 1% розчин камфоро-парамонохлорфенолу та їх комплексні препарати); нітрофурани, антибактеріальні препарати тощо;
- пломбування кореневого каналу (каналів) у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих пломб;
- пломбування каріозної порожнини, а при необхідності - відновлення коронки зуба цементами, компомерами, композиційними матеріалами, срібною амальгамою тощо залежно від топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба. Можливе відстрочене пломбування, тоді каріозну порожнину закривають тимчасовою пломбою з тимчасового пломбувального матеріалу.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо раціональної гігієни порожнини рота та методики чищення зубів;
- щодо призначення індивідуальних засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди, солі кальцію та мінеральні солі.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Звернення до лікаря не рідше 1 разу на рік, у разі декомпенсованого перебігу карієсу - частіше.

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ

Уразі ефективності проведеного лікування — відсутність скарг на больові відчуття у зубі, безбольова реакція на перкусію, відсутність патологічних змін на слизовій оболонці в проекції коренів ураженого зуба.

Уразі неефективності проведеного лікування — виникнення вторинного карієсу, прогресування запального процесу у пульпі і перехід у інші форми гострого чи хронічного пульпіту.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Стабілізація каріозного процесу - збереження пломби протягом тривалого часу, відновлення форми, функції та косметичних якостей зуба.

МКХ-10 к 04.01

Гострий пульпіт

(дифузний)

Клінічна форма - гострий дифузний пульпіт.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- біль гострий, іррадіюючий, нападopodobний, спонтанний, тривалість приступу 2-4 год., безбольові (світлі) проміжки - 10-30 хв.;
- іррадіація болю по ходу гілок трійчастого нерва;
- напад болю може виникнути під впливом різних подразників (температурних, хімічних тощо);
- больові напади підсилюються і частішають уночі;
- біль виник уперше 2-3 доби тому;
- глибока каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину;
- дентин розм'якшений, слабо пігментований, хрящоподібної консистенції або малорозм'якшений з різкою пігментацією (хронічний карієс);
- при зондуванні виявляється біль по всьому дну каріозної порожнини, біль більш різкий при гострому перебігу карієсу;

- температурна проба - від холодної води виникає напад болю (тепло зменшує інтенсивність больового відчуття);
- може бути больова реакція при вертикальній перкусії ураженого зуба (явища періфокального періодонтиту).

Допоміжні

Знижена електрозбудливість пульпи при електроодонтодіагностиці до 40-50 мкА.

ЛІКУВАННЯ

Місцеве

Екстирпація пульпи - вітальна:

- антисептична обробка ротової порожнини;
- знеболювання (інфільтраційне, провідникове);
- препарування каріозної порожнини зуба з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи (пульпотомія);
- медикаментозна обробка культі пульпи;
- припинення кровотечі культі пульпи;
- розкриття устів корневих каналів;
- екстирпація кореневої пульпи (пульпектомія);
- зупинка кровотечі у кореновому каналі;
- інструментальна та медикаментозна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням відповідного розміру ендодонтичних інструментів;
- для медикаментозної обробки корневих каналів застосовують не подразнюючі періодонт та швидкодіючі медикаментозні препарати - розчинні антисептики: галогени та окислювачі (1% розчин гіпохлориту натрію, 1% розчин хлоргексидину, 1% розчин йодинолу, 3% розчин перекису водню тощо); четвертинні амонієві сполуки (0,5-1% розчин етонію, 1% розчин бензалконію хлориду, 0,15% розчин декаметоксину); фенольні сполуки (5% розчин фенолу, 1% розчин камфоро-парамонохлорфенолу та їх комплексні препарати); нітрофурані, антибактеріальні препарати тощо;
- пломбування кореневого каналу (каналів) у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих пломб;
- пломбування каріозної порожнини, а при необхідності - відновлення коронки зуба цементами, компомерами, композиційними матеріалами, срібною амальгамою тощо залежно від топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба. Можливе відстрочене пломбування, тоді каріозну порожнину закривають тимчасовою пломбою з тимчасового пломбувального матеріалу;

Екстирпація пульпи - девітальна:*I відвідання хворого:*

- антисептична обробка ротової порожнини;
- препарування каріозної порожнини зуба (розкриття і часткова некротомія каріозної порожнини) з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- у разі хронічного перебігу каріозного процесу з утворенням прошарку замісного дентину проводять розкриття рогу пульпи для кращого доступу медикаментозних препаратів;
- накладання девіталізуючої пасти (миш'яковистої, параформальдегідної тощо);
- закриття каріозної порожнини герметичною пов'язкою.

// відвідання хворого:

- антисептична обробка ротової порожнини;
- препарування каріозної порожнини зуба з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи (пульпотомія);
- медикаментозна обробка культі пульпи;
- припинення кровотечі культі пульпи;
- розкриття устів кореневих каналів;
- екстирпація кореневої пульпи (пульпектомія);
- зупинка кровотечі у кореновому каналі;
- інструментальна та медикаментозна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням відповідного розміру ендодонтичних інструментів;
- для медикаментозної обробки кореневих каналів застосовують не подразнюючі періодонт та швидкодіючі медикаментозні препарати - розчинні антисептики: галогени та окислювачі (1% розчин гіпохлориту натрію, 1% розчин хлоргексидину, 1% розчин йодинолу, 3% розчин перекису водню тощо); четвертинні амонієві сполуки (0,5-1% розчин етонію, 1% розчин бензалконію хлориду, 0,15% розчин декаметоксину); фенольні сполуки (5% розчин фенолу, 1% розчин камфоро-парамонохлорфенолу та їх комплексні препарати); нітрофурани, антибактеріальні препарати тощо;
- пломбування кореневого каналу (каналів) у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих пломб;
- пломбування каріозної порожнини, а при необхідності - відновлення коронки зуба цементами, компомерами, композиційними матеріалами, срібною амальгамою тощо залежно від топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба. Можливе відстрочене пломбування, тоді каріозну порожнину закривають тимчасовою пломбою з тимчасового пломбувального матеріалу.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо раціональної гігієни порожнини рота та методики чищення зубів;
- щодо призначення індивідуальних засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди, солі кальцію та мінеральні солі;
- раціональне харчування з обмеженням вживання легкозасвоюваних вуглеводів.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Звернення до лікаря не рідше 1 разу на рік, у разі декомпенсованого перебігу карієсу - частіше.

МОЖЛИВИ РЕЗУЛЬТАТИ

Уразі ефективності проведеного лікування — відсутність скарг на больові відчуття у зубі, безболісна реакція на перкусію, відсутність патологічних змін на слизовій оболонці в проекції коренів ураженого зуба.

Уразі неефективності проведеного лікування — виникнення вторинного карієсу, прогресування запального процесу у пульпі і перехід у інші форми гострого чи хронічного пульпіту.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Стабілізація каріозного процесу - збереження пломби протягом тривалого часу, відновлення форми, функції та косметичних якостей зуба.

МКХ-10 К 04.02

**Гнійний пульпіт
(пульпарний абсцес)**

Клінічна форма — гострий гнійний пульпіт.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- біль гострий, іррадіюючий, нападopodobний, спонтанний, пульсуючий, хвилеподібний, безбольові проміжки відсутні;
- іррадіація болю по ходу гілок трійчастого нерва;

- напад болю може виникнути під впливом різних подразників (температурних, хімічних тощо);
- при дії холодних подразників біль заспокоюється;
- больові напади підсилюються і частішають уночі;
- біль виник уперше 2-3 доби тому;
- глибока каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину;
- дентин розм'якшений, слабопігментований, хрящоподібної консистенції або малорозм'якшений з різкою пігментацією (хронічний карієс);
- при зондуванні виявляється біль по всьому дну каріозної порожнини, біль більш різкий при гострому перебігу карієсу;
- при зондуванні можна легко перфорувати склепіння порожнини зуба, при цьому виділяється крапля гною або крові, і больові відчуття зменшуються;
- температурна проба - від теплої води виникає приступ болю (холод зменшує інтенсивність больового відчуття);
- больова реакція при вертикальній перкусії ураженого зуба (явища періфокального періодонтиту).

Допоміжні

Знижена електрозбудливість пульпи при електроодонтодіагностиці вище 40-50 мкА.

ЛІКУВАННЯ

Місцеве

Екстирпація пульпи - вітальна:

- антисептична обробка ротової порожнини;
- знеболювання (інфільтраційне, провідникове);
- препарування каріозної порожнини зуба з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи (пульпотомія);
- медикаментозна обробка культі пульпи;
- припинення кровотечі культі пульпи;
- розкриття устів кореневих каналів;
- екстирпація кореневої пульпи (пульпектомія);
- зупинка кровотечі у кореновому каналі;
- інструментальна та медикаментозна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням відповідного розміру ендодонтичних інструментів;

- для медикаментозної обробки корневих каналів застосовують не подразнюючі періодонт та швидкодійні медикаментозні препарати - розчини антисептиків: галогени та окислювачі (1% розчин гіпохлориту натрію, 1% розчин хлоргексидину, 1% розчин йодінолу, 3% розчин перекису водню тощо); четвертинні амонієві сполуки (0,5-1% розчин етонію, 1% розчин бензалконію хлориду, 0,15% розчин декаметоксину); фенольні сполуки (5% розчин фенолу, 1% розчин камфоро-парамонохлорфенолу та їх комплексні препарати); нітрофурани, антибактеріальні препарати тощо;
- пломбування кореневого каналу (каналів) у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих пломб;
- пломбування каріозної порожнини, а при необхідності - відновлення коронки зуба цементами, компомерами, композиційними матеріалами, срібною амальгамою тощо залежно від топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба. Можливе відстрочене пломбування, тоді каріозну порожнину закривають тимчасовою пломбою з тимчасового пломбувального матеріалу.

Екстирпація пульпи - девітальна

Івідвіданняхворого:

- антисептична обробка ротової порожнини;
- препарування каріозної порожнини зуба (розкриття і часткова некромія каріозної порожнини) з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- у разі хронічного перебігу каріозного процесу з утворенням прошарку замісного дентину проводять розкриття рогу пульпи для кращого доступу медикаментозних препаратів;
- накладання девіталізуючої пасти (миш'яковистої, параформальдегідної тощо);
- закриття каріозної порожнини герметичною пов'язкою.

Пвідвіданняхворого:

- антисептична обробка ротової порожнини;
- препарування каріозної порожнини зуба з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи (пульпотомія);
- медикаментозна обробка культі пульпи;
- припинення кровотечі культі пульпи;
- розкриття устів корневих каналів;
- екстирпація кореневої пульпи (пульпектомія);

- зупинка кровотечі у кореновому каналі;
- інструментальна та медикаментозна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням відповідного розміру ендодонтичних інструментів;
- для медикаментозної обробки корневих каналів застосовують не подразнюючі періодонт та швидкодійчі медикаментозні препарати - розчини антисептиків: галогени та окислювачі (1% розчин гіпохлориту натрію, 1% розчин хлоргексидину, 1% розчин йодинолу, 3% розчин перекису водню тощо); четвертинні амонієві сполуки (0,5-1% розчин етонію, 1% розчин бензалконію хлориду, 0,15% розчин декаметоксину); фенольні сполуки (5% розчин фенолу, 1% розчин камфоро-парамонохлорфенолу та їх комплексні препарати); нітрофурани, антибактеріальні препарати тощо;
- пломбування кореневого каналу (каналів) у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих пломб;
- пломбування каріозної порожнини, а при необхідності - відновлення коронки зуба цементами, компомерами, композиційними матеріалами, срібною амальгамою тощо залежно від топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба. Можливе відстрочене пломбування, тоді каріозну порожнину закривають тимчасовою пломбою з тимчасового пломбувального матеріалу.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо раціональної гігієни порожнини рота та методики чищення зубів;
- щодо призначення індивідуальних засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди, солі кальцію та мінеральні солі;
- раціональне харчування з обмеженням вживання легкозасвоюваних вуглеводів.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Звернення до лікаря не рідше 1 разу на рік, у разі декомпенсованого перебігу карієсу - частіше.

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ

Уразі ефективності проведеного лікування — відсутність скарг на больові відчуття у зубі, безболісна реакція на перкусію, відсутність патологічних змін на слизовій оболонці в проекції коренів ураженого зуба.

Уразі неефективності проведеного лікування — виникнення вторинного карієсу, прогресування запального процесу у пульпі і перехід у інші форми хронічного пульпіту чи періодонтит.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Стабілізація каріозного процесу - збереження пломби протягом тривалого часу, відновлення форми, функції та косметичних якостей зуба.

МКХ-10 К 04.01

Гострий пульпіт (травматичний)

Клінічна форма — гострий травматичний пульпіт.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні

Гострий травматичний пульпіт має три форми клінічного виявлення: випадково оголена ділянка пульпи; випадкове поранення пульпи; оголення пульпи при переломі коронки зуба.

Допоміжні

Електрозбудливість пульпи при електроодонтодіагностиці до 6-12 мкА.

КЛІНІКА

Випадково оголена ділянка пульпи:

- причиною такого пульпіту може бути необережне препарування каріозної порожнини або зняття шару демінералізованого дентину екскаватором;
- ознакою оголення пульпи є оточений обідком білого предентину перфоративний отвір, з якого може виділятися крапля крові;
- оголена пульпа яскраво-червоного кольору;
- виникає гострий, короткочасний біль, який посилюється під час зондування перфорації.

Випадкове поранення пульпи:

- причиною такого пульпіту може бути необережне препарування каріозної порожнини або зняття шару демінералізованого дентину екскаватором, при цьому відбувається проникнення інструменту в тканину пульпи та її поранення;
- ознакою оголення пульпи є досить великий перфоративний отвір, через який видно поранену пульпу рожевого кольору;
- з перфоративного отвору виділяється краплями кров;

- виникає гострий, короткочасний біль, який посилюється під час зондування пульпи у ділянці перфорації.

Оголення пульпи при переломі коронки зуба:

- така клінічна картина можлива зазвичай унаслідок отриманої гострої травми;
- лінія перелому коронки зуба може проходити через рівень порожнини зуба (по екватору зуба, в ділянці шийки зуба тощо);
- тканина пульпи оголена, на значному протязі швидко інфікується;
- оголена пульпа яскраво-червоного кольору;
- виникає гострий біль, який посилюється під впливом різних зовнішніх подразників, навіть від руху повітря.

ЛІКУВАННЯ

Місцеве

Вибір методу лікування пульпіту залежить від ряду факторів.

Біологічний (консервативний) метод лікування пульпіту - застосовують при випадково оголеній ділянці пульпи. Проте його використання залежить від локалізації каріозної порожнини на жувальній або контактній поверхні (вище екватора зуба), у практично здорових осіб молодого віку, у разі компенсованої чи субкомпенсованої форми карієсу. Біологічний метод не використовують у фронтальних однокореневих зубах, де у випадку випадково оголеної пульпи необхідно застосовувати метод екстирпації пульпи.

Ампутація пульпи (вітальна) - метод вибору при випадковому пораненні пульпи у молярах і премолярах. Проте його використання залежить від локалізації каріозної порожнини на жувальній або контактній поверхні (вище екватора зуба), у практично здорових осіб молодого віку, у разі компенсованої чи субкомпенсованої форми карієсу. У фронтальних однокореневих зубах у разі випадково пораненої пульпи необхідно застосовувати метод екстирпації пульпи. Також ампутацію застосовують у осіб молодого віку при неефективності біологічного методу лікування випадково оголеної пульпи. У жувальних зубах при наявності каріозної порожнини II класу за Блеком у разі випадково пораненої пульпи нижче рівня екватора доцільно застосувати екстирпацію пульпи.

Екстирпація пульпи (вітальна чи девітальна) - метод вибору при лікуванні оголення пульпи при переломі коронки зуба. Також застосовують при неефективності методу вітальної ампутації, при наявності каріозної порожнини II—V класів за Блеком, при лікуванні гострого травматичного пульпіту фронтальних (однокореневих) зубів.

Девітальна екстирпація - застосовується при наявності протипоказань до місцевого знеболювання.

Біологічний (консервативний) метод лікування пульпиту

Ізвідданняхворого:

- антисептична обробка ротової порожнини;
- знеболювання (інфільтраційне, провідникове);
- препарування каріозної порожнини;
- у разі хронічного перебігу каріозного процесу з утворенням прошарку замісного дентину проводять розкриття рогу пульпи для кращого доступу медикаментозних препаратів;
- антисептична обробка каріозної порожнини;
- на дно каріозної порожнини накладають лікувальну пасту (при розкритому розі пульпи можна замість пасти залишити ватну кульку, змочену медикаментами);
- найчастіше використовують різні пасти, що містять гідроксид кальцію. Можна застосувати також інші лікарські засоби - антибіотики та їх комбінації, поєднання сульфаніламідних препаратів з антибіотиками, кортикостероїдами, кальцієвмісні засоби, ферментні препарати, препарати нітрофуранового ряду, глікозаміноглікани тощо;
- закриття каріозної порожнини герметичною пов'язкою.

Післявідданняхворого:

- у разі наявності навіть незначного болю, підвищення реакції на термічні подразники, перкусію та збільшення електростимульованості пульпи чи наявності хоча б одного з перерахованих симптомів - повторюють сеанс лікування;
- через 5-7 днів при незадовільних результатах, наростанні процесу запалення - консервативне лікування слід замінити на хірургічний метод (амрутація чи екстирпація пульпи);
- при відсутності больової реакції - проводять подальше лікування;
- антисептична обробка ротової порожнини;
- у разі застосування лікарської пасти з кортикостероїдами її обережно замінюють на препарати на основі гідроксиду кальцію з непрямим чи прямим покриттям пульпи;
- ізолююча прокладка (***не використовувати цинк-фосфатний цемент!***);
- пломбування каріозної порожнини, а при необхідності - відновлення коронки зуба цементами, компомерами, композиційними матеріалами, срібною амальгамою тощо залежно від топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба. Можливе відстрочене пломбування, тоді каріозну порожнину закривають тимчасовою пломбою з тимчасового пломбувального матеріалу.

Ампутація пульпи - вітальна:

- антисептична обробка ротової порожнини;

- знеболювання (інфільтраційне, провідникове);
- препарування каріозної порожнини зуба з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи (пульпотомія);
- медикаментозна обробка культі пульпи;
- припинення кровотечі культі пульпи;
- нанесення лікувальної пасти на культю пульпи, рекомендуються пасти протизапальної та одонтотропної дії, препарати на основі гідроксиду кальцію;
- ізолююча прокладка (*не використовувати цинк-фосфатний цемент!*);
- пломбування каріозної порожнини, а при необхідності - відновлення коронки зуба цементами, компомерами, композиційними матеріалами, срібною амальгамою тощо залежно від топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба. Можливе відстрочене пломбування, тоді каріозну порожнину закривають тимчасовою пломбою з тимчасового пломбувального матеріалу.

Екстирпація пульпи - вітальна:

- антисептична обробка ротової порожнини;
- знеболювання (інфільтраційне, провідникове);
- препарування каріозної порожнини зуба з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи (пульпотомія);
- медикаментозна обробка культі пульпи;
- припинення кровотечі культі пульпи;
- розкриття устів кореневих каналів;
- екстирпація кореневої пульпи (пульпектомія);
- зупинка кровотечі у кореновому каналі;
- інструментальна та медикаментозна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням відповідного розміру ендодонтичних інструментів;
- для медикаментозної обробки кореневих каналів застосовують не подразнюючі періодонт та швидкодіючі медикаментозні препарати - розчини антисептиків: галогени та окислювачі (1% розчин гіпохлориту натрію, 1% розчин хлоргексидину, 1% розчин йодинолу, 3% розчин перекису водню тощо); четвертинні амонієві сполуки (0,5-1% розчин етонію, 1% розчин бензалконію хлориду, 0,15% розчин декаметоксину); фенольні сполуки (5% розчин фенолу, 1% розчин камфоро-парамонохлорфенолу та їх комплексні препарати); нітрофурани, антибактеріальні препарати тощо;

- пломбування кореневого каналу (каналів) у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих пломб;
- пломбування каріозної порожнини, а при необхідності - відновлення коронки зуба цементами, компомерами, композиційними матеріалами, срібною амальгамою тощо залежно від топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба. Можливе відстрочене пломбування, тоді каріозну порожнину закривають тимчасовою пломбою з тимчасового пломбувального матеріалу;

Екстирпація пульпи - девітальна

Гвідвіданняхворого:

- антисептична обробка ротової порожнини;
- препарування каріозної порожнини зуба (розкриття та часткова некротомія каріозної порожнини) з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- у разі хронічного перебігу каріозного процесу з утворенням прошарку замісного дентину проводять розкриття рогу пульпи для кращого доступу медикаментозних препаратів;
- накладання девіталізуючої пасти (миш'яковистої, параформальдегідної тощо);
- закриття каріозної порожнини герметичною пов'язкою.

//відвіданняхворого:

- антисептична обробка ротової порожнини;
- препарування каріозної порожнини зуба з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи (пульпотомія);
- медикаментозна обробка культі пульпи;
- припинення кровотечі культі пульпи;
- розкриття устів корневих каналів;
- екстирпація кореневої пульпи (пульпектомія);
- зупинка кровотечі у кореновому каналі;
- інструментальна та медикаментозна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням відповідного розміру ендодонтичних інструментів;
- для медикаментозної обробки корневих каналів застосовують не подразнюючі періодонт та швидкодіючі медикаментозні препарати - розчини антисептиків: галогени та окислювачі (1% розчин гіпохлориту натрію, 1% розчин хлоргексидину, 1% розчин йодінолу, 3% розчин перекису водню тощо); четвертинні амонієві сполуки (0,5-1%

розчин етонію, 1% розчин бензалконію хлориду, 0,15% розчин декаметоксину); фенольні сполуки (5% розчин фенолу, 1% розчин камфоро-парамонохлорфенолу та їх комплексні препарати); нітрофурани, антибактеріальні препарати тощо;

- пломбування кореневого каналу (каналів) у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих пломб;
- пломбування каріозної порожнини, а при необхідності - відновлення коронки зуба цементами, компомерами, композиційними матеріалами, срібною амальгамою тощо залежно від топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба. Можливе відстрочене пломбування, тоді каріозну порожнину закривають тимчасовою пломбою з тимчасового пломбувального матеріалу.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо раціональної гігієни порожнини рота та методики чищення зубів;
- щодо призначення індивідуальних засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди, солі кальцію та мінеральні солі;
- раціональне харчування з обмеженням вживання легкозасвоюваних вуглеводів.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Звернення до лікаря не рідше 1 разу на рік, у разі декомпенсованого перебігу карієсу - частіше.

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ

Уразі ефективності проведеного лікування — відсутність скарг на больові відчуття у зубі, безболісна реакція на перкусію, відсутність патологічних змін на слизовій оболонці в проекції коренів ураженого зуба.

Уразі неефективності проведеного лікування — виникнення вторинного карієсу, прогресування запального процесу у пульпі і перехід у інші форми гострого чи хронічного пульпіту.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Стабілізація каріозного процесу - збереження пломби протягом тривалого часу, відновлення форми, функції та косметичних якостей зуба.

МКХ-10 К 04.03

Хронічний пульпіт (фіброзний)

Клінічна форма — хронічний фіброзний пульпіт.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- в анамнезі може відмічатися згадування про гострий нападopodobний біль в ураженому зубі;
- біль ниючого, тягнучого характеру на дію термічних, хімічних та механічних подразників, який повільно зникає після усунення подразника;
- виникнення ниючого болю від зміни навколишньої температури;
- глибока каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину;
- дентин розм'якшений, може бути пігментований;
- зондування дна каріозної порожнини практично безболісне, у місці перфорації — різко болісне, пульпа слабо кровоточить;
- у ділянці перфорації можна візуально виявити оголену пульпу темно-червоного кольору чи блідо-рожеву з синюшним відтінком;
- реакція на перкусію — безболісна.

Допоміжні:

- знижена електрозбудливість пульпи при електроодонтодіагностиці до 30-50 мкА;
- при рентгенологічному обстеженні можна виявити сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба.

ЛІКУВАННЯ

Місцеве

Екстирпація пульпи - вітальна:

- антисептична обробка ротової порожнини;
- знеболювання (інфільтраційне, провідникове);
- препарування каріозної порожнини зуба з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи (пульпотомія);
- медикаментозна обробка культі пульпи;
- припинення кровотечі культі пульпи;
- розкриття устів кореневих каналів;
- екстирпація кореневої пульпи (пульпектомія);
- зупинка кровотечі у кореновому каналі;

- інструментальна та медикаментозна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням відповідного розміру ендодонтичних інструментів;
- для медикаментозної обробки корневих каналів застосовують не подразнюючі періодонт та швидкодіючі медикаментозні препарати - розчини антисептиків: галогени та окислювачі (1% розчин гіпохлориту натрію, 1% розчин хлоргексидину, 1% розчин йодінолу, 3% розчин перекису водню тощо); четвертинні амонієві сполуки (0,5-1% розчин етонію, 1% розчин бензалконію хлориду, 0,15% розчин декаметоксину); фенольні сполуки (5% розчин фенолу, 1% розчин камфоро-парамонохлорфенолу та їх комплексні препарати); нітрофурани, антибактеріальні препарати тощо;
- пломбування кореневого каналу (каналів) у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих пломб;
- пломбування каріозної порожнини, а при необхідності - відновлення коронки зуба цементами, компомерами, композиційними матеріалами, срібною амальгамою тощо залежно від топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба. Можливе відстрочене пломбування, тоді каріозну порожнину закривають тимчасовою пломбою з тимчасового пломбувального матеріалу.

Екстирпація пульпи - девітальна

Відвідання хворого:

- антисептична обробка ротової порожнини;
- препарування каріозної порожнини зуба (розкриття і часткова некротомія каріозної порожнини) з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- у разі хронічного перебігу каріозного процесу з утворенням прошарку замісного дентину проводять розкриття рогу пульпи для кращого доступу медикаментозних препаратів;
- накладання девіталізуючої пасти (миш'яковистої, параформальдегідної тощо);
- закриття каріозної порожнини герметичною пов'язкою.

// відвідання хворого:

- антисептична обробка ротової порожнини;
- препарування каріозної порожнини зуба з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи (пульпотомія);
- медикаментозна обробка культі пульпи;
- припинення кровотечі культі пульпи;
- розкриття устів корневих каналів;

- екстирпація кореневої пульпи (пульпектомія);
- зупинка кровотечі у кореновому каналі;
- інструментальна та медикаментозна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням відповідного розміру ендодонтичних інструментів;
- для медикаментозної обробки корневих каналів застосовують не подразнюючі періодонт та швидкодійні медикаментозні препарати - розчини антисептиків: галогени та окислювачі (1% розчин гіпохлориту натрію, 1% розчин хлоргексидину, 1% розчин йодінолу, 3% розчин перекису водню тощо); четвертинні амонієві сполуки (0,5-1% розчин етонію, 1% розчин бензалконію хлориду, 0,15% розчин декаметоксину); фенольні сполуки (5% розчин фенолу, 1% розчин камфоро-парамонохлорфенолу та їх комплексні препарати); нітрофурани, антибактеріальні препарати тощо;
- пломбування кореневого каналу (каналів) у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих пломб;
- пломбування каріозної порожнини, а при необхідності - відновлення коронки зуба цементами, компомерами, композиційними матеріалами, срібною амальгамою тощо залежно від топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба. Можливе відстрочене пломбування, тоді каріозну порожнину закривають тимчасовою пломбою з тимчасового пломбувального матеріалу.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо раціональної гігієни порожнини рота та методики чищення зубів;
- щодо призначення індивідуальних засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди, солі кальцію та мінеральні солі;
- раціональне харчування з обмеженням вживання легкозасвоюваних вуглеводів.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Звернення до лікаря не рідше 1 разу на рік, у разі декомпенсованого перебігу карієсу - частіше.

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ

Уразі ефективності проведеного лікування - відсутність скарг на болі в відчуття у зубі, безболісна реакція на перкусію, відсутність патологічних змін на слизовій оболонці в проекції коренів ураженого зуба.

Уразі неефективності проведеного лікування — виникнення вторинного карієсу, прогресування запального процесу у пульпі і перехід у інші форми хронічного пульпіту чи періодонтит.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Стабілізація каріозного процесу - збереження пломби протягом тривалого часу, відновлення форми, функції та косметичних якостей зуба.

МКХ-Ю К04.05 Хронічний гіперпластичний пульпіт (пульпарний поліп)

Клінічна форма — хронічний гіпертрофічний пульпіт.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ**Клінічні:**

- в анамнезі може відмічатися згадування про гострий нападopodobний біль в ураженому зубі;
- скарги на біль та появу крові із каріозної порожнини при травмуванні крихтами їжі або при відсмоктуванні із зуба;
- можливий незначний біль ниючого, тягнучого характеру на дію термічних, хімічних та механічних подразників, який повільно зникає після усунення подразника;
- глибока каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину, порожнина зуба розкрита;
- каріозна порожнина виповнена м'ясистим пухлиноподібним утворенням рожево-синюшного кольору;
- дентин розм'якшений, може бути пігментований;
- зондування пульпи спричиняє болючість і кровоточивість;
- реакція на перкусію - безболісна.

Допоміжні:

- знижена електрозбудливість пульпи при електроодонтодіагностиці до 30-50 мкА;
- при рентгенологічному обстеженні можна виявити сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба.

ЛІКУВАННЯ**Місцеве****Екстирпація пульпи - вітальна:**

- антисептична обробка ротової порожнини;
- знеболювання (інфільтраційне, провідникове);

- препарування каріозної порожнини зуба з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи (пульпотомія);
- медикаментозна обробка кульги пульпи;
- припинення кровотечі кульги пульпи;
- розкриття устів корневих каналів;
- екстирпація кореневої пульпи (пульпектомія);
- зупинка кровотечі у кореновому каналі;
- інструментальна та медикаментозна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням відповідного розміру ендодонтичних інструментів;
- для медикаментозної обробки корневих каналів застосовують не подразнюючі періодонт та швидкодійні медикаментозні препарати - розчини антисептиків: галогени та окислювачі (1% розчин гіпохлориту натрію, 1% розчин хлоргексидину, 1% розчин йодінолу, 3% розчин перекису водню тощо); четвертинні амонієві сполуки (0,5-1% розчин етонію, 1% розчин бензалконію хлориду, 0,15% розчин декаметоксину); фенольні сполуки (5% розчин фенолу, 1% розчин камфоро-парамонохлорфенолу та їх комплексні препарати); нітрофурани, антибактеріальні препарати тощо;
- пломбування кореневого каналу (каналів) у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих пломб;
- пломбування каріозної порожнини, а при необхідності - відновлення коронки зуба цементами, компомерами, композиційними матеріалами, срібною амальгамою тощо залежно від топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба. Можливе відстрочене пломбування, тоді каріозну порожнину закривають тимчасовою пломбою з тимчасового пломбувального матеріалу.

Екстирпація пульпи - девітальна

Івідвідання хворого:

- антисептична обробка ротової порожнини;
- препарування каріозної порожнини зуба (розкриття і часткова некротомія каріозної порожнини) з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- накладання девіталізуючої пасти (миш'яковистої, параформальдегідної тощо);
- закриття каріозної порожнини герметичною пов'язкою.

//відвідання хворого:

- антисептична обробка ротової порожнини;
- препарування каріозної порожнини зуба з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;

- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи (пульпотомія);
- медикаментозна обробка культі пульпи;
- припинення кровотечі культі пульпи;
- розкриття устів кореневих каналів;
- екстирпація кореневої пульпи (пульпектомія);
- зупинка кровотечі у кореновому каналі;
- інструментальна та медикаментозна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням відповідного розміру ендодонтичних інструментів;
- для медикаментозної обробки кореневих каналів застосовують не подразнюючі періодонт та швидкодіючі медикаментозні препарати - розчини антисептиків: галогени та окислювачі (1% розчин гіпохлориту натрію, 1% розчин хлоргексидину, 1% розчин йодинолу, 3% розчин перекису водню тощо); четвертинні амонієві сполуки (0,5-1% розчин етонію, 1% розчин бензалконію хлориду, 0,15% розчин декаметоксину); фенольні сполуки (5% розчин фенолу, 1% розчин камфоро-парамонохлорфенолу та їх комплексні препарати); нітрофурани, антибактеріальні препарати тощо;
- пломбування кореневого каналу (каналів) у межах отвору верхівки кореня матеріалами для кореневих пломб;
- пломбування каріозної порожнини, а при необхідності - відновлення коронки зуба цементами, компомерами, композиційними матеріалами, срібною амальгамою тощо залежно від топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба. Можливе відстрочене пломбування, тоді каріозну порожнину закривають тимчасовою пломбою з тимчасового пломбувального матеріалу.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо раціональної гігієни порожнини рота та методики чищення зубів;
- щодо призначення індивідуальних засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди, солі кальцію та мінеральні солі;
- раціональне харчування з обмеженням вживання легкозасвоюваних вуглеводів.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Звернення до лікаря не рідше 1 разу на рік, у разі декомпенсованого перебігу карієсу - частіше.

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ

Уразі ефективності проведеного лікування — відсутність скарг на больові відчуття у зубі, безболісна реакція на перкусію, відсутність патологічних змін на слизовій оболонці в проекції коренів ураженого зуба.

Уразі неефективності проведеного лікування — виникнення вторинного карієсу, прогресування запального процесу у пульпі і перехід у інші форми хронічного пульпіту чи періодонтит.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Стабілізація каріозного процесу - збереження пломби протягом тривалого часу, відновлення форми, функції та косметичних якостей зуба.

МКХ-10 к 04.03

Хронічний пульпіт
(гангренозний)

Клінічна форма — хронічний гангренозний пульпіт.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- в анамнезі може відмічатися згадування про гострий нападоподібний біль в ураженому зубі;
- біль ниючого, тягнучого характеру на дію термічних теплових подразників (гаряча їжа тощо), який повільно зникає після усунення подразника;
- неприємне відчуття розпирання в зубі;
- глибока каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину, що з'єднується з порожниною зуба;
- дентин розм'якшений, може бути пігментований;
- зондування дна каріозної порожнини практично безболісне, у місці перфорації поверхнєве зондування - безболісне, глибоке зондування викликає біль і кровоточивість;
- реакція на перкусію - безболісна.

Допоміжні:

- знижена електророзбудливість пульпи при електроодонтодіагностиці до 60-80 мкА;

- при рентгенологічному обстеженні можна виявити сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба, можлива деструкція періодонтальної щілини і оточуючої кісткової тканини.

ЛІКУВАННЯ

Місцеве

Екстирпація пульпи - вітальна:

- антисептична обробка ротової порожнини;
- знеболювання (інфільтраційне, провідникове);
- препарування каріозної порожнини зуба з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи (пульпотомія);
- медикаментозна обробка культі пульпи;
- припинення кровотечі культі пульпи;
- розкриття устів кореневих каналів;
- екстирпація кореневої пульпи (пульпектомія);
- зупинка кровотечі у кореновому каналі;
- інструментальна та медикаментозна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням відповідного розміру ендодонтичних інструментів;
- для медикаментозної обробки кореневих каналів застосовують не подразнюючі періодонт та швидкодійні медикаментозні препарати - розчини антисептиків: галогени та окислювачі (1% розчин гіпохлориту натрію, 1% розчин хлоргексидину, 1% розчин йодінолу, 3% розчин перекису водню тощо); четвертинні амонієві сполуки (0,5-1% розчин етонію, 1% розчин бензалконію хлориду, 0,15% розчин декаметоксину); фенольні сполуки (5% розчин фенолу, 1% розчин камфоро-парамонохлорфенолу та їх комплексні препарати); нітрофурани, антибактеріальні препарати тощо;
- пломбування кореневого каналу (каналів) у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих пломб;
- пломбування каріозної порожнини, а при необхідності - відновлення коронки зуба цементами, компомерами, композиційними матеріалами, срібною амальгамою тощо залежно від топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба. Можливе відстрочене пломбування, тоді каріозну порожнину закривають тимчасовою пломбою з тимчасового пломбувального матеріалу.

Екстирпація пульпи - девітальна

І відвідання хворого:

- антисептична обробка ротової порожнини;

- препарування каріозної порожнини зуба (розкриття і часткова некротомія каріозної порожнини) з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- у разі хронічного перебігу каріозного процесу з утворенням прошарку замісного дентину проводять розкриття рогу пульпи для кращого доступу медикаментозних препаратів;
- накладання девіталізуючої пасти (миш'яковистої, параформальдегідної тощо);
- закриття каріозної порожнини герметичною пов'язкою.

// *відвідання хворого:*

- антисептична обробка ротової порожнини;
- препарування каріозної порожнини зуба з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи (пульпотомія);
- медикаментозна обробка культі пульпи;
- припинення кровотечі культі пульпи;
- розкриття устів корневих каналів;
- екстирпація кореневої пульпи (пульпектомія);
- зупинка кровотечі у кореновому каналі;
- інструментальна та медикаментозна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням відповідного розміру ендодонтичних інструментів;
- для медикаментозної обробки корневих каналів застосовують не подразнюючі періодонт та швидкодійні медикаментозні препарати - розчини антисептиків: галогени та окислювачі (1% розчин гіпохлориту натрію, 1% розчин хлоргексидину, 1% розчин йодинолу, 3% розчин перекису водню тощо); четвертинні амонієві сполуки (0,5-1% розчин етонію, 1% розчин бензалконію хлориду, 0,15% розчин декаметоксину); фенольні сполуки (5% розчин фенолу, 1% розчин камфоро-парамонохлорфенолу та їх комплексні препарати); нітрофурани, антибактеріальні препарати тощо;
- пломбування кореневого каналу (каналів) у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих пломб;
- пломбування каріозної порожнини, а при необхідності - відновлення коронки зуба цементами, компомерами, композиційними матеріалами, срібною амальгамою тощо залежно від топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба. Можливе відстрочене пломбування, тоді каріозну порожнину закривають тимчасовою пломбою з тимчасового пломбувального матеріалу.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо раціональної гігієни порожнини рота та методики чищення зубів;

- щодо призначення індивідуальних засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди, солі кальцію та мінеральні солі;
- раціональне харчування з обмеженням вживання легкозасвоюваних вуглеводів.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Звернення до лікаря не рідше 1 разу на рік, у разі декомпенсованого перебігу карієсу - частіше.

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ

Уразі ефективності проведеного лікування — відсутність скарг на больові відчуття у зубі, безболісна реакція на перкусію, відсутність патологічних змін на слизовій оболонці в проекції коренів ураженого зуба.

Уразі неефективності проведеного лікування — виникнення вторинного карієсу, прогресування запального процесу у пульпі і перехід у інші форми хронічного пульпіту чи періодонтит.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Стабілізація каріозного процесу - збереження пломби протягом тривалого часу, відновлення форми, функції та косметичних якостей зуба.

МКХ-10 К 04.03

Хронічний пульпіт *(ускладнений періодонтитом)*

Клінічна форма - пульпіт, ускладнений періодонтитом.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- іррадіюючий біль, що виникає спонтанно та посилюється як від різноманітних подразників, так і вночі;
- біль має наростаючий пульсуючий характер, посилюється при накушуванні на зуб; світлі проміжки між больовими нападами майже відсутні;
- глибока каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину;
- дентин розм'якшений, може бути пігментований;
- зондування дна каріозної порожнини - болісне;

- при наявності перфорації — пульпа різко болісна і слабо кровоточить при зондуванні;
- реакція на перкусію — болісна;
- м'які тканини навколо даного зуба набряклі, гіперемійовані, болісні при пальпації, перехідна складка згладжена;
- можливе збільшення регіонарних лімфатичних вузлів.

Допоміжні:

- знижена електрозбудливість пульпи при електроодонтодіагностиці до 30-50 мкА;
- при рентгенологічному обстеженні наявні патологічні зміни у періапикальних тканинах у вигляді розширення, деструкції або деформації періодонтальної щілини відповідно до форми загостреного хронічного періодонтиту, що ускладнює перебіг пульпіту, можна виявити сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба.

ЛІКУВАННЯ

Місцеве

Екстирпація пульпи - вітальна

І відвідання хворого:

- антисептична обробка ротової порожнини;
- знеболювання (інфільтраційне, провідникове);
- препарування каріозної порожнини зуба з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи (пульпотомія);
- медикаментозна обробка культі пульпи;
- припинення кровотечі культі пульпи;
- розкриття устів корневих каналів;
- екстирпація кореневої пульпи (пульпектомія);
- зупинка кровотечі у кореновому каналі;
- інструментальна та медикаментозна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням відповідного розміру ендодонтичних інструментів;
- для медикаментозної обробки корневих каналів застосовують не подразнюючі періодонт та швидкодіючі медикаментозні препарати - розчини антисептиків: галогени та окислювачі (1% розчин гіпохлориту натрію, 1% розчин хлоргексидину, 1% розчин йодінолу, 3% розчин перекису водню тощо); четвертинні амонієві сполуки (0,5-1% розчин етонію, 1% розчин бензалконію хлориду, 0,15% розчин декаметоксину); фенольні сполуки (5% розчин фенолу, 1% розчин камфоро-парамонохлорфенолу та їх комплексні препарати); нітрофурани, антибактеріальні препарати тощо;

- у каналі залишають турунду, рясно зволожену обраним медикаментозним препаратом;
- закриття каріозної порожнини напівгерметичною або герметичною пов'язкою (залежно від наявності або відсутності незначної кількості серозного ексудату в каналі).

// *відвідання хворого:*

- антисептична обробка порожнини рота (полоскання антисептиками);
- у разі відсутності болю — видалення герметичної (напівгерметичної) пов'язки;
- промивання та висушування кореневого каналу;
- пломбування кореневого каналу (каналів) у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих пломб;
- пломбування каріозної порожнини, а при необхідності - відновлення коронки зуба цементами, компомерами, композиційними матеріалами, срібною амальгамою тощо залежно від топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба. Можливе відстрочене пломбування, тоді каріозну порожнину закривають тимчасовою пломбою з тимчасового пломбувального матеріалу.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо раціональної гігієни порожнини рота та методики чищення зубів;
- щодо призначення індивідуальних засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди, солі кальцію та мінеральні солі;
- раціональне харчування з обмеженням вживання легкозасвоюваних вуглеводів.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Звернення до лікаря не рідше 1 разу на рік, у разі декомпенсованого перебігу карієсу - частіше.

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ

Уразі ефективності проведеного лікування — відсутність скарг на больові відчуття у зубі, безболісна реакція на перкусію, відсутність патологічних змін на слизовій оболонці в проекції коренів ураженого зуба.

Уразі неефективності проведеного лікування — виникнення вторинного карієсу, прогресування запального процесу у пульпі і перехід у періодонтит.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Стабілізація каріозного процесу - збереження пломби протягом тривалого часу, відновлення форми, функції та косметичних якостей зуба.

1.3. ПЕРІОДОНТИТ

МКХ-іо К04.4

Гострий апікальний
періодонтит постійного зуба
(серозний)

Клінічна форма — гострий серозний періодонтит.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- різкий біль при накушуванні на зуб;
- постійний пульсуючий, наростаючий біль у зубі;
- загальний стан може бути не порушений;
- уражений зуб може бути інтактним, запломбованим або може бути глибока каріозна порожнина, яка сполучається з порожниною зуба;
- зондування стінок, дна каріозної порожнини, місця сполучення з порожниною зуба та устя корневих каналів - безболісне;
- відсутня реакція на термічні подразники;
- болісна реакція на перкусію зуба, патологічна рухомість зуба;
- слизова оболонка ясен та перехідної складки у ділянці верхівки ураженого зуба, набрякла, болісна при пальпації;
- регіонарні лімфатичні вузли на стороні ураження збільшені та болісні при пальпації.

Допоміжні:

- знижена (більше 100 мкА) або відсутня реакція на електричний струм при електроодонтодіагностиці;
- відсутні зміни кісткової тканини періапікальної ділянки при рентгенологічному дослідженні.

ЛІКУВАННЯ

Консервативний метод лікування проводять при відсутності:

- ситуації, коли хворий зуб є причиною гострого септичного стану, хронічної інфекції та інтоксикації організму;

- повного руйнування коронки;
- перфорації дна порожнини зуба.

Місцево

/відвіданняхворого:

- антисептична обробка порожнини рота (полоскання);
- знеболювання: анестетики (місцево), при різкій болісності — провідникове знеболювання;
- препарування каріозної порожнини зуба з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- розкриття порожнини зуба (із застосуванням високошвидкісного турбінного наконечника) та кореневих каналів для відтоку ексудату;
- інструментальна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням відповідного розміру ендодонтичних інструментів;
- розкриття верхівкового отвору;
- медикаментозна обробка кореневих каналів антисептичними препаратами;
- у каналі залишають турунду, рясно зволожену обраним медикаментозним препаратом;
- закриття каріозної порожнини напівгерметичною або герметичною пов'язкою при наявності незначної кількості серозного ексудату в каналі.

//відвіданняхворого:

- антисептична обробка порожнини рота (полоскання антисептиками);
- у разі відсутності болю — видалення герметичної (напівгерметичної) пов'язки;
- інструментальна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням ендодонтичних файлів відповідного розміру;
- медикаментозна обробка кореневих каналів антисептичними та протизапальними препаратами. Застосовують не подразнюючі періодонт та швидкодіючі медикаментозні препарати - розчини антисептиків: галогени та окислювачі (1% розчин хлоргексидину, 1% розчин йодінолу, 3% розчин перекису водню тощо); четвертинні амонієві сполуки (0,5-1% розчин етонію, 1% розчин бензалконію хлориду, 0,15% розчин декаметоксину); фенольні сполуки (5% розчин фенолу, 1% розчин камфоро-парамонохлорфенолу та їх комплексні препарати); нітрофурани, антибактеріальні препарати; іммобілізовані лікарські препарати та сорбенти, проти-запальні препарати тощо;

- пломбування кореневого каналу (каналів) у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих пломб;
- пломбування каріозної порожнини, а при необхідності - відновлення коронки зуба цементами, компомерами, композиційними матеріалами, срібною амальгамою тощо залежно від топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба. Можливе відстрочене пломбування, тоді каріозну порожнину закривають тимчасовою пломбою з тимчасового пломбувального матеріалу.

Загальне

Залежно від загального стану хворого призначають аналгетики, антибактеріальні та гіпосенсибілізуючі препарати.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо раціональної гігієни порожнини рота та методики чищення зубів;
- щодо призначення індивідуальних засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди, солі кальцію та мінеральні солі.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Звернення до лікаря не рідше 1 разу на рік, у разі декомпенсованого перебігу карієсу - частіше.

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ

Уразі ефективності проведеного лікування — відсутність скарг на больові відчуття при накушуванні на зуб, безболісна реакція на перкусію, відсутність патологічних змін на слизовій оболонці в проекції коренів ураженого зуба; рентгенологічно - пломбувальна маса на всьому протязі корневих каналів, відсутність патологічних змін у періодонті.

Уразі неефективності проведеного лікування — виникнення вторинного карієсу, прогресування запального процесу у періодонті і перехід у хронічну форму, загострення патологічного процесу у періодонті з виникненням одонтогенних запальних процесів щелепно-лицьової ділянки (періостит, абсцес тощо).

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Стабілізація процесу - повна відсутність патологічних змін у періодонті, збереження пломби протягом тривалого часу, відновлення форми, функції та косметичних якостей зуба.

МКХ-10 K04.4

Гострий апікальний періодонтит постійного зуба (гнійний)

Клінічна форма — гострий гнійний періодонтит.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- різкий біль при накушуванні на зуб;
- постійний пульсуючий, наростаючий біль у зубі;
- відчуття «вирослого зуба» (він вищий за сусідні зуби) і перший вступає у контакт з антагоністами;
- асиметрія обличчя за рахунок набряку м'яких тканин на стороні ураження;
- підвищення температури тіла, млявість, поганий сон;
- можливе підвищення температури до 38-39°C;
- уражений зуб може бути інтактним, запломбованим або може бути глибока каріозна порожнина, яка сполучається з порожниною зуба;
- зондування стінок, дна каріозної порожнини, місця сполучення з порожниною зуба та устя кореневих каналів - безболісне;
- відсутня реакція на термічні подразники;
- болісна реакція на перкусію зуба (вертикальну і горизонтальну), патологічна рухомість зуба;
- слизова оболонка ясен та перехідної складки у ділянці верхівки ураженого зуба, набрякла, гіперемійована, згладжена, болісна при пальпації;
- регіонарні лімфатичні вузли на стороні ураження збільшені та болісні при пальпації.

Допоміжні:

- знижена (більше 100 мкА) або відсутня реакція на електричний струм при електроодонтодіагностиці;
- відсутні зміни кісткової тканини періапікальної ділянки при рентгенологічному дослідженні.

ЛІКУВАННЯ

Консервативний метод лікування проводять при відсутності:

- ситуації, коли хворий зуб є причиною гострого септичного стану, хронічної інфекції та інтоксикації організму;
- повного руйнування коронки;
- перфорації дна порожнини зуба.

Місцеве

/відвіданняхворого:

- антисептична обробка порожнини рота (полоскання);
- знеболювання: анестетики (місцеве), при різкій болісності - провідникове знеболювання;
- препарування каріозної порожнини зуба з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- розкриття порожнини зуба (із застосуванням високошвидкісного турбінного наконечника) та кореневих каналів для відтоку ексудату;
- інструментальна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням відповідного розміру ендодонтичних інструментів;
- розкриття верхівкового отвору;
- медикаментозна обробка кореневих каналів антисептичними препаратами;
- закриття каріозної порожнини пухкою пов'язкою (ватною кулькою);
- призначення частих полоскань порожнини рота й ураженого зуба розчинами антисептиків.

//відвіданняхворого:

- антисептична обробка порожнини рота (полоскання антисептиками);
- у разі відсутності болю - інструментальна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням відповідного розміру ендодонтичних інструментів;
- розкриття верхівкового отвору;
- медикаментозна обробка кореневих каналів антисептичними та протизапальними препаратами. Застосовують не подразнюючі періодонт та швидкодіючі медикаментозні препарати - розчини антисептиків: галогени та окислювачі (1% розчин хлоргексидину, 1% розчин йодинолу, 3% розчин перекису водню тощо); четвертинні амонієві сполуки (0,5-1% розчин етонію, 1% розчин бензалконію хлориду, 0,15% розчин декаметоксину); фенольні сполуки (5% розчин фенолу, 1% розчин камфоро-парамонохлорфенолу та їх комплексні препарати); нітрофурани, антибактеріальні препарати; іммобілізовані лікарські препарати та сорбенти, протизапальні препарати тощо;
- у каналі залишають турунду, рясно зволожену обраним медикаментозним препаратом;
- закриття каріозної порожнини напівгерметичною або герметичною пов'язкою (залежно від наявності або відсутності незначної кількості серозного ексудату в каналі).

///відвіданняхворого:

- антисептична обробка порожнини рота (полоскання антисептиками);

- у разі відсутності болю — видалення герметичної (напівгерметичної) пов'язки;
- пломбування кореневого каналу (каналів) у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих пломб;
- пломбування каріозної порожнини, а при необхідності - відновлення коронки зуба цементами, компомерами, композиційними матеріалами, срібною амальгамою тощо залежно від топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба. Можливе відстрочене пломбування, тоді каріозну порожнину закривають тимчасовою пломбою з тимчасового пломбувального матеріалу.

Загальне

Залежно від загального стану хворого призначають аналгетики, антибактеріальні та гіпосенсибілізуючі препарати.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо раціональної гігієни порожнини рота та методики чищення зубів;
- щодо призначення індивідуальних засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди, солі кальцію та мінеральні солі.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Звернення до лікаря не рідше 1 разу на рік, у разі декомпенсованого перебігу карієсу - частіше.

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ

Уразі ефективності проведеного лікування — відсутність скарг на болюві відчуття при накушуванні на зуб, безболісна реакція на перкусію, відсутність патологічних змін на слизовій оболонці в проекції коренів ураженого зуба; рентгенологічно — пломбувальна маса на всьому протязі корневих каналів, відсутність патологічних змін у періодонті.

Уразі неефективності проведеного лікування — виникнення вторинного карієсу, прогресування запального процесу у періодонті і перехід у хронічну форму, загострення патологічного процесу у періодонті з виникненням одонтогенних запальних процесів щелепно-лицьової ділянки (періостит, абсцес тощо).

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Стабілізація процесу - повна відсутність патологічних змін у періодонті, збереження пломби протягом тривалого часу, відновлення форми, функції та косметичних якостей зуба.

МКХ-10 K04.5

Хронічний апікальний періодонтит постійного зуба

Клінічна форма — хронічний фіброзний періодонтит,
хронічний гранулюючий періодонтит,
хронічний гранулематозний періодонтит.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- глибока каріозна порожнина в зубі, яка сполучається з порожниною зуба;
- зуб може бути запломбований або інтактний;
- зуб змінений у кольорі - сіруватого відтінку, тьмянний;
- зондування стінок, дна каріозної порожнини і місця сполучення з порожниною зуба та входу до корневих каналів - безболісне;
- відсутня реакція при дії термічних подразників;
- реакція на вертикальну та горизонтальну перкусію — безболісна;
- при хронічному гранулюючому періодонтиті слизова оболонка ясен у проекції верхівки кореня ураженого зуба незначно застійно гіперемійована, набрякла;
- при хронічному гранулюючому періодонтиті можливі нориці на яснах у проекції верхівки кореня або рубці на їх місці.

Допоміжні:

- знижена (більше 100 мкА) або відсутня реакція на електричний струм при електроодонтодіагностиці;
- розрідження кісткової тканини біля верхівки коренів та в ділянці біфуркації при рентгенологічному дослідженні.

КЛІНІКА

Хронічний фіброзний періодонтит:

- скарги хворих можуть бути відсутні, можливий незначний біль при жуванні грубої їжі;
- в анамнезі можливе пломбування або ендодонтичне лікування;
- зуб може бути запломбований або інтактний, але змінений у кольорі - сіруватого відтінку, тьмянний;
- зондування стінок, дна каріозної порожнини і місця сполучення з порожниною зуба та входу до корневих каналів - безболісне;
- відсутня реакція при дії термічних подразників;
- реакція на вертикальну та горизонтальну перкусію — безболісна;

- слизова оболонка ясен у проекції верхівки кореня може бути практично незміненою, безболісна при пальпації;
- рентгенологічно — нерівномірне розширення періодонтальної щілини у ділянці верхівки кореня;
- ЕОД - більше 100 мкА.

Хронічний гранулюючий періодонтит:

- скарги хворих можуть бути відсутні, можливий незначний біль при жуванні грубої їжі, на заніміння зуба, деяку болісність під час їжі та чутливість при натисканні. В ділянці кореня хворий відчуває тяжкість та деяке розпирання;
- в анамнезі можливе пломбування або ендодонтичне лікування;
- зуб може бути запломбований або інтактний, але змінений у кольорі - сіруватого відтінку, тьмянний;
- зондування стінок, дна каріозної порожнини і місця сполучення з порожниною зуба та входу до кореневих каналів - безболісне;
- відсутня реакція при дії термічних подразників;
- реакція на вертикальну та горизонтальну перкусію — безболісна;
- слизова оболонка ясен у проекції верхівки кореня ураженого зуба незначно застійно гіперемійована, набрякла;
- можливі нориці на яснах у проекції верхівки кореня або рубці на їх місці;
- характерний симптом вазопорезу, який спостерігається при натисканні на набряклі ясна;
- рентгенологічно — у періапикальних тканинах осередок розрідження неправильної форми з нечіткими краями, контури осередку нагадують язика полум'я;
- ЕОД — більше 100 мкА.

Хронічний гранулематозний періодонтит:

- скарги хворих можуть бути відсутні, можливий незначний біль при жуванні грубої їжі, на заніміння зуба, деяку болісність під час їжі та чутливість при натисканні. В ділянці кореня хворий відчуває тяжкість та деяке розпирання;
- в анамнезі можливе пломбування або ендодонтичне лікування;
- зуб може бути запломбований або інтактний, але змінений у кольорі - сіруватого відтінку, тьмянний;
- зондування стінок, дна каріозної порожнини і місця сполучення з порожниною зуба та входу до кореневих каналів безболісне;
- відсутня реакція при дії термічних подразників;
- реакція на вертикальну та горизонтальну перкусію — безболісна;
- слизова оболонка ясен у проекції верхівки кореня може бути практично незміненою, безболісна при пальпації;

- рентгенологічно — у періапикальних тканинах обмежене просвітлення в ділянці апексу, що має овальну чи круглу форму, діаметром до 5 мм. Контури гранульоми чітко обмежують її від здорової кістки;
- ЕОД - більше 100 мкА.

ЛІКУВАННЯ

Консервативний метод лікування проводять при відсутності:

- ситуації, коли хворий зуб є причиною гострого септичного стану, хронічної інфекції та інтоксикації організму;
- повного руйнування коронки;
- перфорації дна порожнини зуба.

Місцеве

/відвіданняхворого:

- антисептична обробка порожнини рота (полоскання);
- препарування каріозної порожнини зуба з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- розкриття порожнини зуба та кореневих каналів;
- інструментальна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням відповідного розміру ендодонтичних інструментів;
- розкриття верхівкового отвору;
- медикаментозна обробка кореневих каналів антисептичними та протизапальними препаратами. Застосовують не подразнюючі періодонт та швидкодійні медикаментозні препарати - розчини антисептиків: галогени та окислювачі (1% розчин хлоргексидину, 1% розчин йодинолу, 3% розчин перекису водню тощо); четвертинні амонієві сполуки (0,5-1% розчин етонію, 1% розчин бензалконію хлориду, 0,15% розчин декаметоксину); фенольні сполуки (5% розчин фенолу, 1% розчин камфоро-парамонохлорфенолу та їх комплексні препарати); нітрофурани, антибактеріальні препарати; іммобілізовані лікарські препарати та сорбенти, протизапальні препарати тощо;
- у каналі залишають турунду, рясно зволожену обраним медикаментозним препаратом;
- закриття каріозної порожнини напівгерметичною або герметичною пов'язкою (залежно від наявності або відсутності незначної кількості серозного ексудату в каналі).

//відвіданняхворого:

- антисептична обробка порожнини рота (полоскання антисептиками);
- у разі відсутності болю — видалення герметичної (напівгерметичної) пов'язки;

- пломбування кореневого каналу (каналів) у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих пломб;
- пломбування каріозної порожнини, а при необхідності - відновлення коронки зуба цементами, компомерами, композиційними матеріалами, срібною амальгамою тощо залежно від топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба. Можливе відстрочене пломбування, тоді каріозну порожнину закривають тимчасовою пломбою з тимчасового пломбувального матеріалу.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо раціональної гігієни порожнини рота та методики чищення зубів;
- щодо призначення індивідуальних засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди, солі кальцію та мінеральні солі.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Звернення до лікаря не рідше 1 разу на рік, у разі декомпенсованого перебігу карієсу - частіше.

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ

У разі ефективності проведеного лікування — відсутність скарг на больові відчуття при накушуванні на зуб, безболісна реакція на перкусію, відсутність патологічних змін на слизовій оболонці в проекції коренів ураженого зуба; рентгенологічно — пломбувальна маса на всьому протязі корневих каналів, відсутність патологічних змін у періодонті.

У разі неефективності проведеного лікування — виникнення вторинного карієсу, прогресування запального процесу у періодонті, загострення патологічного процесу у періодонті з виникненням одонтогенних запальних процесів щелепно-лицьової ділянки (періостит, абсцес тощо).

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Стабілізація процесу - зменшення осередку ураження у періодонті, збереження пломби протягом тривалого часу, відновлення форми, функції та косметичних якостей зуба.

МКХ-10 K04.5

Хронічний апікальний періодонтит постійного зуба (загострений)

Клінічна форма — загострений хронічний періодонтит.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- різкий біль при накушуванні на зуб;
- постійний пульсуючий, наростаючий біль у зубі;
- відчуття «вирослого зуба» (він вищий за сусідні зуби) і перший вступає у контакт з антагоністами;
- асиметрія обличчя за рахунок набряку м'яких тканин на стороні ураження;
- підвищення температури тіла, млявість, поганий сон;
- можливе підвищення температури до 38-39°C;
- уражений зуб може бути інтактним, запломбованим або може бути глибока каріозна порожнина, яка сполучається з порожниною зуба;
- зондування стінок, дна каріозної порожнини, місця сполучення з порожниною зуба та устя корневих каналів - безболісне;
- відсутня реакція на термічні подразники;
- болісна реакція на перкусію зуба (вертикальну і горизонтальну), патологічна рухомість зуба;
- слизова оболонка ясен та перехідної складки у ділянці верхівки ураженого зуба набрякла, гіперемійована, згладжена, болісна при пальпації;
- регіонарні лімфатичні вузли на стороні ураження збільшені та болісні при пальпації.

Допоміжні:

- знижена (більше 100 мкА) або відсутня реакція на електричний струм при електроодонтодіагностиці;
- наявні зміни кісткової тканини періапікальної ділянки при рентгенологічному дослідженні, а саме - розрідження кісткової тканини біля верхівки коренів та в ділянці біфуркації при рентгенологічному дослідженні. Залежно від клінічної форми хронічного періодонтиту:
 - *при хронічному фіброзному періодонтиті* - нерівномірне розширення періодонтальної щілини у ділянці верхівки кореня;
 - *при хронічному гранулюючому періодонтиті* - у періапальних тканинах осередок розрідження неправильної форми з нечіткими краями, контури осередку нагадують язички полум'я;

- при хронічному гранулематозному періодонтиті - у періапикальних тканинах обмежене просвітлення в ділянці апексу, що має овальну чи круглу форму, діаметром до 5 мм. Контури гранульоми чітко обмежують її від здорової кістки.

ЛІКУВАННЯ

Консервативний метод лікування проводять при відсутності:

- ситуації, коли хворий зуб є причиною гострого септичного стану, хронічної інфекції та інтоксикації організму;
- повного руйнування коронки;
- перфорації дна порожнини зуба.

Місцеве

/відвіданняхворого:

- антисептична обробка порожнини рота (полоскання);
- знеболювання: анестетики (місцево), при різкій болісності — провідникове знеболювання;
- препарування каріозної порожнини зуба з урахуванням топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба;
- розкриття порожнини зуба (із застосуванням високошвидкісного турбінного наконечника) та кореневих каналів для відтоку ексудату;
- інструментальна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням відповідного розміру ендодонтичних інструментів;
- розкриття верхівкового отвору;
- медикаментозна обробка кореневих каналів антисептичними препаратами;
- закриття каріозної порожнини пухкою пов'язкою (ватною кулькою);
- призначення частих полоскань порожнини рота й ураженого зуба розчинами антисептиків.

//відвіданняхворого:

- антисептична обробка порожнини рота (полоскання антисептиками);
- у разі відсутності болю: інструментальна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням відповідного розміру ендодонтичних інструментів;
- розкриття верхівкового отвору;
- медикаментозна обробка кореневих каналів антисептичними та протизапальними препаратами. Застосовують не подразнюючі періодонт та швидкодійні медикаментозні препарати - розчини антисептиків: галогени та окислювачі (1% розчин хлоргексидину, 1% розчин йодинолу, 3% розчин перекису водню тощо); четвертинні амонієві

- сполуки (0,5-1% розчин етонію, 1% розчин бензалконію хлориду, 0,15% розчин декаметоксину); фенольні сполуки (5% розчин фенолу, 1% розчин камфоро-парамонохлорфенолу та їх комплексні препарати); нітрофурани, антибактеріальні препарати; іммобілізовані лікарські препарати та сорбенти, протизапальні препарати тощо;
- у каналі залишають турунду, рясно зволожену обраним медикаментозним препаратом;
 - закриття каріозної порожнини напівгерметичною або герметичною пов'язкою (залежно від наявності або відсутності незначної кількості серозного ексудату в каналі).

III Відвідань хворого:

- антисептична обробка порожнини рота (полоскання антисептиками);
- у разі відсутності болю — видалення герметичної (напівгерметичної) пов'язки;
- пломбування кореневого каналу (каналів) у межах отвору верхівки кореня матеріалами для кореневих пломб;
- пломбування каріозної порожнини, а при необхідності - відновлення коронки зуба цементами, компомерами, композиційними матеріалами, срібною амальгамою тощо залежно від топографо-анатомічних особливостей ураженого зуба. Можливе відстрочене пломбування, тоді каріозну порожнину закривають тимчасовою пломбою з тимчасового пломбувального матеріалу.

Загальне

Залежно від загального стану хворого призначають анагетика, антибактеріальні та гіпосенсибілізуючі препарати.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо раціональної гігієни порожнини рота та методики чищення зубів;
- щодо призначення індивідуальних засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди, солі кальцію та мінеральні солі.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Звернення до лікаря не рідше 1 разу на рік, у разі декомпенсованого перебігу карієсу - частіше.

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ

Уразі ефективності проведеного лікування — відсутність скарг на больові відчуття при накушуванні на зуб, безболісна реакція на перкусію,

відсутність патологічних змін на слизовій оболонці в проекції коренів ураженого зуба; рентгенологічно - пломбувальна маса у на всьому протязі кореневих каналів, зменшення осередків патологічних змін у періодонті.

Уразі неефективності проведеного лікування — виникнення вторинного карієсу, прогресування запального процесу у періодонті, загострення патологічного процесу у періодонті з виникненням одонтогенних запальних процесів щелепно-лицьової ділянки (періостит, абсцес тощо).

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Стабілізація процесу - зменшення патологічних змін у періодонті, збереження пломби протягом тривалого часу, відновлення форми, функції та косметичних якостей зуба.

1.4. ЗАХВОРЮВАННЯ ПАРОДОНТА

МКХ-10 K05.0

Гінгівіт катаральний
(гострий)

Клінічна форма — катаральний гінгівіт, гострий перебіг.

Розповсюдженість процесу — обмежений, дифузний.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- скарги на біль, кровоточивість, набряк ясен, печіння в уражених ділянках;
- біль та кровоточивість підсилюються під час приймання їжі, розмови, її інтенсивність зростає в міру розвитку запалення;
- яскраво виражена гіперемія ясен, набряк, більше виражений у ділянці ясенного краю та біля основи ясенних сосочків;
- змінюється рельєф ясен - сосочки втрачають свою характерну гостроконечну форму, їх верхівки набувають форми купола, збільшуються в розмірах, що зумовлює утворення ясенних кишень;
- ясенні кишень утворюються при збереженні цілісності зубоясенного з'єднання;
- ясна легко кровоточать при пальпації;
- посилене відкладання на зубах нальоту, а в подальшому - і зубного каменя;
- при термічних пошкодженнях можливе утворення білуватої плівки змутнілого епітелію з подальшою його десквамацією;
- можливе утворення осередків десквамації, поодинокі ерозії, переважно в ділянці вершин міжзубних сосочків.

Рентгенологічні:

- нечіткі обриси кортикальної пластинки на верхівках міжальвеолярних перегородок;
- можливий остеопороз губчатої речовини на верхівках міжальвеолярних перегородок.

Індексна оцінка стану тканин ясен:

- ПМА (папілярно-маргінально-альвеолярний індекс):

значення індексу до 20% — легкий ступінь тяжкості гінгівіту,
від 25 до 50% - середній ступінь тяжкості гінгівіту,
вище 51% — тяжкий ступінь захворювання на гінгівіт;

- СРІ (комунальний пародонтальний індекс):

- 0 - здорові ясна
- 1 - кровоточивість ясен
- 2 - наявність зубного каменя
- 3 - кишенья глибиною 4-5 мм
- 4 - глибина кишень більше 6 мм.

КЛІНІКА

Легкий ступінь тяжкості:

- гіперемія ясенних сосочків;
- набряк ясенних сосочків.

Середній ступінь тяжкості:

- виразна гіперемія ясенних сосочків і маргінальних ясен;
- набряк ясенних сосочків і маргінальних ясен;
- біль при пальпації ясенних сосочків і маргінальних ясен.

Тяжкий ступінь захворювання:

- яскрава гіперемія сосочків, маргінальних ясен і альвеолярної частини ясен;
- набряк сосочків, маргінальних ясен і альвеолярної частини ясен;
- біль і кровоточивість при пальпації сосочків, маргінальних ясен і альвеолярної частини ясен.

ЛІКУВАННЯ:

- професійна гігієна ротової порожнини;
- санація ротової порожнини;
- *ортодонтичне лікування* — при наявності порушень оклюзії та аномалій прикусу;
- *хірургічне лікування* — при наявності аномалій будови і розташування м'яких тканин;
- *усунення місцевих подразників* - зубні відкладення, каріозні порожнини, травматична оклюзія, аномалії прикусу та розміщення зубів, аномалії прикріплення м'яких тканин ротової порожнини тощо.

Медикаментозне

Направлене на усунення симптомів гострого катарального гінгівіту, пригнічення умовнопатогенної мікрофлори, нормалізацію стану судинної системи, підвищення місцевої резистентності, усунення гіпоксії, стимуляцію репаративних процесів у тканинах ясен.

Загальна тактика медикаментозного лікування. При виборі засобів медикаментозної терапії звертають увагу на характер перебігу гінгівіту (гострий, хронічний) та мікробний склад ясенних кишень.

Антибактеріальна терапія (місцево) — з урахуванням чутливості мікрофлори ясенних кишень.

Протизапальна терапія включає в себе етіотропне, патогенетичне та симптоматичне лікування:

- етіотропне - полягає у виявленні, усуненні або пригніченні факторів, які викликали запалення;
- патогенетичне - передбачає медикаментозний вплив на патофізіологічні ланки процесу запалення;
- при симптоматичному лікуванні усуваються або пригнічуються основні симптоми запалення.

Стимуляція репаративних процесів. Направлена на відновлення уражених тканин ясен. Застосовують засоби, направлені на поліпшення процесів обміну в уражених тканинах ясен і стимуляцію репаративної регенерації.

Кератопластичні препарати застосовують для поліпшення процесів епітелізації, якими завершується регенерація.

СХЕМА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ

- навчання пацієнта правилам раціональної гігієни порожнини рота;
- професійна гігієна ротової порожнини;
- санація ротової порожнини;
- *ортодонтичне лікування* — при наявності порушень оклюзії та аномалій прикусу;
- *хірургічне лікування* — при наявності аномалій будови і розташування м'яких тканин;
- *полоскання порожнини рота* антисептичними, гігієнічними засобами, відварами лікарських рослин - звіробою, шавлії, ромашки. Не можна застосовувати гіпертонічні розчини кухонної солі або соди, в'язучі, дубильні засоби;
- *при гострому запаленні* виникає необхідність пригнітити досить сильні больові відчуття в яснах. Для цього застосовують полоскання розчинами цитралу, прополісу (по 20-50 крапель спиртових розчинів на стакан води для полоскання). Для аплікацій на болісні ділянки ясен застосовують анестетики (анестезин, лідокаїн, тримекаїн тощо), похідні антранілової кислоти (мефенамінова кислота, мефенаміну натрієва сіль). У випадках вираженого болю призначають анагететики;
- *антибактеріальна терапія* (місцево) — з урахуванням чутливості мікрофлори. Застосовують антисептики (етакридину лактат тощо), похідні нітрофуранового ряду (фурацилін, фурагін тощо), рідше антибіотики та сульфаніламідні препарати;

- *протизапальна терапія* - на ранніх стадіях запалення показані засоби, які мають здатність стабілізувати мембрани лізосом і тим самим перешкоджати утворенню медіаторів запалення (мефенаміну натрієва сіль, саліцилати), інгібітори протеолізу (трасилол, контрикал); препарати, що стимулюють утворення протизапальних агентів (салицилати, продігіозан, кальцію пантотенат, вітаміни С, Р тощо). Для регуляції порушень мікрогемоциркуляції показане застосування антикоагулянтів (гепарин, фібринолізин), антитромбоцитарні засоби (натрію саліцилат, мефенаміну натрієва сіль);
- *стимуляція репаративних процесів* - призначають препарати, які підсилюють фагоцитоз (лізоцим), препарати піримідинових основ (метилурацил, пентоксил), вітаміни (аскорбінова кислота, вітамін Р), ендогенні РНК та ДНК (нуклеїнат натрію), засоби рослинного походження тощо;
- *кератопластичні препарати* (вітамін А та його похідні) - застосовують у разі наявності ділянок десквамацій ясен;
- *фізіотерапевтичні методи* - лікувальні зрошення. Після стихання явищ гострого запалення можливе призначення електрофорезу різних лікарських препаратів, гідромасажу тощо.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- гігієнічне навчання індивідуальному догляду за порожниною рота;
- застосування зубних щіток з м'якою або дуже м'якою щетиною;
- лікувально-профілактичні зубні пасти протизапальної дії, що містять екстракти лікарських трав, антисептики, макро- та мікроелементи;
- зубні еліксири, що містять антисептики.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

У разі переходу у хронічну форму:

Легкий ступінь тяжкості

I диспансерна група - огляд лікаря 1 раз на рік.

Середній ступінь тяжкості

II диспансерна група - огляд лікаря 2 рази на рік.

Тяжкий ступінь захворювання

III диспансерна група - огляд лікаря 3 рази на рік.

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ

У разі ефективності проведеного лікування - відсутність скарг на біль у яснах, кровоточивість ясен, ясна блідо-рожевого кольору, щільні, безболісні при пальпації, зубні відкладення відсутні.

У разі неефективності проведеного лікування - продовжується кровоточивість ясен, ясна набряклі, відмічається наявність зубних відкладень. У подальшому можливе руйнування зубоясенного прикріплення, утворення пародонтальних кишень, атрофія альвеолярної кістки - виникнення локалізованого чи генералізованого пародонтиту.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ремісія;
- подальше прогресування катарального гінгівіту і перехід у хронічну форму;
- розвиток пародонтиту.

МКХ-10 K05.0

Гінгівіт катаральний
(хронічний)

Клінічна форма — катаральний гінгівіт, хронічний перебіг.

Розповсюдженість процесу — обмежений, дифузний.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- можливі скарги на періодичну кровоточивість ясен під час чищення зубів;
- незначно виражена гіперемія слизової оболонки ясен (сосочків, маргінальних або альвеолярних ясен);
- ціаноз слизової оболонки ясен;
- помірний набряк слизової оболонки ясен;
- підвищене відкладення м'якого зубного нальоту на зубах, інколи він забарвлюється пігментами їжі, крові, тютюнового диму тощо;
- внаслідок набряку маргінальних ясен утворюються ясенні кишень при збереженні цілісності зубоясенного з'єднання;
- можливе утворення осередків десквамації, поодинокі ерозії, переважно в ділянці вершин міжзубних сосочків.

Рентгенологічні:

- нечіткі обриси кортикальної пластинки на верхівках міжальвеолярних перегородок;
- можливий остеопороз губчатої речовини на верхівках міжальвеолярних перегородок.

Індексна оцінка стану тканин ясен:

- ПМА (папілярно-маргінально-альвеолярний індекс):
значення індексу до 20% — легкий ступінь тяжкості гінгівіту,
від 25 до 50% — середній ступінь тяжкості гінгівіту,
вище 51% — тяжкий ступінь захворювання на гінгівіт;
- СРІ (комунальний пародонтальний індекс):
 - 0 - здорові ясна
 - 1 - кровоточивість ясен
 - 2 - наявність зубного каменя
 - 3 - кишень глибиною 4-5 мм
 - 4 - глибина кишені більше 6 мм.

КЛІНІКА

При *початковому ступені* гінгівіту скарги у хворих відсутні. Під час огляду виявляють незначний набряк та гіперемію з ціанотичним відтінком краю ясен та вершин міжзубних сосочків. Тургор тканин збережений, ясенні сосочки щільні, кровоточивість виникає лише при механічному подразненні.

При / *ступені* скарги хворих або відсутні, або зводяться до незначної кровоточивості під час приймання їжі, чищення зубів. Ясенні сосочки, ясенний край помірно гіперемійовані, ціанотичні з вираженим набряком. Вершини сосочків згладжені, кровоточивість виражена більш значно.

// *ступінь* характеризується кровоточивістю ясен при легкому доторкуванні, нерідко виникає біль під час приймання їжі, свербіж та неприємні відчуття в яснах. При огляді виявляють дифузну гіперемію з різко вираженим ціанозом ясенного краю, ясенних сосочків, інколи - і слизової альвеолярних ясен. Виражений набряк міжзубних ясенних сосочків, контури їх згладжені, рельєф ясенного краю змінений, ясенні сосочки пухкі, пастозні. Спостерігається тенденція до стовщення краю ясен.

При *III ступені* всі ознаки хронічного катарального запалення різко виражені. Кровоточивість стає постійною ознакою, нерідко з'являється спонтанно. Відмічається дифузний ціаноз, нерівномірний набряк ясен. Ясенний край стовщений і має вигляд валика.

При детальному клініко-лабораторному обстеженні хворих на гінгівіт виявляється позитивна проба Шіллера-Писарева, підвищена еміграція лейкоцитів у порожнину рота за Ясиновським, знижена стійкість капілярів ясен при вакуумній пробі за Кулаженком, збільшення кількості ясенної рідини тощо.

На рентгенограмах не відмічається змін стану кістки альвеолярного відростка. Однак, при тривалому перебігу захворювання можуть спостерігатися остеопороз у міжальвеолярних перегородках та незначне розширення періодонтальної щілини в ділянках їх верхівок.

ЛІКУВАННЯ:

- професійна гігієна ротової порожнини;
- санація ротової порожнини;
- *ортодонтичне лікування* — при наявності порушень оклюзії та аномалій прикусу;
- *хірургічне лікування* — при наявності аномалій будови і розташування м'яких тканин;
- *усунення місцевих подразників* - зубні відкладення, каріозні порожнини, травматична оклюзія, аномалії прикусу та розміщення зубів, аномалії прикріплення м'яких тканин ротової порожнини тощо.

Медикаментозне

Направлене на усунення симптомів катарального гінгівіту пригнічення умовнопатогенної мікрофлори, нормалізацію стану судинної системи, підвищення місцевої резистентності, усунення гіпоксії, стимуляцію репаративних процесів у тканинах ясен.

Загальна тактика медикаментозного лікування. При виборі засобів медикаментозної терапії звертають увагу на характер перебігу гінгівіту (хронічний) та мікробний склад ясенних кишень.

Антибактеріальна терапія (місцево) — з урахуванням чутливості мікрофлори ясенних кишень.

Протизапальна терапія включає в себе етіотропне, патогенетичне та симптоматичне лікування:

- етіотропне - полягає у виявленні, усуненні або пригніченні факторів, які викликали запалення;
- патогенетичне - передбачає медикаментозний вплив на патофізіологічні ланки процесу запалення;
- при симптоматичному лікуванні усуваються або пригнічуються основні симптоми запалення.

Стимуляція репаративних процесів. Направлена на відновлення уражених тканин ясен. Застосовують засоби, направлені на поліпшення процесів обміну в уражених тканинах ясен і стимуляцію репаративної регенерації.

Кератопластичні препарати застосовують для поліпшення процесів епітелізації, якими завершується регенерація.

СХЕМА ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ

- навчання пацієнта правилам раціональної гігієни порожнини рота;
- професійна гігієна ротової порожнини;
- санація ротової порожнини;
- *ортодонтичне лікування* — при наявності порушень оклюзії та аномалій прикусу;

- *хірургічне лікування* — при наявності аномалій будови і розташування м'яких тканин;
- *полоскання порожнини рота* антисептичними, гігієнічними засобами або гіпертонічними розчинами - гіпертонічні 2% розчини кухонної солі або соди; в'язучі, дубильні засоби - настої та відвари лікарських рослин: звіробію, шавлії, ромашки, кори дуба тощо;
- *антибактеріальна терапія* (місцево) — з урахуванням чутливості мікрофлори. Застосовують антисептики (етакридину лактат тощо), похідні нітрофуранового ряду (фурацилін, фурагін тощо), рідше - антибіотики та сульфаніламідні препарати;
- *протизапальна терапія*. На ранніх стадіях запалення показані засоби, які мають здатність стабілізувати мембрани лізосом і тим самим перешкоджати утворенню медіаторів запалення (мефенаміну натрієва сіль, саліцилати), інгібітори протеолізу (трасилол, контрикал); препарати, що стимулюють утворення протизапальних агентів (саліцилати, продігіозан, кальцію пантотенат, вітаміни С, Р тощо). Для регуляції порушень мікрогемодиркуляції показане застосування антикоагулянтів (гепарин, фібринолізин), антитромбоцитарні засоби (натрію саліцилат, мефенаміну натрієва сіль);
- *стимуляція репаративних процесів* - призначають препарати, які підсилюють фагоцитоз (лізоцим), препарати піримідинових основ (метилурацил, пентоксил), вітаміни (аскорбінова кислота, вітамін Р), ендогенні РНК та ДНК (нуклеїнат натрію), засоби рослинного походження тощо;
- *кератопластичні препарати* (вітамін А та його похідні) - застосовують у разі наявності ділянок десквамацій ясен;
- *фізіотерапевтичні методи* - електрофорез різних лікарських препаратів, гідромасаж, лікувальні зрошення тощо.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- гігієнічне навчання індивідуальному догляду за порожниною рота;
- лікувально-профілактичні зубні пасти протизапальної дії, що містять екстракти лікарських трав; антисептики; макро- та мікроелементи;
- зубні еліксири, що містять антисептики.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Легкий ступінь тяжкості

I диспансерна група - огляд лікаря 1 раз на рік.

Середній ступінь тяжкості

II диспансерна група - огляд лікаря 2 рази на рік.

Тяжкий ступінь захворювання

III диспансерна група - огляд лікаря 3 рази на рік.

МОЖЛИВИ РЕЗУЛЬТАТИ

Уразі ефективності проведеного лікування - відсутність скарг на кровоточивість ясен, ясна блідо-рожевого кольору, щільні, безболісні при пальпації, зубні відкладення відсутні.

Уразі неефективності проведеного лікування - продовжується кровоточивість ясен, ясна набряклі, відмічається наявність зубних відкладень. У подальшому можливе руйнування зубоясенного прикріплення, утворення пародонтальних кишень, атрофія альвеолярної кістки - виникнення локалізованого чи генералізованого пародонтиту.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ремісія;
- подальше прогресування хронічного катарального гінгівіту;
- розвиток пародонтиту;
- загострення хронічного катарального гінгівіту.

МКХ-10 K05.0

Гінгівіт виразковий
(гострий)

Клінічна форма — виразковий гінгівіт, гострий перебіг.

Розповсюдженість процесу — обмежений, дифузний.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- скарги на біль у яснах, гнилісний запах з рота, кровоточивість, утруднене приймання їжі, інколи біль при ковтанні, тризм тощо;
- супроводжується вираженою загальною реакцією організму: нездужанням, головним болем, дратівливістю, підвищеною температурою тіла, порушеннями сну, апетиту, диспептичними розладами тощо;
- яскрава гіперемія, набряк, кровоточивість ясен;
- некроз ясенного краю і верхівок міжзубних сосочків білувато-брудно-сірого кольору;
- після видалення нальоту і некротичної тканини оголюється кровоточива, болісна при пальпації виразкова поверхня;
- ясенні сосочки втрачають свою форму, набувають вигляду рівномірно зрізаних, а при прогресуванні процесу некротизуються до своєї основи;
- між здоровими та ураженими яснами визначається чітка демаркаційна лінія, слизова оболонка ясен, що оточує виразки, гіперемійована;

- посилене відкладання на зубах нальоту, а в подальшому - і зубного каменя;
- язик обкладений, регіонарні підщелепні та інші лімфатичні вузли збільшені, м'якої консистенції, болісні при пальпації;
- залежно від порушення загального стану розрізняють легкий, середній та тяжкий ступінь захворювання:
 - при легкому ступені тяжкості загальний стан хворого змінюється мало;
 - середній ступінь тяжкості характеризується дифузним розповсюдженням некрозу ясен уздовж зубного ряду, наростанням явищ інтоксикації, підвищенням температури тіла до 38-39°C, погіршенням стану хворого;
 - при тяжкому ступені тяжкості хворі загальмовані, в'ялі, відмічається пітливість, блідий колір обличчя. Різко виражені явища загальної інтоксикації, температура тіла підвищена до 39-40°C (на фоні значно зниженої реактивності організму температура може бути субфебрильною).

Рентгенологічні:

- відсутність кортикальної пластинки на верхівках міжальвеолярних перегородок;
- остеопороз губчатої речовини на верхівках міжальвеолярних перегородок;
- розширення періодонтальної щілини біля їх вершин.

