

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ**

**СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ**

**ЗАТВЕРДЖУЮ**  
Проректор з науково-педагогічної роботи  
  
Олена БУРЯЧКІВСЬКА  
01 вересня 2023 року

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ  
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет, курс

Стоматологічний, 5 курс

Навчальна дисципліна

Терапевтична стоматологія

**Затверджено:**

Засіданням кафедри терапевтичної стоматології

Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від “28” серпня 2023 р.

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_ Василь СКИБА

**Розробники:**

Аксінорська О.І., к.мед.н., доцент

Бас О.А., к.мед.н., доцент

Герасимова І.В., к.мед.н., доцент

Гончаренко О.В., к.мед.н., доцент

Гончарук Л.В., к.мед.н., доцент

Давіденко О.М., к.мед.н., доцент

Жеребко О.М., к.мед.н., доцент

Івченко Н.А., к.мед.н., доцент

Коваль С.М., к.мед.н., доцент

Седлецька А.О., к.мед.н., доцент

---

---

---

## Практичне заняття № 1

**Тема:** Диференційна діагностика некаріозних уражень твердих тканин зубів. Сучасні методи відбілювання та реставрації зубів з некаріозними ураженнями. Фізичні фактори в діагностиці та лікуванні некаріозних уражень зубів.

**Мета:**

**Основні поняття:** некаріозні ураження, методи відбілювання, фізичні фактори

**Обладнання:** учбова кімната, мультимедійна презентація з теми заняття, ноутбук.

**Навчальний час:** 2 години

### План

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

Соціальні і біологічні фактори мають суттєве значення в усвідомленні основних філософських аспектів етіології і патогенезу хвороби. У виникненні захворювань зубів некаріозного походження (гіперестезія, ерозія, клиновидний дефект, стирання, некроз, травма) значну роль відіграють професійні та соціальні фактори (зміни в мінеральному складі питної води, пари кислот і луг в процесі їх виробництва). Значний внесок в цю проблему зробили вітчизняні вчені (В.К.Патрікеєв, Ю.А.Федоров, Є.В.Боровський, П.Т.Максименко, Г.Д.Овруцький, Н.Г. Бараннік Р.Г.Синицін).

Вплив ендо- і екзогенних факторів на виникнення і перебіг захворювань зубів некаріозного походження в певній мірі пов'язаний також зі зміною генетичного коду, внаслідок порушень обмінних процесів в антенатальному періоді. Оскільки діагностика визначеної патології викликає деякі труднощі, а її лікування, і особливо, профілактика не завжди досягають цілі, необхідно звернути увагу на професійну підготовку лікаря до вирішення цієї проблеми на практиці. Визначити особливості препарування порожнин при клиноподібних дефектах, ерозії, некрозі емалі з метою утворення оптимальних умов для фіксації матеріалу. Зазначити роль вибору оптимального матеріалу, зокрема композитних матеріалів.

II. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць);

- знати:

1) Основні причини виникнення захворювань твердих тканин зубів некаріозного походження.

2) Систематизацію захворювань твердих тканин зубів некаріозного походження.

3) Основні принципи обстеження хворих з ураженнями твердих тканин зубів некаріозного походження та їх значення для встановлення діагнозу.

4) Суб'єктивне дослідження хворого з захворюваннями твердих тканин зубів некаріозного походження (опитування, деталізування скарг, клінічний перебіг та ін..)

5) Об'єктивне дослідження хворого з захворюваннями твердих тканин зубів некаріозного походження (огляд, пальпація, та ін.);

- *вміти*:

1) Провести суб'єктивне та об'єктивне дослідження хворого із захворюваннями твердих тканин зубів некаріозного походження.

2) Правильно інтерпретувати результати суб'єктивного та об'єктивного дослідження.

3) Оцінити візуально стан твердих тканин зубів.

4) Встановити клінічний перебіг захворювань твердих тканин зубів некаріозного походження.

5) Проводити місцеве лікування.

6) Проводити загальне лікування.

2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття:

Теоретичне питання:

1.Надайте поняття некаріозні ураження зубів.

2.Назвіть класифікацію некаріозних уражень зубів.

3.Вкажіть основні методи обстеження пацієнта з некаріозними ураженнями зубів.

4.Вкажіть допоміжні методи обстеження пацієнта з некаріозними ураженнями зубів.

5.Назвіть основні ознаки гіпоплазії емалі.

6.Назвіть основні ознаки різних форм флюорозу зубів.

7.Назвіть методи лікування гіпоплазії емалі.

8.Вкажіть засоби профілактики гіпоплазії емалі у дітей.

9.Перерахуйте методи лікування різних форм та профілактики ендемічного флюорозу зубів.

10.Назвіть засоби профілактики ендемічного флюорозу зубів.

Тести:

1. Назвіть загальні симптоми, які є характерними для ендемічного флюорозу зубів (плямистої форми):

1. Поверхні більшості (всіх) зубів вкрито плямами.

2. Скарги на спонтанний біль.

3. Колір плям варіює від крейдоподібного до темно-коричневого.

4. Плями локалізуються у нетипових для карієсу поверхнях (вестибулярні, язикові).

5. Поверхня плям тьмяна.

6. При забарвленні метиленовим синім колір плями не змінюється.
7. Поверхня емалі гладка, без дефектів.
8. Скарги на почуття „оскомини” при вживанні кислої їжі.
9. Плями виникли після прорізування зубів, внаслідок поганої гігієни.

*Відповідь: 1, 3, 4, 6, 7*

2. Які методи дослідження застосовують при діагностиці гіпоплазії емалі?
  1. Імунологічні.
  2. Зондування.
  3. Сіалографію.
  4. Опитування.
  5. Пальпацію.
  6. Цитологічні.
  7. Визначення гігієнічних індексів.
  8. Морфологічні.
  9. Вітальне забарвлення.
  10. Люмінесцентну мікроскопію.

*Відповідь: 2, 4, 7, 9, 10*

3. Знайдіть логічно - зв'язані данні.  
Симптоматологія флюорозу зубів та гіпоплазії емалі:

Захворювання	Клінічні ознаки
А. Гіпоплазія емалі	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Симетрично розташовані чіткі крейдоподібні плями різної величини.</li> <li>2. Виникає внаслідок надлишкового надходження фтору в організм.</li> <li>3. Плями блискучі, поступово переходять у незмінену на вигляд емаль.</li> </ol>
В. Флюороз	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. В УФ-проміннях плями флуоресціюють світло-жовтим свіченням.</li> <li>5. В УФ-проміннях плями флуоресціюють світло-голубим свіченням.</li> <li>6. Виникає внаслідок порушень метаболічних процесів в зачатках зубів внаслідок порушення мінерального та білкового обміну в організмі плоду чи дитини.</li> </ol>

*Відповідь: А – 1, 4, 6; В – 2, 3, 5*

III. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками..., проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

#### *А. Питання для самоконтролю*

- 1.Надайте поняття некаріозні ураження зубів.
- 2.Назвіть класифікацію некаріозних уражень зубів.
- 3.Вкажіть основні методи обстеження пацієнта з некаріозними ураженнями зубів.
- 4.Вкажіть допоміжні методи обстеження пацієнта з некаріозними ураженнями зубів.
- 5.Назвіть основні ознаки гіпоплазії емалі.
- 6.Назвіть основні ознаки різних форм флюорозу зубів.
- 7.Назвіть методи лікування гіпоплазії емалі.
- 8.Вкажіть засоби профілактики гіпоплазії емалі у дітей.
- 9.Перерахуйте методи лікування різних форм та профілактики ендемічного флюорозу зубів.
- 10.Назвіть засоби профілактики ендемічного флюорозу зубів.

#### *Б. Задачі для самоконтролю з еталонами відповідей.*

1. Х-рий А., 12 років. Звернувся до лікаря з приводу естетичного дефекту зубів верхньої та нижньої щелеп. Із анамнезу (від матері) відомо, що на першому році життя переніс токсичну диспепсію, рахіт.

Об'єктивно: на вестибулярній та жувальній поверхнях 11, 12, 13, 14, 16, 21, 22, 23, 24, 26, 31, 32, 33, 34, 36, 41, 42, 43, 44, 46 зубів відмічаються поглиблення різної величини та форми з гладкою, блискучою поверхнею світло-жовтого кольору. Зондування дефекту безболісно, реакції на температурні подразники немає. Поставте діагноз. Вкажіть можливу причину захворювання.

*Відповідь: системна гіпоплазія емалі. У зв'язку з токсичною диспепсією та рахітом мало місце порушення мінерального та білкового обміну в організмі дитини, що обумовило порушення мінералізації даної групи зубів.*

2. Хвора Б., 26 років, пред'являє скарги на неестетичний вигляд коронок фронтальних зубів верхньої щелепи. Із анамнезу: забарвленість з'явилася з моменту прорізування зубів. Проживає в районі з місткістю фтору у воді - 2.6 мг/л.

Об'єктивно: на вестибулярній та жувальній поверхнях більшості зубів добре виражені численні крейдовидні плями різного розміру, з жовтуватим відтінком, що розташовані по всій поверхні. На окремих ділянках зубів - коричнева пігментація емалі. Зондування боляче, забарвлення метиленовим синім не відмічається.

Встановіть діагноз, з'ясуйте причину захворювання. Вкажіть методи лікування.

*Відповідь: ендемічний флюороз, крейдовидна форма. Підвищений рівень фтору у воді призводить к порушенням мінералізації зубів. Рекомендовано відбілювання зубів.*

3. Хворий, 19 років, звернувся зі скаргами кулькоподібного потовщення на 36 зубі. Об'єктивно: на оральній поверхні 36 зуба в ділянці шийки, наявність каплеподібного потовщення покритого емаллю в діаметрі 2-3 мм. Який найбільш імовірний діагноз?

*Відповідь: гіперплазія емалі.*

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми заняття.

№ з.п.	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4
1.	Проведіть диференційну діагностику середнього карієсу та клиноподібного дефекту.	Пригадайте загальні ознаки та відмінності.	Короткочасний біль від температурних хімічних подразників. Може мати безсимптомний перебіг. Жувальні, контактні, вестибулярні поверхні, пришийкові ділянки. Каріозна порожнина в межах плащового дентину. Перкусія болісна або безболісна. ЕОД- 6-12 мка.

2.	Назвіть фізичні методи лікування некаріозних уражень зубів.	Показані майже при усіх патологічних процесах. їх, як правило, призначають паралельно з клінічними методами, широко застосовують у комплексній терапії захворювань з метою впливу на окремі ланки патогенезу чи для симптоматичного лікування. Деякі фізичні методи мають самостійне значення і можуть бути головними у терапії окремих захворювань.	Електролікування (гальванізація, електрофорез), імпульсні струми низької частоти і низької напруги, змінний струм (дарсонвалізація, іскрова діатермія, УВЧ-терапія, мікрохвильова терапія); ультразвук (фонофорез), світлотерапія (інфрачервоне випромінювання, УФО, лазерна терапія).
----	---	--	--

### Професійний алгоритм дії:

Завдання	Послідовність виконання	Попередження щодо самоконтролю
<p><b>Провести обстеження пацієнта з гіоплазією емалі.</b></p> <p>Провести опитування:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Зібрати скарги у хворого</li> <li>2. Зібрати анамнез захворювання <ul style="list-style-type: none"> <li>• початок захворювання;</li> <li>• динаміка розвитку захворювання ;</li> <li>• як проводилось раніше лікування</li> </ul> </li> <li>3. Зібрати анамнез життя <ul style="list-style-type: none"> <li>• перенесена та супутня патологія;</li> <li>• алергологічний статус;</li> </ul> </li> </ol>	<p>Характерними є скарги на неестетичний вигляд зубів, наявність білих плям, заглиблень на поверхні емалі.</p> <p>Плями з'явилися з моменту прорізування зубів, у наступному форма та розмір плям не змінювались. На стан тканин зубів можуть здійснювати вплив хронічні хвороби матері (ревматизм, ендокринна патологія та ін.), токсикоз вагітності, резус – конфлікт, хвороби дитини (інфекційні, диспепсія, рахіт,</p>



<p>Провести огляд хворого</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• місце проживання;</li> <li>• місце роботи</li> </ul> <p>4. Зовнішній огляд</p> <p>5. Огляд ділянки захворювання (стоматологічний набір)</p>	<p>недостатність щитовидної та паразитовидної залоз), зовнішні фактори.</p> <p>Зовнішній вигляд пацієнта без особливостей</p> <p><b>Системна гіпоплазія</b> клінічно проявляється у вигляді симетрично розташованих плям, чашоподібних заглиблень різної величини та форми, або боріздов тої чи іншої глибини та ширини, які опоясують зуб і розташовані паралельно ріжучому краю або жувальній поверхні. Плями можуть бути білого, рідше жовтуватого кольору, однакового розміру на однойменних зубах. Поверхня плям гладка, блискуча, або тьмяна, що залежить від того, в якому періоді створювання емалі була порушена її мінералізація. Плями з чіткими межами, частіше поодинокі, локалізуються на вестибулярній, язиковій поверхнях, буграх, ріжучому краї зубів.</p>
<p>Провести додаткове обстеження</p>	<p>Зондування Перкусія</p>	<p>Зондування емалі не виявляє змін, безболісне. Реакція на перкусію – безболісна. В ході розвитку патологічного процесу на місці гіпоплазії може виникати каріозне ураження.</p>
<p>Провести диференціальну діагностику</p>	<p>Забарвлення метиленовим синім.</p>	<p>Зондування емалі не виявляє змін, безболісне. Реакція на перкусію – безболісна. В ході розвитку патологічного процесу на місці гіпоплазії може виникати каріозне ураження.</p>
<p>Визначити основні принципи лікування хворого</p>	<p>Люмінесцентна стоматоскопія</p> <p>Порівняти отриманні данні зі схожими признаками при інших захворюваннях</p>	<p>При вітальному пофарбуванні 2% водним розчином метиленового синього пошкоджені ділянки не забарвлюються у синій колір. Гасіння люмінесценції не відмічається</p>
<p>Оволодіти основними методиками проведення місцевої терапії</p>	<p>Лікування гіпоплазії емалі проводять в залежності від ступеню дефекту емалі та деформації коронки зуба за допомогою ремінералізуючої терапії, пломбування дефектів композиційними матеріалами або виготовлення вкладок чи штучних коронок.</p> <p>Проведення загального лікування: Призначення препаратів кальцію, мікроелементів, вітамінів ( курс 30 днів, 2 курси на рік); Раціональне збалансоване харчування з обмеженим</p>	<p>При вітальному пофарбуванні 2% водним розчином метиленового синього пошкоджені ділянки не забарвлюються у синій колір. Гасіння люмінесценції не відмічається</p>

<p>Оформлення історії</p> <p><b>Провести обстеження пацієнта з ендемічним флюорозом.</b></p> <p>Провести опитування:</p>	<p>використанням рафінованих вуглеводів.</p> <p>Здійснення професійного чищення зубів;</p> <p>Визначення факторів ризику карієсу.</p> <p>Навчання догляду за порожниною рота,</p> <p>Електрофорез 10% розчину кальцію глюконату чи кальцію хлориду; або 2,5% розчину гліцерофосфату кальцію (5-6 сеансів) з наступним електрофорезом 1-2% розчину натрію фториду на емаль зубу (3-4 сеанси)</p> <p>Згідно розділам історії хвороби</p>	<p>Відсутність впливу факторів ризику карієсу</p>
<p>Провести огляд хворого</p>	<p>1.Зібрати скарги у хворого</p> <p>1. Зібрати анамнез захворювання</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• початок захворювання;</li> <li>• динаміка розвитку захворювання ;</li> <li>• як провадилось раніше лікування</li> </ul> <p>2. Зібрати анамнез життя</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• перенесена та супутня патологія;</li> <li>• алергологічний статус;</li> <li>• місце проживання;</li> <li>• місце роботи</li> </ul> <p>4. Зовнішній огляд</p> <p>5. Огляд ділянки захворювання (стоматологічний набір)</p>	<p>Скарги на неестетичний вигляд зубів (наявність на поверхні поліс, плям різного кольору (від білого до темно-коричневого), заглиблень).</p> <p>Плями з'явилися з моменту прорізування зубів.</p> <p>Проживання в місцевості з надлишковим вмістом фтору у воді. На тяжкість проявів флюорозу також має значення стан здоров'я пацієнта, характер питания, індивідуальна чутливість та ін..</p> <p>Зовнішній вигляд пацієнта без особливостей</p> <p>Об'єктивно: під час огляду виявляються плями чи деструкція емалі, що займають певну поверхню. В залежності від форми, глибини</p>

<p>Провести додаткове обстеження</p> <p>Провести диференціальну діагностику</p> <p>Визначити основні принципи лікування хворого</p> <p>Оформлення історії</p>	<p>Забарвлення метиленовим синім.</p> <p>Люмінесцентна стоматоскопія</p> <p>Порівняти отриманні данні зі схожими признаками при інших захворюваннях</p> <p>Загальна терапія: раціональна дієта припинення (обмеження) доступу в організм підвищених концентрацій фтору.</p> <p>Місцеве лікування проводять в залежності від форми флюорозу. Застосовується відбілювання зубів, пломбування дефектів композиційними матеріалами або виготовлення штучних коронок. Згідно розділам історії хвороби</p>	<p>уражень визначають 5 форм флюорозу: штрихову, пляmistу, крейдоподібно – крапчасту, ерозивну, деструктивну. При пляmistій формі – четкі крейдоподібні плями різної величини; при крейдоподібно – крапчастій – численні плями та дефекти емалі у вигляді крапок. Дефекти мають нерівні краї, темне дно. При ерозивній формі – глибокі та широкі дефекти на тлі крейдоподібно зміненої емалі; при деструктивній формі уражаються емаль, дентин, що призводить до зміни форми коронки зуба.</p> <p>На підставі поширеності змін визначають ступінь тяжкості захворювання:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- сумнівний флюороз – ледь помітні білі плями/крапки на емалі;</li> <li>- дуже слабкий флюороз – на поверхні емалі непрозорі білі плями, що займають не більше 35% поверхні;</li> <li>- слабкий флюороз - на поверхні емалі непрозорі білі плями, що займають не більше 50% поверхні;</li> <li>- помірний флюороз – поява коричневих плям на поверхні емалі;</li> <li>- тяжкий флюороз - поява коричневих плям та деструкція емалі, залучення до патологічного процесу всіх поверхонь зубів</li> </ul> <p>При вітальному пофарбуванні 2% водним розчином метиленового синього пошкоджені ділянки не забарвлюються у синій колір. Гасіння люмінесценції не відмічається</p> <p>Ліквідація клінічних проявів захворювання</p>
---	--	---

#### IV. Підведення підсумків

Підведення підсумків проводиться наприкінці практичного заняття. Оцінювання рівня знань здобувачів освіти здійснюється за 4-х бальною шкалою. Підсумкова оцінка за практичне заняття містить такі складові, як оцінювання теоретичних знань з теми заняття, оцінка практичних навичок та маніпуляцій, оцінювання роботи із пацієнтом, з обов'язковим оголошенням здобувачам освіти. Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

#### Список рекомендованої літератури

##### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / За ред. Анатолія Ніколішина – Вид. 2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – 680 с.
2. Терапевтична стоматологія: У 4-х т. — Т. 2. Карієс. Пульпіт. Періодонтит. Ротовий сепсис: Підручник для студ. стомат. ф-тів. мед. ЗВО. — 3-тє вид. Рекомендовано МОЗ / За ред. А.В. Борисенка. — К., 2020. — 592 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія за ред. проф. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2017. – 664 с.
4. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта за ред. проф. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2018. – 504 с.

##### Додаткова:

1. Терапевтична стоматологія: у 4 томах. Том 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота: підручник / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, О.Ф. Несин та ін. — К.: «Медицина», 2010. – 640 с.
2. Біденко Н.В., Борисенко А.В., Васильчук О.В. та ін.. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». – Київ: Книга-плюс, 2017. – 455 с.
3. Борисенко А.В., Антоненко М.Ю., Сідельнікова Л.Ф., Мельничук Т.А. Нариси практичної пародонтології. – К.: ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України» – Київ: «Бібліотека «Здоров'я України», 2017. — 348 с.
4. Клінічна фармакологія та фармакотерапія в стоматології: Навч. посіб. для мед. ун-тів, інст., акад. — 2-ге вид. Рекомендовано Вченою радою НМАПО ім. П.Л. Шупика / Мазур І.П., Хайтович М.В., Голопиho Л.І. — К., 2019. — 376 с.
5. Крок-2. Тести з терапевтичної стоматології. Збірник завдань для підготовки до тестового екзамену з терапевтичної стоматології. / За ред. Проф. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ «Медицина», 2011. – 286 с.
6. Рибалов О.В., Петрушанко Т.О., Литовченко І.Ю. Губи та їх захворювання: Навчальний посібник. – Полтава, 2018. – 135 с.

7. Петрушанко Т.О., Островська Л.Й., Іленко Н.М. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: Навчальний посібник / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, Н.М. Іленко. – Київ: «Центр учбової літератури», 2019. – 259 с.

## Практичне заняття № 2

**Тема:** Диференційна діагностика карієсу зубів. Сучасні методи лікування та профілактики карієсу зубів. Фізичні фактори в діагностиці та лікуванні каріозних уражень зубів.

**Мета:** ознайомитися з основними симптомами карієсу зубів, основними, додатковими методами діагностики карієсу зубів, основами диференційної діагностики карієсу зубів, з сучасними методами лікування та профілактики карієсу зубів, фізичними методами діагностики та лікування карієсу зубів.

**Основні поняття:** карієс зубів, методи лікування, фізичні фактори

**Обладнання:** учбова кімната, мультимедійна презентація з теми заняття, ноутбук.

**Навчальний час:** 2 години

### План

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

Карієс - найбільш розповсюджене захворювання твердих тканин зуба. З огляду на важливість і актуальність цього питання, студенти повинні знати епідеміологічні показники карієсу зубів, практично освоїти методи діагностики, дифдіагностики, лікування і профілактики, уміло використовувати додаткові методи дослідження, в тому числі і фізичні.

Досконале знання та уміння правильно використовувати фізичні фактори дає можливість виявити до клінічні стадії захворювання, уточнити форму, стадію захворювання, контролювати ступінь мінералізації твердих тканин, стан пульпи зуба, скоротити строки лікування, що в значній мірі буде сприяти збереженню здоров'я людини, запобіганню різних ускладнень, зниженню матеріальних затрат на проведення лікувально-профілактичних заходів. Тому детальне знання та широке використання фізичних факторів при діагностиці та лікуванні С і НУТТЗ залишається актуальною проблемою стоматології.

Заслуговує на особливу увагу внесок вітчизняних вчених у розробку оригінальних методів діагностики і лікування карієсу зубів: А.К.Лімберг, А.Є.Євдокимов, Д.А.Ентін, І.Г.Лукомский, Є.М.Гофунг, М.Ф.Данилевський, О.І.Марченко, Є.В.Боровский, Г.М.Пахомов, Н.А.Кодола, Г.Д.Овруцкий, Р.Г.Синицін, Ю.А.Федоров, В.Р.Окушко, А.К.Ніколішин, Т.Ф.Виноградова, П.А.Леус, К.М.Косенко й ін. Підкреслити необхідність постійного удосконалювання питань діагностики і лікування для забезпечення високої професійної підготовки стоматологів-терапевтів.

II. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):

## 2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць);

- *знати:*

1. основні, додаткові, лабораторні методи обстеження хворих з захворюваннями зубів;
2. фізичні методи діагностики та лікування карієсу зубів;
3. сучасні пломбувальні матеріали та особливості їх використання;
4. загальні основи профілактики карієсу зубів;
5. методи та засоби ремінералізуючої терапії.

- *вміти:*

1. проводити диференційну діагностику карієсу зубів;
2. проводити фізичні методи діагностики карієсу зубів;
3. складати план лікування карієсу зубів в залежності від глибини, перебігу та розташування ;
4. проводити ремінералізуючу терапію;
5. використовувати фізичні методи лікування та профілактики карієсу зубів;
6. використовувати сучасні пломбувальні матеріали.

## 2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття:

1. Які останні наукові досягнення фізики, хімії використовуються в стоматології?
2. Які методи діагностики карієсу Ви знаєте?
3. З якими захворюваннями слід диференціювати карієс зубів?
4. Які фізичні методи можна використовувати для діагностики і дифдіагностики карієсу зубів?
5. Які методи визначення стану емалі Ви знаєте?
6. Які методи препаровки КП Ви знаєте?
7. Які матеріали сьогодні використовуються для постійного пломбування КП?
8. Які способи адгезії пломбувальних матеріалів до тканин зуба Ви знаєте?
9. Що таке сучасні адгезивні системи?
10. Що таке кондиціонування емалі? Дентину?
11. Які фізичні методи знеболення ТТЗ Ви знаєте?
12. Які фізичні методи застосовуються для ремінералізуючої терапії?

### Б. Тести для самоконтролю

1. Пацієнтка 30 років скаржиться на застрявання їжі між 46 і 47, що з'явилося два тижні тому. Об'єктивно: 46, 47 зуби інтактні, перкусія зубів безболісна, ясвий сосочок між 46-47 дещо набряклий і гіпереремійований, під ним незначна кількість волоконних харчових залишків. Яке дослідження доцільно використовувати для виявлення прихованих каріозних порожнин?