Лабораторні методи:

- мікроскопічне дослідження нальоту показує велику кількість змішаної мікрофлори із значною кількістю веретеноподібних паличок та спірохет Венсана (фузоспірілярний симбіоз), грибів (дріжджеподібних та актиноміцетів) та інших мікроорганізмів;
- у мазках-відбитках відмічається велика кількість зруйнованих нейтрофільних лейкоцитів, фагоцитарна активність яких відповідає реактивності організму та ступеня тяжкості захворювання;
- загальний аналіз крові - лейкоцитоз, підвищення ТПОК.

КЛІНІКА

Легкий ступінь тяжкості:

- набряк ясенних сосочків;
- некроз верхівок ясенних сосочків;
- ясенні сосочки вкриті брудно-сірим нальотом, болісні та кровоточиві;
- гіперемія ділянок ясенних сосочків, які оточують виразки;
- неприємний запах з рота;
- регіонарні підщелепні та інші лімфатичні вузли збільшені, м'якої консистенції, болісні при пальпації;

- можливе підвищення температури тіла до 37,5°C, головний біль, слабкість, порушення апетиту.

Середній ступінь тяжкості:

- яскрава гіперемія ясенних сосочків і маргінальних ясен;
- виразний набряк ясенних сосочків і маргінальних ясен;
- некроз ясенних сосочків і маргінальних ясен;
- ясенний край та сосочки некротизовані, вкриті брудно-сірим нальотом, болісні і кровоточиві;
- слизова оболонка ясен, що оточує виразки, гіперемійована;
- наліт брудно-сірого кольору в ділянці виразок;
- значна кількість м'якого зубного нальоту в уражених ділянках;
- неприємний запах з рота;
- регіонарні підщелепні та інші лімфатичні вузли збільшені, м'якої консистенції, болісні при пальпації;
- підвищення температури тіла до 38-39°C, головний біль, слабкість, порушення апетиту.

Тяжкий ступінь захворювання:

- виразна гіперемія ясенних сосочків, маргінальних ясен і альвеолярної частини ясен;
- значний набряк ясенних сосочків, маргінальних ясен і альвеолярної частини ясен;
- некроз ясенних сосочків, маргінальних ясен і альвеолярної частини ясен;
- ясенний край, сосочки та альвеолярна частина ясен некротизовані, вкриті брудно-сірим нальотом, різко болісні і кровоточиві;
- значні відкладення м'якого зубного нальоту в уражених ділянках;
- неприємний запах з рота;
- регіонарні підщелепні та інші лімфатичні вузли збільшені, м'якої консистенції, болісні при пальпації;
- підвищення температури тіла до 39°C і вище, головний біль, слабкість, нудота, можливі диспептичні явища, порушення апетиту.

ЛІКУВАННЯ:

- професійна гігієна ротової порожнини;
- санація ротової порожнини (особливо видалення коренів зубів) — при відсутності гострих запальних явищ у яснах;
- *хірургічне лікування* (усунення аномалій будови і розташування м'яких тканин) та *ортодонтичне лікування* — тільки при відсутності гострих запальних явищ у яснах;
- *обережне усунення місцевих подразників* - зубні відкладення і наліт.

Медикаментозне

Направлене на усунення симптомів гострого виразкового гінгівіту пригнічення умовнопатогенної мікрофлори, нормалізацію стану судинної системи, підвищення місцевої резистентності, усунення гіпоксії, стимуляцію репаративних процесів у тканинах ясен.

Загальна тактика медикаментозного лікування. При виборі засобів медикаментозної терапії звертають увагу на характер перебігу гінгівіту (гострий, хронічний) та мікробний склад некротичного нальоту.

Антибактеріальна терапія (місцево) — з урахуванням чутливості мікрофлори некротичного нальоту і виразок.

Протизапальна терапія включає в себе етіотропне, патогенетичне і симптоматичне лікування:

- етіотропне - полягає у виявленні, усуненні або пригніченні факторів, які викликали запалення;
- патогенетичне - передбачає медикаментозний вплив на патофізіологічні ланки процесу запалення;
- при симптоматичному лікуванні усуваються або пригнічуються основні симптоми запалення.

Стимуляція репаративних процесів. Направлена на відновлення уражених тканин ясен. Застосовують засоби, направлені на поліпшення процесів обміну в уражених тканинах ясен і стимуляцію репаративної регенерації.

Кератопластичні препарати застосовують для поліпшення процесів епітелізації, якими завершується регенерація.

СХЕМА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ВИРАЗКОВОГО ГІНГІВІТУ

- навчання пацієнта правилам раціональної гігієни порожнини рота;
- професійна гігієна ротової порожнини;
- санація ротової порожнини (особливо видалення коренів зубів) - при відсутності гострих запальних явищ у яснах;
- часті полоскання порожнини рота розчинами антисептиків, особливо препаратами, які пригнічують анаеробну мікрофлору, тобто такими, які виділяють кисень (розчин перманганату калію 1:10 000, 3% розчин перекису водню);
- *при гострому запаленні* виникає необхідність пригнітити досить сильні больові відчуття в яснах. Для цього застосовують полоскання розчинами цитралю, прополісу (по 20-50 крапель спиртових розчинів на стакан води для полоскання). Для аплікацій на болісні ділянки ясен застосовують анестетики (анестезин, лідокаїн, тримекаїн тощо), похідні антранілової кислоти (мефенамінова кислота, мефенаміну натрієва сіль). У випадках вираженого болю призначають анагететики;
- обережне усунення місцевих подразників - зубні відкладення і наліт;

- після видалення місцевих подразнюючих факторів проводять обережну некроектомію — видалення некротичних тканин з поверхні виразок. Для полегшення відторгнення некротичних тканин застосовують протеолітичні ферменти — трипсин, хімотрипсин, проназа, терилітин тощо. Подібну, але менш ефективну дію на некротичні тканини чинять 0,25% розчини соди, перекису водню. Доцільно використовувати піноутворюючі речовини;
- *антибактеріальна терапія* (місцево) — з урахуванням чутливості мікрофлори. Застосовують антисептики (етакридину лактат тощо), похідні нітрофуранового ряду (фурацилін, фурагін тощо), протитрихомонадні препарати, рідше - антибіотики та сульфаніламідні препарати;
- *протизапальна терапія*. На ранніх стадіях запалення показані засоби, які мають здатність стабілізувати мембрани лізосом і тим самим перешкоджати утворенню медіаторів запалення (мефенаміну натрієва сіль, саліцилати), інгібітори протеолізу (трасилол, контрикал); препарати, що стимулюють утворення протизапальних агентів (саліцилати, продігозан, кальцію пантотенат, вітаміни С, Р тощо). Для регуляції порушень мікрогемодинаміки показано застосування антикоагулянтів (гепарин, фібринолізин), антитромбоцитарні засоби (натрію саліцилат, мефенаміну натрієва сіль);
- *стимуляція репаративних процесів* - призначають препарати, які підсилюють фагоцитоз (лізоцим), препарати піримідинових основ (метилурацил, пентоксил), вітаміни (аскорбінова кислота, вітамін Р), ендogenous РНК та ДНК (нуклеїнат натрію), засоби рослинного походження, полоскання штучним лізоцимом тощо;
- *кератопластичні препарати* (вітамін А та його похідні);
- *фізіотерапевтичні методи* - залежно від фази розвитку процесу запалення:
 - на початкових стадіях запалення показані аерозольні інгаляції, струми УВЧ, місцева гіпотермія, лазерне випромінювання тощо;
 - на подальших етапах лікування їх можна доповнити електрофорезом різних лікарських речовин (залежно від стадії запалення), гідротерапевтичними процедурами тощо.

Загальне

Залежить від ступеня тяжкості захворювання - воно менш об'ємне при легкому ступені і має досить значний об'єм лікарських заходів при тяжкому ступені захворювання виразкового гінгівіту. Призначають гіпосенсибілізуючу (антигістамінні препарати тощо), протизапальну (похідні саліцилатів, нестероїдні препарати тощо), антибактеріальну

терапію (антибіотики, сульфаніламід, нітрофуран тощо залежно від чутливості мікрофлори). Хороші результати дає лікування метронідазолом (трихопол, флагіл) та іншими протипротозойними препаратами. Призначають вітамінні та полівітамінні препарати (перорально). У тяжких випадках застосовують дезінтоксикаційні засоби, при необхідності - стимулюючі препарати (лізоцим, продігіозан, імуностимулятори тощо).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- гігієнічне навчання індивідуальному догляду за порожниною рота;
- застосування зубних щіток з м'якою або дуже м'якою щетиною;
- лікувально-профілактичні зубні пасти протизапальної дії, що містять екстракти лікарських трав, антисептики, макро- та мікроелементи, зубні еліксири, що містять антисептики.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

У разі переходу у хронічну форму:

Легкий ступінь тяжкості

I диспансерна група - огляд лікаря 1 раз на рік.

Середній ступінь тяжкості

II диспансерна група - огляд лікаря 2 рази на рік.

Тяжкий ступінь захворювання

III диспансерна група - огляд лікаря 3 рази на рік

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ

У разі ефективності проведеного лікування - відсутність скарг на кровоточивість ясен, ясна блідо-рожевого кольору, щільні, безболісні при пальпації, зубні відкладення відсутні.

У разі неефективності проведеного лікування - продовжується кровоточивість ясен, ясна набряклі, відмічається наявність зубних відкладень. У подальшому можливе руйнування зубо-ясенного прикріплення, утворення пародонтальних кишень, атрофія альвеолярної кістки - виникнення локалізованого чи генералізованого пародонтиту.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ремісія;
- подальше прогресування виразкового гінгівіту і перехід у хронічну форму;
- розвиток пародонтиту.

МКХ-10 K05.0

Гінгівіт виразковий (хронічний)

Клінічна форма — виразковий гінгівіт, хронічний перебіг.

Розповсюдженість процесу — обмежений, дифузний.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- скарги на постійну кровоточивість, незначну болісність ясен та неприємний запах з рота тощо;
- загальний стан організму не порушений;
- ясна застійно гіперемійовані, відмічається їх набряк, вкритий виразками край валикоподібно стовщений;
- верхівки міжзубних ясенних сосочків або навіть весь край ясен вкритий невеликою кількістю брудно-сірого нальоту;
- некроз ясенного краю і верхівок міжзубних сосочків призводить до втрати фестончатості ясенного краю, міжзубні проміжки відкриті, зяють;
- після видалення нальоту і некротичної тканини оголюється кровоточива, болісна при пальпації виразкова поверхня;
- ясенні сосочки втрачають свою форму, набувають вигляду рівномірно зрізаних, некротизовані до своєї основи;
- демаркаційна лінія між здоровими та ураженими яснами незначно гіперемійована, стовщена;
- язик обкладений, регіонарні лімфатичні вузли можуть бути злегка збільшеними, малоболісними при пальпації;
- залежно від порушення загального стану розрізняють легкий, середній та тяжкий ступінь захворювання. Захворювання нерідко має перебіг без виражених суб'єктивних відчуттів, загальний стан організму не порушений. Хронічний виразковий гінгівіт має, як правило, легкий перебіг, рідше - середнього ступеня тяжкості;
- при легкому ступені тяжкості загальний стан хворого змінюється мало. Середній ступінь тяжкості характеризується дифузним розповсюдженням некрозу ясен уздовж зубного ряду, наростанням явищ інтоксикації, підвищенням температури тіла до 38-39°C, погіршенням стану хворого. При тяжкому ступені захворювання хворі загальмовані, в'ялі, відмічається пітливість, блідий колір обличчя. Різко виражені явища загальної інтоксикації, температура тіла підвищена до 39-40°C (на фоні значно зниженої реактивності організму температура може бути субфебрильною).

Рентгенологічні:

- відсутність кортикальної пластинки на верхівках міжальвеолярних перегородок;

- остеопороз губчатої речовини на верхівках міжальвеолярних перегородок;
- розширення періодонтальної щілини біля їх вершин.

Лабораторні методи:

- мікроскопічне дослідження нальоту показує велику кількість змішаної мікрофлори із значною кількістю веретеноподібних паличок та спірохет Венсана (фузоспірилярний симбіоз), грибів (дріжджеподібних та актиноміцетів) та інших мікроорганізмів;
- у мазках-відбитках відмічається велика кількість зруйнованих нейтрофільних лейкоцитів, фагоцитарна активність яких відповідає реактивності організму та ступеню тяжкості захворювання;
- загальний аналіз крові - лейкоцитоз, підвищення ШОЕ.

КЛІНІКА:

- неприємний запах з рота;
- набряк ясенних сосочків;
- некроз верхівок ясенних сосочків;
- ясенні сосочки вкриті брудно-сірим нальотом, болісні і кровоточиві;
- ясна застійно гіперемійовані, вкритий виразками край валикоподібно стовщений;
- некроз верхівок міжзубних сосочків і маргінальних ясен, міжзубні проміжки відкриті, зяють;
- ясенні сосочки втрачають свою форму, набувають вигляду рівномірно зрізаних, некротизовані до своєї основи;
- після видалення нальоту і некротичної тканини оголюється кровоточива, болісна при пальпації виразкова поверхня;
- язик обкладений, регіонарні лімфатичні вузли можуть бути злегка збільшеними, малоболісними при пальпації;
- захворювання нерідко має перебіг без виражених суб'єктивних відчуттів, загальний стан організму не порушений. Хронічний виразковий гінгівіт, як правило, має легкий перебіг, рідше — середнього ступеня тяжкості.

ЛІКУВАННЯ:

- професійна гігієна ротової порожнини;
- санація ротової порожнини (особливо видалення коренів зубів) — при відсутності гострих запальних явищ у яснах;
- *хірургічне лікування* (усунення аномалій будови і розташування м'яких тканин) та *ортодонтичне лікування* — тільки при відсутності гострих запальних явищ у яснах;
- *обережне усунення місцевих подразників* - зубні відкладення і наліт.

Медикаментозне

Направлене на усунення симптомів виразкового гінгівіту, пригнічення умовнопатогенної мікрофлори, нормалізацію стану судинної системи, підвищення місцевої резистентності, усунення гіпоксії, стимуляцію репаративних процесів у тканинах ясен.

Загальна тактика медикаментозного лікування. При виборі засобів медикаментозної терапії звертають увагу на характер перебігу гінгівіту (гострий, хронічний) та мікробний склад некротичного нальоту.

Антибактеріальна терапія (місцево) — з урахуванням чутливості мікрофлори некротичного нальоту і виразок.

Протизапальна терапія включає в себе етіотропне, патогенетичне і симптоматичне лікування:

- етіотропне полягає у виявленні, усуненні або пригніченні факторів, які викликали запалення;
- патогенетичне передбачає медикаментозний вплив на патофізіологічні ланки процесу запалення;
- при симптоматичному лікуванні усуваються або пригнічуються основні симптоми запалення.

Стимуляція репаративних процесів. Направлена на відновлення уражених тканин ясен. Застосовують засоби, направлені на поліпшення процесів обміну в уражених тканинах ясен і стимуляцію репаративної регенерації.

Кератопластичні препарати застосовують для поліпшення процесів епітелізації, якими завершується регенерація.

СХЕМА ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ВИРАЗКОВОГО ГІНГІВІТУ:

- навчання пацієнта правилам раціональної гігієни порожнини рота;
- професійна гігієна ротової порожнини;
- санація ротової порожнини (особливо видалення коренів зубів) — при відсутності гострих запальних явищ у яснах;
- часті полоскання порожнини рота розчинами антисептиків, особливо препаратами, які пригнічують анаеробну мікрофлору, тобто такими, які виділяють кисень (розчин перманганату калію 1:10 000, 3% розчин перекису водню);
- враховуючи незначні больові відчуття при хронічному перебігу гінгівіту для знеболювання достатньо полоскання розчинами цитралу, прополісу (по 20-50 крапель спиртових розчинів на стакан води для полоскання). При вираженій болісності для аплікацій на болісні ділянки ясен застосовують анестетики (анестезин, лідокаїн, тримекаїн тощо), похідні антранілової кислоти (мефенамінова кислота, мефенаміну натрієва сіль). У випадках вираженого болю призначають анальгетики;

- обережне усунення місцевих подразників - зубні відкладення і наліт;
- після видалення місцевих подразнюючих факторів проводять обережну некроектомію - видалення некротичних тканин з поверхні виразок. Для полегшення відторгнення некротичних тканин застосовують протеолітичні ферменти - трипсин, хімотрипсин, проназа, терилітин тощо. Подібну, але менш ефективну дію на некротичні тканини чинять 0,25% розчини соди, перекису водню. Доцільно використовувати піноутворюючі речовини;
- *антибактеріальна терапія* (місцево) — з урахуванням чутливості мікрофлори. Застосовують антисептики (етакридину лактат тощо), похідні нітрофуранового ряду (фурацилін, фурагін тощо), протитрихомонадні препарати, рідше антибіотики та сульфаніламідні препарати;
- *протизапальна терапія*. На ранніх стадіях запалення показані засоби, які мають здатність стабілізувати мембрани лізосом і тим самим перешкоджати утворенню медіаторів запалення (мефенаміну натрієва сіль, саліцилати), інгібітори протеолізу (трасилол, контрикал); препарати, що стимулюють утворення протизапальних агентів (саліцилати, продігіозан, кальцію пантотенат, вітаміни С, Р тощо). Для регуляції порушень мікрогемодинаміки показане застосування антикоагулянтів (гепарин, фібринолізин), антитромбоцитарні засоби (натрію саліцилат, мефенаміну натрієва сіль);
- *стимуляція репаративних процесів*. Призначають препарати, які підсилюють фагоцитоз (лізоцим), препарати піримідинових основ (метилурацил, пентоксил), вітаміни (аскорбінова кислота, вітамін Р), ендогенні РНК та ДНК (нуклеїнат натрію), засоби рослинного походження, полоскання штучним лізоцимом тощо;
- *кератопластичні препарати* (вітамін А та його похідні);
- *фізіотерапевтичні методи* - залежно від фази розвитку процесу запалення:
 - на початкових стадіях запалення показані аерозольні інгаляції, струми УВЧ, місцева гіпотермія, лазерне випромінювання тощо;
 - на подальших етапах лікування їх можна доповнити електрофорезом різних лікарських речовин (залежно від стадії запалення), гідротерапевтичними процедурами тощо.

Загальне

Залежить від ступеня тяжкості захворювання - воно менш об'ємне при легкому ступені і має досить значний об'єм лікарських заходів при тяжкому ступені захворювання. Призначають гіпосенсибілізуючу (антигістамінні препарати тощо), протизапальну (похідні саліцилатів, нестероїдні препарати тощо), антибактеріальну терапію (антибіотики,

сульфаніламіді, нітрофурани тощо залежно від чутливості мікрофлори). Хороші результати дає лікування метронідазолом (трихопол, флагіл) та іншими протипротозойними препаратами. Призначають вітамінні та полівітамінні препарати (перорально). У тяжких випадках застосовують дезінтоксикаційні засоби, при необхідності - стимулюючі препарати (лізоцим, продігіозан, імуностимулятори тощо).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- гігієнічне навчання індивідуальному догляду за порожниною рота;
- застосування зубних щіток з м'якою або дуже м'якою щетиною;
- лікувально-профілактичні зубні пасти протизапальної дії, що містять екстракти лікарських трав, антисептики, макро- та мікроелементи;
- зубні еліксири, що містять антисептики.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Легкий ступінь тяжкості

I диспансерна група - огляд лікаря 1 раз на рік.

Середній ступінь тяжкості

II диспансерна група - огляд лікаря 2 рази на рік.

Тяжкий ступінь захворювання

III диспансерна група - огляд лікаря 3 рази на рік.

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ

Уразі ефективності проведеного лікування - відсутність скарг на кровочивість ясен, ясна блідо-рожевого кольору, щільні, безболісні при пальпації, зубні відкладення відсутні.

Уразі неефективності проведеного лікування - продовжується кровочивість ясен, ясна набряклі, відмічається наявність зубних відкладень. У подальшому можливе руйнування зубоясенного прикріплення, утворення пародонтальних кишень, атрофія альвеолярної кістки - виникнення локалізованого чи генералізованого пародонтиту.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ремісія;
- подальше прогресування виразкового гінгівіту і перехід у пародонтит.

МКХ-10 K05.0

Гінгівіт гіпертрофічний (гранулююча форма)

Клінічна форма — гіпертрофічний гінгівіт, хронічний перебіг, гранулююча форма.

Розповсюдженість процесу — обмежений, дифузний.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- скарги на розростання ясен, свербіж, незначну кровоточивість та болісність, які підсилюються під час приймання їжі; розростання ясен, яке може порушувати акт жування, неприємний запах з рота;
- загальний стан організму не порушений;
- гіперплазія ясенних сосочків з різко вираженим ціанозом, пастозність, пухкість тканини, болісність при пальпації, підсилена кровоточивість;
- ясенний край стовщений, альвеолярні ясна знаходяться в стані катарального запалення;
- форма ясенних сосочків змінена, нерідко внаслідок гіперплазії та підсиленого розростання грануляцій ясна набувають спотвореного вигляду;
- рельєф ясенного краю порушений. У результаті вираженого набряку тканин та гіперплазії утворюються ясенні кишені різної глибини з серозним або серозно-гнійним ексудатом. Зубоепітеліальне з'єднання не порушене;
- на зубах відмічаються рясні відкладення нальоту, іноді - зубного каменя.

Рентгенологічні:

- остеопороз губчатої речовини на верхівках міжальвеолярних перегородок;
- утворення узур в кортикальному шарі кістки міжальвеолярних перегородок;
- розширення періодонтальної щілини біля їх вершин.

Індексна оцінка стану тканин пародонта:

- ПМА (папілярно-маргінально-альвеолярний індекс):
значення індексу до 20% — легкий ступінь тяжкості гінгівіта,
від 25 до 50% — середній ступінь тяжкості гінгівіта,
вище 51% — тяжкий ступінь захворювання на гінгівіт;
- СРІ (комунальний пародонтальний індекс):

- 0 - здорові ясна
- 1 - кровоточивість ясен
- 2 - наявність зубного каменя
- 3 - кишень глибиною 4-5 мм
- 4 - глибина кишені більше 6 мм.

КЛІНІКА

За інтенсивністю продуктивного гіпертрофічного процесу ясен розрізняють три ступені їх гіпертрофії:

I ступінь — у межах 1/3 висоти коронки зуба,

II ступінь - розростання досягає 1/2 висоти коронки зуба,

III ступінь - ясна вкривають більше 2/3 висоти коронки зуба.

I ступінь гіпертрофії:

- гіперплазія ясенних сосочків з різко вираженим ціанозом, пастозність, пухкість тканини, болісність при пальпації, підсилена кровоточивість;
- збільшені сосочки ясен вкриті грануляціями;
- ясенний край стовщений, альвеоларні ясна знаходяться в стані катарального запалення;
- незначний біль і кровоточивість при пальпації ясенних сосочків;
- рельєф ясенного краю порушений. У результаті вираженого набряку тканин та гіперплазії утворюються ясенні кишень різної глибини з серозним або серозно-гнійним ексудатом. Зубоепітеліальне з'єднання не порушене;
- ясенні сосочки збільшені у розмірах, перекривають коронкову частину зубів на 1/3 їх висоти.

II ступінь гіпертрофії:

- гіперплазія ясенних сосочків з різко вираженим ціанозом, пастозність, пухкість тканини, болісність при пальпації, підсилена кровоточивість;
- збільшені сосочки ясен вкриті грануляціями;
- ясенний край зтовщений, альвеоларні ясна знаходяться в стані катарального запалення;
- незначний біль і кровоточивість при пальпації ясенних сосочків;
- рельєф ясенного краю порушений. У результаті вираженого набряку тканин та гіперплазії утворюються ясенні кишень різної глибини з серозним або серозно-гнійним ексудатом. Зубоепітеліальне з'єднання не порушене;
- ясенні сосочки збільшені у розмірах, перекривають коронкову частину зубів на 1/2 їх висоти.

НІ ступінь гіпертрофії:

- гіперплазія ясенних сосочків з різко вираженим ціанозом, пас-тозність, пухкість тканини, болісність при пальпації, підсилена кро-воточивість;
- збільшені сосочки ясен вкриті грануляціями;
- ясенний край стовщений, альвеолярні ясна знаходяться в стані ка-тарального запалення;
- незначний біль і кровоточивість при пальпації ясенних сосочків;
- рельєф ясенного краю порушений. У результаті вираженого набря-ку тканин та гіперплазії утворюються ясенні кишені різної глибини з серозним або серозно-гнійним ексудатом. Зубоепітеліальне з'єднан-ня не порушене;
- ясенні сосочки збільшені у розмірах, перекривають коронкову час-тину зубів більш ніж на 1/2 їх висоти.

ЛІКУВАННЯ:

- професійна гігієна ротової порожнини;
- санація ротової порожнини;
- усунення місцевих подразників - зубні відкладення, каріозні порож-нини, травматична оклюзія, аномалії прикусу та розміщення зубів, аномалії прикріплення м'яких тканин ротової порожнини тощо;
- ортодонтичне лікування — при наявності порушень оклюзії та ано-малій прикусу.

Медикаментозне

Направлене на усунення симптомів хронічного запалення ясен, при-гнічення умовнопатогенної мікрофлори, нормалізацію стану судинної системи, підвищення місцевої резистентності, усунення гіпоксії, стиму-ляцію репаративних процесів у тканинах ясен.

Загальна тактика медикаментозного лікування. При виборі засобів медикаментозної терапії звертають увагу на хронічний характер пере-бігу гінгівіту та мікробний склад ясенних кишень.

Антибактеріальна терапія (місцево) — з урахуванням чутливості мікрофлори ясенних кишень.

Противапальна терапія включає в себе етіотропне, патогенетичне і симптоматичне лікування:

- етіотропне - полягає у виявленні, усуненні або пригніченні факторів, які викликали запалення;
- патогенетичне - передбачає медикаментозний вплив на патофізіо-логічні ланки процесу запалення;
- при симптоматичному лікуванні усуваються або пригнічуються ос-новні симптоми запалення.

Стимуляція репаративних процесів. Направлена на відновлення уражених тканин ясен. Застосовують засоби, направлені на поліпшення процесів обміну в уражених тканинах ясен і стимуляцію репаративної регенерації.

Медикаментозне лікування гіпертрофії ясен — склерозуюча терапія: антибактеріальні засоби рослинного походження (чистотіл), біогенні засоби (бефунгін), антикоагулянти прямої дії (гепарин) тощо.

Фізіотерапія - при відсутності ознак запалення: електрофорез лідази; вакуум-масаж; дарсонвалізація тощо.

Хірургічне

У разі неефективності консервативного лікування - гінгивектомія, кріодеструкція, діатермокоагуляція.

СХЕМА ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТРОФІЧНОГО ПНПВГТУ

- навчання пацієнта правилам раціональної гігієни порожнини рота;
- професійна гігієна ротової порожнини;
- санація ротової порожнини;
- *ортодонтичне лікування* — при наявності порушень оклюзії та аномалій прикусу;
- *полоскання порожнини рота* антисептичними, гігієнічними засобами або гіпертонічними розчинами - гіпертонічні 2% розчини кухонної солі або соди; в'язучі, дубильні засоби - настої та відвари лікарських рослин: звіробою, шавлії, ромашки, кори дуба тощо;
- *антибактеріальна терапія* (місцево) — з урахуванням чутливості мікрофлори. Застосовують антисептики (етакридину лактат тощо), похідні нітрофуранового ряду (фурацилін, фурагін тощо), рідше - антибіотики та сульфаніламідні препарати;
- *протизапальна терапія.* На ранніх стадіях запалення показані засоби, які мають здатність стабілізувати мембрани лізосом і тим самим перешкоджати утворенню медіаторів запалення (мефенаміну натрієва сіль, саліцилати), інгібітори протеолізу (трасилол, контрикал); препарати, що стимулюють утворення протизапальних агентів (саліцилати, продігіозан, кальцію пантотенат, вітаміни С, Р тощо). Для регуляції порушень мікрогемодинаміки показане застосування антикоагулянтів (гепарин, фібринолізин), антитромбоцитарні засоби (натрію саліцилат, мефенаміну натрієва сіль). Застосовують кортикостероїдні препарати у вигляді мазей для аплікацій або ін'єкцій емульсій (наприклад, гідрокортизону, триамциналону тощо по 0,1-0,2 мл) у сосочки. Стероїдні мазі можна ввести до складу лікувальних пов'язок;

- *медикаментозне лікування* гіпертрофії ясен. Для лікування продуктивного запального процесу показані настої чистотілу, ромазулан, ваготил, 1% розчин галаскорбіну, юглон тощо. їх застосовують у вигляді аплікацій на ясна та інстиляцій у ясенні кишень. Доцільним є призначення засобів, які мають цитостатичну дію - бефунгін, проспідин, препарати хлорофілу, неоцид, круцин тощо. Ефективним є поєднане застосування цих препаратів з фізіотерапевтичними методами - введення їх у тканини за допомогою електрофорезу, ультрафонофорезу;
- *склерозуюча терапія*. Після знеболювання у кожний гіпертрофований сосочок вводять 0,1-0,2 мл 40% розчину глюкози, 25% розчину сульфату магнію, 10% розчину хлориду кальцію, 0,1% розчину новембіхіну або 70% розчину етилового спирту 3-4 рази з перервою в 1-2 дні. Склерозуючу дію мають також «Мараславін» та «Полімінерол», які застосовують у вигляді аплікацій;
- *фізіотерапевтичні методи* - електрофорез різних лікарських препаратів, гідромасаж, лікувальні зрошення тощо;
- застосування комплексу медикаментозних засобів ефективно при I ступені гіпертрофії ясен. При переважанні проліферативних процесів II або III ступенів необхідне використання деструктивних методів лікування - хірургічне або електрохірургічне висікання розростання ясен - гінгівектомія, кріодеструкція, діатермокоагуляція.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- комплексне клініко-лабораторне обстеження у терапевта, ендокринолога для визначення загальних чинників розвитку захворювання;
- гігієнічне навчання індивідуальному догляду за порожниною рота;
- лікувально-профілактичні зубних пасти протизапальної дії, що містять екстракти лікарських трав, антисептики, макро- та мікроелементи;
- зубні еліксири, що містять антисептики.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

I диспансерна група — огляд лікаря 1 раз на рік.

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ

У разі ефективності проведеного лікування - відсутність скарг на кровоточивість і розростання ясен, ясна блідо-рожевого кольору, щільні, безболісні при пальпації, зубні відкладення відсутні.

У разі неефективності проведеного лікування - продовжується кровоточивість ясен, ясна набряклі, відмічається наявність зубних відкладень. У подальшому можливе руйнування зубоясенного прикріплення, утворення пародонтальних кишень, атрофія альвеолярної кістки - виникнення локалізованого чи генералізованого пародонтиту.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ремісія;
- подальше прогресування хронічного гіпертрофічного гінгівіту;
- розвиток пародонтиту.

МКХ іо K05.0

**Гінгівіт гіпертрофічний
(фіброзна форма)**

Клінічна форма — гіпертрофічний гінгівіт,
хронічний перебіг, фіброзна форма.

Розповсюдженість процесу — обмежений, дифузний.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- хворі не висувають скарг (при незначній гіпертрофії ясен) або скаргуються на незвичний вигляд та форму ясен;
- загальний стан організму не порушений;
- гіпертрофія ясенних сосочків;
- гіпертрофовані ясна набувають вигляду стовщеного у своїй основі валика та округлої форми гіпертрофованих сосочків;
- гіпертрофовані ясна різко виступають у присінок порожнини рота, що зумовлює деформацію рельєфу ясен;
- нерідко гіпертрофовані ясна вкривають усю присінкову поверхню зубів на всьому протязі зубного ряду;
- рельєф ясенного краю порушений. У результаті вираженої гіпертрофії тканин утворюються ясенні кишені різної глибини. Зубоепітеліальне з'єднання не порушене;
- ясенні сосочки блідо-рожевого кольору або мають навіть блідніший вигляд ніж здорові ділянки ясен. Вони щільно прилягають до зубів і хоча збільшені за своїми розмірами і деформовані, проте не кровоточать;
- при пальпації визначається виражена щільність гіпертрофованих ділянок ясен.

Рентгенологічні

Можливий незначний остеопороз губчатої речовини на верхівках міжальвеолярних перегородок.

КЛІНІКА

За інтенсивністю продуктивного гіпертрофічного процесу ясен розрізняють три ступені їх гіпертрофії:

I ступінь — у межах 1/3 висоти коронки зуба,

II ступінь - розростання досягає 1/2 висоти коронки зуба,

III ступінь - ясна вкривають більше 2/3 висоти коронки зуба.

I ступінь гіпертрофії:

- гіпертрофія ясенних сосочків;
- ясенні сосочки блідо-рожевого кольору або мають навіть блідніший вигляд ніж здорові ділянки ясен. Вони щільно прилягають до зубів і хоча збільшені за своїми розмірами і деформовані, проте не кровоточать;
- ясенний край стовщений;
- відсутність болю і кровоточивості при пальпації ясенних сосочків;
- рельєф ясенного краю порушений. У результаті вираженої гіпертрофії тканин утворюються ясенні кишені різної глибини. Зубоепітеліальне з'єднання не порушене;
- ясенні сосочки збільшені у розмірах, перекривають коронкову частину зубів на 1/3 їх висоти.

II ступінь гіпертрофії:

- гіпертрофія ясенних сосочків;
- ясенні сосочки блідо-рожевого кольору або мають навіть блідніший вигляд ніж здорові ділянки ясен. Вони щільно прилягають до зубів і хоча збільшені за своїми розмірами і деформовані, проте не кровоточать;
- ясенний край стовщений;
- відсутність болю і кровоточивості при пальпації ясенних сосочків;
- рельєф ясенного краю порушений. У результаті вираженої гіпертрофії тканин утворюються ясенні кишені різної глибини. Зубоепітеліальне з'єднання не порушене;
- ясенні сосочки збільшені у розмірах, перекривають коронкову частину зубів на 1/2 їх висоти.

III ступінь гіпертрофії:

- гіпертрофія ясенних сосочків;
- ясенні сосочки блідо-рожевого кольору або мають навіть бліднішай вигляд ніж здорові ділянки ясен. Вони щільно прилягають до зубів і хоча збільшені за своїми розмірами і деформовані, проте не кровоточать;
- ясенний край стовщений;
- відсутність болю і кровоточивості при пальпації ясенних сосочків;
- рельєф ясенного краю порушений. У результаті вираженої гіпертрофії тканин утворюються ясенні кишені різної глибини. Зубоепітеліальне з'єднання не порушене;

- ясенні сосочки збільшені у розмірах, перекривають коронкову частину зубів більш ніж на 1/2 їх висоти.

ЛІКУВАННЯ:

- професійна гігієна ротової порожнини;
- санація ротової порожнини;
- усунення місцевих подразників - зубні відкладення, каріозні порожнини, травматична оклюзія, аномалії прикусу та розміщення зубів, аномалії прикріплення м'яких тканин ротової порожнини тощо;
- *ортодонтичне* - при наявності порушень оклюзії та аномалій прикусу;
- *хірургічне* - гінгівектомія, кріодеструкція, діатермокоагуляція.

СХЕМА ЛІКУВАННЯ ФІБРОЗНОЇ ФОРМИ ГІПЕРТРОФІЧНОГО ПНПВІГУ:

- навчання пацієнта правилам раціональної гігієни порожнини рота;
- професійна гігієна ротової порожнини;
- санація ротової порожнини;
- *ортодонтичне лікування* — при наявності порушень оклюзії та аномалій прикусу;
- *полоскання порожнини рота* антисептичними, гігієнічними засобами або гіпертонічними розчинами - гіпертонічні 2% розчини кухонної солі або соди; в'яжучі, дубильні засоби - настої та відвари лікарських рослин: звіробою, шавлії, ромашки, кори дуба тощо;
- *склерозуюча терапія* - можлива при I ступені гіпертрофії ясенних сосочків. Після знеболювання у кожний гіпертрофований сосочок вводять 0,1-0,2 мл 40% розчину глюкози, 25% розчину сульфату магнію, 10% розчину хлориду кальцію, 0,1% розчину новембіхіну або 70% розчину етилового алкоголю 3-4 рази з перервою в 1-2 дні. Склерозуючу дію мають також «Мараславін» та «Полімінерол», які застосовують у вигляді аплікацій;
- *фізіотерапевтичні методи* - електрофорез різних лікарських препаратів, гідромасаж, лікувальні зрошення тощо;
- *хірургічне лікування* - гінгівектомія, кріодеструкція, діатермокоагуляція.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- гігієнічне навчання індивідуальному догляду за порожниною рота;
- лікувально-профілактичні зубні паста проти запальної дії, що містять екстракти лікарських трав, антисептики, макро- та мікроелементи;
- зубні еліксири, що містять антисептики.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

I диспансерна група — спостереження лікаря 1 раз на рік.

МОЖЛИВИ РЕЗУЛЬТАТИ

У разі ефективності проведеного лікування - відсутність скарг на розростання ясен. Ясна звичайної конфігурації, блідо-рожевого кольору, щільні, безболісні при пальпації, зубні відкладення відсутні.

У разі неефективності проведеного лікування - ясна гіпертрофовані, щільні, блідо-рожевого кольору, відмічається наявність зубних відкладень. У подальшому можливе руйнування зубоясенного прикріплення, утворення пародонтальних кишень, атрофія альвеолярної кістки - виникнення локалізованого чи генералізованого пародонтиту.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ремісія;
- подальше прогресування хронічного гіпертрофічного гінгівіту.

МКХ-10 к 05.30

Пародонтит локалізований

Клінічна форма — локалізований пародонтит.

Перебіг захворювання — гострий, хронічний.

Ступінь розвитку — початковий, I-III ступінь.

Розповсюдженість процесу — обмежене ураження пародонта.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні (прояви на обмеженій ділянці зубного ряду щелеп):

- зміна кольору і рельєфу ясен (симптоматичний гінгівіт);
- порушення цілісності зубоясенного сполучення (утворення пародонтальної кишені);
- травматична оклюзія;
- резорбція кістки альвеолярного відростка на обмеженій ділянці щелепи.

Рентгенологічні:

- розширення періодонтальної щілини біля вершин міжальвеолярних перегородок;
- деструкція компактної пластинки на верхівках міжальвеолярних перегородок;

- остеопороз кістки міжальвеолярних перегородок (у разі гострого перебігу - більше виражений);
- резорбція кісткової тканини міжальвеолярних перегородок: при I ступені - в межах 1/3 їх висоти, II — до 2/3 і III - більше 2/3 висоти перегородки;
- процес локалізований у межах 1-3 зубів.

Індексна оцінка стану тканин пародонта

- ПМА (папілярно-маргінально-альвеолярний індекс):
значення індексу до 20% — легкий ступінь тяжкості гінгівіту,
від 25 до 50% — середній ступінь тяжкості гінгівіту,
вище 51% — тяжкий ступінь захворювання на гінгівіт;
- СРІ (комунальний пародонтальний індекс):
0 - здорові ясна
1 - кровоточивість ясен
2 - наявність зубного каменя
3 - кишень глибиною 4-5 мм
4 - глибина кишень більше 6 мм.

Функціональні

Визначення стійкості капілярів ясен за Кулаженком (час утворення вакуумної гематоми):

- інтактний пародонт - 50-80 с;
- хронічний перебіг - 15-25 с;
- гострий перебіг - 5-10 с.

Лабораторні методи

Цитологія вмісту ясенних кишень при інтактному пародонті:

- нейтрофільні гранулоцити - 2,0-3,0 у полі зору,
- епітеліальні клітини - 4,0-5,0 у полі зору.

Про запалення свідчать показники більше як 2,0-3,0 та 4,0-5,0 відповідно.

Показники міграції лейкоцитів у ротову порожнину за Ясиновським

- інтактний пародонт:
- 80-120 лейкоцитів у 1 мл змивної рідини (з них 90-98% життєздатні);
- 25-100 епітеліальних клітин в 1 мл змивної рідини.

Про запалення у тканинах пародонта свідчать показники більше як 80-120 лейкоцитів та епітеліальних клітин більше 100 в 1 мл змивної рідини.

КЛІНІКА

I ступінь:

- наявність місцевих подразників (зубний камінь, гострі краї каріозних зубів, неповноцінні пломби на контактних поверхнях, зубо-щелепні деформації тощо);

- катаральний, гіпертрофічний або виразковий гінгівіт у ділянці 1-3 зубів залежно від перебігу - гострий або хронічний;
- пародонтальні кишені глибиною 1-3 мм містять серозно-гнійні виділення у незначній кількості, можлива ретракція ясен;
- рухомість зубів може бути I ступеня (більш виражена при гострому перебігу);
- рентгенологічно на обмеженій ділянці виявляється повна деструкція кортикального шару, розширення періодонтальної щілини на верхівках міжальвеолярних перегородок, остеопороз губчатої речовини та резорбція в межах верхньої третини їх висоти. Інші ділянки зубного ряду без змін.

II ступінь:

- наявність місцевих подразників - зубний камінь, гострі краї каріозних зубів, неповноцінні пломби на контактних поверхнях, зубо-щелепні деформації тощо;
- катаральний, гіпертрофічний або виразковий гінгівіт у ділянці 1-3 зубів залежно від перебігу - гострий або хронічний;
- пародонтальні кишені глибиною 3-5 мм містять серозно-гнійні виділення у незначній кількості, можлива ретракція ясен;
- рухомість зубів може бути I—III ступеня (більш виражена при гострому перебігу);
- рентгенологічно на обмеженій ділянці виявляється повна деструкція кортикального шару, розширення періодонтальної щілини на верхівках міжальвеолярних перегородок, остеопороз губчатої речовини та резорбція в межах половини їх висоти. Інші ділянки зубного ряду без змін.

III ступінь:

- наявність місцевих подразників - зубний камінь, гострі краї каріозних зубів, неповноцінні пломби на контактних поверхнях, зубо-щелепні деформації тощо;
- катаральний, гіпертрофічний або виразковий гінгівіт у ділянці 1-3 зубів залежно від перебігу - гострий або хронічний;
- пародонтальні кишені глибиною 5-8 мм містять серозно-гнійні виділення у незначній кількості, можлива ретракція ясен;
- рухомість зубів може бути II—III ступеня (більш виражена при гострому перебігу);
- рентгенологічно кортикальна пластинка порушена, резорбція альвеолярної кістки досягає 2/3 висоти міжальвеолярних перегородок. Відмічається утворення кісткових кишень різної глибини. Розширення періодонтальної щілини та остеопороз виражені незначно. Інші ділянки зубного ряду без змін.

ЛІКУВАННЯ

Місцеве

Усунення місцевих подразників - зубні відкладення, каріозні порожнини, травматична оклюзія, аномалії прикусу та розміщення зубів, аномалії прикріплення м'яких тканин ротової порожнини тощо.

Знеболювання - залежно від обсягу та глибини втручання на тканинах пародонта застосовують аплікаційне, ін'єкційне та інші методи знеболювання.

Усунення травматичної оклюзії - вибіркове пришліфовування зубів, тимчасове або постійне шинування рухомих зубів.

Медикаментозне

Направлене на усунення симптоматичного гінгівіту (катарального, гіпертрофічного, виразкового), пародонтальних кишень, пригнічення умовнопатогенної мікрофлори, нормалізацію стану судинної системи, підвищення місцевої резистентності, усунення гіпоксії, стимуляцію репаративних процесів у тканинах пародонта.

Загальна тактика медикаментозного лікування. При виборі засобів медикаментозної терапії звертають увагу на форму симптоматичного гінгівіту, характер перебігу запального процесу в пародонті (гострий або хронічний), ступінь розвитку локалізованого пародонтиту, наявність вмісту та мікробний склад пародонтальних кишень.

Антибактеріальна терапія (місцево) — з урахуванням чутливості мікрофлори пародонтальних кишень.

Протизапальна терапія включає в себе етіотропне, патогенетичне і симптоматичне лікування:

- етіотропне - полягає у виявленні, усуненні або пригніченні факторів, які викликали запалення;
- патогенетичне - передбачає медикаментозний вплив на патофізіологічні ланки процесу запалення;
- при симптоматичному лікуванні усуваються або пригнічуються основні симптоми запалення.

Стимуляція репаративних процесів. Направлена на відновлення уражених, зруйнованих тканин пародонта, загоєння виразок його тканин, дна пародонтальних кишень тощо. Застосовують засоби, направлені на поліпшення процесів обміну в уражених тканинах пародонта і стимуляцію репаративної регенерації, крім того, вони нормалізують дистрофічні процеси в пародонті.

Кератопластичні препарати застосовують для поліпшення процесів епітелізації, якими завершується регенерація та рубцювання пародонтальних кишень, виразок тощо.

Хірургічні методи:

- кюретаж - відкритий кюретаж, вакуум-кюретаж, кріокюретаж;
- гінгівотомія;
- гінгівектомія (проста, радикальна);
- клаптеві операції;
- операції для формування присінку порожнини рота (френулотомія, френулектомія, пластика присінку тощо).

Ортопедичне

Створення за допомогою різних конструкцій шин та шин-протезів стійкості зубів при жуванні, що сприяє ефективності лікування захворювань пародонта. За допомогою постійних шин або шин-протезів відбувається стабілізація зубів різного виду - сагітальна, фронтальна, по дузі тощо.

Фізіотерапевтичні методи:

- електролікування:
 - постійний струм - електрофорез, вакуум-електрофорез;
 - імпульсний струм низької частоти і низької напруги - діадинамотерапія, флюктуоризація;
 - імпульсні струми високої, ультрависокої та надвисокої частоти - дарсонвалізація, діатермія, діатермокоагуляція, електроритмотерапія, УВЧ-терапія, мікрохвильова терапія;
- ультразвукова терапія;
- аероіонотерапія;
- світлолікування - УФ-терапія, лазерна терапія;
- вакуум-терапія;
- гідротерапія;
- масаж;
- тепло- та холодолікування;
- магнітотерапія;
- оксигенотерапія.

Загальне:

- лікування фонових захворювань;
- направлене збалансоване харчування;
- регуляція режиму життя;
- симптоматичне лікування;
- регуляція неспецифічної реактивності організму.

СХЕМА ЛІКУВАННЯ ЛОКАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

Вище наведені методи лікування застосовують залежно від ступеня розвитку та характеру перебігу локалізованого пародонтиту (у разі

гострого перебігу значно більше використовують знеболювання, протизапальні, протинабрякові препарати, протеолітичні ферменти тощо).

Початковий ступінь:

- усунення місцевих подразників;
- знеболювання;
- усунення травматичної оклюзії - у разі наявності;
- *медикаментозне лікування* - направлене на усунення симптоматичного гінгівіту;
- *фізіотерапевтичні методи* - залежно від виду симптоматичного гінгівіту.

I ступінь:

- усунення місцевих подразників;
- знеболювання;
- усунення травматичної оклюзії - у разі наявності;
- *медикаментозне лікування* - направлене на усунення симптоматичного гінгівіту та зменшення глибини пародонтальних кишень;
- *хірургічне лікування* - залежно від глибини кишені, найчастіше — кюретаж;
- *ортопедичне лікування* - вибіркове пришліфовування, тимчасове шинування при загостреному перебігу;
- *фізіотерапевтичні методи* - залежно від виду симптоматичного гінгівіту і характеру перебігу.

II ступінь:

- усунення місцевих подразників;
- знеболювання;
- усунення травматичної оклюзії;
- *медикаментозне лікування* - направлене на усунення симптоматичного гінгівіту та зменшення глибини пародонтальних кишень;
- *хірургічне лікування* - залежно від глибини кишені: 3-4 мм - кюретаж, гінгівотомія, клаптеві операції, направлена остеорегенерація тощо;
- *ортопедичне лікування* - вибіркове пришліфовування, тимчасове шинування, постійне шинування і раціональне протезування;
- *фізіотерапевтичні методи* - залежно від виду симптоматичного гінгівіту і характеру перебігу.

III ступінь:

- усунення місцевих подразників;
- знеболювання;
- усунення травматичної оклюзії;
- *медикаментозне лікування* - направлене на усунення симптоматичного гінгівіту та зменшення глибини пародонтальних кишень;

- *хірургічне лікування* - залежно від глибини кишені: 3-4 мм - кюретаж, гінгівотомія, клаптеві операції, направлена остеорегенерація тощо. Зуби з рухомістю III ступеня при хронічному перебігу підлягають видаленню;
- *ортopedичне лікування* - вибіркове пришліфовування, тимчасове шинування, постійне шинування і раціональне протезування;
- *фізіотерапевтичні методи лікування* - залежно від виду симптоматичного гінгівіту і характеру перебігу;
- *загальне лікування* - більш виражене при гострому перебігу.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Легкий ступінь тяжкості

I диспансерна група - огляд лікаря 1 раз на рік.

Середній ступінь тяжкості

II диспансерна група - огляд лікаря 2 рази на рік.

Тяжкий ступінь захворювання

III диспансерна група - огляд лікаря 2-3 рази на рік (залежно від характеру перебігу).

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ

У разі ефективності проведеного лікування - відсутність скарг на біль і кровоточивість ясен, ясна блідо-рожевого кольору, щільні. Пародонтальні кишені відсутні або значно меншої глибини, виділень з них практично немає. Патологічна резорбція міжальвеолярних перегородок не прогресує. Рентгенологічно значне зменшення остеопорозу міжальвеолярних перегородок, стабілізація процесу у альвеолярній кістці.

У разі неефективності проведеного лікування - біль, кровоточивість і набряк ясен. Збільшується глибина пародонтальних кишень і виділень із них. Прогресує резорбція кістки міжальвеолярних перегородок і рухомість зубів.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація запального процесу у пародонті;
- подальше прогресування запального процесу і виникнення генералізованого пародонтиту.

МКХ-10 К 05.31

Пародонтит генералізований

Клінічна форма — генералізований пародонтит.

Перебіг захворювання — хронічний, загострений, стабілізація.

Ступінь розвитку — початковий ступінь, I—III ступінь.

Розповсюдженість процесу — дифузне ураження пародонта.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні (прояви на всьому протязі зубного ряду щелеп)

Основні симптомокомплекси:

- симптоматичний гінгівіт;
- пародонтальна кишенья;
- травматична оклюзія;
- прогресуюча резорбція альвеолярної кістки.

Рентгенологічні:

- деструкція кортикальної пластинки верхівок міжальвеолярних перегородок;
- остеопороз губчатої речовини міжальвеолярних перегородок;
- резорбція міжальвеолярних перегородок;
- розширення періодонтальної щілини біля верхівок міжальвеолярних перегородок.

Індексна оцінка стану тканин пародонта:

- ПМА (папілярно-маргінально-альвеолярний індекс)
значення індексу до 20% — легкий ступінь тяжкості гінгівіту,
від 25 до 50% — середній ступінь тяжкості гінгівіту,
вище 51% — тяжкий ступінь захворювання на гінгівіт.
- РІ (пародонтальний індекс):
значення індексу до 1,0 — I ступінь генералізованого пародонтиту
від 1,5 до 4,0 — II ступінь генералізованого пародонтиту
від 4,5 до 8,0 — III ступінь генералізованого пародонтиту;
- СРІ (комунальний пародонтальний індекс):
0 - здорові ясна
1 - кровоточивість ясен
2 - наявність зубного каменя
3 - кишенья глибиною 4-5 мм
4 - глибина кишень більше 6 мм.

Функціональні:

Визначення стійкості капілярів ясен за Кулаженком (час утворення вакуумної гематоми):

- інтактний пародонт - 50-80 с,
- хронічний перебіг - 15-25 с,
- загострений перебіг - 5-10 с.

Лабораторні методи

Цитологія вмісту ясенних кишень при інтактному пародонті:

- нейтрофільні гранулоцити — 2,0-3,0 у полі зору;
- епітеліальних клітини — 4,0-5,0 у полі зору.

Про запалення свідчать показники більше як 2,0-3,0 та 4,0-5,0 відповідно.

Показники міграції лейкоцитів у ротову порожнину за Ясиновським - інтактний пародонт:

- 80-120 лейкоцитів у 1 мл змивної рідини (з них 90-98% життєздатні);
- 25-100 епітеліальні клітин в 1 мл змивної рідини.

Про запалення у тканинах пародонта свідчать показники більше як 80-120 лейкоцитів та епітеліальних клітин більше 100 у 1 мл змивної рідини:

- хронічний перебіг - 200-400 лейкоцитів в 1 мл змивної рідини;
- загострений перебіг - більше 400 лейкоцитів у 1 мл змивної рідини.

КЛІНІКА

Залежно від характеру перебігу та ступеня розвитку.

Хронічний перебіг генералізованого пародонтиту

Початковий ступінь:

- скарги на кровоточивість ясен при жуванні, чищенні зубів, неприємні відчуття у пародонті, свербіж і парестезії в яснах;
- наявність місцевих подразників - гострі краї каріозних зубів, неповноцінні пломби на контактних поверхнях, зубо-щелепні деформації тощо;
- кровоточивість ясен;
- травматична оклюзія може бути виявлена при більш детальному обстеженні хворого;
- утворення ясенної кишені внаслідок запальних змін в яснах та їх набряку;
- відмічається порушення цілісності зубоепітеліального прикріплення та проростання епітелію вглиб періодонта;
- відкладення надясенного зубного каменя з язикового боку нижніх фронтальних зубів і на присінковій поверхні верхніх молярів;
- частіше діагностується симптоматичний хронічний катаральний та гіпертрофічний гінгівіт, рідше - виразковий;
- рентгенологічно визначається остеопороз міжальвеолярних перегородок, деструкція і порушення цілісності компактної пластинки, незначна резорбція і розширення періодонтальної щілини лише біля верхівок міжальвеолярних перегородок.

I ступінь:

- скарги на кровоточивість ясен, неприємний запах з рота; свербіж, кровоточивість ясен;
- наявність місцевих подразників - зубний камінь, гострі краї каріозних зубів, неповноцінні пломби на контактних поверхнях, зубо-щелепні деформації тощо;
- кровоточивість ясен;
- травматична оклюзія може бути виявлена при більш детальному обстеженні хворого;
- симптоматичний гінгівіт часто має дифузний характер, за формою: хронічний катаральний та гіпертрофічний гінгівіт, рідше — хронічний виразковий;
- пародонтальні кишени глибиною 1-3 мм містять серозно-гнійні виділення у незначній кількості;
- рухомість зубів може бути I ступеня, особливо часто вона розвивається в ділянці нижніх фронтальних зубів;
- рентгенологічно виявляється повна деструкція кортикального шару, розширення періодонтальної щілини на верхівках міжальвеолярних перегородок, остеопороз губчатої речовини та резорбція в межах верхньої третини їх висоти.

II ступінь:

- скарги на неприємний запах з рота, незначну кровоточивість та болісність ясен, які виникають під час приймання твердої їжі; зміщення зубів, появу проміжків між зубами та їх рухомість;
- наявність місцевих подразників - зубний камінь, гострі краї каріозних зубів, неповноцінні пломби на контактних поверхнях, зубо-щелепні деформації тощо;
- кровоточивість ясен;
- травматична оклюзія помірно виражена, діагностується візуально, між зубами утворюються вільні проміжки - діастема і тріми;
- симптоматичний гінгівіт часто має дифузний характер, за формою хронічний катаральний та гіпертрофічний гінгівіт, рідше — хронічний виразковий;
- оголення шийок зубів на 2-3 мм, інколи - більше, що залежить від форми симптоматичного гінгівіту;
- на оголених ділянках коренів можуть виникати клиноподібні дефекти;
- пародонтальні кишени глибиною 3-5 мм заповнені грануляціями і серозно-гнійним ексудатом;
- рухомість зубів може бути I—II ступеня, особливо часто вона розвивається в ділянці нижніх фронтальних зубів;

- рентгенологічно кортикальна пластинка порушена, резорбція альвеолярної кістки досягає половини висоти міжальвеолярних перегородок. Відмічається утворення кісткових кишень різної глибини. Розширення періодонтальної щілини та остеопороз виражені незначно;
- при лабораторних дослідженнях відмічається підвищена еміграція лейкоцитів (до 400), фагоцитоз пригнічений. У пародонтальних кишнях міститься значна кількість різноманітної мікрофлори - коки, фузобактерії, грибки, найпростіші тощо.

НІ ступінь:

- скарги на неприємний запах з рота, незначну кровоточивість, болісність ясен та виражену рухомість зубів, що утруднює приймання їжі; зміщення зубів, появу проміжків між зубами;
- відмічаються косметичні недоліки, зв'язані з втратою та зміщенням зубів;
- наявність місцевих подразників - зубний камінь, гострі краї каріозних зубів, неповноцінні пломби на контактних поверхнях, зубо-щелепні деформації тощо;
- кровоточивість ясен;
- травматична оклюзія виражена, діагностується візуально, між зубами утворюються вільні проміжки — діастема і тріми, відмічається зміщення зубів у різних напрямках;
- симптоматичний гінгівіт часто має дифузний характер, за формою хронічний катаральний та гіпертрофічний гінгівіт, рідше — хронічний виразковий;
- оголення шийок зубів на 5-8 мм, інколи - більше, що залежить від ступеня резорбції альвеолярної кістки та форми симптоматичного гінгівіту;
- на оголених ділянках коренів можуть виникати клиноподібні дефекти;
- пародонтальні кишні можуть досягати практично до верхівки кореня, часто вони заповнені грануляціями і серозно-гнійним ексудатом;
- рухомість зубів може бути I—III ступеня, виражена по-різному на різних ділянках щелеп;
- рентгенологічно кортикальна пластинка порушена, резорбція альвеолярної кістки досягає 2/3 висоти міжальвеолярних перегородок. Відмічається утворення кісткових кишень різної глибини. Розширення періодонтальної щілини та остеопороз виражені незначно;
- лабораторні показники вказують на високу еміграцію лейкоцитів (до 400), фагоцитоз різко пригнічений. У пародонтальних кишнях міститься значна кількість різноманітної мікрофлори - коки, фузобактерії, грибки, найпростіші тощо. Необхідно відмітити, що з втратою зубів рівень еміграції лейкоцитів у порожнину рота зменшується і може не відповідати ступеню захворювання.

Загострений перебіг генералізованого пародонтиту

Початковий ступінь:

- скарги на кровоточивість ясен при жуванні, чищенні зубів, неприємні відчуття у пародонті, свербіж і парестезії в яснах;
- кровоточивість ясен;
- наявність місцевих подразників - гострі краї каріозних зубів, неповноцінні пломби на контактних поверхнях, зубо-щелепні деформації тощо;
- травматична оклюзія може бути виявлена при більш детальному обстеженні хворого;
- утворення ясенної кишені внаслідок запальних змін в яснах та їх набряку;
- відмічається порушення цілісності зубоепітеліального прикріплення та проростання епітелію вглиб періодонта;
- відкладення надясенного зубного каменя з язикового боку нижніх фронтальних зубів і на присінковій поверхні верхніх молярів;
- ясна болісні, легко кровоточать при незначних механічних подразненнях, чищенні зубів, інколи - спонтанно;
- ясенні сосочки і маргінальні ясна мають яскраво-червоний колір, виражений їх значний набряк;
- частіше діагностується симптоматичний гострий катаральний та гіпертрофічний гінгівіт, рідше — гострий виразковий;
- може з'явитися незначна рухомість зубів, частіше - фронтальних;
- рентгенологічно визначається остеопороз міжальвеолярних перегородок, деструкція і порушення цілісності компактної пластинки, незначна резорбція і розширення періодонтальної щілини лише біля верхівок міжальвеолярних перегородок;
- рентгенологічно остеопороз міжальвеолярних перегородок виражений значно більше, ніж при хронічному перебігу.

I ступінь:

- скарги на кровоточивість ясен, неприємний запах з рота; свербіж, біль;
- кровоточивість ясен;
- наявність місцевих подразників - гострі краї каріозних зубів, неповноцінні пломби на контактних поверхнях, зубо-щелепні деформації тощо;
- різка кровоточивість ясен;
- травматична оклюзія може бути явною, виникають вузли травматичної оклюзії;
- симптоматичний гінгівіт часто має дифузний характер, за формою: гострий катаральний та загострений гіпертрофічний гінгівіт, рідше - гострий виразковий;
- ясна гіперемійовані, набряклі, залежно від виду гінгівіту - можуть бути збільшені в розмірах або на них виникають виразки;

- пародонтальні кишені глибиною 1-3 мм містять серозно-гнійні або гнійні виділення у значній кількості;
- внаслідок оголення шийок зубів може спостерігатися гіперестезія цих ділянок зубів або навіть їх демінералізація;
- рухомість зубів може бути I—II ступеня, особливо часто вона розвивається в ділянці нижніх фронтальних зубів;
- рентгенологічно виявляється повна деструкція кортикального шару на верхівках і частково - на бокових ділянках міжальвеолярних перегородок, значне розширення періодонтальної щілини на їх верхівках, явища остеопорузу губчатої речовини розповсюджуються на середню, а інколи - і на нижню їх третину, резорбція міжальвеолярних перегородок у межах верхньої третини їх висоти;
- лабораторні показники вказують на високу еміграцію лейкоцитів (до 400-600 і більше - при загостренні), пригнічений фагоцитоз (переважання зруйнованих нейтрофільних гранулоцитів над незміненими), а також на наявність у пародонтальних кишнях коків, фузобактерій, грибків та найпростіших.

II ступінь:

- скарги на неприємний запах з рота, кровоточивість та болісність ясен, що виникають під час приймання твердої їжі; зміщення зубів, появу проміжків між зубами та їх рухомість;
- больові відчуття і кровоточивість посилюються (особливо при виникненні пародонтальних абсцесів). У цих випадках може порушитися загальний стан хворих з виникненням загального дискомфорту, головного болю, підвищення температури тіла;
- наявність місцевих подразників - гострі краї каріозних зубів, неповноцінні пломби на контактних поверхнях, зубо-щелепні деформації тощо;
- значна кровоточивість ясен;
- травматична оклюзія виражена, діагностується візуально, між зубами утворюються вільні проміжки — діастема і трєми, відмічається зміщення зубів у різних напрямках;
- симптоматичний гінгівіт часто має дифузний характер, за формою: гострий катаральний та загострений гіпертрофічний гінгівіт, рідше — гострий виразковий;
- ясна гіперемійовані, набряклі, залежно від виду гінгівіту - можуть бути збільшені в розмірах або на них виникають виразки;
- при виникненні пародонтального абсцесу в товщі ясен утворюється інфільтрат, в середині якого поступово скупчується відносно велика кількість гною;
- оголення шийок зубів на 2-3 мм, інколи - більше, що залежить від форми симптоматичного гінгівіту;

- на оголених ділянках коренів можуть виникати клиноподібні дефекти;
- пародонтальні кишені глибиною 3-5 мм заповнені грануляціями і значною кількістю гнійного або серозно-гнійного ексудату;
- рухомість зубів може бути I—II і навіть III ступеня, особливо часто вона розвивається в ділянці нижніх фронтальних зубів;
- рентгенологічно кортикальна пластинка порушена, резорбція альвеолярної кістки досягає половини висоти міжальвеолярних перегородок. Відмічається утворення кісткових кишень різної глибини, дифузний остеопороз і значне розширення періодонтальної щілини;
- лабораторні показники вказують на високу еміграцію лейкоцитів (400-600 і більше), фагоцитоз різко пригнічений. У пародонтальних кишнях міститься значна кількість різноманітної мікрофлори - коки, фузобактерії, грибки, найпростіші тощо.

НІ ступінь:

- скарги на неприємний запах з рота, виражену кровоточивість, болісність ясен та виражену рухомість зубів, що утруднює приймання їжі; зміщення зубів, появу проміжків між зубами;
- відмічаються косметичні недоліки, зв'язані з втратою та зміщенням зубів;
- наявність місцевих подразників - зубний камінь, гострі краї каріозних зубів, неповноцінні пломби на контактних поверхнях, зубо-щелепні деформації тощо;
- значна кровоточивість ясен;
- больові відчуття і кровоточивість посилюються (особливо при виникненні пародонтальних абсцесів). У цих випадках може порушитися загальний стан хворих з виникненням загального дискомфорту, головного болю, підвищення температури тіла;
- наявність місцевих подразників - гострі краї каріозних зубів, неповноцінні пломби на контактних поверхнях, зубо-щелепні деформації тощо;
- більшість зубів вже втрачена внаслідок попередніх загострень та прогресування патологічного процесу в пародонті;
- травматична оклюзія різко виражена, діагностується візуально, між зубами утворюються вільні проміжки — діастема і тріми, відмічається зміщення зубів у різних напрямках;
- симптоматичний гінгівіт часто має дифузний характер, за формою гострий катаральний та загострений гіпертрофічний гінгівіт, рідше — гострий виразковий;
- ясна гіперемійовані, набряклі, залежно від виду гінгівіту - можуть бути збільшені в розмірах або на них виникають виразки;

- при виникненні пародонтального абсцесу в товщі ясен утворюється інфільтрат, в середині якого поступово скупчується відносно невелика кількість гною;
- оголення шийок зубів на 5-8 мм, інколи - більше, що залежить від ступеня резорбції альвеолярної кістки та форми симптоматичного гінгівіту;
- на оголених ділянках коренів можуть виникати клиноподібні дефекти;
- пародонтальні кишені можуть досягати практично до верхівки кореня, часто вони заповнені грануляціями і значною кількістю гнійного або серозно-гнійного ексудату;
- рухомість зубів може бути II—III ступеня;
- рентгенологічно відмічаються значні деструктивні зміни в пародонті - міжальвеолярні перегородки атрофовані практично до верхівок зубів, кортикальна пластинка майже відсутня, періодонтальні щілини розширені, остеопороз охоплює практично всю кістку альвеолярного відростка;
- лабораторні показники вказують на високу еміграцію лейкоцитів (400-600 і більше), фагоцитоз різко пригнічений. У пародонтальних кишнях міститься значна кількість найрізноманітної мікрофлори - коки, фузобактерії, грибки, простіші тощо. Необхідно відмітити, що з втратою зубів рівень еміграції лейкоцитів у порожнину рота зменшується і може не відповідати ступеню захворювання.

ЗАГАЛЬНА СХЕМА ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

Загальні принципи:

- етіотропне лікування;
- патогенетичне лікування;
- симптоматичне лікування.

Місцеве

Видалення місцевих подразників

- видалення зубних відкладень;
- гігієнічний догляд за порожниною рота;
- лікування карієсу та його ускладнень;
- ортодонтичне лікування;
- ортопедичне лікування.

Противапальне лікування

- фармакотерапія порушень мікроциркуляції;
- вплив на метаболізм тканин;
- стимуляція репаративної регенерації;
- антибактеріальна терапія.

Фізіотерапевтичне лікування

- електролікування;
- гідролікування;
- масажі;
- світлолікування.

Лікування карієсу та його ускладнень.

Загальне:

- регуляція неспецифічної реактивності організму;
- загально-зміцнююче лікування;
- лікування фонових захворювань;
- симптоматичне лікування;
- направлене збалансоване харчування;
- регуляція режиму життя.

ЛІКУВАННЯ

Місцеве

Усунення місцевих подразників - зубні відкладення, каріозні порожнини, травматична оклюзія, аномалії прикусу та розміщення зубів, аномалії прикріплення м'яких тканин ротової порожнини тощо.

Знеболювання - залежно від обсягу та глибини втручання на тканинах пародонта застосовують аплікаційне, ін'єкційне та інші методи знеболювання.

Усунення травматичної оклюзії - вибіркове пришліфовування зубів, тимчасове або постійне шинування рухомих зубів.

Медикаментозне

Направлене на усунення симптоматичного гінгівіту (катарального, гіпертрофічного, виразкового), пародонтальних кишень, пригнічення умовнопатогенної мікрофлори, нормалізацію стану судинної системи, підвищення місцевої резистентності, усунення гіпоксії, стимуляцію репаративних процесів у тканинах пародонта.

Загальна тактика медикаментозного лікування. При виборі засобів медикаментозної терапії звертають увагу на форму симптоматичного гінгівіту, характер перебігу дистрофічно-запального процесу в пародонті (хронічний або загострений), ступінь розвитку генералізованого пародонтиту, наявність вмісту та мікробний склад пародонтальних кишень.

Антибактеріальна терапія (місцево) — з урахуванням чутливості мікрофлори пародонтальних кишень.

Протизапальна терапія - включає в себе етіотропне, патогенетичне і симптоматичне лікування:

- етіотропне - полягає у виявленні, усуненні або пригніченні факторів, які викликали запалення;
- патогенетичне - передбачає медикаментозний вплив на патофізіологічні ланки процесу запалення;
- при симптоматичному лікуванні усуваються або пригнічуються основні симптоми запалення.

Стимуляція репаративних процесів - направлена на відновлення уражених зруйнованих тканин пародонта, загоєння виразок його тканин, дна пародонтальних кишень тощо. Застосовуються засоби, направлені на поліпшення процесів обміну в уражених тканинах пародонта і стимуляцію репаративної регенерації, крім того, вони нормалізують дистрофічні процеси в пародонті.

Кератопластичні препарати застосовуються для поліпшення процесів епітелізації, якими завершується регенерація та рубцювання пародонтальних кишень, виразок тощо.

Хірургічні методи:

- кюретаж - закритий кюретаж, відкритий кюретаж, вакуум-кюретаж, кріокюретаж;
- гінгівотомія;
- гінгивектомія - проста, радикальна;
- клаптеві операції;
- операції для формування присінку порожнини рота - френулотомія, френулектомія, пластика присінку тощо.

Ортопедичне

Створення за допомогою різних конструкцій шин та шин-протезів стійкості зубів при жуванні, що сприяє ефективності лікування захворювань пародонта. За допомогою постійних шин або шин-протезів відбувається стабілізація зубів різного виду - сагітальна, фронтальна, по дузі тощо.

Фізіотерапевтичні методи:

- електролікування:
 - постійний струм - електрофорез, вакуум електрофорез;
 - імпульсний струм низької частоти і низької напруги - діадинамотерапія, флюктуоризація;
 - імпульсні струми високої, ультрависокої та надвисокої частоти - дарсонвалізація, діатермія, діатермокоагуляція, електроритмотерапія, УВЧ-терапія, мікрохвильова терапія.
- ультразвукова терапія;
- аероіонотерапія;

- світлолікування - УФ-терапія, лазерна терапія;
- вакуум-терапія;
- гідротерапія;
- масаж;
- тепло- та холодолікування;
- магнітотерапія;
- оксигенотерапія.

Загальне:

- лікування фонових захворювань;
- направлене збалансоване харчування;
- регуляція режиму життя;
- симптоматичне лікування;
- регуляція неспецифічної реактивності організму.

СХЕМА ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

Вище наведені методи лікування застосовують залежно від ступеня розвитку та характеру перебігу генералізованого пародонтиту (у разі загостреного перебігу - значно більше використовують знеболювання, протизапальні, протинабрякові препарати, протеолітичні ферменти тощо).

Початковий ступінь:

- усунення місцевих подразників
- знеболювання;
- усунення травматичної оклюзії - у разі наявності;
- *медикаментозне лікування* - направлене на усунення симптоматичного гінгівіту;
- *фізіотерапевтичні методи* - залежно від виду симптоматичного гінгівіту.

I ступінь:

- усунення місцевих подразників;
- знеболювання;
- усунення травматичної оклюзії - у разі наявності;
- *медикаментозне лікування* - направлене на усунення симптоматичного гінгівіту та зменшення глибини пародонтальних кишень;
- *хірургічне лікування* - залежно від глибини кишені, найчастіше - кюретаж;
- *ортопедичне лікування* - вибіркоче пришліфовування, тимчасове шинування при загостреному перебігу;
- *фізіотерапевтичні методи* - залежно від виду симптоматичного гінгівіту і характеру перебігу.

II ступінь:

- усунення місцевих подразників;
- знеболювання;
- усунення травматичної оклюзії;
- *медикаментозне лікування* - направлене на усунення симптоматичного гінгівіту та зменшення глибини пародонтальних кишень;
- *хірургічне лікування* - залежно від глибини кишені: 3-4 мм — кюретаж, гінгівотомія, при численних кишнях — клаптеві операції, направлена остеорегенерація тощо;
- *ортопедичне лікування* - вибіркоче пришліфовування, тимчасове шинування, постійне шинування і раціональне протезування;
- *фізіотерапевтичні методи* - залежно від виду симптоматичного гінгівіту і характеру перебігу;
- *загальне лікування* - більш виражене при загостреному перебігу.

III ступінь:

- усунення місцевих подразників;
- знеболювання;
- усунення травматичної оклюзії;
- *медикаментозне лікування* - направлене на усунення симптоматичного гінгівіту та зменшення глибини пародонтальних кишень;
- *хірургічне лікування* - залежно від глибини кишені: 3-4 мм — кюретаж, гінгівотомія, при численних кишнях — клаптеві операції, направлена остеорегенерація тощо. Зуби з рухомістю III ступеня при хронічному перебігу підлягають видаленню;
- *ортопедичне лікування* - вибіркоче пришліфовування, тимчасове шинування, постійне шинування і раціональне протезування;
- *фізіотерапевтичні методи* - залежно від виду симптоматичного гінгівіту і характеру перебігу;
- *загальне лікування* - більш виражене при загостреному перебігу.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА*Легкий ступінь тяжкості*

I диспансерна група - огляд лікаря 1 раз на рік.

Середній ступінь тяжкості

II диспансерна група - огляд лікаря 2 рази на рік.

Тяжкий ступінь захворювання

III диспансерна група - огляд лікаря 2-3 рази на рік
(залежно від характеру перебігу).

МОЖЛИВИ РЕЗУЛЬТАТИ

Уразі ефективності проведеного лікування - відсутність скарг на біль і кровоточивість ясен, ясна блідо-рожевого кольору, щільні. Пародонтальні кишені відсутні або значно меншої глибини, виділень з них практично немає. Патологічна резорбція міжальвеолярних перегородок не прогресує. Рентгенологічно значне зменшення остеопорузу міжальвеолярних перегородок, стабілізація процесу у альвеолярній кістці.

Уразі неефективності проведеного лікування - біль, кровоточивість і набряк ясен. Збільшується глибина пародонтальних кишень і виділень із них. Прогресує резорбція кістки міжальвеолярних перегородок і рухомість зубів.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- стабілізація дистрофічно-запального процесу;
- подальше прогресування генералізованого пародонтиту.

1.5. ЗАХВОРЮВАННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

МКХ-ю Л43

Червоний плесканий лишай

Клінічна форма — гіперкератозна (типова);

ерозивна;

виразкова;

пемфігоїдна;

бородавчата.

Перебіг захворювання - хронічний.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Анамнез

Гіперкератознатиповаформа:

- скарги на зміни кольору слизової оболонки - біляста сітка, мереживо, смуги;
- скарги на шорсткість слизової оболонки;
- скарги на незначну стянутість, сухість окремих ділянок слизової рота;
- скарги на незначну печію у ділянках зміненої в кольорі слизової.

Ерозивнаформа:

- скарги на зміни кольору слизової оболонки - біляста сітка, мереживо, смуги;
- скарги на наявність осередків почервоніння слизової;
- скарги на печію слизової оболонки від подразників;
- скарги на біль під час вживання гострої їжі;
- скарги на можливу незначну кровоточивість.

Виразковаформа:

- скарги на зміни кольору слизової оболонки - біляста сітка, мереживо, смуги;
- скарги на наявність осередків почервоніння слизової, вкритих білуватим нальотом;
- скарги на біль від подразників;

- скарги на больові відчуття при механічному подразненні та відкритті рота;
- скарги на неприємний запах з рота.

Пемфігоїдна форма:

- скарги на зміни кольору слизової оболонки - біляста сітка, мереживо, смуги;
- скарги на пухирі на слизовій оболонці;
- скарги на наявність осередків почервоніння слизової (ерозії);
- скарги на печію слизової оболонки від подразників;
- скарги на біль під час вживання гострої їжі;
- скарги на можливу незначну кровоточивість.

Бородавчаста форма:

- скарги на зміни кольору слизової оболонки - біляста сітка, мереживо, смуги;
- скарги на виражену шорсткість слизової оболонки внаслідок її бородавчастого розростання;
- скарги на стянутість, сухість цих ділянок слизової рота.

Клінічні

Прояви у порожнині рота

Гіперкератозна типова форма:

- білясті ділянки у вигляді узорів, мережива, смуг, які утворені міліарними папулами білого кольору на щоках у ретромолярній ділянці, бічній поверхні язика; на спинці язика мають вигляд кіл;
- слизова оболонка порожнини рота незмінена, блідо-рожевого кольору.

Ерозивна форма:

- білясті ділянки у вигляді узорів, мережива, смуг, які утворені міліарними папулами білого кольору на щоках у ретромолярній ділянці, бічній поверхні язика; на спинці язика мають вигляд кіл;
- на цьому фоні — окремі дефекти (1-2 ерозії), які можуть зливатися;
- набряк і гіперемія слизової оболонки у місцях локалізації папул;
- ділянки підвищеної десквамації на ясенних сосочках і маргінальних яснах (десквамативний гінгівіт).

Виразкова форма:

- білясті ділянки у вигляді узорів, мережива, смуг, які утворені міліарними папулами білого кольору на щоках у ретромолярній ділянці, бічній поверхні язика; на спинці язика мають вигляд кіл;
- на цьому фоні — ерозії, виразки на слизовій оболонці щік, бічній поверхні язика;

- виразки мають круглу або злегка здовжену форму, неглибокі, дно може бути виповнене некротичним розпадом;
- набряк і гіперемія слизової оболонки у зоні ураження;
- регіонарні лімфатичні вузли нерідко збільшені, болючі;
- ділянки підвищеної десквамації на ясенних сосочках і маргінальних яснах (десквамативний гінгівіт).

Пемфігоїднаформа:

- білясті ділянки у вигляді узорів, мережива, смуг, які утворені міліарними папулами білого кольору на щоках у ретромолярній ділянці, бічній поверхні язика; на спинці язика мають вигляд кіл;
- серед папул розміщені пухирі (часто поодинокі), а частіше - ерозії з уривками покришок пухирів по периферії ерозій;
- набряк і гіперемія слизової оболонки у зоні ураження;
- ділянки підвищеної десквамації на ясенних сосочках і маргінальних яснах (десквамативний гінгівіт).

Бородавчастаформа:

- білясті ділянки у вигляді узорів, мережива, смуг, які утворені міліарними папулами білого кольору на щоках у ретромолярній області, бічній поверхні язика; на спинці язика мають вигляд кіл;
- на цьому фоні — бородавчасті розростання утворені сильно зроговілими папулами.

Прояви на шкірі

Мономорфні, полігональні, рідше - округлі папули діаметром 1-3 мм, блідо-рожевого кольору, можуть зливатися й утворювати бляшки бурого кольору з синюшно-фіолетовим відтінком. Локалізація — передні поверхні передпліччя, ділянки променево-зап'ястного суглоба, бокові поверхні тулуба.

Лабораторні методи (цитологія і патогістологічне дослідження)

Гіперкератознатиповаформа:

- значна кількість зроговілих і таких, що зазнають зроговіння епітеліальних клітин. Вони без'ядерні і мають маленьке ексцентрично розташоване ядро. Кількість епітеліальних клітин проміжної зрілості відносно низька;
- при патогістологічному дослідженні в епітелії визначають гіпер- і паракератоз, інколи - гранульоз і нерівномірний акантоз; у підепітеліальній сполучній тканині — дифузний лімфоїдно-плазмоцитарний інфільтрат.

Ерозивнаформа:

- значна кількість зроговілих і таких, що зазнають зроговіння епітеліальних клітин; серед них — молоді клітинні елементи та значна кількість лейкоцитів;

- при патогістологічному дослідженні визначають дефект епітелію, гіпер- і паракератоз, інколи - гранульоз і нерівномірний акантоз; у підепітеліальній сполучній тканині — дифузний лімфоїдно-плазмодитарний інфільтрат.

Виразкова форма:

- незначна кількість зроговілих епітеліальних клітин, зустрічаються клітини з явищами дискератозу та молоді епітеліальні клітини. Велика кількість нейтрофільних лейкоцитів;
- при патогістологічному дослідженні визначають дефект епітелію і підлеглої сполучної тканини. У навколишніх ділянках епітелію гіпер- і паракератоз, інколи гранульоз і нерівномірний акантоз. У підепітеліальній сполучній тканині — дифузний поліморфноклітинний інфільтрат.

Пемфігоїдна форма:

- велика кількість зроговілих і молодих епітеліальних клітин, окремим із яких притаманні явища дискеріозу, значна кількість лейкоцитів;
- при патогістологічному дослідженні визначають дефект епітелію, гіпер- і паракератоз, інколи - гранульоз і нерівномірний акантоз; у підепітеліальній сполучній тканині — масивний круглоклітинний інфільтрат.

Бородавчаста форма:

- велика кількість зроговілих і молодих епітеліальних клітин, окремим із яких притаманні явища дискеріозу;
- при патогістологічному дослідженні визначають нерівномірне потовщення епітелію, гіпер- і паракератоз, інколи гранульоз і нерівномірний акантоз; у підепітеліальній сполучній тканині — лімфоїдно-плазмодитарний інфільтрат.

ЛІКУВАННЯ

При всіх клінічних формах - усунення місцевих подразників, санація порожнини рота й (у подальшому) раціональне протезування.

Загальне:

- седативні засоби, броміди тощо;
- підвищення (при необхідності) неспецифічної реактивності організму;
- вітамінотерапія (ретинол, аевіт, полівітаміни тощо);
- корекція (при наявності порушення) окисно-відновних процесів (токоферол тощо).

Місцеве

Гіперкератозна форма

Кератолітичні препарати та кріотерапію застосовують лише у хворих з нав'язливими станами.

Ерозивна форма

На першому етапі лікування для епітелізації ерозії застосовують:

- антисептичні препарати (місцево);
- протизапальні препарати - при наявності вираженого запалення;
- ванночки зі штучним лізоцимом;
- кератопластичні препарати для епітелізації ерозій (ретинол, цитраль, олія обліпихова тощо);
- при відсутності ефекту - використовують кортикостероїдні препарати (аплікації мазей).

Після епітелізації ерозій для усунення осередків кератозу застосовують:

- кератолітичні препарати (5% розчин саліцилової кислоти тощо);
- кріотерапію (кріообдування: оптимальна температура 160-190°C, експозиція 1-1,5 хв., 1-2 рази).

Виразкова форма

На першому етапі лікування для ліквідації виразок застосовують:

- знеболювальні засоби (місцево);
- антисептичні та антибактеріальні препарати рослинного походження з урахуванням чутливості до них мікрофлори;
- протеолітичні ферменти та інгібітори протеолізу;
- нестероїдні протизапальні препарати (при відсутності ефекту - стероїдні протизапальні препарати);
- стимуляція процесів репаративної регенерації (вітаміни Е, А, Д; метилурацил, солкосерил тощо);
- кератопластичні препарати (5% розчин саліцилової кислоти тощо) для епітелізації виразок (ретинол, цитраль, олія обліпихова тощо).

Після епітелізації виразок для усунення осередків кератозу застосовують:

- кератолітичні препарати (5% розчин саліцилової кислоти тощо);
- кріотерапію (кріообдування: оптимальна температура 160-190°C, експозиція 1-1,5 хв., 1-2 рази);

Пемфігоїдна форма

На першому етапі лікування для епітелізації ерозії застосовують:

- антисептичні препарати (місцево);
- протизапальні препарати - при наявності вираженого запалення;
- ванночки зі штучним лізоцимом;
- кератопластичні препарати для епітелізації ерозій (ретинол, цитраль, олія обліпихова тощо);
- при відсутності ефекту - використовують кортикостероїдні препарати (аплікації мазей та курс загальної терапії);
- препарати з анаболічною активністю (калію оротат тощо).

Після епітелізації ерозій для усунення осередків кератозу застосовують:

- кератолітичні препарати (5% розчин саліцилової кислоти тощо);
- кріотерапію (кріообдування: оптимальна температура — 160-190° С, експозиція 1-1,5 хв., 1-2 рази).

Бородавчаста форма

Для ліквідації бородавчастих розростань застосовують:

- кератолітичні препарати (5% розчин саліцилової кислоти тощо);
- хірургічне висікання;
- кріодеструкцію;
- діатермокоагуляцію тощо.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- у разі стабілізації процесу - показане санаторно-курортне лікування із застосуванням сірководневих і радонових джерел для ванн та полоскань (Хмельник);
- лікування супутніх захворювань.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом 3 років з оглядом через 6 місяців після ліквідації клінічних проявів, у подальшому — 1 раз на рік для проходження профілактичного огляду та санації порожнини рота.

МОЖЛИВИ РЕЗУЛЬТАТИ

Уразі ефективності проведеного лікування - зникнення папул, ерозій та виразок на уражених ділянках слизової оболонки порожнини рота.

Уразі неефективності проведеного лікування на уражених ділянках слизової оболонки порожнини рота зберігаються папули, ерозії чи виразки.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація осередків кератозу;
- епітелізація ерозій;
- загоєння виразок;
- стабілізація процесу - відсутність нових висипань папул на слизовій рота при наявності гіперкератозної форми.

МКХ-10 К13.2

Лейкоплакія

Клінічна форма - м'яка,
 початкова,
 плоска,
 підвищена,
 бородавчаста,
 ерозивна,
 виразкова.

Перебіг захворювання - хронічний.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇАнамнез

М'яка, початкова, плоска форми:

- скарги на зміни кольору слизової оболонки - біляста пляма, бляшка;
- скарги на шорсткість слизової оболонки;
- скарги на незначне стягнення, сухість окремих ділянок слизової рота;
- скарги на незначну печію у ділянках зміненої в кольорі слизової.

Підвищена форма:

- скарги на зміни кольору слизової оболонки - біляста пляма, бляшка;
- скарги на шорсткість слизової оболонки;
- скарги на незначну стянутість, сухість окремих ділянок слизової рота;
- скарги на незначну печію у ділянках зміненої в кольорі слизової;
- скарги на незначне випинання зміненої у кольорі ділянки слизової оболонки.

Бородавчаста форма:

- скарги на зміни кольору слизової оболонки - біляста бляшка;
- скарги на виражену шорсткість слизової оболонки внаслідок її бородавчастого розростання;
- скарги на стянутість, сухість цих ділянок слизової рота.

Ерозивна форма:

- скарги на зміни кольору слизової оболонки - біляста бляшка;
- скарги на наявність осередків почервоніння слизової;
- скарги на печію слизової оболонки від подразників;
- скарги на біль під час вживання гострої їжі;
- скарги на можливу незначну кровоточивість.

Виразкова форма:

- скарги на зміни кольору слизової оболонки - біляста бляшка;
- скарги на наявність осередків почервоніння слизової, вкритих білуватим нальотом;

- скарги на біль від подразників;
- скарги на больові відчуття при механічному подразненні та відкритті рота;
- скарги на неприємний запах з рота.

Клінічні

М'яка, початкова, плоска форми:

- зміни кольору слизової оболонки - біляста пляма, пляшка;
- шорсткість слизової оболонки;
- незначне стягнення, сухість окремих ділянок слизової рота;
- незначна печія у ділянках зміненої в кольорі слизової;
- білясті ділянки у вигляді плям на слизовій рота, частіше - у передніх відділах;
- на щоках часто мають виражену трикутну форму;
- на бічних поверхнях язика, на спинці язика мають вигляд плям, смуг;
- білуваті поверхні не знімаються при зскрібанні;
- слизова оболонка порожнини рота незмінена, блідо-рожевого кольору.

Підвищена форма:

- зміни кольору слизової оболонки - біляста пляшка;
- шорсткість слизової оболонки;
- незначне випинання зміненої у кольорі ділянки слизової оболонки;
- білясті ділянки у вигляді пляшок на слизовій рота, частіше - у передніх відділах;
- на щоках часто мають виражену трикутну форму;
- на бічних поверхнях язика, на спинці язика мають вигляд пляшок, смуг;
- білуваті поверхні не знімаються при зскрібанні;
- слизова оболонка порожнини рота незмінена, блідо-рожевого кольору.

Бородавчаста форма:

- білясті ділянки у вигляді пляшок на щоках, бічній поверхні язика; на спинці язика, губах;
- на цьому фоні - бородавчасті розростання;
- виражена шорсткість слизової оболонки внаслідок її бородавчастого розростання;
- стягнутість, сухість цих ділянок слизової рота;
- можлива болючість при накушуванні на розростання зубами.

Ерозивна форма:

- зміни кольору слизової оболонки - біляста пляшка;
- білясті ділянки у вигляді пляшок на щоках, бічній поверхні язика; на спинці язика, губах;
- на цьому фоні - окремі дефекти (1-2 ерозії), які можуть зливатися;
- наявність осередків почервоніння слизової;

- печія слизової оболонки від подразників;
- біль під час вживання гострої їжі;
- можлива незначна кровоточивість.

Виразковаформа:

- зміни кольору слизової оболонки - біляста бляшка;
- білясті ділянки у вигляді бляшок на щоках, бічній поверхні язика; на спинці язика, губах;
- на цьому фоні (на бляшках) - ерозії, тріщини, виразки на слизовій оболонці щік, бічній поверхні язика;
- виразки мають круглу або злегка здовжену форму, неглибокі, дно може бути виповнене некротичним розпадом;
- наявність осередків почервоніння слизової;
- печія слизової оболонки від подразників;
- біль під час вживання гострої їжі;
- можлива незначна кровоточивість.

Допоміжні

Люмінесценція - блакитне нерівномірне відсвічування ділянки ураження (в умовах норми - синьо-фіолетове); фіолетове - при бородавчастій і коричневе - при ерозивно-виразковій формі.

Стоматоскопія - потовщення зроговілого сіро-білого епітелію з хронічним запальним процесом підлеглих тканин.

Лабораторні методи (цитологія і патогістологічне дослідження)

М'яка, початкова, плоска, підвищена, бородавчаста форми

Значна кількість зроговілих та таких, що зазнають зроговіння, епітеліальних клітин. Вони без'ядерні і мають маленьке ексцентрично розташоване ядро. Кількість епітеліальних клітин проміжної зрілості відносно низька.

При патогістологічному дослідженні в епітелії визначають гіпер- і паракератоз, інколи - гранульоз і нерівномірний акантоз; у підепітеліальній сполучній тканині - дифузний лімфоїдно-плазмоцитарний інфільтрат.

Ерозивнаформа

Значна кількість зроговілих і таких, що зазнають зроговіння, епітеліальних клітин; серед них - молоді клітинні елементи та значна кількість лейкоцитів.

При патогістологічному дослідженні визначають дефект епітелію, гіпер- і паракератоз, інколи - гранульоз і нерівномірний акантоз; у підепітеліальній сполучній тканині - дифузний лімфоїдно-плазмоцитарний інфільтрат.

Виразковаформа

Незначна кількість зроговілих епітеліальних клітин, зустрічаються клітини з явищами дискератозу та молоді епітеліальні клітини. Велика кількість нейтрофільних лейкоцитів.

При патогістологічному дослідженні визначають дефект епітелію і підлеглої сполучної тканини. У навколишніх ділянках епітелію гіпер- і паракератоз, інколи - гранульоз і нерівномірний акантоз. У підепітеліальній сполучній тканині - дифузний поліморфноклітинний інфільтрат.

ЛІКУВАННЯ:

- при всіх клінічних формах - усунення місцевих подразників, санація порожнини рота й (у подальшому) раціональне протезування;
- ліквідація шкідливих звичок - куріння, прикушування слизової оболонки щік тощо.

Місцеве

М'яка, початкова, плоска, підвищена, бородавчаста форми

Кератолітичні препарати та кріотерапія.

Ерозивна форма

На першому етапі лікування для епітелізації ерозії застосовують:

- антисептичні препарати (місцево);
- протизапальні препарати - при наявності вираженого запалення;
- ванночки зі штучним лізоцимом;
- кератопластичні препарати для епітелізації ерозій (ретинол, цитраль, олія обліпихова тощо);
- при відсутності ефекту - використовують кортикостероїдні препарати (аплікації мазей).

Після епітелізації ерозій для усунення осередків кератозу застосовують:

- кератолітичні препарати (5% розчин саліцилової кислоти тощо);
- кріотерапію (кріообдування: оптимальна температура 160-190°C, експозиція 1-1,5 хв., 1-2 рази).

Виразкова форма

На першому етапі лікування для ліквідації виразок застосовують:

- знеболювальні засоби (місцево);
- антисептичні та антибактеріальні препарати рослинного походження з урахуванням чутливості до них мікрофлори;
- протеолітичні ферменти та інгібітори протеолізу;
- нестероїдні протизапальні препарати (при відсутності ефекту — стероїдні протизапальні препарати);
- стимуляція процесів репаративної регенерації (вітамін Е, А, Д; метилурацил, солкосерил тощо);
- кератопластичні препарати (5% розчин саліцилової кислоти тощо) для епітелізації виразок (ретинол, цитраль, олія обліпихи тощо).

Після епітелізації виразок для усунення осередків кератозу застосовують:

- кератолітичні препарати (5% розчин саліцилової кислоти тощо);
- кріотерапію (кріообдування: оптимальна температура 160-190°C, експозиція 1-1,5 хв., 1-2 рази).

Бородавчаста форма

Для ліквідації бородавчастих розростань застосовують:

- кератолітичні препарати (5% розчин саліцилової кислоти тощо);
- хірургічне висікання;
- кріодеструкцію;
- діатермокоагуляцію тощо.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом 3 років з оглядом через 6 місяців після ліквідації клінічних проявів, у подальшому — 1 раз на рік для проходження профілактичного огляду та санації порожнини рота.

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ

У разі ефективності проведеного лікування - зникнення бляшок, ерозій та виразок на уражених ділянках слизової оболонки порожнини рота.

У разі неефективності проведеного лікування на уражених ділянках слизової оболонки порожнини рота зберігаються бляшки, ерозії чи виразки.

КРИТЕРІЙ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація осередків кератозу;
- епітелізація ерозій;
- загоєння виразок;
- стабілізація процесу - відсутність нових бляшок на слизовій рота.

МКХ-10 Л51

Багатоформна ексудативна еритема

Клінічна форма—інфекційно-алергічна;
токсико-алергічна,
гострий перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Анамнез:

- скарги на наявну чи перенесену інфекцію, прийом лікарських засобів;
- скарги на загальну слабкість, біль у м'язах, суглобах;
- скарги на неприємний запах з рота, підвищена саливація;
- скарги на підвищення температури тіла до 39°C.

Клінічні:

- набряк, гіперемія слизової оболонки порожнини рота;
- на цьому фоні — пухирі, ерозії, вкриті сіруватим нальотом;
- ерозії, геморагічні кірки на червоній облямівці губ;
- плями, папули, вузлики, пухирі на шкірі;
- частіше уражаються передні відділи порожнини рота;
- регіонарні лімфатичні вузли збільшені і болючі;
- залежно від тяжкості загального стану і поширеності уражень слизової виділяють легку, середньої тяжкості та тяжку форми.

Допоміжні

Цитологія і патогістологічне дослідження:

- внутрішньо-епітеліальний набряк слизової, інфільтрація лімфоцитами, нейтрофільними гранулоцитами, еозинофілами у власне слизовій та підслизовій основі;
- цитологія ділянки ураження — відсутні клітини Танка, гігантоядерні клітини герпесу.

Аналіз крові - лейкоцитоз, зрушення формули вліво, еозинофілія, моноцитопенія, лімфоцитопенія, висока ШОЕ.

ЛІКУВАННЯ

Загальне:

- з'ясування й усунення етіологічних чинників;
- гіпосенсибілізуюча терапія (специфічна або неспецифічна);
- антигістамінні препарати;
- стероїдні протизапальні препарати;
- дезінтоксикаційні препарати;
- вітаміни;

- раціональне харчування;
- санація фокальних осередків інфекції;
- корекція функції імунної системи;
- загальнозміцнюючі препарати.

Медикаментозне

Направлене на усунення симптомів гострого запалення, пригнічення умовнопатогенної мікрофлори, нормалізацію стану судинної системи, підвищення місцевої резистентності, усунення гіпоксії, стимуляцію репаративних процесів у тканинах слизової оболонки рота.

Антибактеріальна терапія (місцево) — з урахуванням чутливості мікрофлори некротичного нальоту та ерозій (анестетики, антисептики тощо).

Протизапальна терапія включає в себе етіотропне, патогенетичне і симптоматичне лікування:

- етіотропне - полягає у виявленні, усуненні або пригніченні місцевих факторів, які підтримують запалення;
- патогенетичне - передбачає медикаментозний вплив на патофізіологічні ланки процесу запалення;
- при симптоматичному лікуванні усуваються або пригнічуються основні симптоми запалення - інгібітори протеолізу, нестероїдні та стероїдні протизапальні препарати тощо.

Стимуляція репаративних процесів. Направлена на відновлення уражених тканин ясен. Застосовують засоби, направлені на поліпшення процесів обміну в уражених тканинах ясен і стимуляцію репаративної регенерації - препарати піримидинових основ, вітамінні препарати тощо.

Кератопластичні препарати застосовують для поліпшення процесів епітелізації, якими завершується регенерація (препарати вітаміну А тощо).

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом 3 років з оглядом через 6 місяців після ліквідації, в подальшому — 1 раз на рік.

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ:

- одужання;
- стабілізація;
- загострення процесу.

У разі ефективності проведеного лікування - поліпшення загального стану, зникнення болю, кровоточивості слизової рота. Ерозії слизової оболонки епітелізуються, вона набуває блідо-рожевого кольору.

У разі неефективності проведеного лікування загальний стан погіршується. Слизова оболонка уражених ділянок порожнини рота гіперемійована, вкрита ерозіями.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Ліквідація гострого запального процесу слизової оболонки порожнини рота, зменшення або відсутність сенсибілізації організму.

МКХ-10 В 37.0

Кандидоз слизової оболонки порожнини рота

Клінічна форма — гіперпластичний кандидоз;
атрофічний кандидоз;
хронічний перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Анамнез:

- скарги на сухість, печіння окремих ділянок слизової оболонки порожнини рота;
- скарги на перенесену інфекцію, прийом лікарських засобів (особливо антибіотиків).

Клінічні:

- сухість, печіння слизової оболонки порожнини рота;
- гіперемія, набряк слизової оболонки;
- білі, жовтуваті бляшки, псевдомембранозні нашарування на язиці, щоках;
- набряк, гіперемія, сухість, стоншення червоної облямівки губ, лусочки різної величини;
- мацерація шкіри кута рота, еритема, тріщини червоної облямівки, губ шкіра інфільтрована, злущується.

Допоміжні

Мікроскопічні - наявність псевдоміцелію чи клітин гриба, специфічність колоній при посіві.

ЛІКУВАННЯ

Загальне:

- припинення приймання антибіотиків, сульфаніламідів, кортикостероїдів тощо;
- проведення загального обстеження і лікування захворювань внутрішніх органів;
- дотримання дієти з виключенням легкозасвоюваних вуглеводів;

- загальнозміцнюючі засоби (адаптогени, стимулятори, вітаміни тощо);
- корекція складу кишкової мікрофлори (еубіотики тощо);
- гіпосенсибілізуючі терапія;
- імуномодулююча терапія;
- протигрибкові препарати азольної групи, протигрибкові антибіотики;
- вітамінні препарати;
- препарати йоду.

Місцево:

- полоскання порожнини рота лужними розчинами;
- полоскання протигрибковими антисептиками;
- протигрибкові антибіотики;
- препарати бури (тетраборат натрію);
- препарати йоду;
- каприлати;
- препарати бензойної кислоти;
- похідні 8-оксихіноліну;
- анілінові барвники (метиленовий синій);
- препарати прополісу;
- санація порожнини рота.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА:

- раціональне використання антибіотиків;
- своєчасна санація порожнини рота;
- дотримання гігієни порожнини рота.

МОЖЛИВІ РЕЗУЛЬТАТИ

Уразі ефективності проведеного лікування - зникнення сухості, печіння, гіперемії, набряку, нальоту слизової оболонки уражених ділянок слизової порожнини рота.

Уразі неефективності проведеного лікування зберігається сухість, гіперемія, набряк і наліт уражених ділянок слизової оболонки порожнини рота.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- одужання;
- стабілізація.

Кожна чинність і форма лікування повинна бути індивідуальною залежно від ступеня ураження слизової оболонки рота, зменшення або відсутності скарж на біль у ротовій порожнині, наявності інфекційних процесів і стану імунітету пацієнта.

МКХ-10 B37.0 Кандидоз слизової оболонки рота

Клінічна форма — гіперпластична, атрофічна, еритематозна, лейкоплакична, хронічний перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Анамнез: наявність захворювання, контакт з хворими, прийом антибіотиків, глюкокортикоїдів, цитостатиків, імунітету, стану слизової оболонки рота.

Клінічні: наявність білих плям на слизовій оболонці рота, набряк слизової оболонки, запалення слизової оболонки рота, сухість, стонювання слизової оболонки.

Значення анамнезу, клінічних ознак, лабораторних досліджень, біопсії слизової оболонки рота, стану імунітету пацієнта, наявності контактних осіб з кандидозом рота.

Діагностика здійснюється на основі анамнезу, клінічних ознак, лабораторних досліджень, біопсії слизової оболонки рота, стану імунітету пацієнта, наявності контактних осіб з кандидозом рота.

ЛІКУВАННЯ

Загальне: призначення протигрибкових препаратів, сульфаніламідів, вітамінів, проведення загальної обробки слизової оболонки рота, внутрішніх органів, догляд за порожниною рота, санітарно-гігієнічні заходи, лікування хронічних захворювань, підтримання ліста з низьким рівнем кандидозогенності.

2.1. КАРІЕС ТИМЧАСОВИХ ПРАДАЛІВ

Розділ 2.

ДИТЯЧА ТЕРАПЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

*За редакцією головного спеціаліста
з дитячої стоматології МОЗ України,
доктора медичних наук, професора,
завідуючої кафедри дитячої терапевтичної стоматології
та профілактики стоматологічних захворювань
Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця
Л.О. Хоменко*

УКЛАДАЧІ:

Хоменко Л.О., головний спеціаліст з дитячої стоматології МОЗ України, доктор медичних наук, професор, завідувача кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Дичко Є.Н., доктор медичних наук, професор кафедри дитячої стоматології і стоматології інтернів Дніпропетровської державної медичної академії;

Каськова Л.Ф., доктор медичних наук, професор, завідувача кафедри дитячої терапевтичної стоматології з профілактикою стоматологічних захворювань Української медичної стоматологічної академії;

Смоляр Н.І., доктор медичних наук, професор, завідувача кафедри стоматології дитячого віку Львівського державного медичного університету ім. Данила Галицького;

Деньга О.В., доктор медичних наук, професор, завідувача відділом дитячої стоматології та ортодонтії Інституту стоматології АМН України;

Савичук Н.О., доктор медичних наук, завідувача кафедри стоматології дитячого віку Інституту стоматології Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика;

Остапко О.І., кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Шматко В.І., кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Кононович О.Ф., кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Савичук О.В., доктор медичних наук, доцент кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Віденко Н.В., кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячої терапевтичної стоматології та профілактики стоматологічних захворювань Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця.

2.1. КАРІЄС ТИМЧАСОВИХ І ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

МКХ-іо к 02.0-02.9

Початковий
карієс тимчасових зубів
(гострий)

Клінічна форма - початковий карієс тимчасових зубів,
гострий перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- скарг немає або на косметичний дефект зуба (виникнення плями);
- появу плям помітили через деякий час після прорізування зуба;
- наявність плями білого матового кольору, найчастіше - на вестибулярній та пришийковій ділянках коронки зуба;
- ділянка емалі білого кольору, що втратила природний блиск, поверхня емалі гладенька, іноді - шорсткувата, при зондуванні - безболісна, досить тверда. Після висушування струменем повітря уражена ділянка набуває матового відтінку.

Допоміжні

Метод прижиттєвого (вітального) забарвлювання за допомогою 2% водного розчину метиленового синього (пошкоджені ділянки емалі забарвлюються з різною інтенсивністю, оцінюється за 10-бальною шкалою синього кольору):

- 1-3 бали - висока карієсрезистентність,
- 4-5 балів - помірна карієсрезистентність,
- 6-7 балів - низька карієсрезистентність,
- 8-10 балів - дуже низька карієсрезистентність.

ЛІКУВАННЯ:

- гігієнічне навчання та виховання;
- призначення лікувально-профілактичних паст, що містять кальцій, фториди (200-500 ррт);

- імпрегнація ділянки ураження водним розчином азотнокислого срібла (місцево).

Загальне:

- комплексні препарати кальцію, мікроелементів, вітамінів (курс 30 днів, двічі на рік);
- раціональне харчування з обмеженням вживання рафінованих вуглеводів.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики чищення зубів;
- щодо призначення засобів гігієни - м'які зубні щітки;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди (200-500 ppm).

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

II та III група - у разі декомпенсованого перебігу карієсу.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Ліквідація клінічних проявів захворювання.

МКХ-Ю К 02.0-02.9

Початковий карієс тимчасових зубів (хронічний)

Клінічна форма - початковий карієс тимчасових зубів,
хронічний перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- наявність плями жовтого, коричневого або чорного кольору;
- поява плям через деякий час після прорізування зуба, найчастіше - на вестибулярній та пришийковій ділянках коронки зуба;
- ділянка емалі жовтого, коричневого або чорного кольору з блискучою поверхнею, при зондуванні - емаль гладенька, безболісна, досить тверда.

ЛІКУВАННЯ:

- професійне чищення зубів;
- зашліфовування ураженої ділянки;
- фторовмісні препарати (місцево).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики чищення зубів;
- щодо призначення засобів гігієни - м'які зубні щітки;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди (200-500 ррт).

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

II та III група - у разі декомпенсованого перебігу карієсу.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Ліквідація клінічних проявів захворювання.

МКХ-10 К 02.0-02.9

ПОВЕРХНЕВИЙ карієс тимчасових зубів (гострий)

Клінічна форма - поверхневий карієс тимчасових зубів,
гострий перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- короткочасний біль від хімічних подразників, появу дефекту помітили через деякий час після прорізування зуба;
- наявність дефекту на поверхні емалі;
- каріозна порожнина в межах емалі білого кольору, з нерівними краями;
- при зондуванні - шорсткість, розм'якшення емалі, затримка зонда;
- каріозна порожнина на'пришийкових, апроксимальних поверхнях зубів, у фісурах.

Допоміжні

Метод прижиттєвого (вітального) забарвлювання за допомогою 2% водного розчину метиленового синього (пошкоджені ділянки емалі забарвлюються).

ЛІКУВАННЯ:

- професійне чищення зубів;
- препарування каріозної порожнини;
- пломбування каріозної порожнини:
 - склоіономерними цементами;
 - компомерами;
 - сріблення ураженої поверхні - при відсутності можливості пломбування.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики чищення зубів;
- щодо призначення засобів гігієни - м'які зубні щітки;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди (200-500 ррт).

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

II та III група - у разі декомпенсованого перебігу карієсу.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Ліквідація клінічних проявів захворювання.

МКХ-10 К 02.0-02.9

**ПОВЕРХНЕВИЙ
карієс тимчасових зубів
(хронічний)**

Клінічна форма - поверхневий карієс тимчасових зубів,
хронічний перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- появу дефекту помітили через деякий час після прорізування зуба;
- наявність незначного дефекту на поверхні емалі;
- ділянка емалі пігментованого кольору;
- при зондуванні - затримка зонда, дефект емалі;

- каріозна порожнина на пришийкових, апроксимальних поверхнях зубів, у фісурах.

Допоміжні

Метод прижиттєвого (вітального) забарвлювання за допомогою 2% водного розчину метиленового синього (пошкоджені ділянки емалі забарвлюються).

ЛІКУВАННЯ

- професійне чищення зубів;
- зашлифовування ураженої ділянки;
- фторовмісні препарати (місцево);
- препарування каріозної порожнини;
- пломбування каріозної порожнини:
 - склоіономерними цементами;
 - компомерами;
 - сріблення ураженої поверхні - при відсутності можливості пломбування.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики чищення зубів;
- щодо призначення засобів гігієни - м'які зубні щітки;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди (200-500 ppm).

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

II та III група - у разі декомпенсованого перебігу карієсу.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Ліквідація клінічних проявів захворювання.

МКХ-10 К 02.0-02.9

Середній
карієс тимчасових зубів
(гострий)

Клінічна форма - середній карієс тимчасових зубів, гострий перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- можливий короткочасний біль від хімічних і температурних подразників;
- наявність каріозної порожнини, колір зуба незмінений;
- невеликий вхідний отвір каріозної порожнини;
- каріозна порожнина розташована у межах плащового дентину;
- дентин розм'якшений, світлий або слабопігментований;
- зондування емалево-дентинного сполучення - болюче; зондування дна каріозної порожнини - безболісне;
- каріозна порожнина на пришийкових, апроксимальних поверхнях зубів, у фісурах;
- реакція на перкусію - безболісна.

Допоміжні

Рентгенографія - наявність каріозної порожнини коронки зуба.

ЛІКУВАННЯ:

- професійне чищення зубів;
- препарування каріозної порожнини;
- антисептики (місцево);
- пломбування каріозної порожнини:
 - склоіономерними цементами;
 - компомерами;
 - полікарбоксилатними цементами.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики чищення зубів;
- щодо призначення засобів гігієни - м'які зубні щітки;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди (200-500 ppm).

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

II та III група - у разі декомпенсованого перебігу карієсу.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ-10 К 02.0-02.9

**Середній
карієс тимчасових зубів
(хронічний)**

Клінічна форма - середній карієс тимчасових зубів,
хронічний перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- можливий короткочасний біль від хімічних та механічних подразників;
- наявність каріозної порожнини, колір зуба незмінений;
- каріозна порожнини розташована у межах плащового дентину;
- дентин щільний, пігментований;
- зондування емалево-дентинного сполучення - слабоболоче; зондування дна каріозної порожнини - безболісне;
- каріозна порожнина на пришийкових, апроксимальних поверхнях зубів, у фісурах;
- реакція на перкусію - безболісна.

Допоміжні

Рентгенографія - наявність каріозної порожнини коронки зуба.

ЛІКУВАННЯ:

- професійне чищення зубів;
- препарування каріозної порожнини;
- антисептики (місцево);
- пломбування каріозної порожнини:
 - склоіономерними цементами;
 - компомерами;
 - полікарбоксилатними цементами.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики чищення зубів;

- щодо призначення засобів гігієни - м'які зубні щітки;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди (200-500 ррт).

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

II та III група - у разі декомпенсованого перебігу карієсу.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ-10 К 02.0-02.9

**Глибокий
карієс тимчасових зубів
(гострий)**

Клінічна форма - глибокий карієс тимчасових зубів, гострий перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- можливий короткочасний біль від температурних та механічних подразників;
- біль від холодної води, що зникає одразу після усунення подразника;
- наявність каріозної порожнини, колір зуба незмінений;
- невеликий вхідний отвір до каріозної порожнини;
- каріозна порожнина розташована у межах припульпового дентину;
- дентин розм'якшений, світлий або слабопігментований, знімається пластами;
- зондування дна каріозної порожнини - болоче по всій площині;
- каріозна порожнина на пришийкових, апроксимальних поверхнях зубів, у фісурах;
- реакція на перкусію - безболісна.

Допоміжні

Рентгенографія - наявність каріозної порожнини коронки зуба.

ЛІКУВАННЯ:

- професійне чищення зубів;

- препарування каріозної порожнини;
- антисептики (місцево);
- лікувальна прокладка, що чинить одонтотропну дію (препарати, що містять гідроксид кальцію, цинк-евгенолова паста) - у зубах із не-сформованим і сформованим коренем;
- лікувальна прокладка з антисептичною дією (йодоформна паста) - у зубах на стадії резорбції;
- пломбування каріозної порожнини:
 - склоіономерними цементами;
 - компомерами;
 - полікарбоксилатними цементами.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики чищення зубів;
- щодо призначення засобів гігієни - м'які зубні щітки;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди (200-500 ррт).

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

II та III група - у разі декомпенсованого перебігу карієсу.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ-10 К 02.0-02.9

Глибокий
карієс тимчасових зубів
(хронічний)

Клінічна форма - глибокий карієс тимчасових зубів,
хронічний перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- можливий короткочасний біль від температурних та механічних подразників;
- наявність каріозної порожнини, колір зуба незмінений;

- каріозна порожнина розташована у межах припульпового дентину;
- дентин - щільний пігментований;
- зондування дна каріозної порожнини - болюче;
- каріозна порожнина на пришийкових, апроксимальних поверхнях зубів, у фісурах;
- реакція на перкусію - безболісна.

Допоміжні

Рентгенографія - наявність каріозної порожнини коронки зуба.

ЛІКУВАННЯ:

- професійне чищення зубів;
- препарування каріозної порожнини;
- антисептики;
- лікувальна прокладка, що чинить одонтотропну дію (препарати, що містять цинк-евгенол) - у зубах із несформованим і сформованим коренем;
- лікувальна прокладка з антисептичною дією (йодоформна паста) - у зубах на стадії резорбції;
- пломбування каріозної порожнини:
 - склоіономерними цементами;
 - компомерами;
 - полікарбоксилатними цементами.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики чищення зубів;
- щодо призначення засобів гігієни - м'які зубні щітки;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди (200-500 ppm).

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

II та III група - у разі декомпенсованого перебігу карієсу.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ-10 к 02.0-02.9

Початковий карієс постійних зубів (гострий)

Клінічна форма - початковий карієс постійних зубів, гострий перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- скарг немає або на косметичний дефект зуба (виникнення плями);
- появу плям помітили через деякий час після прорізування зуба;
- наявність плями білого матового кольору;
- локалізація плям - найчастіше на вестибулярній та пришийковій ділянках коронки зуба, у фігурах молярів та премолярів, на апроксимальній поверхні зубів;
- ділянка емалі білого кольору, що втратила природний блиск, поверхня емалі гладенька, іноді шорсткувата, при зондуванні безболісна, досить тверда. Після висушуванням струменем повітря уражена ділянка набуває матового відтінку;
- з часом може відбуватися збільшення розмірів плями або виникає каріозна порожнина.

Допоміжні

Метод прижиттєвого (вітального) забарвлювання за допомогою 2% водного розчину метиленового синього (пошкоджені ділянки емалі забарвлюються з різною інтенсивністю, оцінюється за 10-бальною шкалою синього кольору):

- 1-3 бали - висока карієсорезистентність,
- 4-5 балів - помірна карієсорезистентність,
- 6-7 балів - низька карієсорезистентність,
- 8-10 балів - дуже низька карієсорезистентність.

Індекс інтенсивності карієсу - значення КПВ для 12-річних дітей:

- 0-1,1 - дуже низький рівень інтенсивності карієсу,
- 1,2-2,6 - низький рівень інтенсивності карієсу,
- 2,7-4,4 - середній рівень інтенсивності карієсу,
- 4,5-6,5 - високий рівень інтенсивності карієсу,
- 6,6 і вище - дуже високий рівень інтенсивності карієсу.

Індекс гігієни Федорова-Володкіної:

- 1,1-1,5 бала - хороший індекс гігієни,
- 1,6-2,0 бала - задовільний індекс гігієни,
- 2,1-2,5 бала - незадовільний індекс гігієни,
- 2,6-3,4 бала - поганий індекс гігієни,
- 3,5-5,0 бала - дуже поганий індекс гігієни.

Індекс гігієни Грін-Вермільона:

- 0-0,6 бала - хороша гігієна порожнини рота,
- 0,7-1,6 бала - задовільна гігієна порожнини рота,
- 1,7-2,5 бала - незадовільна гігієна порожнини рота,
- більше 2,6 бала - погана гігієна порожнини рота.

ЛІКУВАННЯ:

- гігієнічне навчання та виховання;
- призначення лікувально-профілактичних паст, що містять кальцій, фториди;
- професійна обробка зубів;
- Са, Р-вмісні препарати (10-20 процедур щодня або через день) місцево;
- фторовмісні препарати (місцево).

Фізіотерапевтичне:

- електрофорез - 10% розчин кальцію глюконату або кальцію хлориду або 2,5% розчин гліцерофосфату кальцію (5-6 сеансів);
- електрофорез - 1-2% розчин натрію фториду на емаль зуба, використовується одразу після застосування аплікацій Са, Р-вмісних препаратів (3-4 сеанси).

Загальне:

- комплексні препарати кальцію, мікроелементів, вітамінів (курс 30 днів, двічі на рік);
- раціональне харчування з обмеженням вживання рафінованих вуглеводів.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики чищення зубів;
- щодо призначення засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

- II та III група - у разі декомпенсованого перебігу карієсу.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Ліквідація клінічних проявів захворювання.

МКХ-10 к 02.0-02.9

Початковий карієс постійних зубів (хронічний)

Клінічна форма - початковий карієс постійних зубів,
хронічний перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- наявність плями жовтого, коричневого або чорного кольору;
- поява плям через деякий час після прорізування зуба найчастіше - на вестибулярній та пришийковій ділянках коронки зуба;
- ділянка емалі жовтого, коричневого або чорного кольору з блискучою поверхнею, при зондуванні - емаль гладенька, безболісна, досить тверда;
- з часом може відбуватися збільшення розмірів плями або виникає каріозна порожнина.

Допоміжні

Індекс інтенсивності карієсу - значення КПВ для 12-річних дітей:

- 0-1,1 - дуже низький рівень інтенсивності карієсу,
- 1,2-2,6 - низький рівень інтенсивності карієсу,
- 2,7-4,4 - середній рівень інтенсивності карієсу,
- 4,5-6,5 - високий рівень інтенсивності карієсу,
- 6,6 і вище - дуже високий рівень інтенсивності карієсу.

Індекс гігієни Федорова-Володкіної:

- 1,1-1,5 бала - хороший індекс гігієни,
- 1,6-2,0 бала - задовільний індекс гігієни,
- 2,1-2,5 бала - незадовільний індекс гігієни,
- 2,6-3,4 бала - поганий індекс гігієни,
- 3,5-5,0 бала - дуже поганий індекс гігієни.

Індекс гігієни Грін-Вермільона:

- 0-0,6 бала - хороша гігієна порожнини рота,
- 0,7-1,6 бала - задовільна гігієна порожнини рота,
- 1,7-2,5 бала - незадовільна гігієна порожнини рота,
- більше 2,6 бала - погана гігієна порожнини рота.

ЛІКУВАННЯ:

- професійне чищення зубів;
- зашліфовування ураженої ділянки;
- ремінералізуючі препарати (місцево).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики чищення зубів;
- щодо призначення засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

II та III група - у разі декомпенсованого перебігу карієсу.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Ліквідація клінічних проявів захворювання.

МКХ-10 К 02.0-02.9

ПОВЕРХНЕВИЙ карієс постійних зубів (гострий)

Клінічна форма - поверхневий карієс постійних зубів,
гострий перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- короткочасний біль від хімічних подразників, появу плями помітити через деякий час після прорізування зуба;
- наявність плями чи дефекту на поверхні емалі;
- ділянка емалі білого кольору, краї дефекту нерівні;
- зондуванні - шорсткість, розм'якшення емалі, затримка зонда;
- каріозна порожнина розташована у межах емалі зі збереженням цілості емалево-дентинного сполучення на пришийкових, апроксимальних поверхнях зубів, у фісурах.

Допоміжні

Метод прижиттєвого (вітального) забарвлювання за допомогою 2% водного розчину метиленового синього (пошкоджені ділянки емалі забарвлюються).

ЛІКУВАННЯ:

- професійне чищення зубів;
- препарування каріозної порожнини;
- пломбування каріозної порожнини:
 - *при локалізації на вестибулярній поверхні:*
склоіономерними цементами, компомерами;
 - *при локалізації на жувальній поверхні:*
препарування та пломбування каріозної порожнини діаметром до 2 мм склоіономерним цементом чи компомером та покриття інших ділянок фісур герметиком, якщо ділянка ураження більша ніж 2 мм - препарування та пломбування всіх фісур жувальної поверхні.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики чищення зубів;
- щодо призначення засобів гігієни - м'які зубні щітки;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

II та III група - у разі декомпенсованого перебігу карієсу.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Ліквідація клінічних проявів захворювання.

МКХ-10 К 02.0-02.9

**ПОВЕРХНЕВИЙ
карієс постійних зубів
(хронічний)**

Клінічна форма - поверхневий карієс постійних зубів,
хронічний перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ**Клінічні:**

- появу плями помітили через деякий час після прорізування зуба;
- наявність плями чи дефекту на поверхні емалі;

- ділянка емалі пігментованого кольору, краї дефекту нерівні;
- при зондуванні - затримка зонда, дефекти емалі, каріозна порожнина розташована у межах емалі зі збереженням цілості емалево-дентинного сполучення на пришийкових, апроксимальних поверхнях зубів, у фісурах.

ЛІКУВАННЯ:

- професійне чищення зубів;
- препарування каріозної порожнини;
- пломбування каріозної порожнини:
 - *при локалізації на вестибулярній поверхні:*
склоіономерними цементами, компомерами, композитами хімічного або світлового твердіння;
 - *при локалізації на жувальній поверхні:*
препарування та пломбування каріозної порожнини діаметром до 2 мм методом «профілактичного» пломбування склоіономерним цементом, композитом хімічного або світлового твердіння, амальгамою та покриття інших ділянок фісур герметиком. Якщо ділянка ураження більша ніж 2 мм - препарування та пломбування всіх фісур жувальної поверхні композитом хімічного або світлового твердіння, амальгамою.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики чищення зубів;
- щодо призначення засобів гігієни - м'які зубні щітки;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

II та III група - у разі декомпенсованого перебігу карієсу.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Ліквідація клінічних проявів захворювання.

МКХ-10 К 02.0-02.9

Середній
карієс постійних зубів
(гострий)

Клінічна форма - середній карієс постійних зубів, гострий перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- можливий короточасний біль від температурних (холодного) та механічних подразників;
- наявність каріозної порожнини, колір зуба незмінений;
- невеликий вхідний отвір каріозної порожнини;
- каріозна порожнина розташована у межах плащового дентину;
- дентин розм'якшений, світлий або слабопігментований;
- зондування емалево-дентинного сполучення - болюче; зондування дна каріозної порожнини - безболісне;
- каріозна порожнина на пришийкових, апроксимальних поверхнях зубів, у фісурах та сліпих ямках;
- реакція на перкусію - безболісна;
- температурна проба - біль від холодної води, що зникає одразу після усунення подразника.

Допоміжні

Рентгенографія - наявність каріозної порожнини коронки зуба.

ЛІКУВАННЯ:

- професійне чищення зубів;
- препарування каріозної порожнини;
- антисептики (місцево);
- пломбування каріозної порожнини:
 - *при локалізації на вестибулярній поверхні:*
 - ізолююча прокладка - із фосфат-цементу або склоіономерного цементу;
 - пломба - із склоіономерного цементу, компомеру, композиту світлового чи хімічного твердіння, сілікатного цементу;
 - *при локалізації на жувальній поверхні:*
 - ізолююча прокладка - із фосфат-цементу або склоіономерного цементу;
 - пломбування каріозної порожнини діаметром до 2 мм методом «профілактичного» пломбування - склоіономерним цементом,

компомером або композитами світлового чи хімічного твердіння, срібною амальгамою, сілікофосфатними цементами та покриття інших ділянок фісур герметиком, якщо ділянка ураження більша ніж 2 мм - препарування та пломбування всіх фісур жувальної поверхні перерахованими матеріалами.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики чищення зубів;
- щодо призначення засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

II та III група - у разі декомпенсованого перебігу карієсу.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ-10 K. 02.0-02.9

Середній
карієс постійних зубів
(хронічний)

Клінічна форма - середній карієс постійних зубів,
хронічний перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- можливий короткочасний біль від механічних подразників;
- наявність каріозної порожнини, колір зуба незмінений;
- каріозна порожнина розташована у межах плащового дентину;
- дентин щільний, пігментований;
- зондування емалево-дентинного сполучення - болюче; зондування дна каріозної порожнини - безболісне;
- каріозна порожнина на пришийкових, апроксимальних поверхнях зубів, у фісурах та сліпих ямках;

- з часом може відбуватися збільшення розмірів каріозної порожнини;
- реакція на перкусію - безболісна.

Допоміжні

Рентгенографія - наявність каріозної порожнини в межах плащового дентину зуба.

ЛІКУВАННЯ:

- професійне чищення зубів;
- препарування каріозної порожнини;
- антисептики (місцево);
- пломбування каріозної порожнини:
 - *при локалізації на вестибулярній поверхні:*
ізолююча прокладка - із фосфат-цементу або склоіономерного цементу;
пломба - із склоіономерного цементу, компомеру, композиту світлового чи хімічного твердіння, сілікатного цементу;
 - *при локалізації на жувальній поверхні:*
ізолююча прокладка - із фосфат-цементу або склоіономерного цементу;
пломбування каріозної порожнини діаметром до 2 мм методом «профілактичного» пломбування - склоіономерним цементом, компомером або композитами світлового чи хімічного твердіння, срібною амальгамою, сілікофосфатними цементами та покриття інших ділянок фісур герметиком, якщо ділянка ураження більша ніж 2 мм - препарування та пломбування всіх фісур жувальної поверхні перерахованими матеріалами.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики чищення зубів;
- щодо призначення засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

II та III група - у разі декомпенсованого перебігу карієсу.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ-10 К 02.0-02.9

Глибокий
карієс постійних зубів
(гострий)

Клінічна форма - глибокий карієс постійних зубів, гострий перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- можливий короткочасний біль від температурних (холодного) та механічних подразників;
- біль від холодної води, що зникає одразу після усунення подразника;
- наявність каріозної порожнини, колір зуба незмінений;
- невеликий вхідний отвір до каріозної порожнини;
- каріозна порожнина розташована у межах припульпового дентину;
- дентин розм'якшений, світлий або слабопігментований;
- зондування емалево-дентинного сполучення безболісне; зондування дна каріозної порожнини - болюче по всій площині;
- каріозна порожнина найчастіше на пришийкових, апроксимальних поверхнях зубів, у фісурах та сліпих ямках;
- реакція на перкусію - безболісна.

Допоміжні

Рентгенографія - наявність каріозної порожнини в межах припульпарного дентину зуба.

ЛІКУВАННЯ:

- професійне чищення зубів;
- препарування каріозної порожнини;
- антисептики (місцево);
- лікувальна прокладка, що чинить одонтотропну дію (препарати, що містять гідроксид кальцію, цинк-евгенолової пасті);
- накладання довгострокової тимчасової пломби з фосфат-цементу або склоіономерного цементу;
- постійне пломбування каріозної порожнини:
 - *при локалізації на вестибулярній поверхні:*
 - лікувальна прокладка - із препаратами гідроксиду кальцію;
 - ізолююча прокладка - із фосфат-цементу або склоіономерного цементу;
 - пломба - із склоіономерного цементу, компомеру, композиту світлового чи хімічного твердіння, силікатного цементу;

- при локалізації на жувальній поверхні:
 - лікувальна прокладка - із препаратами гідроксиду кальцію;
 - ізолююча прокладка - із фосфат-цементу або склоіономерного цементу;
 - пломбування каріозної порожнини склоіономерним цементом, компомером або композитами світлового чи хімічного твердіння, срібною амальгамою, силікофосфатними цементами.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики чищення зубів;
- щодо призначення засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

II та III група - у разі декомпенсованого перебігу карієсу.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ-10 К 02.0-02.9

Глибокий
карієс постійних зубів
(хронічний)

Клінічна форма - глибокий карієс, хронічний перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- можливий короткочасний біль від температурних (холодного) та механічних подразників;
- біль від холодної води, що зникає одразу після усунення подразника;
- наявність каріозної порожнини, колір зуба незмінений;
- каріозна порожнина розташована у межах припульпового дентину;
- дентин - щільний пігментований;

- зондування емалево-дентинного сполучення - болюче;
- зондування дна каріозної порожнини - безболісне;
- каріозна порожнина на пришийкових, апроксимальних поверхнях зубів, у фісурах та сліпих ямках;
- з часом може відбуватися збільшення розмірів каріозної порожнини;
- реакція на перкусію - безболісна.

Допоміжні

Рентгенографія - наявність каріозної порожнини в межах припульпарного дентину зуба.

ЛІКУВАННЯ:

- професійне чищення зубів;
- препарування каріозної порожнини;
- антисептики (місцево);
- пломбування каріозної порожнини:
 - *при локалізації на вестибулярній поверхні:*
ізолююча прокладка - із фосфат-цементу або склоіономерного цементу;
пломба - із склоіономерного цементу, компомеру, композиту світлового чи хімічного твердіння, силікатного цементу.
 - *при локалізації на жувальній поверхні:*
ізолююча прокладка - із фосфат-цементу або склоіономерного цементу;
пломбування каріозної порожнини склоіономерним цементом, компомером або композитами світлового чи хімічного твердіння, срібною амальгамою, силікофосфатними цементами.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики чищення зубів;
- щодо призначення засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять фториди.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

II та III група - у разі декомпенсованого перебігу карієсу.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

2.2. НЕКАРІЮЗНІ УРАЖЕННЯ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

МКХ-10 K00.4 **Порушення формування зубів**

Клінічна форма - системна гіпоплазія.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- скарг немає або на естетичний дефект зуба;
- наявність симетричних плям білого кольору різної форми на вестибулярній поверхні зубів або наявність хвилястої, борознистої та крапчастої емалі;
- з часом може виникати каріозна порожнина.

Допоміжні

Метод прижиттєвого (вітального) забарвлення за допомогою 2% водного розчину метиленового синього.

ЛІКУВАННЯ:

- гігієнічне навчання та виховання;
- призначення лікувально-профілактичних паст, що містять кальцій, фториди;
- професійна гігієна порожнини рота;
- Са, Р-вмісні препарати (10-20 процедур щодня або через день) місцево;
- фторовмісні препарати (місцево);
- пломбування композиційними матеріалами і склоіономерними цементами - при ускладненні карієсом.

Фізіотерапевтичне:

- електрофорез - 10% розчин кальцію глюконату або кальцію хлориду або 2,5% розчин гліцерофосфату кальцію (5-6 сеансів);
- електрофорез - 1-2% розчин натрію фториду на емаль зуба, використовується одразу після застосування аплікацій Са, Р-вмісних препаратів (3-4 сеанси).

Загальне:

- комплексні препарати кальцію, мікроелементів, вітамінів (курс 30 днів, двічі на рік);
- раціональне харчування з обмеженням вживання рафінованих вуглеводів.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА:

- огляд кожні 3-6 місяців;
- профілактика карієсу.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ-10 К 00.30

Флюороз зубів

Клінічна форма - флюороз.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- *сумнівний флюороз* - на емалі ледь помітні білі плями або крапки;
- *дуже слабкий флюороз* - на поверхні непрозорі, білі плями, що займають не більше 35% поверхні емалі зуба;
- *слабкий флюороз* - білі непрозорі плями на поверхні зуба, що займають не більше 50% поверхні емалі зуба;
- *помірний флюороз* - наявні коричневі плями на поверхні зуба;
- *тяжкий флюороз* - всі поверхні зубів уражені: відмічається коричнева пігментація та деструкція емалі.

ЛІКУВАННЯ:

- гігієнічне навчання та виховання;
- призначення лікувально-профілактичних паст, що містять кальцій, фториди;
- професійна гігієна порожнини рота;
- відбілювання зубів 33% перекисом водню, 0,5% лимонною кислотою (місцево);
- Са, Р-вмісні препарати (10-20 процедур щодня або через день) місцево;

- пломбування композиційними матеріалами і склоіономерними цементами - при ускладненні карієсом.

Фізіотерапевтичне

Електрофорез - 10% розчин кальцію глюконату або 2,5% розчин гліцерофосфату кальцію (5-6 сеансів).

Загальне:

- комплексні препарати кальцію, мікроелементів, вітамінів (курс 30 днів, двічі на рік);
- раціональне харчування з обмеженням вживання рафінованих вуглеводів та продуктів, що містять кальцій і фосфор.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики чищення зубів;
- щодо призначення засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять кальцій і фториди.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Огляд кожні 3-6 місяців.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Відновлення анатомічної форми зуба.

2.3. ПУЛЬПІТ ТИМЧАСОВИХ І ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

МКХ-іо к 040-043

Гострий дифузний
пульпіт тимчасового зуба
(серозний)

Клінічна форма - серозний дифузний пульпіт тимчасового зуба,
гострий перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- гострий нападopodobний біль без чіткої локалізації, виникає вночі;
- глибока каріозна порожнина в межах припульпарного дентину, що не сполучається з порожниною зуба;
- дентин світлий, розм'якшений;
- зондування дна каріозної порожнини - спричиняє різкий біль;
- больова реакція при дії термічних подразників (холодного);
- реакція на вертикальну перкусію - болісна.

Допоміжні

Глибока каріозна порожнина, що не сполучається з порожниною зуба, - при рентгенологічному дослідженні.

ЛІКУВАННЯ

Девітальна екстирпація - в тимчасових зубах із сформованим коренем:

- девітальзація пульпи девітальзуючими засобами;
- препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи;
- видалення кореневої пульпи;
- обробка корневих каналів антисептичними засобами;

- пломбування каналів у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих каналів тимчасових зубів;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба.

Девітальна ампутація - в тимчасових зубах із несформованим коренем або на стадії резорбції:

- девіталізація пульпи девіталізуючими засобами;
- препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи;
- обробка антисептичними засобами;
- лікувальна прокладка на кореневу пульпу;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики чищення зубів;
- щодо призначення засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- щодо призначення лікувально-профілактичних паст, що містять кальцій.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Огляд кожні 6 місяців (рентгенологічний контроль).

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ-10 К 04.0-04.3

Гострий
пульпіт тимчасового зуба
(гнійний)

Клінічна форма - гнійний пульпіт, гострий перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- гострий пульсуючий біль як вдень, так і вночі;
- глибока каріозна порожнина в межах припульпарного дентину, що не сполучається з порожниною зуба;
- дентин світлий, розм'якшений;
- зондування дна каріозної порожнини - безболісне; глибоке зондування - болюче;
- біль посилюється від гарячого;
- реакція на вертикальну і горизонтальну перкусію - болісна.

Допоміжні

Глибока каріозна порожнина, що не сполучається з порожниною зуба, - при рентгенологічному дослідженні.

ЛІКУВАННЯ

Девітальна екстирпація - в тимчасових зубах із сформованим і несформованим коренем:

- девіталізація пульпи девіталізуючими засобами;
- препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи;
- видалення кореневої пульпи;
- обробка корневих каналів антисептичними засобами;
- пломбування каналів у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих каналів тимчасових зубів;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Огляд кожні 6 місяців (рентгенологічний контроль).

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ-10 к 04.0-04.3

Хронічний
пульпіт тимчасового зуба
(фіброзний)

Клінічна форма - хронічний фіброзний пульпіт, період ремісії.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- безсимптомний перебіг;
- біль у зубі від механічного подразника або зміни температури оточуючого середовища;
- глибока каріозна порожнина в межах припульпарного дентину, сполучається з порожниною зуба;
- зондування дна каріозної порожнини - болюче;
- тривала больова реакція при дії термічних подразників;
- реакція на вертикальну і горизонтальну перкусію - безболісна.

Допоміжні

Глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба, - при рентгенологічному дослідженні.

ЛІКУВАННЯ

Девітальна ампутація - в тимчасових зубах із несформованим коренем або на стадії резорбції:

- девіталізація пульпи девіталізуючими засобами;
- препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи;
- обробка антисептичними засобами;
- лікувальна прокладка на кореневу пульпу;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба.

Девітальна екстирпація - в тимчасових зубах із сформованим коренем:

- девіталізація пульпи девіталізуючими засобами;
- препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи;
- видалення кореневої пульпи;
- обробка корневих каналів антисептичними засобами;

- пломбування каналів у межах отвору верхівки кореня матеріалами для кореневих каналів тимчасових зубів;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Огляд кожні 6 місяців (рентгенологічний контроль).

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ-10 к 040-043

Хронічний гіпертрофічний пульпіт тимчасового зуба

Клінічна форма - хронічний гіпертрофічний пульпіт.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- кровоточивість із зуба під час їжі;
- каріозна порожнина виповнена гіпертрофованою пульпою;
- кровоточивість при зондуванні;
- реакція на вертикальну і горизонтальну перкусію - безболісна.

Допоміжні

Глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба, - при рентгенологічному дослідженні.

ЛІКУВАННЯ

Вітальна ампутація:

- анестетики (місцево);
- препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи;
- обробка антисептичними засобами;
- лікувальна прокладка на кореневу пульпу;

- ізолююча прокладка;
- постійна пломба.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Огляд кожні 6 місяців (рентгенологічний контроль).

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ-10 К 04.0-04.3

Хронічний гангренозний пульпіт тимчасового зуба

Клінічна форма - хронічний гангренозний пульпіт.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- біль від гарячого, гангренозний запах з рота, можливе потемніння зуба або безсимптомний перебіг;
- глибока каріозна порожнина в межах припульпарного дентину, сполучається з порожниною зуба;
- глибоке зондування - болюче;
- реакція на вертикальну і горизонтальну перкусію - безболісна.

Допоміжні

Глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба, - при рентгенологічному дослідженні; можливі зміни кісткової тканини у верхівки кореня зуба.

ЛІКУВАННЯ

Девітальна екстирпація:

- девіталізація пульпи девіталізуючими засобами;
- препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи;

- видалення кореневої пульпи;
- обробка корневих каналів антисептичними засобами;
- пломбування каналів у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих каналів тимчасових зубів;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Огляд кожні 6 місяців (рентгенологічний контроль).

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ-10 к 04 о 04 з Пульпіт тимчасового зуба,
ускладнений періодонтитом

Клінічна форма - пульпіт, ускладнений періодонтитом.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- частіше - хронічний фіброзний та гангренозний пульпіти;
- глибока каріозна порожнина в межах припульпарного дентину, що сполучається з порожниною зуба;
- зондування дна каріозної порожнини або глибоке зондування - спричиняє різкий біль;
- тривала больова реакція при дії термічних подразників;
- реакція на вертикальну і горизонтальну перкусію - болісна в період загострення періодонтиту.

Допоміжні

Глибока каріозна порожнина, деструктивні зміни у періапикальних тканинах - при рентгенологічному дослідженні.

ЛІКУВАННЯ

Девітальна екстирпація:

- девітальізація пульпи девітальізуючими засобами;

- препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи;
- видалення кореневої пульпи;
- обробка корневих каналів антисептичними засобами;
- пломбування каналів у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих каналів тимчасових зубів;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Огляд кожні 6 місяців (рентгенологічний контроль).

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ-10 К 04.0-04.3

Гострий
пульпіт постійного зуба

Клінічна форма - гострий пульпіт, гіперемія пульпи.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- біль локалізований, спонтанний 1-3 хв., інтермісія 12-24 год.;
- біль від температурних подразників (особливо холодного) протягом 1-3 хв.;
- глибока каріозна порожнина в межах припульпарного дентину;
- дентин розм'якшений, депігментований або слабопігментований;
- зондування в проекції рога пульпи - болюче;
- реакція на перкусію - безболісна.

Допоміжні:

- знижена електрозбудливість пульпи при електроодонтодіагностиці до 8-10 мкА - при сформованому корені зуба;
- відсутнє сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба - при рентгенологічному обстеженні.

ЛІКУВАННЯ

Місцеве (консервативний метод):

- анестетики (місцево);
- препарування каріозної порожнини;
- антисептична обробка;
- препарати на основі гідроксиду кальцію з непрямим покриттям пульпи;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом 12 місяців, терміни спостереження:

- 1-й раз - через 2 тижнів (скарги, ЕОД),
- 2-й раз - через 3 місяців (скарги, ЕОД),
- 3-й раз - через 6 місяців (скарги, ЕОД, рентгенографія),
- 4-й раз - через 12 місяців (скарги, ЕОД, рентгенографія).

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ-10 К 04.0-04.3

ГоСтРий

пульпіт постійного зуба

(обмежений)

Клінічна форма - гострий обмежений пульпіт.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- біль гострий, локалізований, нападоподібний, спонтанний 15-30 хв., безбольові проміжки - 2-3 год.;
- біль на дію температурних подразників (холодного);
- біль ниючого, тягнучого характеру на механічні подразники, який повільно зникає після усунення подразника;
- глибока каріозна порожнина в межах припульпарного дентину;
- дентин розм'якшений, депігментований або слабопігментований;

- зондування, особливо в проекції рога пульпи - болоче;
- реакція на перкусію - безболісна.

Допоміжні:

- знижена електрозбудливість пульпи при електроодонтодіагностиці до 20 мкА - при сформованому корені зуба;
- відсутнє сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба - при рентгенологічному обстеженні.

ЛІКУВАННЯ

Консервативний метод

При тривалості хвороби не більше доби; локалізації каріозної порожнини на жувальній або апроксимальній поверхні, що розташована вище від екватора зуба, у практично здорових дітей у разі компенсованої чи субкомпенсованої форми карієсу:

- анестетики (місцево);
- препарування каріозної порожнини;
- антисептична обробка;
- препарати на основі гідроксиду кальцію з непрямим покриттям пульпи;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба.

Вітальна ампутація - при неефективності консервативного методу лікування, при компенсованій формі карієсу, в зубах з несформованим коренем, при відсутності протипоказань до місцевого знеболювання:

- анестетики (місцево);
- препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи;
- зупинка кровотечі кровоспинними засобами;
- антисептична обробка;
- м'яка кальційвмісна паста на кореневу пульпу;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба.

Вітальна екстирпація - при неефективності методу вітальної ампутації, при відсутності протипоказань до місцевого знеболювання:

- анестетики (місцево);
- препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи;

- видалення кореневої пульпи;
- зупинка кровотечі з кореневого каналу кровоспинними засобами;
- обробка кореневих каналів антисептичними засобами;
- пломбування каналів у межах отвору верхівки кореня матеріалами для кореневих каналів;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба;
- при наявності болю після пломбування - УВЧ (1-2 рази) на проекцію верхівки кореня.

Девітальна екстирпація - при неефективності методу вітальної ампутації; при наявності протипоказань до місцевого знеболювання:

- девіталізація пульпи девіталізуючими засобами;
- препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи;
- видалення кореневої пульпи;
- обробка кореневих каналів антисептичними засобами;
- пломбування каналів у межах отвору верхівки кореня матеріалами для кореневих каналів;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба;
- при наявності болю після пломбування - УВЧ (1-2 рази) на проекцію верхівки кореня.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом 12 місяців, терміни спостереження:

- 1-й раз - через 2 тижні (скарги, ЕОД),
- 2-й раз - через 3 місяці (скарги, ЕОД),
- 3-й раз - через 6 місяців (скарги, ЕОД, рентгенографія),
- 4-й раз - через 12 місяців (скарги, ЕОД, рентгенографія).

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ-10 К 04.0-04.3

ГоСТрИЙ
пульпіт постійного зуба
(дифузний)

Клінічна форма - гострий дифузний пульпіт.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- біль гострий, нападopodobний, до 2-4 год., безбольові проміжки - 10-30 хв.;
- біль від дії температурних подразників (холодного);
- іррадіація болю по ходу гілок трійчастого нерва;
- глибока каріозна порожнина в межах припульпарного дентину;
- тонкий шар розм'якшеного дентину;
- зондування по всьому дну - болюче;
- реакція на вертикальну перкусію зуба - болісна (явища періфокального періодонтиту).

Допоміжні:

- знижена електрозбудливість пульпи при електроодонтодіагностиці до 40-50 мкА при сформованому корені зуба;
- відсутнє сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба, - відсутні зміни в періодонті при рентгенологічному обстеженні.

ЛІКУВАННЯ

Вітальна ампутація - при відсутності періфокального періодонту у зубах з несформованим коренем, у практично здорових дітей, при відсутності протипоказань до місцевого знеболювання:

- анестетики (місцево);
- препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи;
- зупинка кровотечі кровоспинними засобами;
- антисептична обробка;
- накладання м'якої кальційвмісної пасти на кореневу пульпу;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба.

Вітальна екстирпація - при неефективності методу вітальної ампутації; при відсутності протипоказань до місцевого знеболювання:

- анестетики (місцево);

- препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи;
- видалення кореневої пульпи;
- зупинка кровотечі з кореневого каналу кровоспинними засобами;
- обробка кореневих каналів антисептичними засобами;
- пломбування каналів у межах отвору верхівки кореня матеріалами для кореневих каналів;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба;
- при наявності болю після пломбування - УВЧ (1-2 рази) на проекцію верхівки кореня.

Девітальна екстирпація - при неефективності методу вітальної ампутації; при наявності протипоказань до місцевого знеболювання:

- девіталізація пульпи девіталізуючими засобами;
- препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи;
- видалення кореневої пульпи;
- обробка кореневих каналів антисептичними засобами;
- пломбування каналів у межах отвору верхівки кореня матеріалами для кореневих каналів;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба;
- при наявності болю після пломбування - УВЧ (1-2 рази) на проекцію верхівки кореня.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом 12 місяців, терміни спостереження:

1-й раз - через 2 тижні (скарги, ЕОД),

2-й раз - через 3 місяці (скарги, ЕОД),

3-й раз - через 6 місяців (скарги, ЕОД, рентгенографія),

4-й раз - через 12 місяців (скарги, ЕОД, рентгенографія).

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ-10 К 04.0-04.3

ГоСтРий

пульпіт постійного зуба (гнійний)

Клінічна форма - гострий гнійний пульпіт.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- біль наростаючий, розриваючий, пульсуючий, хвилеподібний, без-больові проміжки майже відсутні;
- біль посилюється від дії теплових температурних подразників, при дії холодкових подразників біль заспокоюється;
- іррадіація болю по ходу гілок трійчастого нерва;
- біль при доторканні до зуба;
- глибока каріозна порожнина в межах припульпарного дентину;
- тонкий шар розм'якшеного дентину;
- поверхнєве зондування - безболісне, легко перфорується дно каріозної порожнини, після чого виділяється краплина гною, криві;
- глибоке зондування - болюче;
- реакція на перкусію зуба - болісна (періфокальний періодонтит);
- можливе збільшення регіональних лімфатичних вузлів.

Допоміжні:

- знижена електрозбудливість пульпи при електроодонтодіагностиці від 35 мкА і вище при сформованому корені зуба;
- відсутнє сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба, відсутні зміни в періодонті - при рентгенологічному обстеженні.

ЛІКУВАННЯ

Вітальна екстирпація - при відсутності протипоказань до місцевого знеболювання:

- анестетики (місцево);
- препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи;
- видалення кореневої пульпи;
- зупинка кровотечі з кореневого каналу кровоспинними засобами;
- обробка кореневих каналів антисептичними засобами;
- пломбування каналів у межах отвору верхівки кореня матеріалами для кореневих каналів;

- ізолююча прокладка;
- постійна пломба;
- при наявності болю після пломбування - УВЧ (1-2 рази) на проекцію верхівки кореня.

Девітальна екстирпація - при наявності протипоказань до місцевого знеболювання:

- девіталізація пульпи девіталізуючими засобами;
- препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи;
- видалення кореневої пульпи;
- обробка кореневих каналів антисептичними засобами;
- пломбування каналів у межах отвору верхівки кореня матеріалами для кореневих каналів;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба;
- при наявності болю після пломбування - УВЧ (1-2 рази) на проекцію верхівки кореня.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ-10 к 04.0-04.3

**Хронічний фіброзний
пульпіт постійного зуба**

Клінічна форма - хронічний фіброзний пульпіт, період ремісії.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- можливо раніше були болі;
- біль ниючого, тягнучого характеру на механічні подразники, який повільно зникає після усунення подразника;
- глибока каріозна порожнина в межах припульпарного дентину;
- дентин розм'якшений, дещо пігментований;

- зондування при закритій порожнині зуба в проекції рогів пульпи - болюче;
- зондування, при розкритій порожнині зуба - болюче, пульпа темно-червоного кольору, слабо кровоточить;
- реакція на перкусію - безболісна.

Допоміжні:

- знижена електрозбудливість пульпи при електроодонтодіагностиці до 25-40 мкА при сформованому корені зуба;
- сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба - рідше - закрита порожнина зуба при рентгенологічному обстеженні.

ЛІКУВАННЯ

Вітальна екстирпація - при відсутності протипоказань до місцевого знеболювання:

- анестетики (місцево);
- препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи;
- видалення кореневої пульпи;
- зупинка кровотечі з кореневого каналу кровоспинними засобами;
- обробка кореневих каналів антисептичними засобами;
- пломбування каналів у межах отвору верхівки кореня матеріалами для кореневих каналів;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба;
- при наявності болю після пломбування - УВЧ (1-2 рази) на проекцію верхівки кореня.

Девітальна екстирпація - при наявності протипоказань до методу вітальної екстирпації:

- девіталізація пульпи девіталізуючими засобами;
- препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи;
- видалення кореневої пульпи;
- обробка кореневих каналів антисептичними засобами;
- пломбування каналів у межах отвору верхівки кореня матеріалами для кореневих каналів;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба;

- при наявності болю після пломбування - УВЧ (1-2 рази) на проекцію верхівки кореня.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ-10 к 040-043

Хронічний фіброзний
пульпіт постійного зуба
(загострення)

Клінічна форма - хронічний фіброзний пульпіт,
період загострення.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- раніше спостерігався гострий біль;
- біль спонтанний, нападopodobний;
- глибока каріозна порожнина в межах припульпарного дентину, є сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба;
- дентин розм'якшений, дещо пігментований;
- зондування дна каріозної порожнини зуба - болюче;
- реакція на перкусію зуба - болісна.

Допоміжні:

- знижена електрозбудливість пульпи при електроодонтодіагностиці до 25-40 мкА при сформованому корені зуба;
- сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба - при рентгенологічному обстеженні.

ЛІКУВАННЯ

Вітальна екстирпація - при відсутності протипоказань до місцевого знеболювання:

- анестетики (місцево);
- препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;

- видалення коронкової пульпи;
- видалення кореневої пульпи;
- зупинка кровотечі з кореневого каналу кровоспинними засобами;
- обробка корневих каналів антисептичними засобами;
- пломбування каналів у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих каналів;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба;
- при наявності болю після пломбування - УВЧ (1-2 рази) на проекцію верхівки кореня.

Девітальна екстирпація - при наявності протипоказань до методу вітальної екстирпації:

- девіталізація пульпи девіталізуючими засобами;
- препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи;
- видалення кореневої пульпи;
- обробка корневих каналів антисептичними засобами;
- пломбування каналів у межах отвору верхівки кореня зуба матеріалами для корневих каналів;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба;
- при наявності болю після пломбування - УВЧ (1-2 рази) на проекцію верхівки кореня.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ іо к 04 о-04.3

Хронічний гіпертрофічний пульпіт постійного зуба

Клінічна форма - хронічний гіпертрофічний пульпіт.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- можливо раніше були болі;
- кровоточивість із зуба та біль під час вживання їжі, чищення зубів;
- незначний біль від температурних подразників;
- каріозна порожнина;
- порожнина зуба розкрита;
- пульпа у вигляді пухлини червоного кольору, з рівною поверхнею, заповнює всю каріозну порожнину;
- дентин розм'якшений, дещо пігментований;
- зондування пульпи - спричиняє біль і кровоточивість;
- реакція на перкусію - безболісна.

Допоміжні

Сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба - при рентгенологічному обстеженні.

ЛІКУВАННЯ

Вітальна ампутація - у зубах з несформованим коренем, при відсутності протипоказань до місцевого знеболювання:

- анестетики (місцево);
- препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи;
- зупинка кровотечі кровоспинними засобами;
- антисептична обробка;
- накладання м'якої кальційвмісної пасти на кореневу пульпу;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба.

Девітальна екстирпація - при наявності протипоказань до методу вітальної екстирпації:

- девіталізація пульпи девіталізуючими засобами з частковим попереднім видаленням гіпертрофованої пульпи;
- препарування каріозної порожнини;

- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи;
- видалення кореневої пульпи;
- обробка корневих каналів антисептичними засобами;
- пломбування каналів у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих каналів;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба;
- після пломбування при наявності болю - УВЧ (1-2 рази) на проекцію верхівки кореня.

Вітальна екстирпація - при відсутності протипоказань до місцевого знеболювання:

- анестетики (місцево);
- препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи;
- видалення кореневої пульпи;
- зупинка кровотечі з кореневого каналу кровоспинними засобами;
- обробка корневих каналів антисептичними засобами;
- пломбування каналів у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих каналів;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба.
- при наявності болю після пломбування - УВЧ (1-2 рази) на проекцію верхівки кореня.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ-10 к 04.0-04.3

Хронічний гангренозний пульпіт постійного зуба

Клінічна форма - хронічний гангренозний пульпіт.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- можливо раніше зуб болів гостро, спонтанно;
- біль під час вживання гарячої їжі;
- неприємний запах з рота;
- глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба;
- дентин розм'якшений або пігментований;
- поверхневе зондування - безболісне; глибоке зондування - спричиняє біль і кровоточивість.

Допоміжні:

- знижена електрозбудливість пульпи при електроодонтодіагностиці 45-50 мкА і вище при сформованому корені зуба;
- сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба, можлива деструкція періодонтальної щілини і оточуючої кісткової тканини - при рентгенологічному обстеженні.

ЛІКУВАННЯ

Вітальна екстирпація - при відсутності протипоказань до місцевого знеболювання:

- анестетики (місцево);
- препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи;
- видалення кореневої пульпи;
- зупинка кровотечі з кореневого каналу кровоспинними засобами;
- обробка кореневих каналів антисептичними засобами;
- пломбування каналів у межах отвору верхівки кореня матеріалами для кореневих каналів;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба;
- при наявності болю після пломбування - УВЧ (1-2 рази) на проекцію верхівки кореня.

Девітальна екстирпація - при наявності протипоказань до методу вітальної екстирпації:

- девіталізація пульпи девіталізуючими засобами;
- препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи;
- видалення кореневої пульпи;
- обробка корневих каналів антисептичними засобами;
- пломбування каналів у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих каналів;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба;
- після пломбування при наявності болю - УВЧ (1-2 рази) на проекцію верхівки кореня.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ-10 к 04.0-04.3

Пульпіт постійного зуба, ускладнений періодонтитом

Клінічна форма - пульпіт, ускладнений періодонтитом.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- біль тривалий, ниючий, посилюється у разі натискання на зуб;
- глибока каріозна порожнина, що може сполучатися з порожниною зуба;
- можлива реакція на термічні подразники;
- зондування пульпи - болісне або слабоболісне;
- реакція на вертикальну перкусію - болісна;
- слизова оболонка пастозна, гіперемійована;
- регіонарні лімфатичні вузли збільшені.

Допоміжні:

- знижена електрозбудливість пульпи при електроодонтодіагностиці 50 мкА і вище при сформованому корені зуба;

- деструкція або деформація періодонтальної щілини - при рентгенологічному обстеженні.

ЛІКУВАННЯ

Вітальна екстирпація - при відсутності протипоказань до місцевого знеболювання:

- анестетики (місцево);
- препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи;
- видалення кореневої пульпи;
- зупинка кровотечі з кореневого каналу кровоспинними засобами;
- обробка кореневих каналів антисептичними засобами;
- пломбування каналів у межах отвору верхівки кореня матеріалами для кореневих каналів;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба;
- при наявності болю після пломбування - УВЧ (1-2 рази) на проекцію верхівки кореня або лазер.

Девітальна екстирпація - при наявності протипоказань до методу вітальної екстирпації:

- девіталізація пульпи девіталізуючими засобами;
- препарування каріозної порожнини;
- розкриття порожнини зуба;
- видалення коронкової пульпи;
- видалення кореневої пульпи;
- обробка кореневих каналів антисептичними засобами;
- тимчасова obturaція каналу (каналів) неподразнюючою пастою або препаратом на турунді, що має виражену протимікробну та протизапальну дію, і закриття порожнини в зубі пов'язкою з тимчасового пломбувального матеріалу;
- пломбування каналів у межах отвору верхівки кореня матеріалами для кореневих каналів;
- ізолююча прокладка;
- постійна пломба;
- при наявності болю після пломбування - УВЧ (1-2 рази) на проекцію верхівки кореня.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

2.4. ПЕРІОДОНТИТ ТИМЧАСОВИХ І ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

МКХ-іо К04.4

Гострий періодонтит
тимчасового зуба

Клінічна форма - гострий періодонтит, гострий перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- постійний біль у зубі, який посилюється при доторканні та при накушуванні;
- підвищення температури тіла;
- асиметрія обличчя через набряк у ділянці ураженого зуба;
- збільшення регіонарних лімфатичних вузлів, болісність при їх пальпації;
- наявність у зубі порожнини будь-яких розмірів або пломби;
- зондування стінок та дна каріозної порожнини - безболісне;
- відсутність чутливості зуба до термічних та хімічних подразників;
- гіперемія і набряк слизової оболонки в ділянці проекції кореня (коренів);
- болісність при пальпації слизової оболонки в ділянці проекції кореня (коренів);
- реакція на перкусію - болісна.

Допоміжні

Відсутні - при гострому періодонтиті; при рентгенологічному дослідженні - можливе розширення періодонтальної щілини без пошкодження кортикальної пластинки.

ЛІКУВАННЯ:

- консервативний метод лікування проводиться при відсутності:
 - ситуації, коли хворий зуб є причиною гострого септичного стану, хронічної інфекції та інтоксикації організму;
 - пошкодження компактною пластинки, що оточує фолікул постійного зуба;

- патологічної або фізіологічної резорбції кореня більше, ніж на 1/3 його довжини;
- повного зруйнування коронки, якщо до його фізіологічної зміни лишилось не більше 1,5 років;
- перфорації стінки кореня або дна порожнини зуба;
- затримки зуба у щелепі в разі прорізування постійного зуба;
- розкриття порожнини зуба із застосуванням високошвидкісного наконечника;
- видалення з каналу путридних мас під шаром антисептичного розчину;
- інструментальна ручна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням ендодонтичних файлів з постійним промиванням антисептичними не подразнюючими розчинами;
- 0,5% розчин гідрокарбоната натрію (місцево);
- тимчасова obturaція каналу (каналів) не подразнюючою пастою або препаратом на турунді, що має виражену протимікробну та протизапальну дію, і закриття порожнини в зубі пов'язкою з тимчасового пломбувального матеріалу;
- постійна obturaція каналу (каналів) цинкооксидвгеноловою пастою, цинкооксидвгеноловою пастою з додаванням тимола, йодоформу, йодоформною пастою при відсутності ексудації або гангренозного запаху з каналу після його промивання;
- відновлення зуба стоматологічними цементами, компомерними або композитними матеріалами, срібною амальгамою, стандартними коронками.

Загальне:

- антибіотикотерапія - у разі вираженої інтоксикації;
- десенсибілізуючі препарати;
- знеболювальні препарати у дозуванні відповідно до віку;
- рекомендації вживати багато рідини, не подразнюючу їжу, що не потребує інтенсивного розжовування.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА:

- спостереження лікаря до заміни тимчасових зубів на постійні;
- огляд кожні 6 місяців.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ-10 K04.5

Хронічний періодонтит тимчасового зуба

Клінічна форма - хронічний гранулюючий періодонтит,
період ремісії.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- наявність у зубі порожнини будь-яких розмірів або пломби;
- зондування стінок та дна каріозної порожнини - безболісне;
- зондування емалево-дентинного сполучення - безболісне;
- відсутність чутливості зуба до термічних та хімічних подразників;
- можливе сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба;
- при наявності сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба - безболісність його зондування або незначна чутливість і кровоточивість при вrostанні грануляцій у канал;
- при розкритій порожнині зуба - відсутність пульпи в каналах (наявність пуритного розпаду або грануляційної тканини);
- симптом вазопарезу Лукомського в ділянці проекції коренів ураженого зуба - позитивний;
- нориця з виступаючими грануляціями, виділенням гною або рубця від нориці в ділянці проекції коренів або біфуркації ураженого зуба;
- регіонарний хронічний лімфаденіт.

Допоміжні:

- деструкція кортикальної пластинки зубної комірки, осередок розрідження кісткової тканини з нечіткими обрисами в ділянці верхівкової частини коренів, часто - біфуркації;
- можлива патологічна резорбція коренів та руйнування дна порожнини зуба в ділянці біфуркації;
- можлива деструкція кортикальної пластинки фолікула постійного зуба.

ЛІКУВАННЯ:

- консервативний метод лікування проводиться при відсутності:
 - ситуації, коли хворий зуб є причиною гострого септичного стану, хронічної інфекції та інтоксикації організму;
 - пошкодження компактної пластинки, що оточує фолікул постійного зуба;
 - патологічної або фізіологічної резорбції кореня більше, ніж на 1/3 його довжини;

- повного зруйнування коронки, якщо до його фізіологічної зміни лишилось не більше 1,5 років;
- перфорації стінки кореня або дна порожнини зуба;
- затримки зуба у щелепі в разі прорізування постійного зуба;
- розкриття порожнини зуба із застосуванням високошвидкісного наконечника;
- видалення з каналу пугридних мас під шаром антисептичного розчину;
- інструментальна ручна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням ендодонтичних файлів та антисептиків (місцево);
- видалення грануляцій, що вросли в кореневий канал, після знеболювання або обробки грануляцій камфоро-фенолом, камфоро-парамонохлорфенолом;
- інструментальна і медикаментозна обробка корневих каналів;
- тимчасова obturaція каналу (каналів) неподразнюючою пастою або препаратом на турунді, що має виражену протимікробну та протизапальну дію, і закриття порожнини в зубі пов'язкою з тимчасового пломбувального матеріалу;
- постійна obturaція каналу (каналів) цинкооксидевгеноловою пастою, цинкооксидевгеноловою пастою з додаванням тимолу, йодоформу, йодоформною пастою;
- відновлення зуба стоматологічними цементами, компомерними або композитними матеріалами, срібною амальгамою, стандартними коронками.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА:

- спостереження лікаря до заміни тимчасових зубів на постійні;
- огляд кожні 6 місяців.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ-10 к 044

Хронічний періодонтит тимчасового зуба

(загострення)

Клінічна форма - хронічний періодонтит, період загострення.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- постійний біль у зубі, який посилюється при доторканні та при накушуванні;
- підвищення температури тіла;
- асиметрія обличчя через набряк у ділянці проекції коренів ураженого зуба;
- збільшення регіонарних лімфатичних вузлів, болісність при їх пальпації;
- наявність у зубі порожнини будь-яких розмірів або пломби;
- зондування стінок та дна каріозної порожнини - безболісне;
- відсутність чутливості зуба до термічних та хімічних подразників;
- можливе сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба;
- гіперемія і набряк слизової оболонки в ділянці проекції кореня (коренів);
- нориця з виступаючими грануляціями, виділенням гною або рубця від нориці в ділянці проекції коренів або біфуркації ураженого зуба
- болісність при пальпації слизової оболонки в ділянці проекції кореня (коренів);
- реакція на перкусію - болісна;
- регіонарний лімфаденіт.

Допоміжні:

- деструкція кортикальної пластинки зубної комірки, осередок розрідження кісткової тканини з нечіткими обрисами в ділянці верхівкової частини коренів, часто - біфуркації;
- можлива патологічна резорбція коренів та руйнування дна порожнини зуба в ділянці біфуркації;
- можлива деструкція кортикальної пластинки фолікула постійного зуба.

ЛІКУВАННЯ:

- консервативний метод лікування проводиться при відсутності:
 - ситуації, коли хворий зуб є причиною гострого септичного стану, хронічної інфекції та інтоксикації організму;

- пошкодження компактної пластинки, що оточує фолікул постійного зуба;
- патологічної або фізіологічної резорбції кореня більше, ніж на 1/3 його довжини;
- повного зруйнування коронки, якщо до його фізіологічної зміни лишилось не більше 1,5 років;
- перфорації стінки кореня або дна порожнини зуба;
- затримки зуба у щелепі в разі прорізування постійного зуба;
- розкриття порожнини зуба із застосуванням високошвидкісного наконечника;
- видалення з каналу путридних мас під шаром антисептичного розчину;
- інструментальна ручна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням ендодонтичних файлів з постійним промиванням антисептичними неподразнюючими розчинами;
- 0,5% розчин гідрокарбонату натрію (місцево);
- тимчасова obturaція каналу (каналів) неподразнюючою пастою або препаратом на турунді, що має виражену протимікробну та протизапальну дію, і закриття порожнини в зубі пов'язкою з тимчасового пломбувального матеріалу;
- постійна obturaція каналу (каналів) цинкоксидевгеноловою пастою, цинкоксидевгеноловою пастою з додаванням тимолу, йодоформу, йодоформною пастою при відсутності ексудації або гангренозного запаху з каналу після його промивання;
- відновлення зуба стоматологічними цементами, компомерними або композитними матеріалами, срібною амальгамою, стандартними коронками.

Загальне:

- антибіотикотерапія - у разі вираженої інтоксикації;
- десенсибілізуючі препарати;
- знеболювальні препарати у дозуванні, відповідно до віку;
- рекомендації вживати багато рідини, неподразнюючу їжу, що не потребує інтенсивного розжовування.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА:

- спостереження лікаря до заміни тимчасових зубів на постійні;
- огляд кожні 6 місяців.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ-10 K04.5

Гострий періодонтит постійного зуба

Клінічна форма - періодонтит постійного зуба,
гострий перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- постійно наростаючий біль у зубі;
- різкий біль при накушуванні на зуб;
- підвищення температури тіла, млявість, поганий сон;
- асиметрія обличчя через набряк м'яких тканин на стороні ураження;
- глибока каріозна порожнина в зубі, яка може сполучатися з порожниною зуба;
- зондування стінок, дна каріозної порожнини і місця сполучення з порожниною зуба та входу до корневих каналів - безболісне;
- реакція при дії термічних подразників - відсутня;
- реакція на перкусію зуба, зуба його рухливість - різко болісна;
- слизова оболонка ясен та перехідної складки біля ураженого зуба гіперемійована, набрякла, при пальпації - різко болісна;
- регіонарні лімфатичні вузли на стороні ураження збільшені та при пальпації - болісні.

Допоміжні:

- знижена (більше 100 мкА) або відсутня реакція на електричний струм при електроодонтодіагностиці при сформованому корені зуба;
- відсутні зміни кісткової тканини;
- можливе розширення періодонтальної щілини без пошкодження кортикальної пластинки - при рентгенологічному дослідженні.

ЛІКУВАННЯ:

- консервативний метод лікування проводиться при відсутності:
 - ситуації, коли хворий зуб є причиною гострого септичного стану, хронічної інфекції та інтоксикації організму;
 - повного зруйнування коронки, без можливості її відновлення;
 - перфорації дна поіроожнини зуба;
- *при загостренні хронічного періодонтиту постійного зуба зі сформованим коренем:*
 - анестетики (місцево);
 - розкриття порожнини зуба із застосуванням високошвидкісного наконечника та корневих каналів для відтоку гнійного екссудату;

- інструментальна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням ендодонтичних файлів відповідного розміру;
- медикаментозна обробка кореневих каналів антисептичними препаратами;
- напівгерметична пов'язка - при наявності гнійного ексудату в каналі;
- тимчасова obturaція каналу (каналів) не подразнюючою пастою або препаратом на турунді, що має виражену протимікробну і протизапальну дію;
- закриття порожнини в зубі пов'язкою з тимчасового пломбувального матеріалу;
- пломбування кореневого каналу (каналів) в межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих пломб;
- відновлення зуба стоматологічними цементами, компомерними або композитними матеріалами, срібною амальгамою;
- *при загостренні хронічного періодонтиту постійного зуба з несформованим коренем:*
 - препарування каріозної порожнини, розкриття порожнини зуба із застосуванням високошвидкісного наконечника та створення доступу до корневих каналів;
 - інструментальна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням ендодонтичних файлів відповідного розміру;
 - медикаментозна обробка кореневих каналів антисептичними препаратами;
 - напівгерметична пов'язка - при наявності гнійного ексудату в каналі;
 - тимчасова obturaція каналу (каналів) пастою на основі гідроксиду кальцію;
 - тимчасове пломбування корневих каналів пастою на основі гідроксиду кальцію; диспансеризація протягом 3-х років - до закриття верхівкового отвору;
 - пломбування кореневого каналу (каналів) у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих пломб після закінчення формування верхівкового отвору;
 - відновлення зуба стоматологічними цементами, компомерними або композитними матеріалами, срібною амальгамою.