- А Трансілюмінаційна діагностика
- В Люмінесцентна діагностика
- С Електроодонтометрія
- Д Вітальне фарбування
- Е Рентгенографія

2. Пацієнт, 35 років, скаржиться на наявність каріозної порожнини, застрявання їжі, кровоточивість біля 26 зуба. Об'єктивно: на контактній поверхні 26 зуба порожнина в межах емалі і плащового дентину, дно і стінки пігментовані. Зондування безболісно, реакція на термічні подразники – болу немає. Який додатковий метод дослідження необхідно провести для постановки діагнозу?

- A ЕОД
- B Трансілюмінація
- C Вітальне фарбування
- D Рентгенографія
- E Люмінесцентна діагностика

3. Хворий А., 24 роки, 2 роки тому поставив пломбу в 11 зубі, неділю тому пломба випала. При обстеженні в 11 зубі залишки пломби. На яснах нориця. Який додатковий метод обстеження підтвердить передбачуваний діагноз.

- A візіографія
- У зондування
- C термометрія
- D перкусія
- E ЕОД

4. У пацієнта 25 років змінений колір і прозорість емалі на вестибулярних поверхнях 11 і 21 зубів, ближче до медіальних країв. Зондуванню медіальних поверхонь перешкоджає щільний контакт між зубами. При термодіагностиці реакція 11 і 21 слабо виражена, короткочасна. На підставі приведених даних був поставлений попередній діагноз: гострий середній карієс 11, 21 зубів. Виберіть додатковий метод обстеження для підтвердження попереднього діагнозу:

- A. Вітальне фарбування
- B. Люмінесцентна діагностика
- C. Трансілюмінація
- D. Електроодонтодіагностика
- E. Сепарація зубів і візуальне визначення стану апроксимальних поверхонь.

5. Одним з найбільш доступних і інформативних клінічних тестів при диференціальній діагностиці плямистих уражень емалі є вітальне фарбування емалі. Який з перерахованих процесів може приводити до виникнення здатності емалі до сорбції фарбника?

- A. Дісмініралізація
- B. Мінералізація
- C. Ремінералізація
- D. Демінералізація
- E. Жоден з перерахованих, оскільки ці властивості інтактної емалі.

6. При огляді в середній третині коронки 22 зуба ближче до медіального краю, виявлена ділянка потемніння без зміни поверхні емалі. Оглянути або зондувати медіальну поверхню 22 зуба не можливо із-за щільного контакту між зубами. Який додатковий метод обстеження допоможе уточнити діагноз?

- A. Термодіагностика
- B. Електроодонтодіагностика
- C. УФ-стоматолскопія
- D. Вітальне фарбування
- E. Трансілюмінація.

7. Жінка 50 років звернулася до стоматолога зі скаргами на застрявання їжі у зубі нижньої щелепи. Об'єктивно: на дистальній і жувальній поверхнях 45 зуба виявлена каріозна порожнина у межах навколопульпарного дентину, виповнена щільним пігментованим дентином. Був встановлений діагноз «хронічний глибокий карієс». На основі якого обстеження лікар повинен провести диференційну діагностику з хронічним періодонтитом?

- A. Перкусія
- B. Зондування
- C. Пальпація слизової у ділянці верхівки кореня зуба
- D. Електроодонтодіагностика
- E. Холодова проба

8. Які показники ЕОД пульпи будуть в нормі?

- A. 1-4 мкА
- B. 2-6 мкА
- C. 10-20 мкА

- D. 25-30 мкА
- E. 40-50 мкА

9. Які показники ЕОД пульпи будуть при періодонтиті?

- A. 10-20 мкА
- B. 25-30 мкА
- C. 40-50 мкА
- D. 80-90 мкА
- E. 100-120 мкА.

10. Який колір має здорова емаль в УФП?

- A. темно-зелений
- B. світло-зелений
- C. ніжно-світло-зелений
- D. салатовий
- E. світло-коричневий

11. Який колір в УФП має емаль при початковому карієсі?

- A. темно-зелений
- B. світло-зелений
- C. ніжно-світло-зелений
- D. салатовий
- E. світло-коричневий

12. Анальгезія на фронтальних зубах проявляється при величині струму?

- A. 1-4 мкА



- В. 2-6 мкА
- С. 5-10 мкА
- Д. 10-16 мкА
- Е. 20-30 мкА

III. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками..., проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

*А. Питання для самоконтролю*

1. Перерахуйте основні методи діагностики карієсу зубів.
2. Перерахуйте додаткові методи діагностики і дифдіагностики карієсу зубів
3. Які фізичні методи використовуються для визначення властивостей емалі, пульпи зуба?
4. З якими захворюванням диференціюють початковий, поверхневий карієс?
5. З якими захворюваннями диференціюють середній карієс?
6. З якими захворюваннями проводять дифдіагностику гострого і хронічного глибокого карієсу зубів?
7. Які Ви знаєте фізичні методи знеболення ТТЗ зубів?
8. Які фізичні методи прискорюють ремінералізацію ТТЗ?
9. Що таке резистентність ТТЗ і як її визначити?
10. У чому полягає суть вітального фарбування твердих тканин зуба, розробки кафедри терапевтичної стоматології ОНМедУ?
11. Які оптичні параметри емалі використовуються для діагностики С та НУТТЗ?
12. Що таке електроодонтодіагностика?
13. Які Ви знаєте фізичні методи лікування і профілактики карієсу зубів?
14. Можливі помилки і ускладнення при використанні фізичних чинників в стоматології?
15. Які Ви знаєте протипоказання до використання фізичних чинників в стоматології?
16. Що таке малоінвазивне препарування КП, тунельне препарування КП?
17. Особливості застосування сучасних постійних пломбувальних матеріалів?

*Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.*

13. При електрофорезі в тканини вводяться?

- А. іони препаратів
- В. молекули препаратів
- С. органічні сполуки
- Д. атоми окремих сполук
- Е. неорганічні сполуки

14. При фонофорезі в тканини вводяться?

- А. іони препаратів
- В. молекули препаратів
- С. органічні сполуки
- Д. атоми окремих сполук
- Е. неорганічні сполуки

15. При електрофорезі з якого електроду вводять глюконат кальцію?

- A. негативного
- B. позитивного
- C. спочатку з негативного, а потім з позитивного
- D. спочатку з позитивного, а потім з негативного
- E. можна з обох

16. При лікуванні початкового карієсу як правильно використати добезілат кальцію та фтористий натрій?

- A. спочатку електрофорез Ca а потім F
- B. спочатку електрофорез F а потім Ca
- C. з негативного F, а потім з позитивного Ca
- D. з негативного Ca, а потім з позитивного F
- E. одночасно і Ca і F

17. На показники ЕОД не впливають?

- A. наявність пломби
- B. емоційний стан пацієнта
- C. зволоженість поверхні зуба
- D. розташування каріозної порожнини
- E. сформованість кореня

18. Ультрафіолетове опромінення використовується з метою?

- A. зниження процесів демінералізації
- B. зниження резистентності організму
- C. посилення процесів дисмінералізації
- D. підвищення резистентності організму
- E. посилення процесів мінерального обміну

19. Електрофорез 6% розчину вітаміну B<sub>1</sub> забезпечує?

- A. покращення нервово-трофічних процесів, зниження гіперестезії
- B. вітаміноутворення
- C. зниження збудливості чутливих нервових елементів
- D. стимуляція процесів ремінералізації
- E. зниження гіперестезії, покращення кровообігу, трофіки навко лозубних тканин

20. Діадінамотерапія забезпечує?

- A. покращення нервово-трофічних процесів, зниження гіперестезії
- B. стимуляція процесів ремінералізації, зниження гіперестезії
- C. зниження збудливості чутливих нервових елементів
- D. стимуляція процесів ремінералізації
- E. зниження гіперестезії, покращення кровообігу, трофіки навколо зубних тканин

21. Електрофорез добезилату кальцію з наступним електрофорезом фтористого натрію забезпечує?

- A. покращення нервово-трофічних процесів, зниження гіперестезії

- В. стимуляція процесів ремінералізації, зниження гіперестезії
- С. зниження збудливості чутливих нервових елементів
- Д. стимуляція процесів ремінералізації
- Е. зниження гіперестезії, покращення кровообігу, трофіки навко лозубних тканин

22. Хлопець 18 років скаржиться на чутливість до солодкого і кислого в 14,13,12,23,24 зубах. При огляді в при шийкових ділянках цих зубів виявлені одиночні крейдоподібні матові плями з нечіткими краями. Який метод обстеження найточніше підтвердить діагноз?

- А. Рентгенографія
- В. Зондування
- С. Вітальне фарбування
- Д. Електроодонтодіагностика
- Е. Термометрія

23. При обстеженні порожнини рота 19-річної дівчини лікар-стоматолог виявив на вестибулярній поверхні в при шийкових ділянках 11, 21 зубів білі плями. Із слів пацієнтки, вони з'явилися близько двох місяців тому і за цей час їх розміри поволі збільшувалися. Для якого з перерахованих нижче захворювань найбільш характерний такий перебіг захворювання?

- А. Карієс
- В. Гіпоплазія емалі
- С. Некроз емалі
- Д. Флюороз
- Е. Ерозія емалі

24. До стоматолога звернулася жінка 28 років з скаргами на біль від термічних і хімічних подразників в зубах верхньої і нижньої щелеп. Об'єктивно: на вестибулярній поверхні в при шийкових ділянках різців і іклів верхньої і нижньої щелеп виявлені неправильної форми дефекти твердих тканин зубів в межах емалі (до емалеводентинного з'єднання), виконані розм'якшеними тканинами. Між якими захворюваннями потрібно провести диференціальну діагностику в даному клінічному випадку?

- А. Гіпоплазія і клиноподібний дефект
- В. Гіпоплазія і некроз
- С. Карієс і некроз емалі
- Д. Карієс і ерозія емалі
- Е. Ерозія і клиноподібний дефект

25. Хвора. 20 років, має скарги на біль в 23 зубі при вживанні кислої або солодкої їжі. Біль зникає після усунення подразників. Скарги з'явилися два тижні тому. На вестибулярній поверхні 23 зуба овальна біла пляма діаметром 2-3 мм. Поверхня плями шорстка, забарвлюється метиленовим синім, не зникає після змивання його водою. Поставте найбільш достовірний діагноз.

- А. Гострий початковий карієс
- В. Хронічний початковий карієс
- С. Плямиста форма флюорозу
- Д. Початкова стадія некрозу емалі
- Е. Місцева гіпоплазія емалі.

26. Жінка 27 років звернулася до стоматолога з скаргами на біль в 36 зубі, який виникає від холодної і солодкої їжі і швидко зникає після припинення дії подразника. Об'єктивно: на вестибулярній поверхні в при шийковій ділянці 35 зуба виявлений дефект твердих тканин в межах емалі. Краї дефекту крейдо подібного кольору, крихкі. ЕОД - 5 мкА. Який діагноз найбільш достовірний?

- A. Гострий початковий карієс
- B. Гіоплазія емалі
- C. Гострий поверхневий карієс
- D. Некроз емалі
- E. Ерозія емалі

27. Хворий С., 25 років звернулася в клініку терапевтичної стоматології зі скаргами на короткочасний біль в 46 зубі, який виникає при попаданні твердої їжі. Після усунення подразника біль відразу зникає. Вказані скарги з'явилися кілька місяців тому. Об'єктивно: на дистально-контактній поверхні 46 зуба каріозна порожнина в межах плащового шару дентину. Вхідний отвір великий. Дентин твердий, пігментований, важко знімається екскаватором, зондування дна і стінок каріозної порожнини безболісне. Вертикальна і горизонтальна перкусія 46 зуба безболісна. ЕОД - 6 мкА. Який найбільш вірогідний діагноз?

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

28. У хворого А., 32 років, скарги на короткочасний біль від хімічних і термічних подразників в зубі на верхній щелепі зліва, яка швидко зникає після усунення подразника. При об'єктивному обстеженні в 26 зубі виявлена каріозна порожнина з вузьким вхідним отвором, розміщена в межах плащового дентину. Дентин дна і стінок м'який, сірого кольору. Зондування по емалево-дентинній межі болісне. Перкусія безболісна. ЕОД - 6 мкА. Поставте діагноз.

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

29. Жінка 29 років скаржитися на гострий біль у верхній щелепі зліва, яка виникає від солодкої і кислої їжі. Хвора вважає, що цей біль з'явився тиждень тому, після видалення 28 зуба і що сусідній зуб був «порушений» при видаленні 28 зуба. Об'єктивно: лунка 28 зуба в стані загоєння, безболісна при пальпації. На жувальній поверхні 27 зуба каріозна порожнина в межах біля пульпарного дентину, не сполучається з порожниною зуба. Каріозна порожнина наповнена світлим, розм'якшеним дентином, від холодного подразника виникає короткочасний біль. Зондування дна каріозної порожнини болісне. Який достовірний діагноз?

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

30. Жінка 30 років звернулася до стоматолога з метою санації зубів. Об'єктивно: на вестибулярній поверхні в при шийковій ділянці 13 і 23 зубів дефекти твердих тканин неправильної форми в межах емалі. Дно дефектів шорстке, краї крейдоподібного кольору. Яка тактика лікування даних дефектів?

- A. Обробка дефектів розчином срібла
- B. Пломбування композитом без препарування
- C. Ремінералізуюча терапія
- D. Зішліфовування дефектів
- E. Препарування і пломбування

31. Хлопець 18 років скаржиться на короткочасний біль в 21 зубі від холодного і солодкого. Об'єктивно: на медіально-контактній поверхні 21 зуба каріозна порожнина (III клас по Блеку), середньої глибини в межах плащового дентину, наповнена світлим розм'якшеним дентином. Краї емалі крихкі, крейдо подібні. Індекс КПУ складає 14, гігієнічний індекс по Федорову-Володкіній - 3,3. Виберіть найбільш оптимальний матеріал для пломбування в даній клінічній ситуації.

- A. Склоіономерний цемент
- B. Композит фотополімерний
- C. Композит хімічної полімеризації
- D. Силікатний цемент
- E. Силіко-фосфатний цемент

32. При пломбуванні каріозних порожнин II класу по Блеку в 36 зубі було вирішено використовувати методику відкритого варіанту "сендвіч-техніки". Яким з цих видів склоіономерного цементу якнайкраще відповідає вимогам даної методики і його необхідно застосувати для заміщення дентину?

- A. BaseLine (Dentsply)
- B. Aqua-Cem (Dentsply)
- C. Vitremer TC (3M)
- D. Aqua-Ionobond (VOCO)
- E. Vitrebond (3M)

33. Хворий 35 років, поставлений діагноз: Хронічний середній карієс 36 зуба. Порожнина II класу по Блеку з ураженням жувальної поверхні. Який пломбувальний матеріал лікар повинен вибрати для даної порожнини?

- A. Композитний мікрогібридний матеріал світлової полімеризації
- B. Склоіономерний цемент
- C. Силіко-фосфатний цемент
- D. Текучий композит світлової полімеризації
- E. Мікрофільний композит світлової полімеризації

#### B. Задачі для самоконтролю.

- 1 Пацієнт 16 років скаржиться на косметичні дефекти верхніх фронтальних зубів, наявність білих плям. Появились давно, з часом свою форму не змінювали. При обстеженні на вестибулярних поверхнях верхніх різців, на вестибулярних і

жувальних поверхнях 16, 26, 36, 46 зубів білі плями. При зондуванні поверхня плям гладенька, безболісна, реакція на холод безболісна.

1. Які методи дослідження допоможуть у визначенні діагнозу?
2. Які показники ЕОД будуть у даному випадку?
3. Найбільш вірогідний діагноз?

2 Дівчина 15 років, що проживає у місцевості з вмістом фтору в питній воді 0,43 мг/л скаржиться на чутливість від солодкого і кислого верхніх фронтальних зубів. При огляді на вестибулярній поверхні 12, 11, 21, 22 зубів ближче до ясен, виявлені білуваті плями з матовою поверхнею.

1. Який фізичний метод допоможе встановити діагноз?
2. Які повинні бути показники ЕОД?
3. Який фізичний метод лікування буде найбільш ефективним?

3 Пацієнтка має скарги на велику каріозну порожнину в 36 зубі, біль при вживанні їжі. Раніше зуб був запломбований по причині карієсу. При огляді в 36 зубі на жувальній поверхні каріозна порожнина, залишки пломбувального матеріалу. Зондування і перкусія безболісні.

1. Попередній діагноз?
2. Що підтвердить діагноз «карієс»?
3. Які показники можуть вказати на «періодонтит»?
4. Які показники виключать діагноз «пульпіт»?

*Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати під час практичного заняття:*

1. визначати план обстеження хворого з карієсом зубів;
2. проводити основні та додаткові методи обстеження ТТЗ;
3. проводити фізичні методи діагностики карієсу зубів;
4. проводити диференційну діагностику карієсу зубів;
5. складати план лікування карієсу зубів з використанням сучасних пломбувальних матеріалів;
6. проводити препаровку каріозних порожнин методами: Airflow, лазерним променем, малоінвазивним та тунельним;
7. проводити контроль якості препарування КП;
8. пломбувати КП склоіономерними лементами, сучасними фото композиційними матеріалами з використанням адгезивних систем 5-6 поколінь;
9. складати план та проводити профілактику карієсу зубів з використання фізичних методів та ремінералізуючої терапії.

### **Інструктивні матеріали для оволодіння професійними вміннями, навичками:**

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4
1	Посадити пацієнта в стоматологічне крісло	Комплект інструментів для обстеження зубів, апаратура: ОД-2М; ЕОМ-1 (ІЗН-1); ЭОМ-3; ОСМ-50;	Апарат ЕОМ-3

		вата, ватні валики, кофердам	
2	Підготувати апарат для дослідження, перевірити працездатність	Обробити електроди антисептиком (Bacillol plus) приєднати до ЕОМ-3, додержуючись полярності. В активний електрод вставити ватний тампон чи поролонову кульку, змочені в водопровідній воді. Пасивний електрод обгорнути зволоженою марлею.	Натиснути кнопку «Сеть», плавно повертати ручку потенціометра (відхилення стрілки мікроамперметра). Металеві частини апаратури не контактують з шкірою, слизовою оболонкою
3	Визначити зуби для ЕОД дослідження	Зняти нашарування, висушити зуби ватним тампоном, пустером, ізолювати від слини	Зуби чисті, сухі, накладені ватні тампони чи кофердам
4	Визначити чутливість зубів до електричного струму	Кнопкою «Діапазон» встановити межу вимірювання «0-50 мкА». Активний електрод помістити на активну зону зуба, пасивний – пацієнт тримає в руці. Плавно повертати ручку потенціометра до виникнення першого відчуття в зубі. Якщо зуб не реагує на струм силою 50 мкА, діапазон переключити в режим «0-200 мкА», та повторити виміри.	Активні зони – середина ріжучого краю різців, бугри ікол, вестибулярні бугри премолярів та вестибулощічні молярів. Зафіксувати показання мікроамперметра. Виміри повторити тричі, визначивши середньо арифметичне значення ЕОД.

#### IV. Підведення підсумків

Підведення підсумків проводиться наприкінці практичного заняття. Оцінювання рівня знань здобувачів освіти здійснюється за 4-х бальною шкалою. Підсумкова оцінка за практичне заняття містить такі складові, як оцінювання теоретичних знань з теми заняття, оцінка практичних навичок та маніпуляцій, оцінювання роботи із пацієнтом, з обов'язковим оголошенням

здобувачам освіти. Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

### Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / За ред. Анатолія Ніколішина – Вид. 2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – 680 с.
2. Терапевтична стоматологія: У 4-х т. — Т. 2. Карієс. Пульпіт. Періодонтит. Ротовий сепсис: Підручник для студ. стомат. ф-тів. мед. ЗВО. — 3-тє вид. Рекомендовано МОЗ / За ред. А.В. Борисенка. — К., 2020. — 592 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія за ред. проф.. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2017. – 664 с.
4. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта за ред.. проф.. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2018. – 504 с.

Додаткова:

1. Терапевтична стоматологія: у 4 томах. Том 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота: підручник / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, О.Ф. Несин та ін. — К.: «Медицина», 2010. – 640 с.
2. Біденко Н.В., Борисенко А.В., Васильчук О.В. та ін.. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». – Київ: Книга-плюс, 2017. – 455 с.
3. Борисенко А.В., Антоненко М.Ю., Сідельнікова Л.Ф., Мельничук Т.А. Нариси практичної пародонтології. – К.: ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України» – Київ: «Бібліотека «Здоров'я України», 2017. — 348 с.
4. Клінічна фармакологія та фармакотерапія в стоматології: Навч. посіб. для мед. ун-тів, інст., акад. — 2-ге вид. Рекомендовано Вченою радою НМАПО ім. П.Л. Шупика / Мазур І.П., Хайтович М.В., Голопиho Л.І. — К., 2019. — 376 с.
5. Крок-2. Тести з терапевтичної стоматології. Збірник завдань для підготовки до тестового екзамену з терапевтичної стоматології. / За ред. Проф.. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ «Медицина», 2011. – 286 с.
6. Рибалов О.В., Петрушанко Т.О., Литовченко І.Ю. Губи та їх захворювання: Навчальний посібник. – Полтава, 2018. – 135 с.
7. Петрушанко Т.О., Островська Л.Й., Іленко Н.М. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: Навчальний посібник / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, Н.М. Іленко. – Київ: «Центр учбової літератури», 2019. – 259 с.

### Практичне заняття № 3

**Тема:** Диференційна діагностика пульпітів. Дистрофічні зміни в пульпі при



загальних захворюваннях організму.

**Мета:** ознайомитися з основними симптомами гострих та хронічних форм пульпіта зубів, основними, додатковими методами діагностики пульпіта зубів; основними принципами диференційної діагностики пульпіта зубів

**Основні поняття:** Пульпа, пульпіт, класифікація пульпіту, диференційна діагностика

**Обладнання:** учбова кімната, мультимедійна презентація з теми заняття, ноутбук.

**Навчальний час:** 2 години

## План

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

Діагноз "пульпіт" ставиться більш ніж у 25% пацієнтів, які звертаються за стоматологічною допомогою. Це захворювання виникає у порожнині зуба, обмеженій твердими стінками зуба. Чудова інервація пульпи і значний тиск в порожнині зуба, який виникає під час запалення, сприяють виникненню провідного синдрому - болю. Інтенсивність і характер цього синдрому залежить від ступеня запалення м'якої тканини зуба і типу нервової системи. Пульпіт (гострий, хронічний та загострення хронічного) протикає при наявній і відсутній каріозній порожнині, закритій і відкритій порожнині зуба. Різноманітні клінічні форми пульпіту, стерте проявлення захворювання, невідповідність клініки патоморфологічним змінам утрудняють постановку діагнозу. Знання клініки різноманітних форм пульпіту дозволить уникнути помилок в їх діагностиці, а також вибрати оптимальний варіант лікування

II. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (*у разі необхідності*):

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць);

- *знати:*

- механізм розвитку гострих та хронічних форм пульпіту під впливом місцевих факторів;
- основні клінічні признаки гострих та хронічних форм пульпіту;
- методи клінічного і додаткового обстеження хворих;
- основні принципи диференційної діагностики.

- *вміти:*

- вміти візуально оцінити стан пацієнта, виявити наявність патологічних змін;
- провести опитування пацієнта;
- провести огляд порожнини рота;
- провести ЕОД;
- оцінити дані рентгензнімка;
- провести диференційну діагностику

2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття:

1. Аналіз суб'єктивної симптоматики дозволив виділити як найбільш вірогідне захворювання гострий обмежений пульпіт. При об'єктивному обстеженні на медіальній поверхні 14 зуба виявлена глибока каріозна порожнина з розм'якшеними, слабо пігментованими стінками і дном. Зондування болісне по всьому дну порожнини. Реакція на термічний подразник виражена, тривала. При ЕОД 14 зуб реагує на 5 мкА. Які з приведених даних, на ваш погляд, свідчать про пульпіт?

- A. Глибина порожнини
- B. Стан стінок і дна порожнини
- C. Болісне зондування
- D. Дані термодіагностики
- E. Дані електроодонтодіагностики

2. Хворому 30 років при хірургічному лікуванні пульпіту 47 зуба односеансовим методом виконують етап екстирпації пульпи. Вкажіть допустиму глибину введення пульпоекстрактору в медіально-щічний кореневий канал:

- A. До "упору" пульпоекстрактору в стінки каналу
- B. На 1/3 довжини каналу
- C. На 2/3 довжини каналу
- D. На повну довжину каналу
- E. До кривизни каналу

3. Хворий 29 років пред'являє скарги на напади зубного болю у верхній щелепі справа, що виникають без наявних причин і тривають по 30-40 хвилин. Проміжки між нападами до 2-4 годин. Перший больовий напад відзначає 3 дні тому. Об'єктивно: на дистальній поверхні 13 зуба глибока каріозна порожнина з розм'якшеними, пігментованими стінками. Зондування дна болісне. Поставте найбільш вірогідний клінічний діагноз:

- A. Гіперемія пульпи
- B. Гострий обмежений пульпіт
- C. Гострий дифузний пульпіт
- D. Гострий гнійний пульпіт
- E. Загострення хронічного пульпіту

4. Хворий звернувся на прийом з каріозною порожниною 2 класу за Блеком в 46 зубі. Після обстеження хворого і проведення попередніх етапів діагностичного пошуку був встановлений попередній діагноз: хронічний гіпертрофічний пульпіт 46 зуба. Яке захворювання слід виключити на етапі диференційної діагностики в першу чергу?

- A. Хронічний фіброзний пульпіт
- B. Хронічний фіброзний періодонтит
- C. Хронічний гранулюючий періодонтит
- D. Гіпертрофічний папіліт
- E. Хронічний глибокий карієс

5. Хворий звернувся за невідкладною допомогою зі скаргами на мимовільний, нападаподібний, пульсуючий біль у верхній щелепі зліва, що іррадіює в ліву

скроневу область. При огляді в 27 зубі каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину з розм'якшеними стінками і дном. Хворому проведена електроодонтодіагностика: 27 зуб реагує на струм 38 мкА. Про яку форму пульпіту свідчить приведена симптоматика?

- А. Гострий обмежений
- В. Гострий дифузний
- С. Гострий гнійний
- Д. Загострення хронічного пульпіту
- Е. Пульпіт, ускладнений періодонтитом

6. Хворий Д., 58 років, звернулася зі скаргами на короткочасний мимовільний біль в 35 зубі, що іррадіює в кут нижньої щелепи, двічі виникала за минулу ніч.

Об'єктивно: на дистальній поверхні 35 зуба глибока каріозна порожнина з щільними пігментованими стінками; перкусія 35 зуба безболісна; при термодіагностиці реакція 35 виражена, тривала. Виберіть метод лікування:

- А. Консервативний
- В. Вітальна ампутація
- С. Девітальна ампутація
- Д. Вітальна екстирпация
- Е. Комбінований метод

7. Хворого Д, 47 років, турбують 10-15 хвилинні напади болю в нижній щелепі зліва, що виникають іноді при нахилах або поворотах голови, але частіше спонтанно. Об'єктивно: різучі краї фронтальних і бугри бокових зубів стерті до плащового дентину. Дентин жовтуватого кольору, щільний, в бокових зубах болісний при зондуванні. Перкусія 36 зуба слабо болісна. Реакція на термічний подразник різко виражена, в 36 зубі тривала. Вкажіть найбільш вірогідну причину виникнення больових відчуттів?

- А. Наявність "прихованої" каріозної порожнини
- В. Ретроградний пульпіт
- С. Гіперемія пульпи
- Д. Гіперестезія зубів
- Е. Хронічний конкрементозний пульпіт

8. Серед лікарів-стоматологів України загальне визнання отримала класифікація пульпіту, запропонована І.О.Новіком і Е.С.Яворської(1962), що є розширеною класифікацією Е.М.Гофунга(1927). Яка форма пульпіту була відсутня в класифікації Е.М.Гофунга?

- А. Гіперемія пульпи
- В. Гострий обмежений
- С. Хронічний фіброзний
- Д. Хронічний гангренозний
- Е. Хронічний гіпертрофічний

9. Хворий звернувся зі скаргами на біль в 37 зубі, що виникає при попаданні їжі в каріозну порожнину, неприємні відчуття в зубі від гарячого, що поволі проходять після усунення причини. Відзначає постійне відчуття дискомфорту в зубі, неприємний запах з нього, зміну кольору коронки. Про яке найбільш вірогідне захворювання може свідчити приведена суб'єктивна симптоматика?

- A. Хронічний фіброзний пульпіт
- B. Хронічний гангренозний пульпіт
- C. Хронічний гіпертрофічний пульпіт
- D. Хронічний конкрементозний пульпіт
- E. Пульпіт, ускладнений періодонтитом

III. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками..., проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

*A. Питання для самоконтролю*

1. Особливості будови коронкової і кореневої пульпи.
2. Шляхи проникнення інфекції в пульпову камеру.
3. Класифікації пульпіту. Основні принципи їх побудови.
4. Назвіть основні та додаткові методи діагностики пульпіту.
5. Назвіть основні ознаки гострих форм пульпіту.
6. Назвіть основні ознаки хронічних форм пульпіту.
7. Основні принципи диференційної діагностики острих та хронічних форм пульпіту.
8. Дистрофічні зміни в пульпі при загальних захворюваннях організму

*B. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.*

1. При гістологічному описі пульпи на поперечному зрізі зазвичай розрізняють три шара. (Г.В.Ясвоїн, 1935) Центральний шар по будові відповідає одному з типів тканини. Вкажіть якому:

- A. Щільна неоформленна
- B. Щільна оформлена
- C. Рихла неоформленна
- D. Рихла оформлена
- E. Жирова

2. Хворий 37 років скаржиться, що напади зубного болю виникають 3-4 рази на добу тривають до 5 хвилин, різко виражений біль від холодного подразника в нижній щелепі зліва. Два дні тому хворому провели препарування 34 і 37 зубів під метало-керамічні коронки; в 37 зубі рік тому проведено ендодонтичне втручання, 34 зуб - інтактний. Виберіть найбільш вірогідну причину виникнення болю:

- A. Ускладнення ендодонтичного лікування 37 зуба
- B. Гіперемія пульпи 34 зуби
- C. Гіперестезія 34 зуби
- D. Гострий обмежений пульпіт 34 зуби
- E. Гострий дифузний пульпіт 34 зуби

3. У діагностиці пульпіту, визначенні характеру його течії і форми важливе значення мають дані об'єктивного обстеження, особливо вірна оцінка стану каріозної порожнини. Яка з приведених нижче ознак має вирішальне значення для визначення перебігу пульпіту, а в деяких випадках і його форми?

- A. Розміри "вхідного" отвору каріозної порожнини
  - B. Глибина каріозної порожнини
  - C. Стан стінок і дна порожнини
  - D. Наявність сполучення каріозної порожнини з пульповою камерою
  - E. Чутливість дна порожнини при зондуванні
4. У хворої 26 років діагностовано хронічний фіброзний пульпіт 21 зуба. Як метод лікування вибрана вітальна екстирпація; для реставрації коронки зуба вибраний гібридний фотополімерний композит. Виберіть матеріал і метод пломбування кореневого каналу в 21 зубі після екстирпації пульпи:
- A. Полімерний сілер, холодна латеральна конденсація гутаперчі
  - B. Резорцин-формальдегідний матеріал
  - C. Цинкооксифосфатний цемент
  - D. Скляний іономерний цемент
  - E. Цинкооксидевгенольний матеріал, холодна латеральна конденсація гутаперчі
5. Під час некректомії при лікуванні хронічного глибокого карієсу 44 зуба (каріозна порожнина 5 класу за Блеком, анестезія правостороння ментальна) у хворий Н., 60 років, була випадково вскрыта пульпа зуба. Визначите подальшу тактику лікаря:
- A. Консервативне лікування
  - B. Девітальна пульпотомія
  - C. Девітальна пульпектомія
  - D. Вітальна пульпотомія
  - E. Вітальна пульпектомія
6. Основним завданням першого відвідування при девітальному методі лікування пульпіту є некротизація пульпи зуба. Який токсичний засіб входить до складу більшості паст для девіталізації пульпи?
- A. Кураре
  - B. Хлорид ртуті
  - C. Ціанід калія
  - D. Миш'яковистий натрій
  - E. Миш'яковистий ангідрид
7. У хворого діагностовано форму пульпіту, що підлягає консервативному лікуванню. Складено план лікування в три відвідування. Яким етапом повинні завершитися перші відвідування, якщо слідувати стандартній схемі лікування?
- A. Накладенням тимчасової пломби на 2-3 доби
  - B. Накладенням тимчасової пломби на 7-10 діб
  - C. Накладенням герметичної пов'язки на 1 добу
  - D. Накладенням пов'язки на 3-5 діб
  - E. Накладенням рихлої пов'язки на 1 добу
8. При лікуванні пульпіту 27 зуба у хворий 23 років методом девітальної пульпектомії виконують етап екстирпації пульпи. Вкажіть оптимальну глибину введення пульпоекстрактору в піднебінний кореневий канал:
- A. На повну довжину каналу
  - B. На 2/3 довжини каналу
  - C. На 1/2 довжини каналу

D. На 1/3 довжини каналу

E. До “упору” пульпоекстрактору в стінки каналу

9. Хвора О., 32 роки, скаржиться на ниючий біль, що періодично виникає при попаданні твердої їжі в каріозну порожнину 16. Біль зникає через 20-30 хв. після усунення подразника. Об'єктивно: глибока каріозна порожнина 16 в межах біляпульпарного дентину. Дно і стінки щільні при зондуванні незначна болючість в окремій ділянці дна порожнини. Реакція на холодний подразник болісна. ЕОД-40 мкА. Поставте діагноз.

A Гострий глибокий карієс.

B Хронічний фіброзний пульпіт.

C Гіперемія пульпи.

D Загострення хронічного пульпіту

E Хронічний глибокий карієс.

10. Хвора 22 років, скаржиться на болі від гарячого та почуття розпирання в зубі. Півроку тому турбували короточасні, нічні болі, що ставали чим раз тривалішими. Об'єктивно: в 24 велика каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба, глибоке зондування болісне. ЕОД — 80 мкА. Визначте найбільш ймовірний діагноз.

A Хронічний фіброзний пульпіт

B Хронічний конкрементозний пульпіт

C Хронічний гіпертрофічний пульпіт

D Гострий гнійний пульпіт

E Хронічний гангренозний пульпіт

11. Хворий скаржиться на гострий самовільний короточасний біль нападоподібного характеру в ділянці 36, який посилюється при вживанні їжі. Об'єктивно: в 36 глибока каріозна порожнина на жувальній поверхні. Порожнина зуба закрита, зондування болюче в одній точці. Від холодного подразника виникає біль і зберігається впродовж 10хв. після зняття подразника. Реакція на перкусію не болюча. Встановіть найбільш ймовірний діагноз.

A Загострення хронічного пульпіту

B Гіперемія пульпи

C Гострий дифузний пульпіт

D Гострий обмежений пульпіт

E Гострий глибокий карієс

12. Хворий А. 21 року скаржиться на постійний наростаючий пульсуючий біль в 27. Об'єктивно: каріозна порожнина великих розмірів виповнена розм'ягшеним дентином, порожнина зуба закрита. Зондування дна не болюче, перкусія різко болюча, рухомість зуба II ступеню. Пальпація слизової оболонки в ділянці проєкції верхівок коренів 27 викликає біль. Рентгенологічно змін не виявлено. Виберіть найімовірніший діагноз.

A Гострий дифузний пульпіт.

B Загострення хронічного періодонтиту.

C Гострий гнійний періодонтит.

D Гострий серозний періодонтит.

E Гострий гнійний пульпіт

13. Жінка 40 років скаржиться на короткочасний самовільний біль, а також біль від вживання гарячої та холодної їжі в ділянці 46. На жувальній поверхні 46 каріозна порожнина з великою кількістю розм'якшеного дентину. Зондування дна болюче в одній точці. Реакція на термічні подразники болісна і не зникає після їх усунення. ЕОД 25 мкА. Який найбільш імовірний діагноз?

- А Гострий обмежений пульпіт.
- В Гострий гнійний пульпіт.
- С Гострий дифузний пульпіт.
- Д Хронічний фіброзний пульпіт.
- Е Загострення хронічного пульпіту.

14. Пациентка 30 лет жалуется на застревание пищи между 46 и 47, появившееся две недели назад. Объективно: 46, 47 зубы интактные, перкуссия зубов безболезненная, десневой сосочек между 46-47 несколько отечен и гиперемирован, под ним обнаружено незначительное количество пищевых остатков. Какой вид исследования следует применить для обнаружения скрытых кариозных полостей?

- А Люминисцентную диагностику
- В Витальное окрашивание
- С Рентгенографическое исследование
- Д Трансиллюминационную диагностику
- Е Электроодонтометрию

15. Хворий 20 р. скаржиться на біль та кровоточивість в ділянці 36 зуба, при вживанні твердої їжі. Об'єктивно: на медіально-жувальній поверхні 36 зуба велика каріозна порожнина, виповнена м'ясистим пухлиноподібним утворенням; під час зондування виникає кровотеча та болючість в ділянці сполучення каріозної порожнини з пульповою камерою. Перкусія не болюча. ЕОД – 40мкА. Рентгенологічних змін не виявлено. Встановіть діагноз:

- А Хронічний гіпертрофічний пульпіт
- В Епуліс
- С Гіпертрофічний папіліт
- Д Хронічний гангренозний пульпіт
- Е Хронічний фіброзний пульпіт

16. Чоловік 27 років, звернувся зі скаргами на сильний пульсуючий біль у верхній щелепі ліворуч, який розповсюджується в щоку та вухо. При полосканні порожнини рота холодною водою біль зникає. При огляді виявлена глибока каріозна порожнина в 27 зубі. Зондування дна каріозної порожнини і перкусія 27 зуба – болісні. Який найбільш ймовірний діагноз?

- А Гострий дифузійний пульпіт
- В Гострий обмежений пульпіт
- С Гострий гнійний пульпіт
- Д Гострий серозний періодонтит
- Е Пульпіт, ускладнений періодонтитом

17. Хворий скаржиться на самовільний біль впродовж 2 днів в ділянці 15 зуба. Біль посилюється від дії термічних подразників і триває до 30 хвилин. Об'єктивно: в 15 зубі глибока каріозна порожнина, виповнена світлим розм'якшеним дентином, зондування дна болюче в одній точці, реакція на термічні подразники позитивна,

перкусія безболісна. Поставте діагноз?

- А Гострий глибокий карієс
- В Гострий дифузний пульпіт
- С Гіперемія
- Д Гострий обмежений пульпіт
- Е Загострення хронічного пульпіту

В. *Задачі для самоконтролю з відповідями.*

1. Хворий Н., 28 років, звернувся зі скаргами на самочинні больові приступи у лівій ділянці нижньої щелепи з іррадіацією в ліве вухо. Вночі частота та інтенсивність нападів зростає. Вперше біль виник близько 2 днів тому. При огляді: на дистальній поверхні 36 зуба каріозна порожнина в межах навколопульпарнодентину.

1. Які захворювання могли послужити причиною виникнення такої клінічної картини?
2. Поставте попередній діагноз, що найбільшою мірою відповідає клініці.
3. Підтвердьте діагноз наявними в задачі даними.
4. Які симптоми, що не наведені в задачі, допомагають сформулювати остаточний діагноз?
5. Які методи лікування хворого?

2. Хворого В., 35 років, турбує тривалий, ниючий біль у нижній щелепі ліворуч, який виникає при зміні температури навколишнього повітря, під час їжі, від хімічних та термічних подразників. Status praeseus loci morbi: на жувальній поверхні 36 зуба глибока каріозна порожнина, що сполучається з пульповою камерою. Зондування різко болісне і викликає кровотечу. При перкусії 36 зуб більш чутливий, ніж сусідні зуби. Реакція 36 зуба на термічний подразник виражена, тривала.

1. При яких захворюваннях можлива описана клінічна картина?
2. Поставте попередній діагноз, найбільш імовірний для наявної симптоматики.
3. Обґрунтуйте діагноз, користуючись умовами завдання.
4. Чи можливі рентгенологічні зміни в періодонті; якщо можливі, то які?
5. Які методи лікування застосовуються у даного хворого?

3. Хворий К., 29 років, звернувся зі скаргами на самочинні больові напади в правій половині верхньої щелепи протягом всієї минулої ночі. Під час нападу біль поширюється. Термічні подразники провокують больові напади. При огляді хворого зубні ряди інтактні, за винятком 16 зуба, на медіальній поверхні якого виявлена глибока каріозна порожнина.

1. Наведіть перелік захворювань з аналогічною симптоматикою.
2. Поставте попередній діагноз, що найбільш відповідає симптомам.



3. Поясніть вибір діагнозу, користуючись умовами завдання.
4. Які додаткові методи обстеження необхідно провести для підтвердження діагнозу?
5. Які методи лікування показані у випадку підтвердження діагнозу?

4. Хворий К., 42 років, звернувся зі скаргами на ниючий біль у 46 зубі, який виникає під час їжі, іноді від гарячого, дискомфорт в зубі і неприємний запах з рота. Зуб турбує протягом 3 місяців, за допомогою не звертався. Об'єктивно: на жувальній поверхні 46 зуба глибока каріозна порожнина, що сполучається з пульповою камерою.

1. Перерахуйте захворювання з близькою клінічною картиною.
2. Поставте попередній діагноз, що найбільшою мірою відповідає клініці.
3. Виберіть з умов завдання симптоми, що послужили основою попереднього діагнозу
4. Які додаткові обстеження та очікувані від них результати необхідні для постановки остаточного діагнозу?
5. Які методи лікування показані у випадку підтвердження діагнозу?
6. Обґрунтуйте вибір методу лікування.

5. Хвора Д., 32 років, скаржиться на самочинний біль, що триває продовж 10 - 15 хвилин протягом доби. Приступи виникають кожні 2 - 3 години, частіше вночі. Один з нападів був спровокований термічним подразником. Під час огляду на жувальній поверхні 37 зуба виявлена глибока каріозна порожнина.

1. Про які захворювання можна подумати на даному етапі обстеження хворої?
2. Який найбільш імовірний діагноз?
3. Підтвердіть діагноз суб'єктивними даними задачі.
4. Які методи обстеження слід провести для підтвердження остаточного діагнозу?
5. Перерахуйте методи лікування діагностованих захворювань.

Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати під час практичного (лабораторного) заняття:

1. визначати план обстеження стоматологічного хворого;
2. проводити основні та додаткові методи обстеження;
3. проводити диференційну діагностику пульпіту зубів;

### **1. Проведення електроодонтодіагностики.**

Метод ґрунтується на здатності нервових тканин збуджуватись під дією подразників. Значення порогового подразника є мірою ступеню збуджуваності, котра залежить від стану пульпи. Здорові і ін такті зуби зі сформованими коренями

реагують на струм силою від 2 до 6 мкА (за винятком третього моляра, для якого у 50% випадків сила струму вище за 6 мкА).

#### **Матеріальне забезпечення**

- 1.Набір стоматологічних інструментів
- 2.Апарат ЕОД (ИВН-1)

#### **Базовий рівень знань**

1. Анатомічна та гістологічна будова зубів
2. Морфологічні зміни у твердих тканинах, пульпі, періодонті зубів при патології.
3. Клініка карієсу, пульпіту, періодонтиту
4. Механізм подразнюючої дії електричного струму

#### **Показання до проведення ЕОД**

Електрооднотометрія може бути застосована як додатковий метод обстеження при діагностиці карієсу, пульпіту, періодонтиту та при травмі зуба.

#### **Протипоказання до проведення ЕОД**

1. Важкі захворювання ЦНС
2. Наявність у пацієнта кардіостимулятора
3. Металева пломба на зубі, що досліджується
4. Металеві шини при травмі зуба
5. Пломби – реставрації, що заміщують всю жувальну поверхню або ріжучий край зуба
6. ЕОД проводять не раніше ніж через 24 години після рентген обстеження

Електрод при дослідженні потрібно розміщувати у різців та ікол – на середині ріжучого краю, у пре молярів – на верхівці щічного Горика, у молярів – на верхівці медіально–щічного горбика.

В каріозних зубах дослідження проводять не тільки за стандартних позицій, але й з декількох точок на дні каріозної порожнини, попередньо звільнивши її від розм'якшеного дентину та висушивши.

При обстеженні зубів з масивними пломбами дослідження проводять також з пломби та фігур бічних зубів, та з оральної поверхні над горбиком – у фронтальних зубів.

Для більшої достовірності потрібно також обстежити сусідні та симетричні зуби.

При карієсі можливе зниження порогу збудливості до 10-20 мкА (з дна каріозної порожнини).

При обмеженому пульпіті – 25-30 мкА; дифузному – 40-50 мкА; хронічному – 50-60 мкА, гангренозному – 80-90 мкА.

При повній загибелі пульпи відчуття „поштовху” виникає при силі струму понад 100 мкА (дослідження проводять, розташувавши електрод над вустям кореневого каналу).

#### **Алгоритм виконання**

1. Посадити пацієнта в стоматологічне крісло
2. Ознайомлення зі стоматологічною карткою пацієнта.
3. Зібрати анамнез:
  - що турбує

- які є супутні захворювання
- 4. Вимити руки, одягти рукавички
- 5. Пояснити пацієнту суть маніпуляцій, що будуть проведені
- 6. Апарат ИВН-1 під'єднати до електромережі:
  - Натиснути клавішу „10”
  - Натиснути кнопку мережі, дати апарату прогрітися 5 хвилин
  - Натиснути клавішу „0” та провести установку пула приладу.
  - Пасивний електрод, попередньо оброблений антисептиком (р-н Vasilol) дають пацієнту в руку, розмістивши великий палець на кнопці
  - Зуб, що обстежується, обкласти ватними валиками та висушити
  - Стерильний активний електрод поміщують на чутливу точку зуба
  - Пацієнт натискає на кнопку та утримує її до появи першого відчуття в зубі. Прилад фіксує величину останнього імпульсу струму
  - Вимір проводять тричі та виводять середній показник
  - Якщо зуб не реагує на діапазон у 10 мкА, слід перейти на наступний діапазон („50” чи „150”) та провести повторне дослідження
  - Перед наступним обстеженням необхідно натиснути клавішу „0”

#### **Помилки та ускладнення**

1. Несумлінно проведений збір анамнезу може викликати порушення стану здоров'я пацієнта.
2. Ігнорування протипоказань на недотримання методики проведення ЕОД, призводить до отримання необ'єктивних показників та неправильної діагностики.

#### **V. Підведення підсумків**

Підведення підсумків проводиться наприкінці практичного заняття. Оцінювання рівня знань здобувачів освіти здійснюється за 4-х бальною шкалою. Підсумкова оцінка за практичне заняття містить такі складові, як оцінювання теоретичних знань з теми заняття, оцінка практичних навичок та маніпуляцій, оцінювання роботи із пацієнтом, з обов'язковим оголошенням здобувачам освіти. Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

#### **Список рекомендованої літератури**

Основна:

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / За ред. Анатолія Ніколішина – Вид. 2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – 680 с.
2. Терапевтична стоматологія: У 4-х т. — Т. 2. Карієс. Пульпіт. Періодонтит. Ротовий сепсис: Підручник для студ. стомат. ф-тів. мед. ЗВО. — 3-тє вид. Рекомендовано МОЗ / За ред. А.В. Борисенка. — К., 2020. — 592 с.

3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія за ред. проф. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2017. – 664 с.

4. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта за ред. проф. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2018. – 504 с.

Додаткова:

1. Терапевтична стоматологія: у 4 томах. Том 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота: підручник / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, О.Ф. Несин та ін. — К.: «Медицина», 2010. – 640 с.

2. Біденко Н.В., Борисенко А.В., Васильчук О.В. та ін.. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». – Київ: Книга-плюс, 2017. – 455 с.

3. Борисенко А.В., Антоненко М.Ю., Сідельнікова Л.Ф., Мельничук Т.А. Нариси практичної пародонтології. – К.: ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України» – Київ: «Бібліотека «Здоров'я України», 2017. — 348 с.

4. Клінічна фармакологія та фармакотерапія в стоматології: Навч. посіб. для мед. ун-тів, інст., акад. — 2-ге вид. Рекомендовано Вченою радою НМАПО ім. П.Л. Шупика / Мазур І.П., Хайтович М.В., Голопихо Л.І. — К., 2019. — 376 с.

5. Крок-2. Тести з терапевтичної стоматології. Збірник завдань для підготовки до тестового екзамену з терапевтичної стоматології. / За ред. Проф. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ «Медицина», 2011. – 286 с.

6. Рибалов О.В., Петрушанко Т.О., Литовченко І.Ю. Губи та їх захворювання: Навчальний посібник. – Полтава, 2018. – 135 с.

7. Петрушанко Т.О., Островська Л.Й., Іленко Н.М. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: Навчальний посібник / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, Н.М. Іленко. – Київ: «Центр учбової літератури», 2019. – 259 с.

## Практичне заняття № 4

**Тема:** Диференційна діагностика періодонтитів. Профілактика ускладнень. Рентгендіагностика пульпітів та періодонтитів. Читання рентгенограм.

**Мета:** ознайомитися з основними принципами діагностики періодонтитів; з основними методами диференційної діагностики періодонтитів; з можливими помилками та ускладненнями при діагностиці періодонтитів.

**Основні поняття:** періодонт, періодонтит, класифікація періодонтиту, диференційна діагностика

**Обладнання:** учбова кімната, мультимедійна презентація з теми заняття, ноутбук.

**Навчальний час:** 2 години

### План

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

Незважаючи на значні успіхи в лікуванні карієсу, захворювання

періодонта залишається дуже розповсюдженим. Успіх своєчасної діагностики та лікування у значній мірі залежить від досконалих знань та вмінь комплексного обстеження хворих.