Загальне:

- антибіотикотерапія - у разі вираженої інтоксикації;
- знеболювальні препарати;
- рекомендації харчування - багато рідини, не подразнююча їжа.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом 3 років - до закриття верхівкового отвору.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ-Ю K04.5

Хронічний періодонтит постійного зуба

Клінічна форма - хронічний періодонтит, період ремісії.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇКлінічні:

- глибока каріозна порожнина в зубі, яка сполучається з порожниною зуба;
- зондування стінок, дна каріозної порожнини і місця сполучення з порожниною зуба та входу до корневих каналів - безболісне;
- при розкритій порожнині зуба - відсутність пульпи в каналах (наявність гнилого розпаду або грануляційної тканини);
- реакція при дії термічних подразників - відсутня;
- реакція на вертикальну і горизонтальну перкусію - безболісна;
- при хронічному гранулюючому періодонтиті - слизова оболонка ясен біля ураженого зуба застійно гіперемійована, набрякла можливі нориці на яснах у проекції верхівки кореня.

Допоміжні:

- знижена (більше 100 мкА) або відсутня реакція на електричний струм при електроодонтодіагностиці при сформованому корені;
- розрідження кісткової тканини без чітких меж біля верхівки коренів та в ділянці біфуркації (гранулюючий періодонтит) або наявність обмеженого розрідження кісткової тканини біля верхівки кореня (гранулематозний періодонтит) - при рентгенологічному дослідженні.

ЛІКУВАННЯ:

- консервативний метод лікування проводиться при відсутності:
 - ситуації, коли хворий зуб є причиною гострого септичного стану, хронічної інфекції та інтоксикації організму;

- повного зруйнування коронки без можливості її відновлення;
- перфорації дна порожнини зуба;
- *прихронічному періодонтиті постійного зуба зі сформованим коренем:*
 - препарування каріозної порожнини, розкриття порожнини зуба із застосуванням високошвидкісного наконечника та створення доступу до кореневих каналів;
 - інструментальна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням ендодонтичних файлів відповідного розміру;
 - медикаментозна обробка кореневих каналів антисептичними препаратами;
 - тимчасова obturaція каналу (каналів) неподразнюючою пастою або препаратом на турунді, що має виражену протимікробну дію;
 - пломбування кореневого каналу (каналів) у межах отвору верхівки кореня матеріалами для кореневих пломб;
 - відновлення зуба стоматологічними цементами, компомерними або композитними матеріалами, срібною амальгамою;
- *прихронічному періодонтиті постійного зуба з несформованим коренем:*
 - препарування каріозної порожнини, розкриття порожнини зуба із застосуванням високошвидкісного наконечника та створення доступу до кореневих каналів;
 - інструментальна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням ендодонтичних файлів відповідного розміру;
 - медикаментозна обробка кореневих каналів антисептичними препаратами;
 - тимчасова obturaція каналу (каналів) пастою на основі гідроксиду кальцію, закриття порожнини в зубі з тимчасового пломбувального матеріалу;
 - пломбування кореневого каналу (каналів) у межах отвору верхівки кореня матеріалами для кореневих пломб після закінчення формування верхівкового отвору;
 - відновлення зуба стоматологічними цементами, компомерними або композитними матеріалами, срібною амальгамою.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом 3 років - до закриття верхівкового отвору.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

МКХ-10 К04.5

Хронічний періодонтит постійного зуба (загострення)

Клінічна форма - хронічний періодонтит, період загострення.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- постійно наростаючий біль у зубі;
- різкий біль при накушуванні на зуб;
- підвищення температури тіла дитини, млявість, поганий сон;
- асиметрія обличчя через набряк м'яких тканин на стороні ураження;
- глибока каріозна порожнина в зубі, яка сполучається з порожниною зуба;
- зондування стінок, дна каріозної порожнини і місця сполучення з порожниною зуба та входу до корневих каналів - безболісне;
- реакція при дії термічних подразників - відсутня;
- реакція на перкусію зуба його рухливість - різко болісна;
- слизова оболонка ясен та перехідної складки біля ураженого зуба гіперемійована, набрякла, різко болісна при пальпації;
- регіонарні лімфатичні вузли на стороні ураження збільшені та болісні при пальпації.

Допоміжні:

- знижена (більше 100 мкА) або відсутня реакція на електричний струм при електроодонтодіагностиці при сформованому корені;
- розрідження кісткової тканини без чітких меж біля верхівки коренів та в ділянці біфуркації (гранулюючий періодонтит), або наявність обмеженого розрідження кісткової тканини біля верхівки кореня (гранулематозний періодонтит) - при рентгенологічному дослідженні.

ЛІКУВАННЯ:

- консервативний метод лікування проводиться при відсутності:
 - ситуації, коли хворий зуб є причиною гострого септичного стану, хронічної інфекції та інтоксикації організму;
 - повного зруйнування коронки без можливості її відновлення;
 - перфорації дна порожнини зуба;
- *при загостренні хронічного періодонтиту постійного зуба зі сформованим коренем:*
 - анестетики (місцево);
 - розкриття порожнини зуба із застосуванням високошвидкісного наконечника та корневих каналів для відтоку гнійного ексудату;
 - інструментальна обробка кореневого каналу (каналів) на всю

- робочу довжину із застосуванням ендодонтичних файлів відповідного розміру;
- медикаментозна обробка кореневих каналів антисептичними препаратами;
- тимчасова obturaція каналу (каналів) неподразнюючою пастою або препаратом на турунді, що має виражену протимікробну і протизапальну дію;
- закриття порожнини в зубі пов'язкою з тимчасового пломбувального матеріалу;
- пломбування кореневого каналу (каналів) у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих пломб;
- відновлення зуба стоматологічними цементами, композитними або композитними матеріалами, срібною амальгамою;
- *при загостренні хронічного періодонтиту постійного зуба з несформованим коренем:*
 - препарування каріозної порожнини, розкриття порожнини зуба із застосуванням високошвидкісного наконечника та створення доступу до корневих каналів;
 - інструментальна обробка кореневого каналу (каналів) на всю робочу довжину із застосуванням ендодонтичних файлів відповідного розміру;
 - медикаментозна обробка корневих каналів антисептичними препаратами;
 - тимчасова obturaція каналу (каналів) пастою на основі гідроксиду кальцію, закриття порожнини в зубі з тимчасового пломбувального матеріалу;
 - тимчасове пломбування корневих каналів пастою на основі гідроксиду кальцію;
 - пломбування кореневого каналу (каналів) у межах отвору верхівки кореня матеріалами для корневих пломб після закінчення формування верхівкового отвору;
 - відновлення зуба стоматологічними цементами, композитними або композитними матеріалами, срібною амальгамою.

Загальне:

- антибіотикотерапія - у разі вираженої інтоксикації;
- знеболювальні препарати;
- рекомендації харчування (багато рідини, неподразнююча їжа).

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом 3 років - до закриття верхівкового отвору.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення анатомічної форми зуба.

2.5. ЗАХВОРЮВАННЯ ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ

МКХ-10 КО5.0

Гінгівіт катаральний
(гострий)

Клінічна форма - катаральний гінгівіт, гострий перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Анамнез

Скарги на біль і кровоточивість ясен при чищенні зубів і прийманні їжі.

Клінічні

Яскрава гіперемія і набряк слизової оболонки ясен.

Індексна оцінка стану тканин пародонта

- РМА (папілярно-маргінально-альвеолярний індекс):
 - значення індексу до 20% - легкий ступінь тяжкості гінгівіту,
 - від 25 до 50% - середній ступінь тяжкості гінгівіту,
 - вище 51% - тяжкий ступінь тяжкості гінгівіту.

КЛІНІКА

Легкий ступінь тяжкості:

- гіперемія ясенних сосочків;
- набряк ясенних сосочків.

Середній ступінь тяжкості:

- виразна гіперемія ясенних сосочків і ясенного краю;
- набряк ясенних сосочків і ясенного краю;
- біль при пальпації ясенних сосочків і ясенного краю.

Тяжкий ступінь захворювання:

- яскрава гіперемія сосочків, краю й альвеолярної частини ясен;
- набряк сосочків, ясенного краю й альвеолярної частини ясен;
- біль і кровоточивість при пальпації сосочків, краю й альвеолярної частини ясен.

ЛІКУВАННЯ:

Місцеве

Легкий ступінь тяжкості:

- антибіотики - з урахуванням чутливості мікрофлори;
- нестероїдні протизапальні препарати (місцево);
- антисептичні препарати.

Середній ступінь тяжкості:

- знеболювальні препарати;
- антибіотики - з урахуванням чутливості мікрофлори;
- протитрихомонадні препарати - при наявності трихомонад у ротовій порожнині;
- антисептичні препарати;
- інгібітори протеолізу;
- нестероїдні протизапальні препарати.

Тяжкий ступінь захворювання:

- знеболювальні препарати;
- антибіотики - з урахуванням чутливості мікрофлори;
- протитрихомонадні препарати - при наявності трихомонад у ротовій порожнині;
- антисептичні препарати;
- інгібітори протеолізу;
- нестероїдні протизапальні препарати.

Після ліквідації гострого періоду захворювання:

- професійна гігієна ротової порожнини;
- санація ротової порожнини;
- ортодонтичне лікування - при наявності порушень оклюзії та аномалій прикусу;
- хірургічне лікування - при наявності аномалій будови і розташування м'яких тканин.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- гігієнічне навчання індивідуальному догляду за порожниною рота;
- зубні щітки з м'якою або дуже м'якою щетиною;
- лікувально-профілактичні зубні пасти протизапальної дії, що містять екстракти лікарських трав; антисептики; макро- та мікроелементи;
- ополіскувачі, що містять антисептики.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Ліквідація клінічних проявів захворювання.

МКХ-10 K05.0

Гінгівіт катаральний (хронічний)

Клінічна форма - катаральний гінгівіт, хронічний перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Анамнез

Можливі скарги на періодичну кровоточивість ясен під час чищення зубів.

Клінічні:

- гіперемія слизової оболонки ясен;
- ціаноз слизової оболонки ясен;
- помірний набряк слизової оболонки ясен.

Рентгенологічні:

- можливі нечіткі обриси кортикальної пластинки альвеоли;
- остеопороз губчатої речовини на верхівках міжзубних перегородок.

Індексна оцінка стану тканин пародонта

РМА (папілярно-маргінально-альвеолярний індекс):

- значення індексу до 20% - легкий ступінь тяжкості гінгівіту,
- від 25 до 50% - середній ступінь тяжкості гінгівіту,
- вище 51% - тяжкий ступінь тяжкості гінгівіту;

СРІ (комунальний пародонтальний індекс):

- 0 - здорові ясна,
- 1 - кровоточивість ясен,
- 2 - наявність зубного каменя,
- 3 - кишеня глибиною 4-5 мм,
- 4 - глибина кишені більше 6 мм.

КЛІНІКА

Легкий ступінь тяжкості:

- помірний набряк ясенних сосочків і ясенного краю;
- застійна гіперемія, ціаноз ясенних сосочків.

Середній ступінь тяжкості:

- помірний набряк ясенних сосочків і ясенного краю;
- застійна гіперемія, ціаноз ясенних сосочків і ясенного краю.

Тяжкий ступінь захворювання:

- помірний набряк сосочків, ясенного краю й альвеолярної частини ясен;
- застійна гіперемія, ціаноз сосочків, ясенного краю й альвеолярної частини ясен.

ЛІКУВАННЯ:

- професійна гігієна ротової порожнини;
- санація ротової порожнини;
- ортодонтичне лікування - при наявності порушень оклюзії та аномалій прикусу;
- хірургічне лікування - при наявності аномалій будови і розташування м'яких тканин.

Легкий ступінь тяжкості:

- антибіотики (місцево) - з урахуванням чутливості мікрофлори;
- нестероїдні протизапальні препарати (місцево);
- антисептичні препарати (місцево).

Фізіотерапевтичне

Гідротерапія - гідромасаж ясен - при відсутності загострення в яснах.

Середній ступінь тяжкості:

- антибіотики (місцево) - з урахуванням чутливості мікрофлори;
- нестероїдні протизапальні препарати (місцево);
- антисептичні препарати (місцево).

Фізіотерапія:

- гідротерапія (місцево);
- електрофорез препаратами кальцію і фториду (місцево) - при наявності рентгенологічних змін у тканинах пародонта, електрофорез розчинами вітамінів (при схильності до кровоточивості ясен).

Тяжкий ступінь захворювання:

- антибіотики (місцево) - з урахуванням чутливості мікрофлори;
- антибактеріальні засоби рослинного походження (місцево);
- антисептичні препарати (місцево);
- протитрихомонадні препарати (місцево);
- нестероїдні протизапальні препарати (місцево).

Фізіотерапія:

- гідротерапія (місцево);
- електрофорез і фонофорез препаратами кальцію і фториду (місцево) - при наявності рентгенологічних змін у тканинах пародонта, електрофорез розчинами вітамінів.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- гігієнічне навчання індивідуальному догляду за порожниною рота;
- лікувально-профілактичні зубні пасти протизапальної дії, що містять екстракти лікарських трав; антисептики; макро- та мікроелементи (у разі наявності рентгенологічних змін у тканинах пародонта);
- ополіскувачі, що містять антисептики.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Легкий ступінь тяжкості

I диспансерна група - огляд лікаря 1 раз на рік.

Середній ступінь тяжкості

II диспансерна група - огляд лікаря 2 рази на рік.

Тяжкий ступінь захворювання

III диспансерна група - огляд лікаря 3 рази на рік.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- стабілізація рентгенологічних змін в альвеолярному відростку.

МКХ-10 К 05.01

Гінгівіт гіпертрофічний (фіброзна форма)

Клінічна форма - гіпертрофічний гінгівіт, хронічний перебіг, фіброзна форма.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Анамнез

Скарги на розростання ясен.

Клінічні:

- гіперплазія, ущільненість і набряк слизової оболонки ясен;
- слизова оболонка ясен блідо-рожевого кольору, можливі гіперемія і ціаноз.

Рентгенологічні:

- можливі нечіткі обриси кортикальної пластинки альвеоли;
- остеопороз губчатої речовини на верхівках міжзубних перегородок.

Індексна оцінка стану тканин пародонта

РМА (папілярно-маргінально-альвеолярний індекс):

значення індексу до 20% - легкий ступінь тяжкості гінгівіту,
від 25 до 50% - середній ступінь тяжкості гінгівіту,
вище 51% - тяжкий ступінь тяжкості гінгівіту;

СРІ (комунальний пародонтальний індекс):

- 0 - здорові ясна,
- 1 - кровоточивість ясен,
- 2 - наявність зубного каменя,
- 3 - кишень глибиною 4-5 мм,
- 4 - глибина кишені більше 6 мм.

КЛІНІКА

Легкий ступінь тяжкості:

- ясенні сосочки збільшені у розмірах, перекривають коронкову частину зуба на 1/3 їх висоти;
- ясенні сосочки ущільнені;
- набряк ясенних сосочків;
- несправжня кишень.

Середній ступінь тяжкості:

- ясенні сосочки й ясенний край збільшені у розмірах, перекривають коронкову частину зуба на 1/2 їх висоти;
- ясенні сосочки й ясенний край ущільнені;
- набряк ясенних сосочків і ясенного краю;
- несправжня кишень.

Тяжкий ступінь захворювання:

- ясенні сосочки, край і альвеолярна частина ясен збільшені у розмірах, перекривають коронкову частину зубів більш ніж на 1/2 їх висоти;
- ясенні сосочки, край і альвеолярна частина ясен ущільнені;
- набряк ясенних сосочків, краю й альвеолярної частини ясен;
- несправжня кишень.

ЛІКУВАННЯ:

- професійна гігієна ротової порожнини;
- санація ротової порожнини.

Легкий ступінь тяжкості:

- антисептичні препарати;
- склерозуюча терапія:
 - антибактеріальні засоби рослинного походження (чистотіл);
 - біогенні засоби (бефунгін).

Фізіотерапія

Електрофорез препаратами, калію йодиду та хлориду кальцію.

Середній ступінь тяжкості:

- антисептичні препарати;

- склерозуюча терапія:
 - антибактеріальні засоби рослинного походження (чистотіл);
 - біогенні засоби (бефунгін).

Фізіотерапія:

- електрофорез лідази;
- вакуум-масаж;
- дорсонвалізація.

Тяжкий ступінь захворювання:

- антисептичні препарати;
- склерозуюча терапія:
 - антибактеріальні засоби рослинного походження (чистотіл);
 - біогенні засоби (бефунгін).

Фізіотерапія:

- електрофорез лідази;
- вакуум-масаж;
- дорсонвалізація.

Хірургічне

У разі неефективності консервативного лікування.

Деструктивні методи:

- кріодеструкція;
- діатермокоагуляція;
- гінгивектомія.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- комплексне клініко-інструментальне і лабораторне обстеження у педіатра, ендокринолога, дитячого гінеколога для визначення загальних чинників розвитку захворювання;
- гігієнічне навчання індивідуальному догляду за порожниною рота;
- лікувально-профілактичні зубні пасти протизапальної дії, що містять екстракти лікарських трав; антисептики; макро- та мікроелементи (у разі наявності рентгенологічних змін у тканинах пародонта);
- ополіскувачі, що містять антисептики.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Легкий ступінь тяжкості

I диспансерна група - огляд лікаря 1 раз на рік.

Середній ступінь тяжкості

II диспансерна група - огляд лікаря 2 рази на рік.

Тяжкий ступінь захворювання

III диспансерна група - огляд лікаря 3 рази на рік.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- стабілізація рентгенологічних змін в альвеолярному відростку.

МКХ-10 К. 05.01

**Гінгівіт гіпертрофічний
(гранулююча форма)**

Клінічна форма - гіпертрофічний гінгівіт, хронічний перебіг, гранулююча форма.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Анамнез

Скарги на розростання, біль і кровоточивість ясен при чищенні зубів і прийманні їжі.

Клінічні

Гіперплазія, гіперемія і набряк слизової оболонки ясен.

Рентгенологічні:

- нечіткі обриси кортикальної пластинки альвеоли;
- остеопороз губчатої речовини на верхівках міжзубних перегородок.

Індексна оцінка стану тканин пародонта

РМА (папілярно-маргінально-альвеолярний індекс):

значення індексу до 20% - легкий ступінь тяжкості гінгівіту,
від 25 до 50% - середній ступінь тяжкості гінгівіту,
вище 51% - тяжкий ступінь тяжкості гінгівіту;

СРІ (комунальний пародонтальний індекс):

- 0 - здорові ясна,
- 1 - кровоточивість ясен,
- 2 - наявність зубного каменя,
- 3 - кишень глибиною 4-5 мм,
- 4 - глибина кишені більше 6 мм.

КЛІНІКА

Легкий ступінь тяжкості:

- ясенні сосочки збільшені у розмірах, перекривають коронкову частину зубів на 1/3 їх висоти;

- набряк ясенних сосочків;
- гіперемія, можливий ціаноз ясенних сосочків;
- незначний біль і кровоточивість при пальпації ясенних сосочків.

Середній ступінь тяжкості:

- ясенні сосочки і край збільшені у розмірах, перекривають коронкову частину зубів на 1/2 їх висоти;
- набряк ясенних сосочків і ясенного краю;
- гіперемія, можливий ціаноз ясенних сосочків і ясенного краю;
- незначний біль і кровоточивість при пальпації ясенних сосочків і ясенного краю.

Тяжкий ступінь захворювання:

- ясенні сосочки, край і альвеолярна частина ясен збільшені у розмірах, перекривають коронкову частину зубів більш ніж на 1/2 їх висоти;
- набряк ясенних сосочків, краю й альвеолярної частини ясен;
- гіперемія, можливий ціаноз ясенних сосочків, краю й альвеолярної частини ясен;
- виразний біль і кровоточивість ясенних сосочків, краю й альвеолярної частини ясен.

ЛІКУВАННЯ:

- професійна гігієна ротової порожнини;
- санація ротової порожнини - при відсутності ознак запалення.

Легкий ступінь тяжкості:

- антибактеріальна терапія (місцево) - з урахуванням чутливості мікрофлори;
- антисептичні препарати (місцево);
- нестероїдні протизапальні препарати (місцево);
- в'язучі засоби рослинного походження (місцево);
- склерозуюча терапія (місцево) при відсутності запальних явищ:
 - антибактеріальні засоби рослинного походження (чистотіл);
 - біогенні засоби (бефунгін).

Фізіотерапія:

- при відсутності ознак запалення;
- електрофорез препаратами, калію йодиду та хлориду кальцію.

Середній ступінь тяжкості:

- анестетики (місцево);
- антибактеріальна терапія - з урахуванням чутливості мікрофлори;
- протитрихомонадні препарати - при наявності трихомонад у ясенних кишнях;

- нестероїдні протизапальні препарати;
- антисептичні препарати;
- в'яжучі засоби рослинного походження;
- склерозуюча терапія при відсутності запальних явищ:
 - антибактеріальні засоби рослинного походження (чистотіл);
 - біогенні засоби (бефунгін).

Фізіотерапія:

- при відсутності ознак запалення;
- електрофорез лідази;
- вакуум-масаж;
- дорсонвалізація.

Тяжкий ступінь захворювання:

- анестетики (місцево);
- антибактеріальна терапія - з урахуванням чутливості мікрофлори;
- протитрихомонадні препарати - при наявності трихомонад у ясенних кишнях;
- нестероїдні протизапальні препарати;
- антисептичні препарати;
- в'яжучі засоби рослинного походження;
- склерозуюча терапія при відсутності запальних явищ:
 - антибактеріальні засоби рослинного походження (чистотіл);
 - біогенні засоби (бефунгін).

Фізіотерапія:

- при відсутності ознак запалення;
- електрофорез лідази, препаратів кальцію (4-6 сеансів) і фтору (3-4 сеанси);
- вакуум-масаж;
- дорсонвалізація.

Хірургічне

У разі неефективності консервативного лікування.

Деструктивні методи:

- кріодеструкція;
- діатермокоагуляція;
- гінгівектомія.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- комплексне клініко-інструментальне і лабораторне обстеження у педіатра, ендокринолога, дитячого гінеколога, гематолога для визначення загальних чинників розвитку захворювання;
- гігієнічне навчання індивідуальному догляду за порожниною рота;

- лікувально-профілактичні зубні пасти протизапальної дії, що містять екстракти лікарських трав; антисептики; макро- та мікроелементи (у разі наявності рентгенологічних змін у тканинах пародонту);
- ополіскувачі, що містять антисептики.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Легкий ступінь тяжкості

I диспансерна група - огляд лікаря 1 раз на рік.

Середній ступінь тяжкості

II диспансерна група - огляд лікаря 2 рази на рік.

Тяжкий ступінь захворювання

III диспансерна група - огляд лікаря 3 рази на рік.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- стабілізація рентгенологічних змін в альвеолярному відростку.

МКХ-10 K05.0

Гінгівіт виразковий

Клінічна **форма** - виразковий гінгівіт, гострий перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Анамнез

Скарги на виразний біль і кровоточивість ясен, підвищення температури тіла, нудоту, неприємний запах з рота.

Клінічні:

- яскрава гіперемія, набряк, кровоточивість і виразки на слизовій оболонці ясен;
- підвищення температури тіла.

Лабораторні методи

Аналіз крові - лейкоцитоз, підвищення ШОЕ.

КЛІНІКА

Легкий ступінь тяжкості:

- гіперемія ясенних сосочків;
- набряк ясенних сосочків;

- некроз верхівок ясенних сосочків;
- ясенні сосочки виразкуваті, вкриті брудно-сірим нальотом, болісні та кровоточиві;
- неприємний запах з рота;
- можливий регіонарний лімфаденіт;
- підвищення температури тіла до $37,5^{\circ}\text{C}$, головний біль, слабкість, порушення апетиту.

Середній ступінь тяжкості:

- яскрава гіперемія ясенних сосочків і ясенного краю;
- виразний набряк ясенних сосочків і ясенного краю;
- некроз ясенних сосочків і ясенного краю;
- ясенний край і сосочки виразкуваті, вкриті брудно-сірим нальотом, болісні та кровоточиві;
- наліт брудно-сірого кольору в ділянці виразок;
- нашарування м'якого зубного нальоту в уражених ділянках;
- неприємний запах з рота;
- регіонарний лімфаденіт;
- підвищення температури тіла до $38-39^{\circ}\text{C}$, головний біль, слабкість, порушення апетиту.

Тяжкий ступінь захворювання:

- виразна гіперемія ясенних сосочків, краю й альвеолярної частини ясен;
- значний набряк ясенних сосочків, краю й альвеолярної частини ясен;
- некроз ясенного краю, сосочків і альвеолярної частини ясен;
- ясенний край, сосочки та альвеолярна частина ясен виразкувата, вкрита брудно-сірим нальотом, різко болісна та кровоточива;
- значні нашарування м'якого зубного нальоту в уражених ділянках;
- неприємний запах з рота;
- регіонарний лімфаденіт;
- підвищення температури тіла до 39°C і вище, головний біль, слабкість, нудота, можливі диспептичні явища, порушення апетиту.

ЛІКУВАННЯ:

- професійна гігієна ротової порожнини;
- санація ротової порожнини - при відсутності гострих запальних явищ.

Легкий ступінь тяжкості:

- анестетики (місцево);
- антибіотики - з урахуванням чутливості мікрофлори;

- протитрихомонадні препарати - при наявності трихомонад;
- антибактеріальні засоби рослинного походження;
- ферменти;
- нестероїдні протизапальні препарати;
- антисептичні препарати;
- вітаміни, полівітаміни та інші препарати у період епітелізації (на 5-6 день) для стимуляції репаративних процесів.

Середній ступінь тяжкості:

- анестетики (місцево);
- антибіотики - з урахуванням чутливості мікрофлори;
- протитрихомонадні препарати - при наявності трихомонад;
- антибактеріальні засоби рослинного походження (місцево);
- ферменти;
- нестероїдні протизапальні препарати;
- антисептичні препарати;
- стероїдні протизапальні препарати;
- в'яжучі засоби рослинного походження;
- вітаміни, полівітаміни та інші препарати у період епітелізації (на 5-6 день) для стимуляції репаративних процесів;
- біогенні засоби.

Тяжкий ступінь захворювання:

- анестетики (місцево);
- антибіотики - з урахуванням чутливості мікрофлори;
- протитрихомонадні препарати - при наявності трихомонад;
- антибактеріальні засоби рослинного походження;
- ферменти;
- нестероїдні протизапальні препарати;
- антисептичні препарати;
- стероїдні протизапальні препарати;
- вітаміни, полівітаміни та інші препарати у період епітелізації (на 5-6 день) для стимуляції репаративних процесів;
- біогенні засоби.

Загальне

Легкий ступінь тяжкості:

- велика кількість вітамінізованого питва (неподразнюючі соки, киселі);
- дієта з легкозасвоєваними білками;
- вітамінні та полівітамінні препарати (перорально).

Середній ступінь тяжкості:

- нестероїдні протизапальні засоби (перорально);
- антибіотики широкого спектра дії (перорально) з урахуванням чутливості мікрофлори за показаннями;
- антигістамінні препарати (перорально);
- вітамінні та полівітамінні препарати (перорально);
- велика кількість вітамінізованого питва (неподрознюючі соки, киселі);
- дієта з легкозасвоюваними білками.

Тяжкий ступінь захворювання:

- дезінтоксикаційна терапія (плазмозамісні та сольові розчини);
- протитрихомонадні засоби (перорально чи парентерально);
- антибіотики широкого спектра дії (перорально) з урахуванням чутливості мікрофлори;
- нестероїдні протизапальні засоби (перорально);
- антигістамінні препарати (перорально);
- вітамінні та полівітамінні препарати (перорально);
- велика кількість вітамінізованого питва (неподрознюючі соки, киселі);
- дієта з легкозасвоюваними білками.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- гігієнічне навчання індивідуальному догляду за порожниною рота;
- зубні щітки з м'якою або дуже м'якою щетиною;
- лікувально-профілактичні зубні пасти протизапальної дії, що містять екстракти лікарських трав; антисептики; макро- та мікроелементи (у разі наявності рентгенологічних змін у тканинах пародонта);
- ополіскувачі, що містять антисептики;
- еліксири.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Ліквідація клінічних проявів захворювання.

МКХ-10 К 05.30

Пародонтит локалізований**Клінічна форма** - пародонтит локалізований, хронічний перебіг.**ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ**Клінічні:

- зміна кольору, рельєфу ясен;
- порушення цілісності зубоясенного сполучення;
- патологічна рухомість зубів;
- формування пародонтальної кишені;
- місцеві етіологічні чинники.

Рентгенологічні:

- розширення періодонтальної щілини;
- деструкція компактної пластинки на верхівках міжзубних перетинок;
- остеопороз кістки верхівок міжзубних перетинок;
- резорбція кісткової тканини верхівок міжзубних перетинок при I ступені - в межах 1/3 їх висоти, II - до 2/3 і III - більше ніж 2/3 висоти перетинки;
- процес локалізований у межах 1-3 зубів.

Електроодонтометрія

Електрочутливість зубів до дії електричного струму не змінена або в межах 15-20 мкА.

КЛІНІКАЛегкий ступінь тяжкості:

- катаральний гінгівіт (гіпертрофічний або виразковий) у ділянці 1-2 зубів;
- пародонтальні кишені відсутні;
- можлива ретракція ясен;
- остеопороз на верхівках міжальвеолярних перетинок;
- присутній травмуючий фактор;
- зубні нашарування;
- патологічна рухливість зубів відсутня.

Середній ступінь тяжкості:

- катаральний, гіпертрофічний або виразковий гінгівіт;
- пародонтальні кишені до 3,5-5 мм;
- патологічна рухомість зубів (I-II ступеня);
- зубні нашарування;
- резорбція міжальвеолярних перетинок у межах 1/3-2/3 довжини кореня зуба.

Тяжкий ступінь захворювання:

- катаральний, гіпертрофічний або виразковий гінгівіт;
- пародонтальні кишені більше ніж 5 мм;
- патологічна рухомість зубів (II—III ступеня);
- резорбція міжальвеолярних перетинок у межах більше ніж 2/3 довжини кореня зуба.

ЛІКУВАННЯ

Усунення місцевих етіологічних чинників: токсичної дії хімічних агентів, травматичних факторів, зубних нашарувань, лікування патологічних форм прикусу.

Легкий ступінь тяжкості:

- лікування симптоматичного гінгівіту;
- професійна гігієна порожнини рота;
- антисептичні препарати (місцево);
- антибіотики (місцево) - з урахуванням чутливості мікрофлори кишені;
- нестероїдні протизапальні препарати (місцево).

Середній ступінь тяжкості:

- антибіотики (місцево) - з урахуванням чутливості мікрофлори кишені;
- нестероїдні протизапальні препарати (місцево);
- протеолітичні ферменти або протеолітичні ферменти з антибіотиками (місцево) - при наявності гнійного ексудату у пародонтальних кишенях.

Хірургічні методи

Кюретаж - при глибині пародонтальних кишень 3-5 мм.

Фізіотерапія

Електрофорез препаратів кальцію і фторидів на альвеолярний відросток - при прогресуючій резорбції альвеолярної кістки.

Тяжкий ступінь захворювання:

- антибіотики (місцево) - з урахуванням чутливості мікрофлори кишені;
- нестероїдні протизапальні препарати (місцево);
- протеолітичні ферменти або протеолітичні ферменти з антибіотиками (місцево) - при наявності гнійного ексудату у пародонтальних кишенях.

Хірургічні методи

Кюретаж - при глибині пародонтальних кишень 3-5 мм; гінгівотомія - при глибині кишень більше ніж 5 мм.

Фізіотерапія

Електрофорез препаратів кальцію і фторидів на альвеолярний відросток - при прогресуючій резорбції альвеолярної кістки.

Загострення локалізованого пародонтиту:

- антисептики рослинного походження (місцево);
- нестероїдні протизапальні препарати у пародонтальні кишені (місцево);
- фітонцидні препарати (місцево) - в пародонтальні кишені.

Фізіотерапія

Опромінення гелій-неоновим лазером (1-3 хв., на курс 5-7 процедур)
або УФ-терапія (1-2 хв., 3-5 сеансів) або УВЧ-терапія (3-5 хв.).

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- стабілізація рентгенологічних змін в альвеолярному відростку.

МКХ-10 к О53 Пародонтит генералізований

Клінічна форма - пародонтит генералізований,
хронічний перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- симптоматичний гінгівіт;
- пародонтальна кишенья;
- патологічна рухливість зубів;
- травматична оклюзія;
- прогресуюча резорбція альвеолярної кістки.

Рентгенологічні:

- деструкція кортикальної пластинки верхівок межальвеолярних перетинок;
- остеопороз губчатої речовини міжальвеолярних кісткових перетинок;
- резорбція міжальвеолярних перетинок;
- розширення періодонтальної щілини.

Індексна оцінка стану тканин пародонта

РМА (папілярно-маргінально-альвеолярний індекс):

значення індексу до 20% - легкий ступінь тяжкості гінгівіту,
від 25 до 50% - середній ступінь тяжкості гінгівіту,
вище 51% - тяжкий ступінь тяжкості гінгівіту;

РІ (пародонтальний індекс) :

- значення індексу до 1,0 - початковий ступінь пародонтиту ,
- від 1,5 до 4,0 - середній ступінь пародонтиту ,
- від 4,5 до 8,0 - тяжка ступінь пародонтиту ;

СРІ (комунальний пародонтальний індекс) :

- 0 - здорові ясна,
- 1 - кровоточивість ясен,
- 2 - наявність зубного каменя,
- 3 - кишеня глибиною 4-5 мм,
- 4 - глибина кишені більше 6 мм.

Лабораторні методи

Цитологія вмісту ясенних кишеней при інтактному пародонті:

- нейтрофіли - 2,0-3,0;
- епітеліальні клітини - 4,0-5,0.

Про запалення свідчать показники більше як 2,0-3,0; 4,0-5,0 відповідно.

Показники еміграції лейкоцитів у ротовій порожнині за Ясиновським:

- інтактний пародонт: 80-120 лейкоцитів у 1 мкл (з них 90-98% жит-тездатні), епітеліальних клітин - 25-100.

Про запалення у тканинах пародонта свідчать показники: більше як 80-120 лейкоцитів у 1 мкл, епітеліальних клітин - більше 100.

КЛІНІКА

Легкий ступінь тяжкості:

- хронічний симптоматичний гінгівіт (катаральний або гіпертрофічний);
- пародонтальні кишені - 3-3,5 мм;
- зубні нашарування;
- зуби нерухомі.

Середній ступінь тяжкості:

- хронічний симптоматичний гінгівіт (катаральний або гіпертрофічний);
- пародонтальні кишені - 3,5-5 мм;
- патологічна рухомість зубів (I-II ступеня);
- травматична оклюзія.

Тяжкий ступінь захворювання:

- хронічний симптоматичний гінгівіт;
- пародонтальні кишені - 5-6 мм;
- патологічна рухомість зубів (II-III ступеня);
- поодинокі або множинні абсцеси.

ЛІКУВАННЯ:

- усунення місцевих подразників - зубні нашарування, каріозні порожнини, травматична оклюзія, патологія прикусу, аномалій не прикріплення м'яких тканин ротової порожнини тощо;
- гігієнічне навчання та виховання;
- професійна гігієна порожнини рота;
- ортодонтичне лікування за показаннями.

Легкий ступінь тяжкості:

- лікування симптоматичного гінгівіту;
- антибіотики (місцево) - з урахуванням чутливості мікрофлори кишені;
- протигрибкові препарати (місцево) - при наявності грибової флори у пародонтальних кишнях;
- антитрихомонадні препарати (місцево) - при наявності трихомонад у пародонтальних кишнях;
- природні сполуки зі склерозуючим ефектом (місцево) - при наявності симптоматичного гіпертрофічного гінгівіту.

Фізіотерапія:

- електрофорез аскорбінової кислоти (5%) та вітаміну Р (1%) або 1% розчину нікотинової кислоти - при кровоточивості ясен (місцево);
- гідротерапія (гідромасаж, вібромасаж ясен) - при відсутності загоєння в яснах;
- електрофорез 10% розчину глюконату калію або 10% розчину хлориду кальцію або 5% розчину лактату кальцію або 2-3% розчину гліцерофосфату кальцію - при наявності остеопорозу та резорбції міжзубних перетинок (місцево).

Середній ступінь тяжкості:

- антибіотики - з урахуванням мікрофлори кишені (місцево);
- протеолітичні ферменти, ферменти з антибіотиками з урахуванням чутливості до визначеної мікрофлори - при наявності гнійного екссудату у пародонтальних кишнях (місцево).

Хірургічні методи

Кюретаж, вакуумкюретаж - при глибині пародонтальних кишень 4-5 мм, рецидивуючому абсцесі.

Фізіотерапія:

- гідротерапія або гідромасаж, або вібромасаж - при відсутності загоєння в яснах;
- електрофорез препаратів кальцію та фторидів - при остеопорозі і прогресуючій резорбції міжзубних перетинок.

Тяжкий ступінь захворювання**Хірургічні методи:**

- кюретаж або вакуу-мкюретаж - при глибині пародонтальних кишень 4-5 мм, рецидивуючому абсцесі;

- гінгівотомія - при глибині пародонтальних кишень більше 4-5мм;
- гінгівоектомія - при глибині кишень більше 4-5 мм і симптоматичному гіпертрофічному гінгівіті;
- антибіотики - з урахуванням мікрофлори кишені (місцево).

Загострення генералізованого пародонтиту (легкий та середній ступіні тяжкості):

- інгібітори протеолізу - природні та синтетичні (місцево);
- нестероїдні протизапальні препарати (місцево);
- кортикостероїди (місцево);
- ефірні олії - в пародонтальні кишені (місцево);
- фітонцидні препарати - в пародонтальні кишені (місцево);
- антибіотики рослинного походження (місцево).

Фізіотерапія:

- УВЧ або УФ-терапія, або мікрохвильова терапія;
- аерозольтерапія антисептиків, нестероїдних протизапальних препаратів, ферментів і антибіотиків - при наявності показань.

Загальне:

- повноцінне харчування;
- антибіотики;
- вітаміни;
- препарати кальцію (глюконату кальцію або гліцерофосфату кальцію або лактату кальцію, або біокальцевіт) - при необхідності.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ

- гігієнічне навчання індивідуальному догляду за порожниною рота;
- зубні щітки з м'якою щетиною;
- лікувально-профілактичні зубні пасти, що містять антисептики, фермента препарата протизапальної дії, екстракти лікарських трав, макро- та мікроелементи (за показаннями);
- ополіскувачі, що містять антисептики.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Легкий ступінь тяжкості

I диспансерна група - огляд лікаря 1 раз на рік.

Середній ступінь тяжкості

II диспансерна група - огляд лікаря 2 рази на рік.

Тяжкий ступінь захворювання

III диспансерна група - огляд лікаря 3 рази на рік.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- стабілізація рентгенологічних змін в альвеолярному відростку.

2.6. ЗАХВОРЮВАННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОХОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ

МКХ-10 В00

**Герпесвірусні
інфекційні хвороби**

(гострий герпетичний стоматит)

Клінічні форми - герпес порожнини рота, гострий перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- регіонарний лімфаденіт;
- гострий катаральний гінгівіт;
- пухирці, ерозії на слизовій оболонці порожнини рота;
- пухирці, ерозії, кірки на червоній облямівці губ, шкірі навколоротової ділянки.

Лабораторні методи:

- цитологічне дослідження ділянок ураження - виявлення величезних багатоядерних клітин округлої форми з цитоплазмою блакитного кольору, кількість ядер: 2 і більше;
- ДНК-полімеразне дослідження (ПЦР) з елементів ураження на HSV-1 HSV-2 та або імуноферментний аналіз (ІФА) слини (прямий) на HSV-1 та HSV-2;
- ІФА чи серологічні дослідження сироватки крові на вміст специфічних антитіл класів IgG та IgM у HSV-1 та HSV-2;
- клінічний аналіз крові - лейкоцитоз, еозинофілія, підвищення **ТТОВ**,

КЛІНІКА

Легкий ступінь тяжкості:

- субфібрильна температура;
- підшелепний лімфаденіт;
- гострий катаральний гінгівіт;

- до 5 елементів ураження на слизовій оболонці порожнини рота (пухирці, ерозії);
- відсутність уражень на інших ділянках шкіри та слизових оболонках.

Середній ступінь тяжкості:

- температура 37,5-38,5°C;
- підщелепний та поверхневий шийний лімфаденіт;
- гострий катаральний чи можливо виразково-некротичний гінгівіт;
- від 5 до 20 елементів ураження на слизовій оболонці порожнини рота (пухирці, ерозії);
- ознаки інтоксикації - головний біль, блідість шкіри, нудота;
- можлива наявність уражень на шкірі навколоротової ділянки, залучення інших ділянок шкіри та слизових оболонок.

Тяжкий ступінь захворювання:

- температура вища за 38,5°C;
- підщелепний та шийний лімфаденіт;
- гострий виразково-некротичний гінгівіт;
- більше 20 елементів ураження на слизовій оболонці порожнини рота (пухирці, ерозії), злиття афт;
- ураження на шкірі навколоротової ділянки, залучення інших ділянок шкіри та слизових оболонок;
- ознаки інтоксикації - головний біль, блідість шкіри, біль у суглобах, нудота, блювання, відсутність апетиту, сонливість.

ЛІКУВАННЯ

Загальне:

- протівірусні препарати (в/м чи перорально) протягом усього періоду гіпертермії і появи нових елементів ураження та наступних 3-х днів;
- імуномодулятори з протівірусною активністю (при середньотяжкому та тяжкому ступені захворювання);
- дезінтоксикаційна терапія;
- жарознижувальні та знеболювальні препарати;
- загальнозміцнюючі препарати;
- дієтотерапія;
- імуномоделючі препарати за показаннями в період одужання.

Місцеве:

- знеболювальні препарати;
- антисептики;
- протівірусні препарати (протягом усього періоду);
- кератопластичні препарати.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- нормалізація цитологічних та імунологічних показників.

МКХ-10 В00

**Герпесвірусні
інфекційні хвороби
(рецидивуючий герпес)**

Клінічні форми - рецидивуючий герпес порожнини рота.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- можливе підвищення температури тіла;
- можливий регіонарний лімфаденіт;
- локальний катаральний гінгівіт;
- пухирці, ерозії на гіперемійованій слизовій оболонці порожнини рота;
- пухирці, ерозії, кірки на червоній облямівці губ, шкірі навколоротової ділянки.

Лабораторні методи:

- цитологічне дослідження ділянок ураження - виявлення величезних багатоядерних клітин округлої форми з цитоплазмою блакитного кольору, кількість ядер: 2 і більше;
- ДНК-полімеразне дослідження (ПЛР) з елементів ураження на HSV-1 та HSV-2 або імуноферментний аналіз (ІФА) слини (прямий) на HSV-1 та HSV-2;
- ІФА чи серологічні дослідження сироватки крові на вміст специфічних антитіл класів IgG та IgM у HSV-1 та HSV-2;
- клінічний аналіз крові - можливий лейкоцитоз, еозинофілія, підвищення ШОЕ.

КЛІНІКА

Легкий ступінь тяжкості:

- частота рецидивів - 1-2 рази на 2-3 роки;
- субфібрильна чи нормальна температура;

- підщелепний лімфаденіт;
- катаральний гінгівіт поблизу від елементів ураження;
- поодинокі елементи ураження (пухирці, ерозії), які локалізуються на слизовій оболонці язика, щік, губ, кутиків рота, червоній облямівці губ і шкірі.

Середній ступінь тяжкості:

- частота рецидивів - 1-2 рази на рік;
- субфібрильна чи нормальна температура;
- можливо підщелепний, шийний лімфаденіт;
- катаральний гінгівіт поблизу від елементів ураження;
- 1-5 елементів ураження (пухирці, ерозії), які локалізуються слизовій оболонці язика щік, губ, кутиків рота, червоній облямівці губ і шкірі.

Тяжкий ступінь захворювання:

- частота рецидивів - частіше 3 разів на рік;
- гіпертермія чи нормальна температура;
- підщелепний, можливо, шийний лімфаденіт;
- катаральний чи виразково-некротичний гінгівіт;
- елементів ураження кількість більше ніж 5 - пухирці, ерозії, схильні до злиття, повторна поява елементів ураження;
- виражені ознаки інтоксикації.

ЛІКУВАННЯ

Місцеве:

- знеболювальні перпарати;
- антисептики;
- противірусні препарати (протягом усього періоду);
- кератопластичні препарати;
- у період реконвалесценції і реабілітації:
 - для пацієнтів з тяжкою формою захворювання - пролонгована (протирецидивна) противірусна терапія препаратами ацикловіру протягом 2-12 міс;
 - загальнозміцнюючі та імуномодулюючі препарати;
 - пробіотики;
 - імуномодулятори бактеріального походження.

Загальне:

- противірусні препарати (в/м чи перорально);
- імуномодулятори з противірусною активністю (при середньому та тяжкому ступені захворювання);
- дезінтоксикаційна терапія;

- жарознижувальні та знеболювальні препарати;
- загальнозміцнюючі та імуномодуючі препарати;
- дієтотерапія;
- уперіод реконвалесценції та реабілітації:
 - для пацієнтів з тяжким ступенем захворювання - пролонгована (протирецедивна) протівірусна терапія препаратом ацикловіру протягом 2-12 міс;
 - загальнозміцнюючі та імунодулюючі препарати;
 - пробіотики;
 - імунодулятори бактеріального походження.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- нормалізація цитологічних та імунологічних показників.

МКХ-10

ВІЛ/СНІД

Клінічні форми - ураження слизової оболонки порожнини рота у пацієнтів з ВІЛ/СНІД.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Ураження, найбільш тісно пов'язані з ВІЛ-інфекцією:

- кандидоз - еритематозний, гіперпластичний, псевдомембранозний;
- волосяна лейкоплакія;
- ВІЛ-гінгівіт;
- виразково-некротичний гінгівіт;
- ВІЛ-пародонтит;
- саркома Капоши.

Ураження, менш тісно пов'язані з ВІЛ-інфекцією:

- атипіві орофарингеальні виразки;
- ідіопатична тромбоцитарна пурпура;
- ксеростомія, одно- чи двобічне збільшення слинних залоз;
- вірусна інфекція (не Епштейн-Бар) - цитомегаловірусна, викликана *herpes simplex*, людським папіломавірусом - бородавчасті ураження, вірусом вітряної віспи.

Ураження, можливо, пов'язані з ВІЛ-інфекцією:

- бактеріальні інфекції - гінгівіт, пародонтит, актиномікоз, інфекції, спричинені *Enterobacter cloacae*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, туберкульоз, *Mycobacterium avium intracellulare*; хвороба кошачої подряпини;
- загострення апікального періодонтиту;
- грибкова інфекція некандидозної етіології - криптококоз геотрихоз; гістоплазмоз, мукоромікоз; меланінова гіперпігментація;
- неврологічні порушення - тригемінальна невралгія, параліч лицьового нерва;
- остеомієліт; синусит;
- запалення підщелепної жирової клітковини - абсцес, флегмона, плоскоклітинна карцинома, токсичний епідермоліз.

Лабораторні методи:

- загальноприйняті методи діагностики ВІЛ/СНІД;
- імунологічні генно-інженерні методи, імуноферментний аналіз, радіоімунний метод, аглютинаційні реакції, імуофлуоресценція);
- вірусологічні;
- гематологічні.

Показання до обстеження на ВІЛ/СНІД:

- злоякісні новоутворення (саркома Капоши, лімфома);
- грибові інфекції - кандидоз, криптококоз;
- бактеріальні інфекції - «атиповий» мікобактеріоз;
- вірусні інфекції (цитомегаловірусні; спричинені вірусом простого герпесу, поправовірусом, вірусом НТІV);
- найпростіші і гельмінтні інфекції - *Pneumocystis carina*, токсоплазмоз, криптоспоридіоз, стронгілоїдоз.

Допоміжні:

- ДНК-полімеразне дослідження (ПЛР) з елементів ураження на HSV S або імуноферментний аналіз (ІФА) слини (прямий) на HSV S;
- ІФА чи серологічні дослідження сироватки крові на вміст специфічних антитіл класів IgG та IgM у HSV-1 та HSV-2;
- цитологічне дослідження зішкрябів з поверхні елементів ураження - для виявлення величезних багатоядерних клітин;
- клінічний аналіз крові.

КЛІНІКА

Кандидоз слизової оболонки порожнини рота:

- *псевдомембранозна форма* - значна кількість м'яких білих осередків ураження (нальотів), що легко знімаються при пошкрябуванні;

- *гіперпластична форма* - наявність щільних білих уражень, спаяних з поверхнею слизової оболонки;
- *атрофічна форма* (еритематозна) - наявність еритематозних плям без нальоту, на фоні яких можуть виникати осередки гіперкератозу.

Виразково-некротичний гінгівостоматит (пов'язаний з фузоспірілярною інфекцією)

Гострий виразково-некротичний гінгівіт у фронтальній ділянці.

Волосяна лейкоплакія (пов'язані з вірусом Епштейн-Бара)

Білуваті волосяні розростання (кератинові утворення), що не знімаються після пошкрябування переважно по краю язика.

Орофарингеальні виразки:

- виразки й афти, що локалізуються на піднебінні (пов'язані з *Cryptococcus neoformans*);
- виразки й афти, що локалізуються на слизовій оболонці піднебіння, язика, зони Клейна та слизовій оболонці носа (пов'язані з цитомегаловірусною інфекцією).

Саркома Капоши

Судинна пухлина, яка характеризується множинними пігментними ураженнями) у формі м'якого синюшного (від бурого до синьо-червоного кольору) вузлика, безболісна.

ЛІКУВАННЯ

Здійснюється згідно з протоколами лікування окремих нозологічних форм.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Зменшення клінічних проявів захворюванн.

МКХ-10 в 37.0 Кандидози слизової оболонки
порожнини рота
(гострі)

Клінічна форма - псевдомембранозний кандидоз,
атрофічний кандидоз, гострий перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- печія і біль, що підсилюються під час приймання їжі, порушення смакових відчуттів;
- біль при відкриванні рота, кровоточивість із тріщин червоної облямівки губ, кутів рота;
- сухість слизової оболонки порожнини рота;
- наявність білого сироподібного нальоту, плівок, бляшок, ерозій;
- тріщини червоної облямівки губ, кутів рота, лущення губ;
- ерозії в кутах рота на інфільтрованій та гіперемійованій основі;
- набряк, гіперемія язика;
- осередковий білий рихлий наліт у вигляді плівок на язичці, десквамація епітелію.

Допоміжні:

- мікроскопічні - наявність псевдоміцелію чи клітин гриба, специфічність колоній при посіві на спеціальні середовища;
- тест швидкої ідентифікації грибів - за допомогою комерційних наборів.

ЛІКУВАННЯ

Місцеве:

- нормалізація рН ротової рідини (лужні розчини);
- антимікотики (азольна група);
- протигрибкові антибіотики;
- аліламінові сполуки;
- антисептики з протигрибковою активністю;
- імуномодулятори;
- еубіотики;
- санація порожнини рота.

Загальне (спільно з іншими спеціалістами):

- при цукровому діабеті, імунодефіциті (ВІЧ, пухлини);
- при поєднанні з кандидозом шкіри або нігтів;
- при відсутності ефекту від місцевої терапії:
 - протигрибкові препарати азольної групи;

- протигрибкові антибіотики;
- імунокоригуючі препарати;
- вітамінні препарати;
- лікувальне харчування - продукти харчування, що пригнічують ріст грибів (морква, лимон, морська капуста, кориця; продукти з мікроелементами; кисломолочні продукти);
- еубіотики.

Профілактика:

- антеанатальна - профілактичний мікологічний огляд та індивідуальна гігієна вагітних;
- постнатальна:
 - раннє прикладання новонародженого до матері;
 - дотримання індивідуальної гігієни новонародженого;
 - профілактика дисбактеріозу;
 - обмеження в дієті вуглеводів, що легко засвоюються;
 - обмеження контакту з об'єктом можливого інфікування.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Ліквідація клінічних ознак захворювання.

МКХ-10 в 37.0 Кандидози слизової оболонки порожнини рота (хронічні)

Клінічна форма - гіперпластичний кандидоз, атрофічний кандидоз, хронічний перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- сухість, печія слизової оболонки порожнини рота;
- гіперемія, набряк слизової оболонки;
- білі, жовтуваті бляшки, псевдомембранозні нашарування на язиці, щоках;
- набряк, гіперемія, сухість, стоншення червоної облямки губ, лусочки різної величини;
- мацерація шкіри кута рота, еритема, тріщини червоної облямівки губ, шкіра інфільтрована, злуцується.

Допоміжні:

- мікроскопічні - наявність псевдоміцелію чи клітин гриба, специфічність колоній при посіві;
- тест швидкої ідентифікації грибів - за допомогою комерційних наборів.

ЛІКУВАННЯ

Місцеве:

- санація порожнини рота;
- нормалізація рН ротової рідини (лужні розчини);
- антимікотики (азольна група);
- протигрибкові антибіотики;
- аліламініві сполуки;
- антисептики з протигрибковою активністю;
- імуномодулятори;
- еубіотики.

Загальне (спільно з іншими спеціалістами):

- при цукровому діабеті, імунодефіциті (ВІЧ, пухлини) - узгодження з педіатром;
- при довготривалому перебігу кандидозу;
- при поєднанні з кандидозом шкіри або нігтів;
- при відсутності ефекту від місцевої терапії;
- при хронічній гіперпластичній, гранулематозній, ерозивно-виразковій формах кандидозу:
 - протигрибкові препарати азольної групи;
 - протигрибкові антибіотики;
 - імунокоригуючі препарати - при узгодженні з імунологом;
 - вітамінні препарати;
 - лікувальне харчування - продукти харчування, що пригнічують ріст грибів (морква, лимон, морська капуста, кориця; продукти з мікроелементами; кисломолочні продукти);
 - еубіотики.

Профілактика:

- раціональне використання антибіотиків;
- своєчасна санація порожнини рота;
- дотримання гігієни порожнини рота;
- гігієна годування малят.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Ліквідація клініко-бактеріологічних ознак захворювання.

МКХ-10 к і2.0

Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит

Клінічна форма - хронічний рецидивуючий афтозний стоматит.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- болісність у порожнині рота;
- регіонарний лімфаденіт;
- ерозія (афта) круглої або овальної форми, оточена облямівкою червоного кольору (1-3).

Лабораторні методи

Мікробіологічні - виявлення умовно-патогенної та патогенної мікрофлори на слизовій оболонці порожнини рота.

Допоміжні

Консультація педіатра, гастроентеролога та інших спеціалістів.

КЛІНІКА

Легкий ступінь тяжкості

Рецидиви афт виникають 1 раз на кілька років.

Середній ступінь тяжкості

Рецидиви афт виникають 1-3 рази на рік.

Тяжкий ступінь захворювання:

- рецидиви афт виникають 4 і більше разів на рік;
- афта переходить у виразку.

ЛІКУВАННЯ

Місцеве:

- знеболювання;
- антисептики;
- вітамінні препарати.

Загальне:

- імуномодулятори - при середньому та важкому ступені захворювання;
- вітаміни групи А, В, фолієва кислота та інші препарати, що стимулюють епітелізацію, препарати заліза за показаннями.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних ознак захворювання;
- відсутність рецидивів.

МКХ-10 Л51

Багатоформна ексудативна еритема

Клінічна форма - багатоформна ексудативна еритема,
гострий перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Анамнез:

- скарги на наявність чи перенесена інфекція, прийом лікарських засобів;
- загальна слабкість, біль у м'язах, суглобах;
- неприємний запах з рота, підвищена саливація.

Клінічні:

- енантема, ерозії, вкриті сіруватим нальотом, пухирі на слизовій оболонці порожнини рота;
- гіперемія, набряк слизової оболонки порожнини рота в місцях ураження;
- ерозії, геморагічні кірки на червоній облямівці губ;
- плями, папули, вузлики, пухирі на шкірі;
- можливо регіонарні лімфатичні вузли збільшені та болючі.

Лабораторні методи:

- гістологія ділянки ураження - внутрішньо-епітеліальний набряк, інфільтрація лімфоцитами, нейтрофілами, еозинофілами у власному підслизовому шарі;
- цитологія ділянки ураження - відсутні клітини Цанка, симптом Нікольського негативний, гігантоядерні клітини герпесу.

ЛІКУВАННЯ

Місцеве:

- анестетики;
- антисептики;
- інгібітори протеолізу;
- стероїдні протизапальні препарати;
- вітамінні препарати;
- загальнозміцнюючі препарати.

Загальне:

- усунення етіологічних чинників;
- дезінтоксикаційні препарати;
- антигістамінні препарати;
- стероїдні протизапальні препарати;

- вітаміни;
- раціональне харчування;
- санація фокальних осередків інфекції;
- корекція функції імунної системи.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом 3 років з оглядом через 6 міс. після ліквідації, в подальшому - 1 раз на рік.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Ліквідація клінічних проявів захворювання.

МКХ-10 кіз.2

Лейкоплакія

Клінічна форма - лейкоплакія, м'яка форма (типова та атипова).

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Анамнез

Типова форма:

- скарги на сухість, шорсткість;
- зміна кольору слизової оболонки порожнини рота.

Атипова форма

Зміна кольору та рельєфу слизової оболонки порожнини рота.

Клінічні

Типова форма:

- локалізація в місцях хронічної травми (шоки, губи, язик);
- оксамитово-білий колір слизової оболонки порожнини рота блідо-рожевого кольору;
- осередки кератозу з великою кількістю білих лусочок.

Атипова форма:

- локалізація в місцях хронічної травми (шоки, губи, язик);
- помутніння слизової оболонки щік, губ;
- підвищений над поверхнею слизової оболонки кератоз на рівні змикання зубів.

Допоміжні:

- цитологія ділянки ураження - велика кількість епітеліальних клітин як без'ядерних, так і клітин з ядром;
- люмінесценція - блакитне нерівномірне відсвічування ділянки ураження (в умовах норми - синьо-фіолетове);
- стоматоскопія - шар зроговілого сіро-білого епітелію.

ЛІКУВАННЯ:

- санація порожнини рота;
- ліквідація шкідливої звички - покушування слизової оболонки щік;
- вітаміни А, D (місцево).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ

Своєчасне лікування патологічних процесів травного каналу, гіповітамінозів, особливо групи А, В, супутньої ендокринної патології.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом 3 років з оглядом через 6 міс. після ліквідації, в подальшому - 1 раз на рік для профілактичного огляду та санації порожнини рота.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Ліквідація клінічних проявів захворювання.

МКХ-10 л 43

Червоний плесканий лишай

Клінічна форма - червоний плесканий лишай,
хронічний перебіг:

гіперкератозна,
ексудативно-гіперемічна,
ерозивно-виразкова,
бульозна.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Анамнез

Гіперкератозна форма:

- скарги на сухість, шорсткість, печію слизової оболонки;
- зміна кольору слизової оболонки.

Ексудативно-гіперемічна форма

Скарги на біль, печію слизової оболонки від подразників.

Ерозивно-виразкова форма

Скарги на ерозії та виразки на слизовій оболонці порожнини рота на біль від подразників.

Бульозна форма

Скарги на пухири на слизовій оболонці та ерозії, на біль від подразників.

Клінічні*Гіперкератозна форма:*

- папули білого кольору на шоках у ретромолярній ділянці, бічній поверхні язика;
- слизова оболонка порожнини рота блідо-рожевого кольору.

Ексудативно-гіперемічна форма:

- папули, що утворюють різноманітні малюнки;
- набряк і гіперемія слизової оболонки у місцях локалізації папул;
- ділянки підвищеної десквамації на слизовій оболонці шік.

Ерозивно-виразкова форма:

- ерозії, виразки на слизовій оболонці шік, бічній поверхні язика;
- набряк і гіперемія слизової оболонки у зоні ураження.

Бульозна форма:

- папули по периферії ерозій або пухирів;
- набряк і гіперемія слизової оболонки у зоні ураження.

Шкіра - папули міліарні, блідо-рожевого кольору, утворюють бляшки.
Локалізація - ділянка зап'ястного суглоба, висип на спині у ділянці попереку.

Лабораторні методи (цитологічне дослідження):*Гіперкератозна форма*

Велика кількість епітеліальних клітин без'ядерних і таких, що мають маленьке ексцентрично розташоване ядро. Кількість клітин на проміжному етапі дозрівання низька.

Ексудативно-гіперемічна форма

Зустрічаються клітини поверхневих шарів епітелію. Велика кількість молодих епітеліальних клітин. Виявляються клітини з явищами дискератозу.

Ерозивно-виразкова форма

Епітеліальні клітини поверхневих шарів окремі. Велика кількість молодих епітеліальних клітин. Зустрічаються клітини з явищами дискератозу. Велика кількість лейкоцитів.

Бульозна форма

Окремі епітеліальні клітини поверхневих шарів. Велика кількість молодих епітеліальних клітин. Велика кількість лейкоцитів. Зустрічаються клітини з явищем мітозу та великі багатоядерні клітини.

ЛІКУВАННЯ

Санация порожнини рота.

Місцеве

Гіперкератозна форма:

- антисептичні препарати;
- вітаміни А, D.

Фізіотерапія

Кріобудування (оптимальна температура 160-190°C, експозиція - 1-1,5 хв., 1-2 раза) - при відсутності результатів лікування.

Ексудативно-гіперемічна форма:

- антисептичні препарати;
- антибактеріальні препарати рослинного походження - з урахуванням чутливості мікрофлори;
- нестероїдні протизапальні препарати;
- інгібітори протеолізу;
- вітаміни А, D.

Ерозивно-виразкова форма:

- знеболювальні засоби;
- антисептичні препарати;
- антибактеріальні препарати рослинного походження - з урахуванням чутливості мікрофлори;
- стероїдні протизапальні препарати;
- нестероїдні протизапальні препарати;
- протеолітичні ферменти;
- вітаміни А, D.

Фізіотерапія

Кріодеструкція - при наявності ерозій та виразок, що не заживають.

Бульозна форма:

- знеболювальні засоби;
- антисептичні препарати;
- антибактеріальні препарати рослинного походження - з урахуванням

чутливості мікрофлори;

- стероїдні протизапальні препарати;
- нестероїдні протизапальні препарати;
- інгібітори протеолізу;
- вітаміни А, D.

Фізіотерапія

Кріодеструкція - при наявності виразок, що не заживають.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ

У разі стабілізації процесу - показане санаторно-курортне лікування із застосуванням сірководневих і радонових джерел для ванн та полоскань (Хмельник).

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом 3 років з оглядом через 6 місяців після ліквідації, в подальшому - 1 раз на рік для профілактичного огляду та санації порожнини рота.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- нормалізація цитологічних показників.

Висока форма

Окремі епітеліальні клітини, а також молодих епітеліальних клітин. З'являються клітини з ядром міліарного вигляду.

ЛІКУВАННЯ

Садити повільно рота

Місце

Грибок

Формотерапія

Виробляють (виготовляють) у вигляді таблеток. Препарати використовують для лікування кандидозу рота. Ефективність препарату.

- антибактеріальні препарати
- фунгіциди
- протизоотичні препарати
- інгібітори протеолізу
- вітаміни А, Д

Грибок-виразка форма:

- антимікробні засоби
- антисептичні препарати
- антибактеріальні препарати розширеної чутливості
- фунгіциди
- естероїди протизоотичні препарати
- нестероїди протизоотичні препарати
- протеолітичні ферменти
- вітаміни А, Д

Формотерапія

Кристалізація - при наявності грибка та виразки, що не заживають.

Купольна форма:

- антимікробні засоби
- антисептичні препарати
- антибактеріальні препарати розширеної чутливості

3.1. ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

КАРІСЬ ДИТЯЧОГО ВІКУ

М.П. Коваленко, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії дитячого віку Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Розділ 3.

ДИТЯЧА ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

*За редакцією доктора медичних наук, професора,
завідувача кафедри хірургічної стоматології
та щелепно-лицьової хірургії дитячого віку
Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця,
чл.-кор. АМН України
Л.В. Харькова*

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне:

Лікування (при значному руйнуванні коронки зуба та втраті його конституційно-функціональної цілісності) або лікування «причинного» зуба рясної слизової оболонки до виступу з відповідного боку зрілого відростка проводить унітарно з метою зняття запального інфільтрату, з подальшим його лікуванням препаратом 3-4 дня (стерилізація на вижній щелепній вишівності нижче перехідної складки і паралельно їй на верхній – вище від неї і паралельно їй).

Висір методу знеболювання

Залежить від віку дитини (літам раннього віку рекомендується загальне знеболювання). В осіб молодшого віку та наявності супутніх

УКЛАДАЧІ:

Харьков Л.В., доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії дитячого віку Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, чл.-кор. АМН України;

Яковенко Л.М., доктор медичних наук, доцент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії дитячого віку Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Чехова І.Л., кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії дитячого віку Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Нероденко Н.І., кандидат медичних наук, асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії дитячого віку Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця.

3.1. ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТКАНИНЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ

МКХ-10 к ю.2

Запальні хвороби щелеп

Клінічна форма - гострий серозний одонтогенний періостит щелепи.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На біль та припухлість у ділянці запалення щелепи, біль у «причинному» зубі при накушуванні на нього.

Загальні ознаки

Підвищення температури тіла, пітливість, порушення сну, неспокій, відмова від їжі (ознаки загальної інтоксикації).

Місцеві ознаки

Асиметрія обличчя через набряк тканин відповідної ділянки. У «причинному» зубі - гострий періодонтит чи загострення хронічного. Деформовані з одного боку, частіше вестибулярного, м'яких тканин коміркового відростку щелепи. Перехідна складка згладжена, слизова оболонка її гіперемійована, набрякла, болюча при натисканні.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне:

- видалення (при значному руйнуванні коронки зуба та втраті ним косметично-функціональної цінності) або лікування «причинного» зуба;
- розтин слизової оболонки до кістки з відповідного боку коміркового відростка проводять упродовж всього запального інфільтрату, з подальшим його дрениванням протягом 3-4 днів (періостотомію на нижній щелепі виконують нижче перехідної складки і паралельно їй, на верхній - вище від неї і паралельно їй).

Вибір методу знеболювання

Залежить від віку дитини (дітям раннього віку рекомендоване загальне знеболювання), її психоемоційного стану та наявності супутніх

соматичних захворювань. Перед проведенням анестезії ретельно збирають алергологічний анамнез, за необхідністю виконують алергологічні проби на місцеві анестетики (внутрішньошкірні проби або «прик»-тести).

Медикаментозне:

- антигістамінні засоби (діазолін 0,05 г 2 рази на день - 5-7 днів);
- полівітаміни;
- ненаркотичні аналгетики при вираженому больовому синдромі.

Місцеве

Полоскання порожнини рота антисептиками.

Механічно та хімічно шадна дієта.

УСКЛАДНЕННЯ:

- гострий гнійний періостит;
- гострий остеомієліт щелеп.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-Ю К Ю.2

Запальні хвороби щелеп

Клінічна форма - гострий гнійний одонтогенний періостит щелепи.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На біль та припухлість у ділянці запалення щелепи, біль у «причинному» зубі при накушуванні на нього.

Загальні ознаки

Підвищення температури тіла до 37,5-38°C, зниження апетиту, порушення сну, дитина млява, вередує (ознаки загальної інтоксикації).

Місцеві ознаки:

- набряк тканин відповідної ділянки, шкіра може бути гіперемійована;

- відкривання рота може бути болючим або обмеженим через набряк тканин щічної та підшелепної ділянок; «причинний» може мати рухливість I-II ступеня; комірковий відросток щелепи деформований з одного боку, частіше вестибулярного; перехідна складка згладжена, слизова оболонка її гіперемійована, набрякла, пальпаторно може бути виявлений симптом флюктуації; реактивний лімфаденіт;
- при загальному аналізі крові - збільшення кількості лейкоцитів ($8-12 \times 10^9/\text{л}$) та ШОЕ (до 12-15 мм/год.);
 - на прицільній внутрішньоротовій рентгенограмі «причинного» зуба ознаки хронічного періодонтиту.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне:

- видалення або лікування (постійного однокореневого зуба із широким кореневим каналом) «причинного» зуба;
- розтин слизової оболонки до кістки з відповідного боку коміркового відростка проводять упродовж всього запального інфільтрату, із подальшим його дрениванням до повного очищення рани протягом 3-5 днів. Періостотомію на нижній щелепі виконують нижче перехідної складки і паралельно їй, на верхній - вище від неї і паралельно їй.

Вибір методу знеболювання

Залежить від віку дитини (дітям раннього віку рекомендоване загальне знеболювання, старшим - провідникове та перифокальне інфільтраційне), її психоемоційного стану та наявності супутніх соматичних захворювань. Перед початком лікування ретельно збирають алергологічний анамнез, за необхідністю виконують алергологічні проби на місцеві анестетики та на препарати протизапальної терапії (внутрішньошкірні проби або «прик»-тести).

Медикаментозне:

- антибіотикотерапія - за наявності виражених ознак інтоксикації;
- антигістамінні засоби;
- полівітаміни;
- ненаркотичні анагетиками;

Місцеве

Полоскання порожнини рота антисептиками.

Механічно та хімічно щадна дієта.

Фізіотерапевтичне

При ефективному дрениванні абсцесу - УФО або УВЧ на інфільтрат після очищення рани.

УСКЛАДНЕННЯ

Остеомієліт щелепи, абсцес, флегмона, хронічний періостит.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, дихання, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-10 к ю 2

Запальні хвороби щелеп

Клінічна форма - хронічний одонтогенний періостит щелепи.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На наявність деформації щелепи, незначний біль у ній.

Анамнез

Біль у зубі або його лікування.

Місцеві ознаки

Деформований з одного боку комірковий відросток щелепи; перехідна складка незначно згладжена, слизова оболонка ціанотична; незначний біль при пальпації; у «причинному» зубі - хронічний періодонтит; відсутність ознак інтоксикації.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне:

- видалення (при значному руйнуванні коронки зуба та втраті ним косметично-функціональної цінності) або лікування «причинного» зуба;
- періостотомія в ділянці інфільтрату. Дренування рани протягом 5-7 діб.

Вибір методу знеболювання

Залежить від психоемоційного стану дитини та наявності соматичних захворювань. Перед початком лікування ретельно збирають алергологічний анамнез, за необхідністю виконують алергологічні проби на місцеві анестетики та на препарати протизапальної терапії (внутрішньошкірні проби або «прик»-тести).

Нієдикаментозне:

- антигістамінні препарати;
- вітаміни;
- загальнозміцнюючі препарати.

Місцеве

Промивання рани розчинами антисептиків.

Фізіотерапевтичне

При ефективному дренажі рани - фонофорез, електрофорез, гелій-неонове опромінення.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-10 к ю.2

Запальні хвороби щелеп

Клінічна форма - гострий одонтогенний остеомиєліт щелеп.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇСкарги

На сильний біль у щелепі та групі зубів разом із «причинним», деформацію обличчя.

Загальні ознаки

Підвищення температури тіла до 39-40°C, порушення сну, апетиту, диспепсичні явища, млявість (ознаки загальної інтоксикації).

Місцеві ознаки

Набряк м'яких тканин обличчя, запальний інфільтрат на боці ураження; утруднене відкриття рота; деформований з обох боків муфтоподібно альвеолярний відросток; перехідна складка згладжена, слизова оболонка у ділянці ураження набрякла, гіперемійована; «причинний» зуб зруйнований або пломбований, рухомі більш 2-х поруч розташованих зубів; гноетеча з ясенних кишень; позитивний симптом Венсана (парестезія відповідної половини нижньої губи) при локалізації процесу на тілі нижньої щелепі; реактивний лімфаденіт; утворення прищелепних абсцесів та флегмон.

Допоміжні:

- при загальному аналізі крові - зменшення кількості еритроцитів до $3-3,5 \times 10^{12}$, зниження вмісту гемоглобіну, збільшення кількості лейкоцитів до $20-30 \times 10^9$ /л, зміщення лейкоцитарної формули вліво, підвищення ШОЕ до 40 мм/год.;
- при загальному аналізі сечі - наявність білка;
- на рентгенограмі щелепи - ознаки періодонтиту у «причинному» зубі.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне:

- видалення «причинного» зуба;
- періостотомія з обох боків (вестибулярного та орального) альвеолярного відростка з тривалим дренажуванням рани;
- розтин прищелепних абсцесів та флегмон із тривалим дренажуванням ран.

Вибір методу знеболювання

Хірургічні втручання виконуються під загальним знеболенням.

Медикаментозне:

- дезінтоксикаційна терапія;
- антибіотикотерапія;
- протигрибкові препарати;
- антигістамінні препарати;
- ненаркотичні анальгетики;
- імуномодулятори;
- вітаміни.

Місцеве

Промивання ран антисептиками, розчинами ферментів;

Фізіотерапевтичне

При ефективному дренажі ран - електрофорез, ультразвук, магніто-терапія, гелій-неонове опромінення.

УСКЛАДНЕННЯ

Сепсис, флєбіт вен обличчя, отит, артрит скронево-нижньощелепного суглоба, дакріоцистит, менінгіт, патологічний перелом нижньої щелепи, секвестрація кістки, перехід у хронічний остеомиєліт.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансерізації у щелепно-лицьового хірурга, терапевта-стоматолога, ортодонта.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, дихання, відкривання рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-10 M86

**Гострий гематогенний
остеомієлітщелепи**

Клінічна форма - гострий гематогенний остеомієліт щелепи.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇСкарги

Батьків (дитина звичайна мала до 3-х років) на підвищення температури, неспокій дитини, порушення сну, відмова від їжі деформація м'яких тканин в ділянці верхньої щелепи.

Анамнез

Сепсис, пієлонефрит, нагноєння пупкової рани.

Загальні ознаки

Виражені ознаки інтоксикації (температура тіла до 39-40°C, порушення сну, відмова від їжі, диспепсичні явища.

Місцеві ознаки:

- набряк м'яких тканин у ділянці ураження; утворення абсцесів та флегмон, первинних нориць; реактивний лімфаденіт; екзофтальм, хемоз кон'юктиви;
- при загальному аналізі крові - зменшення кількості еритроцитів до $3-3,5 \times 10^{12}$, зниження вмісту гемоглобіну, збільшення кількості лейкоцитів до $20-30 \times 10^9$ /л, зміщення лейкоцитарної формули вліво, підвищення ШЛЕ до 40 мм/год.;
- при загальному аналізі сечі - наявність білка, лейкоцитів.

ЛІКУВАННЯ**Хірургічне:**

- розтин прищелепних абсцесів та флегмон із тривалим дрениванням ран;
- розкриття нориць.

Вибір методу знеболювання

Хірургічні втручання виконуються під загальним знеболенням.

Медикаментозне:

- дезінтоксикаційна терапія;
- антибіотикотерапія;
- протигрибкові препарати;
- антигістамінні препарати;
- ненаркотичні аналгетики;
- імуномодулятори;
- вітаміни;
- інгібітори протеолізу.

Місцеве

Промивання ран антисептиками, розчинами ферментів.

Фізіотерапевтичне

При ефективному дренажі ран - УФО, УВЧ, електрофорез, гелій-неонове опромінення.

Санация первинних осередків запалення.

УСКЛАДНЕННЯ

Флебїт вен обличчя, отит, артрит скронево-нижньощелепного суглоба, анкілоз, дакріоцистит, менінгіт.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга, терапевта-стоматолога, ортодонта, педіатра.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-10 M86.6

Хронічний одонтогенний остеомієліт щелепи

Клінічна форма - хронічний одонтогенний остеомієліт щелепи.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На періодичний біль у щелепі, її деформацію, наявність нориць.

Анамнез

Лікований або зруйнований «причинний» зуб, гострий остеомієліт.

Загальні ознаки

Ознаки інтоксикації лише в періоди загострення.

Місцеві ознаки

Деформований з обох боків альвеолярний відросток; перехідна складка згладжена, слизова оболонка з явищами застою; зуби в осередку ураження рухомі, «причинний» зуб частіше видалений; нориці з гнійним відділенням або з вибухаючими грануляціями - при деструктивній чи деструктивно-продуктивній формі; при продуктивній формі - відсутність нориць; на рентгенограмі щелепи - нерівномірна деструкція кісткової тканини, секвестри - при деструктивній чи деструктивно-продуктивній формі; при продуктивній формі - потовщення щелепи за рахунок періостальних нашарувань та ущільнення (частіше осередкового) кісткової тканини.

ЛІКУВАННЯ

Медикаментозне:

- антигістамінні препарати;
- вітаміни;
- імуномодулятори.

Хірургічне:

- видалення «причинного» зуба;
- секвестрэктомія - при деструктивній та деструктивно-продуктивній формі.

Вибір методу знеболювання:

- провідникове - для видалення «причинного» зуба;
- загальне - для секвестрэктомії.

Місцеве

Промивання рани та нориці антисептиками, розчинами ферментів.

Фізіотерапевтичне

УВЧ, електрофорез, ультразвук, гелій-неонове опромінення.

УСКЛАДНЕННЯ

Секвестрація зачатків зубів, патологічний перелом щелепи, анкілоз.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансерізації у щелепно-лицьового хірурга, терапевта-стоматолога, ортодонта, педіатра.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відкривання рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-10 к 122, L 03.2

**Флегмона та абсцес
порожнини рота**

Флегмона обличчя

Клінічна форма - абсцес, флегмона.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги:

- на болючу, обмежену (абсцес) або розливу (флегмона) ділянку запалення м'яких тканин, їх деформацію;
- утруднення відкривання рота, жування, ковтання, дихання - при глибоких флегмонах; деформація контурів обличчя - при поверхневих.

Загальні ознаки

Ознаки інтоксикації - температура тіла до 38-39°C, блідість шкіри, головний біль, порушення сну, відмова від їжі.

Місцеві ознаки

Набряк та інфільтрація м'яких тканин відповідної ділянки, гіперемія шкіри, щільний, болючий інфільтрат, позитивний симптом флюктуації - при поверхневих флегмонах; запальна контрактура нижньої щелепи, біль

при ковтанні, порушення дихання, порушення зору, обмежена рухомість очного яблука, хемоз, екзофтальм - при глибоких флегмонах.

Допоміжні

При загальному аналізі крові - лейкоцитоз до $20-30 \times 10^9$ /л, зміщення лейкоцитарної формули вліво, підвищення ШОЕ до 40-50 мм/год., зменшення кількості еритроцитів до $3-3,5 \times 10^{12}$, зниження вмісту гемоглобіну.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне:

- розтин абсцесу або флегмони з урахуванням їх локалізації і подальшим тривалим дренажуванням рани;
- видалення «причинного» зуба - при одонтогенному походженні.

Вибір методу знеболювання

Хірургічні втручання виконуються під загальним знеболенням.

Медикаментозне:

- дезінтоксикаційна терапія;
- антибіотикотерапія;
- антигістамінні препарати;
- імуномодулюючі та імуностимулюючі засоби;
- вітаміни;
- ненаркотичні аналгетики;
- протигрибкові засоби;
- протигангренозна сироватка - при анаеробній флегмоні.

Місцеве

Промивання рани антисептиками, протеолітичними ферментами, інгібіторами протеолізу.

Фізіотерапевтичне

УВЧ, НВЧ, УФО, лазеротерапія, ультразвук - після очищення рани.

УСКЛАДНЕННЯ

Флебіт вен обличчя, менінгіт, медіастиніт.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, дихання, відкривання рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-10 L 020

Фурункул та карбункул (фурункулобличчя)

Клінічна форма - фурункул обличчя.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На болючий інфільтрат у відповідній ділянці обличчя, порушення загального стану.

Загальні ознаки

Ознаки загальної інтоксикації - підвищення температури тіла до 37,7-38°C, головний біль, зниження апетиту.

Місцеві ознаки

Інфільтративна форма

Запальний інфільтрат у вигляді конуса; шкіра навколо нього гіперемійована, різко болюча; в центрі інфільтрату - некротично змінені тканини (стрижень); реактивний лімфаденіт.

Абсцедивна форма:

- інфільтрат збільшується, у центрі його - осередок розм'якшення, на місці стрижня - гнійне розплавлення тканин;
- при загальному аналізі крові - лейкоцитоз до $20-30 \times 10^9/\text{л}$, зміщення лейкоцитарної формули вліво, підвищення ШОЕ до 30-40 мм/год.

ЛІКУВАННЯ

Інфільтративна форма:

- консервативне лікування (антибіотикотерапія, антигістамінні препарати);
- гіпотермія;
- фізіопроцедури (гіпотермія, УФО).

Абсцедивна форма

Хірургічне:

- розтин абсцесу;
- дренивання рани до відходження стрижня.

Вибір методу знеболювання

Хірургічні втручання виконуються під загальним знеболенням.

Медикаментозне:

- антибіотикотерапія;
- дезінтоксикаційна терапія;

- ненаркотичні аналгетики;
- антигістамінні препарати;
- вітаміни.

Місцеве

Промивання рани антисептиками, обробка розчинами ферментів.

Фізіотерапевтичне

УВЧ, НВЧ, УФО при ефективному дренажу рани.

Механічно-щадна дієта.

УСКЛАДНЕННЯ

Флегмона, тромбофлебіт лицевих та очних вен, тромбоз кавернозних порожнин, менінгіт, сепсис.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-10 L 02.0

Фурункул та карбункул

(карбункулобличчя)

Клінічна форма - карбункул обличчя.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На щільний, болучий інфільтрат у ділянці осередка.

Загальні ознаки

Різко виражені ознаки загальної інтоксикації, яка прогресує, - підвищення температури тіла до 38-39°C, головний біль, зниження апетиту.

Місцеві ознаки:

- значний, поширений інфільтрат; шкіра над інфільтратом - синьо-багряного кольору; формування кількох стрижнів; реактивний лімфаденіт;

- при загальному аналізі крові - лейкоцитоз до $20-30 \times 10^9$ /л, зміщення лейкоцитарної формули вліво, підвищення ШОЕ до 40-50 мм/год.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне:

- розтин абсцесів;
- дренування ран до відходження стрижнів.

Вибір методу знеболювання

Хірургічні втручання виконуються під загальним знеболенням.

Медикаментозне:

- антибіотикотерапія;
- дезінтоксикаційна терапія;
- ненаркотичні аналгетики;
- антигістамінні препарати;
- протигрибкові засоби;
- вітаміни.

Місцеве

Промивання рани антисептиками, обробка розчинами ферментів.

Фізіотерапевтичне

УВЧ, НВЧ, УФО при ефективному дренажу рани.

Механічно-щадна дієта.

УСКЛАДНЕННЯ

Флегмона, тромбофлебіт лицевих та очних вен, тромбоз кавернозних порожнин, менінгіт, сепсис.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансерізації у щелепно-лицьового хірурга, педіатра.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, дихання, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-іо L040 Гострий серозний лімфаденіт обличчя, голови та шиї (одонтогенний, неодонтогенний)

Клінічна форма - гострий серозний одонтогенний
та неодонтогенний лімфаденіт.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На пухлиноподібне утворення у відповідній ділянці, яке з'явилося у зв'язку з періодонтитом «причинного» зуба або з іншими запальними чи вірусними процесами.

Загальні ознаки

Загальний стан не порушений.

Місцеві ознаки:

- деформація відповідної ділянки обличчя, колір шкіри не змінений, шкіра береться у складку, пальпаторно - збільшений, болючий, обмежено рухомий лімфовузол;
- гострий або загострений хронічний періодонтит у «причинному» зубі, в разі одонтогенного походження лімфаденіту.

ЛІКУВАННЯ

Лікування або видалення «причинного» зуба при *одонтогенному* лімфаденіті (у разі втрати косметичної та функціональної цінності постійного зуба, тимчасовий зуб видаляють завжди) та лікування основного захворювання (інфекційного чи вірусного) - при *неодонтогенному*.

Медикаментозне:

- антибіотикотерапія;
- антигістамінні препарати;
- ненаркотичні аналгетики;
- вітаміни.

Місцеве

Компреси з 5-10% розчином ДМСО.

Фізіотерапевтичне

Електрофорез, ультразвук (під контролем щелепно-лицьового лікаря).

УСКЛАДНЕННЯ

Нагноєння лімфатичного вузла.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-10 L04.0

Гострий гнійний лімфаденіт обличчя, голови та шиї (одонтогенний, неодонтогенний)

Клінічна форма - гострий гнійний одонтогенний та неодонтогенний лімфаденіт.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На наявність пухлиноподібного болючого утворення.