Диференціальна діагностика та рентген діагностика періодонтитів є важливим етапом при постановці остаточного діагнозу при захворюваннях тканин періодонта. Знання клініки подібних захворювань з періодонтитами і змін в кістковій тканині альвеолярного відростка щелеп має велике значення при проведенні клінічних та додаткових методів обстеження хворого. Для уникнення помилок у постановці остаточного діагнозу пульпітів та періодонтитів лікар повинен провести клінічні і додаткові методи дослідження в певній послідовності і в повному обсязі, використовуючи для цього сучасні методики та апарати

II. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць);

- знати:

- клініку гострих та хронічних періодонтитів;
- методи клінічного і додаткового обстеження пацієнтів з захворюваннями зубів;
- основні принципи диференційної діагностики періодонтитів;
- основні принципи рентгендіагностики;
- знати помилки та ускладнення при діагностиці періодонтитів.

вміти:

- вміти візуально оцінити стан пацієнта, виявити наявність патологічних змін;
- провести опитування пацієнта;
- провести огляд порожнини рота;
- провести ЕОД;
- оцінити дані рентгенограми;
- поставити попередній діагноз періодонтиту;
- провести диференційну діагностику періодонтитів

2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття:

1. Хворий А. 21 року скаржиться на постійний наростаючий пульсуючий біль в 27. Об'єктивно: каріозна порожнина великих розмірів виповнена розм'якшеним дентином, порожнина зуба закрита. Зондування дна не болюче. Перкусія різко болюча, рухомість зуба 2 ступеня, пальпація слизової оболонки в ділянці проекції верхівок коренів 27 викликає біль. Рентгенологічно змін не виявлено. Виберіть найімовірніший діагноз:

- A. Загострення хронічного періодонтиту
- B. Гострий серозний періодонтит
- C. Гострий гнійний періодонтит
- D. Гострий дифузний пульпіт

**Е. Гострий гнійний пульпіт**

**2.** Чоловік 27 років звернувся зі скаргами на сильний пульсуючий біль у верхній щелепі зліва, який розповсюджується в щоку та вухо. При полосканні порожнини рота холодною водою біль зникає. При огляді виявлена глибока каріозна порожнина в 27 зубі. Зондування дна каріозної порожнини і перкусія 27 болісні. Який найбільш ймовірний діагноз:

- A. Гострий обмежений пульпіт
- B. Гострий дифузний пульпіт
- C. Гострий гнійний пульпіт
- D. Гострий серозний періодонтит
- E. Пульпіт ускладнений періодонтитом

**3.** Хворий Р. 20 років скаржитися на біль та кровоточивість в ділянці 36 зуба при вживанні твердої їжі. Об'єктивно: на медіально-жувальній поверхні 36 велика каріозна порожнина, виповнена м'ясистим пухлино подібним утворенням, під час зондування виникає кровотеча та біль в ділянці сполучення каріозної порожнини з пульповою камерою. Перкусія не болюча. ЕОД – 40 мкА. Рентгенологічних змін не виявлено. Встановіть діагноз:

- A. Хронічний папіліт
- B. Епуліс
- C. Хронічний гіпертрофічний пульпіт
- D. Хронічний гангренозний пульпіт
- E. Хронічний фіброзний пульпіт

**4.** Характер болю при хронічному гранулематозному періодонтиті:

- A - біль відсутній;
- B - біль від термічних подразників;
- C - самостійний періодичний біль в зубі;
- D - самостійний інтенсивний постійний біль;
- E - самостійний ниючий постійний біль.

**5.** Позитивний симптом «вазопарезу» характерний для:

- A - хронічного глибокого карієсу;
- B - хронічного гангренозного пульпіту;
- C - хронічного гранулюючого періодонтиту;
- D - хронічного періодонтиту у стадії загострення;
- E - гострого гнійного періодонтиту

**6.** Виникнення чи підсилення болю при хронічному гранулематозному періодонтиті в стадії загострення можливе від:

- A - холодного;
- B - гарячого;
- C - солодкого;
- D - при накушуванні;

Е - у нічний час.

7. Яке значення ЕОД можливе при хронічному періодонтиті?

- А - 2 – 6мкА;
- В - 40 – 60мкА;
- С - 60 – 80мкА;
- Д - 80 – 100мкА;
- Е - більше 100мкА.

8. Дані об'єктивного обстеження при хронічному гранулематозному періодонтиті можливі:

- А - зуб інтактний, коронка потемніла;
- В - зуб запломбований;
- С - наявність глибокої каріозної порожнини, зондування безболісне;
- Д - каріозна порожнина, перкусія болісна;
- Е - усе вище зазначене;

ІІІ. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками..., проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

А. Питання для самоконтролю

1. Особливості будови періодонту.
2. Шляхи проникнення інфекції в періодонт.
3. Класифікації періодонтитів.
4. Назвіть основні та додаткові методи діагностики періодонтитів.
5. Назвіть основні ознаки гострих форм періодонтитів.
6. Назвіть основні ознаки хронічних форм періодонтитів.
7. Назвіть основні ознаки хронічних форм періодонтиті в стадії загострення.
8. Основні принципи диференційної діагностики гострих, хронічних та хронічних в стадії загострення форм періодонтиті.
9. Назвіть помилки та ускладнення в діагностиці періодонтитів.

**Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.**

1. При гістологічному описі періодонту на поперечному зрізі зазвичай розрізняють пучки щільної фіброзної тканини, що складаються із тісно переплетених між собою колагенових волокон, натягнутих між альвеолярним відростком і цементом кореня зуба. У різних відділах періодонтальної щілини ці пучки мають різне розміщення. Назвіть яку направленість мають ці пучки навколо краю зубної альвеоли:

- А. Майже горизонтальну і утворюють циркулярну зв'язку зуба
- В. Косу натягнутість
- С. Горизонтальну та косу натягнутість

- D. Перетинають періодонтальну щілину в різних напрямках
- E. Циркулярну направленість

**2. Гострий гнійний періодонтит є результатом:**

- A. гострого дифузного пульпіту
- B. хронічного фіброзного пульпіту
- C. травми зуба
- D. хронічного фіброзного періодонтиту
- E. гострого гнійного пульпіту

**3. Клінічна картина гострого гнійного періодонтит:**

- A. різко болюча вертикальна перкусія, набряк, гіперемія перехідною складки,  
можливе утворення субперіостального або субмукозного набряку
- B. мимовільні, нападо подібні болі, що посилюються від подразників і при накушуванні на зуб
- C. свищ на яснах з гнійним виділенням
- D. нічні болі, тривалі болі від гарячого, ЕОД до 60 мкА
- E. різко болюча горизонтальна перкусія

**4. Рентгенологічно при хронічному гранулюючих періодонтит виявляється:**

- A. Ураження кісткової тканини в періапикальній області без чітких контурів
- B. Ураження кісткової тканини в періапикальній області округлої або овальної форми з чіткими межами розміром до 5 мм
- C. Ураження кісткової тканини в періапикальній області округлої або овальної форми з чіткими межами розміром більше 1 см в діаметрі
- D. Розширення періодонтальної щілини у верхівки кореня зуба
- E. Без змін періапикальних тканин в області вертушки кореня

**5. Лікар-стоматолог проводить лікування хронічного гранулюючого періодонтиту у жінки 53 років. Медіальні канали облітеровані. Який з нижче перерахованих медикаментозних засобів необхідно вибрати для розширення каналів?**

- A. 2% розчин трипсину
- B. 20% розчин кислоти ЕДТА
- C. 10% р-н перекису водню
- D. 10% р-н фосфорної кислоти
- E. 45% р-н формальдегіду

**6. У хворої 35 років скарги на постійний ниючий біль в 25 зубі, який посилюється при накушуванні. Об'єктивно: в 25 зубі глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба. Перехідна складка в області 25 зуба набрякла, гіперемована, болюча при пальпації, перкусія різко**



болюча. Після зондування з каналу з'явився гній. Який метод дослідження необхідно провести для постановки остаточного діагнозу.

- A. Рентгенологічне дослідження
- B. Електроодонтодіагностика
- C. Термодіагностика
- D. Бактеріологічне дослідження
- E. Глибоке зондування

7. У хворого 19 років біль у 22 зубі, що посилюється при накушуванні, відчуття, що зуб «виріс», набряк верхньої губи. В анамнезі хворий отримав травму верхньої щелепи у фронтальній ділянці. Об'єктивно: 22 зуб інтактний. Вертикальна перкусія 22 різко болюча. Який метод дослідження необхідно провести для встановлення діагнозу?

- A. Трансілюмінація
- B. ЕОД
- C. Реодентографія
- D. Рентгенографія
- E. Термометрія

8. Лікар-стоматолог проводить лікування 36 зуба з приводу хронічного періодонтиту у чоловіка 55 років. На рентгенограмі виявлено, що медіальні канали зігнуті, в області верхівки кореня вогнище деструкції кісткової тканини з нерівними краями розміром 0,2x0,2 мм. Який медикаментозний засіб необхідно вибрати для проведення внутрішньо каналного електрофорезу?

- A. 1% р-н мірамістину
- B. 1% р-н дексаметоксина
- C. 1% р-н новокаїну
- D. 10% р-н йодистого калію
- E. 0,1 % р-н трипсину

### **В. Задачі для самоконтролю з відповідями.**

1. Хворий Т. скаржиться на потемніння коронки 12 зуба. Об'єктивно: на апроксимально-дистальній поверхні 12 зуба глибока каріозна порожнина, камера зубу відкрита, зондування, реакція на термічні подразники безболісні. Був встановлений діагноз хронічний гранулематозний періодонтит 12 зуба. З якими захворюваннями треба провести дифдіагностику на підставі клінічних даних?

- A. Хронічним глибоким карієсом
- B. Хронічним гангренозним пульпітом
- C. Хронічним фіброзним періодонтитом
- D. Хронічним гранулюючим періодонтитом
- E. Із всіма вище зазначеними

2. Хвора Т. скаржиться на потемніння коронки 11 зуба. Об'єктивно: в

11 зубі на медіальній поверхні велика пломба з композитного матеріалу. На рентгенограмі 11 зуба кореневий канал не пломбований, біля верхівки кореня осередок деструкції кісткової тканини розміром 3 x 4 мм з чіткими контурами. Встановіть діагноз.

- A. - Дефект пломбування 11 зубу
- B. - Хронічний гангренозний пульпіт
- C. - Хронічний фіброзний періодонтит
- D. - Хронічний гранулематозний періодонтит
- E. - Хронічний гранулюючий періодонтит

3. Хвора М.40 років, скаржиться на неприємні відчуття в 26 зубі. Об'єктивно: на жувальній поверхні 26 зубі глибока каріозна порожнина, що сполучається з пульповою коморою, зондування, термодіагностика безболісні, перкусія слабо болісна. На яснах в області проекції кореня 26 зубу рубець. Симптом «вазопарезу» позитивний. Виберіть діагноз, найбільш відповідний симптоматиці.

- A. - Загострення хронічного періодонтиту
- B. - Хронічний гранулематозний періодонтит
- C. - Хронічний гранулюючий періодонтит
- D. - Хронічний гангренозний пульпіт
- E. - Хронічний фіброзний періодонтит

4. Хворий А. 25 років, прийшов до лікаря з метою санації. При рентгенологічному обстеженні 11 зуба в області верхівки кореня визначено осередок деструкції кістки розміром 3 x 4 мм з чіткими контурами. Був поставлений діагноз «Хронічний гранулематозний періодонтит». Які значення ЕОД 11 зуба найбільш імовірний?

- A. – 2 – 6 мкА
- B. – 20 -40 мкА
- C. – 60 – 80 мкА
- D. – 80 – 100 мкА
- E. – більше 100 мкА

5. Хворий 45 років, звернувся зі скаргами на наявність порожнини в 25 зубі. При обстеженні встановлено: слизова оболонка на рівні 25 зубу гіперемована, на дистальній поверхні 25 зубу глибока каріозна порожнина, що сполучається з пульповою коморою. Зондування безболісне, перкусія болюча. На рентгенограмі 25 зубу на верхівці кореня осередок деструкції кісткової тканини округлої форми діаметром 4 мм з чіткими контурами. Встановіть діагноз.

- A. - Хронічний гранулематозний періодонтит
- B. - Кістогранульома
- C. - Хронічний гранулюючий періодонтит
- D. - Хронічний гангренозний пульпіт
- E. - Хронічний фіброзний періодонтит

6. Хворий 37 років має скарги на порожнину в 34 зубі. Із анамнезу порожнина з'явилася давно. Об'єктивно: на жувальній поверхні 34 зуба глибока каріозна порожнина, яка сполучується з порожниною зуба. Зондування та перкусія безболісні. На рентгенограмі виявлена деформація періодонтальної щілини та розширення її в області верхівок коренів. Найбільш імовірний діагноз?

- A. Хронічний гранулюючий періодонтит
- B. Хронічний фіброзний періодонтит
- C. Хронічний гранулематозний періодонтит
- D. Хронічний фіброзний пульпіт
- E. Хронічний гангренозний пульпіт

7. Хворий 48 років має скарги на каріозну порожнину в 26 зубі, попадання їжі, неприємні відчуття, рубець на щоці та слизовій в області верхівок коренів на щічній поверхні. Із анамнезу: зуб раніше не лічився, після простуди періодично в зубі виникав ниючий біль. Об'єктивно: в пришийковій області 26 зуба глибока каріозна порожнина, з'єднана з порожниною зуба. Реакція на холод, зондування та перкусія безболісні. На слизовій оболонці ясен в проекції верхівок коренів 26 зуба на щічній стороні великий шрам, позитивний симптом вазопарезу. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Хронічний гранулюючий періодонтит
- B. Хронічний глибокий карієс
- C. Хронічний гангренозний пульпіт
- D. Хронічний гранулематозний періодонтит
- E. Хронічний фіброзний періодонтит

8. Хворий 44 років має скарги на каріозну порожнину в 23 зубі, попадання їжі, зміну кольору коронки. Із анамнезу: раніше зуб був вилікуваний по причині пульпіту. Об'єктивно: в 23 зубі глибока каріозна порожнина III класу по Блеку, на дні залишки пломбувального матеріалу. Зондування та перкусія безболісні. На слизовій оболонці ясен в проекції верхівки кореня на щічній стороні нориця. На рентгенограмі: в області верхівки кореня 26 зуба – деструкція кістки, без чітких контурів, кореневий канал запломбований на  $\frac{1}{2}$  довжини. Поставте найбільш імовірний діагноз?

- A. Радикулярна кіста
- B. Хронічний фіброзний періодонтит
- C. Хронічний гранулематозний періодонтит
- D. Загострення хронічного періодонтиту
- E. Хронічний гранулюючий періодонтит

**Диференціально-діагностичні ознаки хронічного гангренозного пульпіту та хронічного верхівкового періодонтиту**

<i>Ознака</i>	<i>ДІАГНОЗ</i>
---------------	----------------

	<i>Гангренозний пульпіт</i>	<i>Періодонтит</i>
Характер болю	Відсутній чи ниючий, виникає від дії гарячого	Відсутній, можливе відчуття дискомфорту під час накушування на зуб
Зондування	Різко болісне в усті каналу чи в його глибині	Безболісне, тільки в разі вrostання грануляцій у канал може бути болісним
Електроодонтодіагностика	40-80 мкА	100-120 мкА

**Тема:** Рентгендіагностика пульпітів та періодонтитів. Читання рентгенограм.

**Мета:** ознайомитися з основними та додатковими методами обстеження стоматологічних хворих; додатковим обладнанням стоматологічного кабінету, знати теоретичні основи рентгенологічних методів обстеження, знати семіотику рентгенологічних змін в твердих тканинах зубів, періодонті, кістці;

**Основні поняття:** рентгенологічні методи обстеження, семіотика рентгенологічних змін

**Обладнання:** учбова кімната, мультимедійна презентація з теми заняття, ноутбук.

#### План

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

Одним з об'єктивних методів обстеження в медицині є рентгенологічне. Особливо важливе значення цей метод має в стоматології, коли якісна діагностика і лікування практично неможливі без рентгенологічного дослідження. Деякі форми пульпіту, періодонтиту мають змінений перебіг, приховану клініку. Виникають значні труднощі в діагностиці, виборі адекватних методів лікування та запобігання ускладнень. За допомогою рентгенологічних методів можна уточнити локалізацію процесу, клініку, знайти зміни в тканинах, що не мають клінічного прояву, правильніше спланувати стоматологічну допомогу, якість пломбування КК, іноді уникнути прикрих помилок і ускладнень.

II. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць)

- оволодіти додатковими та лабораторними методами обстеження стоматологічних хворих;
- ознайомитися з рентгенологічними методами обстеження хворих при періодонтитах;
- знати особливості рентгенологічного зображення щелеп, зубів;
- знати рентгенологічні ознаки уражень твердих тканин зуба, кістки;
- рентгенологічні ознаки ураження пульпи, пародонта;
- рентгенологічні ознаки ураження періодонту;
- знати техніку безпеки при роботі з додатковим обладнанням стоматологічного кабінету;
- навчитися проводити диференціальну діагностику захворювань зубів та пародонту;

2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття:

А. Питання:

1. Які Ви знаєте додаткові методи обстеження зубів?
2. Яка діагностична апаратура знаходиться в стоматологічному кабінеті?
3. Що таке рентгенографія, її можливості в стоматології.
4. Які види рентгенологічного дослідження використовуються в терапевтичній стоматології?
5. Що таке візіографії та її переваги?
6. В якій послідовності проводять оцінку рентгенограм?
7. Що таке деструкція кістки?
8. Що таке остеопороз?
9. Який вигляд має гіперцементоз на рентгенограмі?
10. Де знаходиться проекція різцевого отвору?
11. Який вигляд має періодонтальна щілина?
12. Як змінюється структура щелеп після 40–50 років?

Б. Тести для самоконтролю

1. Основним методом променевої діагностики, використовуваним стоматологічній практиці є:
  - А- радіонуклідна діагностика
  - В- ультразвукове дослідження
  - С- рентгенографія
  - Д- магнітно-резонансна томографія
  - Е- тепlobачення
2. Рентгенологічний метод є ведучим при діагностиці:
  - А- гострого періодонтиту
  - В- пульпіту
  - С- гострого остеомієліту
  - Д- хронічного періодонтиту

- Е- не каріозних уражень твердих тканин зубів
3. Для контролю ендодонтичного лікування зубів ведучим методом є:
- А- сонографія
  - В- термографія
  - С- ЕОД (електроодонтодіагностика)
  - Д- рентгеноскопія
  - Е- візіографія
4. При якому методі найбільше променеве навантаження?
- А- внутрішньо ротові контактні знімки
  - В- ортопантомограма
  - С- панорамна рентгенограма
  - Д- візіограма
  - Е- контактна рентгенографія в прикус
5. При якому методі дослідження створюється найменше променеве навантаження ?
- А- рентгенографія
  - В- рентгеноскопія
  - С- флюорографія
  - Д- панорамна рентгенографія
  - Е- візіографія
6. Рентгенологічні симптоми, що супроводжуються зменшенням кісткової тканини в одиниці об'єму?
- А- остеопороз
  - В- остеосклероз
  - С- деструкція
  - Д- остеоліз
  - Е- остеонекроз
7. Рентгенологічний симптом, що супроводжується руйнуванням кісткової тканини та заміщенням її патологічною тканиною?
- А- остеопороз
  - В- деструкція
  - С- остеосклероз
  - Д- остеоліз
  - Е- остеонекроз
8. Найбільшу інформацію для оцінки стану коронки порожнини зуба, каналів, коренів, періодонтальної щілини замикаючої компактною пластинки, навколишньої кісткової тканини, а у дітей і компактною пластинки фолікула забезпечує:
- А- рентгенограма нижньої щелепи в бічній проекції

- В- рентгенограма лицьового черепа в прямій носолобної проекції
  - С- внутрішньо ротова контактна рентгенограма зуба
  - Д- внутрішньо ротова рентгенограма в прикус
  - Е- ортопантомографія
9. У верхівки кореня 21 зуба виявляється вогнище деструкції з нечіткими, нерівними контурами розміром 3 мм в діаметрі. Компактна пластинка лунки у верхівки кореня відсутня. Який імовірний діагноз?
- А- хронічний пульпіт
  - В- хронічний гранулематозний періодонтит
  - С- що хронічний гранулюючий періодонтит
  - Д- хронічний фіброзний періодонтит
  - Е- зона росту кореня
10. У верхівки кореня 25 зуба з глибокою каріозною порожниною вогнище деструкції з чіткими, рівними контурами розміром 4 мм в діаметрі, компактна пластинка лунки збережена. Ваш імовірний діагноз?
- А- хронічний пульпіт
  - В- хронічний гранулематозний періодонтит
  - С- що хронічний гранулює періодонтит
  - Д- хронічний фіброзний періодонтит
  - Е- зона зростання кореня
11. Які форми хронічного періодонтиту і з якою переважною локалізацією частіше виявляються у дітей?
- А- гранулематозний у верхівок коренів іклів
  - В- гранулюючий в зоні біфуркації молочних молярів
  - С- фіброзний молочних різців
  - Д- фіброзний постійних молярів
  - Е- гранулюючий молочних різців
12. Хворий А., 24 р. 2 роки тому був запломбований 11 зуб. Тиждень назад пломба випала. При обстеженні в 11 залишки пломбувального матеріалу, на яснах нориця. Який додатковий метод обстеження допоможе встановити остаточний діагноз?
- А- перкусія
  - В- термографія
  - С- ЕОД (електроодонтодіагностика)
  - Д- рентгеноскопія
  - Е- фізіографія
13. Хворий 19 років має скарги на каріозну порожнину в 24 зубі, періодичну біль. При огляді, каріозна порожнина сполучається з пульповою

камерою, на устях КК залишки пломбу вального матеріалу. Який метод діагностики допоможе вибрати тактику лікування 24 зуба?

- А- рентгенологічний
- В- симптом «вазопареза»
- С- термометрія
- Д- апекслокація
- Е- ЕОД

14. Після пломбування КК для контролю якості потрібно провести:

- А- перкусію
- В- апекслокацію
- С- ЕОД (електроодонтодіагностику)
- Д- рентгеноскопію
- Е- фізіографію

15. Пацієнт, 35 років, скаржиться на наявність каріозної порожнини, кровоточивість біля 26 зуба. Об'єктивно: на контактній поверхні 26 зуба каріозна порожнина, дно і стінки пігментовані. Зондування безболісно, реакція на термічні подразники – болю немає. Який додатковий метод дослідження необхідно провести для постановки діагнозу?

- А апекслокацію
- В трансліюмінацію
- С вітальне фарбування
- Д рентгенографію
- Е люмінесцентну діагностику

III. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками..., проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

А. Питання для самоконтролю

1. Перерахуйте рентгенологічні ознаки патологічних процесів в тканинах зуба та кістці.
2. Назвіть особливості рентгенологічних ознак окремих ділянок верхньої та нижньої щелеп.
3. Рентгенологічні ознаки пульпіту?
4. Рентгенологічні ознаки гострого періодонтиту?
5. Рентгенологічні ознаки хронічного фіброзного періодонтиту?
6. Рентгенологічні ознаки хронічного гранулематозного періодонтиту?
7. Рентгенологічні ознаки хронічного гранулюючого періодонтиту?
8. Рентгенологічні ознаки якості пломбування кореневого каналу?
9. Для якої форми періодонтиту характерна деформація, незначне розширення періодонтальної щілини з чіткими контурами?
10. Для якої форми періодонтиту характерне вогнища деструкція кістки дна альвеоли?
11. Для якої форми періодонтиту характерна завуалірованість малюнка кістки и біля верхівки кореня зуба?



## Б. Тестові завдання для самоконтролю

16. Пацієнт має скарги на дефект коронки 25 зуба. Об'єктивно в 25 велика каріозна порожнина, пульпова камера відкрита. Зондування та перкусія безболісні. На візіограмі – біля верхівки кореня 25 зуба ділянка просвітлення кісткової тканини з чіткими контурами, 2х3 мм. Який імовірний діагноз?
- A хронічний гангренозний пульпіт
  - B хронічний фіброзний пульпіт
  - C хронічний гранулематозний періодонтит
  - D хронічний фіброзний періодонтит
  - E хронічний гранулюючий періодонтит
17. Пацієнт має скарги на дискомфорт в 35 зубі. Зуб болів на протязі 2-х місяців. На жувальній поверхні глибока каріозна порожнина, пульпова камера відкрита, зондування безболісне, перкусія трохи болюча. На яснах біля кореня 35 зуба рубець від нориці. Які зміни на рентгенограмі можуть бути?
- A завуалірованість малюнка кісткової тканини біля верхівки кореня
  - B розширення періодонтальної щілини з чіткими і рівними контурами
  - C деструкція кістки овальної форми з чіткими і рівними контурами
  - D нерівномірне розширення періодонтальної щілини без чітких контурів
  - E стоншення кісткових балок, склероз
18. Пацієнт скаржиться на дефект коронки 37, потемніння зуба, періодичний біль при вживанні їжі. На жувальній поверхні глибока каріозна порожнина, пульпова камера відкрита, зондування безболісне. ЕОД – 60 мкА. Які зміни на рентгенограмі можуть бути?
- A завуалірованість малюнка кісткової тканини біля верхівки кореня
  - B розширення періодонтальної щілини з чіткими і рівними контурами
  - C деструкція кістки овальної форми з чіткими і рівними контурами
  - D нерівномірне розширення періодонтальної щілини без чітких контурів
  - E змін тканин періодонта немає
19. Дитина 5 років звернулася з метою санації порожнини рота. У 65 виявлений хронічний гранулюючий періодонтит. Які рентгенологічні зміни слід очікувати на дентальному знімку
- A Розширення періодонтальної щілини
  - B Деструкція кісткової тканини з чіткими контурами
  - C Остеопороз кісткової тканини
  - D Деструкція кісткової тканини з нечіткими контурами
  - E Конттури періодонтальної щілини деформовані
20. Хворий 20 років скаржиться на наявність каріозної порожнини у 44. Об'єктивно: на апроксимально-медіальній поверхні 44 визначається каріозна порожнина в межах біляпульпарного дентину, заповнена щільним пігментованим дентином, зондування каріозної порожнини та перкусія зуба безболісні. На рентгенограмі змін в періодонті не виявлено. Який найбільш вірогідний діагноз?
- A Хронічний глибокий карієс

- B Хронічний середній карієс
- C Хронічний фіброзний пульпіт
- D Гіперемія пульпи
- E Хронічний періодонтит

**В. Задачі для самоконтролю.**

1. Хвора, 30 років скаржиться на біль в 26, 27 зубах при вживанні їжі. На дистальній поверхні 26 і медіальній 27 каріозні порожнини, виповнені залишками їжі. Ясна біля 26, 27 гіпереміровані, набряклі. Зондування стінок каріозної порожнини 26 болюче, а зондування 27 – болю немає.

1. Про які захворювання йде мова?
2. Які дані задачі підтверджують чи спростовують діагноз?
3. Які додаткові методи діагностики потрібно використати?
4. Що може підтвердити діагноз карієсу, періодонтиту, папіліту?

2. Хворий, 25 років, скаржиться на періодичний біль в передніх зубах верхньої щелепи. Перкусія 21 зуба болюча, ЕОД – 100 мкА. В 22 зубі глибока каріозна порожнина, виповнена пігментованим дентином, зондування та перкусію – болю нема, слабка біль від холодного. На рентгенограмі: біля верхівки 21 – ділянка просвітління кістки діаметром 0.4 мм, з чітким контуром, кореневий канал широкий, прямий. В 22 зубі каріозна порожнина з пульповою камерою не сполучається.

1. Про які захворювання іде мова?
2. Найбільш вірогідний діагноз?
3. Які дані задачі підтверджують діагноз?
4. Тактика лікаря.

**Методика виконання роботи, етапи виконання, кроки.**

<b>Етапи роботи</b>	<b>Засоби і умови для роботи</b>	<b>Критерії самоконтролю</b>
<p><i>1. Аналіз рентгенограм</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- оцінити якість рентгенограми;</li> <li>- встановити вид рентгенограми;</li> <li>- визначити анатомічну область;</li> </ul>	<p>Рентгенограми щелеп, зубів, негатоскоп</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- контрастність, чіткість, структуру, проєкційне спотворення і т.д.</li> <li>- внутрішньо ротова, поза ротова, панорамна і т.д.</li> <li>- фронтальна ділянка верхньої щелепи: широкі долотоподібної форми коронки центральних різців; між ними міжщелепний шов; на верхні відділи міжщелепного шва накладається щільна трикутна тінь передньої носової ості; накладення повітряного стовпа носових отворів; носові порожнини проєктуються вище у вигляді двох світлих на півовалів; тінь носової перегородки; різцевий отвір.</li> <li>- фронтальна ділянка нижньої щелепи - менш щільна структура альвеолярного</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- детальне вивчення рентгенограми</li> <li>- зіставлення рентгенологічних даних з клінічними і результатами додаткових методів дослідження</li> </ul>		<p>відростка; іноді тінь ості підборіддя; вузьке, довгі, злегка сплюснуті корені різців.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- бічні ділянки верхньої щелепи - три корені у молярів, два у 14 та 24 зуба, ділянка просвітління верхньощелепної пазухи, позаду 8 зуба - щільна тінь горба верхньої щелепи.</li> <li>- бічний відділ нижньої челюсті - тінь нижньощелепового каналу, шириною 0,4-0,6 мм, зовнішня і внутрішня косі лінії видимі на рівні 8 зуба, 2 кореня у молярів, ментальний отвір (частіше під 5 зубом).</li> <li>- коронка зуба, порожнина зуба і кореневі канали, поверхня коренів, періодонтальна щілина, компактна пластинка лунки і навколишні тканини</li> <li>- після цього формується висновок</li> </ul>
<p>2. <i>Рентгенологічне дослідження при періодонтитах</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- гострий періодонтит;</li> <li>- хронічний фіброзний періодонтит;</li> <li>- хронічний гранулематозний періодонтит;</li> <li>- хронічний гранулюючий періодонтит;</li> </ul>	<p>Рентгенограми з патологією періодонту, негатоскоп, компютер</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- на візіограмі можна помітити завуалірованість малюнка кісткової тканини біля верхівки кореня зуба, іноді нечіткість кортикальної пластинки, а при значному скупченні ексудату – нерівномірне розширення періодонтальної щілини, але контури її простежуються чітко.</li> <li>- біля верхівки кореня рівномірне розширення періодонтальної щілини з чіткими і рівними контурами. Іноді спостерігається незначна деформація періодонтальної щілини (розширення – деструкція кістки, звуження – гіперцементоз).</li> <li>- біля верхівки кореня вогнище деструкції круглої або овальної форми до 5 мм в діаметрі з чіткими і рівними контурами (гранулема), губчаста речовина навколо нього стає щільнішою (остеосклероз) і може локалізуватися на бічній поверхні кореня або біля верхівки, лінія періодонта переходить в кістковий дефект, компактна пластинка збережена.</li> <li>- біля верхівки кореня нерівномірне розширення періодонтальної щілини – вогнище деструкції кістки дна альвеоли розміром 3x4 мм без чітких контурів, з неправильним контуром (язики полум'я).</li> </ul>

	<p>Порушується безперервність кортикальної пластинки альвеоли, стоншуються кісткові балки. Іноді захоплюється між коренева перегородка, настає лакунарне розсмоктування цементу і дентину кореня, видимі як укорочення довжини і сплюснення верхівки кореня. Іноді видно норицевий хід у вигляді смужки розрідження в області між кореневої або між альвеолярної перегородки. Часто він відходить убік від ураженого зуба і може відкриватися на слизистій оболонці біля сусідніх зубів. Норицеві ходи краще діагностувати за допомогою контрасту, введеного через кореневий канал у вогнище деструкції кістки альвеоли біля верхівки кореня.</p>
--	---

#### IV. Підведення підсумків

Підведення підсумків проводиться наприкінці практичного заняття. Оцінювання рівня знань здобувачів освіти здійснюється за 4-х бальною шкалою. Підсумкова оцінка за практичне заняття містить такі складові, як оцінювання теоретичних знань з теми заняття, оцінка практичних навичок та маніпуляцій, оцінювання роботи із пацієнтом, з обов'язковим оголошенням здобувачам освіти. Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

#### Список рекомендованої літератури

##### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / За ред. Анатолія Ніколішина – Вид. 2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – 680 с.
2. Терапевтична стоматологія: У 4-х т. — Т. 2. Карієс. Пульпіт. Періодонтит. Ротовий сепсис: Підручник для студ. стомат. ф-тів. мед. ЗВО. — 3-тє вид. Рекомендовано МОЗ / За ред. А.В. Борисенка. — К., 2020. — 592 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія за ред. проф.. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2017. – 664 с.
4. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта за ред.. проф.. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2018. – 504 с.

##### Додаткова:

1. Терапевтична стоматологія: у 4 томах. Том 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота: підручник / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, О.Ф. Несин та ін. — К.: «Медицина», 2010. – 640 с.

2. Біденко Н.В., Борисенко А.В., Васильчук О.В. та ін.. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». – Київ: Книга-плюс, 2017. – 455 с.
3. Борисенко А.В., Антоненко М.Ю., Сідельнікова Л.Ф., Мельничук Т.А. Нариси практичної пародонтології. – К.: ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України» – Київ: «Бібліотека «Здоров'я України», 2017. — 348 с.
4. Клінічна фармакологія та фармакотерапія в стоматології: Навч. посіб. для мед. ун-тів, інст., акад. — 2-ге вид. Рекомендовано Вченою радою НМАПО ім. П.Л. Шупика / Мазур І.П., Хайтович М.В., Голопихо Л.І. — К., 2019. — 376 с.
5. Крок-2. Тести з терапевтичної стоматології. Збірник завдань для підготовки до тестового екзамену з терапевтичної стоматології. / За ред. Проф.. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ «Медицина», 2011. – 286 с.
6. Рибалов О.В., Петрушанко Т.О., Литовченко І.Ю. Губи та їх захворювання: Навчальний посібник. – Полтава, 2018. – 135 с.
7. Петрушанко Т.О., Островська Л.Й., Іленко Н.М. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: Навчальний посібник / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, Н.М. Іленко. – Київ: «Центр учбової літератури», 2019. – 259 с.

## **Практичне заняття № 5**

**Тема:** Сучасні технології лікування пульпітів та періодонтитів. Фізичні фактори в лікуванні ускладненого карієсу.

**Мета:** ознайомитися з основними методами лікування пульпітів і періодонтитів;

- ознайомитися з методами механічної, хімічної, медикаментозної обробки корневих каналів;
- ознайомитися з фізичними методами діагностики і дифдіагностики пульпітів і періодонтитів;
- ознайомитися з сучасними технологіями пломбування корневих каналів;
- ознайомитися з фізичними методами лікування пульпітів і періодонтитів.

**Основні поняття:**

**Обладнання:** учбова кімната, мультимедійна презентація з теми заняття, ноутбук.

**Навчальний час:** 2 години

### План

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

Ускладнення карієсу - пульпіт і періодонтит - складають не менше 43-50% у структурі стоматологічних захворювань у віці до 44 років, а запальний процес в періодонті не менше чим в 50% випадків є причиною видалення зубів у віковій групі старше 50 років. Це захворювання виникає у порожнині зуба,

обмеженій твердими стінками зуба, тому має своєрідну клінічну картину. Деякі форми пульпіту та періодонтиту мають змінений перебіг, приховану клініку, подібну до інших уражень зубів. Виникають значні труднощі в діагностиці, вибору адекватних методів лікування та запобігання ускладнень. Пульпіт та періодонтит, їх ускладнення негативно впливають на стан здоров'я населення, особливо молодого покоління, що призводить до погіршення соціального, морального стану, а досконале знання, правильний вибір фізичних факторів в лікуванні пульпітів і періодонтитів приводить до значного покращення якості лікування та скорочення строків, профілактиці можливих ускладнень і, як наслідок, знижуються матеріальні витрати на проведення лікувально-профілактичних заходів.

II. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць);

- *ЗНАТИ*:

1. сучасні пломбувальні матеріали для кореневих каналів;
2. фізичні методи діагностики і лікування пульпіту та періодонтиту;
3. сучасні методи механічної і медикаментозної обробки кореневих каналів;
4. сучасні методи і засоби пломбування кореневих каналів;

- *ОВОЛОДІТИ І МЕТОДАМИ*:

1. складати план лікування різних форм пульпітів і періодонтитів;
2. проводити біологічний та хірургічний методи лікування пульпітів;
3. проводити механічну і медикаментозну обробку кореневих каналів;
4. оволодіти методиками обробки KK Step back, Crown Down, збалансованої сили;
5. проводити фізичні методи діагностики і лікування пульпітів і періодонтитів;
6. пломбувати кореневі канали пастами, цементами;
7. пломбувати кореневі канали силерами та філерами.

2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття:

A. Питання для самоконтролю

1. Анатомічна будова порожнини зуба.
2. Класифікації пульпітів та періодонтитів.
3. Сучасні методи лікування пульпітів.
4. Сучасні методи лікування періодонтитів.
5. Які фізичні методи можна використовувати при лікуванні та профілактиці пульпітів та періодонтитів?
6. Інструменти для ендодонтичної обробки кореневих каналів.

7. Методи механічної обробки корневих каналів.
8. Засоби та способи обробки корневих каналів.
9. Які пломбувальні матеріали використовуються для пломбування КК?
10. Які філери використовуються при пломбуванні КК?
11. Які способи пломбування КК Ви знаєте?
12. Які інструменти та засоби використовуються при пломбуванні КК?

Б. Тести для самоконтролю

1. Який інструмент використовують для пломбування кореневого каналу методом гарячої латеральної конденсації гутаперчі?
  - A. гладилка
  - B. коренева голка
  - C. основний штифт
  - D. розігрітий плагер
  - E. зонд стоматологічний
2. За допомогою якого тесту можна визначити розмір основного штифта?
  - A. рентгенологічний
  - B. міографічний
  - C. ЕОД
  - D. електрохімічний
  - E. біологічний
3. На яку довжину вводять майстер-штифт?
  - A. на 1/3 кореневого каналу
  - B. на 2/3 кореневого каналу
  - C. до фізіологічної верхівки
  - D. до анатомічної верхівки
  - E. з виведенням за верхівку
4. При обстеженні кореневого каналу 23 зуби виявлено, що кореневий канал добре прохідний. Який пломбувальний матеріал слід використати для пломбування зуба?
  - A. форадент
  - B. фосфат-цемент
  - C. гутаперчу з силером
  - D. резорцин-формалінову суміш
  - E. нічого з перерахованого
5. Який пломбувальний матеріал слід використовувати як силер при пломбуванні кореневого каналу гутаперчею?
  - A. резодент
  - B. каріосан
  - C. форедент
  - D. адгезор
  - E. ендометазон
6. У хворої 26 років діагностовано хронічний фіброзний пульпіт 21 зуба. Як метод лікування вибрана методика вітальної екстирпації. Для реставрації коронки зуба вибраний гібридний фотополімерний композит. Виберіть матеріал і метод пломбування кореневого каналу в 21 зубі після екстирпації пульпи:
  - A. Полімерний сілер, холодна латеральна конденсація гутаперчі

- В. Резорцин-формальдегідний матеріал
- С. Цинкоксифосфатний цемент
- Д. Склоіономерний цемент
- Е. Цинкоксидевгенольний матеріал, холодна латеральна конденсація гутаперчі
7. У хворого діагностовано форму пульпіту, що підлягає консервативному лікуванню. Складено план лікування в три відвідування. Яким етапом повинні завершитися перші відвідування, якщо слідувати стандартній схемі лікування?
- А. Накладенням тимчасової пломби на 2-3 доби
- В. Накладенням тимчасової пломби на 7-10 діб
- С. Накладенням герметичної пов'язки на 1 добу
- Д. Накладенням пов'язки на 3-5 діб
- Е. Накладенням рихлої пов'язки на 1 добу
8. Для лікування пульпіту 46 зуба вибраний консервативний метод. План лікування складений по стандартній схемі. Вкажіть етап лікування, наступний за медикаментозною обробкою каріозної порожнини під час перших відвідувань:
- А. Препарування
- В. Накладення лікувальної прокладки
- С. Накладення ізолюючої прокладки
- Д. Накладення тимчасової пломби
- Е. Накладення постійної пломби
9. Хворого турбує відчуття дискомфорту, відчуття розпирання в 35 зубі, ретенція їжі між нижніми лівими премолярами. Об'єктивно: на медіальній поверхні 35 зуба глибока каріозна порожнина з пігментованими, щільними стінками, що сполучається з пульповою камерою. Зондування коронкової пульпи безболісне, вустя пульпи чутливі. Перкусія 35 зуба слабо болісна. Виберіть метод лікування:
- А. Консервативний
- В. Вітальна пульпотомія
- С. Вітальна пульпектомія
- Д. Девітальна пульпотомія
- Е. Девітальна пульпектомія
10. У хворого 64 років при лікуванні хронічного фіброзного пульпіту девітальним методом унаслідок необґрунтованого збільшення термінів девіталізації виникло ураження періодонта девіталізуючим засобом. Який препарат, що впливає на біохімічний механізм девіталізації, слід застосувати для лікування періодонтиту?
- А. Хлоровмісний антисептик
- В. Комбінацію антибіотиків
- С. Кисневмісний антисептик
- Д. Унітіол
- Е. Йодовмісний антисептик

III. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками..., проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

А. Питання для самоконтролю

1. Класифікація матеріалів для пломбування корневих каналів.



2. Характеристики пластичних пломбувальних матеріалів, що не твердіють.
3. Характеристики пластичних пломбувальних матеріалів, що твердіють.
4. Види тверді пломбувальні матеріали.
5. Методи пломбування кореневих каналів пастами та цементами.
6. Методи пломбування КК філерами.
7. Які силери використовуються разом з філерами? Їх особливості?
8. Методи контролю якості пломбування кореневих каналів.
9. Помилки та ускладнення при обтюрації кореневих каналів.
10. Методи медикаментозної обробки кореневих каналів.
10. Засоби для обробки кореневих каналів?
11. Інструменти, які використовуються для обтюрації кореневих каналів гутаперчею?
12. Назвіть недоліки методу обтюрації кореневих каналів одним штифтом.
13. Як визначити розмір первинного штифта (master point)?
14. За допомогою яких тестів можна визначити розмір первинного штифта?
15. Що таке електрознеболення?
16. Які методики електрофорезу використовуються при лікуванні пульпіту?
17. Що таке діатермокоагуляція?
18. Які фізичні фактори можна використовувати при біологічному методі лікування пульпіту?
19. Які фізичні фактори можна використовувати при лікуванні періодонтиту?
20. Які фізичні фактори можна використовувати при ускладненнях пульпіту та періодонтит?

Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.

11. Хворий звернувся за невідкладною допомогою з скаргами на мимовільний, нападopodobний біль в правій половині голови впродовж останньої доби, порушення сну. Больові напади знімає самостійно за допомогою холодної води.

Об'єктивно: зубні ряди інтактні, окрім 16 зуба, на дистальній поверхні якого виявлена глибока каріозна порожнина. Який результат електроодонтодіагностики відповідатиме суб'єктивній симптоматиці?

- A. 0, 5-0,8мкА
- B. 3-4мкА
- C. 2-6мкА
- D. 30-40мкА
- E. 100-200мкА

12. Хворому Д., 20 років, проведено лікування 37 зуба з приводу загострення хронічного фіброзного періодонтиту. Кореневі канали погано прохідні. Який пломбувальний матеріал показаний для кореневих каналів в даному випадку?

- A форадент
- B гутаперча
- C фосфат-цемент
- D кальмецин-паста
- E нічого з перерахованого

13. Хворому П., 35 років, була проведена механічна і медикаментозна обробка кореневого каналу 31 зуба з приводу гострого гнійного періодонтиту. Який пломбувальний матеріал слід використати для пломбування кореневого каналу?

- A гутаперчу
- B парацин-цемент
- C форадент
- D резорцин-формалинову пасту
- E нічого з перерахованого

14. У пацієнта 17 років в наслідок травми відбувся відлом частини коронки 21 зуба, з частковим оголенням пульпи. Хворий звернувся до лікаря через 3 години після травми. Хлопець практично здоровий. Яку лікувальну пасту у даному випадку слід застосувати для подальшої терапії травматичного ушкодження?

- A Гідроксидкальційвмісна паста.
- B Цинк-евгенолова паста.
- C Резорцин-формалінова паста.
- D Миш'яковиста паста.
- E Параформальдегідна паста.

15. Пацієнт 20 років внаслідок травми скаржиться на різкий біль від холодного і при доторканні язиком до зуба. Об'єктивно: в 11 зубі - косий перелом на 2/3 його коронкової частини зі значним оголенням пульпи. Визначається різкий біль і кровоточивість при обстеженні лінії перелому. Перкусія 11 болісна, зуб дещо рухомий у вестибуло-оральному напрямку. Який метод лікування найбільш доцільно використовувати в даному випадку?

- A Вітальну екстирпацію.
- B Вітальну ампутацію.
- C Біологічний метод.
- D Девітальну ампутацію.
- E Девітальну екстирпацію.

16. Пацієнт 29 л. звернувся в клініку зі скаргами на наявність порожнини в 25 зубі. Вставлено діагноз – хронічний фіброзний пульпіт 25 зуба. Як правильно заповнити кореневий канал пломбувальним матеріалом?

- A На рівні фізіологічної верхівки кореня.
- B Не доходячи 1.0 – 1.5 мм до рентгенологічної верхівки кореня.
- C Не доходячи 2.0 – 2.5 мм до рентгенологічної верхівки кореня.
- D Не доходячи 3.0 – 3.5 мм до рентгенологічної верхівки кореня.
- E На рівні анатомічної верхівки кореня.

17. Під час лікування гострого глибокого карієсу 16 зуба у пацієнтки 18 років було перфоровано пульпову камеру. Перфорація у вигляді крапки в проекції рогу пульпи. Який метод лікування доцільно застосувати в даному випадку.

- A Біологічний метод.
- B Вітальна ампутація.
- C Девітальна ампутація.
- D Девітальна екстирпація.
- E Накласти ізолюючу прокладку та постійну пломбу.

18. У випадках больових відчуттів при зондуванні і кровоточивості з кореневого каналу слід віддати перевагу?
- A Тактиці видалення зуба, бо надалі грануляційна тканина резорбує дентин і цемент кореня.
  - B Тактиці застосування миш'яковистої пасти, оскільки лікувати такий зуб потрібно, як пульпіт.
  - C Тактиці проведення діатермокоагуляції і безпосереднє пломбування.
  - D Тактиці проведення електроодонтометрії.
  - E Тактиці закриття зуба лікувальною пов'язкою.
19. При лікуванні хронічного гранулюючого періодонтиту пломбувати канали нетверднучими пастами?
- A Можна, на 3-6 місяців, бо контакт пасти з тканинами запаленого періодонту дає лікувальний ефект і сприятиме його регенерації.
  - У Не слід, тому що ці пасти розсмоктуватимуться за рахунок грануляційної тканини.
  - З Можна і потрібно, оскільки завжди є можливість виправити дефекти пломбування.
  - D Можна за наявності норицевого ходу, тим більше доцільно, бо лікарські речовини, що входять до складу пасти сприятимуть його закриттю.
  - E Не можна, оскільки нетверднуча паста не забезпечує герметизму в каналі.
20. На клітини епітелію при хронічному гранулематозному періодонтиті можуть впливати раціональніше всього методи?
- A Виведення за верхівку зуба фосфат-цементу або іншого пломбувального матеріалу.
  - B Дія сильних кислот.
  - C Заапикальна діатермокоагуляція.
  - D Йод-електрофорез.
  - E Резекція верхівки кореня.
21. Краще всього зняти біль, що виник відразу після пломбування каналу?
- A Лідокаїновою блокадою по перехідній складці.
  - B Діадинамічним струмом.
  - C Ін'єкцією антибіотиків.
  - D Введенням гідрокортизону в перехідну складку.
  - E Зробити розріз.
22. Провідним критерієм оцінки віддалених результатів лікування періодонтиту є?
- A Відсутність скарг.
  - B Рубцювання норицевого ходу.
  - C Якісне пломбування кореневого каналу.
  - D Відсутність вогнища рентгенологічного розрідження кістки біля верхівки кореня.
  - E Відсутність болю при механічному навантаженні.
23. У разі так званого залишкового пульпіту в зубі з погано прохідними каналами необхідно зробити?
- A Новокаїнову блокаду.
  - B Антибіотики з кортикостероїдами.
  - C Електрофорез з препаратами йоду.
  - D Накласти миш'яковисту або параформальдегідную пасту.
  - E Діатермокоагуляцію.

В. Задачі для самоконтролю.

### Задача №1

До стоматолога звернувся хворий В., 26 років, з скаргами на ниючі болі в 25 зубі, які виникали і у минулому. Перкусія зуба і пальпація прилеглих ясен в області лункового підвищення болючі, гіперемія і набряк слизової оболонки ясен біля 25 зуба. Коронка 25 частково зруйнована, зондування безболісно. На рентгенограмі в біля верхівки кореня 25 зуба зона розрідження кістки з нерівними краями 1,0x2,0 мм.

1. Про які захворювання йде мова?
2. Найбільш вірогідний діагноз.
3. Які дані завдання підтверджують діагноз?
4. Які додаткові методи дослідження можуть підтвердити діагноз?
5. Методика лікування.
6. Фізичний метод лікування

### Задача №2

Хворий З, 19 років, скаржиться на забарвлення зуба. З анамнезу встановлена наявність травми верхніх фронтальних зубів. Над 12 зубом слизова оболонка синюшного забарвлення, перкусія безболісна, ЕОД - на силу струму 120 мкА зуб не реагує. У 12 зубі на апроксимально-медіальній поверхні пломба з композитного матеріалу. На рентгенограмі канал 12 зуба запломбований не до кінця, біля верхівки розширення періодонтальної щілини і вогнище резорбції кісткової тканини округлої форми, з чіткими контурами, розміром 0,3x0,5 мм.

1. Про які захворювання йде мова?
2. Найбільш вірогідний діагноз.
3. Які дані завдання підтверджують діагноз?
4. Методика лікування.
5. Фізичний метод лікування.

### Задача №3

Хворий Д., 18 років, скаржиться на різкий біль в 24 зубі при прийомі холодної і, особливо гарячої їжі. Біля півроку тому цей зуб турбував. Об'єктивно визначається зміна кольору коронки 24 зуба, яка придбала сірий відтінок. На апроксимально-медіальній поверхні глибока каріозна порожнина, поверхнєве зондування якої безболісне. Глибоке зондування і хімічні подразники викликають больову реакцію. Після усунення подразника біль стихає поступово.