Анамнез

Лікований або зруйнований «причинний» зуб - при одонтогенному лімфаденіті; отит, ангіна, ГРВЗ - при неодонтогенному.

Загальні ознаки

Загальний стан порушений, явища інтоксикації, температура тіла підвищена до 37,5-38°C.

Місцеві ознаки:

- при лімфаденітах поверхневих ділянок лица - значна деформація м'яких тканин відповідної ділянки обличчя за рахунок збільшеного, болючого лімфовузла. Рухомість останнього обмежена. Інфільтрація тканин навколо лімфовузла, шкіра над ним гіперемійована, у складку не береться;
- при лімфаденітах глибоких ділянок ЩД - незначна інфільтрація тканин над запаленим лімфовузлом, пальпація тут болюча, порушення функції (обмеження відкриття рота, утруднене жування, ковтання).

ЛІКУВАННЯ

- лікування або видалення «причинного» зуба при одонтогенному лімфаденіті (у разі втрати косметичної та функціональної цінності постійного зуба, тимчасовий зуб видаляють завжди); санація основного захворювання - при неодонтогенному;

- розтин аденоабсцесу відповідно ділянки лица з урахуванням анатомічних особливостей.

Вибір методу знеболювання

Хірургічні втручання виконуються під загальним знеболенням.

Медикаментозне:

- антибіотикотерапія;
- дезинтоксикаційні препарати;
- антигістамінні препарати;
- ненаркотичні аналгетики;
- вітаміни.

Місцеве

Обробка рани антисептиками чи ферментами.

Фізіотерапевтичне

Електрофорез, ультразвук (під контролем лікаря).

УСКЛАДНЕННЯ

Аденофлегмона.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-10 188.1

Хронічний лімфаденіт
(одонтогенний, неодонтогенний)

Клінічна форма - хронічний одонтогенний
чи неодонтогенний лімфаденіт.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На утворення округлої форми у відповідній ділянці.

Анамнез

Лікований або зруйнований «причинний» зуб або хронічні отити, бронхіти, тонзиліти.

Загальні ознаки

Загальний стан не порушений.

Місцеві ознаки:

- у тканинах відповідної анатомічної ділянки лица (частіше підщелепної та привушно-жувальної) - збільшений, обмежено рухомий, безболісний лімфовузол; колір шкіри не змінений, шкіра береться у складку; може пальпуватися група збільшених лімфовузлів;
- гострий або загострений хронічний періодонтит у «причинному» зубі, в разі одонтогенного походження лімфаденіту.

ЛІКУВАННЯ:

- лікування або видалення «причинного» зуба при *одонтогенному* лімфаденіті (у разі втрати косметичної та функціональної цінності постійного зуба, тимчасовий зуб видаляють завжди); санація основного захворювання - при *неодонтогенному*;
- при неефективному консервативному лікуванні - видалення лімфатичного вузла під загальним знеболюванням.

Медикаментозне:

- антигістамінні препарати;
- імуномодулятори;
- вітаміни.

Місцеве

Компреси з 5-10% розчином ДМСО.

Фізіотерапевтичне

Електрофорез, ультразвук (під контролем лікаря).

УСКЛАДНЕННЯ

Нагноєння лімфатичного вузла.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

У разі неодонтогенного лімфаденіта диспансерізація здійснюється педіатром або фтізіатром.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, дихання, відкривання рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-10 К 11, К 11.2, К 11.5, В 26

Хвороби**СЛИННИХ ЗАЛОЗ**

Клінічна форма - гострий вірусний сіалоаденіт;
 гострий бактеріальний сіалоаденіт;
 епідемічний паротит.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇСкарги

На підвищення температури тіла, порушення самопочуття, млявість, головний біль, порушення апетиту, сну; болюче збільшення залози, набряк м'яких тканин у ділянці залози, біль у залозі під час їжи.

Загальні ознаки

Підвищення температури тіла до 37,5-38°C, головний біль, зниження апетиту.

Місцеві ознаки*Епідемічний паротит:*

- припухлість м'яких тканин (у 50% - двобічна) тістуватої консистенції, помірно болісна залоза з блідою шкірою над нею, наявність больових точок (попереду козелка вуха, в ділянці соскоподібного відростка, вирізки нижньої щелепи та кута нижньої щелепи);
- у порожнині рота - гіперемія та набряк слизової оболонки навколо вустя вивідної протоки, зниження салівації, підвищення в'язкості слини;
- ураження інших органів і систем (панкреатит, орхіт, менінгіт, менінгоенцефаліт).

Гострий вірусний сіалоаденіт

Припухлість тканин над залозою (однобічна), болюча, щільна, збільшена слинна залоза; у порожнині рота - вустя вивідної протоки зіє, слизова оболонка гіперемійована, салівація не змінюється але слина каламутна.

Гострий бактеріальний (неепідемічний) сіалоаденіт

Однобічна припухлість тканин над слинною залозою, яка щільна, різко болюча, з гіперемованою та масною шкірою над нею; у порожнині рота - вустя вивідної протоки зіє, кількість слини зменшена, вона в'язка, каламутна чи з домішками гною, або виділяється чистий гній.

Допоміжні:

- виявлення вірусу із слини та спинномозкової рідини методом зараження курячих ембріонів;

- серологічні дослідження - виявлення комплексів язвувальних, віруснейтралізуювальних, антигенаглютинувальних антитіл - у разі *епідемічного паротиту*;
- лікування всіх гострих сіалоденітів проводиться в щелепно-лицьовому стаціонарі.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне

Лише при ускладненнях епідемічного та неепідемічного паротиту - розтин абсцесів та флегмон привушно-жувальної ділянки.

Вибір методу знеболювання

Хірургічні втручання виконуються під загальним знеболенням.

Медикаментозне та місцеве:

- симптоматичні (жарознижувальні, знеболювальні), антигістамінні засоби, вітаміни груп С, В, компреси з 5% розчином ДМСО та напівспиртові на ділянку ураженої залози - у разі *епідемічного паротиту*;
- лікування за участю педіатра, невропатолога, ендокринолога та інших при ураженні підшлункової залози, статевих залоз, нервової системи - у разі *епідемічного паротиту*;
- протівірусні препарати, вітаміни груп В, С, стимулятори лейкопозу, симптоматична терапія (жарознижувальні, знеболювальні); компреси з 5% розчином ДМСО на ділянку залози - у разі *вірусних сіалоденітів*;
- антибактеріальні (пеніциліновий ряд, макроліди), антигістамінні, імуностимулюючі препарати, інгібітори протеаз (трасилол, контрикал), протигрибкові препарати; протеолітичні ферменти для промивання залози - у разі *бактеріальних сіалоденітів*.

Механічно-щадна висококалорійна дієта, збагачена вітамінами, призначення підкисленого питва, сухарів, підсоленої їжі для стимуляції виділення слини - у разі *вірусного паротиту*; слиногонна калорійна вітамінізована їжа та масаж залози для евакуації гною та згущеної слини у разі *гострого гнійного неепідемічного паротиту*.

УСКЛАДНЕННЯ

Абсцеси, флегмони.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Диспансеризація у разі епідіоритита педіатром та хірургом-стоматологом.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-10 K11

**Хвороби слинних залоз
(хронічний сіалоаденіт)**

Клінічна форма - хронічний сіалоаденіт
(паренхіматозний та інтерстиційний).

Зазвичай уражаються привушні залози. Інтерстиційний сіалоаденіт у дітей виникає вкрай рідко, у віці 13-15 років.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇСкарги

На збільшену, з гладенькою поверхнею (у разі інтерстиційного паротиту) або з горбистою (у разі паренхіматозного), помірно болючу слинну залозу, підсилення болю у залозі під час їжи.

Загальні ознаки

Підвищення температури тіла, порушення сну та апетиту під час загострення.

Місцеві ознаки:

- у стадії *ремісії* - збільшена горбиста, щільна, безболісна залоза, з вустя протоки прозора чи каламутна слина, кількість якої зменшена; слизова оболонка навкруг вустя вивідної протоки, яка зіяє, ціанотична з відбитками зубів - у разі *паренхіматозного сіалоаденіту*,
- збільшена, з гладенькою поверхнею, неболюча залоза та незмінена саливація - у разі *інтерстиційного сіалоаденіту*]
- у стадії загострення *паренхіматозного чи інтерстиційного* паротиту точно відповідає клінічним ознакам гострого бактеріального (неепідемічного) паротиту.

Допоміжні:

- нерівномірність контрастування тканини залози, сіалоектазії, ділянки розширення проток, нечіткі контури їх розгалужень, паренхіма

- у вигляді грона винограду - на контрастній рентгенограмі, на УЗД-грамі «асфальтовий» малюнок із гіпоехогенними ділянками різної величини у разі *паренхіматозного паротиту*]
- звуження проток III—V порядків на початковій стадії, а в подальшому - II—IV порядків, контури проток рівні, чіткі, щільність паренхіми зменшена; у пізній стадії всі протоки звужені - на контрастній рентгенограмі у разі *інтерстиційного паротиту*.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне

Проводиться тільки при ускладненні хронічних паротитів абсцесами та флегмонами і полягає у розтині їх з подальшим дрениванням.

Вибір методу знеболювання

Хірургічні втручання виконуються під загальним знеболенням.

Медикаментозне:

- у період *ремісії* - антигістамінні засоби, вітаміни груп С, В, спазмолітики перед їжею; неспецифічні біогенні стимулятори (продигіозан, ліковір сіало-гран, нуклеїнат натрію); електрофорез 5% розчину КІ, фонофорез на ділянку залози;
- у стадії *загострення* - лікування як при гострому бактеріальному (неепідемічному) паротиті;
- масаж залози перед їжею та після неї проводиться для попередження загострень;
- слиногонна дієта.

УСКЛАДНЕННЯ

Абсцеси, флегмони.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга, педіатра.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Поліпшення стану - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації їх.

МКХ-10 K11.5

Хвороби слинних залоз (калькульозний сіалоаденіт)

Клінічна форма - калькульозний сіалоаденіт (сіалолітіаз).

Слинокам'яна хвороба частіше спостерігається у 10-12 річному віці тільки у підщелепних слинних залозах і, зазвичай, камінь локалізується у передньому та середньому відділах протоки.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На болоче збільшення слинної залози під час їжи (особливо солоної чи кислої), а потім повільне зменшення її.

Місцеві ознаки

Утворення з гладкою поверхнею під кутом нижньої щелепи (у проекції слинної залози) на стороні ураження, відкривання рота вільне, вуста протоки розширене, слизова оболонка гіперемійована, слина прозора або з домішками гною - у разі *локалізації каменя в залозі* наявність ущільнення частини протоки, яке можна виявити під час бімануальної пальпації - у разі *локалізації каменя в протоці*.

Допоміжні:

- наявність тіні з чіткими межами на рентгенограмі за Коваленко В.С. у разі *рентгенконтрастного каменя*;
- наявність гіперехогенної зони (камінь) з «доріжкою поглинання» за нею у разі *нерентгенконтрастного каменя*;
- дефект наповнення з чіткими контурами позаду конкремента на контрастній рентгенограмі у дітей старшого віку з локалізацією каменя у задньому відділі протоки.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне

Видалення конкремента внутрішньоротовим доступом у разі розташування каменя у протоці або у залозі.

Вибір методу знеболювання:

- загальне знеболювання - при розташуванні каменя у залозі;
- інфільтраційне - при розташуванні каменя у протоці.

Медикаментозне:

- антибіотики;
- антигістамінні препарати;
- знеболювальні засоби;
- вітаміни групи В, С.

Слиногонна дієта призначається тільки після видалення каменя.

УСКЛАДНЕННЯ

Абсцеси, флегмони, гострий гнійний сіалоаденіт.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-10 J010

Гострий гайморит
(одонтогенний)

Клінічна форма - гострий одонтогенний гайморит.

Частіше хворіють діти в пубертальному періоді.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

Гнійні виділення з відповідної половини носа, односторонній головний біль і тривале *відчуття* важкості в голові, невралгія другої гілки трійчастого нерва, неприємний запах, який відчуває сама дитина або помічають оточуючі, зміна кількості виділень з носа та посилення болючості під час нахилу голови.

Загальні ознаки

Підвищення температури тіла до 37,5-38°C, головний біль, зниження апетиту, порушення сну.

Місцеві ознаки

Обличчя асиметричне через набряк м'яких тканин на боці ураження. Шкіра в цій ділянці гіперемійована. Пальпаторно виявляється болючість кісткових стінок верхньощелепної пазухи. У ротовій порожнині «причинний» зуб (зазвичай 16, 26 зуби) зруйнований, реакція на перкусію його - позитивна. Перехідна складка над «причинним» зубом болюча при пальпації, слизова оболонка тут може бути гіперемійована.

Допоміжні:

- одонтодіагностика «причинного» зуба свідчить про загибель його пульпи;

на оглядовій рентгенограмі у підборідно-носовій чи лобово-носовій проекціях виявляється затемнення ураженої пазухи або зниження прозорості («завуальованість») її з чіткими межами. Рівень затемнення може співпадати з рівнем ексудату (у випадках гнійного гаймориту). Для одонтогенного гаймориту характерний вільний верхньо-медіальний кут верхньощелепної пазухи, тобто за прозорістю він відповідає неураженій стороні або очним ямкам.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне

Видалення «причинного» зуба та розріз тканин вище перехідної складки. У разі видалення «причинного» зуба із розкриттям пазухи та виникненням ороантрального анастомозу проводиться закриття його місцевими тканинами шляхом викрочування слизово-окісного клаптя на ніжці з піднебіння або верхньої частини присінка ротової порожнини. Дренування ж пазухи здійснюють через катетер, введений у неї через нижній носовий хід. Для поліпшення відходження ексудату у відповідний носовий хід призначають судинозвужувальні краплі.

Вибір методу знеболювання

Провідникове чи загальне знеболення (у разі лобільного психоемоційного стану дитини).

Медикаментозне:

- антибіотики;
- антигістамінні препарати;
- аналгетики.

УСКЛАДНЕННЯ

Хронічний гайморит, тромбоз кавернозних порожнин.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у хірурга-стоматолога.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, дихання, відкривання рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-10 j 32.0

Хронічний гайморит
(одонтогенний)**Клінічна форма** - хронічний одонтогенний гайморит.**ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ**Скарги

На одnobічне хронічне закладення носа, іноді гнійні виділення із специфічним запахом, зниження нюху, відчуття напруження або ниючого болю на боці ураження, головний біль. Швидке стомлення; наявність комірки після видалення зуба, що не заживає, інколи можна спостерігати «вибухання» грануляцій з неї; іноді (при широкому вусті) при прийомі рідкої їжі, вона витікає через ніс.

Загальні ознаки

Швидке стомлення, головний біль.

Місцеві ознаки

Лице симетричне; шкіра на стороні ураження звичайного кольору; в порожнині рота слизова оболонка верхнього присінка дещо ціанотичного кольору; іноді виявляється устя між верхньощелепною пазухою і ротовою порожниною.

Допоміжні:

- на ретгенограмі верхньощелепних пазух визначається дифузне, частіше гомогенне та інтенсивне затемнення верхньощелепної пазухи, що зумовлено гіпертрофією слизової оболонки її;
- диференційна діагностика хронічного одонтогенного гаймориту у дітей проводиться з кістами, що вросли у верхньощелепну пазуху, фіброзною остеодистрофією, пухлинами верхньощелепної пазухи, риногенним гайморитом, для якого характерним є такі ознаки:
 - двобічне ураження верхньощелепної пазухи;
 - в анамнезі відсутні дані про зуб, який міг би бути причиною запалення верхньощелепної пазухи;
 - на рентгенограмі виявляється вільний дистальний верхній кут пазухи;
 - зв'язку зуба з пазухою немає, тобто при розгляді під лупою періодонтальна щілина простежується на всьому протязі до верхівки «ніби зануреного» в верхньощелепну пазуху кореня зуба.

ЛІКУВАННЯ**Хірургічне:**

- проведення гайморотомії в умовах стаціонару. У присінку ротової порожнини викроюють слизово-окісний клапоть згідно з завданням -

якщо потрібно закрити сполучення з пазухою, то доцільно вибрати трапецієподібний (розріз проводять вище шийок зубів, а не по ним) з додатковими горизонтальними розрізами, що дасть можливість перекрити сполучення;

- доступ до верхньощелепної пазухи роблять шляхом видалення частини передньої кісткової стінки її. Утворюють сполучення між верхньощелепною пазухою і носовою порожниною в ділянці нижнього носового ходу - назогайморанастомоз. Через нього після закінчення хірургічного втручання буде виведений кінець змоченого у вазеліні йодоформного тампона, яким пухко заповнюють верхньощелепну пазуху для запобігання накопичення крові й нагноювання гематоми, тобто для збереження пневматизації пазухи. Тампон з пазухи видаляють на 2-3 добу після операції на фоні попереднього знеболювання.

Вибір методу знеболювання

Хірургічні втручання здійснюється під загальним знеболенням.

Медикаментозне:

- судинозвужувальні краплі в ніс;
- антигістамінні препарати.

Місцеве

Гігієна порожнини рота.

УСКЛАДНЕННЯ

Остеомієліт верхньої щелепи.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

3.2. ЗАХВОРЮВАННЯ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

МКХ-іо K07.6 Запальні захворювання СНЩС

Клінічна форма - гострий ревматичний та ревматоїдний артрит;
гострий травматичний артрит;
хронічний ревматичний та ревматоїдний артрит;
хронічний травматичний артрит.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На припухлість тканин і біль у привушно-жувальній ділянці, що іррадіює у вухо і потилицю, скованість рухів нижньої щелепи, неможливість нормально вживати їжу; у разі ревматичного артриту виникає біль в обох скронево-нижньощелепних суглобах, біль в одному скронево-нижньощелепному та колінному або плечовому суглобі; скутість та помірний біль у СНЩС, що підсилюється під час рухів щелепи з появою при цьому «хрусту», головний біль, шум у вухах, зниження слуху, іноді сухість у роті або печіння в язичі - у разі *хронічного артриту*.

Загальні ознаки

Підвищення температури тіла - у разі *всіх гострих та при загостренні хронічних артритів*.

Місцеві ознаки:

- асиметрія обличчя через незначний набряк м'яких тканин привушної ділянки, болісного при пальпації, болісне і обмежене відкриття рота, зміщення нижньої щелепи у бік хворого суглоба у разі *всіх видів гострих артритів та загостренні хронічних*; повільне посилення болю вранці та зменшення надвечір, вночі під час сну і у спокої, зміни з боку серця (ревмокардит) та утворення ревматоїдних вузликів на розгинальній поверхні передпліччя біля ліктьового суглоба - у разі *гострого ревматичного та ревматоїдного артриту*]
- симетричне обличчя, пальпація суглоба та козелка вуха дещо болісна; виявлення тертя суглобових поверхонь під час бімануальної пальпації

через зовнішній слуховий хід; підсилення болю при натисканні на підборіддя та кут нижньої щелепи - у разі *ремисії хронічних артритів різної етіології*.

Допоміжні:

- рівномірне розширення суглобової щілини на початку захворювання, надалі - її часткове звуження на рентгенограмі - у разі *гострих неспецифічних(травматичногочиінфекційного)артритів]*
- крайові «узурі» на бічних ділянках суглобових поверхонь на рентгенограмі, виявлення пухкого муцинового згустка у синовіальній рідині, висновок педіатра про наявність ревматизму - у разі *ревматичногоартриту*,
- нерівномірне розширення суглобової щілини на рентгенограмі - у разі *хронічних артритів*.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне

У разі артритів не застосовують.

Медикаментозне:

- антибактеріальні засоби загально; сульфаніламіді, антигістамінні препарати, вітаміни групи В та С - у разі *гострих та загостренні хронічних артритів різної етіології]* протизапальні нестероїдні препарати - у разі всіх гострих та загостренні хронічних артритів, окрім травматичних; лікування у ревматолога, кардіолога - у разі *ревматичного та ревматоїдного артриту СНЩС*. Вибіркове зішліфовування зубів, що підвищують прикус; виготовлення кап, пластин, апаратів функціональної і механічної дії у разі зниження оклюзійної висоти; тимчасові знімні протези та раціональне протезування;
- протизапальні нестероїдні препарати - у разі *ревматоїдного чи ревматичного артриту]* ненаркотичні анагетика, хондропротектори внутрішньо - у разі *різної етіології хронічних артритів*.

Місцеве:

- обмеження рухів щелепи здійснюють ортодонтичними апаратами, іммобілізаційними пов'язками;
- компреси з димексидом та медичною жовчю або мазями «Вольтарен», «Віпраксол», «Ціль Т», уведення внутрішньосуглобово лідази або гідрокортизону, кеналогу за умови погіршення рухів у суглобі;
- фізпроцедури - фонофорез гідрокортизону, електрофорез калію йодиду, лазеротерапія, магнітотерапія, парафінові, озокеритові або бішофітові аплікації на ділянку скронево-нижньощелепного суглоба - у разі *хронічних артритів різної етіології*.

Дієта - висококалорійна, збагачена білками, вітамінами та мікроелементами їжа, механічно-шадна - при *гострих або загостренні хронічних артритів*.

УСКЛАДНЕННЯ

Перехід гострого артриту у хронічний.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга (2 рази на рік) та ортодонта (за необхідності).

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання при гострих формах - відновлення функції ковтання, жування, мови, відкривання рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

Поліпшення при хронічних формах захворювання - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації їх.

МКХ-іо K07.6

Дистрофічні
захворювання СНЩС

Клінічна форма - вторинний деформівний артроз;
анкілоз СНЩС.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги:

- на обмежене відкривання рота та асиметрію обличчя - у разі артрозу та анкілозу; незручність під час рухів щелепи, швидке стомлення під час їжі, «стартовий біль» після тривалого навантаження або періоду спокою (після сну), відмова дитини від їжі - у разі *деформівного артрозу*;
- зміна конфігурації обличчя, хрипіння під час сну, неможливість нормального вживати їжу (годування за допомогою ложки).

Анамнез

Травма під час пологів, отит або паротит, інфекційні дитячі захворювання - у разі *анкілозу*.

Загальні ознаки

Діти виглядають слабкими, виснаженими, астеничного складу, мають нездоровий колір обличчя.

Місцеві ознаки:

- *однобічна (рідко двобічна) мікрогенія, що наростає; обмежене відкривання рота, рухи в суглобі при бімануальній пальпації збережені - у разі *деформівного артрозу*;*
- *асиметрія обличчя за рахунок зменшення розмірів половини щелепи: на ураженому боці м'які тканини пухкі, на здоровому - виглядають пласкими, середня лінія підборіддя та різцева зміщена у бік хворого суглоба, відсутність рухів у суглобі при бімануальній пальпації, кістковий вирост у ділянці кута нижньої щелепи з ураженого боку - «шпора», деформація зубних дуг у вигляді нахилу вперед і віялоподібного розходження різців та іклів нижньої щелепи, що своїми краями торкаються піднебінної поверхні зубів верхньої щелепи, які також нахиляються вперед і віялоподібно розходяться; явища гінгівіту, зубний камінь, множинний карієс - у разі *однобічного анкілозу*;*
- *обличчя дитини має вигляд пташиного (внаслідок різкого недорозвитку фронтального відділу нижньої третини лица); прикус дистальний, відкритий; пальпаторно рухи в суглобах не виявляються, відкривання рота різко обмежене (до щілиноподібного); в порожнині рота - *віялоподібне розташування зубів верхньої та нижньої щелеп; явища гінгівіту, «множинний» карієс; «шпори» в ділянці обох кутів щелепи при пальпації; явища анкілозу в інших суглобах (частіше кульшовому) внаслідок перенесеного сепсису - у разі *двобічного анкілозу СНЩС.***

Допоміжні:

- *на рентгенограмі (ортопантомограма) чи комп'ютерній спіральній томограмі у трьох вимірах - різні види деформацій виросткового відростка в усіх напрямках, нерівномірне звуження суглобової щілини, сплюснення суглобової головки та ямки, зменшення суглобового горбика, вкорочення та потовщення шийки виросткового відростка - у разі *вторинного деформівного артрозу*;*
- *відсутність суглобової щілини на боці ураження за рахунок зрощення суглобових поверхонь; зниження висоти гілки щелепи, вона ширша, ніж на здоровому боці; вирост кісткової тканини в ділянці кутів - «шпори» на боці ураження; вінцевий відросток збільшений за висотою і має вигляд шила - у разі *однобічного кісткового анкілозу*,*
- *часткова або повна відсутність суглобової щілини, наявність кісткової тканини, що поєднує в конгломерат виростковий відросток і скроневу кістку; зменшені розміри гілок та тіла нижньої щелепи, кісткові вирости - «шпори» у ділянках обох кутів, збільшені вінцеві відростки - у разі *двобічного кісткового анкілозу.**

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне:

- зішліфювання деформованих ділянок суглобової голівки за допомогою артроскопу - у разі *вторинного деформівного артрозу*;
- артропластика (остеотомія, якомога вище, з ізоляцією однієї з томованих поверхонь біологічно-сумісними матеріалами) з одночасною або проведеною у пізніші строки ліквідацією мікрогенії (залежить від віку дитини та соматичного стану її) - у разі *одно- чи двобічного кісткового анкілозу*.

Вибір методу знеболювання

Усі хірургічні втручання проводяться під загальним знеболенням.

Медикаментозне:

- антибактеріальні засоби;
- антигістамінні препарати;
- вітаміни груп В, С, D;
- препарати кальцію;
- знеболювальні засоби.

Ортодонтичне

Направлене на усунення віялоподібного розташування зубів, патологічного прикусу, зміщення центральної лінії нижньої щелепи у бік хворого суглоба.

Рання активна та пасивна механотерапія.

Механічно-щадна дієта у перші дні після оперативного втручання, їжа, збагачена білками, вітамінами та мікроелементами.

УСКЛАДНЕННЯ

Рецидив захворювання.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Здійснюється щелепно-лицьовим хірургом та ортодонтом при необхідності.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Поліпшення стану - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації їх.

3.3. ПУХЛИНИ ТА ПУХЛИНОПОДІБНІ НОВОУТВОРЕННЯ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

МКХ-10 D 11, D 11.0, D 11.7

ДоброЯкісні
новоутворення
великих слинних залоз

Клінічна форма - аденолімфома;
плеоморфна аденома;
мономорфна аденома;
кісти привушних та підщелепних слинних залоз.

Новоутворення слинних залоз частіше зустрічається у дітей старшого віку.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На наявність безболісного новоутворення у привушній, піднижньощелепній або під'язиковій ділянках, що повільно росте; іноді зникає, а потім знову збільшується (при кістах).

Загальні ознаки

Загальний стан не порушений.

Місцеві ознаки

Наявність пухлини щільно-еластичної консистенції з гладенькою поверхнею у разі аденолімфоми та мономорфної аденоми та з горбистою поверхнею у разі *плеоморфної аденоми*. Наявність новоутворення м'яко-еластичної консистенції під язиком, вміст якого просвічується через слизову оболонку блакитним кольором - у разі *кісти під'язикової слинної залози*; наявність новоутворення м'яко-еластичної консистенції в ділянці кута щелепи або у привушній ділянці з незміненою над ним шкірою - у разі *кіст піднижньощелепної чи привушної слинної залози*.

Допоміжні

Отримання прозорої, жовтуватого кольору слизоподібної рідини під час пункції у разі кіст привушної, під'язикової та піднижньощелепної

залоз; визначення анехогенної структури ділянки обстеження під час ультразвукового дослідження - у разі кіст і гіперехогенної - у разі аденолімфоми, плеоморфної та мономорфної аденоми; виявлення дефекту наповнення на сіалограмі - у разі кіст або доброякісних пухлин (аденолімома, аденома), наявність клітин, характерних для аденолімфоми та плеоморфної чи мономорфної аденоми при пункційній біопсії.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне:

- цистектомія - у разі невеликих розмірів кіст під'язикових слинних залоз;
- цистотомія - у разі кіст привушної та піднижньощелепної слинних залоз, а також великих розмірів кіст під'язикових слинних залоз, інтраоральним доступом з наступною тампонадою порожнини;
- видалення новоутворення у межах здорових тканин чи разом з частиною слинної залози - у разі мономорфної, плеоморфної аденоми чи аденолімфоми.

Вибір методу знеболювання

Хірургічні втручання проводяться під загальним знеболенням.

Медикаментозне:

- антибактеріальні препарати;
- антигістамінні препарати;
- аналгетики;
- вітаміни групи С, В.

Місцево

Обробки порожнини рота антисептиками.

УСКЛАДНЕННЯ

Рецидив пухлини.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, дихання, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-10 Dii.9**Пухлиноподібні
новоутворення
слинних залоз**

Клінічна форма - ретенційні кісти малих слинних залоз.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇСкарги

На наявність безболісного новоутворення на нижній чи верхній губі або щоці, яке може збільшуватись або зменшуватися, зовсім зникати, а потім з'являтися.

Загальні ознаки

Загальний стан не порушений.

Місцеві ознаки

Наявність безболісного невеликого новоутворення еластичної консистенції, кулястої форми, з чіткими межами, яке просвічується через слизову оболонку блакитним кольором.

Допоміжні

Отримання слизоподібної прозорої жовтого кольору рідини - згущеної слини - під час пункції.

ЛІКУВАННЯ**Хірургічне**

Кістотомія - висічення частини кісти, що випинається, разом із слизовою оболонкою або кістектомія.

Вибір методу знеболювання

Інфільтраційне чи загальне (залежно від віку хворого).

Місцеве

Гігієна порожнини рота.

УСКЛАДНЕННЯ

Рецидив.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, дихання, відкривання рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-10 D 10.0, D 10.1, D 10.2, D 21.0

Доброякісні
новоутворення
м'яких тканин
щелепно-лицьової ділянки
(фіброма)

Клінічна форма - фіброма.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На безболісну пухлину, яка повільно росте.

Місцеві ознаки

Має кулясту форму, широку основу, щільну консистенцію, гладку поверхню, відмежована від прилеглих тканин.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне

Радикальне видалення пухлини.

Вибір методу знеболювання

Залежить від віку дитини (дітям раннього віку рекомендоване загальне знеболювання), її психоемоційного стану та наявності супутніх соматичних захворювань.

Місцеве

Обробка лінії швів антисептиками.

УСКЛАДНЕННЯ

Нагноєння рани, розходження швів.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, дихання, відкривання рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-10 D 10.0, D 10.1, D 10.2, D 10.3, D 21.0 **Доброякісні новоутворення м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки (рабдоміома)**

Клінічна форма - рабдоміома.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На безболісну пухлину, яка повільно росте.

Місцеві ознаки

Невелика пухлина у товщі м'язів, безболісна, щільна, неболюча.

ЛКУВАННЯ

Хірургічне

Видалення пухлини у межах здорових тканин в умовах стаціонару.

Вибір методу знеболювання

Залежно від локалізації пухлини т психо-емоційного стану дитини обирається метод знеболення (частіше загальне).

Медикаментозне:

- ненаркотичні анагетіки.
- антигістамінні препарати.

Місцеве

Обробка лінії швів антисептиками.

УСКЛАДНЕННЯ

Нагноення рани, розходження швів, рецидив.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансерізації у щелепно-лицьового хірурга.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, дихання, відкривання рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-10 D 10.0, D 10.1, D 10.2, D 21.0

**Доброякісні
новоутворення
м'яких тканин
щелепно-лицьової ділянки
(папілома)**

Клінічна форма - папілома.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На безболісну пухлину, яка повільно росте.

Місцеві ознаки

Пухлина кулястої форми, на ніжці, м'яко-еластичної консистенції, вкрита зроговілим епітелієм.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне

В умовах стаціонару (діти раннього віку) або амбулаторно - радикальне видалення пухлини.

Вибір методу знеболювання

Залежить від віку дитини (дітям раннього віку рекомендоване загальне знеболювання), її психоемоційного стану та наявності соматичних захворювань.

Місцеве

Обробка лінії швів антисептиками.

УСКЛАДНЕННЯ

Рецидиви.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відсутність деформацій та м'яких тканин; задовільний соматичний стан.

МКХ-10 D 10.0, D 10.1, D 10.2, D 21.0

**Доброякісні
новоутворення
м'яких тканин
щелепно-лицьової ділянки
(атерома)**

Клінічна форма - атерома.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На безболісну пухлину, яка повільно збільшується.

Місцеві ознаки

Новоутворення півкулястої форми з гладкою поверхнею, пов'язане зі шкірою у місці виходу вивідної протоки сальної залози. Новоутворення може нагноюватися - клінічні ознаки неодонтогенного абсцесу.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне

В умовах стаціонару (діти раннього віку) або амбулаторно - цистектомія.

Вибір методу знеболювання

Залежить від віку дитини (дітям раннього віку рекомендоване загальне знеболювання), її психоемоційного стану та наявності супутніх соматичних захворювань.

Місцеве

Обробка лінії швів антисептиками.

УСКЛАДНЕННЯ

Рецидиви.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відсутність деформацій та м'яких тканин; задовільний соматичний стан.

МКХ-10 D22.3

НевуСИ

Клінічна форма - пігментний неvus обличчя.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На наявність пігментованої плями на обличчі.

Місцеві ознаки

Пігментна пляма охоплює 3-4 анатомічні ділянки обличчя, має чіткі межі, волосяний покрив, шкіра коричневого кольору.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне

В умовах стаціонару або амбулаторно (діти старшого віку з невеликими невусами) - видалення утворення у межах здорових тканин (невеликі невуси), при розповсюдженні невосу на 2-3 анатомічні ділянки - поетапне видалення новоутворення.

Вибір методу знеболювання

Залежить від віку дитини (дітям раннього віку рекомендоване загальне знеболювання), її психоемоційного стану, наявності соматичних захворювань та розміру невосу.

Місцеве

- обробка лінії швів антисептиками;
- після зняття швів (на 7-8 добу) застосування еластопротекторів (Цепан, Ворен, Контрактубекс).

УСКЛАДНЕННЯ

Рубцева деформація обличчя.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

При розповсюджувальному невосі диспансерізацію проводить щелепно-лицьовий хірург, а у разі необхідності - ортодонт.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання у разі ефективного лікування - відсутність деформацій м'яких тканин при малих розмірах в невосів; задовільний соматичний стан.

Поліпшення стану у разі великих розмірів невосів - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації їх.

МКХ-10 D18.0 Гемангіоми лиця

Клінічна форма - гемангіоми лиця.

Пухлини частіше вроджені.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги:

- на наявність червоних або червоно-синюшних плям чи пухлин, що швидко чи повільно ростуть; деформація обличчя, що збільшується під час плачу або нахилу голови дитини, позитивний симптом спустошення-наповнення - у разі *гемангіом м'яких тканин*;
- наявність деформації щелепи та посилена кровоточивість із зуба у разі лікування каналу його, кровоточивість ясен під час чищення зубів;
- незначна деформація коміркового відростка щелепи, гіперемія слизової оболонки над нею та гіпертрофія міжзубних сосочків, а також посилена кровотеча при лікуванні пульпіту чи періодонтиту та значна кровотеча після видалення зуба - у разі *кісткових гемангіом*.

Місцеві ознаки:

- інтенсивно-рожевого або червоно-синюшного кольору пласкі плями з чіткими межами, які бліднуть при натискуванні та набувають первинного кольору після припинення тиску пальцем у разі *капілярної форми*]
- деформація м'яких тканин, що зумовлює порушення жування, ковтання, змикання губ, зі шкірою над нею червоного або синюшного кольору (у разі *поверхневого розташування*) чи незміненою (у разі *глибокого розташування*) та позитивним симптомом спустошення-наповнення *прикавернозній формі*]
- невелика деформація м'яких тканин, яка розташована у 2-3 анатомічних ділянках обличчя, при якій функції дихання, ссання, жування можуть не порушуватись; пухлина має горбисту поверхню, вкриту багряно-синюшною або червоною шкірою, гаряча на дотик, м'яко-еластичної консистенції, з позитивним симптомом спустошення-наповнення - у разі *змішаної форми*.

Допоміжні

Наявність «гарячої» ділянки під час проведення тепловізіометрії; гіпотагіперехогенні ділянки на УЗД-грамі; отримання крові під час пункційної біопсії у разі *гемангіом м'яких тканин*] осередок нерівномірно зміненої кісткової тканини з великопетлистою структурою, що мають чіткі (деякі - розмиті) контури, резорбція коренів зубів, що входять в осередок розрідження кістки на рентгенограмі у разі *кісткових форм*.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне

- склерозування 70% спиртом, трихлороцтовою кислотою з 2% розчином лідокаїну, преднізолоном; діатермокоагуляція, кріодеструкція, селективний термоліз, хірургічне повне чи часткове (при великих за розмірами плям) видалення - у разі *капілярних форм гемангіом*]
- рентгенотерапія, селективний термоліз, висічення невеликих ділянок уражень з заміщенням дефекту місцевими тканинами - у разі *капілярних гемангіом за типом «винних плям»*]
- склерозивна терапія, емболізація судин, прошивання за Крогіусом з наступним видаленням їх - у разі *кавернозних гемангіом*]
- комбінація склерозування, рентгенотерапії, емболізації судин з хірургічним видаленням - у разі *змішаних гемангіом*]
- хірургічне видалення зміненої кістки, введення клею КЛ-3 у порожнину пухлини - у разі *кісткових гемангіом*.

Вибір методу знеболювання

Загальне (внутрішньовенний або інтубаційний наркоз) залежно від розмірів та локалізації новоутворення.

Медикаментозне:

- антигістамінні та вітамінні препарати у разі *склерозування чи видалення невеликих за розмірами капілярних гемангіом*]
- антибактеріальні, антигістамінні та вітамінні препарати, кровозамінники та білкові препарати парентерального введення, знеболювальні засоби загально - у разі *видалення великих кавернозних, змішаних та кісткових гемангіом*, що супроводжується значною крововтратою.

Місцеве:

- обробка лінії швів антисептиками;
- після зняття швів застосування еластопротекторів (Цепан, Ворен, Контрактубекс).

Механічно-шадна дієта.

УСКЛАДНЕННЯ

Рецидив, деформація м'яких тканин та кістки лицевого скелета, порушення функцій.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансерізації у щелепно-лицьового хірурга, ортодонта.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх або поліпшення стану (залежно від форми, розмірів та локалізацій новоутворення) - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації їх.

МКХ-10 D18.1

Лімфангіоми лица**Клінічна форма** - лімфангіоми лица.

Пухлини частіше вроджені.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇСкарги

На наявність деформації тієї чи іншої ділянки м'яких тканин лица, що збільшується з ростом дитини та швидко росте під час респіраторних захворювань; гіпертрофія сосочків збільшеного за розмірами язика; утруднене дихання, порушення ковтання та сання.

Місцеві ознаки

Безболісна, тістоподібної консистенції пухлина, вкрита незміненою слизовою оболонкою або шкірою - *за умови капілярної лімфангіоми* збільшення язика (одно- чи двобічне), яке може порушувати його функцію, гіпертрофовані вишнево-червоного кольору сосочки язика, що кровоточать під час травмування - у разі *капілярної лімфангіоми язика*; асиметрія щелепно-лицьової ділянки за рахунок безболісного новоутворення м'яко-еластичної тістоподібної консистенції з незміненою шкірою над ним, флюктуація у разі *поверхневого розташування* порушення функції дихання, ковтання - у разі *кістозної форми лімфангіоми*.

Допоміжні

Світло-жовта або брудно-червона, клейка на дотик рідина, що отримана під час пункції; наявність анехогенних порожнин при ультразвуковому дослідженні; уточнення розмірів глибоко розташованих лімфангіом на комп'ютерній томограмі.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне

Видалення пухлини з закриттям дефекту місцевими тканинами у разі *капілярної лімфангіоми лиця* та електрокоагуляція гіпертрофованих сосочків у разі *капілярної лімфангіоми язика*, поетапні цистотомії з подальшим тривалим дрениванням порожнин у разі *полікістозних форм лімфангіом*.

Вибір методу знеболювання

Хірургічні втручання проводяться під загальним знеболенням.

Медикаментозне:

- антибактеріальні препарати;
- антигістамінні препарати;
- вітаміни;
- білкові препарати для парентерального введення, знеболювальні, кровозамінники - у разі *полікістом декількох анатомічних ділянок* / антигістамінні препарати та полівітаміни у разі *видалення невеликих за розмірами лімфангіом лиця*.

Місцеве:

- обробка лінії швів антисептиками;
- після зняття швів застосування еластопротекторів (Цепан, Ворен, Контрактубекс).

Механічно-щадна дієта, висококалорійна, збагачена вітамінами та мікроелементами.

УСКЛАДНЕННЯ

Рецидив, нагноєння, рубцева деформація, порушення функцій.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга, ортодонта.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх або поліпшення стану - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації їх.

МКХ-10 К із.40

Піогенна гранульома**Клінічна форма** - піогенна гранульома.**ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ****Скарги**

На наявність безболісного новоутворення, що з'явилося після травми, яке швидко росте та кровоточить під час дотику.

Місцеві ознаки

Новоутворення яскраво-червоного кольору з гладенькою поверхнею зазвичай має ніжку, з позитивним симптомом спорожнення-наповнення, що легко кровоточить у разі мінімальної травматизації та переважно локалізується на щоках, губах (червоній облямівці), слизовій оболонці ротової порожнини. Якщо існує тривалий час - на поверхні новоутворення можна побачити виразку чи ділянку некрозу, що вкрита кірочкою, може самостійно некротизуватися.

ЛІКУВАННЯ**Хірургічне**

Видалення новоутворення у межах здорових тканин або електрокоагуляція його. Механічно-щадна дієта у разі видалення новоутворення в порожнині рота.

Вибір методу знеболювання

Місцеве або загальне знеболювання залежно від локалізації утворення та віку дитини.

УСКЛАДНЕННЯ

Рецидив.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга, ортодонта, терапевта-стоматолога, педіатра.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відсутність деформацій м'яких тканин; задовільний соматичний стан.

МКХ-іо D36.1 Доброякісні новоутворення периферичних нервів та вегетативної нервової системи (нейрофіброма)

Клінічна форма - нейрофіброма.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На болючу пухлину та деформацію обличчя.

Місцеві ознаки

Асиметрія обличчя через деформацію тканин відповідної ділянки. Пальпаторно - болюче, щільне (іноді м'яке) новоутворення, пізніше - виявляються м'які вузли на ніжці.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне

В умовах стаціонару - видалення пухлини у межах здорових тканин.

Вибір методу знеболювання

Хірургічні втручання виконуються під загальним знеболенням.

Медикаментозне:

- ненаркотичні анагетика;
- антигістамінні препарати.

Місцеве

Обробка лінії швів антисептиками.

УСКЛАДНЕННЯ

Нагноювання рани, рецидиви.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан.

МКХ-10 D36.1 Доброякісні новоутворення периферичних нервів та вегетативної нервової системи (дермоїдні та епідермоїдні кісти)

Клінічна форма - дермоїдні та епідермоїдні кісти.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На деформацію обличчя у відповідній ділянці, яка повільно збільшується.

Місцеві ознаки

Пухлина кулястої форми, із гладкою поверхнею, щільної консистенції, безболісна, не спаяна з прилеглими тканинами; шкіра над утворенням не змінена. При локалізації у ділянці дна порожнини рота пухлина може набувати форми піщового годинника. В разі нагноєння - всі ознаки неонтогенного абсцесу.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне

Цистектомія.

Вибір методу знеболювання

Залежить від віку дитини (дітям раннього віку рекомендоване загальне знеболювання), її психоемоційного стану, наявності соматичних захворювань та локалізації кісти.

Медикаментозне:

- ненаркотичні анагетика;
- антигістамінні препарати;
- вітаміни.

Місцеве

Обробка лінії швів антисептиками.

УСКЛАДНЕННЯ

Нагноєння, рецидиви.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан.

МКХ-10 D 16.4, D 16.5 Доброякісні новоутворення кісток щелепно-лицьової ділянки (амелобластома)

Клінічна форма - амелобластома.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На біль у патологічному осередку, ниючий біль у зубах, збільшення ділянки щелепи; при локалізації на верхній щелепі - утруднене носове дихання, слъзотеча, диплопія, парестезія шкіри на боці ураження.

Місцеві ознаки:

- *солідна форма* - асиметрія обличчя за рахунок збільшення кута чи гілки нижньої щелепи; шкіра над пухлиною бліда, з вираженим судинним малюнком; пальпаторно-щільна, з ділянками розм'якшення, безболісна пухлина; при нагноєнні - всі ознаки запалення, нориці на шкірі;
- *кістозна форма* - гладка або горбиста веретеноподібно здута кістка, пізніше - позитивний симптом Рунге-Дююїтрена, позитивний симптом флюктуації; зуби в зоні ураження зміщені (конвергенція коронок), рухомі, перкусія їх безболісна.

Допоміжні:

- на рентгенограмі (ортопантомографія, рентгенограма половини нижньої щелепи у бічній проекції): найчастіше - *полікістозний варіант*: численні кулясті осередки деструкції кістки, з чіткими межами та нерівними контурами, які прилягають один до одного («мильна піна»); реакція окістя відсутня. *Солідна форма* - гетерогенне розрідження кістки з відносно чіткими межами, на фоні якого можуть бути окремі кістозні порожнини;
- при пункції - прозора жовтувата рідина, іноді з кристалами холестерину.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне:

- в умовах стаціонару;
- при невеликих осередках ураження - резекція ділянки щелепи у межах здорової тканини, із збереженням неперервності кістки. При значному ураженні щелепи - резекція або екзартикуляція щелепи з одномоментною аутопластиком провареним реплантатом (попередньо видалити фолікули зубів).

Вибір методу знеболювання

Хірургічні втручання виконується під загальним знеболенням.

Медикаментозне:

- антибіотикотерапія;
- ненаркотичні аналгетики;
- антигістамінні препарати;
- вітаміни.

Місцеве

Обробка порожнини рота антисептиками.

Механічно та хімічно щадна їжа.

УСКЛАДНЕННЯ

Нагноєння, рецидив, післяопераційні деформації, перелом щелепи.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга, ортодонта, терапевта-стоматолога.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-10 D 16.4, D 16.5 Доброякісні новоутворення кісток щелепно-лицьової ділянки (твердаодонтома)

Клінічна форма - тверда одонтома.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На відсутність зуба та безболісну деформацію щелепи.

Місцеві ознаки

Деформація коміркового відростка або тіла щелепи, частіше - з вестибулярного боку; пальпація безболісна, консистенція новоутворення

щільна, слизова оболонка над утворенням не змінена в кольорі; зуб у ділянці пухлини може бути відсутній або ретинований. При «прорізуванні» одонтоми - травмування її зубами-антагоністами.

Допоміжні

На рентгенограмі (прищільна внутрішньоротова, ортопантомограма, рентгенограма половини нижньої щелепи у бічній проекції) - гомо- чи гетерогенна тінь високої інтенсивності, з чіткими горбистими контурами, по периферії новоутворення - смуга розрідження кісткової тканини та обідок склерозу; на фоні тіні можуть спостерігатися окремі зубоподібні утворення невірної форми.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне:

Екскохлеація пухлини.

Вибір методу знеболювання

Залежить від віку дитини (дітям раннього віку рекомендоване загальне знеболювання), її психоемоційного стану, наявності соматичних захворювань.

Медикаментозне:

- ненаркотичні аналгетики.
- антигістамінні препарати.
- вітаміни.

Місцеве

Обробка порожнини рота антисептиками.

УСКЛАДНЕННЯ

Рецидив, перелом щелепи.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга, ортодонта.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; нормалізація показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень.

МКХ-10 D 16.4, D 16.5 Доброякісні новоутворення кісток щелепно-лицьової ділянки (м'якоодонтома)

Клінічна форма - м'яка одонтома.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На деформацію ділянки щелепи.

Місцеві ознаки

Деформація щелепи (частіше - ділянка молярів), поверхня горбиста, щільна, пальпація безболісна; при руйнуванні кортикальної пластинки - проростання пухлини у м'які тканини.

Допоміжні

На рентгенограмі (ортопантомограмі, рентгенограмі половини нижньої щелепи у бічній проекції) - кіста або полікістома з нечіткими межами.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне

Резекція щелепи у межах здорової тканини.

Вибір методу знеболювання

Хірургічні втручання виконуються під загальним знеболенням.

Медикаментозне:

- ненаркотичні анагететики;
- антигістамінні препарати;
- вітаміни.

Місцеве

Обробка порожнини рота антисептиками.

УСКЛАДНЕННЯ

Рецидив.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-10 D 16.4, D 16.5 Доброякісні новоутворення кісток щелепно-лицьової ділянки (цементома)

Клінічна форма - цементома.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На наявність деформації щелепи або відсутні.

Місцеві ознаки

Деформація коміркового відростка або тіла щелепи, частіше - з вестибулярного боку; пальпація безболісна, консистенція новоутворення щільна, слизова оболонка над утворенням не змінена в кольорі; при розв'язку на верхній щелепі - проростання у верхньощелепну порожнину (утруднення носового дихання, диплопія, слъзотеча).

Допоміжні

На рентгенограмі (ортопантограмі, рентгенограмі половини нижньої щелепи у бічній проекції, оглядовій рентгенограмі черепа у носо-підборідній укладці) - гомогенна щільна тінь кулястої або невірної форми з рівними контурами та чіткими межами, зв'язана з коренем зуба у єдине ціле.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне

Резекція ураженої ділянки щелепи без порушення її неперервності.

Вибір методу знеболювання

Хірургічні втручання виконуються під загальним знеболенням.

Медикаментозне:

- ненаркотичні анагетика;
- антигістамінні препарати;
- вітаміни.

Місцеве

Антисептична обробка.

УСКЛАДНЕННЯ

Рецидив.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-10 K06.8

Епуліс

Клінічна форма - епуліс.**ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ**Скарги

На пухлиноподібне утворення на яснах, яке легко кровоточить та повільно збільшується.

Місцеві ознаки

Новоутворення на комірковому відростку щелепи у ділянці одного, іноді кількох, зубів, щільної (фіброзний) чи м'якої (ангіоматозний епуліс) консистенції, пальпація безболісна; зуб у ділянці новоутворення уражений карієсом; при зондуванні - виявляється «ніжка», яка пов'язана з тканинами періодонту.

Допоміжні:

- при електроодонтодіагностиці - нежиттєздатність пульпи «причинного» зуба;
- на рентгенограмі (внутрішньоротова прицільна) - розширення періодонтальної щілини «причинного» зуба.

ЛІКУВАННЯ**Хірургічне**

Висічення епулісу у межах здорових тканин із наступною електрокоагуляцією або склерозуванням підлеглої тканини.

Вибір методу знеболювання

Інфільтраційна або провідникова анестезія, у разі нестабільного психо-емоційного стану хворого - загальне.

Місцеве

Обробка лінії швів антисептиками.

УСКЛАДНЕННЯ

Рецидив.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції жування, відкриття рота, відсутність м'яких тканин; задовільний соматичний стан.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На наявність деформації щелепи або аліасти.

МКХ-10 K06.8

Доброякісні новоутворення кісток щелепно-лицьової ділянки (остеома)

Клінічна форма - остеома.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На безболісну деформацію щелепи, яка дуже повільно збільшується; при локалізації у ділянках виходу нервових стовбурів - невралгічний біль.

Місцеві ознаки

Гладке або бугристе вип'ячування тканин тіла або коміркового відростка щелепи, щільне, безболісне, із чіткими межами. Шкіра або слизова оболонка над пухлиною не змінена.

Допоміжні

На рентгенограмі (ортопантограмі, рентгенограмі половини нижньої щелепи у боковій проекції) - осередок остеосклерозу без чітких меж.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне

Нівелювання ураженої ділянки щелепи - коли пухлина зумовлює неприємні відчуття, функціональні чи естетичні порушення.

Вибір методу знеболювання

Хірургічні втручання здійснюється під загальним знеболенням.

Медикаментозне:

- антибіотикотерапія;

- ненаркотичні аналгетики;
- антигістамінні препарати;
- вітаміни.

Місцеве

Обробка порожнини рота антисептиками.

Механічно та хімічно шадна їжа.

УСКЛАДНЕННЯ

Рецидив.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції жування, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп; задовільний соматичний стан; зміна показників рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-іо М85.0

Системні пухлиноподібні
новоутворення обличчя
(*фіброзна дисплазія*)

Клінічна форма - фіброзна дисплазія.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇСкарги

На наявність незначної деформації тканин на початку захворювання та слабкий біль у щелепі, за умови прогресування хвороби - вираженої деформації щелеп та нічний біль у ній, рухливість та самостійне випадіння зубів, пігментованих плям на тулубі та кінцівках, симетричної деформації в ділянці обох кутів нижньої щелепи.

Місцеві ознаки:

- асиметрія обличчя за рахунок збільшення кісткової тканини, що безболісна, щільна, з горбистою поверхнею, незміненою шкірою та слизовою оболонкою над пухлиною у разі моноосальної форми;
- ураження кількох кісток обличчя або поєднання його з осередками в стегні, плечі тощо у разі поліосальної форми;

- наявність ураження кісток скелета, пігментні плями від світло до темнокавового кольору на кінцівках та тулубі, передчасне статеве дозрівання у разі синдрому Олбрайта;
- наявність симетричного збільшення кісткової тканини в ділянці кутів нижньої щелепи (обличчя херувима), розхитаність або часткова відсутність зубів у разі херувизму.

Допоміжні

Нерівномірне стоншення кортикального шару щелепи без порушення безперервності його, ділянки «просвітлення» кісткової тканини круглої та овальної форми з обідком склерозу по периферії, великопетлиста будова кісток навколо осередків «розрідження» у разі вогнищевої форми та відсутність чітких меж із здоровою кістковою тканиною, множинні ділянки «просвітлення», розділені щільними кістковими перетинками (кістка виглядає як бджолині стільники), масивні періостальні нашарування, безладне розташування зачатків зубів у щелепі в разі дифузної форми та херувизму на рентгенограмі (за Генішем, ортопантомограма).

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне

Вишкрібування осередків ураження, нівелювання деформованої кістки або часткова резекція ураженої частини щелепи без порушення кісткового краю.

Вибір методу знеболювання

Хірургічні втручання виконується під загальним знеболенням.

Медикаментозне:

- антибактеріальна терапія (для попередження нагноєння кісткової порожнини);
- антигістамінні препарати;
- вітаміни групи С, D, А;
- препарати кальцію;
- знеболювальні препарати.

Місцеве:

- компреси з 5% димексидом для розсмоктування інфільтрату та набряку м'яких тканин після хірургічного втручання;
- обробка порожнини рота антисептиками.

Механічно-щадна дієта, стіл № 16 - рідка їжа з багатим вмістом білка, вітамінізоване питво.

УСКЛАДНЕННЯ

Запалення у ділянці новоутворення, рецидив, деформація щелепи, порушення жування.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Контрольний огляд у щелепно-лицьового хірурга та рентгенологічне дослідження щелеп 1 раз на рік, виготовлення ортодонтичних апаратів або протезування за необхідністю у ортодонта.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх або поліпшення стану - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації їх.

МКХ-10 кю і Гігантоклітинна гранульома, центральна

Клінічна форма - остеобластокластома.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇСкарги

На біль у зубах у зоні ураження, порушення прорізування постійних зубів, біль під час жування, деформацію щелепи.

Загальні ознаки

У разі виникнення нагноєння - ознаки загальної інтоксикації (підвищення температури тіла, головний біль, порушення сну та апетиту).

Місцеві ознаки:

- веретеноподібне здуття щелепи, слизова оболонка не змінена або ціанотична. Нориці на слизовій оболонці - внаслідок запального процесу;
- при *кістозній формі* межі пухлини чіткі, поверхня гладка, симптом «пергаментного хрусту» позитивний;
- *літична форма* - виражена асиметрія обличчя, пухлина може виходити за межі кортикального шару ураженої кістки. Зуби в осередку ураження зміщені та розхитані. Пальпація осередку болісна;
- *коміркова форма* - поверхня щелепи горбиста. При нагноєнні - усі ознаки запального процесу (періоститу або остеомієліту).

Допоміжні

На рентгенограмі (ортопантограмі, рентгенограмі половини нижньої щелепи у боковій проекції):

- *при кістозній формі* - осередок деструкції кістки із зоною склерозу навколо, горизонтальна резорбція коренів зубів у зоні пухлини;
- *при комірковій формі* - маленькі порожнини, які розділені між собою перетинками («мільні пухирі») і чітко відокремлені від здорової тканини;
- *при літичній формі* - осередок деструкції кістки без чітких меж;
- при пункції - рідина бурого кольору.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне

Екскохлеація пухлини; при літичній формі - резекція ділянки щелепи у межах здорової тканини.

Вибір методу знеболювання

Хірургічні втручання виконуються під загальним знеболенням.

Медикаментозне:

- антибіотикотерапія;
- ненаркотичні аналгетики;
- антигістамінні препарати;
- вітаміни.

Місцеве

Обробка порожнини рота антисептиками.

Механічно та хімічно щадна їжа.

УСКЛАДНЕННЯ

Рецидив, запалення, перелом щелепи, деформація щелепи.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Огляд дитини у щелепно-лицьового хірурга, контрольна рентгенограма щелепи 1 раз на рік; при необхідності - виготовлення ортодонтних апаратів чи протезів для відновлення функції жування у ортодонта.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції жування, відкривання рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх або поліпшення стану - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини; зміна показників рентгенологічних досліджень у бік нормалізації їх.

МКХ-10 K06.8 Периферійна гігантоклітинна гранульома

Клінічна форма - гігантоклітинний епуліс.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На безболісне новоутворення на комірковому гребені.

Місцеві ознаки

Яскраво-червона пухлина на яснах, розташована з обох боків коміркового гребеня, має широку основу, щільно-еластичну консистенцію, слизова оболонка не змінена або з виразками. Зуби у зоні пухлини можуть бути рухливими.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне

Екскохлеація пухлини.

Вибір методу знеболювання

Провідникова анестезія або загальне - у разі новоутворення великих розмірів та у дітей молодшого віку.

Медикаментозне:

- ненаркотичні анагетика;
- антигістамінні препарати;
- вітаміни.

Місцеве

Обробка порожнини рота антисептиками.

Механічно та хімічно щадна їжа.

УСКЛАДНЕННЯ

Рецидив.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, відсутність деформацій щелеп; задовільний соматичний стан; зміна показників рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-10 E2i.o Системні пухлиноподібні новоутворення кісток лица

Клінічна форма - гіперпаратіреїдна остеодистрофія.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги:

- на наявність безболісної деформації щелеп, яка повільно збільшується;
- кровоточивість ясен.

Місцеві ознаки

Лице асиметричне за рахунок безболісної деформації щелеп, що повільно зростає. Явище пародонтиту: набряклі, рихлі ясна, кровоточивість під час їжі та чистки зубів. Може спостерігатися рухомість зубів.

Допоміжні

Наявність підвищеного вмісту кальцію (гіперкальціємія) до 3,49- 4,99 ммоль/л та зниження вмісту фосфору (гіпофосфатемія) до 0,48 ммоль/л у крові, розрідження та стоншення кісткової тканини щелеп на рентгенограмі.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне

Видалення прищитоподібної залози, видалення zdeформованої частини щелепи.

Вибір методу знеболювання

Хірургічні втручання виконуються під загальним знеболенням.

Медикаментозне:

- антибактеріальна терапія у післяопераційний період;
- обробка порожнини рота антисептиками місцево.

УСКЛАДНЕННЯ

Переломи щелеп, рецидив захворювання.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга, ортодонта, ендокринолога.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Поліпшення стану - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації їх.

МКХ-10 K04.8

Коренева кіста

Клінічна форма - радикулярна кіста щелепи.**ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ**Скарги

На безболісну деформацію щелепи, яка повільно збільшується.

Загальні ознаки

Загальний стан не змінений; при нагноєнні кісти - підвищення температури тіла, ознаки загальної інтоксикації.

Місцеві ознаки

Деформація коміркового відростка щелепи, частіше - з вестибулярно-го боку (при радикулярних кістах від верхніх бічних різців - деформація може спостерігатися з боку піднебіння); пальпація безболісна, консистенція новоутворення щільна, симптом Рунге-Дюпюїтрена позитивний - при великих кістах; слизова оболонка над кістою не змінена в кольорі. Наявний «причинний» зуб - уражений карієсом, змінений у кольорі, рухомий, перкусія його болісна. При нагноєнні радикулярної кісти - усі ознаки гострого гнійного одонтогенного періоститу щелепи.

Допоміжні:

- на рентгенограмі (прицільній внутрішньоротовій, ортопантограмі або рентгенограма половини нижньої щелепи у бічній проекції) - гомогенна деструкція кістки кулястої форми з чіткими межами; в осередок звернуті корені «причинного» зуба; при *радикулярній зубовмісній кісті* від тимчасового зуба на осередок деструкції накладається тінь фолікула постійного зуба; при *проростанні кісти у верхньощелепну порожнину* - тінь «купола» із чіткими межами в останній; при *резидуальній кісті* - гомогенна деструкція кістки з чіткими межами в ділянці відсутнього зуба;
- при пункції - прозора, жовтого кольору рідина, яка містить кристали холестерину.

ЛІКУВАННЯ**Хірургічне:**

- при *радикулярних зубовмісних кістах* від тимчасових зубів, радикулярних кістах верхньої щелепи з порушенням неперервності кісткового дна носової порожнини або піднебінної пластинки, великих радикулярних кістах зі значним стоншенням нижнього краю щелепи - застосовується цистотомія;
- при *невеликих радикулярних кістах* (у межах 1-2 зубів) - цистектомія;
- при *радикулярних кістах*, які вросли у верхньощелепну порожнину - цистектомія з гайморотомією та накладанням цистогаймороанастомозу.

Вибір методу знеболювання

Залежить від віку дитини (дітям раннього віку рекомендоване загальне знеболювання старшого - частіше провідникове), її психоемоційного стану, наявності соматичних захворювань.

Медикаментозне:

- ненаркотичні анагетика;
- антигістамінні препарати;
- вітаміни.

Місцеве

Обробка порожнини рота антисептиками.

УСКЛАДНЕННЯ

Нагноєння, рецидив.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у терапевта-стоматолога, щелепно-лицьового хірурга, ортодонта, терапевта-стоматолога.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відсутність деформацій щелеп; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-10 K09.0

**Кісти, що утворилися
в процесі формування зубів**

Клінічна форма - фолікулярна кіста.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На безболісну деформацію щелепи, яка повільно збільшується, на відсутність відповідного зуба у зубній дузі.

Загальні ознаки

Загальний стан не змінений; при нагноєнні кісти - підвищення температури тіла, ознаки загальної інтоксикації.

Місцеві ознаки

Деформація коміркового відростка або тіла щелепи, частіше - з вестибулярного боку; пальпація безболісна, консистенція новоутворення щільна, симптом Рунге-Дюпюїтрена позитивний - при великих кістах; слизова оболонка над кістою не змінена в кольорі. При нагноюванні кісти - всі ознаки гострого гнійного одонтогенного періоститу щелепи.

Допоміжні:

- на рентгенограмі (прицільній внутрішньоротовій, ортопантограмі або рентгенограмі половини нижньої щелепи у бічній проекції) - гомогенна деструкція кістки кулястої форми з чіткими межами; коронка фолікула постійного зуба накладається на осередок деструкції;
- при пункції - прозора, жовтого кольору рідина.

ЛІКУВАННЯ**Хірургічне**

Цистотомія, в разі загибелі фолікула постійного зуба - цистектомія.

Вибір методу знеболювання

Вибір методу знеболювання - залежить від віку дитини (дітям раннього віку рекомендоване загальне знеболювання), її -психоемоційного стану, наявності соматичних захворювань.

Медикаментозне:

- ненаркотичні аналгетики;
- антигістамінні препарати;
- вітаміни.

Місцево

Обробка порожнини рота антисептиками.

УСКЛАДНЕННЯ

Нагноєння, рецидив, загибель фолікула постійного зуба.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансерізації у щелепно-лицьового хірурга, ортодонта.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції жування, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

3.4. ТРАВМАТИЧНІ ПОШКОДЖЕННЯ

МКХ-іо s oo.3, s oo.4, s oo.5, s oi.4, s oi.5 Травми м'яких тканин

Клінічна форма - садна; забиття; рани без дефекту та з дефектом м'яких тканин.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На набряк тканин ушкодженої ділянки, біль у ділянці ураження, кровотеча, порушення цілісності уражених тканин, відсутність частини ураженої ділянки обличчя.

Загальні ознаки

Збудження або ознаки больового шоку.

Місцеві ознаки:

- наявність поверхневого ушкодження шкіри у вигляді порушення епідермісу, що проявляється кровоточивістю з капілярів у вигляді крапель - у разі *садни*;
- наявність гематоми, що супроводжується набряком м'яких тканин та зміною кольору шкіри на синьо-червоний - у разі *забиття*;
- наявність кровотечі з ушкодженої ділянки, порушення цілісності та набряк м'яких тканин; краї рани лінійної форми, *якщо вона різана*; неправильної форми із рваними краями - *рвані та забиті рани*; малий вхідний отвір та довгий рановий канал, *якщо рана колота*; відсутність частини тканин губи, щоки, носа, *якщо рана з дефектом*.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне

Обробка ран антисептиками (у разі *укушених ран* - останні обробляються 10% розчином господарського мила, а далі антисептиком); зупинка кровотечі, ревізія рани на наявність чужорідного тіла у разі *колотих ран*; видалення нежиттєздатних тканин; пошарове ушивання ран кетгуттом та поліамідною ниткою у разі *ран без дефекту* та пластичне закриття дефекту місцевими тканинами у разі *ран з дефектом*.

Вибір методу знеболювання

Місцеве інфільтраційне чи провідникове або загальне залежно від виду рани та віку дитини.

Медикаментозне:

- антибактеріальні препарати;
- антигістамінні препарати;
- вітаміни групи С, D, В, А загально;
- антирабічна вакцинація за показаннями;
- протиправцева вакцинація за показаннями.

Місцеве:

- змазування шкіри розчином брильянтового зеленого *при саднах*]
- холод у перші 2 доби, а далі - теплові процедури (компреси з димексидом, ультразвук), при невеликих за розмірами гематомах або відсмоктування гематоми шприцем та накладання тиснучої пов'язки у разі *значних за розмірами гематом*.

Механічно-щадна дієта за умов ушкодження м'яких тканин губ та ділянок кутів рота.

УСКЛАДНЕННЯ:

- нагноєння гематоми чи рани, рубцева деформація тканин обличчя;
- порушення функцій відкривання рота, жування, вимови.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга: контрольний огляд 2 рази на рік у разі ран зі значними дефектами, що потребують поетапної ліквідації.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відкривання рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх або поліпшення стану - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації їх.

МКХ-10 Т 20

Термічні та хімічні опіки голови та шиї

Клінічна форма - термічні та хімічні опіки голови та шиї.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги:

- наявність болю та набряку тканин у ділянці ушкодження, зміну кольору шкіри та пухирів, опікового струпу від коричневого до чорного кольору - у разі *термічних опіків*]
- наявність болючого набряку тканин, пухирів та сухого щільного струпу з зоною гіперемії шкіри навколо нього у разі опіку кислотою або пухко-го брудно-білого кольору струпу при опіку лугами - у разі *хімічних опіків*.

Загальні ознаки

Збудження дитини або ознаки опікового шоку.

Місцеві ознаки:

- виражена гіперемія шкіри, ненапружені поодинокі пухирці з рідиною світло-жовтого кольору у разі *опіку I ступеня*;
- наявність пухирів різних за розмірами з прозорою жовтою рідиною у разі *опіку II ступеня*;
- наявність неушкоджених та ушкоджених пухирів з рожевим дном, струпів на місці ушкоджених пухирів у разі *опіку IIIA ступеня*;
- наявність пухирів з геморагічним вмістом або ушкоджених пухирів із сухим дном, чутливість якого знижена або відсутня; струпів різної товщини коричневого чи чорного кольору, ділянок некрозу у разі *опіку III ступеня*.

ЛІКУВАННЯ

Місцеве:

- перша невідкладна допомога - припинення дії термічного або хімічного чинника, охолодження ділянок обличчя пов'язками з холодною водою чи охолоджувальними препаратами у разі болю;
- застосування мазей та кремів з антиоксидантами - при *опіках I ступеня*;
- обробка шкіри пухирів антисептиками, а далі - мазями, що адсорбують ексудат, ферменти для прискорення відшарування змертвілої шкіри та гелеві сорбенти - при *опіках II ступеня*;
- гіперосмолярні препарати та прискорюючі гранулювання - при *опіках III ступеня*.

Медикаментозне:

- знеболювальні (наркотичні аналгетики) внутрішньо у разі *великих ділянок опіків та вираженої больової реакції*;

- антибактеріальна терапія;
- антигістамінні засоби (за показаннями).

УСКЛАДНЕННЯ

Нагноєння пухирів, рубцеві деформації тканин обличчя різного ступеня, порушення функцій.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Дітей з опіками II—III ступеня, які потребують тривалого лікування по відновленню дефектів тканин чи ліквідації рубцевих деформацій тканин, перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга, комбустолога, педіатра.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, дихання, відкривання рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх або поліпшення стану (залежно від ступеня опіку та його площі) - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації їх.

МКХ-10 Т33.0

Відмороження

Клінічна форма - відмороження.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На наявність поколювання або зуду шкіри у місці відмороження, відсутність чуливості, блідості шкіри, ціанозу, вираженого набряку ділянки ураження, пухирів синюшно-червоного кольору або струпів чорного кольору.

Загальні ознаки

Збудження дитини, підвищення температури тіла.

Місцеві ознаки:

- блідість шкіри, що змінюється гіперемією або ціанозом, «мармурова шкіра», виражений набряк м'яких тканин - у разі *відмороження I ступеня*]

- утворення пухирів з прозорим вмістом, шкіра навколо пухирів синюшно-червоного кольору - у разі *відмороження II ступеня*]
- пухирі з геморагічним вмістом, струпи чорного кольору, після відторгнення якого з'являється гранулююча рана - у разі *відмороження III ступеня*;
- відсутність частини тканин чи органів у результаті некрозу - у разі *відмороження IV ступеня*.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне:

- розкриття пухирів за умови нагноєння вмісту - при *відмороженні II ступеня*;
- некректомія, а у подальшому - реконструктивно-відновлювальні операції у разі *відмороження III-IV ступеня*.

Вибір методу знеболювання

Хірургічні втручання проводиться під загальним знеболенням.

Медикаментозне:

- знеболювальні засоби внутрішньо при всіх ступенях відмороження;
- інфузійна протизапальна терапія;
- антикоагулянти;
- антигістамінні препарати;
- вітамінні препарати;
- введення протиправцевої та протиангренозної сироватки.

Місцеве

Фізіотерапевтичні процедури (електрофорез, фонофорез, СВЧ).

УСКЛАДНЕННЯ

Нагноєння вмісту пухирів, дефекти та рубцеві деформації м'яких тканин обличчя.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Проводиться щелепно-лицьовим хірургом дітей з II—IV ступенями опіків, які потребують відновлення дефектів або ліквідації рубцевих деформацій тканин, педіатром.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх або поліпшення стану - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації їх.

МКХ-10 S02.5

Перелом зуба

Клінічна форма - перелом коронки зуба; перелом кореня зуба;
 — відлом емалі коронки зуба (без або з розкриттям пульпової камери);
 відлом коронки з розкриттям пульпової камери.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇСкарги:

- на наявність дефекту частини коронки, біль під час прийому гарячої чи холодної їжі, гострий край коронки у разі *відлomu емалі коронки зуба* (без або з розкриттям пульпової камери);
- наявність дефекту частини коронки, біль від холодної чи гарячої їжі, неможливість відкусувати їжу у разі *відлomu коронки з розкриттям пульпової камери*;
- біль під час накушування на зуб, рухомість його - у разі *перелому кореня зуба*.

Місцеві ознаки:

- порушення цілісності коронки у межах емалі або дентину, відкрита порожнина зуба при розкритті пульпової камери. Якщо відламана вся коронка, та її в роті немає, виявляється верхній полюс кореня зуба, відкрита порожнина зуба - у разі *перелому коронки зуба*;
- біль при натискуванні та перкусія зуба залежно від рівня перелому, можлива незначна рухомість його, набряк ясен навколо зуба - у разі *перелому кореня зуба*.

Допоміжні

Порушення цілісності кореня зуба на прицільній рентгенограмі.

ЛІКУВАННЯ**Хірургічне:**

- видалення кореня зуба показане при відломі коронки тимчасового зуба, корень якого розсмоктався на 1/3 довжини під місцевим знеболюванням, а дітям раннього віку - загальним;
- видалення зуба - у випадках перелому кореня тимчасового зуба зі зміщенням; апікоектомія - у разі *перелому верхівки кореня постійного зуба* та наступного розвитку періодонтиту;
- за наявності *перелому кореня тимчасового зуба* без зміщення - фіксація уламків шиною-капою на 3-4 тижня;
- у випадках *перелому кореня постійного зуба* в середній його частині та загибелі пульпи - пломбування каналу та виготовлення штифтового зуба. Якщо *пульпа жива* - забезпечення спокою зуба, виключивши його з акту жування капою.

Вибір методу знеболювання

Місцево (інфільтраційне чи провідникове) або загальне залежно від виду травми та віку дитини.

Медикаментозне:

- знеболювальні засоби загально;
- антисептичні розчини для обробки порожнини рота.

Механічно-щадна дієта в усіх випадках травм зубів.

УСКЛАДНЕННЯ

Розвиток періодонтиту.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

У разі збереження зуба - лікування та нагляд у терапевта-стоматолога, при втраті зуба - його заміщення ортодонтотом.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції жування, мови. Зміна показників рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-10 s оз.2

Вивих зуба

Клінічна форма - вивих зуба - травматична дистопія
(по вертикалі, сагіталі, трансверзалі), втрата зуба.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На біль у зубі, неможливість відкушувати їжу, зміну положення чи відсутність зуба, кровотеча з ясен, набряк тканин у ділянці ураження, набряк губи.

Місцеві ознаки:

- наявність рухомого зуба, зміна його положення (збільшення висоти, поворот зуба, зміщення коронки зовнішньо чи внутрішньо), неможливість правильно зімкнути зуби, набряк слизової оболонки ясен навкололунки зуба, можлива кровотеча з лунки - у разі *травматичної дистонії*,
- біль у ділянці травми, відсутність зуба в комірці, наявність рани слизової оболонки та кровотеча з неї, при ушкодженні коміркового відростка - наявність уламків - у разі *втрати зуба*

- переміщення зуба на верхній щелепі донизу, на нижній - догори (екструзія) - при дистопії *по вертикалі*] занурення у кісткову тканину коміркового відростка (інтрузія) - зуба на місці немає або він зменшений за висотою або зміна положення коронки під різними кутами навколо поздовжньої осі вперед чи назад - при зміщенні *по сагіталі*; вправо чи вліво, перекиваючи коронку сусіднього зуба - при зміщенні *по трансверсалі*.

Допоміжні

Наявність зуба в комірковому відростку на прицільній рентгенограмі у разі інтрузії (травматичної дистопії по сагіталі); відсутність зуба в комірковому відростку на прицільній рентгенограмі (у разі втрати зуба).

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне:

- репозиція зуба, фіксація його на 2-3 тижні, нагляд протягом 1 місяця, при визначенні загибелі пульпи - пломбування каналу - у разі *травматичної дистопії*]
- реплантація зуба, фіксація шиною-скобою на 2-3 тижні, пломбування каналу при загибелі пульпи - у разі *втрати зуба внаслідок травми*]
- спостереження за прорізуванням зуба при інтрузії постійного зуба з несформованим коренем; репозиція та фіксація зуба на 3 тижні за умови інтрузії постійного зуба зі сформованим коренем; спостереження за тимчасовим зубом, якщо корінь його сформований; видалення тимчасового зуба, якщо корінь його травмує зачаток постійного зуба або знаходиться на стадії розсмоктування.

Вибір методу знеболювання

Місцеве (інфільтраційне чи провідникове).

Медикаментозне:

- аналгетики;
- антигістамінні препарати;
- сульфаніламідні препарати;
- вітаміни груп С та В (загально, внутрішньо).

Механічно-щадна дієта - стіл № 16 в усіх випадках травм зубів.

УСКЛАДНЕННЯ

Загибель зачатка постійного зуба, розвиток пульпіту чи періодонтиту, нагноєння рани м'яких тканин навколо травми.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у хірурга-стоматолога, терапевта-стоматолога, ортодонта.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп; задовільний соматичний стан; зміна показників рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-10 s 02.б, s 03.0 Переломи нижньої щелепи

Клінічна форма - травматичний перелом нижньої щелепи.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

Дитини чи її батьків на біль у щелепі у місці удару. Порушення прикусу, неможливість жувати, натискати на зуби, іноді на їх відсутність унаслідок травми.

Місцеві ознаки

Уразі перелому тіла або гілки нижньої щелепи без зміщення фрагментів (так званий перелом за типом «зеленої гілки»):

- гематома, садни або рана м'яких тканин, набряк їх навколо місця удару;
- відкриття рота болісне, прикус не порушений;
- травма зубів - їх забиття, перелом або травматична дистопія;
- на рентгенограмі за Генішем або ортопантограмі визначається порушення цілісності кісткової тканини у вигляді лінії просвітлення. Фрагменти нижньої щелепи не зміщені.

Уразі перелому тіла або гілки нижньої щелепи із зміщенням фрагментів:

- додатково спостерігаються гематоми, рани м'яких тканин лиця;
- кровотеча із тканин ясен;
- зуби (1-2) у місці удару рухомі або відсутні;
- прикус порушений, серединна лінія зміщена;
- лише при присередньому переломі (за умови вертикальної лінії перелому або розташування у ній одного із центральних різців) прикус не порушений;
- при ментальних переломах, а також переломах у ділянці молярів (одно- або двобічні) - відкритий одно- чи двобічний прикус з контактом на кутніх зубах. По краю щелепи - симптом сходинки, зміщення поверхонь уламків, крепітація їх).

Уразі двобічного ментального перелому:

- при зміщенні присереднього уламка дозаду та донизу можливо виникнення дислокаційної асфіксії;
- за умови однобічного перелому кута нижньої щелепи середина лінія зміщується у бік ураження і на цьому боці формується відкритий прикус.

Уразі переломів виросткового відростка:

- однобічних-обмежене відкривання рота та наявність болісного набряку привушної ділянки; біль з боку перелому під час надавлювання на підборіддя; зміщення середньої лінії у травмований бік;
- двобічних - середня лінія може не зміщуватися; прикус відкритий, дистальний;
- на рентгенограмі суглоба за Шулером чи Парма, оглядовій рентгенограмі кісток лицевого черепа у прямій проекції, носо-лобній укладці виявляється порушення цілісності кістки у вигляді смуги просвітлення у ділянці шийки виросткового відростка нижньої щелепи. Головка відростка зміщується під різними кутами;
- на спіральній комп'ютерній томограмі з мультипланарною конструкцією визначається зміщення суглобового відростка у тривимірному зображенні.

ЛІКУВАННЯ

Невідкладна допомога - знеболювання, припинення кровотечі із м'яких тканин, попередження затікання її у дихальні шляхи. При необхідності - прошивання язика. Транспортування хворого на боці чи на животі. Спеціалізована допомога в умовах дитячого травматологічного пункту чи дитячого щелепно-лицьового відділення.

Уразі перелому тіла нижньої щелепи:

- репозиція та іммобілізація уламків нижньої щелепи у змінному прикусі - шинами-капами; постійному - двощелепними зубоясенними шинами із міжщелепою тягою;
- переломи без зміщення за типом «зеленої гілки» фіксують шинами-капами. Іммобілізацію здійснюють протягом 3-4 тижнів.

Ураз перелому кута та гілки нижньої щелепи:

- репозиція та іммобілізація уламків нижньої щелепи за допомогою остеосинтезу - кісткового шва, титанових пластин під загальним знеболюванням;
- у разі значного зміщення уламків додатково проводять двощелепне шинування з використанням міжщелепної тяги. Іммобілізація здійснюється протягом 3-4 тижнів.

Уразі переломів виросткового відростка нижньої щелепи:

- без зміщення або з кутом зміщення до 30° фіксують назубними шинами, шинами-капами, двощелепною брекет-системою;

- зі зміщенням відламку виросткового відростку більше ніж на 30° чи перелоמו-вивиху його проводять оперативну репозицію відламків під загальним знеболюванням і додатково фіксують щелепи у дітей молодшого віку - шинами-капами, а у дітей старшого віку - зубо-ясенними шинами із міжщелепною тягою. Імобілізацію здійснюють протягом 3-4 тижнів.

Медикаментозне:

- антибактеріальні (остеотропні антибіотики);
- антигістамінні препарати;
- вітаміни групи А, D, E;
- аналгетики;
- стимулятори остеогенезу.

Механічно-шадна дієта з підвищеним вмістом білка, кальцію, фосфору (молочні продукти, м'ясо, рибу, яйця, овочі, фрукти).

Місцеве

Гігієна порожнини рота, обробка антисептиками.

Фізіотерапевтичне

Електрофорез кальцію чи магнітотерапія. Гелій-неонове опромінення з 10-12 доби.

УСКЛАДНЕННЯ

Абсцеси, флегмони, хронічний остеомієліт, утворення несправжнього суглоба.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у хірурга-стоматолога, ортодонта.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

МКХ-10 S02.4, S02.7

ПЕРЕЛОМИ КІСТОК ВИЛИЦІ та верхньої щелепи

(*травматичний перелом верхньої щелепи*)

Клінічна форма - травматичний перелом верхньої щелепи
(нижній, середній, верхній).

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

Дитини чи її батьків на біль у травмованій ділянці щелепи, набряк тканин верхньої губи або прилеглих до очної ямки, кровотечу з рота, носа, вух, відламані зуби чи їх відсутність у комірці, неможливість стиснути зуби, відмову від їжі, головний біль, нудоту, блювання.

Загальні ознаки

Соматичний стан порушений: дитина адинамічна, бліда, в анамнезі - запаморочення або втрата свідомості, можливо блювання, нудота.

Місцеві ознаки

М'які тканини верхньої губи, підчюномкових ділячок, носа набряклі, можлива наявність ран; кровотеча з носа, рота.

У разі *нижнього перелому* - виникає симптом Герена - біль по ходу лінії перелому під час натискання руками на гачки крилоподібних відростків клиноподібної кістки. У ротовій порожнині - рани слизової оболонки та ясен; зуби відламані чи вбиті у кістку верхньої щелепи; патологічна рухомість фрагментів коміркового відростка, можливе сполучення ротової порожнини із верхньощелепною пазухою. На внутрішньоротовому знімку у прикусі визначається порушення цілості кісткової тканини коміркового відростка у вигляді лінії.

У разі *середнього перелому верхньої щелепи* - додатково спостерігається опущення середнього відділу лиця, симптом окулярів. Можлива наявність дефекту кісткової тканини верхньої щелепи.

У разі *високого перелому верхньої щелепи* - додатково спостерігається рухомість вилично-орбітального комплексу.

На рентгенограмі приносних пазух, ортопантограмі, КТ, МРТ, спіральній комп'ютерній томографії з мультипланарною реконструкцією визначається порушення цілості кісткової тканини верхньої щелепи, приносних пазух, можливо і виличної кістки, зміщення відламків.

ЛІКУВАННЯ:

- невідкладна допомога - знеболювання, транспортна іммобілізація верхньої щелепи, прошивання язика у разі його западання з метою попередження дислокаційної асфіксії. Транспортування дитини у положенні лежачи чи на боці у спеціалізоване дитяче щелепно-лицьове відділення;

- у разі наявності перелічених симптомів струсу мозку - термінова консультація невропатолога чи нейрохірурга, введення в/в 25% розчину сірчанокислої магнезії, 10% розчин хлориду кальцію, 40% розчин глюкози; 2,5% піпольфену, лазикс - в/м.

Хірургічне:

- іммобілізація уламків верхньої щелепи у разі *нижнього перелому* - за допомогою шини Ванкевич, Порта, індивідуальних пластин; шини-капи із термопластичних матеріалів із зовнішніми «вусами» - за умови відсутності зубів;
- *середні переломи* - фіксація уламків за допомогою остеосинтезу (кістковим швом, спицею Кіршнера, мініпластинами) під загальним знеболюванням;
- *верхній перелом* - фіксація уламків до верхньощелепного чи виличного відростків суглобової кістки за Адамсом, Швирковим, застосовуючи S-подібні гачки під загальним знеболюванням;
- первинна хірургічна обробка ран м'яких тканин, ревізія гайморової пазухи у разі її пошкодження під загальним знеболюванням.