1. Про які захворювання йде мова?
2. Найбільш вірогідний діагноз.
3. Які дані задачі підтверджують діагноз?
4. Які додаткові методи дослідження можуть підтвердити діагноз?
5. Методика лікування.
6. Фізичний метод лікування.

*Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати під час практичного заняття:*

1. Складати план обстеження хворого з пульпітом і періодонтитом;
2. Проводити фізичні методи діагностики пульпітів і періодонтитів;
3. Визначати метод лікування пульпіту по показанням;
4. Проводити біологічний і хірургічні методи лікування пульпітів;

5. Скласти план лікування гострого, хронічного та загостреного періодонтитів;
6. Проводити механічну і медикаментозну обробку КК;
7. Оволодіти методиками обробки КК Step Back, Crown Down, збалансованої сили;
8. Пломбувати КК пастами, склоіономерними цементами, силерами з гутаперчевими штифтами;
9. Проводити фізичні методи лікування пульпітів і періодонтитів, їх ускладнень.

#### IV. Підведення підсумків

Підведення підсумків проводиться наприкінці практичного заняття. Оцінювання рівня знань здобувачів освіти здійснюється за 4-х бальною шкалою. Підсумкова оцінка за практичне заняття містить такі складові, як оцінювання теоретичних знань з теми заняття, оцінка практичних навичок та маніпуляцій, оцінювання роботи із пацієнтом, з обов'язковим оголошенням здобувачам освіти. Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

#### Список рекомендованої літератури

##### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / За ред. Анатолія Ніколішина – Вид. 2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – 680 с.
2. Терапевтична стоматологія: У 4-х т. — Т. 2. Карієс. Пульпіт. Періодонтит. Ротовий сепсис: Підручник для студ. стомат. ф-тів. мед. ЗВО. — 3-тє вид. Рекомендовано МОЗ / За ред. А.В. Борисенка. — К., 2020. — 592 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія за ред. проф. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2017. – 664 с.
4. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта за ред. проф. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2018. – 504 с.

##### Додаткова:

1. Терапевтична стоматологія: у 4 томах. Том 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота: підручник / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, О.Ф. Несин та ін. — К.: «Медицина», 2010. – 640 с.
2. Біденко Н.В., Борисенко А.В., Васильчук О.В. та ін.. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». – Київ: Книга-плюс, 2017. – 455 с.

3. Борисенко А.В., Антоненко М.Ю., Сідельнікова Л.Ф., Мельничук Т.А. Нариси практичної пародонтології. – К.: ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України» – Київ: «Бібліотека «Здоров'я України», 2017. — 348 с.
4. Клінічна фармакологія та фармакотерапія в стоматології: Навч. посіб. для мед. ун-тів, інст., акад. — 2-ге вид. Рекомендовано Вченою радою НМАПО ім. П.Л. Шупика / Мазур І.П., Хайтович М.В., Голопихо Л.І. — К., 2019. — 376 с.
5. Крок-2. Тести з терапевтичної стоматології. Збірник завдань для підготовки до тестового екзамену з терапевтичної стоматології. / За ред. Проф. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ «Медицина», 2011. – 286 с.
6. Рибалов О.В., Петрушанко Т.О., Литовченко І.Ю. Губи та їх захворювання: Навчальний посібник. – Полтава, 2018. – 135 с.
7. Петрушанко Т.О., Островська Л.Й., Іленко Н.М. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: Навчальний посібник / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, Н.М. Іленко. – Київ: «Центр учбової літератури», 2019. – 259 с.

## **Практичне заняття № 6**

**Тема:** Диференційна діагностика катарального, гіпертрофічного, виразково-некротичного гінгівітів та локалізованого пародонтита. Лікування та профілактика. Використання фізичних факторів в діагностиці та лікуванні запальних хвороб пародонта.

**Мета:** Ознайомитись:

- з анатомо - фізіологічними даними пародонту;
- з механізмом розвитку запальних захворювань тканин пародонта;
- клінічними признаками запальних захворювань тканин пародонта;
- з основними принципами диференційної діагностики запальних захворювань тканин пародонта.

**Основні поняття:** пародонт, гінгівіт, пародонтит

**Обладнання:** учбова кімната, мультимедійна презентація з теми заняття, ноутбук.

**Навчальний час:** 2 години

### План

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

Захворювання тканин порожнини рота характеризуються великою різноманітністю семіотичних та нозологічних форм. Запальні захворювання тканин пародонту зустрічаються в практиці лікаря-стоматолога досить часто.

Виникнення запальних захворювань тканин пародонту зв'язано як з впливом місцевих факторів, так і з порушенням стану внутрішніх органів та систем організму. Діагностика запальних захворювань тканин пародонту з використанням клінічних і допоміжних методів, а також вивчення механізмів патогенезу є актуальною проблемою.

Проблема лікування захворювань пародонту до цього часу лишається актуальною. Актуальність цього питання особливо зростає в наш час у зв'язку з

наявністю несприятливих екологічних умов, зниження захисних властивостей організму людини, поширення соматичної патології, що сприяє розвитку и поширенню захворювання, а нерідко обумовлює і їхнє швидке прогресування. Тому інтерес до застосування препаратів комплексної дії, нових лікарських форм и медикаментів, нових методик лікування постійно зростає.

II. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць);

- *знати:*

- механізм розвитку запальних захворювань тканин пародонта під впливом місцевих факторів;
- основні клінічні ознаки запальних захворювань тканин пародонта;
- методи клінічного і додаткового обстеження хворих;
- основні принципи диференційної діагностики запальних захворювань тканин пародонта.
- загальні та місцеві методи лікування запальних захворювань тканин пародонта;
- фізичні методи лікування та профілактики хвороб пародонта.

- *вміти:*

- оцінити візуально стан пародонту, наявність патологічних змін;
- провести пародонтальні індекси (ПП, РМА);
- пробу Шилера - Писарева;
- виміряти глибину ясеневі кишені;
- проводити аналіз рентгенограм;
- проводити диференційну діагностику запальних захворювань тканин пародонта;
- складати план лікування запальних захворювань тканин пародонта в залежності від форми, перебігу та ступеня важкості;
- складати план профілактичних заходів при запальних захворюваннях тканин пародонта.

2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття:

1. Класифікація захворювань пародонту, якої дотримується кафедра
2. Основні і додаткові методи обстеження хворих з ураженнями пародонту
3. Індексна оцінка стану пародонта
4. Перелічіть основні місцеві фактори, що впливають на розвиток захворювань пародонту.
5. Які загальні фактори впливають на розвиток гіпертрофічного гінгівіту?
6. Симптомом яких захворювань може бути гіпертрофічний гінгівіт?

1. Назвіть комплекс тканин, об'єднаних поняттям "пародонт"?

А - Ясна, періодонт, кругова зв'язка.

В - Ясна, періодонт, кістка альвеоли, тканини зуба.

С - Ясна, кістка альвеоли, кругова зв'язка.

Д - Ясна, періодонт, кістка альвеоли.

Е - Ясна, кістка альвеоли, тканини зубу.

2. Які із вказаних нижче факторів являються найбільш суттєвими в виникненні захворювань пародонту?

А - Неякісна гігієна порожнини роту, наявність зубного наліту.

В - Механічна, або клінічна травма.

С - Контактна дія алергена (щітка, зубна паста).

Д - Всі вище вказані.

Е - Підвищенна активність амілази слини.

3. З якою метою проводиться проба Шилера - Писарева?

А - Для оцінки стану ясен і характеру запального процесу.

В - Для контролю результатів лікування захворювань пародонту.

С - І перше, і друге.

Д - Для визначення якості гігієни.

Е - Для визначення насиченості вітаміна.

4. З якою метою при обстеженні хворих використовується індекс РМА?

А - Для визначення ступеню розповсюдженості ураження пародонту.

В - Для кількісного вивчення початкових змін в пародонті.

С - І те і друге.

Д - Для вивчення кількості глікогена в пародонті.

Е - Для визначення вмісту кисню в тканинах пародонту.

5. Які із нижче вказаних речовин визначають бактерицидність слини?

А - Солі кальція і фосфора.

В - Амілаза, фосфатаза.

С - Протеолітичні ферменти.

Д - Лізоцим, роданіди.

Е - Гліколітична мікрофлора.

6. Яка ціль використання індекса РМА при обстеженні хворих з захворюваннями пародонту?

А - для визначення кількості глікогену в яснах

В - для визначення ступеня розповсюдженості уражень пародонту

С - для визначення змісту кисня у тканинах пародонту

+Д - для кількісної оцінки запального процесу ясен

Е - для визначення стану кісткової тканини

7. З якою ціллю використовується пародонтальний індекс?

А - для визначення кількості глікогену в яснах

+ В - для визначення ступеня розповсюдженості уражень пародонту

С - для визначення змісту кисня у тканинах пародонту

Д - для кількісної оцінки запального процесу ясен

Е - для визначення стану кісткової тканини

8. Який індекс відноситься до пародонтальних?

А - індекс Федорова-Володкіної

В - індекс Грин-Вермільйона

С - індекс РМА



Д- індекс Сілнесс-Лоу

+Е- індекс КПП

9. Для вивчення функціонального стану судин пародонту використовується:

А- гістамінова проба

+В- вакумна проба

С- проба Ротера

Д- проба Шілера-Пісарева

Е- формалінова проба

10. Назвіть ознаки характерні для фіброзної форми гіпертрофічного гінгівіту

А- біль і кровотеча ясен

В- неприємний запах з роту

С- зміни в загальному стані організму

+ Д- зміни зовнішнього вигляду ясен

Е- ретракція ясен

11. Назвіть загальні фактори, які сприяють виникненню гіпертрофічного гінгівіту.

А- захворювання крові

В- цукровий діабет

С- гіповітаміноз

Д- вагітність

+ Е- все вище вказане

12. Назвіть характерні рентгенологічні ознаки гіпертрофічного гінгівіту

А- рівномірна деструкція міжальвеолярних перетинок і остеопороз

+В- розширення періодонтальної щілини в пришийковій ділянці і остеопороз

С- остеопороз і остеосклероз в тілі щелепи

Д- порушення цілісності компактної частинки міжальвеолярних перетинок

Е- деструкція міжальвеолярних перетинок до  $\frac{1}{2}$  довжини корня і остеопороз

13. Дівчина 18 років скаржиться на зростання, збільшення ясен біля передніх зубів верхньої та нижньої щелеп. Встановлено діагноз: гіпертрофічний гінгівіт середнього ступеня важкості. Який ступень зростання ясеневих сосочків у цієї хворої?

+А- до  $\frac{1}{2}$  висоти коронки

В- до  $\frac{1}{3}$  висоти коронки

С- до  $\frac{1}{4}$  висоти коронки

Д- до  $\frac{2}{3}$  висоти коронки

Е- покривають всю коронку

14. Хворому А., 16 років встановлен діагноз хронічний гіпертрофічний гінгівіт, середньої ступені важкості, фіброзна форма. Які ознаки характерні для цієї форми гінгівіту?

А- кровотеча і набряк ясен

В- кровотеча і розростання ясен

+С-розростання ясен і відсутність кровотечі

Д- відсутність розростання і набряку ясен

Е- наявність пародонтальної кишені

15. Хвора Т., 28 років, скаржиться на розростання ясен и кровоточивість під час їжі. Об'єктивно: ясені сосочки в ділянці 43, 42, 41, 31, 32, 33 зубів вкривають коронки зубів до 1/3, кровоточать, болісні при пальпації. Встановіть діагноз.

А- легка ступень важкості катарального гінгівіту

В- середня ступень важкості катарального гінгівіту

+С- гіпертрофічний гінгівіт, гранулююча форма, легка ступень важкості

Д- гіпертрофічний гінгівіт, гранулююча форма, середньої ступені

Е- гіпертрофічний гінгівіт, гранулююча форма, важкої ступені

III. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками..., проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми заняття.

№	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1.	Вивчати: етіологію і патогенез запальних захворювань пародонту	Назвати основні етіологічні фактори, як місцеві, так і загальні. Сформулювати механізм розвитку запальних захворювань пародонту	
2.	Клініку, діагностику	під впливом місцевих факторів Перерахувати основні клінічні ознаки запальних захворювань пародонту. Скласти послідовну схему використання основних клінічних і додаткових методів з метою діагностики запальних захворювань пародонту.	
3.	Диференційну		

	діагностику	Скласти і заповнити таблицю, де вказати з якими захворюваннями необхідно проводити диференційну діагностику запальних захворювань пародонту.	
4.	Методи лікування запальних захворювань пародонту.	Скласти план послідовних лікарських дій при лікуванні запальних захворювань пародонту в залежності від форми, перебігу та ступеня важкості	

*А. Питання для самоконтролю*

1. Які із об'єктивних ознак найбільш характерні для катарального гінгівіту?
2. Які із об'єктивних ознак найбільш характерні для виразкового гінгівіту?
3. Які із об'єктивних ознак найбільш характерні для гіпертрофічного гінгівіту різних форм?
4. Які із об'єктивних ознак найбільш характерні для локалізованого пародонтиту?
5. Основні принципи диференційної діагностики запальних захворювань тканин пародонту
6. Фізичні методи лікування катарального гінгівіту?
7. Фізичні методи лікування виразкового гінгівіту?
8. Фізичні методи лікування гіпертрофічного гінгівіту?
9. Можливі помилки і ускладнення при використанні фізичних чинників в стоматології?
10. Які Ви знаєте протипоказання до використання фізичних чинників в стоматології?

*Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.*

1. Пацієнт 45 років скаржиться на підвищену чутливість зубів від термічних та хімічних подразників, появу "порожнин" в зубах на верхній щелепі. Об'єктивно: ясна анемічні, щільні, не кровлять. Корені зубів оголені на 1/3. Рухомості зубів немає. В пришийковій ділянці 13, 12, 11, 21, 22, 23 дефекти у вигляді клину. Яке захворювання у пацієнта?
  - А. Атрофічний гінгівіт.
  - В. Пародонтит.
  - С. Пародонтоз.
  - Д. Вікові зміни пародонту.
  - Е. Пародонтальний симптомокомплекс при анемії.
2. Вагітна 20 років скаржиться на розростання ясен, кровоточивість та болючість при вживанні їжі та чистці зубів. Об'єктивно: ясенні сосочки на верхній та нижній щелепах гіперемовані, покривають коронки зубів на 1/2, кровоточиві, болючі.

Фестончастість ясенного краю порушена. Який найбільш імовірний діагноз у вагітної?

- А. Гострий катаральний гінгівіт.
- В. Хронічний катаральний гінгівіт.
- С. Загострення пародонтиту.
- Д. Гіпертрофічний гінгівіт, набрякова форма.
- Е. Гіпертрофічний гінгівіт, фіброзна форма.

3. Пацієнт 19 років, водій, скаржиться на нездужання, підвищення температури, біль в яснах, неприємний запах з рота. Об'єктивно: ясенні сосочки та ясенний край сіруваті, пухкі, легко видаляються з оголенням виразкової, кровоточивої та різко болючої поверхні. Слизова порожнина рота рожева. Який найбільш імовірний діагноз у пацієнта?

- А. Гострий виразковий гінгівіт.
- В. Гострий лейкоз.
- С. Свинцевий гінгівіт.
- Д. Гангренозний гінгівіт.
- Е. Хронічний виразковий гінгівіт.

4. У пацієнта 18 років виявлено діагноз “Хронічний катаральний гінгівіт”. При рентгенологічному дослідженні виявлено остеопороз альвеолярної кістки. Яка патогенетична терапія призведе до ліквідації захворювання.

- А. Імуномодулююча терапія.
- В. Електрофорез препаратів кальцію.
- С. Антибіотикотерапія.
- Д. Вітамінотерапія.
- Е. Антигістамінна терапія.

5. Хвора П., звернулась до стоматолога на консультацію. Вагітність – 4 місяці. Об'єктивно: край ясен, ясеневі сосочки щільні в вигляді валика і збільшені на 1/3 висоти коронки зуба, овальної форми. Ваш попередній діагноз?

- А. Катаральний гінгівіт
- В. Пародонтит
- С. Гіпертрофічний гінгівіт
- Д. Виразковий гінгівіт
- Е. Пародонтоз

6. Хворий А., 27 років, скаржиться на кровотечу з ясен під час чистки зубів. Ясна гіперемовані, дещо набряклі, болісні при дотику. На рентгенограмі відсутні зміни в міжзубних перетинках. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Початковий ступінь пародонтозу
- В. Початковий ступінь пародонтиту
- С. Катаральний гінгівіт
- Д. Виразково-некротичний гінгівіт
- Е. Гіпертрофічний гінгівіт

7. Хворий Н., 23 роки, звернувся зі скаргами на біль у яснах, неприємний запах з рота, погіршення загального стану. Було поставлено діагноз “виразково-некротичний гінгівостоматит”. Найбільш ефективним антимікробним засобом у цьому випадку слід вважати:

- A. Метранідазол
- B. Хлоргекседин біглюконат
- C. Етоній
- D. Хлорофеліпт
- E. Сангвіритрин

8. Хворий, 22 років, звернувся зі скаргами на загальну слабкість, підвищення температури до 38°C, затруднення прийому їжі, сильні болі в ротовій порожнині. Враховуючи наявність численних виразок в різних відділах ротової порожнини був поставлений діагноз – “виразково-некротичний стоматит”. Назвіть мікроорганізми-збудники хвороби?

- A. Спірохети Венсана
- B. Симбіоз актиноміцетів і спірохет
- C. Тріхомонади
- D. Симбіоз веретеноподібної палички і спірохет
- E. Стафілококи

9. Хворий З., 25 років, зі скаргами на кровотечу ясен під час вживання жорсткої їжі. Було поставлено діагноз “генералізований катаральний гінгівіт, хронічний перебіг”. Розповсюдженість запального процесу визначають за допомогою?

- A. Індексу РМА
- B. Індексу Гріна-Вермільона
- C. Пародонтального індексу
- D. Індексу Федорова-Володкіної
- E. Формалінової проби

10. Ясенна борозна знаходиться на рівні:

- A. Екватора коронки зуба
- B. Емалево - цементного з'єднання
- C. Горбків коронки зуба
- D. Емалево - дентиного з'єднання
- E. Дентино - цементного з'єднання

11. При обстеженні хворого лікар з метою оцінки якості, гігієнічного догляду за ротовою порожниною використовував індекс Федорова-Володкіної. Цей індекс визначають в ділянці :

- A. 43, 42, 41, 31, 32, 33 зубів
- B. 16, 11, 21, 26, 36, 46 зубів
- C. 14, 11, 26, 31, 34, 46 зубів
- D. 13, 12, 11, 31, 22, 23 зубів
- E. 11, 21, 31, 36, 41, 46 зубів

12. Жінка віком 38 років звернулася зі скаргами на загальну слабкість, кровоточивість та розростання ясен. В анамнезі: протягом останніх п'яти років працює на Крайній Півночі, в харчовому раціоні не вистачає овочів та фруктів. Об'єктивно: ясенні сосочки, що розрослися, покривають коронки зубів, кровоточать при доторканні, петехіальні крововиливи на м'якому піднебінні. Проявом недостатності якого вітаміну може бути ця клінічна картина?

- A. Вітаміна А
- B. Вітаміна В1

- С. Вітаміна В2
- Д. Вітаміна РР
- Е. Вітаміна С

13. Жінка віком 45 років скаржиться на постійну гноетечу з ясен, погіршення загального стану. В анамнезі - постійне відчуття спраги, шкірне свербіння, сухість ротової порожнини. Який з лічених методів дослідження крові, необхідно провести цій хворий в першу чергу?

- А. Імунологічне дослідження
- В. Визначення вмісту віт. С
- С. Визначення вмісту цукру
- Д. Визначення вмісту заліза
- Е. Загальний розгорнутий аналіз

14. Один з імуноглобулінів є секреторним та виконує імунологічний захист ротової порожнини. Який це імуноглобулін?

- А. Ig A
- В. Ig G
- С. Ig M
- Д. Ig D
- Е. Ig E

15. На рентгенограмі лівої гілки нижньої щелепи в бічній косій проекції на рівні кута визначається осередок однорідного просвітлення кістки розміром 2х3 см. Контури його нерівні й нечіткі. Який морфологічний субстрат відображено в даній рентгенологічній картині ?

- А. Деструкція
- В. Остеопороз рівномірний
- С. Остеосклероз
- Д. Остеопороз плямистий
- Е. Остеоліз

16. Хворий віком 24 роки скаржиться на болісність та кровоточивість ясен. Турбує протягом двох років. Об'єктивно: слизова оболонка ясен набрякла, гіперемована, легко кровоточить, болісна під час пальпації. Який з методів дослідження дозволить встановити ступінь поширеності запального процесу ясен у цього хворого?

- А. Бензидинова проба
- В. Проба Кулаженко
- С. Проба Ротера
- Д. Проба Шилера-Пісарєва
- Е. Формалінова проба

17. При обстеженні пацієнта на захворювання пародонту було виявлено пародонтальні кишень. Глибину пародонтальних кишень в ділянці різців, іклів, премолярів визначають:

- А. З контактних поверхонь
- В. З вестибулярної поверхні
- С. З оральної, вестибулярної та контактних поверхонь
- Д. З оральної, та вестибулярної поверхонь

- Е. З оральної та контактних поверхонь
18. При обстеженні пародонтологічного хворого була використана формалінова проба. Формалінова проба використовується для:
- А. Визначення наявності пародонтальної кишені
  - В. Виявлення гнійного виділення з пародонтальної кишені
  - С. Визначення ступеню запалення ясен
  - Д. Визначення глибини пародонтальної кишені
  - Е. Визначення характеру флори в пародонтальній кишень
19. При обстеженні пародонтологічного хворого був підрахований пародонтальний індекс (РІ). При підрахунку цього індексу враховують:
- А. Наявність над'ясенних відкладень
  - В. Час утворення гематоми в яснах
  - С. Тяжкість деструктивного процесу в кістці
  - Д. Наявність гнійного виділення з пародонтальної кишені
  - Е. Дані реопародонтографії
20. При обстеженні пародонтологічного хворого лікар використав бензидинову пробу. Бензидинова проба застосовується для визначення:
- А. Глибини пародонтальної кишені
  - В. Гнійного виділення з пародонтальної кишені
  - С. Наявності пародонтальної кишені
  - Д. Наявності запалення в тканинах пародонту
  - Е. Наявності дістрофії в тканинах пародонту

*В. Задачі для самоконтролю.*

1. Хворий Д., 21 рік має скарги на біль і кровотечу ясен під час їжі, або чистки зубів. Об'єктивно: Ясна гіперемійовані набряклі, кровоточать при дотику. Пародонтальних кишень нема.

1. Який найбільш варогідний діагноз?

2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження діагнозу.

2. У хворого С., 30 років на підставі скарг і огляду порожнини роту було встановлено попередній діагноз "Хронічний катаральний гінгівіт". Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження діагнозу?

3. Хворий Д., 25 років, практично здоровий. Основні скарги на появу кровотечі ясен під час чістки зубів. При огляді: ясеневі сосочки в стані набряку, гіперемії. Індекс РМА = 33%.

1. Який найбільш вирогідний діагноз?

2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження діагнозу.

4. Хворий С., 58 років скаржиться на кровоточивість ясен і біль під час їжі. Відчуття виникли 3 дні тому після застуди. При огляді: ясна яскраво - червоного кольору, набрякла, кровоточить при дотику. Незначні зубні відкладення.

1. Встановіть діагноз

2. Які додаткові методи обстеження підтвердять діагноз?

5. Хворий А., 54 років звернувся зі скаргами на свербіж в яснах, кровоточивість, неприємний запах з рота. При огляді: Десна набрякла, болюча,

пародонтальні кишені 4-5 мм, з кишень виділяється ексудат. За допомогою якого методу можна визначити характер ексудату з пародонтальних кишень?

Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати під час практичного (лабораторного) заняття:

1. Виміряти глибину ясеневих кішень.
2. Провести пробу Шилера - Писарева.
3. Оцінити і описати рентгензнімки.
4. Визначити індекс гігієни.

Методика виконання роботи, етапи виконання.

### **Алгоритм проведення проби Шилера-Писарева**

- Ватними валиками ізолювати ділянку, яка досліджується, висушити зуби і ясна.
- Тримавши дзеркало у лівій руці відтягнути нижню губу до оголення нижніх фронтальних зубів та ясен.
- Пінцетом взяти ватну кульку та змочити у розчині Люголя.
- Нанести розчин на ясенний край з вестибулярної поверхні у ділянці нижніх фронтальних зубів.
- Оцінити ступінь зафарбованості ясен через 2-3 хвилини.
- Солом'яно-жовтий колір ясен – проба негативна, що свідчить про відсутність хронічного запалення.
- Світло-коричневий, коричневий колір ясен – слабо та помірно-позитивна проба (незначне (+), помірне (++) запалення).
- Інтенсивно темно-коричневий, горілий колір – позитивна проба, що свідчить про виражене запалення (+++, ++++).

### **Оцінка рентгенологічного дослідження.**

Опишіть рентгенологічні зміни в пародонті по внутрішньо - ротовій рентгенограмі. Рентгенологічні зміни в пародонті в залежності від характеру захворювання можуть бути:

- а) розширення періодонтальної щілини;
- б) остеопороз міжальвеолярної перегородки;
- в) деструкція кортикальної пластинки альвеоли;
- г) вертикальна і горизонтальна резорбція альвеолярного відростку;
- е) розлохмаченність верхівки міжальвеолярної перегородки.

### **Оцінка гігієнічного стану порожнини рота за індексом Федорова-Володкіної**

<b>№</b>	<b>Етапи</b>	<b>Зміст</b>
1.	Підготовка необхідних інструментів та барвників	- підготувати набір стоматологічного інструментарію, ватні кульки, р-н Шилера – Писарева або інший йодовмісний розчин.
2.	Нанесення барвника на поверхні коронок зубів	- ватну кульку, що утримується пінцетом, зволожити барвником; - кулькою пофарбувати вестибулярні поверхні нижніх фронтальних зубів.



3.	Якісна оцінка індексу за інтенсивністю забарвлення поверхні окремого зуба (в балах).	- провести якісну оцінку (в балах) за критеріями: 1 – забарвлення відсутнє; 2 – забарвлення слабе; 3 – забарвлення інтенсивне.
4.	Кількісна оцінка індексу за площею забарвлення поверхні окремого зуба	- провести кількісну оцінку забарвлення коронки (в балах) за критеріями: 1 – відсутність забарвлення; 2 – забарвлення до ¼ поверхні коронки зуба; 3 – забарвлення до ½ поверхні коронки зуба; 4 – забарвлення до ¾ поверхні коронки зуба; 5 – забарвлення усієї поверхні коронки зуба.
5.	Розрахунок кількісного індексу гігієни (ІГ)	- підрахувати індекс за формулою: $ІГ = \frac{\text{сума значень індексів всіх зубів}}{6}$
6.	Оцінка індексу гігієни порожнини рота	- оцінити індекс гігієни (ІГ): 1,1 – 1,5 б. – добрий; 1,6 – 2,0 б. – задовільний; 2,1 – 2,5 б. – незадовільний ; 2,6 – 3,4 б. – поганий; 3,5 – 5,0 б. – дуже поганий.

#### IV. Підведення підсумків

Підведення підсумків проводиться наприкінці практичного заняття. Оцінювання рівня знань здобувачів освіти здійснюється за 4-х бальною шкалою. Підсумкова оцінка за практичне заняття містить такі складові, як оцінювання теоретичних знань з теми заняття, оцінка практичних навичок та маніпуляцій, оцінювання роботи із пацієнтом, з обов'язковим оголошенням здобувачам освіти. Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

#### Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / За ред. Анатолія Ніколішина – Вид. 2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – 680 с.
2. Терапевтична стоматологія: у 4-х т. — Том 3. Захворювання пародонта:

підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін.; за ред. А.В. Борисенка. — 2-е вид., переробл. і допов. - 2018. — 624 с.

3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія за ред. проф. Борисенка А.В. — К.: Медицина, 2017. — 664 с.

4. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта за ред. проф. Борисенка А.В. — К.: Медицина, 2018. — 504 с.

Додаткова:

1. Терапевтична стоматологія: у 4 томах. Том 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота: підручник / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, О.Ф. Несин та ін. — К.: «Медицина», 2010. — 640 с.

2. Біденко Н.В., Борисенко А.В., Васильчук О.В. та ін.. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». — Київ: Книга-плюс, 2017. — 455 с.

3. Борисенко А.В., Антоненко М.Ю., Сідельнікова Л.Ф., Мельничук Т.А. Нариси практичної пародонтології. — К.: ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України» — Київ: «Бібліотека «Здоров'я України», 2017. — 348 с.

4. Клінічна фармакологія та фармакотерапія в стоматології: Навч. посіб. для мед. ун-тів, інст., акад. — 2-ге вид. Рекомендовано Вченою радою НМАПО ім. П.Л. Шупика / Мазур І.П., Хайтович М.В., Голопихо Л.І. — К., 2019. — 376 с.

5. Крок-2. Тести з терапевтичної стоматології. Збірник завдань для підготовки до тестового екзамену з терапевтичної стоматології. / За ред. Проф. А.В. Борисенка. — К.: ВСВ «Медицина», 2011. — 286 с.

6. Рибалов О.В., Петрушанко Т.О., Литовченко І.Ю. Губи та їх захворювання: Навчальний посібник. — Полтава, 2018. — 135 с.

7. Петрушанко Т.О., Островська Л.Й., Іленко Н.М. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: Навчальний посібник / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, Н.М. Іленко. — Київ: «Центр учбової літератури», 2019. — 259 с.

## Практичне заняття № 7

**Тема:** Диференційна діагностика пародонтиту та пародонтозу. Сучасні методи лікування та профілактика. Використання фізичних факторів в діагностиці та лікуванні дистрофічно-запальних та дистрофічних хвороб пародонта.

**Мета:** - ознайомитися з основними симптомами пародонтиту та пародонтозу;  
- ознайомитися з основними, додатковими методами діагностики захворювань пародонта;  
- ознайомитися з основами диференційної діагностики хвороб пародонта;  
- ознайомитися з сучасними методами лікування захворювань пародонта.

**Основні поняття:** пародонт, пародонтит, пародонтоз, фізичні фактори

**Обладнання:** учбова кімната, мультимедійна презентація з теми заняття, ноутбук.

**Навчальний час:** 2 години

### План

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

Захворювання пародонта - одна з найбільш поширених і складних патологій щелепно-лицьової ділянки. По даним ВООЗ, функціональні розлади зубощелепної системи, обумовлені втратою зубів від захворювань пародонту, розвиваються в 5 разів частіше, ніж при ускладненнях карієсу. Пародонтит вражає осіб, починаючи з 11 - 12-річного віку (8-10%), досягаючи найбільш інтенсивного розвитку в 30-50 років і старше (близько 60-65%). Таким чином, виключно висока поширеність хвороб пародонту, що мають першорядне значення у виникненні вогнищ інтоксикації, алергізації, інфекції, рефлекторної патології, висуває необхідність надання стоматологічної допомоги на перше місце серед причин загальносоматичної захворюваності дітей і всього дорослого населення країни.

II. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць);

- *знати:*

1. основні, додаткові, лабораторні методи обстеження хворих з захворюваннями пародонта;
2. фізичні методи діагностики та лікування захворювань пародонта;
3. рентгенологічні методи дослідження пародонта;
4. загальні методи лікування генералізованого пародонтиту та пародонтозу;
5. фізичні методи для лікування та профілактики хвороб пародонта.

- *вміти:*

1. визначати пародонтальні індекси та спеціальні проби при захворюваннях пародонта;
2. проводити фізичні методи діагностики стану пародонта;
3. проводити диференційну діагностику генералізованого пародонтиту та пародонтозу;
3. складати план лікування генералізованого пародонтиту та пародонтозу в залежності від тяжкості процесу;
4. призначати методику лікування конкретному пацієнтові з генералізованим пародонтитом та пародонтозом;
5. складати план профілактичних заходів при захворюваннях пародонта.

2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття:

1. Запалення, обумовлене несприятливою дією місцевих і загальних чинників, що протікає без порушення цілісності зубоясеневого з'єднання, це:

A. гінгівіт.

- В. пародонтит.
  - С. пародонтоз.
  - Д. папіліт.
  - Е. епуліс.
2. При інтактному пародонті ясенева борозна містить:
- А. мікробні асоціації.
  - В. ексудат.
  - С. ясеневу рідину.
  - Д. грануляційну тканину.
  - Е. зубну бляшку.
3. Розчин Шилера-Пісарева застосовують для:
- А. визначення індексу гігієни.
  - В. визначення індексу ПМА.
  - С. контролю чищення зубів.
  - Д. визначення індексу СПТН.
  - Е. визначення зубного каменя.
4. Полярографія застосовується для визначення:
- А. стану капілярів.
  - В. стану венул
  - С. парціального тиску кисню.
  - Д. парціального тиску вуглекислого газу.
  - Е. мікроциркуляції.
5. Капіляроскопія застосовується для визначення:
- А. стану капілярів.
  - В. стану венул.
  - С. мікроциркуляції.
  - Д. парціального тиску кисню.
  - Е. парціального тиску вуглекислого газу.
6. Метронідозол є етіотропним засобом при лікуванні:
- А. катарального гінгівіту.
  - В. виразково-некротичного гінгівіту.
  - С. пародонтозу.
  - Д. пародонтиту легкого ступеня тяжкості.
  - Е. пародонтиту важкого ступеня тяжкості
7. Генералізований пародонтит - захворювання:
- А. запальне.
  - В. запально-дистрофічне.
  - С. дистрофічне.
  - Д. дистрофічно-запальне

Е. пухлино подібне

8. Підвищення температури тіла визначається при:

А. хронічному катаральному гінгівіті.

В. пародонтальному абсцесі.

С. виразково-некротичному гінгівіті.

Д. пародонтозі.

Е. гіпертрофічному гінгівіті.

9. Кишеня при пародонтиті легкого ступеня тяжкості:

А. 1-2 мм

В. 2-3 мм

С. 3-4 мм

Д. 4-5 мм

Е. більше 5 мм.

10. Кишеня при пародонтиті середнього ступеня тяжкості:

А. 1-2 мм

В. 2-3 мм

С. 3-4 мм

Д. 4-5 мм

Е. більше 5 мм.

11. При пародонтиті середнього ступеня тяжкості рухливість зубів:

А. немає

В. I ступеня.

С. II ступеня.

Д. III ступеня.

Е. IV ступеня

12. На рентгенограмі при пародонтиті важкого ступеня резорбція між альвеолярної перегородки:

А. відсутня

В. до 1/3

С. на 1/3.

Д. на 1/2.

Е. на 2/3.

13. Пародонтит хронічний генералізований важкого ступеню:

А. кортикальна пластинка і кісткова тканина міжзубної перегородки збережені.

В. кортикальна пластинка міжзубних пластинок збережена, зниження кісткової тканини на 1/2 довжини коренів зубів.

С. кортикальна пластинка міжзубних пластинок збережена, зниження кісткової тканини до 1/2 довжини коренів зубів.

D. кортикальна пластинка міжзубної перегородки зруйнована, зниження кісткової тканини на 1/2 довжини коренів зубів.

E. кортикальна пластинка міжзубної перегородки зруйнована, зниження кісткової тканини більше 1/2 довжини коренів зубів.

14. Пародонтит - захворювання:

A. запальне.

B. запально-дистрофічне.

C. дистрофічне.

D. дистрофічно-запальне

E. пухлино подібне.

15. Кюретаж кишень забезпечує видалення:

A. над ясеневого і під ясеневого зубного каменя.

B. над ясеневого зубного каменя і грануляцій.

C. під ясеневого зубного каменя і грануляцій.

D. над ясеневого зубного каменя, грануляцій та епітелію.

E. під ясеневого зубного каменя, грануляцій та ясеневого епітелію.

III. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками..., проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з теми заняття.

<b>Основні завдання</b>	<b>Вказівки</b>	<b>Відповіді</b>
Семіотика рентгенологічних змін зуба та кістки	Перерахувати основні рентгенологічні ознаки змін в тканинах зуба та кістки, дати характеристику	Деструкція, остеопороз, гіперцементоз, атрофія, вздуття, гіперостоз, остеосклероз
Рентгенологічне зображення щелеп	Визначити особливості рентгенологічного зображення щелеп	Перерахувати характерні ознаки фронтальних та бокових відділів щелеп
Можливі ознаки патології пародонта	Перерахуйте можливі рентгенологічні ознаки ураження пародонта	- відкладення на зубах (мінералізовані, немінералізовані), наявність надясеневого каменя; - розширення періодонтальної щілини біля шийки зуба; - остеопороз альвеолярного краю та петлиста структура кістки; - поява інтерсептальних щілин.

Безпосередні (прямі) ознаки ураження пародонту	Обов'язкові ознаки ураження пародонта	<ul style="list-style-type: none"> <li>- підясеневий зубний камінь;</li> <li>- остеопороз компактної пластинки альвеолярного краю;</li> <li>- деструкція верхівок міжзубних перегородок;</li> <li>- резорбція альвеолярного відростка, зниження його висоти;</li> <li>- кісткові кишені в пришийковій області.</li> </ul>
Ступінь атрофії альвеолярного відростка	I ступінь	резорбція стінок лунки в межах пришийкової третини кореня (1/3 кореня)
	II ступінь	резорбція, атрофія альвеоли пришийкової та середньої третини кореня (від 1/3 до 2/3 кореня)
	III ступінь	руйнування луночки більше 2/3 довжини кореня
Ознаки хронічного гінгівіту	Стан кортикальної пластинки	розволокніння кортикальної пластинки міжальвеолярних гребенів, в губчатій кістці - малі та більш великі ділянки остеопорозу
Ознаки пародонтиту	Початкова форма	остеопороз вершин міжальвеолярних перегородок, розволокніння кортикальних пластинок та їх зникнення
	Генералізований пародонтит	остеопороз, зниження висоти альвеолярного відростка, розширення періодонтальної щілини, посилення ступеня резорбції міжальвеолярних перегородок (вертикальна та горизонтальна резорбція кістки), підвищення прозорості кістки. Трабекулярний малюнок змазаний, підсилена великопетлистість, кісткові кармани, узури на цементі кореня
Ознаки пародонтозу		кістковий малюнок змазаний, слабо диференційований, дрібнопетлистий. Кортикальна пластинка збережена, на фоні склерозу губчатої тканини - не така контрастна. Рівномірне пониження висоти альвеолярного відростка, вершини міжальвеолярних перегородок мають чітку форму
Ідіопатичні захворювання пародонта	Хвороба Хенда-Шюлера-Крісчена	резорбція міжзубних перегородок та луночок, на кістках щелеп - ділянки деструкції неправильної округлої форми, діаметром 1-5 см. Краї дефектів нерівні, чіткої форми, часто уражаються плоскі кістки черепа

	Еозинофільна гранулема	округлі чи овальні дефекти кісток щелеп різної величини, іноді до декількох сантиметрів, з різко окресленими рівними контурами, можуть бути в інших кістках скелету
--	---------------------------	---

<b>Етапи роботи</b>	<b>Засоби і умо- ви для роботи</b>	<b>Критерії самоконтролю</b>
---------------------	--	------------------------------





- зіставлення рентгенологічних даних з клінічними і результатами додаткових методів дослідження

- остеопороз компактної пластинки альвеолярного краю;
- деструкція верхівок міжзубних перегородок;
- резорбція альвеолярного відростка, зниження його висоти;
- кісткові кишені в пришийковій області.
- після цього формується висновок

<p>3. Рентгенологічне дослідження уражень пародонта</p> <p>- хронічні форми гінгівіту;</p> <p>- пародонтит</p> <p>- пародонтоз</p> <p>- еозинофільна гранулема</p>	<p>Рентгенограми з патологією пародонта, негатоскоп, комп'ютер</p>	<p>- розволокнення кортикальної пластинки міжальвеолярних гребенів, в губчатій кістці - малі та більш великі ділянки остеопорозу</p> <p>- остеопороз вершин міжальвеолярних перегородок, розволокнення кортикальних пластинок та їх зникнення. Зниження висоти альвеолярного відростка, розширення періодонтальної щілини, посилення ступеня резорбції міжальвеолярних перегородок (вертикальна та горизонтальна резорбція кістки), підвищення прозорості кістки. Трабекулярний малюнок змазаний, підсилена великопетлистість, кісткові кармани, узури на цементі кореня.</p> <p>- кістковий малюнок змазаний, слабо диференційований, дрібно петлястий. Кортикальна пластинка збережена, на фоні склерозу губчатої тканини - не така контрастна. Рівномірне пониження висоти альвеолярного відростка, вершини міжальвеолярних перегородок мають чітку форму</p> <p>- округлі чи овальні дефекти кістки щелеп різної величини, іноді до декількох сантиметрів, з різко окресленими рівними контурами, можуть бути в інших кістках скелету</p>
--	--	---

№№ п. п.	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4
1	виявити глікоген в СОПР	Проба Шилера-Писарева.	розчин Шилера-Писарева: 1 г кристалічного йоду, 2 г йодиду калію, 40 мкл дистильованої води. Змастити ясна, оцінити пробу по інтенсивності забарвлення ясен.
2	визначити наявність гнійного ексудату в пародонтальній кишени	Бензидінова проба	Розчин бензидину на ватній турунді ввести в пародонтальну кишеню на декілька секунд. При наявності гною турунда забарвлюється в зелений, зелено-блакитний або блакитний колір.
3	симптомокомплекс пародонтиту	Основні та додаткові методи обстеження, рентгенологічне дослідження	<p>- симптоматичний гінгівіт;</p> <p>- над- і підясеневі зубні відкладення;</p> <p>- пародонтальні кишені;</p>

			- деструктивні зміни кістковій тканині, з чим пов'язані травматична оклюзія, рухливість зубів.
4	визначити рентгенологічні зміни при генералізованому пародонтиті	Ортопантомограма	- різний ступінь деструкції кортикальної пластинки. - остеопороз і резорбція міжальвеолярних перегородок. - остеопороз губчастої речовини альвеолярної кістки. - помірне розширення періодонтальної щілини. - нерівномірна прогресуюча вертикальна і горизонтальна резорбція альвеолярної кістки.
5	визначити рентгенологічні зміни при пародонтозі	Ортопантомограма	збільшення чіткості кісткового малюнку, слабка диференціація, дрібнопориста структура. Кортикальна пластинка збережена, на тлі склерозованої губчастої речовини виглядає менш контрастно. Горизонтальна атрофія, вершини міжальвеолярних перегородок мають чітку форму
6	визначити рентгенологічні зміни при еозінофільній гранульомі	Ортопантомограма	округлі або овальні дефекти кісткової тканини різної величини, іноді до декількох сантиметрів, що мають різко обкреслені рівні контури. Подібні вогнища спостерігаються і в інших кістках скелета.
7	визначити рентгенологічні зміни при хворобі Хенда-Шюлера-Крісчена	Ортопантомограма	руйнування міжзубних перегородок і ямочок. Процес розповсюджується на тіло щелепи, з утворенням вогнищ деструкції кістки неправильної округлої форми, діаметром 1-5 см. Краї дефектів нерівні, але чітко обмежені. Часто вражаються плоскі кістки черепа.
8	схема лікування пародонтита	Скласти схему місцевого лікування генералізованого пародонтиту	професійна гігієна порожнини рота; усунення місцевих подразнюючих чинників: - лікування карієсу і його ускладнень; - заміна неякісних пломб; - відновлення контактних пунктів і так далі. місцева протизапальна терапія
9	Фізичні методи діагностики стану пародонта	Вакуумна проба В.І.Кулаженко	визначення швидкості утворення гематом під впливом негативного тиску (720-740 мм рт. ст.). Норма: у фронтальній ділянці - 50-60 сек, в бічних ділянках - 70-80 сек. При пародонтиті час утворення гематом зменшується в 3-5 разів.
		Проба М.А.Ясиновського	визначення міграції лейкоцитів і кількості епітеліальних клітин із з/я борозни. У нормі лейкоцитів 80-120 в 1 мкл, з них 90-98% життєздатні; епітеліальних кліток - 25-90 в 1 мкл. При запальних процесах їх кількість значно збільшується, а після лікування кількість лейкоцитів значно знижується, а

		кількість життєздатних клітин відновлюється до нормальних показників.
	Капіляроскопія	Капіляроскоп: кількість судин, розміщення, форма, розміри, діаметр, швидкість кровотоку

*А. Питання для самоконтролю*

1. Що таке механічна терапія пародонтиту, і якими інструментами вона проводиться (скалінг)?
2. Які Ви знаєте фізичні методи лікування захворювань пародонту?
3. Фізичні методи лікування катарального гінгівіту?
4. Фізичні методи лікування виразкового гінгівіту?
5. Фізичні методи лікування гіпертрофічного гінгівіту?
6. Які фізичні методи видалення зубних відкладень Ви знаєте?
7. Що таке методика "ВЕКТОР"?
8. У чому полягає суть схеми терапевтичного лікування генералізованого пародонтиту?
9. Які засоби загальної терапії використовуються при захворюваннях пародонту?
9. У чому полягає суть антимікробної терапії при захворюваннях пародонту?
10. Що таке комплексна місцева терапія при генералізованому пародонтиті?
11. Які Ви знаєте регенеративні методи лікування деструктивних захворювань пародонту?
12. Які Ви знаєте фізичні методи профілактики захворювань пародонту?
13. Можливі помилки і ускладнення при використанні фізичних чинників в стоматології?
14. Які Ви знаєте протипоказання до використання фізичних чинників в стоматології?

*Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.*

16. Хворий В., скаржить на кровоточивість ясен впродовж останніх 2 років. Об'єктивно: дифузний хронічний катаральний гінгівіт, рухливість зубів II ст., кишені 2-3 мм з незначним серозним ексудатом, виражена травматична оклюзія. На рентгенограмі порушення цілісності компактної пластинки, розширення періодонтальної щілини навколо вершин міжальвеолярних перегородок, остеопороз, резорбція в межах 1/3 висоти міжальвеолярних перегородок. Ваш діагноз?

- А. Генералізований пародонтит, II ступінь, загострення
- В. Хронічний катаральний гінгівіт
- С. Пародонтоз, II ступінь
- Д. Генералізований пародонтит, II ступінь, хронічний перебіг
- Е. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг

17. Хворий Д., 45 років скаржи на кровоточивість ясен, неприємний запах з рота. Після обстеження поставлений попередній діагноз: хронічний генералізований пародонтит II ступені тяжкості. Оцінка результатів якого показника найбільш інформативна для постановки остаточного діагнозу?

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

18. Жінка 40 років, яка недавно перенесла оперативне втручання на нижніх кінцівках, скаржиться на біль в яснах, неприємний запах з рота, погане самопочуття. Температура субфібрильна. Хворіє другий-третій день. Об'єктивно: регіонарні лімфовузли збільшені, біль при пальпації, слизова оболонка ясен гіперемірована, набрякла, легко кровоточить при зондуванні. Ясневий край біля всіх зубів покритий брудно-сірим нальотом, значні на зубні відкладення. На яке додаткове дослідження потрібно відправити пацієнтку?

- A. Аналіз сечі
- B. Панорамна рентгенограма
- C. Прицільна рентгенограма
- D. Люмінесцентне дослідження
- E. Мікроскопія

19. Хворому А., 50 років, встановлено діагноз: генералізований пародонтит II ступеня, хронічний перебіг. Вкажіть один з ранніх рентгенологічних діагностичних тестів.

- A. Остеопороз кортикальної пластинки
- B. Остеосклероз кортикальної пластинки
- C. Деструкція кортикальної пластинки
- D. Секвестрація кісткової тканини
- E. Резорбція міжальвеолярних перегородок

20. При огляді порожнини рота у пацієнта 26 років, азіатської раси, відмічено значне фарбування ясен в коричневий колір, на що пацієнт раніше не звертав уваги. Таке фарбування є наслідком:

- A. Наявність меланінових клітин, характерних для клінічно здорових ясен
- B. Розвитку патології тканин пародонту і потребує додаткового обстеження
- C. Розвитку патології слизової оболонки порожнини рота
- D. Алергічної реакції на застосування лікарських препаратів
- E. Загально соматичного захворювання і потребує огляду лікаря-терапевта

21. За допомогою якої проби, без рентгенобстеження, можливо запідозрити генералізований пародонтит, початковий ступінь?

- A. Шилера-Пісарєва
- B. Формалінова
- C. З толуїдиновим синім
- D. Вакуумна проба по Кулаженко
- E. Румпель-Леєде

22. Хворий Д., 25 р., скарги на кровоточивість ясен, неприємний запах з рота вранці, впродовж 1 року. Об'єктивно: зуби стійкі, пародонтальні кишені відсутні, міжзубні сосочки і ясна - з синюшним відтінком. На рентгенограмі - цілісність компактної пластинки порушена, періодонтальна щільність розширена навколо верхівок міжальвеолярних перегородок, остеопороз і резорбція - незначні. Ваш діагноз?

- A. Генералізований пародонтит, початковий ступінь, хронічний перебіг
- B. Хронічний катаральний гінгівіт
- C. Хронічний виразково-некротичний гінгівіт Венсана, легкий ступінь
- D. Гіповітаміноз С

Е. Пародонтальний синдром

23. Хворий Л., 19 р., скарги на інтенсивно прогресуючу кровоточивість ясен, неприємний запах з рота, підвищену температуру тіла і слабкість, які виражено виявляються впродовж останнього тижня. Об'єктивно: шкіра лица і СОПР - бліді, ясеневі сосочки навколо всіх зубів збільшені і прикривають коронки зубів на 2/3 їх висоти з вестибулярної і оральної поверхні; на слизовій оболонці щік і губ - множинні петехії і більші крововиливи. Ясеневі кишені - 7 мм. Формалінова проба - негативна. Підщелепні, шийні, надключичні лімфовузли збільшені, м'які, безболісні. Ваш попередній діагноз?