Медикаментозне:

- антибактеріальна терапія (остеотропні антибіотики);
- антигістамінні препарати, вітаміни групи А, D, E.

Місцеве

Гігієна порожнини рота антисептиками.

Механічно-щадна дієта.

УСКЛАДНЕННЯ

Абсцеси, флегмони, остеомієліт, менінгіт, гайморит, медіастеніт, порушення прикусу, розвиток деформацій верхньої щелепи.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у хірурга-стоматолога, ортодонта, невропатолога, педіатра.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх або поліпшення стану - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації їх.

МКХ-10 S02.4,S02.7

Переломи кісток вилиці та верхньої щелепи (переломивиличноїкісткиадуги)

Клінічна форма - переломи виличної кістки та дуги.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

Дитини чи її батьків на наявність болючого набряку і деформації м'яких тканин виличної та підчочномкової ділянок, іноді - на кровотечу з носу, що виникає одразу після травми; болісне відкривання рота, яке може бути обмеженим, неможливість стиснути зуби.

Місцеві ознаки:

- набряки, крововилив у м'які тканини щоки та підчочномкової ділянки, що поширюється на повіки, повікова щілина звужена;
- при пальпації нижнього очномкового краю визначається «сходінка» у разі зміщення виличної кістки. Відкривання рота обмежене через біль або впирання вінцевого відростка у виличну кістку. За умови значного зміщення кістки відбувається зміна розташування очного яблука, що може спричинити диплопію - двоїння в очах.

Допоміжні

На рентгенограмі кісток лицевого черепа в аксіальній проекції визначається порушення цілості кісткової тканини вилично-коміркового гребеня нижнього очномкового краю і вилично-верхньощелепного шва, виличної дуги. У разі ушкодження стінок верхньощелепної пазухи - затемнення внаслідок накопичення в ній крові.

ЛІКУВАННЯ:

- у разі *свіжих переломів виличної кістки та її дуги* без зміщення фіксація не потрібна; при зміщенні уламків - репозицію проводять з боку ротової порожнини распатором через розріз у ділянці присінка. При позаротовому підході, через розтин шкіри, гачком Лімберга чи лопаткою Буяльського вправляють виличну кістку у правильне положення. Після репозиції додаткова фіксація не потрібна;
- у разі *«застарілих» переломів виличної кістки і дуги* проводять рефрактуру з подальшою фіксацією фрагментів у правильному положенні пластинами з шурупами;
- за наявності *ушкодження верхньощелепної пазухи* з наступним заповненням її йодоформним тампоном, просякнутим гліцерином або вазеліном. Кінець тампона через створений назогайморостомоз виводять у нижній носовий хід.

Медикаментозне

У післяопераційній період:

- антибактеріальна терапія;
- вітаміни групи А, D, Е;
- знеболювальні препарати.

Механічно-щадна дієта.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга, ЛОР-лікаря, офтальмолога.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, дихання, відкривання рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх або поліпшення стану - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації їх.

МКХ-Ю S02.8

Поєднана
щелепно-лицьова травма

Клінічна форма - поєднана щелепно-лицьова травма.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

Біль та набряк м'яких тканин у ділянці ураження, кровотеча з рани, біль у щелепі, неможливість відкривання чи закривання рота, жування, витікання прозорої рідини з вух або носа, відсутність свідомості, нудоту.

Загальні ознаки

Втрата свідомості, запаморочення, нудота, блювання, головний біль, часткова амнезія - у разі *пошкодження головного мозку*.

Місцеві ознаки:

- наявність пошкоджень м'яких тканин (з дефектом чи без нього), кровотечі, набряк у зоні ураження; біль у щелепі (верхній або нижній), патологічна рухливість відламків щелепи, порушення прикусу, неможливість стискати зуби та жувати, відкривати та закривати рот - у разі *травматичних ушкоджень м'яких тканин та щелеп*;
- витікання спинно-мозкової рідини з носа або вух, зміна забарвлення шкіри у ділянці соскоподібних відростків та навколоочні гематоми (з'являються через 24 год. після травми) - у разі *перелому основи черепа*.

Допоміжні

Дефект кісткової тканини (лінія перелому) на прицільній рентгенограмі - у разі *перелому щелепи*; наявність лінії перелому на рентгенограмі черепа у прямій та бічній проєкціях - у разі *перелому кісток черепа*. Наявність патологічних рефлексів при обстеженні неврологічного статусу - у разі *забиття або струсу головного мозку*.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне

Фіксація язика для попередження дислокаційної асфіксії, надання дитині положення з повернутою вбік головою для попередження аспіраційної асфіксії при блюванні; зупинка кровотечі шляхом притискання судини пальцем або зажимом типу «москіт» з подальшою електрокоагуляцією чи прошиванням її; іммобілізація уламків щелеп шинами-капами, назубоясенними шинами, пращеподібними пов'язками - у разі *переломів верхньої та нижньої щелепи*; проведення остеосинтезу при переломі у ділянці кута, гілки або відросткового паростка; ушивання ран при ушкодженні м'яких тканин.

Вибір методу знеболювання

Хірургічні втручання виконується під загальним знеболенням.

Медикаментозне:

- антибактеріальні препарати;
- антигістамінні засоби;
- вітаміни С, D, А;
- анагетика;
- остеостимулюючі препарати;
- дегідратаційна терапія (перодально або в/в).

Місцеве

Обробка порожнини рота антисептиками.

Механічно-щадна дієта, збагачена вітамінами та мікроелементами, переважно молочно-рослинна.

УСКЛАДНЕННЯ

Абсцеси та флегмони м'яких тканин, остеомієліт щелеп, менінгіт, енцефаліт, менінгітний розвиток деформацій тканин щелепно-лицьової ділянки.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга, невропатолога, педіатра, ортодонта.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відкриття рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх або поліпшення стану - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації їх.

МКХ-10 S 03.0, S 03.4

ВИВИХ ЩЕЛЄПИ.

Синдром больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба

Клінічна форма - больова дисфункція СНЩС.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На постійний, тупий, ниючий головний біль та в ділянці суглоба, який посилюється під час рухів нижньої щелепи, емоційного напруження та може іррадіювати в тім'яну ділянку і потилицю, бічну частину шиї, руку, глотку; на клацання у ділянці суглоба, зниження слуху або «закладеність» вуха, слезотечу, світлобоязнь, посмикування м'язів під оком, скрегіт зубів уві сні, зведення щелеп після сну та скованість у жувальних м'язах, печію у роті.

Місцеві ознаки

Асиметрія обличчя за рахунок звуження повікової щілини і піднятого кута рота з боку ураження; пальпаторно виявляються болючі і спазмовані жувальні, скроневі, крилоподібні, грудинно-ключично-соскоподібні та задні

шийні м'язи; клацання та хруст у ділянці суглоба при рухах щелепи; можливе обмеження відкривання рота, під час якого щелепа зміщується у хворий бік, роблячи S-подібний рух; стан фізіологічного спокою визначити неможливо; у ротовій порожнині - відкладення зубного каменя, стертість емалі, порушення прикусу (перехресний, зниження його висоти, феномен Годона-Попова).

ЛІКУВАННЯ

Усунення причин дисфункції (стискання щелеп - бруксизм; шкідливі звички у вигляді закушування губи та язика).

Медикаментозне:

- знеболювальні засоби;
- міорелаксанти;
- седативні та снодійні препарати.

Місцеве:

- блокади рухових гілок трійчастого нерва;
- масаж жувальних м'язів;
- фізіотерапія (ультразвук, електроміостимуляція);
- ортодонтична корекція зубощелепних деформацій.

Механічно-щадна дієта.

УСКЛАДНЕННЯ

Порушення прикусу.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у хірурга-стоматолога, ортопеда, невропатолога.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції жування, мови, відкривання рота, відсутність деформацій м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх або поліпшення стану - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини; зміна показників рентгенологічних досліджень у бік нормалізації їх.

3.5. АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ

МКХ-іо Q37.4 Щілина твердого та м'якого піднебіння і губи, двостороннє

Клінічна форма - вроджене двобічне наскрізне
незрощення верхньої губи та піднебіння.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

Батьків на наявність у дитини дефекту тканин верхньої губи та піднебіння, неможливість ссати груди та природно харчуватися; захлинання під час годування.

Місцеві ознаки:

- верхня губа розділена на три фрагменти. М'які тканини на бічних фрагментах виражені. Висота колонок дещо зменшена, червона облямівка та м'язовий шар звичайно добре виражені, присінок достатньої глибини. Серединний фрагмент представлено міжщелепною кісткою, м'якими тканинами пролябіуму зменшеними за висотою, стоншеною червоною облямівкою, мілким присінком. Ніс - дно носового ходу відсутнє, кінчик носа роздвоєний та притягнутий донизу, коротка перегородка носа;
- верхня щелепа розділена на три фрагменти - два бічних та серединний. Останній представлений міжщелепною кісткою та лемешем, може займати протрузійне положення. Бічні фрагменти включають комірковий відросток, горизонтальні пластинки піднебінної кістки, які можуть займати вертикальне положення. Ротова порожнина сполучається із носовою. У дефект твердого піднебіння можуть випинатися гіпертрофовані носові раковини;
- м'яке піднебіння розділено на два фрагменти, які вкорочені, можуть бути асиметричними, мало рухомими;
- соматичний стан порушений у разі наявності супутніх захворювань - вроджених вад серця, тимомегалії, анемії, гіпотрофії тощо.

ЛІКУВАННЯ:

- лікування проводиться в умовах Українського чи міжобласного центру з надання допомоги дітям з уродженими та набутими дефектами та деформаціями щелепно-лицьової ділянки;

- одразу після народження дитини налагодження годування за допомогою обтуратора за типом знімного протеза, що охоплює всі фрагменти верхньої щелепи. Обтуратор виготовляється разом із анестезіологом та ортодонтом;
- до хейлопластики прехірургічна ортодонтична корекція положення незрощених фрагментів верхньої щелепи. У разі неефективного ортодонтичного лікування чи значної протрузії міжщелепної кістки - проведення остеотомії - всі хірургічні втручання у такої категорії дітей проводяться під загальним знеболюванням лемеша у передній його третині, а потім фіксація його ретейнером у новому положенні протягом 2-х місяців;
- підготовка до операції - загальний аналіз крові, біохімія крові, група, резус-фактор; аналіз сечі загальний, аналіз калу на яйця глист та кишкову флору; консультація педіатра, анестезіолога, УЗД тимуса. У разі збільшеного тимуса - тридобова підготовка до хірургічного втручання на губі чи піднебінні - преднізолон 1 мг/кг на добу та після операції протягом 3 діб, зменшуючи кратність прийому (перша доба - 3 рази; друга доба - 2 рази; третя доба - 1 раз);
- проведення двобічної одноетапної хейлопластики у віці 6-12 міс. При значній протрузії міжщелепної кістки та неможливості проведення ортодонтичної корекції виконання хейлопластики у два етапи;
- одразу після хейлопластики проводиться антибактеріальна, седативна терапія протягом 5-6 діб. Після зняття швів (на 8 добу) призначаються еластопротектори (Контрактубекс, Ворен чи Цепан) 2 рази на добу (ранком та ввечері) протягом 6 міс. Масаж губи, міогімнастика через тиждень після зняття швів протягом 6 міс. При схильності до формування гіпертрофічного або келоїдного рубця - фонофорез з еластопротектром (№ 7), а потім озокерит-терапія (№ 10). Через 1-2 міс. після зняття швів на губі, за умови збереження протрузії міжщелепної кістки та сходженні бічних фрагментів верхньої щелепи до середини, виговляється ортодонтичний апарат із ортодонтичними гвинтами з діючими направленими трансверзально та сагітально. Контроль ефективності ортодонтичного лікування проводиться ортодонтом та щелепно-лицьовим хірургом 1 раз на 2 тижня;
- проведення щадної ураностафілопластики чи велоластики з ретротранспозицією (при наявності широкого дефекту на межі твердого та м'якого піднебіння) у віці 12-18 міс;
- після ураностафілопластики у ранньому післяопераційному періоді - антибактеріальна, знеболювальна терапія, антисептична обробка порожнини рота, механічно та хімічно щадна дієта. Після зняття швів (7-8 доба) при збереженні правильного співвідношення верхньої та нижньої щелеп виготовляється ретенційний апарат, а порушенні прикусу - через 2-3 міс. - знімний апарат із гвинтами, розташованими

у направленнях звуження щелепи, який носить до досягнення позитивного результату. В цей час проводиться логопедичне навчання. Після ураностафілопластики у 2-5 років виконуються хірургічні втручання по усуненню вторинних деформацій м'яких тканин верхньої губи та носа, що посилюють існуючу чи сприяють утворенню нової. Поглиблюють присінок та подовжують колумелу, якщо це не було виконано раніше. До 10 років ліквідуються остаточні та післяопераційні дефекти твердого та м'якого піднебіння при сприятливому співвідношенні щелеп. У 12-16 років здійснюють остаточні коригуючі операції на верхній губі та носі. При наявності вторинних деформацій верхньої щелепи, що проявляються звуженням щелепи у трансверзальному та сагітальному напрямках, у разі неефективності ортодонтичного лікування, виконується компактостеотомія чи остеотомія верхньої щелепи із подальшим розширенням її ортодонтичними апаратами незнімної конструкції чи дистракційними пристроями. При збільшеній міжщелепній кістці, для якої немає місця у комірковій дузі, здійснюється остеоектомія у її бокових відділах. У 10—12 років проводиться остеопластика коміркового відростка трансплантатом із гомілкової кістки або гребеня здухвинної кістки та протезування відсутніх зубів. Протягом усього періоду після ураностафілопластики проводиться логопедичне навчання та психологічна реабілітація дитини та її батьків;

- від дня народження дитини має право на отримання соціальної пенсії (наказ 454/471/516 від 8.11.01).

УСКЛАДНЕННЯ

Утворення післяопераційних дефектів твердого піднебіння, розвиток велофарингіальної недостатності, розвиток вторинних деформацій верхньої губи, носа.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга, ортодонта, логопеда, психолога, педіатра.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, дихання, відкривання рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх або поліпшення стану - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації їх.

МКХ-10 Q35.5 Щілина твердого піднебіння
з розщіленою м'якого

МКХ-10 Q 35.5, Q 35.6 Щілина піднебіння
серединна

МКХ-10 Q 35.5, Q 35.7 Щілина язичка

Клінічна форма - уроджене одно- чи двобічне незрощення коміркового відростка, твердого і м'якого піднебіння, вроджене незрощення м'якого піднебіння.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

Батьків на наявність у дитини дефекту твердого та м'якого піднебіння, неможливість ссати груди, попадання їжі в ніс, захлинання при годуванні, гугнявість.

Місцеві ознаки

Уразі одnobічного незрощення

Відмічається дефект тканин коміркового відростка, твердого та м'якого піднебіння. Верхня щелепа розділена на два фрагменти (великий та малий). З великим фрагментом зрощений лемеш, малий частіше займає дистально-медіальне положення. Горизонтальні пластинки піднебінних кісток можуть зміщуватися вертикально. На межі твердого та м'якого піднебіння ширина дефекту найбільша. М'яке піднебіння складається з двох коротких фрагментів, обмежених у рухах. Мезофаринкс широкий, на задній стінці глотки - аденоїдні вегетації (компенсаторна реакція на наявність дефекту та хронічне запалення слизової).

Уразі двобічного незрощення:

- верхня щелепа розділена на три фрагменти - два бічних та один серединний. Останній складається із міжщелепної кістки та лемеша і може займати протрузійне положення. Лемеш розташований посередині дефекту. Бічні фрагменти включають незрощені фрагменти верхньої щелепи, піднебінної кістки. Горизонтальні пластинки її можуть займати вертикальне положення. Ширина дефекту твердого піднебіння найбільша на його межі з м'яким;
- м'яке піднебіння розділене на два фрагменти, які укорочені та обмежені у рухах. Мезофаринкс широкий. На задній стінці глотки - аденоїдні вегетації.

Уразі незрощення м'якого піднебіння:

- комірковий відросток та тверде піднебіння цілі;
- м'яке піднебіння незрощене і складається з двох вкорочених фрагментів, які обмежені у рухах;
- соматичний стан дитини змінений за умови наявності супутніх захворювань.

ЛІКУВАННЯ

Лікування проводиться в умовах Українського чи міжобласного центру з надання допомоги дітям з уродженими та набутими дефектами та деформаціями щелепно-лицьової ділянки:

- налагодження годування за допомогою обтуратора (знімна пластинка на верхню щелепу) чи спеціальної соски із додатковою латексною площиною;
- до ураностафілопластики - ортодонтична корекція положення незрощених фрагментів верхньої щелепи;
- підготовка до операції - загальний аналіз крові, біохімія крові, група, резус-фактор; аналіз сечі загальний, аналіз калу на яйця глист та кишкову флору; консультація педіатра, анестезіолога, УЗД тимуса. У разі збільшеного тимуса - тридобова підготовка до ураностафілопластики - преднізолон 1 мг/кг на добу та після операції протягом 3-х діб, зменшуючи кратність прийому (перша доба - 3 рази; друга доба - 2 рази; третя доба - 1 раз);
- щадна ураностафілопластика чи велопластика з ретротранспозицією у 12-18 міс;
- ортодонтичне лікування сагітальних та трансверзальних деформацій верхньої щелепи знімними та незнімними апаратами після ураностафілопластики до досягнення оклюзії на всіх зубах;
- ліквідація дефектів твердого піднебіння до 10 років;
- остеопластика коміркового відростка в 14-18 років;
- логопедичне навчання протягом усього періоду реабілітації;
- психологічна реабілітація протягом усього періоду реабілітації;
- від дня народження дитини має право на отримання соціальної пенсії (наказ 454/471/516 від 8.11.01).

УСКЛАДНЕННЯ

Розвиток вторинних деформацій верхньої губи, носа; утворення післяопераційних дефектів твердого та м'якого піднебіння, розвиток велофарингіальної недостатності.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга, ортодонта, логопеда, психолога, педіатра.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, дихання, відкривання рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх або поліпшення стану - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації їх.

МКХ Q37.5

Щілина твердого та м'якого піднебіння і губи, одностороннє

Клінічна форма – уроджене одностороннє наскрізне незрощення верхньої губи, коміркового відростка, твердого та м'якого піднебіння.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ**Скарги**

Батьків на наявність у дитини дефекту тканин верхньої губи та піднебіння, неможливість ссати груди та природно харчуватися; захлинання під час годування.

Місцеві ознаки:

- верхня губа розділена на два фрагменти (великий і малий). На великому висота колонки зменшена, червона облямівка піднята догори, м'язовий шар стоншений, волокна орієнтовані паралельно дефекту. На малому фрагменті - висота колонки майже не змінена, червона облямівка розташована у правильному напрямку, м'язовий шар достатньої товщини;
- ніс - дно носового ходу на боці незрощення відсутнє. Крило носа сплющене, розтягнуте, стоншене; на внутрішній поверхні крила носа - гребенеподібна складка. Перетинка носа зменшена за висотою на боці незрощення та переміщена у протилежний бік дефекту. Кінчик носа роздвоєний;
- комірковий відросток та тверде піднебіння розділені на два фрагменти (великий та малий). З великим фрагментом зрощений лемеш. Комірковий відросток великого фрагмента розвернутий уперед та у

протилежний бік від незрошення. Малий фрагмент зміщений назад та досередини відносно великого;

- м'яке піднебіння складається з двох фрагментів, які укорочені та мало рухомі, можуть розташовуватися асиметрично;
- соматичний стан може бути порушений у разі наявності супутніх захворювань (вроджених вад серця, тимомегалії, анемії, гіпотрофії, дисбактеріозу тощо).

ЛІКУВАННЯ

Лікування проводиться в умовах Українського чи міжобласного центру по наданню допомоги дітям з вродженими та набутими дефектами та деформаціями щелепно-лицьової ділянки:

- налагодження годування (виготовлення obturatora чи годування соскою із додатковою латексною площиною). Obturator виготовляється разом із анестезіологом та ортодонтom;
- ортодонтична корекція положення незрошених фрагментів верхньої щелепи до хейлопластики;
- підготовка до операції - загальний аналіз крові, біохімія крові, група, резус-фактор; аналіз сечі загальний, аналіз калу на яйця глист та кишкову флору; консультація педіатра, анестезіолога, УЗД тимуса. У разі збільшеного тимуса - тридобова підготовка до хірургічного втручання на губі та піднебіння - преднізолон 1 мг/кг на добу, та після операції протягом 3-х діб, зменшуючи кратність прийому (перша доба - 3 рази; друга доба - 2 рази; третя доба - 1 раз);
- хейлопластика у віці 3-4 місяців;
- одразу після хейлопластики проводиться антибактеріальна, седативна терапія протягом 5-6 діб;
- після зняття швів (на 8 добу) призначаються еластопротектори (Контрактубекс, Цепан, Ворен) 2 рази на добу протягом 6 міс. Масаж губи, міогімнастика через 2 тижні після хейлопластики протягом 6 міс. У разі формування гіпертрофічного або келоїдного рубця - фонофорез з еластопротектором (№ 10), потім - озокерит-терапія (№ 10);
- через 1 міс. після хейлопластики за умови правильного співвідношення незрошених фрагментів виготовляється за типом знімної пластинки апарат, що ізолює тиск верхньої губи на верхню щелепу. При зміщенні малого фрагмента назад та досередини виготовляється апарат у вигляді знімної пластинки з гвинтом, діюча якого направлена у протилежний бік від зміщення;
- ураностафілопластика чи велопластика (при наявності широкого дефекту на межі твердого та м'якого піднебіння) у віці 12-18 міс;
- після ураностафілопластики у ранньому післяопераційному періоді

- антибактеріальна, знеболювальна терапія, антисептична обробка порожнини рота, механічно та хімічно щадна дієта;
- після зняття швів (7-8 доба), при збереженні правильного співвідношення верхньої та нижньої щелеп, виготовляється ретенційний апарат, а порушенні прикусу - через 2-3 міс. - знімний апарат із гвинтами, розташованими у напрямленнях звуження щелепи, який носить-ся до досягнення позитивного результату. В цей час проводиться логопедичне навчання;
 - корекцію вторинної деформації верхньої губи та носа проводять у віці 10-16 років. Ліквідацію дефекту твердого піднебіння - до 10 років, коміркового відростка у 14-16 років;
 - ортодонтичне лікування сагітальних та трансверзальних деформацій верхньої щелепи знімними та незнімними апаратами до досягнення оклюзії на всіх зубах;
 - логопедичне навчання протягом усього періоду лікування;
 - психологічна реабілітація протягом усього періоду лікування;
 - від дня народження дитини має право на отримання соціальної пенсії (наказ 454/471/516 від 8.11.01).

УСКЛАДНЕННЯ

Розвиток вторинних деформацій верхньої губи, носа; утворення післяопераційних дефектів твердого та м'якого піднебіння, розвиток велофарингіальної недостатності.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга, ортодонта, логопеда, психолога, педіатра.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, дихання, відкривання рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх або поліпшення стану - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації їх.

МКХ Q36.0

Щілина губи двостороння

МКХ Q36.1

Щілина губи серединна

МКХ Q36.9

Щілина губи одностороння

Клінічна форма - уроджене ізольоване одно-
чи двостороннє незрошення верхньої губи.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

Батьків на наявність у дитини дефекту тканин верхньої губи, утруднене ссання грудей.

Місцеві ознаки

Уразі одnobічного незрошення:

- верхня губа розділена на два фрагменти (великий і малий). На великому - висота колонки зменшена, червона облямівка піднята догори, м'язовий шар стоншений, волокна його розташовані паралельно дефекту. На малому фрагменті - висота колонки майже не змінена, червона облямівка розташована у правильному напрямку, м'язовий шар достатньої товщини, орієнтація волокон ближче до дефекту - вертикальна;
- ніс - дно носового ходу на боці незрошення відсутнє. Крило носа сплюснене, розтягнуте, на внутрішній поверхні крила носа - гребенеподібна складка. Перетинка носа зменшена за висотою на боці незрошення та переміщена у протилежний бік дефекту. Кінчик носа деформований.

Уразі двобічного незрошення:

- верхня губа розділена на три фрагменти (два бічних та серединний). На бічних фрагментах висота колонок достатня, червона облямівка розташована у правильному напрямку, стоншена. М'язовий шар виражений достатньо. Серединний - тканини пролябіуму недорозвинуті, присінок мілкий, червона облямівка стоншена, м'язовий шар представлений окремими волокнами;
- ніс - дно носових ходів відсутнє, крила носа розтягнуті, на внутрішніх поверхнях крил - гребенеподібні складки; перетинка значно зменшена за висотою; кінчик носа притягнутий донизу та деформований.

Уразі серединного незрошення:

- верхня губа розділена на два симетричних фрагменти, на яких виражений м'язовий шар. Висота колонок майже не змінена. Червона облямівка достатньої товщини розташована у правильному напрямку. Цілісність дна носового ходу збережена, перетинка носа біля своєї основи може бути роздвоєна;

- соматичний стан порушений у разі наявності супутніх захворювань - уроджених вад серця, тимомегалії, анемії, гіпотрофії, дисбактеріозу тощо.

ЛІКУВАННЯ

- підготовка до операції - загальний аналіз крові, біохімія крові, група, резус-фактор; аналіз сечі загальний, аналіз калу на яйця глист та кишкову флору; консультація педіатра, анестезіолога, УЗД тимуса. У разі збільшеного тимуса - тридобова підготовка до ураностафілопластики - преднізолон 1 мг/кг на добу та після операції протягом 3-х діб, зменшуючи кратність прийому (перша доба - 3 рази; друга доба - 2 рази; третя доба - 1 раз);
- від дня народження дитини має право на отримання соціальної пенсії (наказ 454/471/516 від 8.11.01).

Хірургічне

При односторонньому та серединному незрощенні - хейлопластика у 2,5-3 міс, при двобічному незрощенні - хейлопластика у 2-4 міс.

Вибір методу знеболювання

Загальне знеболювання.

Медикаментозне

У ранньому післяопераційному періоді - антибактеріальна, знеболювальна терапія. Еластопротектори (Контрактубекс, Цепан, Ворен) з 8 доби після операції на рубець 2 рази на добу (зранку та ввечері). Масаж, міогімнастика через 1-2 тижня після хейлопластики протягом 6 міс.

УСКЛАДНЕННЯ

Розвиток вторинних деформацій верхньої губи, носа.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансерізації у щелепно-лицьового хірурга, ортодонта, педіатра.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, дихання, відкривання рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх.

- МКХ-10 Q37.0 Щілина твердого піднебіння і губи двостороння
- МКХ-10 Q37.1 Щілина піднебіння і губи одностороння
- МКХ-ю Q372, Q373 Щілина м'якого піднебіння і губи двостороння

Клінічна форма - уроджене одностороннє незрощення верхньої губи та м'якого піднебіння;
уроджене двостороннє незрощення верхньої губи та м'якого піднебіння;
уроджене одностороннє незрощення верхньої губи та твердого піднебіння;
уроджене двостороннє незрощення верхньої губи та твердого піднебіння.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

Батьків на наявність у дитини дефекту верхньої губи та піднебіння, неможливість ссати груди, заглинання під час годування, попадання їжі у носову порожнину, гугнявість.

Уразіоднобічногонеzрощенняверхньоїгубитам'якогопіднебіння:

- верхня губа розділена на два фрагменти (великий та малий). На великому фрагменті червона облямівка піднята догори, висота колонки зменшена, на малому - напрямок розташування червоної облямівки правильний, висота колонки майже не змінена;
- ніс - дно носового ходу відсутнє на всьому протязі або у задній його частині. Крило носа стоншене, розтягнуте, на внутрішній поверхні його гребенеподібна складка; перетинка зміщена у протилежний бік від незрощення; кінчик носа роздвоєний;
- комірковий відросток та тверде піднебіння цілі. Може відмічатися приховане незрощення задньої третини твердого піднебіння. М'яке піднебіння складається з двох фрагментів, які вкорочені та обмежені у рухливості.

Уразідвобічногонеzрощенняверхньоїгубитам'якогопіднебіння:

- верхня губа розділена на три фрагменти (два бічних та серединний), дефект тканин незначний. На бічних фрагментах усі шари м'яких тканин розвинуті достатньо, червона облямівка розташована у

- правильному напрямку. Тканини серединного фрагмента недорозвинуті - зменшена висота пролябіуму та глибина пригінку, стоншена червона облямівка, м'язовий шар значно стоншений;
- ніс - крила носа дещо розтягнуті, зміщені за одним із напрямків (вертикальним, горизонтальним, сагітальним). На внутрішній поверхні - незначні гребенеподібні складки. Висота перетинки носа зменшена, кінчик - дещо роздвоєний;
 - незрощення верхньої губи та твердого піднебіння зустрічається вкрай рідко. При цьому додатково відмічається дефект твердого піднебіння;
 - частіше незрощення губи сполучається із незрощенням коміркового відростка - прихованим чи явним. У такому разі комірковий відросток при однобічному незрощенні розділений на два фрагменти (великий зміщений зовнішньо); при двобічних - на три фрагменти (серединний розташований протрузійно);
 - соматичний стан дитини задовільний. Може змінюватися при наявності супутніх захворювань.

ЛІКУВАННЯ

Лікування проводиться в умовах Українського чи міжобласного центру з надання допомоги дітям з уродженими та набутими дефектами та деформаціями щелепно-лицьової ділянки:

- налагодження годування (годування звичайною соскою у разі збереження цілості коміркового відростка, твердого піднебіння, чи виготовлення обтуратора при дефекті твердого піднебіння);
- підготовка до операції - загальний аналіз крові, біохімія крові, група, резус-фактор; аналіз сечі загальний, калу на яйця глист та кишкову флору; консультація педіатра, анестезіолога, УЗД тимуса. У разі збільшеного тимуса - тридобова підготовка до хірургічного втручання - преднізолон 1 мг/кг на добу та після операції протягом 3-х діб, зменшуючи кратність прийому (перша доба - 3 рази; друга доба - 2 рази; третя доба - 1 раз);
- хейлопластика у 3-5 міс. чи хейловелопластика у 6-8 міс. під загальним знеболюванням;
- велопластика у 12 міс. (за умови, якщо вона не була проведена раніше) під загальним знеболюванням;
- ортодонтичне лікування сагітальних та трансверзальних деформацій протягом усього лікувально-реабілітаційного періоду;
- логопедичне навчання;
- психологічна реабілітація дітей та їх батьків;
- від дня народження дитини має право на отримання соціальної пенсії (наказ 454/471/516 від 8.11.01).

Медикаментозне

Проводиться у післяопераційному періоді після хірургічного втручання на губі та піднебінні і включає антибактеріальну, вітамінотерапію, аналгетики.

Місцеве:

- лінія швів на губі обробляється антисептиками. Після зняття швів на губі для формування еластичного рубця використовуються еластопротектори (Контрактубекс, Ворен, Цепан) 2 рази на добу (ранком та ввечері) протягом 6 міс. Масаж, фізіопроцедури (електрофорез з еластопротектором № 10, потім - озокерит № 10) проводиться через 2 тижні після хейлопластики;
- після ураностафілопластики чи велопластики порожнина рота обробляється антисептиками, на 7-8 добу знімаються шви і через тиждень призначається масаж піднебіння та міогімнастика протягом 6 міс.

УСКЛАДНЕННЯ

Розвиток вторинних деформацій верхньої губи, утворення післяопераційних дефектів м'якого піднебіння.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга, ортодонта, логопеда, психолога, педіатра.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, дихання, відкривання рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх або поліпшення стану - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації їх.

МКХ-10 Q38.1

Коротка вуздечка язика

Клінічна форма - коротка вуздечка язика.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇСкарги:

- з перших тижнів життя дитини - на порушення акту ссання. Одне годування триває 50-60 хв., дитина стомлюється, плаче, засинає біля грудей, ковтає батато повітря. Часто немовлят з короткою вуздечкою язика переводять на штучне годування через те, що вони відмовляються ссати груди;
- у віці 6-9 місяців - помітне відставання в рості нижньої щелепи у випадках наявності у вуздечці язика сполучнотканинних та м'язових елементів;
- у 5-6-річному віці - на порушення вимови (частіше діти не вимовляють букви «р» та «л»);
- у 7-9-річному віці - неправильне розташування зубів. Порушення прикусу, а в разі прикріплення вуздечки до ясенного краю нижньої щелепи виникають скарги на запалення ясен у ділянці фронтальних зубів нижньої щелепи, кровотечу з ясен при чищенні зубів та прийомі їжі. Іноді можливий розрив вуздечки (при надмірних рухах язиком), тоді скарги будуть на наявність короткочасної кровотечі та біль у місці розриву вуздечки.

⁷ Місцеві ознаки:

- язик звичайних розмірів. Рухи його обмежені. Кінчиком язика дитина не може торкнутись піднебіння, а при спробі зробити це може виявлятися роздвоєння кінчика язика;
- вуздечка язика коротка, представлена дублікатурою слизової оболонки або щільним сполучнотканинним тяжем, місця прикріплення її зміщені зовнішньо. Іноді вуздечка язика практично відсутня, тобто язик прирослений до дна тканин порожнини рота, що викликає контрактуру його;
- у дітей старшого віку виявляється відставання у рості нижньої щелепи, дистальний прикус, неправильне розташування зубів фронтальної групи нижньої щелепи. Нерідко виражені явища локального пародонтиту в ділянці вказаної групи зубів - ясна набряклі, легко кровоточать, відстають від шийок зубів, зубоясенні кишені з нальотом та неприємним запахом тощо.

ЛІКУВАННЯ**Хірургічне**

Френулотомія - поперечне перетинання складки слизової оболонки за умови тонкої вуздечки. При наявності щільного широкого тяжу

проводиться френулопластика за Лімбергом (Z) або Діфенбахом (V-Y) під інфільтраційним або загальним знеболюванням (дітям до 5 років), із вразливою психікою, хронічними соматичними захворюваннями, непереносимістю місцевих анестетиків тощо).

Дітям з короткою тонкою вуздечкою язика у віці 3-6 років спочатку показана міогімнастика, яка сприяє розтягуванню вуздечки та збільшенню рухомості язика. У разі неефективності консервативного лікування - пластика вуздечки язика з обов'язковим проведенням міогімнастики у післяопераційному періоді.

Медикаментозне

У післяопераційному періоді - призначення знеболювальних препаратів, проведення антисептичної обробки порожнини рота.

УСКЛАДНЕННЯ

Кровотеча у ранньому післяопераційному періоді, утворення рубцевої деформації вуздечки.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан.

МКХ-10 K07.0

Основні аномалії розмірів щелеп

Клінічна форма - макро- та мікрогенія;
макро- та мікрогнатія.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Макро- та мікрогенія

Скарги

Дітей чи їх батьків у разі *макрогенії* - збільшення, а при *мікрогенії* - зменшення нижньої щелепи, неможливість відкусити їжу;

Анамнез

Вроджена чи набута деформація, травма, запальний процес, хірургічне втручання на щелепах.

Місцеві ознаки:

- *макрогенія* - підборіддя виступає уперед, нижня третина лиця збільшена у профіль, виступає. Оклюзія фронтальних зубів відсутня, сагітальні розміри нижньої щелепи збільшені. Між верхніми та нижніми зубами - щілина. На ортопантограмі визначається збільшення тіла чи (і) гілок нижньої щелепи;
- *мікрогенія* - підборіддя западає, нижня третина лиця зменшена і у профіль «скошена», глибока супраментальна борозна. Оклюзія фронтальних зубів відсутня, сагітальні розміри нижньої щелепи зменшені. Між верхніми та нижніми зубами - щілина. Нижні зуби травмують тканини піднебіння. На ортопантограмі - тіло та гілки нижньої щелепи зменшені у розмірах, можливі деформації.

Макро- та мікрогнатіяСкарги

Дітей чи їх батьків у разі *макрогнатії* - збільшення верхньої щелепи, при *мікрогнатії* - на зменшення верхньої щелепи, неможливість відкусувати їжу.

Анамнез

Вроджена чи набута деформація, травма, запальний процес, оперативні втручання на щелепах у минулому.

Місцеві ознаки:

- *макрогнатія* - збільшена середня третина лиця, що виступає. Відсутність контакту фронтальних зубів щелеп, наявність щілини між ними. Травмування зубами нижньої щелепи слизової піднебіння;
- *мікрогнатія* - середня третина лиця западає і зменшена. Відсутність контакту фронтальних зубів щелеп, наявність щілини між ними. Зуби нижньої щелепи перекривають верхні - за телерентгенографічними даними.

ЛІКУВАННЯ:

- лікування проводиться в умовах Українського чи міжобласного центру з надання допомоги дітям з уродженими та набутими дефектами та деформаціями щелепно-лицьової ділянки;
- ортодонтичне лікування до 12-14 років знімними та незнімними апаратами для розширення щелеп сагітально та трансверзально;
- підготовка до хірургічного втручання - загальний аналіз крові, біохімія крові, група, резус-фактор; аналіз сечі загальний, аналіз калу на яйця глист та кишкову флору. Консультація педіатра, анестезіолога. КТ, цефалометрія, ортопантограма щелеп. Зняття відбитків верхньої та нижньої щелеп. Виготовлення моделей, антропометричне їх вимірювання. Моделювання правильного положення щелеп за їх відбитками та визначення ділянки остеотомії;

- у 12-14 років у разі неефективного ортодонтичного лікування проведення остеоектомії вертикальної у ділянці 34, 35, 44, 45 зубів при збільшенні тіла нижньої щелепи та косої остеотомії - при збільшенні гілки нижньої щелепи; коса остеотомія тіла чи гілки нижньої щелепи при мікрогенії;
- фіксація відламків кістковим швом (лігатурою, пластинкою із шурупами) та назубоюсенною капою чи шиною протягом 21 доби. У разі застосування компресійно-дистракційного способу - фіксація на уламках пристрою для distraкції та його активація через 8-10 діб протягом 6-8 тижнів.

Вибір методу знеболювання

Усі хірургічні втручання виконуються під загальним знеболюванням.

Ортодонтичне

Після зняття distraкційного пристрою чи назубоюсенних шин, кап - виготовлення та носіння ретенційного апарату для закріплення отриманих результатів.

Медикаментозне:

- остеотропні антибіотики;
- знеболювальні препарати;
- вітаміни, групи D, A;
- мікроелементи Zі, Са, Р;
- імуностимулятори.

Місцеве

Обробка порожнини рта антисептиками.

УСКЛАДНЕННЯ

Розвиток вторинної деформації верхньої щелепи, хронічного остеомиєліту.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у ортодонта, щелепно-лицьового хірурга, педіатра.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх або поліпшення стану - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини.

МКХ-10 Q18.4

Макростомія

МКХ-10 Q18.5

Мікростомія**Клінічна форма** - макростомія; мікростомія.**ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ**Скарги

Дитини чи її батьків на слинотечу у дитини, виливання їжі з рота, порушення дикції, розширена чи звужена ротова щілина;

Анамнез

Уроджена чи набута деформація (травма, опіки).

Місцеві ознаки

У разі *макростомії* - ротова щілина симетрично чи асиметрично збільшена, рухомість губ обмежена, слинотеча; у разі *мікростомії* - ротова щілина симетрично чи асиметрично зменшена, рухомість губ значно обмежена; порушення прикусу.

ЛІКУВАННЯ**Хірургічне**

У разі *макростомії* - звуження, а при *мікростомії* - розширення ротової щілини (за Євдокимовим, Васильєвим, Шимановським) під загальним знеболюванням. Строки хірургічного лікування визначаються залежно від порушення функції.

Медикаментозне:

- антибактеріальна терапія;
- вітамінотерапія;
- еластопротектори (Цепан, Ворен чи Контрактубекс) на рубці 2 рази на добу (ранком та ввечері) протягом 6 міс.

Місцево:

- масаж рубців, міогімнастика через тиждень після зняття швів протягом 6 міс. Через 1-2 тижня після зняття швів - фізпроцедури (фонофорез з еластопротектором), потім - озокерит- та парафінотерапія (через раз по 10 сеансів). У разі *набутої мікро- чи макростомії* - проведення вищеперелічених фізпроцедур до хірургічного втручання.

УСКЛАДНЕННЯ

Нагноєння рани, рубцева деформація.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга.

КРИТЕРІЙ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, дихання, відкривання рота, відсутність деформацій м'яких тканин; задовільний соматичний стан; або поліпшення стану - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини.

МКХ-10 Q75.4 ЩЕЛЄПНО-ЛИЦЬОВИЙ ДИЗОСТОЗ

Клінічна форма - синдром Франческетті

(черепно-щелепно-лицьовий дизостоз).

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЙ

Скарги

Дитини чи її батьків на наявність деформації лица, зниження слуху, великий напіввідкритий рот, витікання їжі з рота.

Місцеві ознаки

Наявність колобом лица, відсутність вій на нижніх повіках, скронево-передвухне оволосіння; верхня щелепа гіпопластична, із зменшеними верхньощелепними пазухами, високе піднебіння. Недорозвинута нижня щелепа надає обличчю пташиного вигляду; можливі епікантуси, антимоноголідний розріз повікових щілин унаслідок двобічної гіпоплазії виличних кісток та дуг. Гіпоплазія обох крил носа, що може призводити до звуження ніздрів. Часто спостерігається атрезія зовнішнього слухового ходу, повна глухота.

ЛІКУВАННЯ

Перед хірургічним втручанням проводиться підготовка до нього - загальний аналіз крові, біохімія крові, група, резус-фактор; аналіз сечі загальний, аналіз калу на яйця глист та кишкову флору. Консультація педіатра та анестезіолога. КТ, цефалометрія, ортопантомограма щелеп. Зняття відбитків верхньої та нижньої щелеп. Виготовлення моделей, антропометричне їх вимірювання. Моделювання правильного положення щелеп за їх відбитками та визначення ділянки остеотомії.

Хірургічне:

- ліквідація колобом лица у віці 1-2 років (макростоми), усунення епікантусів;

- операції на щелепах у 12-14 років;
- при мікрогенії - проводиться коса остеотомія тіла чи гілки нижньої щелепи. Фіксація відламків кістковим швом (лігатурою, пластинкою із шурупамі) та назубосясенневою капою чи шиною протягом 21 доби. У разі застосування компресійно-стракційного способу - фіксація на уламках пристрою для дистракції та його активація через 8-10 діб протягом 6-8 тижнів, після чого зняття його та виготовлення ретенційного апарату для закріплення отриманих результатів на 4-5 тижнів;
- контурна пластика обличчя у 16-18 років;
- усі хірургічні втручання проводяться під загальним знеболюванням.

Медикаментозне

У ранньому післяопераційному періоді:

- остеотропні антибіотики;
- знеболювальні препарати;
- вітаміни, групи D, A;
- мікроелементи Zі, Са, Р;
- імуностимулятори.

Місцеве

Обробка порожнини рота антисептиками.

Консультація та лікування у ЛОР-лікаря.

Від дня народження дитини має право на отримання соціальної пенсії (наказ 454/471/516 від 8.11.01).

УСКЛАДНЕННЯ

Нагноєння рани, вторинної деформації щелеп, м'яких тканин.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у ортодонта, терапевта-стоматолога, щелепно-лицьового хірурга, педіатра.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Поліпшення стану - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації їх.

МКХ-10 Q87.0

Синдроми вроджених вад,
що впливають
на зовнішній вигляд обличчя
(синдром П'єра-Робена аномалад)

Клінічна форма - синдром П'єра-Робена аномалад.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

Батьків на утруднене дихання, ссання у дитини.

Місцеві ознаки

Вроджена гіпоплазія нижньої щелепи, мікрогнатія, незрощення піднебіння.

Уразі однієї сторони незрощення піднебіння

Відмічається дефект тканин коміркового відростка, твердого та м'якого піднебіння. Верхня щелепа розділена на два фрагменти (великий та малий). З великим фрагментом зрощений лемеш, малий частіше займає дистально-медіальне положення. Горизонтальні пластинки піднебінних кісток можуть зміщуватися вертикально. На межі твердого та м'якого піднебіння ширина дефекту найбільша. М'яке піднебіння складається з двох коротких фрагментів, обмежених у рухах. Широкий мезофаринкс, на задній стінці глотки - аденоїдні вегетації (компенсаторна реакція на наявність дефекту та хронічне запалення слизової).

Уразі двох сторін незрощення піднебіння

Верхня щелепа розділена на три фрагменти - два бічних та один серединний. Останній складається із міжщелепної кістки та лемеша і може займати протрузійне положення. Лемеш розташований посередині дефекту. Бічні фрагменти включають незрощені фрагменти верхньої щелепи, піднебінної кістки. Горизонтальні пластинки її можуть займати вертикальне положення. Ширина дефекту твердого піднебіння найбільша на його межі з м'яким.

М'яке піднебіння розділене на два фрагмента, які укорочені та обмежені у рухах. Мезофаринкс широкий. На задній стінці глотки - аденоїдні вегетації.

Уразі незрощення м'якого піднебіння:

- комірковий відросток та тверде піднебіння цілі;
- м'яке піднебіння незрощене та складається з двох вкорочених фрагментів, які обмежені у рухах;
- аномалії язика - глосоптоз, макроглосія. Іноді язик прирощений до м'яких тканин дна ротової порожнини. Під час сну виникають напади асфіксії.

У 30% таких дітей діагностують вроджені вади серця, аномалії ока, вушних раковин, скелета, тощо. Нерідко виявляється розумове відставання.

ЛІКУВАННЯ:

- для нормалізації дихання дитину викладають на живіт, у разі неефективності - язик фіксують до тканин дна ротової порожнини. Для налагодження годування - виготовляють obturator. У тяжких випадках на деякий час застосовують зондове годування;
- незрощення піднебіння ліквідують у період 1 до 2 років залежно від виду незрощення під загальним знеболюванням;
- операції на щелепах здійснюють у 12-16 років (див. протокол лікування мікрогенії та мікрогнатії);
- ортодонтичне лікування протягом усього періоду реабілітації (до 18 років) направлене на досягнення оклюзії зубних рядів;
- логопедичне навчання;
- психологічна реабілітація дитини та її батьків;
- від дня народження дитини має право на отримання соціальної пенсії (наказ 454/471/516 від 8.11.01).

Медикаментозне

У ранній післяопераційний період:

- антибактеріальна терапія;
- знеболювальні препарати;
- вітаміни.

УСКЛАДНЕННЯ

Утворення післяопераційних дефектів твердого та м'якого піднебіння, розвиток вторинних деформацій щелеп.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга, ортодонта, педіатра.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відновлення функції ковтання, жування, мови, дихання, відкривання рота, відсутність деформацій щелеп та м'яких тканин; задовільний соматичний стан; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації чи нормалізація їх або поліпшення стану - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації їх.

МКХ-10 Q87.0

Синдроми вроджених вад,
що впливають
на зовнішній вигляд обличчя
(синдром Ван-Дер-Вуда)

Клінічна форма - синдром Ван-Дер-Вуда.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

Батьків на наявність у дитини незрощення верхньої губи, піднебіння, неможливість ссати, захлинання під час годування.

Місцеві ознаки

Незрощення губи та піднебіння:

- верхня губа розділена на два фрагменти (великий і малий). На великому висота колонки зменшена, червона облямівка піднята догори, м'язовий шар стоншений. На малому фрагменті - висота колонки майже не змінена, червона облямівка розташована у правильному напрямку, м'язовий шар достатньої товщини;
- ніс - дно носового ходу на боці незрощення відсутнє. Крило носа сплюснене, розтягнуте, стоншене, на внутрішній поверхні крила носа - гребенеподібна складка. Перетинка носа зменшена за висотою на боці незрощення та переміщена у протилежний бік дефекту, кінчик носа роздвоєний;
- комірковий відросток та тверде піднебіння розділені на два фрагменти (великий та малий). З великим фрагментом зрощений лемеш. Комірковий відросток великого фрагмента розвернутий уперед та у протилежний бік від незрощення. Малий фрагмент зміщений назад та досередини відносно великого;
- м'яке піднебіння складається з двох фрагментів, які укорочені та мало рухомі, можуть розташовуватися асиметрично.
- на нижній губі - нориці (1-2) посередині, можуть бути у кутах рота.

ЛІКУВАННЯ:

- налагодження годування (виготовлення obturatora чи годування соскою із додатковою латексною площиною). Obturator виготовляється в умовах щелепно-лицьового відділення Українського чи міжобласного центру разом із анестезіологом та ортодонтом;
- ортодонтична корекція положення незрощених фрагментів верхньої щелепи до хейлопластики;
- підготовка до операції - загальний аналіз крові, біохімія крові, група, резус-фактор; аналіз сечі загальний, аналіз калу на яйця глист та кишкову

- флору; консультація педіатра, анестезіолога, УЗД тимуса. У разі збільшеного тимуса - тридобова підготовка до хірургічного втручання на губі та піднебінні - преднізолон 1 мг/кг на добу. Після хірургічного втручання поступове зменшення дози (перша доба - 3 рази; друга доба - 2 рази; третя доба - 1 раз);
- хейлопластика у віці 3-4 місяців;
 - одразу після хейлопластики проводиться антибактеріальна, седативна терапія протягом 5-6 діб;
 - після зняття швів (на 8 добу) призначаються еластопротектори (Контрактубекс, Цепан чи Ворен). Масаж губи, міогімнастика через 2 тижня після зняття швів протягом 6 міс. У разі формування гіпертрофічного або келоїдного рубця - фонофорез з еластопротектором (№ 10), а потім - озокерит-терапія (№ 10);
 - через 1 міс. після хейлопластики за умови правильного співвідношення незрощених фрагментів виготовляється за типом знімної пластинки апарат, що ізолює тиск верхньої губи на верхню щелепу. При зміщенні малого фрагмента назад та досередини виготовляється апарат у вигляді знімної пластинки з гвинтом, діюча якого направлена у протилежний бік від зміщення;
 - щадна ураностафілопластика чи велопластика з ретротранспозицією (при наявності широкого дефекту на межі твердого та м'якого піднебіння) у віці 12-18 міс;
 - після ураностафілопластики у ранньому післяопераційному періоді - антибактеріальна, знеболювальна терапія, антисептична обробка порожнини рота, механічно та хімічно щадна дієта;
 - видалення нориць на нижній губі у 2-3 роки;
- Після зняття швів (7-8 доба), при збереженні правильного співвідношення верхньої та нижньої щелеп, виготовляється ретенційний апарат, а порушенні прикусу - через 2-3 міс. - знімний апарат із гвинтами, розташованими у напрямленнях звуження щелепи, який носить-ся до досягнення позитивного результату;
- логопедичне навчання через 1-2 тижні після операції, масаж піднебіння;
 - корекцію вторинної деформації верхньої губи та носа проводять у віці 10-16 років. Ліквідацію дефекту твердого піднебіння - до 10 років, коміркового відростка у 14-16 років;
 - ортодонтичне лікування сагітальних та трансверзальних деформацій верхньої щелепи знімними та незнімними апаратами до правильної оклюзії зубів;
 - психологічна реабілітація;
 - логопедичне лікування;
 - від дня народження дитини має право на отримання соціальної пенсії (наказ 454/471/516 від 8.11.01);
 - усі хірургічні втручання проводяться під загальним знеболюванням.

УСКЛАДНЕННЯ

Розвиток вторинних деформацій верхньої губи, носа, утворення післяопераційних дефектів твердого та м'якого піднебіння.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга, логопеда, ортодонта, педіатра, психолога.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Поліпшення стану - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації їх.

МКХ-10 Q87.0

Синдроми вроджених вад,
що впливають
на зовнішній вигляд обличчя
(синдром Трічера-Колінза)

Клінічна форма - синдром Трічера-Колінза.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

Батьків на наявність у дитини деформації лица, відсутність зовнішнього слухового ходу.

Місцеві ознаки

Деформація або гіоплазія виличних відростків лобової та скроневої кісток, недорозвиток більшої частини виличної дуги, нижньоорбітальні краї зміщені донизу, орбіти деформовані. Може бути відсутнім зовнішній слуховий хід; деформація крилоподібного відростка клиноподібної кістки, верхньої та нижньої щелеп, часткове незрощення верхньої щелепи; нерідко спостерігаються нориці на нижній губі. Асиметрія та деформація черепа. Підборіддя може бути недорозвинутим, ніс - деформованим.

ЛІКУВАННЯ:

- налагодження годування (виготовлення obturatorа чи годування соскою із додатковою латексною площиною). Obturator виготовляється

- в умовах щелепно-лицьового відділення Українського чи міжобласного центру разом із анестезіологом та ортодонтом;
- підготовка до операції - загальний аналіз крові, біохімія крові, група, резус-фактор; аналіз сечі загальний, аналіз калу на яйця глист та кишкову флору; консультація педіатра, анестезіолога, УЗД тимуса. У разі збільшеного тимуса - тридобова підготовка до хірургічного втручання на губі та піднебінні - преднізолон 1 мг/кг на добу. Після хірургічного втручання поступове зменшення дози (перша доба - 3 рази; друга доба - 2 рази; третя доба - 1 раз);
 - ліквідація вродженого дефекту піднебіння, шадна ураностафілопластика або велоластика з ретротранспозицією у віці 1-2 роки;
 - після ураностафілопластики у ранньому післяопераційному періоді - антибактеріальна, знеболювальна терапія, антисептична обробка порожнини рота, механічно та хімічно шадна дієта;
 - видалення нориць на нижній губі у 2-3 роки;
Після зняття швів (7-8 доба), при збереженні правильного співвідношення верхньої та нижньої щелеп, виготовляється ретенційний апарат, а порушенні прикусу - через 2-3 міс. - знімний апарат із гвинтами, розташованими у напрямленнях звуження щелепи, який носить до досягнення позитивного результату;
 - логопедичне навчання через 1-2 тижні після операції та продовження його протягом всього періоду реабілітації (до 18 років), масаж піднебіння;
 - корекція деформацій щелеп - 12-16 років;
 - контурна пластика - 16-18 років;
 - отоластика - 14-16 років;
 - від дня народження дитини має право на отримання соціальної пенсії (наказ 454/471/516 від 8.11.01);
 - усі хірургічні втручання проводяться під загальним знеболюванням.

УСКЛАДНЕННЯ

Розвиток вторинних деформацій лица, щелеп; утворення післяопераційних дефектів твердого та м'якого піднебіння.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга, ортодонта, логопеда, психолога, ЛОР-лікаря.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Поліпшення стану - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації їх.

МКХ-10 Q87.0

Синдроми вроджених вад,
що впливають
на зовнішній вигляд обличчя
(ото-палато-дигітальний синдром)

Клінічна форма - ото-палато-дигітальний синдром.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

- батьків на наявність у дитини дефекту піднебіння, неможливість ссати, захлинання під час годування, деформації черепа, недочування, вкорочення пальців;
- м'язово-скелетні деформації, широкі та короткі нігтьові фаланги й відставання у розумовому розвитку, глухота.

Місцеві ознаки

Дистрофія обличчя та черепа - випинаються лобові горби та надбрівні дуги, гіпертелоризм, широкий ніс із западеним переніссям, мікростома, мікрогнатія. Аномалії росту зубів, порушення прикусу, незрощення піднебіння.

Уразі одnobічного незрощення

Відмічається дефект тканин коміркового відростка, твердого та м'якого піднебіння. Верхня щелепа розділена на два фрагменти (великий та малий). З великим фрагментом зрощений лемеш, малий може займати положення дистально-медіальне. Горизонтальні пластинки піднебінних кісток можуть зміщуватися вертикально. На межі твердого та м'якого піднебіння ширина дефекту найбільша. М'яке піднебіння складається з двох коротких фрагментів, обмежених у рухах. Широкий мезофаринкс, на задній стінці глотки - аденоїдні вегетації (компенсаторна реакція на наявність дефекту та хронічне запалення слизової).

Уразі двобічного незрощення:

- верхня щелепа розділена на три фрагменти - два бічних та один середній. Останній складається із міжщелепної кістки та лемеша і може займати протрузійне положення. Лемеш розташований посередині дефекту. Бічні фрагменти включають незрощені фрагменти верхньої щелепи, піднебінної кістки. Горизонтальні пластинки її можуть займати вертикальне положення. Ширина дефекту твердого піднебіння найбільша на його межі з м'яким;
- м'яке піднебіння розділене на два фрагмента, які укорочені та обмежені за рухомістю. Мезофаринкс широкий. На задній стінці глотки - аденоїдні вегетації.

Уразі незрощення м'якого піднебіння:

- комірковий відросток та тверде піднебіння цілі;
- м'яке піднебіння незрощене та складається з двох вкорочених фрагментів, які обмежені у рухах.

ЛІКУВАННЯ:

- налагодження годування за допомогою obtуратора (знімна пластинка на верхню щелепу) чи спеціальної соски із додатковою латексною площиною;
- до ураностафілопластики - ортодонтична корекція незрощених фрагментів верхньої щелепи;
- підготовка до операції - загальний аналіз крові, біохімія крові, група, резус-фактор; аналіз сечі загальний, аналіз калу на яйця глист та кишкову флору; консультація педіатра, анестезіолога, УЗД тимуса. У разі збільшеного тимуса - тридобова підготовка до ураностафілопластики - преднізолон 1 мг/кг на добу. Після хірургічного втручання поступове зменшення дози (перша доба - 3 рази; друга доба - 2 рази; третя доба - 1 раз);
- ураностафілопластика чи велопластика в 12-18 міс;
- ортодонтичне лікування сагітальних та трансверзальних деформацій верхньої щелепи знімними та незнімними апаратами до досягнення оклюзії зубів;
- ліквідація дефектів твердого піднебіння до 10 років;
- остеопластика коміркового відростка в 14-18 років;
- логопедичне навчання;
- психологічна реабілітація;
- консультація та лікування глухоти у ЛОР-спеціаліста;
- від дня народження дитини має право на отримання соціальної пенсії (наказ 454/471/516 від 8.11.01).

УСКЛАДНЕННЯ

Розвиток вторинних деформацій лица, щелеп; утворення післяопераційних дефектів твердого та м'якого піднебіння.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга, логопеда, ортодонта, хірурга, педіатра, ЛОР-лікаря.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Поліпшення стану - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації їх.

МКХ-10 Q87.0

Синдроми вроджених вад, що впливають на зовнішній вигляд обличчя (оро-фаціально-дигітальний синдром)

Клінічна форма - оро-фаціально-дигітальний синдром.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

Батьків на наявність у дитини дефекту піднебіння, неможливість ссати, деформації черепа, вушних раковин.

Місцеві ознаки

Оро-фаціально-дигітальний синдром зустрічається у двох варіантах:

- *1-й варіант* - проявляється множинними вуздечками язика, незрошенням губи і піднебіння:
 - верхня губа розділена на два фрагменти (великий і малий). На великому висота колонки зменшена, червона облямівка піднята догори, м'язовий шар стоншений. На малому фрагменті - висота колонки майже не змінена, червона облямівка розташована у правильному напрямку, м'язовий шар достатньої товщини;
 - ніс - дно носового ходу на боці незрошення відсутнє. Крило носа сплюснене, розтягнуте, стоншене. На внутрішній поверхні крила носа - гребенеподібна складка. Перетинка носа зменшена за висотою на боці незрошення та переміщена у протилежний бік дефекту. Кінчик носа роздвоєний;
 - комірковий відросток та тверде піднебіння розділені на два фрагменти (великий та малий). З великим фрагментом зрощений лемеш. Комірковий відросток великого фрагмента розвернутий уперед та у протилежний бік від незрошення. Малий фрагмент зміщений назад та досередини відносно великого;
 - м'яке піднебіння складається з двох фрагментів, які вкорочені та мало рухомі, можуть розташовуватися асиметрично;
 - несиметричне скорочення пальців. Аномалії зубів, гіпоплазія емалі. Також спостерігається широка спинка носа, аплазія крил носа і вушних раковин, епікантус тощо;
- *2-й варіант (синдром Мора)* характеризується гіпертрофією вуздечок. Присереднім псевдонезрошенням верхньої губи, розщепленням піднебіння. Відсутністю центральних різців, гіпоплазією виличних дуг та щелеп, широким переніссям і кінчиком носа.

ЛІКУВАННЯ:

- налагодження годування (виготовлення obturatora чи годування соскою із додатковою латексною площиною). Obturator виготовляється в умовах щелепно-лицьового відділення Українського чи міжобласного центру разом із анестезіологом та ортодонтим;
- ортодонтична корекція положення незрощених фрагментів верхньої щелепи до хейлопластики;
- підготовка до операції - загальний аналіз крові, біохімія крові, група, резус-фактор; аналіз сечі загальний, аналіз калу на яйця глист та кишкову флору; консультація педіатра, анестезіолога, УЗД тимуса. У разі збільшеного тимуса - тридобова підготовка до ураностафілопластики - преднізолон 1 мг/кг на добу. Після хірургічного втручання поступово зменшення дози (перша доба - 3 рази; друга доба - 2 рази; третя доба - 1 раз);
- хейлопластика у віці 3-4 міс;
- одразу після хейлопластики проводиться антибактеріальна, седативна терапія протягом 5-6 діб;
- після зняття швів (на 8 добу) призначаються еластопротектори (Контрактубекс, Цепан чи Ворен) зранку та ввечері протягом 6 міс. Масаж губи, міогімнастика через 2 тижні після операції протягом 6 міс. У разі формування гіпертрофічного або келоїдного рубця - фонофорез з еластопротектором (№ 10), потім - озокерит-терапія (№ 10);
- через 1 міс. після хейлопластики за умови правильного співвідношення незрощених фрагментів виготовляється за типом знімної пластинки апарат, що ізолює тиск верхньої губи на верхню щелепу;
- при зміщенні малого фрагмента назад та досередини виготовляється апарат у вигляді знімної пластинки з гвинтом, діюча якого направлена у протилежний бік від зміщення;
- ураностафілопластика чи велопластика (при наявності широкого дефекту на межі твердого та м'якого піднебіння) у віці **12-18** міс;
- після ураностафілопластики у ранньому післяопераційному періоді антибактеріальна, знеболювальна терапія, антисептична боротьба порожнини рота, механічно та хімічно щадна дієта;
- після зняття швів (7-8 доба), при збереженні правильного співвідношення верхньої та нижньої щелеп, виготовляється ретенційний апарат, а порушенні прикусу - через 2-3 міс - знімний апарат із гвинтами, розташованими у направленнях звуження щелепи, який носить до досягнення позитивного результату. В цей час проводиться логопедичне навчання;
- корекцію вторинної деформації верхньої губи та носа проводять у віці **10-16** років. Ліквідацію дефекту твердого піднебіння - до **10** років, коміркового відростка у **14-16** років;

- кісткові операції на щелепах у 12-16 років;
- усі хірургічні втручання проводяться під загальним знеболюванням;
- ортодонтичне лікування сагітальних та трансверзальних деформацій верхньої щелепи знімними та незнімними апаратами;
- консультація та лікування глухоти у ЛОР-спеціаліста;
- логопедичне навчання;
- психологічна реабілітація;
- від дня народження дитини має право на отримання соціальної пенсії (наказ 454/471/516 від 8.11.01).

УСКЛАДНЕННЯ

Розвиток вторинних деформацій лица, щелеп; утворення післяопераційних дефектів твердого та м'якого піднебіння.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга, логопеда, ортодонта, хірурга, педіатра, ЛОР-лікаря, психолога.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Поліпшення стану - часткове відновлення функцій та показників місцевого статусу; нормалізація соматичного стану дитини; зміна показників лабораторно-біохімічних та рентгенологічних досліджень у бік нормалізації їх.

МКХ-10 Q 18.0, Q 18.1, Q 89.2**Уроджені
кісти та нориці
(присереднякісташиї)**

Клінічна форма - присередня кіста шиї.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ**Скарги**

На безболісну кульку по присередній лінії шиї.

Місцеві ознаки:

- утворення кулястої форми на передній поверхні шиї, з чіткими межами, тістоподібної консистенції, яке зміщується при ковтанні догори разом із під'язиковою кісткою. При нагноюванні - всі ознаки неондонтогенного абсцесу (біль при ковтанні, запальний інфільтрат на передній поверхні шиї, гіперемія шкіри над ним);
- при пункції - слизоподібна прозора рідина жовтого кольору.

ЛІКУВАННЯ**Хірургічне**

Цистектомія з резекцією тіла під'язикової кістки в умовах стаціонару. Знеболювання загальне.

У разі нагноєння кісти - розтин абсцесу з наступним тривалим дрениванням рани.

Медикаментозне

У післяопераційний період:

- ненаркотичні аналгетики;
- антигістамінні препарати;
- вітаміни.

УСКЛАДНЕННЯ

Нагноєння, рецидиви.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відсутність деформації м'яких тканин; задовільний соматичний стан.

МКХ-10 Q 18.0, Q 18.1, Q 89.2

**Уроджені
кісти та нориці
(бічнакісташиї)**

Клінічна форма - бічна кіста шиї.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На безболісну деформацію у бічній ділянці шиї, яка повільно збільшується.

Місцеві ознаки:

- напівкулясте новоутворення у верхньому бічному відділі шиї, безболісне, обмежено рухливе, м'яко-еластичної консистенції. Шкіра над утворенням не змінена. При нагноюванні - всі клінічні ознаки абсцесу;
- при пункції - слизоподібна жовта прозора рідина.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне

Цистектомія в умовах стаціонару. Знеболювання загальне.

У разі нагноєння кісти - розтин абсцесу з наступним тривалим дренируванням рани.

Медикаментозне

У післяопераційний період:

- ненаркотичні анагетика;
- антигістамінні препарати;
- вітаміни.

УСКЛАДНЕННЯ

Нагноєння, рецидиви.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансеризації у щелепно-лицьового хірурга.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відсутність деформації м'яких тканин; задовільний соматичний стан.

МКХ-10 Q 18.0, Q 18.1, Q 89.2

УРОДЖЕНІ
кісти та нориці
(нориці шиї)

Клінічна форма - нориці шиї (присередні, бічні, привушні).

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Скарги

На один чи кілька отворів на шкірі у відповідній ділянці голови чи шиї.

Місцеві ознаки

Вустя нориць представлені точками утягнутості шкіри у відповідній ділянці, з яких періодично виділяється салоподібна маса без запаху, білуватого кольору. При нагноюванні - всі клінічні ознаки абсцесу.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне

Радикальне видалення нориці з урахуванням її ходу в умовах стаціонару. Знеболювання загальне.

У разі нагноєння - розтин абсцесу з наступним тривалим дрениванням рани.

Медикаментозне:

- ненаркотичні анагетика;
- антигістамінні препарати;
- вітаміни.

УСКЛАДНЕННЯ

Нагноєння, рецидиви, утворення ретенційних кіст.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Хворі перебувають на диспансерізації у щелепно-лицьового хірурга.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Видужання - відсутність деформації м'яких тканин; задовільний соматичний стан.

інтенсивності лікування (інтенсивність лікування) та частоти рецидивів (частота рецидивів)

Клінічна форма – порок серця – аортальний стеноз

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Смерть

Смерть

Висхідна аортальна недостатність (ВА) – це захворювання, при якому відбувається розширення аорти та її клапана, що призводить до збільшення об'єму крові, що проходить крізь неї.

Висхідна аортальна недостатність характеризується збільшенням об'єму крові, що проходить крізь аорту, що призводить до збільшення об'єму крові, що проходить крізь неї. Це може призвести до збільшення об'єму крові, що проходить крізь неї, що призводить до збільшення об'єму крові, що проходить крізь неї.

Хронічна аортальна недостатність характеризується збільшенням об'єму крові, що проходить крізь аорту, що призводить до збільшення об'єму крові, що проходить крізь неї.

Лікування. З метою зменшення ризику розвитку ускладнень, пов'язаних з аортальною недостатністю, рекомендується лікування за допомогою ліків.

У разі прогресування захворювання, пов'язаного з аортальною недостатністю, рекомендується лікування за допомогою ліків.

Медикаментозне лікування. У разі прогресування захворювання, пов'язаного з аортальною недостатністю, рекомендується лікування за допомогою ліків.

У разі прогресування захворювання, пов'язаного з аортальною недостатністю, рекомендується лікування за допомогою ліків.

Лікування. З метою зменшення ризику розвитку ускладнень, пов'язаних з аортальною недостатністю, рекомендується лікування за допомогою ліків.

У разі прогресування захворювання, пов'язаного з аортальною недостатністю, рекомендується лікування за допомогою ліків.

Лікування. З метою зменшення ризику розвитку ускладнень, пов'язаних з аортальною недостатністю, рекомендується лікування за допомогою ліків.

У разі прогресування захворювання, пов'язаного з аортальною недостатністю, рекомендується лікування за допомогою ліків.

Лікування. З метою зменшення ризику розвитку ускладнень, пов'язаних з аортальною недостатністю, рекомендується лікування за допомогою ліків.

У разі прогресування захворювання, пов'язаного з аортальною недостатністю, рекомендується лікування за допомогою ліків.

Розділ 4.

ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

*За редакцією головного спеціаліста
з хірургічної стоматології МОЗ України,
доктора медичних наук, професора,
завідувача кафедри хірургічної стоматології
Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця,
чл. - кора АМН України
В.О. Маланчука*

УКЛАДАЧІ:

Маланчук В.О., головний спеціаліст з хірургічної стоматології МОЗ України, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургічної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, чл.-кор. АМН України;

Астапенко О.О., кандидат медичних наук, асистент кафедри хірургічної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Березовська НА, кандидат медичних наук, асистент кафедри хірургічної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Воловар О.С., кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургічної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Ковцур С.С., кандидат медичних наук, асистент кафедри хірургічної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Копчак А.В., кандидат медичних наук, асистент кафедри хірургічної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Кульбашна Я.А., кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургічної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Логановська Є.М., кандидат медичних наук, асистент кафедри хірургічної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Логвиненко І.П., кандидат медичних наук, асистент кафедри хірургічної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Лисенко СІ., кандидат медичних наук, асистент кафедри хірургічної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Рімша О.Є., асистент кафедри хірургічної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Чумаченко О.В., кандидат медичних наук, асистент кафедри хірургічної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Чопчик В.Д., лікар, завідувач хірургічним відділенням стоматологічної поліклініки Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця.

4.1. ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ ОДОНТОГЕННОГО ПОХОДЖЕННЯ

МКБ-С К 04.4

Періодонтит

Клінічна форма - періодонтит.**ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ**Класифікація*Гострий періодонтит за перебігом:*

- серозний (обмежений, дифузний);
- гнійний (обмежений, дифузний).

Хронічний періодонтит:

- гранулюючий;
- гранулематозний;
- фіброзний.

Хронічний періодонтит у стадії загострення:

- залежно від розповсюдження патологічного процесу:
 - апікальний;
 - маргінальний;
- при гранулематозному періодонтиті розрізняють такі гранульоми:
 - апікальні;
 - апіко-латеральні;
 - латеральні;
 - міжкореневі.

Клінічні:

- реакція на перкусію - безболісна;
- слизова оболонка біля ураженого зуба набрякла, гіперміювана;
- можливе утворення норичь на яснах.

Допоміжні:

- ЕОД (більш ніж 100 мкА);
- рентгенодіагностика - осередок деструкції кістки біля верхівки коренів або по біфуркації.

ЛІКУВАННЯ

Консервативне

Медикаментозне.

Хірургічне:

- видалення зуба;
- резекція верхівки кореня;
- реплантація зуба;
- гемісекція, ампутація коренів;
- компактостеотомія.

УСКЛАДНЕННЯ:

- загострення процесу;
- альвеоліт;
- відторгнення реплантованого зуба.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- своєчасна санація порожнини рота;
- при загостренні процесу - негайно звернутися до лікаря.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

При хірургічних методах (реплантація, гемісекція) - протягом 2 років.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення функції жування, мови.

МКБ-С К 10.22-10.23

ПеріОСТИТ

Клінічна форма - періостит.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Класифікація:

- гострий - серозний, гнійний;
- хронічний - звичайний, осифікувальний, рарефікувальний.

Клінічні:

- розповсюдження запального процесу на окістя альвеолярного відростка та тіла щелепи з одонтогенного чи неодонтогенного джерела;
- біль, набряк м'яких тканин;
- згладженість перехідної складки;
- флюктуація;
- ущільнення м'яких тканин у ділянці запалення.

ЛІКУВАННЯ***Гострий періостит:***

- лікування «причинного» зуба;
- видалення «причинного» зуба;
- періостотомія;
- медикаментозна терапія.

Хронічний періостит:

- видалення «причинного» зуба;
- медикаментозна терапія;
- фізіотерапевтичні процедури (УВЧ);
- відстрочена реплантація.

УСКЛАДНЕННЯ:

- перехід в гострий остеомиєліт;
- альвеоліт;
- гострий лімфаденіт (серозний, гнійний).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- санація порожнини рота;
- при загостренні процесу - негайно звернутися до лікаря.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

II диспансерна група - до 1 місяцю.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення функції жування, мови.

МКБ с к Ю021

Остеомієліт щелеп

Клінічна форма - одонтогенний.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

- біль у щелепі;
- іррадіація болю;
- припухлість у ділянці щелепи (тіла, альвеолярного відростка) з обох боків (вестибулярного та піднебінного або язикового);
- рухливість зубів.

Допоміжні:

- рентгенографія щелеп;
- рентгенографія зубів;
- визначення характеру мікрофлори.

ЛІКУВАННЯ

Гострий остеомієліт:

- видалення «причинного» зуба;
- розтин гнійних осередків під окістям та в навколощелепних тканинах;
- новокаїнова блокада;
- остеоперфорація;
- фізіотерапевтичні методи;
- медикаментозне.

Хронічний остеомієліт:

- секвестректомія;
- видалення зуба;
- розтин гнійних осередків;
- укріплення зубів назубними шинами;
- фізіотерапевтичні методи;
- медикаментозне.

УСКЛАДНЕННЯ:

- одонтогенні флегмони, абсцеси;
- сепсис;
- патологічний перелом нижньої щелепи;
- гайморит.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- негайно звертатися до лікаря;
- не використовувати самостійного лікування (грілками, антибіотиками та іншим).

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом кількох років.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Відновлення функції щелепно-лицьової ділянки (жування, косметичні дані).

МКБ-С К 12.2

**Флегмони
щелепно-лицьової ділянки**

Флегмона - гнійне розповсюжене запалення клітковини, що знаходиться під шкірою, слизовою оболонкою, між м'язами та фасціями.

Клінічна форма - флегмони щелепно-лицьової ділянки.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇКласифікація:

- поверхневі;
- глибокі.

Клінічні

Обов'язковими факторами для виникнення флегмон є наявність інфекції - стрептококів, диплококів, стафілококів, пневмококів, кишкової, синьогнійної, веретеноподібної паличок, зубної спірохети, анаеробної мікрофлори.

Залежно від ступеня вірулентності мікрофлори, стану імунної та вищої нервової діяльності організму клініка флегмон ЩЛД може бути дуже різноманітною - з тяжкими загальними та місцевими порушеннями; проходити гіпореактивно чи помірно активно.

Гнилісно-некротичні флегмони викликаються анаеробною інфекцією. В посівах часто знаходять гемолітичний стрептокок, фузоспиретні асоціації, кишкову паличку, *B. perfringens*, *B. histolyticus* та ін. У таких хворих розвивається картина загального сепсису та послаблення серцевої діяльності.

Загальні ознаки:

- інтоксикація;
- зміни в периферичній крові,
- порушення терморегуляції (до 39-40°C).

Місцеві ознаки:

- розлита припухлість;
- біль при пальпації;
- гіперемія;
- шкіра в складку не береться;
- лице асиметричне.

Для всіх флегмон ЩЛД характерні виражені порушення рухомості щелепи, тризм, порушення акту пережовування, порушення ковтання, мови, дихання, порушення слиновиділення, слина в'язка, тягуча.

У дітей флегмони поширюються швидше ніж у дорослих.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне

Флегмони субмасетеріальні, крилощелепні, підскроневі розтинаються і разом проводиться видалення «причинного» зуба, що став джерелом інфекції.

Флегмони очниці - гнійники розміщені в глибині очниці, за очним яблуком. Спорожнюють через перфораційний отвір кісткової пластинки дна очниці. З цією метою відкривають гайморову порожнину і через неї підходять до заднього краю дна очниці. Після перфорації кістки та розтину окістя гній витікає в гайморову порожнину, яку промивають.

При розтині флегмон скроневої ділянки серединні та глибокі гнійники розтинають радіальними розрізами по довжині м'язів, проникаючи до луски скроневої кістки, створюють при необхідності контрапертуру через додаткові розрізи по верхньому краю передньої частини виличної дуги, проникнення гною вглиб поширення - у ділянці прикріплення жувального м'яза біля кута нижньої щелепи, з'єднуючи їх з основним осередком.

Флегмона навколوجلоткового простору у зв'язку з розташуванням у безпосередній близькості великих судинно-нервових стовбурів і можливістю розповсюдження по них інфекції, вимагає термінового відкриття осередку запалення, частіше - через зовнішній розтин.

Консервативне:

- анальгетики;
- антибіотики;
- сульфаніламіді;
- інфузійна терапія;
- дезінтоксикаційна терапія;
- десенсибілізуюча терапія;
- фізіотерапія.

Консервативне лікування застосовується дуже рідко, коли процес запалення знаходиться у початковій стадії серозного запалення, стан хворого задовільний, температура тіла субфібрильна.

УСКЛАДНЕННЯ:

- запалення лицьових вен та їх тромбофлебіт;
- тромби черепно-мозкових синусів;
- абсцеси головного мозку та очниці.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ

Негайно звертатися до лікаря.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом 1-2 місяців.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Відсутність болю, нормалізація температури тіла, розсмоктування інфільтрату, відсутність змін у показниках крові та сечі.

МКБ-С j 01.03.02.0

Одонтогенний гайморит

Клінічна форма - одонтогенний гайморит.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇКласифікація:

- гострий;
- хронічний;
- загострення хронічного.

Клінічні:

- біль у підочній ділянці;
- припухлість;
- біль у зубах;
- виділення гною з нижнього носового ходу;
- головний біль;
- підвищення температури тіла.

Допоміжні:

- рентгенографія приносових пазух;
- рентгенографія зубів;
- ЕОД.

ЛІКУВАННЯ

Гострої одонтогенний гайморит:

- лікування чи видалення «причинного» зуба;
- протизапальна та антибіотикотерапія;
- симптоматична терапія;
- судинозвужувальні препарати в порожнину носа;
- промивання верхньощелепної порожнини через:
 - лунку видаленого зуба;
 - пункційний отвір через нижній носовий хід;
 - пункційний отвір через передню стінку верхньощелепної пазухи;
- фізіотерапія - хронічний одонтогенний гайморит.

Хірургічне:

- гайморотомія;
- радикальна гайморотомія;
- видалення «причинного» зуба.

УСКЛАДНЕННЯ:

- флегмона орбіти;
- сепсис.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- негайно звертатися до лікаря;
- своєчасна санація порожнини рота.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом 1 року.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- задовільний загальний стан;
- нормальна температура тіла;
- зникнення чи значне зменшення набряку;
- відсутність ексудату з відповідної ноздри;
- відсутність сполучення порожнини рота з порожниною носа через лунку видаленого зуба.

4.2. ЗАХВОРЮВАННЯ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

МКБ-С K11.2

Сіалоаденіти

Клінічна форма - сіалоаденіт.**ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ**Класифікація*Вірусні:*

- викликаний вірусом епідемічного паротиту;
- викликаний вірусом грипу;
- викликаний іншими вірусами (цитомегалії, герпесу та ін.).

Бактеріальні:

- які виникли при гострих інфекційних захворюваннях;
- в післяопераційному періоді;
- при кахексії, серцево-судинній недостатності;
- лімфогенний паротит;
- контактний - при флегмоні оточуючих ділянок;
- при потраплянні чужерідних тіл у проток залози.

Хронічні:

- паренхіматозний;
- склерозуючий субмаксиліт;
- калькульозний;
- посттравматичний;
- лімфогенний;
- контактний;
- специфічний.

Клінічні:*Гострого сіалоаденіту:*

- асиметрія обличчя;
- ступінь відкриття рота;
- біль при пальпації;

- характер ексудату з протоки залози;
- щільність залози;
- сухість у роті.

Хронічногосіалоаденіту:

- у початковій стадії захворювання - безсимптомний перебіг;
- у клінічно вираженій стадії - періодичний біль у залозі, її припухлість, зміна смаку слини (солоня, присмак гною);
- залоза збільшена, має щільно-еластичну консистенцію;
- слина в'язка з домішками слизу, гною, фібринозних включень;
- періодична припухлість залози, болісність, сухість у роті;
- залоза щільної консистенції;
- при масажі залози слина в'язка, желеподібна, з домішками слизу, фібрину.

Допоміжні:

- рентгенологічне обстеження;
- цитологічне дослідження слини;
- контрастна сіалографія;
- комп'ютерна томографія;
- УЗД.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне:

- гострого сіалоаденіту - розтин абсцесів та флегмон;
- хронічного сіалоаденіту - екстирпація слинної залози (привушної, підщелепної, під'язикової).

Консервативне

Гострий сіалоаденіт:

- антибіотики та сульфаніламідні в лікувальних дозах протягом 5-7 днів;
- анальгетики, спазмолітики - при болях та спазмах (анальгін, кетанов, темпалгін, но-шпа, папаверін);
- десенсибілізуючі препарати;
- фізіотерапія; електрофорез з новокаїном, КІ, УВЧ в атермічній дозі;
- масаж залози;
- промивання вивідної протоки залози розчинами антисептиків та антибіотиків;
- вітамінотерапія (А, В, С, Е).

Хронічний сіалоаденіт:

- йодистий калій 2% - за схемою;
- пірогенал - 25 ін'єкцій;

- новокаїнова блокада - по 40-50 мл 0,5% розчину з інтервалом у 2 дні в оточуючу клітковину (8-10 сеансів);
- електрофорез галантаміну;
- промивання протоків розчинами ферментів при наявності гнійного вмісту (хімотрипсин, трипсин).

УСКЛАДНЕННЯ:

- виникнення абсцесів;
- сепсис.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ

Своєчасно звернутися до лікаря.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом кількох років (особливо при хронічній формі).

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів;
- відсутність рецидиву хвороби.

МКБ-С к 115 х

Сіалолітіазис,
слинокам'яна хвороба

Клінічна форма - слинокам'яна хвороба.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇКлінічні:

- збільшення слинних залоз;
- припухлість залози;
- шкіра в кольорі не змінена;
- збільшення припухлості, посилення болю під час приймання їжі;
- при масажі залози із протоки не виділяється слина.

Допоміжні:

- рентгенографія тіла залози;
- рентгенографія протоки залози;

- контрастна сіалографія;
- радіонуклідна діагностика;
- УЗД;
- КТ, МРТ;
- дослідження слини (біохімічне);
- імунограма.

ЛКУВАННЯ

Хірургічне:

- розтин залози при гострому запаленні, дренивання (внутрішньоротове, позаротове);
- видалення каменя:
 - із Вартонової протоки;
 - із Стенової протоки - внутрішньоротовим способом, позаротовим способом;
 - із привушної слинної залози;
- екстирпація підщелепної слинної залози;
- екстирпація привушної слинної залози.

Консервативне:

- антибіотики та сульфаніламід, гіпосенсибілізуючі засоби;
- анальгетики та спазмолітики - при наявності больового синдрому та порушенні виділення слини;
- фізіотерапія в післяопераційний період чи за умови самостійного відходження каменя;
- масаж слинної залози з метою її випорожнення;
- УВЧ-терапія в гіпотермічному чи оліготермічному режимі залежно від інтенсивності запальних явищ;
- ультразвукова терапія чи фонофорез лідази;
- електрофорез йоду при звуженні протоки чи тривалій інфільтрації;
- флюктооризація при сильному больовому синдромі;
- озокеритові, парафінові аплікації; грязелікування;
- УФО слизової оболонки у ділянці вивідної протоки чи шкірних покривів у ділянці ураженої залози в суберитетній дозі.

УСКЛАДНЕННЯ:

- абсцеси у ділянці слинної залози;
- слинна коліка;
- облітерація слинної протоки;
- при видаленні залози - залишення каменя у м'яких тканинах.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ

Негайно звернутися до лікаря.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом кількох років.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів;
- відсутність рецидиву.

МКБ-С к Н.84**Сіалози**

Клінічна форма - сіалози.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇКласифікація:

- ендокринні;
- нейрогенні;
- аліментарні;
- змішані;
- нез'ясованої етіології.

Клінічні:

- рецидивуюче збільшення слинних залоз;
- припухлість залози малоболісна чи безболісна;
- шкіра в кольорі не змінена;
- слизова порожнини рота зволожена слабо через зменшення секретотворення та гіпермійована;
- при масажі залози із протоки виділяється прозора слина, рідше - в'язка слина з домішками слизу чи пластівцями фібрину, в деяких випадках - мутна слина.

Допоміжні:

- сіалограма;
- МРТ;
- УЗД.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне:

- субтотальне видалення залози зі збереженням лицьового нерва;
- тотальне видалення залози зі збереженням лицьового нерва.

Консервативне:

- лікування основного захворювання, яке викликало розвиток дистрофічних процесів;
- збільшення слиновиділення чи боротьба із ксеростомією;
- голкорексфлексотерапія;
- гальванізація;
- електрофорез новокаїну, йоду, галактаміну, гідрокортизону на ділянку слинних залоз;
- протизапальні засоби;
- вітамінотерапія.

УСКЛАДНЕННЯ

Облітерація слинних протоків залоз.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ

Постійно бути під спостереженням лікаря (стоматолог, ендокринолог).

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом декількох років.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- задовільний загальний стан;
- зменшення розмірів залоз;
- збільшення слиновиділення.

4.3. ЗАХВОРЮВАННЯ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

МКБ-С м 139Х

Гострий артрит скронево-нижньощелепного суглоба

Клінічна форма - гострий артрит скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС).

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЙ

Класифікація:

- інфекційний (серозний, гнійний);
- ревматичний;
- ревматоїдний;
- травматичний.

Клінічні:

- гострий біль в одному або двох суглобах, який посилюється при рухах нижньої щелепи;
- іррадіація болю у вухо, скроні;
- припухлість біля суглоба, гіперемія шкіри у проекції суглобової голівки;
- обмеження відкривання рота;
- біль посилюється при спробі жування;
- при натисканні на підборіддя біль посилюється в суглобі.

Допоміжні

Рентгенографія скронево-нижньощелепного суглоба.

ЛІКУВАННЯ:

- їжа м'яка, напіврідка;
- тимчасова іммобілізація (пращеподібна пов'язка на 2-3 дні);
- анальгетики, антибактеріальні препарати;
- вітамін С;

- діадинамічні токи Бернара (1-3 сеанси);
- пов'язки-компреси з дімексидом, антибіотиком, гідрокортизоном (дексаметазон);
- іонофорез з віпарином (демексидом);
- підвищення прикусу.

УСКЛАДНЕННЯ

Перехід у хронічну форму.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ

Негайно звертатися до лікаря.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом 3-6 місяців.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- екскурсія нижньої щелепи не викликає біль;
- можливість повноцінного пережовування їжі;
- відсутність болю.

МКБ-С м 19.0x

**Хронічний артрита-артроз
скронево-нижньощелепного
суглоба**

Клінічна форма - хронічний артрита-артроз СНЩС.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Класифікація:

- у стадії загострення;
- поєднання дистрофічних процесів із запальними.

Клінічні:

- періодичність процесу із загостренням (осінь, весна);
- біль у суглобі, хруст;
- при загостренні - обмеження відкривання рота, при натисканні на підборіддя виникає біль у суглобі, іррадіює біль у скроню;
- зміщення нижньої щелепи в сторону патологічного процесу.

Допоміжні

Рентгенографія суглоба - деформація та часткова резорбція суглобових поверхонь (голівки, бугорка).

ЛІКУВАННЯ:

- іммобілізація нижньої щелепи до 2-3 тижнів;
- м'яка, напіврідка їжа;
- пов'язка - компрес з діметоксидом + гормональні препарати (гідрокортизон, дексаметазон);
- навколосуглобові ін'єкції - плазмолон № 10;
- застосування опромінення гелій-неонового лазера;
- електрофорез (іонофрез) з КІ, лідазою;
- вітамін С;
- вітамінотерапія;
- при загостренні процесу - антибактеріальні препарати, протизапальні;
- хондропротектори.

УСКЛАДНЕННЯ

Деформація суглобової голівки.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- своєчасне протезування зубів;
- спостереження у лікаря.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом 3 років.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- відсутність болю;
- повноцінне переживання їжі;
- відкривання рота безболісно.

МКБ-С М 19.0Х

Хронічний

**артрит скронево-нижньощелепного
суглоба**

Клінічна форма - хронічний артрит СНЩС.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Класифікація:

- ревматоїдний;
- ревматичний (біль в обох суглобах);
- у стадії загострення.

Клінічні:

- порівняно незначний біль при спробі широко відкрити рот;
- обстеження відкривання рота;
- зміщення нижньої щелепи в сторону, де є патологічний процес;
- наявність хрусту в суглобі - при обстеженні через зовнішній слуховий прохід;
- біль при натисканні на вушну раковину;
- порушення чутливості шкіри в зоні суглоба, скроні, привушної ділянки («повзання мурашків», поколювання);
- при загостренні процесу - ниючий постійний біль, біль, що віддає у вуха, скроню; при натисканні на підборіддя - посилюється біль у суглобі.

Допоміжні

Рентгенографія СНЩС - розширення суглобової щілини при ексудативній формі процесу або звуження - при рубцевих процесах.

ЛІКУВАННЯ:

- тривала іммобілізація нижньої щелепи 2-3 тижні;
- усунення джерела інфекції (в зубах, вухах, мигдаликах, верхньощелепних пазухах);
- протизапальна нестероїдна терапія;
- збалансоване харчування;
- вітамінотерапія;
- фізіотерапія - УВЧ солюкс, компреси або електрофорез з медичною жовчю, парафінові аплікації;
- у подальшому - раціональне протезування;
- їжа м'яка, напіврідка;
- хондропротектори.

УСКЛАДНЕННЯ

Деформуючий артроз суглоба.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ

Постійне спостереження лікаря.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом 2-3 років.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- відсутність хрусту в суглобі;
- повноцінне переживання їжі;
- відсутність болю.

МКБ-С К 8.209.01-8.335.08

АрТрОЗ СКрОНЄВО-

НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

Клінічна форма - артроз СНЩС.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Класифікація:

- дистрофічний процес;
- склеротичний;
- деформуючий.

Клінічні:

- обстеження відкривання рота;
- нижня щелепа зміщується в сторону, де відмічається патологічний процес;
- скутість у суглобі вранці;
- протягом дня скутість у суглобі зникає;
- відмічається хруст у СНЩС;
- можливе пониження слуху;
- відчуття закладеності у вусі;
- тупий ниючий біль у СНЩС;
- посилення болю під час приймання твердої їжі; після тривалої розмови; внаслідок емоційного напруження.

Допоміжні

Рентгенографія СНЩС - нечіткість контуру суглобових поверхонь кісток:

- *при склерозуючому артрозі* - звуженість суглобової щілини, склерозування заміщуючих пластинок з деформацією голівки;
- *при деформуючому артрозі* - виражена деформація суглобової голівки і бугорка (за рахунок крайових кісткових розростань, остеофітів, гіперостозів).

ЛІКУВАННЯ

Консервативне:

- компреси або фізіотерапія (наприклад, іонофорез) з медичною жовчю;
- парафінотерапія;
- грязелікування;
- анальгетики, протизапальні препарати;
- втирати в шкіру гель Депрілів, 5% гель діклак;
- хондропротектори;
- нормалізація положення суглобових голівок за рахунок підбору кап або накусочних пластинок, або незнімної шини, яка обмежує рухи нижньої щелепи.

Хірургічне

При вираженому деформуючому процесі - кондилектомія з одномоментною артропластиком СНЩС.

УСКЛАДНЕННЯ

Деформація суглобової голівки.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ

Постійне спостереження у лікаря.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом 3-5 років.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- зниження скутості суглоба вранці;
- зменшення хрусту або його відсутність;
- відсутність болю.

4.4. КІСТИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ

МКБ-С J 34.IX, K 04.8, K 09.80, **КІСТИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ**
K 09.81, K 09.85, K 11.6,
 K 11.60, K 11.61, Q 18.0,
 Q 89.21, Q 89.91, K 04.80

Клінічна форма - кісти щелепно-лицьової ділянки.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Класифікація:

- власні кісти верхньощелепного синуса;
- кісти щелеп;
- кісти м'яких тканин:
 - дермоїдна кіста;
 - епідермоїдна кіста;
 - лімфоепітеліальна кіста;
 - мукоцеле слинної залози, ранула;
 - слизова ретенційна кіста;
 - слизова кіста з ексудатом;
 - кіста зяберної щілини;
 - щитоподібно-язикова кіста;
 - щитоподібно-язикова нориця;
- серединні кісти та нориці шиї (тіреоглоссальні);
- бокові кісти шиї;
- бокові нориці обличчя та шиї.

Клінічні:

- діагностується випадково при рентгенологічному дослідженні лицьового черепа;
- спонтанне розкриття в порожнину носа, або нагноєння кістозного вмісту;
- деформація верхньої щелепи;
- деформація м'яких тканин.

Допоміжні:

- рентгенографія приносних пазух;
- контрастна рентгенографія (фістулографія) лицьового черепа;
- фіброоптична ендоназоскопія;
- комп'ютерна томографія черепа - при деформації кісток;
- ЯМРТ голови;
- УЗД;
- інцизійна (пункційна) біопсія;
- дифдіагностика з пухлинами;
- пункція - морфологічне та біохімічне дослідження вмісту;
- рентгеноконтрастна фістулографія норицевих ходів.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне:

- пункція з евакуацією кістозного вмісту та склерозуванням епітеліальної оболонки кісти;
- цистектомія;
- гайморотомія;
- операція Денкера;
- хірургічне видалення оболонки кісти з вмістом або витином епітелізованих стінок норицевого ходу;
- марсупіалізація (для ретенційних кіст) - широке сполучення порожнини кісти з порожниною рота, прошивання країв отвору та об'єднання епітеліальних шарів.

УСКЛАДНЕННЯ:

- нагноєння кісти;
- малігнізація (злоякісне переродження тканин) кісти.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ

Своєчасне хірургічне лікування.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом 3-4 місяців.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- відсутність суб'єктивних проявів захворювання;
- відсутність ознак наявності та росту пухлиноподібного утворення.

4.5. ДЕФОРМАЦІЇ ЩЕЛЕП ТА ПРИКУСУ

МКБ-С к 0704 Нижня мікро- та ретрогнатія

Клінічна форма - деформації щелеп та прикусу.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Класифікація:

- симетрична;
- несиметрична;
- гнатична;
- альвеолярна - мікрободія, мікрорамя, сполучення мікрободії та мікрорамії.

Клінічні:

- зменшення розмірів нижньої третини обличчя в сагітальній проекції;
- нижня щелепа недорозвинена, зменшена в розмірах чи зміщена до заду при збереженні нормальних параметрів;
- у більшості хворих підборідний відділ обличчя зміщено до заду відносно до нижньої губи;
- шийно-підборідний відділ погано виражений, відстань між підборіддям та під'язиковою кісткою зменшено;
- підборідний відділ виглядає коротшим;
- нижня губа розгорнута вперед, слизовою оболонкою червоної облямівки притискається до ріжучого краю верхніх зубів;
- співвідношення зубів прогнатичне;
- прогнатичне співвідношення зубів супроводжується глибоким травмуючим, глибоким чи відкритим прикусом;
- визначається звуження нижнього зубного ряду на рівні перших премолярів та зкоротшення його.

Допоміжні:

- антропометричні та фотометричні обстеження;
- діагностична маска обличчя;
- діагностичне дослідження моделей щелеп (за Пону, за Коркхаузу);

- рентгенографія - телерентгенографія в прямій чи боковій проекції, ортопантомографія, оглядова рентгенографія кісток лицьового скелета;
- комп'ютерна томографія - 3D.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне:

- площинна остеотомія нижньої щелепи з одночасним усуненням ретропозиції нижньої щелепи (одно- чи двобічна);
- площинна остеотомія нижньої щелепи з накладенням дистракційного апарата (одно- чи двобічна);
- комбінована остеотомія нижньої щелепи в ділянці тіла з одночасним усуненням ретропозиції нижньої щелепи (одно- чи двобічна);
- комбінована остеотомія нижньої щелепи в ділянці тіла з накладенням дистракційного апарата.

УСКЛАДНЕННЯ:

- деформація нижньої третини лица;
- порушення функцій жування та мови.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом кількох років.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення фізіологічних функцій - жування, мови, дихання.

МКБ-С к 07.03

Верхня мікро- та ретрогнатія

Клінічна форма - верхня мікро- та ретрогнатія.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Класифікація:

- первинна, вторинна;
- симетрична, несиметрична;
- гнатична, альвеолярна, сумісна форма;
- сполучення зі звуженням зубних рядів, яке не сполучається зі звуженням зубних рядів.

Клінічні:

- середня третина обличчя западає і дещо пласка на вигляд;
- рельєф вилицевих та підочних ділянок симетрично згладжений;
- носові ходи звужені, дихання ускладнене;
- верхня губа, особливо її основа, западає;
- носогубні складки різко виражені, глибокі;
- нижня губа перекидає верхню;
- підборіддя випинається вперед;
- співвідношення зубних рядів прогенічне;
- прикус прогенічний (мезіальний) чи відкритий;
- ретенція, дистопія зубів, їх скупчення, звуження зубного ряду верхньої щелепи;
- піднебіння - готичне;
- при верхній мікрогнатії після ураностафілопластики відмічається зміщення кісткового шва носа у здоровий бік;
- перитинка носа коротка;
- основа грушеподібного отвору на боці незрощення - недорозвинене, пласке, западає;
- верхня губа коротка, пласка та деформована;
- верхній зубний ряд деформований;
- слизова оболонка твердого та м'якого піднебіння рубцево змінена, м'яке піднебіння малорухоме, коротке;
- нерідко визначаються залишкові дефекти твердого піднебіння (різних його відділів) та ротоносові нориці в ділянці верхнього склепіння при-сінка рота.

Допоміжні:

- при гнатичній формі - маска обличчя;
- діагностичне дослідження моделей щелеп (за Пону, за Коркхаузу);
- антропометричні та фотометричні дослідження;
- рентгенографія - телерентгенографія в прямій чи боковій проекції, ортопантомографія, рентгенографія додаткових порожнин носа, оглядова рентгенографія кісток лицьового скелета;
- комп'ютерна томографія - 3D.

ЛІКУВАННЯ**Хірургічне:**

- остеотомія верхньої щелепи (альвеолярного відростка) за Ле Фор I;
- сегментарна остеотомія верхньої щелепи з усуненням звуження зубного ряду;
- остеотомія середньої зони лицьового черепа за Ле Фор II;

- остеотомія середньої зони лицьового черепа за Ле Фор II з усуненням звуження зубного ряду;
- остеотомія середньої зони лицьового черепа за Ле Фор III;
- остеотомія середньої зони лицьового черепа за Ле Фор III з усуненням звуження зубного ряду;
- комбінування вищеперерахованих методик при асиметричних верхніх мікрогнатіях.

Дистракційні методи:

- у межах альвеолярного відростка;
- нижньої та середньої частин середньої зони обличчя;
- у межах всієї середньої третини обличчя.

Хірургічно-ортодонтичні методи:

- кортикотомія;
- компактостеотомія;
- усунення протидії контрофорсів.

УСКЛАДНЕННЯ:

- деформація обличчя (середнього фрагмента);
- порушення функцій жування та мови.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ

Своєчасне звернення до лікаря (у дитячому віці).

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом кількох років.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- ліквідація клінічних проявів захворювання;
- відновлення фізіологічних функцій - жування, мови, дихання.

МКБ-С К07.3

Аномалія положення зубів

Клінічна форма - аномалія положення зубів.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Класифікація:

- оральне положення зуба (піднебінне, язикове);
- вестибулярне положення зуба;
- мезіальне положення зуба;
- дистальне положення зуба;
- поворот зуба навколо своєї осі;
- супраоклюзія - розташування зуба вище оклюзійної площини;
- інфраоклюзія - розташування зуба нижче оклюзійної площини.

Клінічні:

- з наявністю місця в зубному ряді;
- з обмеженням місця в зубному ряді;
- з відсутністю місця в зубному ряді;
- з комплексованим дефіцитом місця у зубному ряді;
- з декомплексованим або повним дефіцитом місця у зубному ряді;
- з наявністю супутніх аномалій зубного ряду та прикусу;
- невідповідність розмірів зубів і щелепи;
- невідповідність ширини зубного ряду та апікального базису;
- порушення фонетики та мови;
- естетичні порушення;
- психічні порушення.

Допоміжні методи:

- панорамна рентгенографія;
- біометрія - визначення дефіциту місця у зубному ряді;
- фотометрія.

ЛІКУВАННЯ

Лікувально-профілактичні методи у молочному та змінному прикусі:

- психо-терапевтична підготовка до ортодонтичного лікування;
- усунення причин;
- санація порожнини рота;
- функціональні методи лікування (міогімнастика, масаж, вправи з дерев'яними паличками, фізіотерапевтичні та ін.);

- хірургічні методи - серійне послідовне видалення зубів, компактостеотомія;
- компактостеотомія, кортікотомія.

Ортопедичне:

- апаратурні - функціональної та механічної дії;
- профілактичне зубне протезування.

Лікування у постійному прикусі:

- застосування апаратів механічної дії включно з брекет-технікою із урахуванням принципів лікування;
- реставрація зубів за допомогою композитних матеріалів (реконструкція зубного ряду);
- раціональне зубне протезування;
- хірургічні методи поєднані з ортодонтичним втручанням.

УСКЛАДНЕННЯ:

- деформація прикусу;
- естетичні розлади.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ

Своєчасне звертання до лікаря.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом 1-3 років.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Досягнення щільного фісурно-горбкового контакту зубів та нормалізація міо-динамічної рівноваги.

4.6. ТРАВМИ ЩЕЛЕП І М'ЯКИХ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ

МКБ-С Т 00.0, Т 04.0 **Поверхневі травми голови та шиї, забій м'яких тканин, гематоми, садна**

Гематома - обмежене скупчення крові в тканинах з утворенням в них порожнини, що містить рідку кров або згустки крові.

Рани голови та шиї - порушення цілісності шкіри або слизової оболонки на всю їх товщину внаслідок дії механічних факторів.

Клінічна форма - поверхневі травми голови та шиї,
забій м'яких тканин, гематоми, садна.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- видиме порушення анатомічної цілісності м'яких тканин голови та шиї;
- біль у ділянці травми м'яких тканин;
- крововиливи;
- набряк м'яких тканин;
- порушення функцій - відкривання рота, дихання тощо;
- характер країв рани, ранового каналу, вхідного та вихідного отворів, стан прилеглих тканин визначається видом, формою та силою дії раничного предмета.

Класифікація (гематоми):

- *за локалізацією* - гематома щічної, підочної періорбітальної ділянки тощо;
- *за видом травмованої судини* - артеріальні, венозні, змішані;
- *за станом крові, що ізлилася* - нагноєна, ненагноєна, гематома, що організувалась.

Допоміжні (гематоми):

- пункція гематоми;
- рентгенографія кісток лицьового скелета.

Класифікація (рани голови та шиї):

- вогнепальні, невогнепальні;
- забиті, рвані, різані, колоті, рублені, розтрошені, скальповані, укушені;
- поверхневі і глибокі
- чисті, інфіковані, нагноєні.

ЛІКУВАННЯ

Гематоми:

- розтин або пункція;
- перев'язка судини.

Рани голови та шиї:

- ревізія рани, видалення сторонніх тіл, згустків крові, нежиттєздатних тканин, промивання рани антисептичними розчинами;
- пошарове ушивання рани; дренивання глибоких ран;
- під час хірургічної обробки рани проводиться ретельний гемостаз;
- при ураженні великих судин - зупинка кровотечі шляхом перев'язки або прошивання судини в рані або перев'язки відповідної судини (лицьової, язикової, зовнішньої сонної артерії) на протязі;
- при великій кровотечі - слід застосовувати гемостатичні препарати локальної (гемостатична губка, тощо) та системної (амінокапронова кислота, децинон тощо) дії, вводити інфузійні рідини для відновлення ОЦК, проводити переливання крові та її компонентів;
- при ушкодженні периферійних гілок трійчастого нерва - призначення медикаментозної терапії невропатологом, ЛФК, масажу, спостереження в динаміці;
- при ушкодженні вивідної протоки привушної слинної залози - відновлення цілісності протоки або виведення проксимального фрагмента протоки в порожнину рота під час проведення хірургічної обробки рани;
- при ушкодженні капсули привушної або піднижньощелепної залози - ушивання капсули і призначення препаратів, що пригнічують слиновиділення;
- при утворенні дефекту м'яких тканин - застосовувати місцево-пластичні прийоми (за Шимановським, Лімбергом, клаптом на ніжці тощо); при великих дефектах - накладати обвивні шви, сполучаючи слизову оболонку порожнини рота та шкіру, або - пластиночні шви;
- при всіх видах травми - медикаментозна терапія.

УСКЛАДНЕННЯ:

- дефекти щелеп;
- деформація прикусу;
- деформація обличчя.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ

Своєчасне звернення до лікаря.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Від 2 до 12 місяців.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Загоєння рани первинним (у ряді випадків можливо вторинним) натягом, мінімізація можливих негативних косметичних і функціональних наслідків.

МКБ-С Soz. 02.6

Переломи нижньої щелепи

Клінічна форма - переломи нижньої щелепи.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Класифікація:

Від термінів одержання травми:

- свіжі (до 10 діб);
- застарілі (від 11 до 20 діб);
- неправильнозрослі (більше 20 діб).

За локалізацією:

- односторонні, двосторонні;
- одиночні, подвійні, множинні.

Переломи тіла щелепи (відкриті - в межах зубного ряду):

- серединні (в ділянці різців);
- ментальні (в ділянці тіла та премолярів);
- в ділянці молярів;
- в ділянці кута щелепи (закриті чи відкриті);

Переломи в ділянці гілки щелепи (закриті):

- суглобовий відросток (основа, шийка, голівка);

- вінцевий відросток;
- власне гілки (продольні та поперечні).

Перелоμο-вивихисуглоба:

- повні, неповні (субперіостальні);
- без зміщення та зі зміщенням уламків;
- лінійні, уламкові, комбіновані;
- ізольовані;
- поєднані (з черепно-мозковими ушкодженнями, ушкодженнями м'яких тканин, інших кісток тіла).

Залежно від напрямку лінії перелому:

- лінія перелому - перпендикулярно до повздовжньої чи горизонтальної осі тіла щелепи;
- лінія перелому - під гострим кутом (коса лінія) до продольної чи горизонтальної осі тіла щелепи;
- лінія перелому - паралельно осі тіла щелепи (перелом у ділянці гілки, суглобового та вінцевого відростків нижньої щелепи);
- лінія перелому - симетрично на зовнішній та внутрішній компактних пластинках щелепи;
- лінія перелому - несиметрично на зовнішній та внутрішній компактних пластинках щелепи;
- із зубом у щіліні перелому (в лінії перелому знаходиться весь корінь зуба чи його пришийкова чи верхівкова частина);
- при відсутності зуба в лінії перелому.

Клінічні:

- біль у ділянці нижньої щелепи, який різко посилюється при її рухах, а особливо при навантаженні на щелепу (жуванні, відкушуванні, відкриванні рота);
- кровотеча з порожнини рота, порушення прикусу;
- порушення чутливості нижньої губи та підборіддя;
- асиметрія на ушкодженій стороні (за рахунок набряку, гематоми, інфільтрату тощо), а також порушення цілісності зовнішніх м'яких тканин (забій, садни, рани) та їх колір (гіперемія, крововилив);
- зменшення амплітуди вертикальних та бокових рухів нижньої щелепи;
- розриви слизової оболонки альвеолярного відростка з крововиливом у ділянку перехідної смужки, іноді - з оголенням кістки;
- при бімануальному обстеженні - наявність патологічної рухомості щелепи по вертикалі та горизонталі.

Допоміжні:

- рентгенографія нижньої щелепи у двох проекціях;
- томографія;
- ортопантомографія;

- комп'ютерна томографія - 3D;
- ЕОД зубів.

При поєднаних переломах - рентгенографія лицьового та мозкового черепа у двох проекціях.

При переломах суглобового відростка - рентгенографія за Шюллеру, Парму.

ЛІКУВАННЯ

Консервативне:

- при лінійних переломах нижньої щелепи, розташованих у межах зубного ряду (від центральних різців до премоларів) фіксуюча пов'язка;
- при переломах альвеолярного відростка верхньої та нижньої щелеп (на ушкоджені фрагменті щелепи повинно бути не менше 3-х стійких зубів з кожної сторони), - шинування (гладка шина-скобка; шина з розпоркою);
- при переломах нижньої щелепи в межах зубного ряду чи за його межами, як без зміщення так і зі зміщенням уламків, якщо вдалося здійснити їх репозицію, використовують двощелепне шинування за Тигершtedтом.

Хірургічне:

- при недостатній кількості зубів для накладання шин чи відсутності зубів на нижній та верхній щелепах;
- при рухомості зубів у хворих з захворюваннями пародонта;
- при переломі нижньої щелепи в ділянці шийки суглобового відростка з невправимим уламком при вивиху чи підвивиху голівки щелепи;
- при уламковому переломі, якщо уламки не вдається співставити у правильне положення.

УСКЛАДНЕННЯ:

- дефект і деформація щелепи й обличчя;
- порушення прикусу;
- порушення функцій жування та мови.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- механотерапія, дієта;
- спостереження лікаря;
- своєчасне лікування.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Диспансерний нагляд у стоматолога 1 місяць.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Відновлення анатомічної конфігурації обличчя та функції щелеп.

МКБ-С Soz. 02.42

ПерЄЛОМИ верхньої щелепи

Клінічна форма - переломи верхньої щелепи.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Класифікація:

- Ле Фор I - нижня лінія, має напрямок від основа грушеподібної апертури горизонтально та назад до крилоподібного відростка клиноподібної кістки;
- Ле Фор II - середня лінія, проходить у поперечному напрямку через носові кістки, дно очниці, підочний край, а далі - вниз, по вилицево-щелепному шву та крилоподібному відростку клиноподібної кістки;
- Ле Фор III - верхня лінія найменшої міцності проходить у поперечному напрямку через основу носових кісток, дно очниці, зовнішній її край, вилицеву дугу і крилоподібний відросток клиноподібної кістки.

Клінічні:

- при переломі за Ле Фор I - рухома лише зубна дуга верхньої щелепи з піднебінним відростком;
- при переломі за Ле Фор II - рухома вся верхня щелепа разом з носовими кістками;
- при переломі за Ле Фор III - рухома вся верхня щелепа разом з носовими та вилицевими кістками, нерідко супроводжуються ушкодженням основи черепа, струсом, забоєм, компресією головного мозку;
- при переломі верхньої щелепи - подовжується чи сплющується середня частина обличчя за рахунок зміщення відірваної щелепи вниз чи всередину (назад), біль при змиканні зубів; порушення прикусу, кровотеча з носа, рота.

Допоміжні:

- рентгенографія;
- томографія;
- панорамна рентгенографія;
- комп'ютерна томографія - 3D.

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне

Остеосинтез (осередок, позаосередок).

Консервативне

Шинування (назубне, апаратне).

УСКЛАДНЕННЯ:

- порушення прикусу;
- деформація обличчя.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ

Негайне звернення до лікаря.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом 1-2 років.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ:

- відновлення анатомічної конфігурації обличчя та функції щелеп;
- ліквідація клінічних проявів захворювання.

МКБ-С Sol. 02.41

**ПерЄЛОМИ
ВИЛИЦЕВОГО КОМПЛЕКСУ**

Клінічна форма - перелом вилицевого комплексу.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Класифікація:

За локалізацією:

- перелом вилицевої кістки;
- перелом вилицевої дуги;
- перелом вилицево-орбітального комплексу;
- комбіновані.

За давністю:

- свіжі (до 10 днів);
- застарілі (більше 10 днів).

Клінічні:

- парестезія підочної ділянки, верхньої губи, крил носа;
- симптом сходинки по нижньо-очному краю;
- обмежене відкривання рота;
- кровотеча з носа;

- упрощення вилицевої ділянки;
- рухомість уламків вилицевих кісток.

Допоміжні:

Рентгенографія кісток лицьового скелета в аксіальній та в носопідборідній проекції (до і післяопераційна), додатково - напіваксіальній проекції, бокова (профільна) проекція.

ЛКУВАННЯ

Консервативне

Протизапальна терапія (при свіжих переломах вилицевого комплексу без зміщення уламків, переломи вилицевого комплексу з незначним зміщенням уламків при відсутності косметичних і функціональних порушень).

Хірургічне:

- репозиція вилицевого комплексу;
- ревізія і санація верхньощелепної пазухи (при переломах вилицевого комплексу зі зміщенням кісткових фрагментів, рентгенологічні ознаки гемосинуса, необхідність додаткової фіксації вилицевого комплексу з боку верхньощелепної пазухи, пролабіювання в порожнину прилеглої клітковини);
- репозиція вилицевого комплексу;
- репозиція, остеосинтез і ревізія гайморової порожнини.

УСКЛАДНЕННЯ:

- деформація обличчя;
- неповне відкривання рота;
- порушення зору (диплопія).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ

Своєчасне звертання до лікаря.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом 1 року.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛКУВАННЯ:

- відновлення контурів обличчя, усунення функціональних порушень;
- відсутність патологічних змін з боку верхньощелепної пазухи.

МКБ-С М 8000/0

Доброякісні пухлини**Клінічна форма** - доброякісні пухлини.**ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ**Класифікація:

- *одонтогенні* - амелобластома, одонтома та ін.;
- *остеогенні* - остеома, остеобластокластома;
- м'яких тканин.

Клінічні:

- ріст повільний;
- відмежованість від сусідніх здорових тканин;
- капсула;
- не дають метастазів;
- гістологічно однорідні (крім плеоморфної аденоми).

Допоміжні:

- біопсія;
- цитологічне дослідження;
- УЗД;
- рентгенологічні, КТ, МРТ.

ЛІКУВАННЯ**Хірургічне**

Видалення пухлини.

УСКЛАДНЕННЯ:

- порушення цілості кісток;
- перелом нижньої щелепи;
- деформація обличчя.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ

Своєчасне звернення до лікаря.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом 1-5 років.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Відсутність рецидиву.

ДІАГНОСТИКА

МКБ-С М 8000\0

— рухомість уламків вилицьової кістки

Догляди:

лікування кістки доброякісної форми

Рентгенографія кісток лицьового скелета (панорамна, фронтальна та профільна борідний проєкції (до і післяопераційна), додатково – найвищою щелепю кістки, бокова (профільна) проєкція)

ЛІКУВАННЯ

лікування кістки доброякісної форми

Консервативне

лікування кістки доброякісної форми

Противірна терапія (при певних переказах вилицьової кістки) без застосування уламків, переважно вилицьової кістки (за наявності ознак гемосинуса, необхідність додаткової фіксації комплексу з боку верхньощелепної пакути, при наявності ознак вилицьової кістки)

Хірургічне:

- репозиція вилицьової кістки
- ревізія і стабілізація вилицьової кістки
- ознаки гемосинуса, необхідність додаткової фіксації комплексу з боку верхньощелепної пакути, при наявності ознак вилицьової кістки
- ревізія вилицьової кістки
- ревізія вилицьової кістки і ревізія гайморової порожнини

УСКЛАДНЕННЯ:

- деформація обличчя
- порушення функцій рота
- порушення зору (диплопія)

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТА

- Своєчасне звертання до лікаря
- дотримання рекомендацій лікаря

ДИСТАНСРІВНЕННЯ У СТОМАТОЛОГА

Протягом 1 року

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

відновлення функцій обличчя, усунення ознак вилицьової кістки, відсутність патологічних змін з боку верхньощелепної пакути

Відсутність рецидиву

5.1. ПАТОЛОГІЯ ЗУБІВ ТА ЗУБНИЙ АПАРАТ

Розділ 5.

ОРТОДОНТІЯ

*За редакцією головного ортодонта МОЗ України,
доцента кафедри стоматології дитячого віку
Львівського національного медичного
університету ім. Данила Галицького
М.С. Дрогомирецької*

УКЛАДАЧІ:

Дрогомирецька М.С., головний ортодонт МОЗ України, доцент кафедри стоматології дитячого віку Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького;

Фліс П.С., професор, завідувач кафедри ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Куроєдова В.Д., професор, завідувач кафедри післядипломної освіти лікарів-ортодонтів Української стоматологічної академії;

Покровський М.М., професор кафедри стоматології дитячого віку Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького;

Дорошенко С.І., доцент кафедри ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Головка Н.В., професор кафедри пропедевтики ортопедичної стоматології та ортодонції Української медичної стоматологічної академії;

Тріль С.І., доцент кафедри ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Лютик Г.І., доцент кафедри ортопедичної стоматології Інституту нетрадиційної медицини;

Репужинський Й.М., доцент кафедри ортопедичної стоматології Інституту нетрадиційної медицини;

Тяжкороб Т.В., асистент кафедри ортопедичної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Мірчук Б.М., доцент кафедри стоматології дитячого віку Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького;

Смаглюк Л.В., доцент, докторант кафедри пропедевтики ортопедичної стоматології та ортодонції Української медичної стоматологічної академії;

Ліпорська Л.Б., доцент кафедри стоматології дитячого віку Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.

5.1. ПАТОЛОГІЯ ЗУБІВ ТА ЗУБНИХ РЯДІВ

МКХ-10 K07.3

Аномалія положення зубів

Аномалія положення зубів - розташування зуба поза зубною дугою в одній із трьох взаємно перпендикулярних площин - сагітальній, вертикальній та трансверзальній або у їх сполученні.

Клінічна форма - оральне положення зуба (піднебінне, язикове);

- вестибулярне положення зуба;
- мезіальне положення зуба;
- дистальне положення зуба;
- поворот зуба навколо своєї осі;
- супраоклюзія (розташування зуба вище оклюзій площини);
- інфраоклюзія (розташування зуба нижче оклюзійної площини).

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- з наявністю місця в зубному ряді;
- з обмеженням місця в зубному ряді;
- з відсутністю місця в зубному ряді;
- з комплексованим дефіцитом місця у зубному ряді;
- з декомплексованим, або повним дефіцитом місця у зубному ряді;
- з наявністю супутніх аномалій зубного ряду та прикусу;
- невідповідність розмірів зубів і щелепи;
- невідповідність ширини зубного ряду та апікального базису;
- порушення мовної функції;
- естетичні порушення;
- психічні порушення.

Допоміжні:

- панорамна рентгенографія;
- біометрія - визначення дефіциту місця у зубному ряді;
- фотометрія.

ЛІКУВАННЯ:

- психотерапевтична підготовка;
- усунення шкідливих звичок;
- створення місця в зубній дузі для аномалійно розташованого зуба - розширення зубного ряду, дисталізація зубів, видалення менш цінного зуба;
- застосування оптимальних ортодонтичних сил для переміщення зубів;
- нормалізація міжоклюзійних співвідношень;
- нормалізація функцій - естетичної, мовної, жувальної;
- ретенція досягнутих результатів.

Лікувально-профілактичні методи у період молочного та змінного прикусу з 3 до 12 років:

- психотерапевтична підготовка до ортодонтичного лікування;
- усунення причин;
- санація ротової порожнини;
- перевірка стану гігієни порожнини рота, при необхідності - навчання;
- функціональні методи лікування - міогімнастика, масаж, вправи з дерев'яними паличками, фізіотерапевтичні та ін.;
- хірургічні методи - серійне послідовне видалення зубів;
- апаратурні методи з урахуванням принципів лікування, включаючи застосування апаратів функціональної та механічної дії;
- профілактичне зубне протезування.

У період постійного прикусу:

- застосування апаратів механічної дії, включаючи брекет-техніку із урахуванням принципів лікування;
- реставрація зубів за допомогою композитних матеріалів - реконструкція зубного ряду;
- раціональне зубне протезування;
- хірургічні методи, поєднані з ортодонтичним втручанням.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Відновлення форми та розмірів зубних рядів.

МКХ-10 к 002 Аномалії розмірів та форми зубів

Аномалії розмірів та форми зубів - збільшення або зменшення середнього розміру зуба або зміна його анатомічної форми.

Клінічна форма - мікродентія, макродентія.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- один або всі зуби зменшені у розмірах, але правильної анатомічної форми;
- один або всі зуби збільшені у розмірах, але правильної анатомічної форми;
- один або всі зуби шилоподібної чи конусоподібної форми;
- зуби бочкоподібної форми (Фурньє, тауродонтизм);
- зуби з вирізкою півмісяця на ріжучому краї (Гетчінсона);
- зливні (подвійні, велетенські) зуби, наявність у них розмежувальної боріздки на вестибулярній поверхні або узури на ріжучому краї;
- зуби спотвореної форми (зуб у зубі, премоляроподібні);
- наявність аномалійної форми та величини зубів у батьків та найближчих родичів;
- венеричні хвороби батьків;
- системні та соматичні захворювання;
- радіаційне опромінення;
- інфекційні захворювання дитини або матері в період вагітності.

Допоміжні:

- панорамна рентгенографія;
- біометрія - визначення дефіциту місця у зубному ряді;
- фотометрія.

Заданими рентгенологічними досліджень:

- кількість аномалійних зубів у щелепах;
- стан кореневої системи у аномалійних зубів (сформованість, резорбція, форма коренів);
- величина та форма пульпових камер (єдині або розділені) у зливних зубах;
- наявність патологічних змін тканин пародонта.

Заданими електроодонтодіагностики:

- знижена чутливість пульпи - в цілому або з різними показниками між медіальним та дистальними ділянками коронкової частини зуба.

Заданими антропометричних вимірювань діагностичних моделей та в порожнині рота:

- коронкова частина зуба більша за однойменний зуб з протилежної сторони;
- коронкова частина зуба менша за однойменний зуб з протилежної сторони;
- тісне положення зубів у зубному ряду (скупченість);
- проміжки між зубами (діастеми, тремі);
- розташування аномалійного зуба відносно зубної дуги.

ЛІКУВАННЯ

Залежно від віку пацієнта; кількості зубів аномалійної форми та величини, їх розташування у зубній дузі та наявності для них місця.

У період тимчасового прикусу:

- шилоподібні зуби покриваються тонкостінними металевими коронками, ковпачково-фасеточними або ковпачково-оклюзійними коронками;
- зливні тимчасові зуби підлягають гемірезекції (відсічення) коронкової частини зуба, корінь якого розсмоктався (за протоколами хірургічного втручання).

У період змінного прикусу:

- шилоподібні зуби покриваються тонкостінними металевими коронками, ковпачково-фасеточними або ковпачково-оклюзійними коронками, а також реставруються композитами за анатомічною формою;
- зливні (велетенські) постійні різці підлягають гемісекції, залежно від форми злиття (злиття тільки коронкових частин, тільки коренів, на всьому протязі) за методикою СІ. Дорошенко (див. протоколи хірургічного втручання);
- при макродентії проводиться серійне видалення зубів за Готцем (за протоколами щелепно-лицьових хірургів);
- поодинокі постійні комплектні зуби потворної форми реставрують композитами, коронками;
- зуби аномалійної форми та величини, що стоять поза зубним рядом та мають аномалійну форму кореня, видаляють (за протоколами щелепно-лицьових хірургів).

У період постійного прикусу:

- див. період змінного прикусу;
- розширені показання до зубного протезування та естетичної реставрації..

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Відновлення форми та розмірів зубних рядів.

МКХ-10 К 00.01

Адентія

Адентія - уроджена відсутність зачатків зубів, яка характеризується зменшенням кількості зубів у зубній дузі або повною їх відсутністю.

Клінічна форма - повна адентія;

чисельна (множинна) адентія;

часткова адентія (адентія поодиноких зубів).

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні (за даними анамнезу):

- наявність уродженої відсутності зубів у батьків та близьких родичів;
- погана переносимість спеки та підвищення температури тіла;
- відсутність пітливості (суха шкіра).

Естетичні порушення

Приповнійтачисельнійадентії:

- «старече обличчя»;
- пролабування губ («вивернуті губи»);
- виражені носо-губні складки;
- вкорочення нижньої частини обличчя;
- деформація носа (западання носа або гачкоподібний ніс);
- скудність волосяного покриву - пушкове волосся або його відсутність на голові, бровах та повіках;
- сухість та мацерація (тріщини) шкіри;
- сухість та ламкість нігтів (синдром «сухого нігтя»).

Причастковійадентіїпоодинокихзубів:

вищеперераховані порушення не виражені;

- естетичні порушення залежать від топографії та локалізації дефекту зубного ряду, зумовленого уродженою відсутністю зубів, а також супутніх зубо-щелепових деформацій.

Морфологічні порушення:

- діастеми та тремі;
- дефекти зубних рядів різної протяжності внаслідок відсутності в зубній дузі зубів (поодиноких, великої кількості або повністю відсутніх);
- шилоподібна або конічна форма зубів;
- порушення фізіологічного процесу прорізування зубів (затримка тимчасових зубів у зубному ряду);
- надмірний розвиток або відсутність альвеолярного відростка в ділянці дефекту зубного ряду;
- плескате піднебіння з торусом;
- мілкі присінок та дно порожнини рота.

Функціональні порушення:

- зниження жувальної ефективності;
- порушення мовної функції;
- порушення терморегуляції організму;
- порушення водно-сольового балансу.

Допоміжні:

- рентгенологічне дослідження - панорамна рентгенографія; телерентгенографія та ін. (за наявністю умов);
- аналіз діагностичних моделей щелеп;
- фотометрія;
- спірографія (за наявністю апаратури).

ЛІКУВАННЯ:

- психотерапевтична підготовка;
- нормалізація функцій (жувальної, мовної, естетичної);
- комплексна підготовка зубних рядів до протезування (ортодонтична, терапевтична, хірургічна);
- систематичне диспансерне спостереження фахівцями різного медичного профілю;
- при частковій адентії - створення та збереження місця в зубній дузі для відсутніх зубів;
- нормалізація форми та розміру зубної дуги шляхом медіального переміщення зубів.

При частковій адентії

Уперіод тимчасового прикусу:

- психотерапевтична підготовка;
- санація порожнини рота;
- санація носоглотки;
- усунення шкідливих звичок;
- зубне протезування - знімні конструкції протезів (які підлягають заміні кожні 1-1,5 року) та протези-апарати (при необхідності корекції висоти прикусу та міжжувальних співвідношень, а також росту щелепних кісток).

Уперіод змінного прикусу:

- див. тимчасовий прикус;
- апаратурна корекція положення окремих зубів (при аномалійному їх розташуванні) та форми і розмірів зубних дуг (шляхом закриття проміжків між зубами або їх створення для штучних зубів), а також прикусу;

- протетичний метод лікування - заміщення дефектів зубних рядів мостоподібними протезами (розсувними, з розпоркою, консольними) та знімними протезами, реставрація аномалійної форми зубів штучними коронками або композитами;
- комплексне лікування у суміжних спеціалістів (дерматолога, отоларинголога, педіатра, ендокринолога та ін.) у рамках диспансерного спостереження (за відповідними протоколами лікування);
- хірургічний метод лікування:
 - трансплантація зачатків зубів за протоколами лікування у щелепно-лицьових хірургів через наявність відповідних умов для такого втручання);
 - імплантація (за протоколами лікування у щелепно-лицьових хірургів та за показаннями).

При повній адентії:

- комплексні профілактичні та лікувальні заходи, які здійснюються фахівцями різного профілю (педіатрами, дерматологами, ендокринологами, отоларингологами, генетиками, психотерапевтами та ін.) у рамках диспансерного спостереження за пацієнтами з даною зубо-щелепною аномалією;
- повні знімні дитячі зубні протези, які підлягають заміні залежно від періодів активного росту щелеп, але не рідше ніж кожні 1-1,5 року;
- трансплантація зачатків постійних зубів після 9-Ю років і при наявності відповідних умов (за протоколами лікування щелепно-лицьових хірургів);
- імплантація (за показами та протоколами лікування у щелепно-лицьових хірургів) після 18 років.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Відновлення форми та розмірів зубних рядів.

МКХ-10 K00.1

Надкомплектні зуби

Надкомплектні зуби - збільшення кількості тимчасових або постійних зубів (норма: тимчасових - 20, постійних - 32).

Клінічна форма - надкомплектні зуби, що прорізались;
ретенвані надкомплектні зуби.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- наявність у зубній дузі більшої кількості зубів;
- проміжки між центральними різцями та іншими зубами значних розмірів - при ретенваних надкомплектних зубах;
- повороти зубів навколо осі;
- ретенція різців та інших зубів;
- піднебінне чи латеральне зміщення бокових, центральних різців та ікол;
- надмірний розвиток фронтальної ділянки щелеп.

Допоміжні:

- рентгенографія - панорамна, аксіальна прищільна та ін.;
- аналіз діагностичних моделей щелеп;
- фотометрія.

ЛКУВАННЯ:

- видалення прорізаних або непрорізаних надкомплектних зубів за показаннями (за протоколами хірургічних втручань);
- нормалізація форми та розмірів зубних рядів шляхом переміщення комплектних зубів;
- нормалізація співвідношень зубних рядів та прикусу;
- ретенція досягнутих результатів.

Уперіод молочного та змінного прикусу (з 3 до 12 років):

- видалення надкомплектних прорізаних чи ретенваних зубів за показаннями;
- ретенвані надкомплектні зуби, розміщені у вірному напрямку прорізування, видаляють після їх переміщення ближче до поверхні альвеолярного відростка (доцільніше до формування коренів комплектних зубів);
- ретенвані зуби, розміщені горизонтально та із зміненим напрямком прорізування, підлягають видаленню (за протоколами хірургів).

Уперіод постійного прикусу

Надкомплектні зуби, розміщені поза зубним рядом, - видаляються, а розміщені в зубному ряді з добре сформованою коронковою частиною,

які не викликають змін зубного ряду та прикусу, - залишаються. Після видалення надкомплектних зубів проводять апаратурну корекцію положення окремих зубів, форми зубних дуг та прикусу (за протоколами ортодонтичного лікування).

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Відновлення форми та розмірів зубних рядів.

МКХ-10 К 07.35

Ретеновані зуби

Ретеновані зуби - аномалія прорізування зубів (зуби, які не прорізилися).

Клінічна форма - часткова ретенція (окремих поодиноких зубів);
множинна або чисельна ретенція значної кількості зубів;
повна ретенція (повна відсутність зубів як тимчасових, так і постійних).

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні

За даними анамнезу при частковій ретенції окремих поодиноких зубів:

- травматичні ушкодження щелепно-лицьової ділянки;
- хірургічні втручання з приводу новоутворень тощо;
- раннє видалення тимчасових зубів;
- ендодонтичне лікування тимчасових зубів з пломбуванням кореневих каналів.

За даними анамнезу при множинній та повній ретенції:

- наявність ретенції (множинної чи повної) у батьків та близьких родичів;
- наявність системних захворювань у пацієнта (ендокринні порушення, тощо);
- знаходження на диспансерному обліку;
- можливість радіаційного опромінення тощо;
- перенесені тяжкі інфекційні захворювання та травматичні ушкодження зубо-щелепової ділянки.

Естетичні порушення

Залежать від кількості ретенуваних зубів, топографії та локалізації їх розташування.

Морфологічні порушення:

- відсутність одного чи декількох зубів у зубному ряді (з наявністю місця, з дефіцитом місця або з повною відсутністю місця в зубній дузі);
- затримка тимчасових зубів у зубній дузі;
- округла форма альвеолярного відростка;
- видовження зубів-антагоністів;
- фіброматоз ясен («слоновість» - елефантіаз);
- хаотичне розташування зубів, що прорізулися з наявністю місця в зубному ряді;
- деформація піднебіння та альвеолярних відростків (переважно при множинній та повній ретенції як симптом системних захворювань).

Допоміжні:

- рентгенологічне дослідження (панорамна, прицільна та аксіальна рентгенографія та ін.) з метою виявлення кількості ретенуваних зубів, особливостей їх розташування в кістках щелеп, стану сформованості коренів ретенуваних зубів та їх форми;
- аналіз діагностичних моделей щелеп;
- фотометрія;
- висновки фахівців різного профілю - при повній та множинній ретенції.

ЛІКУВАННЯ:

- психотерапевтична підготовка;
- стимуляція процесу прорізування зубів за показаннями;
- забезпечення фізіологічних умов для прорізування ретенуваних зубів - створення місця, видалення тимчасових зубів, що затрималися в зубній дузі;
- своєчасне видалення ретенуваних зубів, що прорізуються в проти-лежному напрямку від краю альвеолярного відростка (носову, гай-морову порожнини тощо);
- апаратурна корекція положення окремих зубів, величини та форми зубних дуг та міжоклюзійних співвідношень;
- ретенція досягнутих результатів.

Лікувально-профілактичні заходи в період тимчасового прикусу:

- санація порожнини рота;
- своєчасне ендодонтичне лікування тимчасових зубів;
- усунення шкідливих звичок;
- функціональний (профілактичний, біологічний) метод - стимуляція

- прорізування зубів, міогімнастика жувальних та м'яких тканин, функціональне навантаження, масаж альвеолярного відростка;
- апаратний метод - нормалізація форми та розмірів зубних дуг та їх співвідношень;
- хірургічний метод лікування - корекція аномалій м'яких тканин порожнини рота (за протоколами щелепно-лицьових хірургів).

Лікувально-профілактичні заходи в період змінного прикусу:

- психотерапевтична підготовка до ортодонтичного лікування;
- санація порожнини рота;
- усунення шкідливих звичок;
- функціональний (профілактичний, біологічний) метод - стимуляція прорізування зубів, міогімнастика жувальних та м'яких тканин, функціональне навантаження, масаж альвеолярного відростка, фізіотерапія (електрофорез лідази, хонсуриду тощо, вібромасаж при наявності фізкабінетів);
- апаратний метод - подразнюючі пластинки, протези-апарати, ортодонтичні апарати знімної та незнімної конструкції для створення місця в зубній дузі ретенуваним зубам та їх витяжіння, а також апаратна корекція форми та величини зубних рядів та їх оклюзійних співвідношень;
- протетичний метод - виготовлення знімних зубних протезів при частковій та повній ретенції зубів;
- хірургічні методи - компактостеотомія, оголення коронки ретенуваного зуба з наступною фіксацією на ній ретенційних елементів для витяжіння; видалення ретенуваних зубів, які не підлягають виведенню в зубну дугу (атипове положення, можливість прорізування в протилежному напрямку, надкомплектні ретенувані зуби тощо) (за протоколами щелепно-лицьових хірургів);
- ретенція досягнутих результатів.

Уперіод постійного прикусу:

- психотерапевтична підготовка;
- санація порожнини рота;
- хірургічні методи лікування - оголення коронки ретенуваного зуба, видалення ретенуваного зуба (комплектного або надкомплектного) та інші оперативні втручання (за показаннями та протоколами щелепно-лицьових хірургів);
- фізіотерапевтичні методи лікування - при наявності фізіотерапевтичної апаратури;
- апаратний метод лікування - створення місця для ретенуваного зуба, апаратна корекція форми та розмірів зубних дуг та прикусу, витяжіння зуба апаратами незнімної та знімної конструкції з фіксацією ретенційних елементів на оголену коронку ретенуваного зуба;
- протетичний метод - залишити ретенувані зуби, які не підлягають

виведенню в зубну дугу, та їх положення не викличе ускладнень (під диспансерним спостереженням) з наступним виготовленням зубних протезів за показаннями (при множинній та повній ретенції - знімні пластинкові протези).

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Відновлення форми та розмірів зубних рядів.

МКХ-10 к О730

Скупченість зубів

Скупченість зубів - аномалія будови зубного ряду (форми та розмірів), що характеризується тісним розташуванням групи фронтальних зубів.

Клінічна форма - легка (дефіцит місця) - до 5 мм;

середня - до 5-8 мм;

тісна - більше 8 мм.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні

Естетичні порушення:

- напружене змикання губ;
- естетичний недолік усмішки.

Морфологічні порушення:

- порушення форми та розмірів зубних рядів;
- аномалійне положення окремих зубів, порушення міжжюльційних та апроксимальних контактів зубів;
- наявність надкомплектних зубів;
- невідповідність форми та розмірів зубів і зубних рядів;
- патологічні зміни тканин пародонта.

Функціональні порушення:

- порушення вимови окремих звуків;
- порушення естетичної гармонії;
- порушення змикання губ.

Допоможні методи дослідження:

- проведення антропометричних вимірювань на діагностичних моделях щелеп;
- фотометрія;
- панорамна рентгенографія.

ЛІКУВАННЯ:

- психотерапевтична підготовка;
- усунення етіологічних факторів;
- нормалізація функцій;
- нормалізація форми та розмірів зубних рядів;
- нормалізація співвідношення зубних рядів;
- ретенція досягнутих результатів.

Лікувально-профілактичні заходи в період тимчасового прикусу:

- санація порожнини рота;
- санація носоглотки;
- усунення шкідливих звичок;
- функціональний (профілактичний, біологічний) метод - гімнастика жувальних та м'язів, функціональне навантаження, масаж альвеолярного відростка;
- апаратурний метод - нормалізація форми та розмірів зубних рядів, нормалізація співвідношення зубних рядів;
- хірургічний метод лікування - корекція аномалій м'яких тканин порожнини рота (за протоколами хірургів).

Уперіод змінного прикусу:

- психотерапевтична підготовка до ортодонтичного лікування;
- санація порожнини рота;
- лікування у парадонтолога;
- санація носоглотки;
- усунення шкідливих звичок;
- хірургічний метод лікування - корекція аномалій м'яких тканин порожнини рота, серійне послідовне видалення зубів за Готцем (за протоколами хірургів);
- функціональний (профілактичний, біологічний) метод - гімнастика жувальних та м'язів, функціональне навантаження, масаж альвеолярного відростка;
- апаратурний метод - нормалізація форми та розмірів зубних рядів, (знімні та незнімні ортодонтичні апарати, апарати функціональної, комбінованої, механічної дії);
- фізіотерапевтичний метод лікування - при наявності фізіотерапевтичного відділення або кабінету;
- ретенція досягнутих результатів.

Уперіод постійного прикусу:

- психотерапевтична підготовка до ортодонтичного лікування;
- санація порожнини рота;
- лікування у пародонтолога;

- санація носоглотки;
- усунення шкідливих звичок;
- сепарація міжапроксимальних контактів;
- хірургічний метод лікування - корекція аномалій м'яких тканин порожнини рота, видалення окремих зубів (за протоколами хурургів);
- функціональний (профілактичний, біологічний) метод - гімнастика жувальних та мимічних м'язів, функціональне навантаження, масаж альвеолярного відростка;
- апаратурний метод - нормалізація форми та розмірів зубних рядів (знімні та незнімні ортодонтичні апарати комбінованої та механічної дії);
- фізіотерапевтичний метод лікування - при наявності фізіотерапевтичного відділення або кабінету;
- ретенція досягнутих результатів.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Відновлення форми та розмірів зубних рядів.

МКХ-10 К 07.33

Треми та діастеми

Треми та діастеми - аномалія побудови зубного ряду, яка характеризується наявністю проміжків між зубами.

Клінічна форма - латеральне відхилення коронок зубів

- при правильному розташуванні коренів зубів;
- корпусне латеральне переміщення зубів;
- мезіальний нахил коронок зубів та латеральне відхилення коренів зубів;
- симетричне та асиметричне зміщення зубів відносно серединно-сагітальної площини.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні

Естетичні та морфологічні порушення:

- порушення форми і розмірів щелеп, зубних рядів;
- аномалії вуздечки верхньої та нижньої губи;

- проміжки між центральними різцями - діастему;
- проміжки між іншими зубами - тремі;
- порушення міжоклюзійних контактів;
- надкомплектні зуби;
- невідповідність форми та розмірів зубів і зубних рядів;
- невідповідність величини зубів величині щелеп;
- зменшення кількості зубів (адентія).

Функціональні порушення:

- мовної функції;
- жування (відкусування).

Допоміжні:

- аналіз діагностичних моделей щелеп;
- фотометрія;
- рентгенологічні дослідження - панорамна рентгенографія, прицільна рентгенографія.

ЛІКУВАННЯ:

- психотерапевтична підготовка;
- усунення етіологічних факторів;
- нормалізація функцій;
- нормалізація форми та розмірів зубів та зубних рядів;
- усунення проміжків між зубами.

Лікувально-профілактичні заходи в період тимчасового прикусу:

- санація порожнини рота;
- усунення шкідливих звичок;
- функціональний (профілактичний, біологічний) метод - гімнастика жувальних та м'язів;
- апаратурний метод - нормалізація форми та розмірів зубних рядів, нормалізація співвідношення зубних рядів;
- хірургічний метод лікування - корекція аномалій м'яких тканин порожнини рота (за протоколами хірургів).

У період змінного прикусу:

- психотерапевтична підготовка до ортодонтичного лікування;
- санація порожнини рота;
- усунення шкідливих звичок;
- апаратурний метод - нормалізація форми та розмірів зубних рядів (знімні та незнімні ортодонтичні апарати, апарати функціональної, механічної та комбінованої дії);

- хірургічний метод лікування - корекція аномалій м'яких тканин порожнини рота (за протоколами хірургів);
- фізіотерапевтичний метод лікування (при наявності фізіотерапевтичного відділення або кабінету).

Уперіод постійного прикусу:

- психотерапевтична підготовка до ортодонтичного лікування;
- санація порожнини рота;
- усунення шкідливих звичок;
- апаратурний метод - нормалізація форми та розмірів зубних рядів (знімні та незнімні ортодонтичні апарати, апарати комбінованої та механічної дії);
- хірургічний метод лікування - корекція аномалій м'яких тканин порожнини рота (за протоколами хірургів);
- фізіотерапевтичний метод лікування (при наявності фізіотерапевтичного відділення або кабінету);
- реставрація;
- ретенція досягнутих результатів.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Відновлення форми та розмірів зубних рядів.

5.2. ПАТОЛОГІЯ ПРИКУСУ В САГІТАЛЬНІЙ ПЛОЩИНІ

МКХ-10 К 07.20

Дистальний прикус

Дистальний прикус - патологія прикусу у сагітальній площині, яка характеризується дистальним співвідношенням зубних рядів (за Е. Енглема II клас: з протрузією фронтальних зубів верхньої щелепи - з протрузією I підклас; з ретрузією фронтальних зубів верхньої щелепи - з ретрузією II підклас).

Клінічна форма - зубоальвеолярна;
гнатична (за А.І. Бетельманом);
краніальна.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні

Естетичні порушення:

- випукле обличчя;
- виступання верхніх фронтальних зубів з-під губи;
- напружене змикання губ;
- глибока губо-підборідна борозна;
- подвійне підборіддя;
- зменшення висоти нижньої частини обличчя.

Морфологічні порушення:

- протрузія або ретрузія верхніх фронтальних зубів;
- ретрузія нижніх фронтальних зубів;
- наявність сагітальної щілини різних розмірів або її відсутність;
- дистальне співвідношення іклів та перших постійних молярів різного ступеня;
- порушення принципу антагоністів;
- зміни форми та розмірів зубних дуг у трьох взаємоперпендикулярних площинах;
- аномалії груп чи окремих зубів (розмірів, форми та розташування).

Функціональні порушення:

- дихання, ковтання, мови, жування, змикання губ, скронево-нижньо-щелепних суглобів.

Допоміжні:

- проба Ешлера-Бітнера (для визначення клінічних різновидів дистального прикусу);
- аналіз діагностичних моделей щелеп;
- фотометрія;
- рентгенологічне дослідження - панорамна рентгенографія; телерентгенографія (за наявністю умов).

ЛІКУВАННЯ:

- психотерапевтична підготовка;
- усунення етіологічних факторів;
- нормалізація функцій;
- нормалізація форми та розмірів зубних рядів;
- нормалізація співвідношення зубних рядів;
- ретенція досягнутих результатів.

У період тимчасового прикусу (зубоальвеолярна та гнатична форми):

- психотерапевтична підготовка до ортодонтичного лікування;
- санація порожнини рота;
- санація носоглотки;
- усунення шкідливих звичок;
- логопедична корекція порушень мови;
- профілактичне протезування при передчасній втраті зубів;
- функціональний (профілактичний, біологічний) метод - гімнастика жувальних та м'язів, функціональне навантаження, масаж альвеолярного відростка;
- апаратний метод - стимуляція росту нижньої та затримка росту верхньої щелепи, нормалізація форми та розмірів зубних рядів, нормалізація співвідношення зубних рядів - мезіальне зміщення нижньої щелепи, корекція прикусу по висоті (апарати функціональної та комбінованої дії - регулятори функцій Френкеля I та II типу; моблоки - активатори, біонатори тощо; лікувально-профілактичні апарати);
- хірургічний метод лікування - корекція аномалій м'яких тканин порожнини рота (за протоколами хірургів);
- ретенція досягнутих результатів.

Уперіод змінного прикусу (зубоальвеолярна форма):

- психотерапевтична підготовка до ортодонтичного лікування;
- санація порожнини рота;
- санація носоглотки;
- усунення шкідливих звичок;
- логопедична корекція порушень мови;
- профілактичне протезування при передчасній втраті зубів;
- хірургічний метод лікування - корекція аномалій м'яких тканин порожнини рота (за протоколами хірургів);
- функціональний (профілактичний, біологічний) метод - гімнастика жувальних та м'язів, функціональне навантаження, масаж альвеолярного відростка;
- апаратурний метод лікування - дисталізація перших постійних молярів верхньої щелепи за допомогою внутрішньо- та зовнішньоротових пристосувань з подальшим переміщенням верхніх фронтальних зубів дистально; нормалізація форми та розмірів зубних рядів, корекція прикусу по висоті (апарати механічної та комбінованої дії);
- ретенція досягнутих результатів.

Уперіод змінного прикусу (гнатична форма):

- психотерапевтична підготовка до ортодонтичного лікування;
- санація порожнини рота;
- санація носоглотки;
- усунення шкідливих звичок;
- логопедична корекція порушень мови;
- профілактичне протезування при передчасній втраті зубів;
- хірургічний метод лікування - корекція аномалій м'яких тканин порожнини рота (за протоколами хірургів);
- функціональний (профілактичний, біологічний) метод - гімнастика жувальних та м'язів, функціональне навантаження, масаж альвеолярного відростка;
- апаратурний метод - стимуляція росту нижньої щелепи та затримка росту верхньої, нормалізація форми та розмірів зубних рядів, нормалізація співвідношення зубних рядів - мезіальне зміщення нижньої щелепи, корекція прикусу по висоті (апарати функціональної та комбінованої дії - регулятори функцій Френкеля I та II типу; моноблоки - активатори, біонатори тощо, застосування ортопедичних сил);
- ретенція досягнутих результатів.

Уперіод постійного прикусу (зубоальвеолярна форма):

- психотерапевтична підготовка до ортодонтичного лікування;

- санація порожнини рота;
- санація носоглотки;
- хірургічний метод лікування - корекція аномалій м'яких тканин порожнини рота, видалення окремих зубів, компактостеотомія (за протоколами хірургів);
- апаратурний метод лікування - дисталізація постійних молярів верхньої щелепи за допомогою внутрішньо- та зовнішньоротових пристосувань, переміщення верхніх зубів дистально; видалення окремих зубів верхньої щелепи; нормалізація форми та розмірів зубних рядів; корекція прикусу по сагіталі (знімними та незнімними апаратами комбінованої та механічної дії);
- ретенція досягнутих результатів.

Уперіод постійного прикусу (гнатична форма):

- психотерапевтична підготовка до ортодонтичного лікування;
- санація порожнини рота;
- санація носоглотки;
- хірургічний метод лікування - корекція аномалій м'яких тканин порожнини рота, видалення окремих зубів, компактостеотомія (за протоколами хірургів);
- апаратурний метод лікування з використанням знімних та незнімних апаратів механічної дії;
- до- та післяхірургічне ортодонтичне лікування (ортогнатична хірургія);
- ретенція досягнутих результатів.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Досягнення фізіологічного прикусу зі щільним фісурно-горбковим контактом зубів та нормалізація міодинамічної рівноваги.

МКХ-10 К 07.21

Мезіальний прикус

Мезіальний прикус - патологія прикусу у сагітальній площині, яка характеризується мезіальним співвідношенням зубних рядів (за Е. Енгле-м III клас).

Клінічна форма - зубоальвеолярна;
 гнатична (за А.І. Бетельманом);
 краніальна.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні

Естетичні порушення:

- увігнуте обличчя;
- верхня губа сплюснена;
- згладжена губо-підборідна борозна;
- пряме або виступаюче вперед підборіддя; зміна висоти нижньої частини обличчя;
- збільшення або зменшення (при глибокому зворотньому перекритті) величини кута нижньої щелепи;
- порушення пропорційності розмірів висоти гілки та довжини тіла нижньої щелепи.

Морфологічні порушення:

- зворотнє перекриття фронтальних зубів різної глибини;
- наявність сагітальної щілини різних розмірів або її відсутність;
- мезіальне співвідношення іклів та перших постійних молярів різного ступеня тяжкості;
- зміни форми та розмірів зубних дуг у трьох взаємоперпендикулярних площинах;
- аномалії окремих груп зубів (розмірів, форми та розташування);
- макрогლოსія.

Функціональні порушення

Дихання, ковтання, мови, жування.

Допоміжні:

- аналіз діагностичних моделей щелеп;
- фотометрія;
- рентгенологічне дослідження - панорамна рентгенографія; телерентгенографія (за наявністю умов).

ЛІКУВАННЯ:

- психотерапевтична підготовка;
- усунення етіологічних факторів;
- нормалізація функцій;
- нормалізація форми та розмірів зубних рядів;
- нормалізація співвідношення зубних рядів;
- ретенція досягнутих результатів.

У період тимчасового прикусу (зубоальвеолярна та гнатична форми):

- психотерапевтична підготовка до ортодонтичного лікування;
- санація порожнини рота;
- санація носоглотки;
- усунення шкідливих звичок;
- логопедична корекція порушень мови;
- профілактичне протезування при передчасній втраті зубів;
- функціональний (профілактичний, біологічний) метод - гімнастика жувальних та мімічних м'язів, функціональне навантаження, вправи зі шпателем-різком, масаж альвеолярного відростка;
- зішліфовування горбків тимчасових іклів на нижній щелепі;
- апаратурний метод - затримка росту нижньої та стимулювання росту верхньої щелепи, нормалізація форми і розмірів зубних рядів, роз'єднання прикусу, нормалізація співвідношення зубних рядів - дистальне зміщення нижньої щелепи, корекція прикусу по висоті (апарати функціональної та комбінованої дії - апарат Брюкля, регулятор функцій Френкеля III типу, моноблоки, підборідна праша при нижній макрогнатії);
- хірургічний метод лікування - корекція аномалій м'яких тканин порожнини рота (за протоколами хірургів);
- ретенція досягнутих результатів.

У період змінного прикусу (зубоальвеолярна форма):

- психотерапевтична підготовка до ортодонтичного лікування;
- санація порожнини рота;
- санація носоглотки;
- усунення шкідливих звичок;
- логопедична корекція порушень мови;
- профілактичне протезування при передчасній втраті зубів;
- хірургічний метод лікування - корекція аномалій м'яких тканин порожнини рота (за протоколами хірургів);
- функціональний (профілактичний, біологічний) метод - гімнастика

жувальних та м'язів, функціональне навантаження, масаж альвеолярного відростка;

- апаратурний метод лікування - стимуляція росту верхньої щелепи (лицьові маски) та затримка росту нижньої, нормалізація форми і розмірів зубних рядів, роз'єднання прикусу, корекція прикусу по висоті за допомогою апаратів функціональної та комбінованої дії;
- ретенція досягнутих результатів.

Уперіод змінного прикусу (гнатична форма):

- психотерапевтична підготовка до ортодонтичного лікування;
- санація порожнини рота;
- санація носоглотки;
- усунення шкідливих звичок;
- логопедична корекція порушень мови;
- профілактичне протезування при передчасній втраті зубів;
- хірургічний метод лікування - корекція аномалій м'яких тканин порожнини рота (за протоколами хірургів);
- функціональний (профілактичний, біологічний) метод - гімнастика жувальних та м'язів, функціональне навантаження, масаж альвеолярного відростка;
- апаратурний метод - стимуляція росту верхньої щелепи (лицьові маски) та затримка росту нижньої, нормалізація форми і розмірів зубних рядів, роз'єднання прикусу, нормалізація співвідношення зубних рядів - дистальне зміщення нижньої щелепи, корекція прикусу по висоті за допомогою апаратів функціональної та комбінованої дії;
- ретенція досягнутих результатів.

Уперіод постійного прикусу (зубоальвеолярна форма):

- психотерапевтична підготовка до ортодонтичного лікування;
- санація порожнини рота;
- санація носоглотки;
- хірургічний метод лікування - корекція аномалій м'яких тканин порожнини рота, видалення окремих зубів нижньої щелепи, компактостеотомія (за протоколами хірургів);
- апаратурний метод лікування - мезіальне зміщення зубів верхньої щелепи за допомогою внутрішньо- та позаротових пристосувань; нормалізація форми та розмірів зубних рядів; корекція прикусу по висоті (знімними та незнімними апаратами комбінованої та механічної дії; застосування гвинта Дерихсвайлера, лицьових масок);
- ретенція досягнутих результатів.

Уперіод постійного прикусу (гнатична форма):

- психотерапевтична підготовка до ортодонтичного лікування;

- санація порожнини рота;
- санація носоглотки;
- хірургічний метод лікування - корекція аномалій м'яких тканин порожнини рота, видалення окремих зубів нижньої щелепи, компактостеотомія (за протоколами хірургів);
- апаратурний метод лікування - декомпенсація положення зубів нижньої щелепи з наступною ортогнатичною хірургією та створення міжкльозійних контактів за допомогою незнімної ортодонтичної техніки механічної дії;
- ретенція досягнутих результатів.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Досягнення фізіологічного прикусу зі щільним фісурно-горбковим контактом зубів та нормалізація міодинамічної рівноваги.

5.3. ПАТОЛОГІЯ ПРИКУСУ В ВЕРТИКАЛЬНІЙ ПЛОЩИНІ

МКХ-10 К 07.22, К 07.23

Глибокий Прикус

Глибокий прикус - патологія прикусу в вертикальній площині, яка характеризується збільшенням глибини перекриття фронтальних зубів із втратою різцево-горбкового контакту:

- глибокий блокуючий прикус - збільшення перекриття верхніми фронтальними зубами нижніх більше ніж на 1/3 коронки з оральним положенням верхніх різців;
- дахоподібний глибокий прикус - характеризується наявністю контакту нижніх фронтальних зубів з піднебінням.

Клінічна форма - гнатична (скелетна);

зубоальвеолярна - блокуючий глибокий прикус;

дахоподібний глибокий прикус.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні

Естетичні порушення:

- вкорочення нижньої третини обличчя;
- поглиблення супраментальної борозни;
- нижня губа вивернута.

Морфологічні порушення:

- вкорочення нижньої частини обличчя;
- перекриття верхніми фронтальними зубами нижніх більше ніж на 1/3;
- зубоальвеолярне видовження фронтальної ділянки верхньої або нижньої щелеп;
- зубоальвеолярне вкорочення бокових ділянок щелеп;
- втрата різцево-горбкового перекриття:
 - перекриття до 2/3;
 - перекриття від 2/3 до 3/3;
 - перекриття більше величини коронки зуба.

Функціональні порушення:

- зниження жувальної ефективності;
- перевантаження тканин пародонта передніх зубів;
- травмування слизової оболонки піднебіння або ясен на верхній або нижній щелепах;
- дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба.

Допоміжні:

- аналіз діагностичних моделей щелеп;
- фотометрія;
- рентгенологічне дослідження;
- панорамна рентгенограма - визначення наявності зубів, стан та розташування коренів зубів у щелепі, стан тканин пародонта (при наявності апаратури).

ЛІКУВАННЯ:

- усунення причини;
- нормалізація функцій - жування, ковтання, дихання, мови;
- психотерапевтична підготовка;
- санація порожнини рота;
- протезування дефектів зубних рядів у разі видалення постійних зубів та передчасного видалення тимчасових зубів;
- створення умов для нормалізації розвитку бокових ділянок альвеолярних відростків у вертикальній площині;
- стримування вертикального росту фронтальної ділянки нижньої щелепи.

Лікувально-профілактичні заходи в період тимчасового прикусу:

- функціональні (профілактичні) заходи усунення шкідливих звичок;
- санація порожнини рота;
- заміщення передчасно видалених тимчасових зубів;
- функціональні апарати з накусочною площадкою у фронтальній ділянці;
- міофункціональний трейнер;
- хірургічні методи лікування за показаннями - пластика вуздечок губ, язика, поглиблення присінку порожнини рота тощо (див. протокол хірургічного лікування).

Уперіод змінного прикусу:

- заходи для усунення шкідливих звичок;
- санація порожнини рота;
- заміщення передчасно видалених тимчасових зубів;

- міофункціональний трейнер;
- хірургічні методи лікування за показаннями - пластика вуздечок губ, язика, поглиблення присінку порожнини рота тощо (див. протокол хірургічного лікування);
- використання знімних та незнімних конструкцій з накусочними площадками у ділянці фронтальних зубів - регулятор функції Френкеля, накусочна пластинка у фронтальній ділянці.

Уперіод постійного прикусу (період росту):

- заходи для усунення шкідливих звичок;
- санація порожнини рота;
- заміщення видалених постійних зубів;
- знімні функціональні апарати з накусочною площадкою у фронтальній ділянці;
- при можливості фінансування - використання незнімної ортодонтичної техніки (з елементами реверсійних, інтрузивних дуг та з пристроями для зубоальвеолярного видовження бокових та вкорочення фронтальних ділянок зубних рядів);
- фізіотерапевтичний метод лікування - вакуумтерапія, мікрохвильова резонансна терапія, ультразвук, електрофорез тощо (при наявності фізіотерапевтичного відділення (або кабінету) та апаратури);
- хірургічні методи лікування за показанням - пластика вуздечок губ, язика, поглиблення присінку порожнини рота та ін. (див. протокол хірургічного лікування).

Уперіод постійного прикусу (після закінчення активного росту):

- використання незнімної ортодонтичної техніки (з елементами реверсійних, інтрузивних дуг та з пристроями для зубоальвеолярного видовження бокових та вкорочення фронтальних ділянок зубних рядів);
- протетичний метод - підвищення висоти зубів у бокових ділянках шляхом протезування або реставрації;
- хірургічний метод лікування - реконструктивні операції на верхній або нижній щелепах (за протоколами щелепно-лицьових хірургів).

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Досягнення фізіологічного прикусу зі щільним фісурно-горбковим контактом зубів та нормалізація міодинамічної рівноваги.

МКХ-10 К 07.24

Відкритий прикус

Відкритий прикус - патологія прикусу в вертикальній площині, яка характеризується відсутністю контакту зубних рядів у певній ділянці.

Клінічна форма - зубоальвеолярна (передній відкритий прикус, боковий відкритий прикус); гнатична.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні

Естетичні порушення:

- видовження нижньої частини обличчя;
- збільшення кута нижньої щелепи;
- «симптом довгого обличчя»;
- губи не змикаються або змикаються з напругою.

Морфологічні порушення:

- зубоальвеолярне видовження в бокових ділянках зубних рядів;
- зубоальвеолярне вкорочення у фронтальних ділянках зубних рядів;
- наявність вертикальної щілини між зубами:

ступені тяжкості за величиною вертикальної щілини:

- величина вертикальної щілини між різцями до 3 мм;
- величина вертикальної щілини між різцями та іклами від 3 до 5 мм;
- величина вертикальної щілини між різцями, іклами, премолярами, молярами більше ніж 5 мм.

ступені тяжкості за наявним контактом зубів:

- контакт зубних рядів з іклів;
- контакт зубних рядів з премолярів;
- контакт зубних рядів з молярів.

Функціональні порушення:

- наявність шкідливих звичок - смоктання пальців, губи, язика, шік;
- ротове дихання;
- неправильне ковтання («симптом наперстка»);
- порушення мови з прокладанням язика між зубами;
- зниження жувальної ефективності.

Допоміжні:

- аналіз діагностичних моделей щелеп;
- фотометрія;
- рентгенологічні дослідження - панорамна рентгенограма (при наявності апаратури), телерентгенограма для встановлення форми аномалії зубоальвеолярної, гнатичної (при наявності апаратури).

ЛІКУВАННЯ:

- усунення причини;
- нормалізація функцій - дихання, ковтання, жування, мови;
- психотерапевтична підготовка до ортодонтичного лікування;
- санація порожнини рота;
- протезування зубних рядів у випадку видалення постійних зубів та передчасному видаленні тимчасових зубів;
- створення умов для стимуляції вертикального росту фронтальних ділянок щелеп;
- стримування вертикального росту бокових ділянок щелеп.

Лікувально-профілактичні заходи у період тимчасового прикусу:

- функціонально-профілактичні заходи, направлені на усунення шкідливих звичок;
- корекція носового дихання;
- міогімнастика для колового м'яза рота;
- санація порожнини рота;
- протезування дефектів зубних рядів при передчасному видаленні тимчасових зубів;
- хірургічні методи лікування за показаннями - пластика вуздечок губ, язика (за протоколами хірургів);
- психотерапевтична підготовка до ортодонтичного лікування;
- ортодонтичні апарати функціональної дії - з заслінкою для язика, петлі Рудольфа, міофункціональний трейнер.

У період змінного прикусу:

- функціонально-профілактичні заходи, направлені на усунення шкідливих звичок;
- корекція носового дихання;
- міогімнастика для колового м'яза рота;
- санація порожнини рота та носоглотки;
- протезування дефектів зубних рядів при передчасному видаленні тимчасових зубів;
- хірургічні методи лікування за показаннями - пластика вуздечок губ, язика (за протоколами хірургів);
- психотерапевтична підготовка до ортодонтичного лікування;
- використання знімних ортодонтичних апаратів функціональної дії - регулятор функції Френкеля, міофункціональний трейнер;
- використання знімних та незнімних ортодонтичних апаратів механічної дії.

У період постійного прикусу (період росту щелеп):

- використання знімних та незнімних ортодонтичних апаратів механічної дії;

- використання сучасних незнімних ортодонтичних систем (брекет-техніки);
- фізіотерапевтичний метод лікування при наявності фізіотерапевтичного відділення або кабінету та апаратури - вакуумтерапія, мікрохвильова резонансна терапія, ультразвук, електрофорез тощо;
- хірургічні методи лікування за показаннями - пластика вуздечок губ, язика, поглиблення присінку порожнини рота тощо за протоколами хірургічного лікування).

У період постійного прикусу (після закінчення активного росту щелеп):

- використання знімних та незнімних ортодонтичних апаратів механічної дії;
- використання сучасних незнімних ортодонтичних систем (брекет-техніки);
- хірургічний метод - застосування реконструктивних операцій на верхній та нижній щелепах;
- протетичний метод лікування - зменшення або усунення вертикальної щілини шляхом протезування або реставрації композитними матеріалами окремих зубів.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Досягнення фізіологічного прикусу зі щільним фісурно-горбковим контактом зубів та нормалізація міодинамічної рівноваги.

5.4. ПАТОЛОГІЯ ПРИКУСУ В ТРАНСВЕРЗАЛЬНІЙ ПЛОЩИНІ

МКХ-10 К 07.25

Косий
(перехресний) прикус

Косий (перехресний) прикус - патологія прикусу у трансверзальній площині, яка характеризується невідповідністю розмірів, форми зубних рядів верхньої та нижньої щелеп та їх співвідношенням.

Клінічна форма - зубоальвеолярна; гнатична; суглобова.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні

Естетичні порушення:

- асиметрія обличчя без зміщення підборіддя;
- асиметрія обличчя, обумовлена зміщенням підборіддя відносно серединно-сагітальної площини.

Морфологічні порушення:

- порушення горбкового перекриття в бокових ділянках;
- змінення центральної лінії;
- звуження чи розширення зубоальвеолярної дуги на одній чи на обох щелепах;
- звуження чи розширення базису щелеп (недостатній розвиток, надмірний розвиток);
- зміщення нижньої щелепи в бік;
- порушення рухів нижньої щелепи в трансверзальному напрямку.

Функціональні порушення:

- дихання, ковтання, мови, жування, рухів скронево-нижньощелепних суглобів.

Допоміжні:

- аналіз діагностичних моделей щелеп;
- фотометрія;

- рентгенологічне дослідження - панорамна рентгенографія, телерентгенографія (за наявності умов);
- пальпація ділянки скронево-нижньощелепового суглоба; проби Ільїної-Маркосян;
- дослідження прикусу в артикуляторі.

ЛІКУВАННЯ:

- психотерапевтична підготовка;
- усунення етіологічних факторів;
- нормалізація функцій;
- нормалізація форми та розмірів зубних рядів;
- нормалізація співвідношення зубних рядів;
- ретенція досягнутих результатів.

У період тимчасового прикусу (зубоальвеолярна та гнатична форми):

- психотерапевтична підготовка до ортодонтичного лікування;
- санація порожнини рота;
- усунення шкідливих звичок;
- логопедична корекція порушень мови;
- профілактичне протезування при передчасній втраті зубів;
- функціональний (профілактичний, біологічний) метод - гімнастика жувальних та м'язів, функціональне навантаження, масаж альвеолярного відростка;
- зішліфовування горбків тимчасових зубів;
- апаратурний метод - затримка росту чи стимулювання росту однієї із щелеп, нормалізація форми і розмірів зубних рядів, роз'єднання прикусу, нормалізація співвідношення зубних рядів (апарати функціональної та комбінованої дії, моноблоки, коса тяга);
- хірургічний метод лікування - корекція аномалій м'яких тканин порожнини рота (за протоколами хірургів);
- ретенція досягнутих результатів.

У період змінного прикусу (зубоальвеолярна форма):

- психотерапевтична підготовка до ортодонтичного лікування;
- санація порожнини рота;
- усунення шкідливих звичок;
- логопедична корекція порушень мови;
- профілактичне протезування при передчасній втраті зубів;
- зашліфовування горбків тимчасових зубів;
- хірургічний метод лікування - корекція аномалій м'яких тканин порожнини рота (за протоколами хірургів);

- функціональний (профілактичний, біологічний) метод - гімнастика жувальних та м'язів, функціональне навантаження, масаж альвеолярного відростка;
- апаратурний метод лікування - затримка росту чи стимулювання росту однієї із щелеп, нормалізація форми і розмірів зубних рядів, роз'єднання прикусу, нормалізація співвідношення зубних рядів (апарати механічної та комбінованої дії, моноблоки, коса тяга);
- ретенція досягнутих результатів.

Уперіод змінного прикусу (гнатична форма):

- психотерапевтична підготовка до ортодонтичного лікування;
- санація порожнини рота;
- усунення шкідливих звичок;
- логопедична корекція порушень мови;
- зашліфовування горбків тимчасових зубів;
- профілактичне протезування при передчасній втраті зубів;
- функціональний (профілактичний, біологічний) метод - гімнастика жувальних та м'язів, функціональне навантаження, масаж альвеолярного відростка;
- апаратурний метод - нормалізація форми і розмірів зубних рядів, роз'єднання прикусу, нормалізація співвідношення зубних рядів за допомогою апаратів функціональної та комбінованої дії, моноблокових апаратів, незнімних апаратів механічної дії з використанням внутрішньоротової та позаротової косої тяги;
- ретенція досягнутих результатів.

Уперіод змінного прикусу (суглобова форма):

- нормалізація форми розмірів верхньої зубної дуги за допомогою механічно діючих знімних та незнімних апаратів, з наступною корекцією положення нижньої щелепи за допомогою похилих площин у бокових ділянках;
- лікування шинами з наступною корекцією прикусу;
- контроль функціональної оклюзії;
- ретенція досягнутих результатів.

Уперіод постійного прикусу (зубоальвеолярна форма):

- психотерапевтична підготовка до ортодонтичного лікування;
- санація порожнини рота;
- хірургічний метод лікування - корекція аномалій м'яких тканин порожнини рота, видалення окремих зубів нижньої чи верхньої щелепи, компактостеотомія (за протоколами хірургів);
- апаратурний метод лікування - корекція форми, розмірів і співвідношення зубних рядів верхньої та нижньої щелеп по трансверзалі за

допомогою знімних та незнімних апаратів механічної та комбінованої дії, внутрішньоротової та позаротової косої тяги;

- ретенція досягнутих результатів.

У період постійного прикусу (гнатична форма):

- психотерапевтична підготовка до ортодонтичного лікування;
- санація порожнини рота;
- хірургічний метод лікування - корекція аномалій м'яких тканин порожнини рота, видалення окремих зубів верхньої чи нижньої щелепи, компактостеотомія (за протоколами хірургів);
- апаратурний метод лікування - корекція форми, розмірів і співвідношення зубних рядів верхньої та нижньої щелеп по трансверзалі за допомогою знімних та незнімних апаратів механічної та комбінованої дії, внутрішньоротової та позаротової косої тяги; лицьової маски;
- ортогнатична хірургія (за протоколами щелепно-лицьових хірургів);
- ретенція досягнутих результатів.

КРИТЕРІЙ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Досягнення фізіологічного прикусу зі щільним фісурно-горбковим контактом зубів та нормалізація міодинамічної рівноваги.

Розділ 6.

ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

*За редакцією головного спеціаліста
з ортопедичної стоматології МОЗ України,
професора, доктора медичних наук,
заслуженого діяча науки та техніки України;
директора Стоматологічної клініки,
завідувача кафедри ортопедичної стоматології
Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця
В.П. Неспрядька*

УКЛАДАЧІ:

Неспрядько В.П., головний спеціаліст з ортопедичної стоматології МОЗ України, професор, доктор медичних наук, заслужений діяч науки та техніки України; директор Стоматологічної клініки, завідувач кафедри ортопедичної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Жеіулович З.Є., кандидат медичних наук, доцент кафедри ортопедичної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Топко П.П., кандидат медичних наук, доцент кафедри ортопедичної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Симоненко Р.В., кандидат медичних наук, асистент кафедри ортопедичної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Борзаковський С.О., асистент кафедри ортопедичної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Єрмолаєва Т.Є., старший лаборант кафедри ортопедичної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Махницький М.В., асистент кафедри ортопедичної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Медвінська Н.І., асистент кафедри ортопедичної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Олещук С.П., асистент кафедри ортопедичної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Олійник О.В., асистент кафедри ортопедичної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Орлов В.А., асистент кафедри ортопедичної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Симоненко В.С., асистент кафедри ортопедичної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Шинчуковський І.А., асистент кафедри ортопедичної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця;

Скщепа Н.Є., лікар-ортопед стоматологічної клініки Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця.

6.1. ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБА

МКХ-10 К 00.3, К 00.40-00.49

Хвороби твердих
тканин зуба
(протезування вкладками)

Клінічна форма - відновлення коронок зубів вкладками
(типи порожнин: I-V клас за Блеком).

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні

Наявність каріозної порожнини у живих зубах:

- колір зуба не змінений:
 - чутливість зуба;
 - характеристика емалі;
 - характеристика дентину;
 - реакція на перкусію;
 - об'єм каріозної порожнини;
 - топографія каріозної порожнини;
- стан маргінального пародонта задовільний;
- рухомість зуба відсутня;
- реакція на перкусію - безболісна;
- стінки каріозної порожнини щільні, без патологічних змін.

Допоміжні:

- електроодонтодіагностика;
- оклюзіографія;
- рентгенографія (прицільна, ортопантограма);
- якість пломбування кореневих каналів;
- періапикальні патологічні процеси відсутні;
- вивчення діагностичних моделей;
- зняття анатомічних відбитків;
- вивчення діагностичних моделей.

ЛІКУВАННЯ:

- нормалізація оклюзійних співвідношень;
- вибіркове пришліфовування оклюзійних поверхонь зубів;
- знеболювання твердих тканин зуба;
- препарування зуба під вкладку (пластмасову, композитну, суцільнолітиту, металопластмасову, металокомпозитну, металокерамічну, фарфорову);
- захист відпрепарованої порожнини зуба;
- ретракція ясен;
- моделювання репродукції вкладки прямим або комбінованим методом;
- зняття подвійного відбитка еластомерними матеріалами (силіконовими, полісульфідними, поліефірними);
- зняття допоміжного відбитка альгінатними матеріалами;
- вибір кольору;
- припасування вкладки;
- фіксація суцільнолітої, металопластмасової, металокомпозитної, металокерамічної, пластмасової та фарфорової вкладки на постійний цемент (склоіономерний, цинк-фосфатний, цинк-полікарбоксилатний, полімерний цементи);
- зняття суцільнолітої, металопластмасової, металокомпозитної, металокерамічної, пластмасової та фарфорової вкладки.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики чищення зубів та зубних протезів;
- щодо призначення засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- відмова від паління;
- правила користування незнімною конструкцією.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Звернення до ортопеда з метою профілактики не рідше 1 разу на рік, при появі ускладнень - негайно.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

МКХ-10 К 00.3, К 00.40-00.49

Хвороби твердих тканин зуба

(протезування депульпованих зубів вкладками)

Клінічна форма - відновлення коронок зубів вкладками
(депульповані зуби).

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні

Наявність каріозної порожнини в депульпованих зубах:

- колір зуба не змінений;
 - об'єм каріозної порожнини;
 - топографія каріозної порожнини;
 - характеристика емалі та дентину зуба;
 - якість пломбування кореневих каналів;
- стан маргінального пародонта;
- рухомість зуба відсутня;
- реакція на перкусію - безболісна.

Допоміжні:

- рентгенографія - прицільна рентгенограма, ортопантограма;
- якість пломбування кореневих каналів;
- періапикальні патологічні процеси відсутні;
- довжина, ширина кореня - задовільні;
- вивчення діагностичних моделей;
- зняття анатомічних відбитків;
- вивчення діагностичних моделей;
- оклюзіографія.

ЛІКУВАННЯ:

- нормалізація оклюзійних співвідношень щелеп;
- вибіркоче пришліфовування оклюзійних поверхонь зубів;
- підготовка кореневого каналу та каріозної порожнини під вкладку (пластмасову, композитну, фарфорову, литу, литу з облицюванням пластмасою, композитом, металокерамічну);
- моделювання репродукції вкладки зі штифтом прямим комбінованим методом;
- отримання відбитків (гіпс, альгінат, еластомери);
- виготовлення гіпсових моделей;
- припасування елементів штифтових конструкцій;

- визначення кольору;
- припасування готової конструкції;
- фіксація вкладок (фосфатний, полікарбоксилатний, склоіономерний, полімерний цементи);
- зняття вкладки зі штифтом.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики догляду за зубним протезом;
- щодо методики догляду за порожниною рота;
- щодо користування та періодичності зміни даного виду протеза.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Звернення до ортопеда з метою профілактики не рідше 1 разу на рік, а при прояві ускладнень чи пошкоджень протезів - негайно.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

МКХ-Ю К 00Д К 00.40-00.49

Хвороби твердих
тканин зуба

*(протезування напівкоронками
та тричетвертними коронками)*

Клінічна форма - відновлення коронки зуба напівкоронками та тричетвертними коронками.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- поверхневий дефект коронкової частини зуба, яке має оклюзійні навантаження;
- наявність неглибоких каріозних порожнин;
- реакція на перкусію - безболісна;
- висота клінічної коронки зуба достатня;

- використання зуба як опори для шинуючого протеза;
- зуб не депульпований;
- рухомість I—II ступеня або відсутня.

Допоміжні:

- рентгенографія - прицільна рентгенограма, ортопантограма, томограма;
- заповнення та аналіз одонтопародонтограми;
- ЕОД;
- оклюзіографія;
- отримання альгінатних відбитків та аналіз діагностичних моделей.

ЛІКУВАННЯ:

- нормалізація оклюзійних співвідношень щелеп;
- вибіркове пришліфовування оклюзійних поверхонь зубів;
- знеболювання;
- препарування всіх поверхонь зуба, крім вестибулярної, на товщину 0,5-1,2 мм;
- поверхні після препарування мають бути паралельні або мати кут сходження не більше 3-5°;
- формування пазів для подальшої фіксації мають бути паралельні на бокових поверхнях глибше ніж 0,5 мм;
- отримання подвійного відбитка (еластомери);
- отримання альгінатного відбитка;
- припасування напівкоронок та тричетвертних коронок;
- цементування напівкоронок та тричетвертних коронок фосфатним, склоіономерним та полімерним цементом;
- зняття напівкоронок та тричетвертних коронок.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики догляду за зубним протезом;
- щодо методики догляду за порожниною рота;
- щодо користування та періодичності зміни даного виду протеза.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Звернення до ортопедів з метою профілактики не рідше 1 разу на рік, а при прояві ускладнень чи пошкоджень протезів - негайно.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

МКХ-10 К00.3, К00.40-00.49

Хвороби твердих тканин зуба

(протезування штампованими коронками)

Клінічна форма - протезування штампованими коронками.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- пошкодження коронкової частини зуба (60-80%) каріозної та некаріозної етіології;
- наявність каріозної порожнини або некаріозного пошкодження зуба, яке неможливо відновити мікропротезами;
- аномалія форми зубів (мікро-, макродентія);
- аномалія положення зубів (вестибулярне, оральне) положення;
- зуби стійкі (I ступінь рухливості зубів);
- змінений колір зуба;
- стертість поверхні зуба;
- реакція на перкусію - відсутня.

Допоміжні:

- рентгенографія - прицільна, ортопантограма, томограма (розміри каріозної порожнини зуба):
 - співвідношення твердих тканин зубів із пульпою;
 - кореневі канали запломбовані до апікального отвору;
 - переапікальні тканини без патологічних змін;
- оклюзіографія;
- зняття анатомічних відбитків для виготовлення діагностичних моделей (альгінатними масами);
- вивчення діагностичних моделей щелеп.

ЛІКУВАННЯ:

- нормалізація оклюзійних співвідношень щелеп;
- вибіркоче пришліфовування оклюзійних поверхонь зубів;
- захист відпрепарованого зуба;
- знеболювання твердих тканин зуба;
- препарування зуба під штамповану коронку та коронку за Белкіним;
- зняття відбитка альгінатними матеріалами та гіпсом;
- вибір кольору облицьовування;
- припасування штампованої коронки та коронки за Белкіним;
- фіксація штампованої коронки та коронки за Белкіним на цинк-фосфатний, цинк-полікарбоксилатний та склоіономерний цементи;
- зняття штампованої коронки та коронки за Белкіним.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики чищення зубів та зубних протезів;
- щодо призначення засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;
- відмова від паління;
- правила користування незнімною конструкцією.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Звернення до ортопеда з метою профілактики не рідше 1 разу на рік, при появі ускладнень - негайно.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

МКХ-Ю К 00.3, К 00.40-00.49

**Хвороби твердих
твердих тканин зуба**

*(протезування литими, полімерними
та керамічними коронками)*

Клінічна форма - протезування литими коронками, литими коронками з облицюванням, полімерними та керамічними коронками.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- пошкодження коронкової частини зуба (60-80%) каріозної та некаріозної етіології;
- значне руйнування твердих тканин зуба внаслідок карієсу, травм та некаріозних пошкоджень і пошкодження, коли відновлення анатомічної форми та функції неможливо за допомогою мікропротезів;
- змінений колір зуба;
- аномалії форми та положення;
- патологічна стертість;
- реакція на перкусію - відсутня;

- рухомість зуба - відсутня (або I ступінь рухомості);
- достатня товщина твердих тканин зуба, відсутність каріозних змін.

Допоміжні:

- рентгенографія - прицільна рентгенограма, ортопантограма, томограма (кореневий канал запломбований на всьому протязі до верхівкового отвору; періапикальні тканини без патологічних змін);
- оклюзіографія;
- ЕОД;
- зняття анатомічних відбитків для виготовлення діагностичних моделей (альгінатними масами);
- вивчення діагностичних моделей щелеп (висота, форма, товщина коронкової частини, положення в зубному ряді, співвідношення з зубами-антагоністами, наявність достатнього місця для виготовлення суцільнолітої металопластмасової або металокерамічної коронки).

ЛІКУВАННЯ:

- вибіркове пришліфовування оклюзійних поверхонь зубів;
- нормалізація оклюзійних співвідношень щелеп;
- знеболювання твердих тканин зуба;
- препарування зуба під суцільноліту, металопластмасову, металокерамічну пластмасову або фарфорову коронку;
- ретракція ясен;
- захист відпрепарованого зуба;
- виготовлення тимчасових коронок;
- зняття подвійного відбитка еластомерними матеріалами (силіконовими, полісульфідними, поліефірними);
- зняття допоміжного відбитка альгінатними матеріалами;
- вибір кольору облицьовування;
- припасування суцільнолітої коронки або суцільнолітого ковпачка;
- припасування металопластмасової, металокомпозитної, металокерамічної, пластмасової або фарфорової коронки;
- фіксація суцільнолітої, металопластмасової, металокомпозитної, металокерамічної, пластмасової та фарфорової коронки на постійний цемент (склоіономерний, цинк-фосфатний, цинк-полікарбоксилатний, полімерний);
- зняття суцільнолітої, металопластмасової, металокерамічної, пластмасової, фарфорової коронки.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики чищення зубів та зубних протезів;
- щодо призначення засобів гігієни - зубні щітки середньої жорсткості, флоси;

- відмова від паління;
- правила користування незнімною конструкцією.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Звернення до ортопеда з метою профілактики не рідше 1 разу на рік, при появі ускладнень - негайно.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

МКХ-Ю КОО.3, КОО.40-00.49

Хвороби твердих твердих тканин зуба

(протезування штифтовими конструкціями)

Клінічна форма - протезування штифтовими конструкціями.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- каріозні та некаріозні пошкодження коронкової частини зуба більше 60-80%, що відновлюються штифтовими конструкціями;
- наявність пошкоджень коронок зуба більше 60-80%;
- кукса зуба повинна підвищуватись над поверхнею або розташовуватись на рівні ясен;
- стан маргінального пародонта;
- стан пломбування кореневого каналу задовільний;
- довжина, ширина кореня - задовільні;
- рухомість кореня - відсутня;
- реакція на перкусію - безболісна;
- періапикальні патологічні процеси - відсутні;
- маргінальні запальні процеси - відсутні.

Допоміжні:

- рентгенографія;
- вивчення діагностичних моделей;
- стан прикусу.

ЛІКУВАННЯ

Нормалізація оклюзійних співвідношень щелеп, вибіркове при-
шліфовування оклюзійних поверхонь зубів.

Підготовка кореня та каналу:

- формування над'ясенної частини кукси зуба;
- згідно з вимогами виготовлення штифтової куксової вкладки, штиф-
тового зуба за Річмондом або за Ільїною-Маркосян;
- розширення кореневого каналу на $S-2/3$ довжини, асиметрично, за-
безпечуючи ретенцію штифта;
- формування допоміжної порожнини в усті кореневого каналу (для
конструкції за Ільїною-Маркосян та штифтової куксової вкладки);
- моделювання репродукції куксової вкладки зі штифтом прямим ме-
тодом (комбінованим методом);
- отримання відбитків (гіпс, альгінат, еластомери);
- виготовлення простого штифтового зуба;
- виготовлення гіпсових моделей;
- припасування елементів штифтових конструкцій;
- визначення кольору;
- припасування готової конструкції;
- фіксація (фосфатний, полікарбоксилатний, склоіономерний, пол-
імерний цемент);
- зняття куксової вкладки зі штифтом;
- зняття штифтового зуба (за Річмондом та Ільїною-Маркосян).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики догляду за зубним протезом;
- щодо методики догляду за порожниною рота;
- щодо користування та періодичності зміни даного виду протеза.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Звернення до ортопеда з метою профілактики не рідше 1 разу на рік,
а при прояві ускладнень чи пошкоджень протезів - негайно.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та
ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів
надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

6.2. ОРТОПЕДИЧНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ПАТОЛОГІЧНОМУ СТИРАННІ ЗУБІВ

МКХ-10 К 03.0(0) Патологічне стирання зубів
(горизонтально локалізована форма)

Клінічна форма - горизонтальна локалізована форма
патологічного стирання зубів.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- виникнення як при інтактних зубних рядах, так і при частковій адентії;
- змінені сагітальні або трансверзальні компенсаційні криві, горизонтальна;
- вкорочення довжини коронок зубів;
- наявність відкритої поверхні дентину та гострих країв емалі, стертість має форму комірок, фасеток, узур, сходинок;
- зменшення міжальвеолярної висоти спостерігається при частковій адентії;
- ознаки зубо-альвеолярного подовження;
- ознаки гіпоплазії, флюорозу;
- можлива гіперестезія;
- діагностика стану СНЩС;
- визначення співвідношень щелеп у положенні відносного спокою.

Допоміжні:

- електроодонтодіагностика - стан пульпи;
- заповнення та аналіз одонтопародонтограм;
- міотонометрія;
- електроміографія жувальних м'язів;
- аналіз діагностичних моделей щелеп;
- аналіз прицільної рентгенограми, ортопантограми.

ЛІКУВАННЯ:

- десенсетазиційні та реамінералізуючі заходи;
- препарування зубів під вкладку (порожнини I-IV класу за Блеком), під коронку (пластмасову, керамічну, штамповану, металопластмасову, суцільнолиту, металокерамічну, коронку за Белкіним), препарування кореня зуба під штифтову конструкцію (просту штифтову вкладку, штифтовий зуб за Ільїною-Маркосян, за Річмондом);
- зняття відбитків (еластомери, альгірати, гіпс);
- аналіз моделей;
- фіксація центральної оклюзії;
- при необхідності - нормалізація оклюзійних співвідношень щелеп;
- застосування кап та ортодонтичних апаратів;
- депульпування зубів за показаннями;
- порожнину під вкладку заповнити тимчасовим матеріалом;
- використання тимчасових коронок на препаровані зуби;
- припасування та фіксація незнімного протеза (вкладки, коронки, мостоподібного протеза);
- підгонка та накладання знімного протеза (часткового знімного пластиночного, бюгельного з литими оклюзійними накладками).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- згідно з умовами виконання гарантійного терміну протезування;
- згідно з вимогами до пацієнта після проведення протезування;
- відповідно до терміну користування знімними протезами.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Звернення до ортопеда з метою профілактики не рідше 1 разу на рік, а при появі ускладнень чи пошкоджень протезів - негайно.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

МКХ-10 К 03.0(0)

Патологічне стирання зубів (горизонтальна генералізована форма)

Клінічна форма - горизонтальна генералізована форма патологічного стирання.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- змінені сагітальні та трансверзальні компенсаційні криві;
- вкорочення довжини коронок зубів;
- наявність відкритої поверхні дентину та гострих країв емалі;
- стертість має форму комірок, фасеток, узур, сходинок;
- наявність відкритої пульпової камери, некроз пульпи;
- зменшення висоти нижньої третини обличчя, синдром зниженого прикусу;
- зменшення висоти нижньої третини обличчя відсутнє (компенсаторна форма);
- ознаки гіпоплазії, флюорозу;
- ясна блідо-рожеві, крім ділянок, де є незнімні протези та дефекти зубних рядів;
- при частковій адентії спостерігається функційне перевантаження пародонта та деформація зубних рядів;
- можлива гіперестезія;
- парафункції м'язів;
- дисфункція СНЩС.

Допоміжні:

- електроодонтодіагностика - стан пульпи;
- визначення висоти нижньої третини обличчя;
- заповнення та аналіз одонтопародонтограм;
- оклюзіографія;
- міотонометрія;
- електроміографія жувальних м'язів;
- альгінатні, гіпсові відбитки для діагностичних моделей щелеп;
- вивчення діагностичних моделей;
- визначення показників зміни висоти нижньої третини обличчя;
- аналіз прицільної рентгенограми, ортопантограми;
- аналіз томограми СНЩС;
- консультації спеціалістів.

ЛІКУВАННЯ:

- десенсезаційні заходи (зняття чутливості, ремінералізуючі заходи);
- препарування зубів під вкладку (порожнини I-IV класу за Блеком), коронку (пластмасову, фарфорову, штамповану, металопластмасову, суцільнолиту, металокерамічну, коронку за Блеком), препарування кореня зуба під просту штифтову вкладку, штифтовий зуб за Ільїною-Маркосян, за Річмондом;
- моделювання вкладок прямим методом;
- зняття відбитків (еластомери, альгінати, гіпс);
- аналіз моделей;
- визначення та фіксація центральної оклюзії;
- нормалізація оклюзійних співвідношень щелеп;
- застосування параоклюзійних шин;
- комплексне лікування патології СНЩС та порушень оклюзії;
- порожнину під вкладку заповнити тимчасовим матеріалом;
- використання тимчасових коронок на препаровані зуби;
- припасування та фіксація незнімного протеза (вкладки, коронки, мостоподібного протеза);
- підгонка та накладання знімного протеза (часткового знімного пластиночного, бюгельного з литими оклюзійними накладками).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- згідно з умовами виконання гарантійного терміну протезування;
- згідно з вимогами до пацієнта після проведення протезування;
- відповідно до терміну користування знімними протезами.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Звернення до ортопеда з метою профілактики не рідше 1 разу на рік, а при появі ускладнень чи пошкоджень протезів - негайно.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

МКХ-10 К 03.0(0)

Патологічне стирання зубів (вертикальна форма)

Клінічна форма - вертикальна форма патологічного стирання зубів.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- частіше спостерігається при глибокому блокуючому прикусі;
- форма стирання переважно локалізована;
- пошкоджуються, в основному, тканини передніх зубів;
- наявність відкритої поверхні дентину та гострих країв емалі, стертість має форму фасеток;
- при інтактних зубних рядах та відсутності патології пародонта - зниження міжальвеолярної висоти не спостерігається, гіпертрофія альвеолярного відростка спостерігається в межах стирання;
- зниження міжальвеолярної висоти при наявності дефектів зубних рядів;
- дисфункція СНЩС;
- парафункції м'язів;
- можлива гіперестезія стертих зубів;
- стирання бокових зубів при перевантаженні при частковій адентії;
- у тяжких випадках виникає глибокий травмуючий прикус.

Допоміжні:

- електроодонтодіагностика;
- визначення висоти нижньої третини обличчя;
- заповнення та аналіз одонтопародонтограм;
- міотонометрія;
- електроміографія жувальних м'язів;
- аналіз діагностичних моделей щелеп;
- аналіз прицільної рентгенограми, ортопантограми;
- аналіз томограми СНЩС за показаннями.

ЛІКУВАННЯ:

- десенсетазаційні заходи;
- препарування зубів під вкладку (порожнини I-IV класу за Блеком), коронку (пластмасову, фарфорову, штамповану, металопластмасову, суцільнолиту, металокерамічну, коронку за Белкіним), препарування кореня зуба під просту штифтову вкладку, штифтовий зуб за Ільїною-Маркосян, за Річмондом;
- моделювання вкладок прямим методом;
- зняття відбитків (еластомери, альгінати, гіпс);
- отримання моделей;

- аналіз моделей;
- визначення та фіксація центральної оклюзії;
- при необхідності - нормалізація оклюзійних співвідношень щелеп;
- застосування кап та ортодонтичних апаратів;
- при препаруванні зубів для профілактики - ремінералізуючі розчини;
- порожнину під вкладку заповнити тимчасовим матеріалом;
- використання тимчасових коронок на препаровані зуби;
- припасування та фіксація незнімного протеза (вкладки, коронки, мостоподібного протеза);
- підгонка та накладання знімного протеза (часткового знімного пластинчастого, бюгельного з литими оклюзійними накладками).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- згідно з умовами виконання гарантійного терміну протезування;
- згідно з вимогами до пацієнта після проведення протезування;
- відповідно до терміну користування знімними протезами.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

Звернення до ортопедичного стоматолога з метою профілактики не рідше 1 разу на рік, а при появі ускладнень чи пошкоджень протезів - негайно.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

МКХ-10 к озо (0)

Патологічне стирання зубів

(змішана форма)

Клінічна форма - змішана форма патологічного стирання зубів.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- частіше спостерігається при ортогнатичному прикусі;
- змінені сагітальні та трансверзальні компенсаційні криві;
- вкорочення довжини коронок зубів;

- наявність відкритої поверхні дентину та гострих країв емалі, стертість має форму комірок, фасеток, узур, сходинок;
- наявність відкритої пульпової камери, некроз пульпи;
- при локалізованій формі - зниження міжальвеолярної висоти не спостерігається;
- вакантна гіпертрофія альвеолярного відростка;
- при генералізованій формі - виникає стирання всіх зубів, зниження міжальвеолярної висоти;
- ознаки гіпоплазії, флюорозу;
- ясна блідо-рожеві, крім місць, де є незнімні протези та дефекти зубних рядів;
- гіперестезія;
- парафункції м'язів;
- дисфункція СНЩС;
- при втраті великої кількості зубів - деструктивні процеси в пародонті.

Допоміжні:

- електроодонтодіагностика - стан пульпи;
- визначення висоти нижньої третини обличчя;
- заповнення та аналіз одонтопародонтограм;
- міотонометрія;
- електроміографія жувальних м'язів;
- аналіз діагностичних моделей;
- визначення показників зміни висоти нижньої третини обличчя;
- аналіз прицільної рентгенограми, ортопантограми;
- аналіз томограми СНЩС.

ЛІКУВАННЯ:

- десенсетазаційні та ремінералізуючі заходи;
- препарування зубів під вкладку (порожнини I—IV класу за Блеком), коронку (пластмасову, фарфорову, штамповану, металопластмасову, суцільнолиту, металокерамічну, коронку за Белкінім), препарування коренів зубів під штифтовий зуб за Ільїною-Маркосян, за Річмондом, просту штифтову вкладку;
- моделювання вкладок прямим методом;
- зняття відбитків (еластомери, альгінати, гіпс);
- аналіз моделей;
- визначення та фіксація центральної оклюзії;
- нормалізація оклюзійних співвідношень щелеп;
- застосування параоклюзійних шин;
- порожнину під вкладку заповнити тимчасовим матеріалом;

- використання тимчасових коронок на препаровані зуби;
- припасування та фіксація незнімного протеза (вкладки, коронки, мостоподібного протеза);
- підгонка та накладання знімного протеза (часткового знімного пластиночного, бюгельного з литими оклюзійними накладками).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- згідно з умовами виконання гарантійного терміну протезування;
- згідно з вимогами до пацієнта після проведення протезування;
- відповідно до терміну користування знімними протезами.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Звернення до ортодонта з метою профілактики не рідше 1 разу на рік, а при появі ускладнень чи пошкоджень протезів - негайно.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

6.3. АДЕНТІЯ ЧАСТКОВА ВТОРИННА

МКХ-10 К00.0

Адентія часткова вторинна (І клас за Kennedy)

Клінічна форма - двосторонній кінцевий дефект зубного ряду (І клас за Kennedy), самостійний або ускладнений включеним дефектом у фронтальній ділянці зубного ряду.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- відсутність зубів у боковій ділянці з обох сторін;
- можливий естетичний дефект зубного ряду у фронтальній ділянці;
- утруднене відкушування та пережовування їжі;
- порушення звуковідтворення;
- визначення ступеня рухомості зубів;
- електроодонтодіагностика стану пульпи;
- заповнення та аналіз одонто-пародонтограм;
- зняття анатомічних відбитків для виготовлення діагностичних моделей;
- виготовлення та вивчення діагностичних моделей щелеп у положенні центральної оклюзії.

Допоміжні:

- аналіз ортопантограми, томограми;
- аналіз прицільної рентгенограми;
- визначення висоти нижньої частини обличчя.

ЛІКУВАННЯ:

- вибіркове пришліфовування оклюзійних поверхонь зубів;
- вибір ортопедичної конструкції - частковий знімний протез (пластинчатий або з литим базисом (бюгельний) самостійно або в поєднанні з незнімними конструкціями: штучні коронки або мосто-подібні протези (суцільнокерамічні, металокерамічні, суцільнолітні, суцільнолітні із пластмасовим або композитним облицьовуванням,

- штамповано-паяні, штамповано-безпаяні) із опорами на природних зубах або дентальних імплантатах різних конструкцій;
- підготовка зубів під вкладки, куксові вкладки, неповні коронки;
- знеболювання зубів, що підлягають препаруванню;
- препарування зуба під коронку штамповану, фарфорову, суцільнолиту, металокерамічну;
- препарування зуба під опорно-утримуючий кламер;
- ретракція ясенного краю;
- зняття подвійного відбитка;
- зняття відбитка альгінатними масами та гіпсом;
- зняття відбитка індивідуальною ложкою;
- зняття відбитка з імплантата;
- визначення центральної оклюзії;
- підготовка гіпсової моделі для виготовлення безпосереднього протеза;
- припасування та фіксація мостоподібного протеза (суцільнокерамічного, металокерамічного, суцільнолитого, суцільнолитого з пластмасовим або композитним облицюванням, штамповано-паяного, штамповано-безпаяного);
- припасування каркаса бюгельного протеза з двома та більше опорно-утримуючими кламерами;
- припасування каркаса бюгельного шинуючого протеза;
- припасування та накладання знімного протеза при частковій утраті зубів;
- припасування та накладання безпосереднього протеза;
- корекція знімного протеза;
- ремонт знімного протеза;
- перебазування часткового знімного протеза.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо догляду за зубним протезом;
- щодо догляду за порожниною рота;
- щодо користування та періодичності зміни даного виду протеза.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Звернення до ортопедичного стоматолога з метою профілактики не рідше 1 разу на рік, а при прояві ускладнень чи пошкоджень протезів - негайно.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

МКХ-10 К00.0

Аденція часткова вторинна (II клас за Kennedy)

Клінічна форма - односторонній кінцевий дефект зубного ряду (II клас за Kennedy), самостійний або ускладнений включеним дефектом (у фронтальній, боковій чи фронтально-боковій ділянці) зубного ряду.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- первинне обстеження хворого - включає запис анамнезу, обстежень, запланованої програми лікування;
- визначення ступеня рухомості зубів;
- електроодонтодіагностика стану пульпи;
- заповнення та аналіз одонто-пародонтограм;
- зняття анатомічних відбитків для виготовлення діагностичних моделей;
- виготовлення та вивчення діагностичних моделей щелеп у положенні центральної оклюзії.

Допоміжні:

- аналіз ортопантограми, томограми;
- аналіз прицільної рентгенограми.

ЛІКУВАННЯ:

- вибіркове пришліфовування оклюзійних поверхонь зубів;
- вибір ортопедичної конструкції - частковий знімний протез (пластинчастий з литим базисом (бюгельний) самостійно або в поєднанні з незнімними конструкціями: штучними коронками та мостоподібними протезами (суцільнокерамічними, металокерамічними, суцільнолитими, суцільнолитими із пластмасовим або композитним облицьовуванням, штамповано-паяними, штамповано-безпаєчними) або протезування на імплантатах;
- виготовлення куксових штифтових вкладок та неповних коронок;
- знеболювання зубів, що підлягають препаруванню;
- препарування зуба під коронку (штамповану, фарфорову, суцільнолиту, металокерамічну з уступом та без уступа);
- препарування зуба під опорно-утримуючий кламер;
- препарування зуба під куксову штифтову вкладку та неповну коронку;
- ретракція ясенного краю;
- зняття подвійного відбитка;

- зняття відбитка альгінатними масами, гіпсом;
- зняття відбитка індивідуальною ложкою;
- зняття відбитка з імплантата;
- визначення центральної оклюзії;
- підготовка гіпсової моделі для виготовлення безпосереднього протеза;
- припасування каркаса бюгельного протеза з двома та більше опорно-утримуючими кламерами;
- припасування каркаса бюгельного шинуючого протеза;
- припасування та накладання знімного протеза при частковій утраті зубів;
- припасування та накладання безпосереднього протеза;
- корекція знімного протеза;
- ремонт знімного протеза;
- перебезування часткового знімного протеза;
- припасування та фіксація коронок та мостоподібних протезів (суцільнокерамічних, металокерамічних, суцільнолитих, суцільнолитих з пластмасовим або композитним облицюванням, штамповано-паяних, штамповано-безпаєчних).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики догляду за зубним протезом;
- щодо методики догляду за порожниною рота;
- щодо користування та періодичності зміни даного виду протеза.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Звернення до ортопеда з метою профілактики не рідше 1 разу на рік, а при прояві ускладнень чи пошкоджень протезів - негайно.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

МКХ-10 коо.0

Адентія часткова вторинна (III клас за Kennedy)

Клінічна форма - включений дефект зубного ряду
у боковій ділянці (III клас за Kennedy).

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- естетичний дефект зубного ряду у боковій ділянці;
- утруднене пережовування їжі;
- порушення звуковідтворення;
- визначення ступеня рухомості зубів;
- електроодонтодіагностика стану пульпи;
- заповнення та аналіз одонто-пародонтограм;
- зняття анатомічних відбитків для виготовлення діагностичних моделей;
- виготовлення та вивчення діагностичних моделей щелеп у положенні центральної оклюзії.

Допоміжні:

- аналіз ортопантограми, томограми;
- аналіз прицільної рентгенограми.

ЛІКУВАННЯ

- вибіркове пришліфовування оклюзійних поверхонь зубів;
- вибір ортопедичної конструкції - мостоподібний протез (суцільно-керамічний, металокерамічний, суцільнолитий, суцільнолитий із пластмасовим або композитним облицюванням, штамповано-паяний, штамповано-безпаяний);
- виготовлення куксових штифтових вкладок та неповних коронок;
- застосування дентальних імплантатів з наступним протезуванням;
- протезування бюгельними протезами, використання системи Румпеля;
- знеболювання зубів, що підлягають препаруванню;
- препарування зуба під коронку (штамповану, фарфорову, суцільнолиту, суцільнолиту з облицюванням пластмасою та композитами, металокерамічну);
- препарування зуба з уступом та без уступу;
- препарування зуба під куксову штифтову конструкцію, під неповну коронку;
- ретракція ясенного краю;
- зняття подвійного відбитка;

- зняття відбитка альгінатними масами та гіпсом;
- зняття відбитка з імплантата;
- визначення центральної оклюзії;
- припасування та фіксація мостоподібного протеза (штамповано-паяного, штамповано-паяного з облицьовуванням, суцільнолитого мостоподібного протеза, суцільнолитого металопластмасового або металокерамічного);
- припасування та фіксація куксової штифтової вкладки, неповної коронки;
- припасування та фіксація протезів на імплантатах;
- припасування та накладання бюгельного протеза та системи Румпеля;
- припасування та накладання бюгельного шинуючого протеза;
- корекція знімного протеза;
- ремонт знімного протеза.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики догляду за зубним протезом;
- щодо методики догляду за порожниною рота;
- щодо користування та періодичності зміни даного виду протеза.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Звернення до ортопеда з метою профілактики не рідше 1 разу на рік, а при прояві ускладнень чи пошкоджень протезів - негайно.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

МКХ-10 коо.0

Аденція часткова вторинна (IV клас за Kennedy)

Клінічна форма - включений дефект зубного ряду
у фронтальній ділянці (IV клас за Kennedy).

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- естетичний дефект зубного ряду у фронтальній ділянці;
- утруднене відкушування їжі;
- порушення звуковідтворення;
- визначення ступеня рухомості зубів;
- електроодонтодіагностика стану пульпи;
- заповнення та аналіз одонто-пародонтограм;
- зняття анатомічних відбитків для виготовлення діагностичних моделей;
- виготовлення та вивчення діагностичних моделей щелеп у положенні центральної оклюзії.

Допоміжні:

- аналіз ортопантограми, томограми;
- аналіз прицільної рентгенограми.

ЛІКУВАННЯ:

- вибіркове пришліфовування оклюзійних поверхонь зубів;
- вибір ортопедичної конструкції - мостоподібний протез (суцільно-керамічний, металокерамічний, суцільнолитий, суцільнолитий із пластмасовим або композитним облицьовуванням, штамповано-паяний, штамповано-безпаечний);
- виготовлення куксових штифтових вкладок та неповних коронок;
- застосування дентальних імплантатів з наступним протезуванням;
- протезування бюгельними протезами, використання системи Румпеля;
- знеболювання зубів, що підлягають препаруванню;
- препарування зуба під коронку (штамповану, фарфорову, суцільнолиту, суцільнолиту з облицьовуванням пластмасою та композитами, металокерамічну);
- препарування зуба з уступом та без уступу;
- препарування зуба під куксову штифтову конструкцію, під неповну коронку;
- ретракція ясенного краю;
- зняття подвійного відбитка;

- зняття відбитка альгінатними масами та гіпсом;
- зняття відбитка з імплантата;
- визначення центральної оклюзії;
- припасування та фіксація мостоподібного протеза (штампованопаяного з облицьовуванням, суцільнолитого з облицьовуванням пластмасою, композитом, металокерамічного);
- припасування та фіксація куксової штифтової вкладки, неповної коронки, вкладки;
- припасування та фіксація протезів на імплантатах;
- припасування та накладання бюгельного протеза та системи Румпеля;
- припасування та накладання бюгельного шинуючого протеза;
- припасування та накладання бюгельного протеза з двома та більше опорноутримуючими кламерами;
- корекція знімного протеза;
- ремонт знімного протеза.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики догляду за зубним протезом;
- щодо методики догляду за порожниною рота;
- щодо користування та періодичності зміни даного виду протеза.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Звернення до ортопедичного стоматолога з метою профілактики не рідше 1 разу на рік, а при прояві ускладнень чи пошкоджень протезів - негайно.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

6.4. АДЕНТІЯ ЧАСТКОВА ВТОРИННА, УСКЛАДНЕНА ДЕФОРМАЦІЄЮ ЗУБНИХ ДУГ

МКХ-іо К 000 (2) **Аденція часткова вторинна, ускладнена деформацією зубних дуг (зубоальвеолярна форма)**

Клінічна форма - вторинна зубошелепна деформація
зубоальвеолярна.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- наявність змін альвеолярного відростка та положення зубів;
- порушення естетики та функції жування;
- зміни рухів нижньої щелепи;
- ЕОД;
- тензометрія;
- одонтопародонтографія - запис і аналіз одонтограми;
- визначення центральної оклюзії;
- визначення висоти нижньої частини обличчя;
- виготовлення діагностичних моделей.

Допоміжні:

- рентгенографія приносних пазух носа;
- рентгенографія прищільна;
- аналіз ортопантограми.

ЛІКУВАННЯ

Профілактичні процедури:

- вибіркоче пришліфовування оклюзійних поверхонь зубів;
- нормалізація оклюзійних співвідношень щелеп;
- нормалізація форми, розмірів та положення зубів;

- препарування зуба під штамповану коронку, пластмасову, керамічну, суцільнолітиту, металокерамічну;
- препарування зуба з уступом та без уступу;
- препарування зуба під куксову вкладку із штифтом;
- препарування зуба під напівкоронку та коронку;
- препарування зуба під опорноутримуючий кламер;
- зняття відбитка гіпсом;
- зняття відбитка альгінатними масами;
- зняття подвійного відбитка;
- зняття відбитка індивідуальною ложкою;
- зняття відбитка при наявності імплантата;
- виготовлення гіпсової моделі;
- виготовлення безпосереднього протеза;
- припасування та фіксація мостоподібних протезів (штамповано-паяного, штамповано-паяного з облицьовуванням, суцільнолітитою, суцільнолітитою з пластмасовим та композитним облицьовуванням, металокерамічного);
- припасування та накладання бюгельного протеза з опорно-утримуючими кламерами, шинуючого, системи Румпеля;
- препарування та накладання часткового знімного протеза;
- припасування та накладання безпосереднього протеза;
- припасування та накладання протеза при наявності імплантата;
- припасування та фіксація штифтових куксових вкладок, неповних коронок, коронок;
- накладання шин для тимчасового шинування;
- корекція та ремонт знімного протеза;
- перебазування знімного протеза.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики догляду за зубним протезом;
- щодо методики догляду за порожниною рота;
- щодо користування та періодичності зміни даного виду протеза.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Звернення до ортопеда з метою профілактики не рідше 1 разу на рік, а при прояві ускладнень чи пошкоджень протезів - негайно.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

МКХ-10 к оо о (2) Адентія часткова вторинна,
ускладнена деформацією
зубних дуг
(зубна форма I-III ступеня)

Клінічна форма - вторинна зубощелепна деформація,
зубна форма I—III ступеня.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- наявність змін положення зубів;
- порушення естетики;
- порушення жування;
- зміни напрямку руху нижньої щелепи;
- тензометрія;
- одонтопарадонтографія;
- визначення центральної оклюзії;
- визначення висоти нижньої частини обличчя;
- виготовлення діагностичних моделей.

Допоміжні:

- рентгенографія додаткових порожнин носа;
- рентгенографія прицільна;
- аналіз ортопантограми.

ЛІКУВАННЯ:

- вибіркоче пришліфовування оклюзійних поверхонь зубів;
- нормалізація оклюзійних співвідношень щелеп пришліфовування (I—III ступінь);
- застосування капи знімної (I ступінь);
- застосування капи незнімної (I, II ступінь);
- нормалізація оклюзійних співвідношень щелеп;
- нормалізація форми, розмірів та положення зубів;
- препарування зуба під коронку (штамповану, пластмасову, керамічну, суцільнолітву, металокерамічну);
- препарування зуба з уступом та без уступу;
- препарування зуба під куксову вкладку із штифтом;
- препарування зуба під напівкоронку та 3/4 коронку;
- препарування зуба під опорноутримуючий кламер;
- зняття відбитка гіпсом;

- альгінатними масами;
- зняття подвійного відбитка;
- зняття відбитка індивідуальною ложкою;
- зняття відбитка при наявності імплантата;
- виготовлення гіпсової моделі;
- виготовлення безпосереднього протеза;
- припасування та фіксація мостоподібних протезів (штамповано-паяного, штамповано-паяного з облицьовуванням, суцільнолитого, суцільнолитого з пластмасовим та композитним облицьовуванням, металокерамічного);
- припасування та накладання бюгельного протеза з опорно-утримуючими кламерами, шинуючого, системи Румпеля;
- припасування та накладання часткового знімного протеза;
- припасування та накладання безпосереднього протеза;
- припасування та накладання протеза при наявності імплантата;
- накладання шин для тимчасового шинування;
- корекція та ремонт знімного протеза;
- перебазування знімного протеза.

РЕКОМЕНДАЦІ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики догляду за зубним протезом;
- щодо методики догляду за порожниною рота;
- щодо користування та періодичності зміни даного виду протеза.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Звернення до ортопеда з метою профілактики не рідше 1 разу на рік, а при прояві ускладнень чи пошкоджень протезів - негайно.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

6.5. АДЕНТІЯ ПОВНА ВТОРИННА

МКХ-10 К 00.0(1)

Адентія повна вторинна

Клінічна форма - повна відсутність зубів

(I—III клас за Шредером, I-IV клас за Келлером).

Клінічна картина:

- зміна зовнішнього вигляду хворого;
- стареча прогенія;
- атрофія коміркових відростків щелеп;
- вираженість носогубних та підборідних складок;
- втрата фіксованої міжкоміркової висоти;
- порушення функції жування та мови;
- вивчення піддатливості слизової оболонки порожнини рота.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- визначення висоти нижньої частини обличчя;
- визначення ступеня атрофії та форми коміркових відростків щелеп, наявність екзостозів;
- визначення ступеня піддатливості слизової оболонки порожнини рота;
- форма піднебіння, наявність торуса;
- оцінка стану слизової оболонки порожнини рота;
- вивчення типу співвідношення щелеп; рухів нижньої щелепи;
- стан СНЩС;
- наявність чи відсутність повних знімних протезів, строк користування та їх функціональна повноцінність;
- строк втрати зубів;
- причина втрати зубів;
- вік хворого, фах;
- консультації спеціалістів.

Допоміжні:

- панорамна рентгенографія щелеп;
- рентгенографія СНЩС;
- рентгенографія приносних пазух носа.

ЛІКУВАННЯ

Комплексна підготовка ротової порожнини до протезування повними знімними протезами.

Клінічні етапи протезування:

- зняття повних анатомічних (подвійних) відбитків беззубих щелеп стандартними ложками альгінатною, термопластичною масами, або гіпсом, для виготовлення твердих індивідуальних ложок;
- припасування індивідуальних ложок беззубих щелеп та зняття власно - функціонального функціонально-присмоктувального відбитка термопластичною або силіконовою масою, обкантування відбитка;
- визначення центрального співвідношення щелеп за допомогою прикусних шаблонів (внутрішньоротовий запис рухів нижньої щелепи);
- перевірка конструкції повних знімних пластинчастих протезів, нормалізація оклюзійних співвідношень щелеп;
- припасування та накладання повних знімних пластинчастих протезів:
 - при наявності імплантатів;
 - з м'якою підкладкою;
 - з безколірної пластмаси;
 - з металевим базисом;
- корекція знімних протезів;
- перебазування повних знімних протезів - при необхідності;
- ремонт повних знімних протезів - при необхідності.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо правил користування повними знімними пластинчастими протезами;
- щодо засобів гігієни;
- щодо призначення лікувально-профілактичних засобів.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Звернення до ортопеда 2 рази на рік, а при появі ускладнень чи пошкоджень протезів - негайно. При виготовленні протезів з м'якою підкладкою рекомендації формують з урахуванням інструкції виробника м'якої пластмаси.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

6.6. ПАРОДОНТИТ, ПАРОДОНТОЗ

МКХ-іо к Обз

Пародонтит локалізований (гострий)

Клінічна форма - локалізований пародонтит, гострий перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- гіперемія, кровоточивість, набряк ясен, нерідко з порушенням цілісності епітелію та сполучної тканини в ділянці одного або декількох зубів;
- наявність у зоні ушкодження петехій, крововиливів;
- рухомість зубів;
- оголення пийкіг зуба;
- пародонтальна кишень, глибиною 2-3 мм;
- вертикальна та горизонтальна перкусія - різко болюча;
- наявність місцевого подразнюючого фактора - нависаючі краї пломб, травмуючі краї коронок та інших протезів, перевантаження окремих зубів при аномаліях, деформаціях прикусу та нераціональному протезуванні;
- може спостерігатися збільшення піднижньощелепних лімфатичних вузлів; вузли м'які, болючі при пальпації;
- обстеження зубів;
- визначення ступеня рухомості зубів;
- електроодонтодіагностика;
- ортопантограма;
- заповнення та аналіз одонтопародонтограми;
- оклюзіографія;
- проба Шилера-Писарева;
- зняття відбитків альгінатними масами, виготовлення діагностичних моделей, аналіз моделей;
- консультації лікарів-спеціалістів.

Допоміжні

Рентгенографія (прицільна) - у ділянці 1-2 зубів спостерігається розширення періодонтальної щілини, деструкція кортикального шару

та верхівок міжзубних перегородок на 1/3 довжини кореня, остеопороз міжальвеолярної перегородки.

ЛІКУВАННЯ:

- вибіркове пришліфовування оклюзійних поверхонь зубів (усунення травмуючого фактора);
- стабілізація порушеної статики рухомих зубів (шинкування - постійне, тимчасове);
- відновлення функціонального навантаження пародонта;
- постійне шинкування:
 - тривалі шини;
 - системи з армуючим елементом (скловолоконні, полімерні);
- тимчасове шинкування:
 - безпосередні шини (терміном до 3-4 тижнів) лігатурні та комбіновані;
 - напівпостійні шини (терміном 6 і більше місяців) пластмасові з композитних матеріалів та системи з армуючим елементом.

Раціональне протезування:

- препарування зубів під штаповану, пластмасову, фарфорову, суцільнолиту, металокерамічну коронку, препарування зуба під куксову вкладку зі штифтом, препарування зуба під напівкоронку або під тричетвертну коронку, препарування зуба під опорно-утримуючий кламер;
- зняття відбитків альгінатними масами, зняття подвійного відбитка, зняття відбитка індивідуальною ложкою, зняття відбитка при наявності імплантата;
- виготовлення гіпсових моделей;
- визначення центральної оклюзії;
- нормалізація оклюзійних співвідношень щелеп;
- припасування та фіксація коронки - пластмасової, фарфорової, суцільнолитої, металокерамічної, металопластмасової;
- припасування та фіксація напівкоронки або тричетвертної коронки;
- припасування та фіксація мостоподібного протеза - суцільнолитого, суцільнолитого з облицьовуванням (з уступом та без уступу), суцільнолитого при наявності імплантатів;
- припасування та фіксація ортопедичної шини (капи);
- припасування та фіксація паяного мостоподібного протеза;
- накладання капових назубних шин або зв'язування дротом, шинкування 4-х зубів лігатурою, швидкотверднюючою пластмасою, композитом;
- припасування каркасу бюгельного протеза з двома та більше опорно-утримуючими кламерами, шинуючого бюгельного протеза, системи Румпеля;

- припасування та накладання знімного протеза, бюгельного протеза;
- ортодонтичне лікування;
- застосування знімної капи;
- застосування незнімної капи.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо гігієни ротової порожнини;
- щодо користування протезами.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Диспансерний облік у терапевта-стоматолога.

Звернення до ортопеда за індивідуальним графіком, але не рідше 1 разу на рік, а при появі ускладнень чи пошкоджень протезів - негайно.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

МКХ-Ю К 0530

Пародонтит локалізований

(хронічний)

Клінічна форма - локалізований пародонтит, хронічний перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- в ділянці одного або двох поряд розташованих зубів виявляється ретракція, атрофія ясенних сосочків;
- набряк, ціаноз ясен;
- міжзубний проміжок не має звичної топографо-анатомічної форми;
- оголення шийки зуба;
- пародонтальні кишені глибиною не більше 4 мм, в яких нерідко знаходиться екссудат;
- наявність місцевого подразнюючого фактора - нависаючі краї пломб, травмуючі краї коронок та інших протезів, перевантаження окремих зубів при аномаліях, деформаціях прикусу та нераціональному протезуванні;

- може спостерігатися збільшення піднижньощелепних лімфатичних вузлів;
- констатується тривалий перебіг захворювання з маловираженою суб'єктивною симптоматикою;
- обстеження зубів;
- визначення ступеня рухомості зубів;
- електроодонтодіагностика;
- ортопантограма;
- заповнення та аналіз одонтопародонтограми;
- оклюзіографія;
- проба Шилера-Писарева;
- зняття відбитків альгінатними масами, виготовлення діагностичних моделей, аналіз моделей;
- консультації лікарів-спеціалістів.

Допоміжні

Рентгенографія (прицільна) - незначне розширення періодонтальної щілини в маргінальній зоні, деструкція та резорбція кортикального шару та міжзубних перегородок на S довжини кореня локального характеру.

ЛКУВАННЯ:

- усунення травмуючого фактора;
- усунення травматичної оклюзії;
- пришліфування зубів - зішліфування точок передчасних контактів зубів;
- створення ковзкого прикусу - зішліфування ріжучих країв фронтальних зубів, горбиків молярів та премолярів;
- відновлення функціонального навантаження пародонта;
- стабілізація порушеної статички рухомих зубів (шинкування - постійне, тимчасове);
- постійне шинкування:
 - тривалі шини;
 - системи з армуючим елементом (Glas Span, Ribbond);
- тимчасове шинкування:
 - безпосередні шини (терміном до 3-4 тижнів) лігатурні та комбіновані;
 - напівпостійні шини (терміном 6 і більше місяців) пластмасові, з композитних матеріалів та системи з армуючим елементом.

Раціональне протезування.

- препарування зубів під штамповану, пластмасову, фарфорову, суцільнолітиту, металокерамічну коронку, препарування зуба під куксову вкладку

- зі штифтом, препарування зуба під напівкоронку або під тричетвертну коронку, препарування зуба під опорно-утримуючий кламер;
- зняття відбитків альгінатними масами, зняття подвійного відбитка, зняття відбитка індивідуальною ложкою, зняття відбитка при наявності імплантата;
- виготовлення гіпсових моделей;
- визначення центральної оклюзії;
- нормалізація оклюзійних співвідношень щелеп;
- припасування та фіксація коронки - пластмасової, фарфорової, суцільнолітої, металокерамічної, металопластмасової;
- припасування та фіксація напівкоронки або тричетвертної коронки;
- припасування та фіксація мостоподібного протеза - суцільнолітого, суцільнолітого з облицьовуванням (з уступом та без уступу), суцільнолітого при наявності імплантатів;
- припасування та фіксація ортопедичної шини (капи);
- припасування та фіксація паяного мостоподібного протеза;
- накладання капових назубних шин або зв'язування дротом, шинування 4-х зубів лігатурою, пластмасою, що швидко твердне, композитом;
- припасування каркасу бюгельного протеза з двома та більше опорно-утримуючими кламерами, шинуючого бюгельного протеза, системи Румпеля;
- припасування та накладання знімного протеза, бюгельного протеза;
- ортодонтичне лікування;
- застосування знімної капи;
- застосування незнімної капи.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо гігієни ротової порожнини;
- щодо користування протезами.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Диспансерний облік у терапевта-стоматолога.

Звернення до ортопеда за індивідуальним графіком, але не рідше 1 разу на півроку, а при появі ускладнень чи пошкоджень протезів - негайно.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

МКХіО К05.30

Пародонтит локалізований

(загострення)

Клінічна форма - пародонтит локалізований, період загострення.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- аномалії та зубощелепні деформації;
- механічна травма;
- дефекти пломбування та протезування;
- можливий біль, кровоточивість ясен;
- симптоматичний гінгівіт;
- пародонтальний карман;
- прогресуюча резорбція альвеолярної кістки;
- обстеження стану зубів;
- визначення ступеня рухомості зубів;
- ортопантограма (деструкція компактної пластини, остеопороз різного ступеня ураження кінцівок міжальвеолярних перегородок);
- заповнення та аналіз одонтопародонтограми;
- отримання альгінатних відбитків та виготовлення діагностичних моделей;
- оклюзіографія;
- консультації інших спеціалістів.

Допоміжні:

- аналіз рентгенограми (прицільної);
- ЕОД.

Вивчення діагностичних моделей щелеп - висота, форма, товщина коронкової частини, положення в зубному ряді, співвідношення з зубами-антагоністами.

ЛКУВАННЯ:

- вибіркове пришліфовування оклюзійних поверхонь зубів;
- нормалізація оклюзійних співвідношень щелеп;
- тимчасове шинування;
- шинування 4-х зубів лігатурою, пластмасою, що швидко твердне, або хімічним композитом;
- отримання альгінатних відбитків;
- виготовлення гіпсових моделей, підготовка гіпсової моделі до виготовлення безпосереднього протеза;

- накладання та корекція безпосереднього протеза;
- застосування знімної та незнімної капи;
- накладання капових назубних шин або зв'язування дроту;

Лікування після зняття загострення:

- отримання відбитків еластомерами для протезів;
- зняття відбитка індивідуальною ложкою;
- зняття відбитка при наявності імплантата;
- визначення центральної оклюзії;
- ортодонтична допомога;
- постійне шинування;
- препарування зубів під різні види протезів: коронки - штамповані, пластмасові, фарфорові, суцільнолітні, металокерамічні; кукові вкладки зі штифтом; препарування зубів під опорно-утримуючий кламер;
- припасування та фіксація пластмасової, фарфорової, суцільнолітної, металокерамічної, металопластмасової коронки;
- припасування та фіксація напівкоронки та тричетвертної коронки, припасування та фіксація кукової вкладки зі штифтом;
- припасування та фіксація мостоподібних протезів, суцільнолітного, суцільнолітного з облицьовуванням, паяного мостоподібного протеза;
- припасування та фіксація суцільнолітних протезів при наявності імплантата;
- припасування та фіксація ортопедичної капи;
- припасування та фіксація суцільнолітного металопластмасового або металокерамічного протеза з уступом та без уступу;
- припасування та накладання бюгельного протеза (з двома та більше опорно-утримуючими кламерами, шинуючого протеза, системи Румпеля);
- перевірка конструкції протеза при частковій відсутності зубів;
- припасування та накладання знімного протеза (простого та системи Румпеля).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики гігієни ротової порожнини при захворюванні пародонта;
- відмова від паління;
- правила користування лікувальними конструкціями та протезами.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Диспансерний облік у терапевта-стоматолога.

Звернення до ортопеда з метою профілактики не рідше 1 разу на півроку, а при появі ускладнень - негайно.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

МКХ-10 к 05.31 Пародонтит генералізований (гострий)

Клінічна форма - генералізований пародонтит, гострий перебіг.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- симптоматичний гінгівіт;
- пародонтальний карман;
- травматична оклюзія;
- прогресуюча резорбція альвеолярної кістки;
- місцеві травмуючі фактори;
- аномалії та зубошелепні деформації;
- дефекти пломбування та протезування;
- можливий біль, кровоточивість ясен;
- симптоматичний гінгівіт;
- пародонтальний карман;
- прогресуюча резорбція альвеолярної кістки;
- обстеження стану зубів;
- визначення ступеня рухомості зубів;
- глибина періодонтальної кишені (вимір у 6 точках: 3-вестибулярно і 3-орально);
- рівень зубоясневого кріплення;
- рецесія ясен;
- наявність фуркацій;
- ортопантограма (деструкція компактної пластини, остеопороз різного ступеня ураження кінцівок міжальвеолярних перегородок);
- заповнення та аналіз одонтопародонтोगрами;
- отримання альгінатних відбитків та виготовлення діагностичних моделей;

- первинне обстеження хворого (запис анамнезу, планування програми лікування);
- консультації інших спеціалістів.

Допоміжні:

- аналіз рентгенограми (прицільної):
 - деструкція компактної пластини;
 - розширення періодонтальної щілини у маргінальній зоні;
 - остеопороз різного ступеня враження кінцівок;
 - міжальвеолярних перегородок.
- вивчення діагностичних моделей щелеп - висота, форма, товщина коронкової частини, положення в зубному ряді, співвідношення з зубами-антагоністами.

ЛІКУВАННЯ:

- вибіркоче пришліфовування оклюзійних поверхонь зубів;
- нормалізація оклюзійних співвідношень щелеп;
- тимчасове шинування;
- шинування 4-х зубів лігатурою, пластмасою, що швидко твердне, або хімічним композитом;
- отримання альгінатних відбитків;
- виготовлення гіпсових моделей, підготовка гіпсової моделі до виготовлення безпосереднього протеза;
- накладання та корекція безпосереднього протеза;
- застосування знімної та незнімної капи;
- накладання капових назубних шин або зв'язування дроту.

Лікування після зняття загострення:

- отримання відбитків еластомерами для протезів;
- зняття відбитка індивідуальною ложкою;
- зняття відбитка при наявності імплантата;
- визначення центральної оклюзії;
- ортодонтична допомога;
- постійне шинування;
- препарування зубів під різні види протезів: коронки - штамповані, пластмасові, фарфорові, суцільнолітні, металокерамічні; куксові вкладки зі штифтом; препарування зубів під опорно-утримуючий кламер;
- припасування та фіксація пластмасової, фарфорової, суцільнолітної, металокерамічної, металопластмасової коронки;
- припасування та фіксація напівкоронки та тричетвертної коронки, припасування та фіксація куксової вкладки зі штифтом;
- припасування та фіксація мостоподібних протезів, суцільнолітлого, суцільнолітлого з облицьовуванням, паяного мостоподібного протеза;

- припасування та фіксація суцільнолитих протезів при наявності імплантата;
- припасування та фіксація ортопедичної капи;
- припасування та фіксація суцільнолитого металопластмасового або металокерамічного протеза з уступом та без уступу;
- припасування та накладання бюгельного протеза (з двома та більше опорно-утримуючими кламерами, шинуючого протеза, системи Румпеля);
- перевірка конструкції протеза при частковій відсутності зубів;
- припасування та накладання знімного протеза (простого та з системою Румпеля).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики гігієни ротової порожнини при захворюванні пародонта;
- відмова від паління;
- правила користування лікувальними конструкціями та протезами.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Диспансерний облік у терапевта-стоматолога.

Звернення до ортопеда з метою профілактики не рідше 1 разу на рік, а при появі ускладнень - негайно.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

МКХ-10 к 05.31

Пародонтит генералізований

(ремісія)

Клінічна форма - пародонтит генералізований у стадії ремісії.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- обстеження стану зубів;
- ЕОД;

- відсутність болю, кровоточивості ясен, гноетечі.
- визначення ступеня рухомості зубів;
- вимір глибини періодонтальних кишень;
- рівень зубоясневого кріплення;
- рецесія ясен;
- наявність фуркацій;
- ортопантограма;
- одонтопародонтографія (заповнення та аналіз одонтопародонтограм);
- зняття відбитка альгінатними масами;
- виготовлення діагностичних моделей щелеп;
- аналіз моделей;
- оклюзіографія;
- консультації інших спеціалістів.

Допоміжні:

- рентгенографія (прицільна):
 - прогресування процесу не підтверджується;
 - відмічається ущільнення губчастої речовини по краю альвеолярного відростка;
 - відновлення кісткових балок у місці остеопорузу;
 - більш чіткий малюнок кісткової тканини;
- проба Шилера-Писарева.

ЛІКУВАННЯ:

- вибіркове пришліфовування оклюзійних поверхонь зубів;
- нормалізація оклюзійних співвідношень щелеп;
- отримання відбитків альгінатними масами та еластомерами;
- зняття відбитка індивідуальною ложкою;
- зняття відбитка при наявності імплантата;
- визначення центральної оклюзії;
- препарування зубів під різні види протезів: коронки - штаповані, пластмасові, фарфорові, суцільнолітні, металокерамічні; куксові вкладки зі штифтом; препарування зубів під опорно-утримуючий кламер;
- тимчасові конструкції;
- захист зубів після препарування;
- припасування та фіксація пластмасової, фарфорової, суцільнолітної, металокерамічної, металопластмасової коронки;
- припасування та фіксація напівкоронки та тричетвертної коронки, припасування та фіксація куксової вкладки зі штифтом;

- припасування та фіксація мостоподібних протезів, суцільнолитого, суцільнолитого з облицьовуванням, паяного мостоподібного протеза;
- припасування та фіксація суцільнолитих протезів при наявності імплантата;
- припасування та фіксація ортопедичної капи;
- припасування та фіксація суцільнолитого металопластмасового або металокерамічного протеза з уступом та без уступу;
- припасування та накладання бюгельного протеза (з двома та більше опорно-утримуючими кламерами, шинуючого протеза, системи Румпеля);
- перевірка конструкції протеза при частковій відсутності зубів;
- припасування та накладання знімного протеза (простого та з системою Румпеля);
- тимчасове та постійне шинування;
- накладання та корекція безпосереднього протеза;
- застосування знімної та незнімної капи;
- ортодонтична допомога.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики гігієни ротової порожнини при захворюванні пародонта;
- відмова від паління;
- правила користування лікувальними конструкціями та протезами.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Диспансерний облік у терапевта-стоматолога.

Звернення до ортопеда з метою профілактики не рідше 1 разу на рік, а при появі ускладнень - негайно.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

МКХ-10 K05.4

Пародонтоз

*(ремісія)***Клінічна форма** - пародонтоз у стадії ремісії.**ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ****Клінічні:**

- атрофічний гінгівіт;
- оголення шийок коренів зубів;
- утворення клиноподібних дефектів;
- помірно виражена травматична оклюзія;
- помірно розвивається резорбція альвеолярної кістки;
- пародонтальні кармани відсутні;
- патологічна рухливість зубів з'являється тільки в пізніх (II—III) ступенях розвитку захворювання;
- обстеження зубів;
- визначення ступеня рухомості зубів;
- вимір глибини пародонтальних кишень;
- рівень зубоясневого кріплення;
- рецесія ясен;
- наявність фуркацій;
- оклюзографія;
- ортопантограма;
- заповнення та аналіз одонтопародонтограм.

Допоміжні:

- аналіз рентгенограми (прицільної) - значних змін в альвеолярній кістці порівняно з генералізованим пародонтитом, не відмічається:
 - остеопороз практично не виражений;
 - пародонтальна щілина не розширення;
 - кортикальна пластинка збереження;
 - відмічається помірно прогресуюча, без утворення кісткових кишень резорбція альвеолярної кістки, рівномірно виражена на всьому протязі зубного ряду.
- ЕОД;
- зняття відбитка альгінатними масами;
- вивчення діагностичних моделей щелеп.

ЛІКУВАННЯ:

- вибіркоче пришліфовування оклюзійних поверхонь зубів;
- нормалізація оклюзійних співвідношень щелеп;

- отримання відбитків альгінатними масами та еластомерами;
- зняття відбитка індивідуальною ложкою;
- зняття відбитка при наявності імплантата;
- визначення центральної оклюзії;
- препарування зубів під різні види протезів: коронки - штамповані, пластмасові, фарфорові, суцільнолітні, металокерамічні; куксові вкладки зі штифтом; препарування зубів під опорно-утримуючий кламер;
- тимчасові конструкції;
- захист зубів після препарування;
- припасування та фіксація:
 - пластмасової, фарфорової, суцільнолітної, металокерамічної, металопластмасової коронки;
 - напівкоронки та тричетвертної коронки, припасування та фіксація куксової вкладки зі штифтом;
 - мостоподібних протезів, суцільнолітного, суцільнолітного з облицюванням, паяного мостоподібного протеза;
 - суцільнолітних протезів при наявності імплантату;
 - ортопедичної капи;
 - суцільнолітного металопластмасового або металокерамічного протеза з уступом та без уступу;
- припасування та накладання бюгельного протеза (з двома та більше опорно-утримуючими кламерами, шинуючого протеза, системи Румпеля);
- перевірка конструкції протеза при частковій відсутності зубів;
- припасування та накладання знімного протеза (простого та з системою Румпеля);
- тимчасове та постійне шинування;
- накладання та корекція безпосереднього протеза;
- застосування знімної та незнімної капи;
- ортодонтична допомога.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо методики гігієни ротової порожнини при захворюванні пародонта;
- відмова від паління;
- правила користування лікувальними конструкціями та протезами.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Диспансерний облік у терапевта-стоматолога.

Звернення до ортопеда з метою профілактики не рідше 1 разу на півроку, а при появі ускладнень - негайно).

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

МКХ-10 K05.4

**Пародонтоз
(загострення)**

Клінічна форма - пародонтоз у стадії загострення

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇКлінічні:

- атрофічний гінгівіт (ясна бліді, атрофовані, ясенні сосочки згладжені. міжзубні проміжки зіяють);
- патологічна рухомість зубів незначна і спостерігається лише при ІІ ступені захворювання;
- оголення шийок та коренів зубів;
- клиноподібні дефекти у пришийних ділянках;
- пародонтальні кишені відсутні;
- травматична оклюзія;
- обстеження зубів;
- визначення ступеня рухомості зубів;
- електроодонтодіагностика;
- ортопантограма;
- заповнення та аналіз одонтопародонтограми;
- оклюзіографія;
- проба Шилера-Писарева;
- зняття відбитків альгінатними масами, виготовлення діагностичних моделей, аналіз моделей;
- консультації лікарів-спеціалістів.

Допоміжні

Рентгенографія (пиціальна):

- остеопороз міжальвеолярної перегородки;
- повільно прогресуюча резорбція альвеолярного відростка горизонтального типу.

ЛІКУВАННЯ:

- вибіркоче пришлифовування оклюзійних поверхонь зубів (усунення травмуючого фактора);
- стабілізація порушеної статики рухомих зубів (шинування - постійне, тимчасове);
- постійне шинування:
 - тривалі шини;
 - системи з армуючим елементом (скловолоконні, полімерні);
- тимчасове шинування:
 - безпосередні шини (терміном до 3-4 тижнів) лігатурні та комбіновані;
 - напівпостійні шини (терміном 6 і більше місяців) пластмасові, з композитних матеріалів та системи з армуючим елементом;
- відновлення функціонального навантаження пародонта.

Раціональне протезування:

- препарування зубів:
 - під штамповану, пластмасову, фарфорову, суцільнолиту, металокерамічну коронку,
 - під кусову вкладку зі штифтом;
 - під напівкоронку або під три четвертну коронку;
 - під опорно-утримуючий кламер;
- зняття відбитків альгінатними масами, зняття подвійного відбитка, зняття відбитка індивідуальною ложкою, зняття відбитка при наявності імплантата;
- виготовлення гіпсових моделей;
- визначення центральної оклюзії;
- нормалізація оклюзійних співвідношень щелеп;
- припасування та фіксація коронки - пластмасової, фарфорової, суцільнолитої, металокерамічної, металопластмасової;
- припасування та фіксація напівкоронки або тричетвертної коронки;
- припасування та фіксація мостоподібного протеза - суцільнолитого, суцільнолитого з облицьовуванням (з уступом та без уступу), суцільнолитого при наявності імплантатів;
- припасування та фіксація ортопедичної шини (капи);
- припасування та фіксація паяного мостоподібного протеза;
- накладання капових назубних шин або зв'язування дротом, шинування 4-х зубів лігатурою, пластмасою що швидко твердне, композитом;
- підготовка гіпсової моделі до виготовлення безпосереднього протеза;

- припасування каркасу бюгельного протеза з двома та більше опорно-утримуючими кламерами, шинуючого бюгельного протеза, системи Румпеля;
- припасування та накладання знімного протеза, бюгельного протеза;
- ортодонтичне лікування;
- застосування знімної капи;
- застосування незнімної капи.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- щодо гігієни ротової порожнини;
- щодо користування протезами.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Диспансерний облік у терапевта-стоматолога.

Звернення до ортопеда за індивідуальним графіком, але не рідше 1 разу на півроку, а при появі ускладнень чи пошкоджень протезів - негайно.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

6.7. ЗАХВОРЮВАННЯ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

МКХ-іо К07.6(0)

Артрит скронево-нижньощелепного суглоба

Клінічна форма - артрит СНЩС.

Артрити:

- у 96% випадків - це прояв нейромускуляторного синдрому;
- у 4% - справжні артрити (за даними Рабухіної Н.А.).

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- біль у ділянці суглоба;
- біль у ділянці обличчя із віддачею у напрямку потилиці;
- парастезії;
- біль при відкриванні рота, неможливість повного відкривання рота, через біль (відкривання рота менше ніж на 40 мм);
- розповсюдженість запальних процесів із тканин, що оточують суглоб - паротит, отит, флегмона, остеомієліт;
- одномоментне перевантаження м'язів при лікуванні зубів;
- психо-емоційний синдром - синдром хронічного стресу;
- консультації спеціалістів;
- обстеження зубів та зубних рядів;
- визначення висоти нижньої третини обличчя;
- заповнення карти огляду;
- зняття відбитка альгінатними масами;
- вивчення діагностичних моделей щелеп;
- пальпація суглобів, м'язів, точок Вале-виходів нервів;
- оклюзіографія.

Допоміжні:

- рентгенографія - прищільна, ортопантограма, томограма:
 - єдиним рентгенологічним проявом є порушення нижньощелепної голівки, а при подальшому прогресуванні запального процесу - її остеопроз;
 - пізніше може бути нерівномірне звуження суглобової щилини, поява краєвих узур стискання суглобового горбика;
 - при проведенні рентгенографії пропонуються укладки за Парма - при закритому та відкритому роті - оцінюємо положення суглобових голівок у співвідношенні з іншими компонентами суглобів;
 - укладка за Шуллером: мета - оцінити стан суглобової щелепи при закритому роті, стан суглобових поверхонь;
- електроміографія;
- ядроно-магніторезонансна діагностика;
- запис та аналіз рухів нижньої щелепи (механічний, електронний запис);
- вивчення діагностичних моделей в артикуляторі.

ЛІКУВАННЯ:

- оклюзійна корекція методом вибіркового зішліфовування;
- нормалізація форми, розмірів та положення зубних рядів;
- застосування знімної та незнімної капи;
- припасування та накладання безпосереднього протеза;
- припасування та накладання знімного лікувального апарата при лікуванні феномена Попова-Годона;
- накладання або заміна лігатури;
- при больовому синдромі - медикаментозне лікування;
- масаж ділянки СНЩС;
- хірургічні методи лікування;
- флюктуоризація;
- електрофорез.

Протезування:

- коронки - штамповані, коронки за Белкіним, пластмасові, фарфорові, металокерамічні, металокомпозитні, металопластмасові, суцільнолітні;
- напівкоронки та тричетвертні коронки;
- мостоподібні протези (штамповано-паяні, суцільнолітні, суцільнолітні з облицьовуванням пластмасою або композитом, металокерамічні) на зубах, відпрепарованих з уступом та без уступу;

- бюгельні протези - з двома та більше опорно-утримуючими кламе-рами, шинуючі, система Румпеля;
- часткові знімні протези.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- обмеження споживання твердої їжі;
- щодо догляду за протезами.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Звернення до ортопеда-стоматолога з метою профілактики не рідше 1 разу на рік, а при появі ускладнень - негайно.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

МКХ-Ю к 07.6(0)

Артроз скронево-нижньощелепного суглоба

Клінічна форма - артроз СНЩС (деформуючий артроз).

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- клацання, шурхіт, хруст різного характеру;
- відкривання рота через силу, підключення м'язів шиї;
- клацання суглоба може супроводжувати біль, але частіше відбувається безболісно;
- скованість у суглобі;
- порушення артикуляції;
- мікротравми суглоба при аномаліях прикусу;
- нераціональне одностороннє жування;
- помилки в протезуванні зубів;
- травми, переломи щелеп в анамнезі;
- гіпертонус жувальних м'язів;

- інволютивні зміни;
- гормональні порушення;
- консультації спеціалістів;
- обстеження зубів та зубних рядів;
- визначення висоти нижньої третини обличчя;
- заповнення карти огляду;
- зняття відбитка альгінатними масами;
- вивчення діагностичних моделей щелеп;
- пальпація суглобів, м'язів, точок Вале-виходів нервів;
- оклюзіографія.

Допоміжні:

- рентгенографія - прицільна, ортопантограма, томограма (збільшення товщини кісткових розростань - *деформуючий атроз*) збільшення компактності кортикальних пластинок - *субхондральний склероз*:
 - при проведенні рентгенографії пропонуються укладки: за Пармом, за Шуллером;
- електроміографія;
- ядроно-магніторезонансна терапія;
- аналіз рухів нижньої щелепи (механічний та електронний запис);
- вивчення оклюзійних співвідношень моделей щелеп в артикуляторі.

ЛІКУВАННЯ:

- оклюзійна корекція методом вибіркового зішліфювання;
- застосування знімної та незнімної капи;
- припасування та накладання безпосереднього протеза;
- припасування та накладання знімного лікувального апарату при лікуванні феномена Попова-Годона;
- накладання або заміна лігатури;
- при больовому синдромі - медикаментозне лікування;
- масаж ділянки СНЩС;
- хірургічні методи лікування;
- флюктуоризація;
- електрофорез.

Протезування:

- нормалізація форми, розмірів та положення зубних рядів;
- коронки - штамповані, коронки за Белкіним, пластмасові, фарфорові, металокерамічні, металокомпозитні, металопластмасові, суцільноліті;
- напівкоронки та тричетвертні коронки;

- мостоподібні протези (штамповано-паяні, суцільнолітні, суцільнолітні з облицьовуванням пластмасою або композитом, металокерамічні) на зубах, відпрепарованих з уступом та без уступу;
- бюгельні протези - з двома та більше опорно-утримуючими кламентами, шинуючі, системи Румпеля;
- часткові знімні протези.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- обмеження споживання твердої їжі;
- щодо догляду за протезами.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Звернення до ортопеда з метою профілактики не рідше 1 разу на рік, при появі ускладнень - негайно.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

МКХ-10 S03.5

Вивихи скронево-нижньощелепного суглоба

Клінічна форма - вивихи скронево-нижньощелепного суглоба (уроджені, травматичні, звичні, застарілі та патологічні).

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- травматичні вивихи - форсований рух у суглобі при ударі, крику, позіханні, зондуванні шлунка, кашлю при астмі;
- застарілі - частіше допереду - невправлені декілька днів, місяців;
- звичні - при ревматизмі, епілепсії, подагрі (слабкість зв'язкового апарату);
- надмірні екскурсії суглобових голівок при відкриванні рота;
- одномоментне перевантаження м'язів при лікуванні зубів;

- консультації спеціалістів;
- обстеження зубів та зубних рядів;
- визначення висоти нижньої третини обличчя;
- заповнення карти огляду;
- зняття відбитків альгінатними масами;
- вивчення діагностичних моделей щелеп (механічний та електронний запис);
- пальпація суглобів, м'язів, точок Вале-виходів нервів;
- оклюзіографія.

Допоміжні:

- рентгенографія - прицільна, ортопантограма, томограма;
- електроміографія;
- ядро-магніторезонансна діагностика;
- аналіз рухів нижньої щелепи;
- вивчення оклюзійних співвідношень в артикуляторі.

ЛІКУВАННЯ:

- іммобілізація суглоба після вправлення або створення перепони для широкого відкриття рота - знімні та незнімні апарати типу Петросова (застосовуються протягом 6-8 тижнів);
- знімна пластинка для верхньої щелепи з пілотом-відростком за Шредером;
- апарат Ядровой (модифікація наддесневої шини Ванкевич);
- оклюзійна корекція методом вибіркового зішліфовування;
- нормалізація форми, розмірів та положення зубних рядів;
- застосування знімної та незнімної капи;
- припасування та накладання безпосереднього протеза;
- припасування та накладання знімного лікувального апарату при лікуванні феномена Попова-Годона;
- накладання або заміна лігатури;
- при больовому синдромі - медикаментозне лікування;
- флюктуоризація;
- електрофорез.

Протезування:

- коронки - штамповані, за Белкіним, пластмасові, фарфорові, металокерамічні, металокомпозитні, металопластмасові, суцільнолітні;
- напівкоронки та тричетвертні коронки;
- мостоподібні протези (штамповано-паяні, суцільнолітні, суцільнолітні з облицьовуванням пластмасою або композитом, металокерамічні) на зубах, відпрепарованих з уступом та без уступа;

- бюгельні протези (з двома та більше опорно-утримуючими кламерами, шинуючі, системи Румпеля);
- часткові знімні протези.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- обмеження споживання твердої їжі;
- обмеження широкого відкриття рота;
- щодо догляду за протезами.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Звернення до ортопеда з метою профілактики не рідше 1 разу на рік, при появі ускладнень - негайно.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

МКХ-10 K07.6

Підвивихи скронево-нижньощелепного суглоба

Клінічні форми - підвивихи СНЩС (центричний, ексцентричний, односторонній підвивих суглобового диска, задня форма дискового підвивиху).

Підвивихи розрізняють - суглобової голівки, суглобового диска, односторонні, двосторонні, передня форма підвивиху, задня форма підвивиху.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні

Центричний (передній) підвивих - клацання на початку відкриття рота (при зімкнутих зубних рядах диск вивихнутий). Виникає внаслідок розповсюдження запальних процесів із оточуючих тканин - паротит, отит, флегмона, остеомієліт. Вимагає відновлення зубних рядів у бокових ділянках, підвищення висоти прикусу.

Ексцентричний підвивих - клацання в момент найбільшого відкриття рота (при зімкнутих зубних рядах диск знаходиться в нормальному положенні).

Односторонній передній підвивих суглобового диска - біль, клацання, може бути блокування нижньої щелепи в положенні відкритого рота. Пацієнт сам пальпує суглоб і повільно рухає нижню щелепу догори та вниз, натискуючи на м'ячик, яким є його диск, і вправляє його.

Задня форма дискового підвивиху - різкий біль при закриванні рота, дезоклюзія на стороні уражень. Потребує втручання лікаря:

- консультації спеціалістів;
- обстеження зубів та зубних рядів;
- визначення висоти нижньої третини обличчя;
- заповнення карти огляду;
- зняття відбитка альгінатними масами;
- вивчення діагностичних моделей щелеп;
- пальпація суглобів, м'язів, точок Вале-виходів нервів;
- оклюзіографія;
- визначення висоти нижньої третини обличчя.

Допоміжні:

- рентгенографія - прицільна, ортопантограма, томограма;
- електроміографія;
- ядроно-магніторезонансна діагностика;
- аналіз рухів нижньої щелепи;
- вивчення оклюзійних співвідношень в артикуляторі.

ЛІКУВАННЯ:

- оклюзійна корекція методом вибіркового зішліфювання;
- нормалізація форми, розмірів та положення зубних рядів;
- корекція висоти нижньої третини обличчя;
- застосування знімної та незнімної капи;
- припасування та накладання безпосереднього протеза;
- припасування та накладання знімного лікувального апарату при лікуванні феномена Попова-Годона;
- накладання або заміна лігатури;
- при больовому синдромі - медикаментозне лікування;
- флюктуоризація;
- електрофорез.

Протезування:

- коронки - штаповані, за Белкіним, пластмасові, фарфорові, металокерамічні, металокомпозитні, металопластмасові, суцільнолітні;

- напівкоронки та тричетвертні коронки;
- мостоподібні протези (штамповано-паяні, суцільнолітні, суцільнолітні з облицьовуванням пластмасою або композитом, металокерамічні) на зубах, відпрепарованих з уступом та без уступу;
- бюгельні протези - з двома та більше опорно-утримуючими кламентами, шинуючі, системи Румпеля;
- часткові знімні протези.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- обмеження споживання твердої їжі;
- обмеження широкого відкривання рота;
- щодо догляду за протезами.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

Звернення до ортопеда з метою профілактики не рідше 1 разу на рік, при появі ускладнень - негайно.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Підтверджуються гарантійними термінами служби протезів та ліквідацією клінічних проявів захворювання.

Згідно з Наказом № 507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

МКХ-10 К07.6

Дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба

Клінічна **форма** - м'язево-суглобова дисфункція.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- односторонній біль у привушній ділянці та у всі, що іррадіює в інші ділянки голови та посилюється під час їжі;
- клацання в СНЩС під час руху нижньої щелепи;
- обмежене відкривання рота;
- часом виникаюче блокування рухів нижньої щелепи;
- асиметрія обличчя;

- парастезія слизової оболонки порожнини рота;
- пальпація жувальних м'язів болісна;
- консультації спеціалістів;
- визначення висоти нижньої третини обличчя.

Допоміжні:

- аналіз функціональної оклюзії в порожнині рота та артикуляторі;
- графічна реєстрація рухів нижньої щелепи;
- рентгенографія (прицільна, ортопантограма);
- томографія СНЩС у центральній оклюзії, центральному співвідношенні;
- електроміографія.

ЛІКУВАННЯ:

- санація порожнини рота, корекція пломб, коронок, протезів;
- оклюзійна корекція методом вибіркового зішліфовування;
- нормалізація форми, розмірів та положення зубних рядів;
- накладання шин для тимчасового шинування;
- застосування знімної та незнімної капи;
- припасування та накладання безпосереднього протеза;
- припасування та накладання знімного лікувального апарату при лікуванні феномена Попова-Годона;
- накладання або заміна лігатури;
- при больовому синдромі - медикаментозне лікування;
- масаж ділянки СНЩС;
- хірургічні методи лікування;
- флюктуоризація;
- електрофорез.

Протезування:

- коронки - штамповані, за Белкіним, пластмасові, фарфорові, металокерамічні, металокомпозитні, металопластмасові, суцільнолітні;
- напівкоронки та тричетвертні коронки;
- мостоподібні протези (штамповано-паяні, суцільнолітні, суцільнолітні з облицьовуванням пластмасою або композитом, металокерамічні) на зубах, відпрепарованих з уступом та без уступу;
- бюгельні протези - з двома та більше опорно-утримуючими кламрами, шинуючі, системи Румпеля;
- часткові знімні протези.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

- обмеження споживання твердої їжі;
- щодо догляду за протезами.

ДЛЯ НОТАТОК

Науково-практичне видання
Протоколи надання
стоматологічної
допомоги

Художнє оформлення, макет,
технічне редагування *С.В. Маркарян, Л.Є. Воронкова*
Коректор *Л.Є. Воронкова*
Комп'ютерна верстка *К.І. Галізіва, С.В. Маркарян*

Підписано до друку 24.01.05. Формат 70x100 У₃₂. Папір офсетний.
Гарнітура «PeterburgС». Друк офсетний. Ум. друк. арк. 20,8.
Ум. фарбовідб. 20,8. Обл.-вид. арк. 16,42. Наклад 1000 прим.
Зам.№1166.

ТОВ Видавничо-інформаційний центр

«Світ сучасної стоматології»

01001, м. Київ-01, а/с 18,

тел./факс: (044) 234-06-68

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру
видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції
Серія ДК № 2028 від 13.12.2004 р.

Друк ТОВ Видавництво «ЛОГОС»
01030, Київ-30, вул. Б. Хмельницького, 10