- А. СПІД
- В. Гіпертрофічний гінгівіт III ступінь, гранулююча форма
- С. Скорбутний проліферативний гінгівіт
- Д. Гострий лейкоз
- Е. Інфекційний мононуклеоз

24. Пацієнт 39 років скаржиться на кровоточивість ясен під час чищення зубів, неприємний запах з рота. Об'єктивно: ясна гіперемовані, з ціанотичним відтінком, кровлять при доторканні, пародонтальні кишені завглибшки 3-3,5 мм з серозним ексудатом. Над- і під ясеневі зубні відкладення. На ортопантограмі - остеопороз альвеолярного відростка, резорбція міжальвеолярних перегородок до 1/3. Поставте діагноз.

- А. Хронічний генералізований пародонтит II ступеня
- В. Хронічний генералізований пародонтит початкового ступеня
- С. Хронічний генералізований пародонтит I ступеня
- Д. Загострення генералізованого пародонтиту II ступеня
- Е. Загострення генералізованого пародонтиту I ступеня

25. Пацієнтка скаржиться на незначну болючість ясен, підвищену чутливість зубів до температурних подразників. Об'єктивно: ясна бліді, щільні, біля нижніх фронтальних зубів ретракція ясен з оголенням шийок зубів. На рентгенограмі - атрофія міжальвеолярних перегородок на 1/3 довжини коріння. Поставте діагноз.

- А. Пародонтоз початковий
- В. Пародонтоз II ступеня тяжкості
- С. Пародонтоз I ступеня тяжкості
- Д. Катаральний гінгівіт
- Е. Локалізований пародонтит

26. Хворий М., 18 років, скарги на підвищення температури до 38<sup>0</sup> С, біль в порожнині рота під час їжі, кровоточивість ясен, неприємний запах з рота. Об-но: шкірні покриви бліді, лімфовузли збільшені. Ясна на верхній і нижній щелепі гіпереміровані, покриті некротичним нальотом, що легко знімається. Значна кількість м'яких і твердих зубних відкладень. Яке додаткове дослідження слід провести до початку лікування?

- А. Ортопантограму
- В. Загальний аналіз крові
- С. Титр лізоциму в крові
- Д. Загальний аналіз сечі
- Е. Пробу Ясиновського

27. Пацієнтку 26 років, турбує кровоточивість ясен. Хворіє на цукровий діабет впродовж 3 років. Об'єктивно: гіперемія ясеневих сосочків біля всіх зубів, набряк, перекривають коронки зубів майже на 1/3 їх висоти. Який метод дослідження необхідно провести з метою диференціальної діагностики?

- A. Реопародонтографію
- B. Пробу Шилера - Пісарєва
- C. Вакуумну пробу
- D. Рентгенографію
- E. Стоматоскопію

28. Хворий 32 років скаржиться на свербіння і кровоточивість ясен під час чищення зубів. Об'єктивно: маргінальні ясна на верхній і нижній щелепі застійно гіпереміровані, відкладення над ясенєвого зубного каменю, пародонтальні кишені завглибшки 2мм. Рентгенологічно: резорбція міжзубних перегородок на 1/3 довжини кореня, розширення періодонтальної щілини. Яка тактика лікаря?

- A. Професійна гігієна, антимікробна, протизапальна терапія
- B. Гінгівотомія, шинування, протизапальна терапія
- C. Стимулююча, протизапальна, антимікробна терапія
- D. Протизапальна, стимулююча терапія, гінгівотомія
- E. Професійна гігієна, гінгівотомія, стимулююча терапія

29. Жінка, 41 рік, звернулася до лікаря-стоматолога з скаргами на підвищену чутливість зубів до хімічних і термічних подразників. При огляді ясна бліді, щільні, атрофічний гінгівіт, оголення шийок зубів у фронтальній ділянці. Які препарати необхідно застосовувати пацієнтці?

- A. Десенситайзери
- B. Фтор-лак
- C. Нітрат срібла
- D. Гідрокінон
- E. Бікарбонат натрію

30. Пацієнтка, 45 років, звернулася до лікаря-пародонтолога з скаргами на рухливість фронтальних зубів нижньої щелепи. Об'єктивно: різці нижньої щелепи рухомі II-III ступеня, ікла стійкі, зуби не депульповані. Лікар ухвалив рішення провести шинування фронтального секстанта нижньої щелепи. Яку шинуючу конструкцію доцільно застосувати в даній клінічній ситуації?

- A. Суцільнолиту штифтову шину
- B. Коронково-ковпачкову шину
- C. Шинування зубів за допомогою лігатурного дроту
- D. Шину з повних коронок
- E. Волоконну адгезивну шину

31. Пацієнт, 19 років, скаржиться на кровоточивість ясен під час чищення зубів, численне утворення зубного нальоту. Об'єктивно: ясеневі сосочки набряклі, гіпереміровані, кровлять при доторканні. Гігієнічний індекс по Федорову-Володкіній - 3,5 бали. Який препарат слід рекомендувати цьому хворому для оптимізації індивідуальної гігієни порожнини рота?

- A. Масло шипшини
- B. Солкосерілову дентальну адгезивну пасту
- C. Масло обліпихи
- D. Гель троксивазін



В. Задачі для самоконтролю.

1. Хворий І., 35 років, скарги на припухлість і болісність ясен в області 26, 27 зубів. Захворювання періодично рецидивує, супроводжується нездужанням, іноді з підвищенням температури. При огляді порожнини рота встановлені гіперемія і набряк ясеневого краю обох щелеп, особливо в області 26, 27 зубів. У 27 зубі на апроксимально-медіальній поверхні велика цементна пломба, контактний пункт відсутній. Коронки 26, 27 зубів покриті м'якими і твердими зубними відкладеннями, намічається формування абсцесу. При зондуванні з глибокої пародонтального кишені виділяється гній. На рентгенограмі виявляються вогнища плямистого остеопорозу, деструктивні зміни і резорбція вершин міжальвеолярних перегородок, оголення коренів на 1/2, наявність глибокої кісткової кишені в області 26, 27 зубів.

1. Про які захворювання йде мова?
2. Найбільш вірогідний діагноз.
3. Які дані задачі підтверджують діагноз?

2. Хворий А., 52 років скаржиться на кровоточивість при чищенні зубів, неприємний запах з рота. При огляді встановлено: гіперемія і набряк ясеневого краю, численні зубні м'які відкладення, над ясеневий зубний камінь, незначне оголення шийок у нижніх фронтальних зубів, між верхніми фронтальними зубами незначні тріщини. У окремих зубів пародонтальні кишені завглибшки 2-2,5 мм, гіпертрофія ясеневого краю на 2-3 мм.

1. Про які захворювання йде мова?
2. Найбільш вірогідний діагноз?
3. Які дані завдання підтверджують діагноз?

3. Хворий А., 38 років, скаржиться на біль в яснах, кровоточивість при доторканні, гноевиділення. Іноді виникає набряклість ясеневого краю у окремих зубів. З'явилися проміжки між зубами, біль в окремих зубах при вживанні їжі. Слизова оболонка порожнини рота блідо-рожевого кольору, гіперемія, набряк ясен. Гіперемія в області 47-45, 36,37 покритих металевими коронками. В області 13,12, 21,22,23, зубів - наявність м'яких і твердих відкладень, зуби рухомі II ступеню. В області 45, 44, 35, 36 зубів зубо-ясеневі кишені глибинної до 4-5 мм. Рентгенологічно - остеопороз, нерівномірне зниження рівня вершин міжзубних перегородок.

1. Про які захворювання йде мова?
2. Найбільш вірогідний діагноз.

Етапи роботи	Засоби і умови для роботи	Критерії самоконтролю
Рухливість зубів	Інструменти для обстеження порожнини рота, р-н антисептика	Ротова порожнина оброблена антисептиком, зуби ізольовані від слини, висушені. Пінцетом захопити зуб за коронку і провести коливальні рухи: I ступінь - відхилення зуба у вестибуло-оральному напрямку (1-2 мм); II - відхилення зуба у вестибуло-оральному і медіо-дистальному напрямі; III - відхилення зуба у вестибуло-оральному, медіо-дистальному і візуально вертикальному напрямі
Глибина пародонтальної кишені	Інструменти для обстеження порожнини рота, розчин антисептика, градуйований пародонтальний зонд, ватні валики. Градуйований зонд ввести в пародонтальну кишеню і поступово просунути уздовж вертикальної осі зуба, строго перпендикулярно до ясеневого краю, притискаючи робочу частину зонда до поверхні зуба	Ротова порожнина оброблена антисептиком, зуби ізольовані від слини, висушені. Провести вимірювання пародонтальної кишені з чотирьох сторін зуба. Враховувати максимальну глибину пародонтальної кишені. За наявності гіпертрофії ясен, результат відзначати від рівня емалево-дентинної межі. Оцінювати по найбільшій глибині пародонтальної кишені
Проба Шилера-Писарева	Інструменти для обстеження порожнини рота, розчин антисептика, р-н Шилера-Писарева: 1 г кристалічного йоду, 2 г йодиду калію, 40 мл дистильованої води. Ватним тампоном, змоченим в розчині Шилера-Писарева і злегка віджатим, змастити ясна	Ротова порожнина оброблена антисептиком, зуби ізольовані від слини, висушені. Оцінити пробу по інтенсивності забарвлення ясен: - солом'яно-жовте фарбування - негативна; - світло-коричневе фарбування – слабо позитивна; - темно-буре забарвлення - позитивна
Пергідрольова проба	Інструменти для обстеження порожнини рота, розчин антисептика	Ротова порожнина оброблена антисептиком, зуби ізольовані від слини, висушені. Тампоном, змоченим пергідролем, змастити слизову оболонку ясен. При запаленні ясна біліють унаслідок скупчення в ній бульбашок кисню. Без запалення цього не відбувається
Бензидінова проба	Інструменти для обстеження порожнини рота, розчин антисептика. На склі 1 краплю реактиву (бензидину 0,5 г; поліетіленгліколю 10 г; розчин оцтової кислоти 1:1000 15 мл) змішати з 1 краплею перекису водню	Ротова порожнина оброблена антисептиком, зуби ізольовані від слини, висушені. Отриманий розчин на ватній турунді ввести в пародонтальну кишеню на декілька секунд. За наявності гною турунда змінює колір: зелений, зелено-блакитний або блакитний
Формалінова проба	Інструменти для обстеження порожнини рота, р-н антисептика. Діагностичний розчин: 1,5 мл 4% розчину формаліну, 20 мл гліцерину, дистильована вода до 100 мл	Ротова порожнина оброблена антисептиком, зуби ізольовані від слини, висушені. Ватну турунду змочити в розчині формаліну і зондом внести до пародонтальної кишені. Біль свідчить про порушення цілісності епітелію пародонтальної кишені.
Кровоточивість ясен	Інструменти для обстеження порожнини рота, розчин антисептика. Обережно провести зондування пародонтальної кишені, визначити час появи кровотечі із ясен	Ротова порожнина оброблена антисептиком, зуби ізольовані від слини, висушені. Оцінити ступінь кровоточивості: 0 балів - кровоточивість відсутня; 1 бал - кровоточивість виникає через 30 секунд і більше після зондування; 2 бала - кровоточивість виникає раніше 30 секунд після зондування; 3 бала - кровоточивість спонтанна

<p>Пародонтальний індекс РМА</p>	<p>Інструменти для обстеження порожнини рота, розчин антисептика. За допомогою стоматологічного дзеркала і зонда візуально визначити наявність запального процесу ясен біля кожного окремого зуба:</p>	<p>Ротова порожнина оброблена антисептиком, зуби ізольовані від слини, висушені.  1 бал - запалення сосочка (Р);  2 бали - запалення ясенного краю (М);  3 бали - запалення альвеолярної частини ясен (А).  <i>Індекс обчислити за формулою:</i>  <math display="block">РМА = \frac{\text{Сума балів} \times 100}{3 \times n}</math> n в 6-11 років = 24; n в 12- 14 – = 28; n з 15 – = 30.  3 - максимальна кількість балів у одного зуба.  Суму балів отримуємо при складанні вищих оцінок стану ясен біля всіх обстежених зубів.  <i>Критерії оцінки результатів дослідження:</i>  До 25% - гінгівіт легкого ступеня;  25-50% - гінгівіт середнього ступеня;  Більше 51% - гінгівіт важкого ступеня.</p>
<p>Пародонтальний індекс Russela (III)</p>	<p>Інструменти для обстеження порожнини рота, р-н антисептика. Візуально і інструментально оцінюють вираженість деструктивно запальних процесів в пародонті</p>	<p>Ротова порожнина оброблена антисептиком, зуби ізольовані від слини, висушені.  0 - немає ознак запалення;  1 - легкий гінгівіт: запалення охоплює не весь зуб, рентгенограма без змін;  2 - гінгівіт: запалення навколо шийки зуба, циркуляр-на зв'язка не пошкоджена, рентгенограма без змін;  4 - гінгівіт: запалення навколо зуба, циркулярна зв'язка не пошкоджена, на рентгенограмі початковий ступінь резорбції вершин міжзубних перегородок;  6 - гінгівіт з утворенням пародонтальної кишені, пошкодження епітелію в пародонтальній кишені, порушення жувальної функції зуба немає, зуб нерухомий, резорбція міжзубної перегородки на 1/2 довжини кореня зуба;  8 - виражена деструкція пародонту з втратою жувальної функції, зуб рухомий, зміщений, резорбція міжзубної перегородки більше 1/2 довжини кореня зуба, кісткові кишені.  Отримані значення для кожного зуба складаються, і сума ділиться на кількість зубів.  <i>Критерії оцінки результатів III:</i>  0 - 0,1 балу - інтактний пародонт;  0,1-1,0 бал - початковий ступінь пародонтита;  1,0-2,0 балу - пародонтит I ступеня (легкий ступінь);  2,0-4,0 балу - пародонтит II ступеня (середній ступінь);  4,0 - 8,0 балу – пародонтит III ступеня (важкий ступінь).</p>
<p>Пародонтальний індекс SPITN</p>	<p>Інструменти для обстеження порожнини рота, пародонтальний граду-йований зонд, р-н антисептика. Враховують наявність запалення, кровоточивість, зубні відкладення, глибину пародонтальної кишені за допомогою пародон-тального зонда. Обстежують пародонт у 10 зубів: 17, 16, 11, 26, 27, 31, 36, 37, 46, 47.</p>	<p>Ротова порожнина оброблена антисептиком, зуби ізольовані від слини, висушені.  <i>Критерії оцінки індексу SPITN.</i>  0 балів - інтактний пародонт;  1 бал - кровоточивість ясен після зондування;  2 бали - над- і підясеневий зубний камінь, пародонтальна кишеня до 3,5 мм;  3 бали - « - , пародонтальна кишеня до 4-5 мм;  4 бали - « - , пародонтальна кишеня більше 6 мм;  <i>Необхідність в лікуванні для одного обстежуваного оцінюється таким чином:</i>  0 балів - лікування не потрібне;</p>

	<p>У бічному секстанті реєструють стан тканин пародонту тільки у одного моляра - у якого найбільш важкий клінічний стан</p>	<p>1 бал - бесіда про догляд за порожниною рота, контрольоване чищення зубів;  2-3 бали - професійна гігієна, навчання гігієнічному догляду за порожниною рота;  4 бали - комплексне лікування захворювань пародонту.</p>
--	---	---

3. Які дані завдання підтверджують діагноз?
4. Які додаткові методи дослідження можуть підтвердити діагноз?
5. Методика лікування.

*Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати під час практичного заняття:*

1. визначати план обстеження хворого з захворюваннями пародонта;
2. визначати пародонтальні індекси та спеціальні проби при захворюваннях пародонта;
3. проводити фізичні методи діагностики стану пародонта;
4. проводити диференційну діагностику генералізованого пародонтиту та пародонтозу;
5. складати план лікування генералізованого пародонтиту та пародонтозу в залежності від тяжкості процесу;
6. призначати методику лікування конкретному пацієнтові з генералізованим пародонтитом та пародонтозом;
7. складати план профілактичних заходів при захворюваннях пародонта.

*Методика виконання роботи, етапи виконання.*

Етапи роботи	Засоби та умови для роботи	Критерії самоконтролю
Генералізований пародонтит	<i>I ступінь (легка)</i>	
	Гінгівіт	катаральний
	Пародонтальна кишечка	до 3.5 мм
	Зубний камінь	над ясеневий
	Травматична оклюзія	мало виражена
	Рухомість зубів	нема
	Оголення шийок зубів	іноді частково шийки
	Пониження висоти альвеолярного відростка	до 1/3 довжини кореня
	Загальний стан	не змінюється
Генералізований пародонтит	<i>II ступінь (середня)</i>	
	Гінгівіт	катаральний, гіпертрофічний, виразковий
	Пародонтальна кишечка	до 5 мм, гнійні виділення, поодинокі кісткові кишечки
	Зубний камінь	над-, під ясеневий
	Травматична оклюзія	мало виражена
	Рухомість зубів	1-2 ступеня

	Оголення шийок зубів	частково шийки
	Пониження висоти альвеолярного відростка	1/3 – 1/2 довжини кореня
	Загальний стан	може порушуватися
Генералізований пародонтит	<i>III ступінь (важка)</i>	
	Гінгівіт	катаральний, гіпертрофічний, виразковий, абсцеси
	Пародонтальна кишень	5-6 мм і більше,
	Зубний камінь	над-, під ясеневий
	Травматична оклюзія	виражена, зміщення зубів
	Рухомість зубів	2-3 ступеня
	Оголення шийок зубів	шейки, корені, грануляції
	Пониження висоти альвеолярного відростка	2/3 і більше довжини кореня
	Загальний стан	порушується

#### IV. Підведення підсумків

Підведення підсумків проводиться наприкінці практичного заняття. Оцінювання рівня знань здобувачів освіти здійснюється за 4-х бальною шкалою. Підсумкова оцінка за практичне заняття містить такі складові, як оцінювання теоретичних знань з теми заняття, оцінка практичних навичок та маніпуляцій, оцінювання роботи із пацієнтом, з обов'язковим оголошенням здобувачам освіти. Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

#### Список рекомендованої літератури

##### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / За ред. Анатолія Ніколішина – Вид. 2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – 680 с.
2. Терапевтична стоматологія: у 4-х т. — Том 3. Захворювання пародонта: підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін.; за ред. А.В. Борисенка. — 2-е вид., переробл. і допов. - 2018. – 624 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія за ред. проф. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2017. – 664 с.
4. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта за ред. проф. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2018. – 504 с.

##### Додаткова:

1. Терапевтична стоматологія: у 4 томах. Том 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота: підручник / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, О.Ф. Несин та ін. — К.: «Медицина», 2010. – 640 с.
2. Біденко Н.В., Борисенко А.В., Васильчук О.В. та ін.. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної

атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». – Київ: Книга-плюс, 2017. – 455 с.

3. Борисенко А.В., Антоненко М.Ю., Сідельнікова Л.Ф., Мельничук Т.А. Нариси практичної пародонтології. – К.: ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України» – Київ: «Бібліотека «Здоров'я України», 2017. — 348 с.

4. Клінічна фармакологія та фармакотерапія в стоматології: Навч. посіб. для мед. ун-тів, інст., акад. — 2-ге вид. Рекомендовано Вченою радою НМАПО ім. П.Л. Шупика / Мазур І.П., Хайтович М.В., Голопихо Л.І. — К., 2019. — 376 с.

5. Крок-2. Тести з терапевтичної стоматології. Збірник завдань для підготовки до тестового екзамену з терапевтичної стоматології. / За ред. Проф.. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ «Медицина», 2011. – 286 с.

6. Рибалов О.В., Петрушанко Т.О., Литовченко І.Ю. Губи та їх захворювання: Навчальний посібник. – Полтава, 2018. – 135 с.

7. Петрушанко Т.О., Островська Л.Й., Іленко Н.М. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: Навчальний посібник / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, Н.М. Іленко. – Київ: «Центр учбової літератури», 2019. – 259 с.

## Практичне заняття № 8

**Тема:** Диференційна діагностика травматичних ушкоджень слизової оболонки порожнини рота. Сучасні методи лікування та профілактики. Використання фізичних факторів в діагностиці та лікуванні травматичних уражень СОПР. Диференційна діагностика первинних (ауто інфекційних) уражень слизової оболонки порожнини рота. Гострий герпетичний стоматит. Гострий афтозний стоматит. Гострий виразково-некротичний стоматит. Сучасні методи лікування та профілактики первинних стоматитів.

**Мета:** - Ознайомитись з основними принципами обстеження хворих

- Ознайомитись з методами клінічного обстеження СОПР

- Ознайомитись з методами лікування захворювань СОПР

- Ознайомитись з методами профілактики захворювань СОПР

**Основні поняття:**

**Обладнання:** учбова кімната, мультимедійна презентація з теми заняття, ноутбук.

**Навчальний час:** 2 години

### План

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

Захворювання слизової оболонки порожнини рота (СОПР) представляють значну медико-соціальну проблему, яка висувається в сучасній стоматології на перше місце. Обстеження, діагностика, лікування, профілактика захворювань СОПР – це комплекс цілеспрямованих дій лікаря-стоматолога, які складаються з певних етапів. Знання складових частин та методичне виконання практичних навичок, дозволяє вірно встановити діагноз, прогнозувати та підібрати адекватне лікування захворювань СОПР, що

приведе до полегшення стану пацієнта або повного відновлення стану здоров'я. І навпаки, нехтування та незнання діагностики, клінічних методів обстеження, лікування та профілактики, може стати причиною лікарських помилок.

II. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць);

- знати:

- 1) Основні причини виникнення захворювань СОПР.
- 2) Систематизацію захворювань СОПР.
- 3) Основні принципи обстеження хворих з ураженнями СОПР і їх значення для встановлення діагнозу.
- 4) Суб'єктивне дослідження хворого з захворюваннями СОПР (опитування, деталізування скарг, клінічний перебіг та ін..)
- 5) Об'єктивне дослідження хворого з захворюваннями СОПР (огляд, пальпація, та ін.);

- вміти:

- 1) Провести суб'єктивне та об'єктивне дослідження хворого із захворюваннями СОПР;
- 2) Правильно інтерпретувати результати суб'єктивного та об'єктивного дослідження.
- 3) Оцінити візуально стан слизової оболонки.
- 4) встановити клінічний перебіг захворювань СОПР.
- 5) Визначити елементи ураження слизової оболонки.
- 6) Проводити місцеве лікування.
- 7) Проводити загальне лікування.

2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття:

1. Під час стоматологічного прийому у хворого внаслідок психоемоційного напруження і больових впливів з'явилися ознаки гіпоглікемії, що зникли після нанесення лікарем на язик декількох крапель 40% розчину глюкози.

Яка функція слизової оболонки порожнини рота забезпечила можливість надання допомоги хворому у такий спосіб?

A. Бар'єрна

B. Рефлекторна

C. Резорбтивна

D. Пластична

E. Сенсорна

2. Хворий скаржиться на болісність і підвищену чутливість до подразників слизової оболонки порожнини рота. При огляді: слизова оболонка всіх відділів порожнини рота гіперемійована, тьмяна, вкрита густою в'язкою

слиною

За клінічними ознаками визначте характер запалення:

- A. Гострий катаральний
- B. Хронічний катаральний
- C. Серозний
- D. Гнійний
- E. Проліферативний

3. При ультрамікроструктурном вивченні біоптату слизової оболонки порожнини рота встановлено, що в цитоплазмі макрофагів запального інфільтрату значно збільшена кількість лізосом.

Про що це свідчить?

- A. Активацію фагоцитозу
- B. Проліферативну активність клітин
- C. Сповільнення фагоцитозу
- D. Активацію апоптозу
- E. Пригнічення апоптозу

4. У хворого К., 18 років, після гострої механічної травми язика повністю відновилися його будова і функції.

Як називають такий вид регенерації?

- A. Фізіологічна регенерація
- B. Патологічна регенерація
- C. Неповна регенерація
- D. Субституція
- E. Реституція

5. При мікроскопії гістологічного препарату слизової оболонки порожнини рота визначається шар, що складається з 10-15 рядів щільно розташованих клітин в фазі мітозу, переважно кубовидної форми.

Якому шару епітелію відповідає наведене опис?

- A. Stratum corneum
- B. Stratum lucidum
- C. Stratum granulosum
- D. Stratum spinosum
- E. Stratum basale

6. На слизовій оболонці щоки у хворий Д., 20 років, виявлена виразка блюдцеподібної форми, близько 1,5 см в поперечнику, з «сальним» дном, безболісна при пальпації. Підщелепні лімфовузли збільшені, безболісні.

Яким методом дослідження на даному етапі захворювання можна підтвердити діагноз?

- A. Серологічним
- B. Бактеріоскопічним
- C. Біологічним
- D. Бактеріологічним
- E. Алергологічним

7. У хворого Н., 28 років, з гострим катаральним запаленням слизової оболонки порожнини рота через 3-5 хвилин після зрошення аерозолем



"Інгаліпт", що містить сульфаніламідний препарат, збільшився пульс і почав наростати набряк губ, з'явилася одишка.

Визначте тип алергічної реакції:

- A. Імунокомплексний
- B. Стимулюючий
- C. Анафілактичний
- D. Цитотоксичний
- E. Гіперчутливість уповільненого типу

8. У хворої після відвідування стоматолога з'явилися свербіж і напруга в нижній губі, а потім, по всій червоній облямівці висипали дрібні пухирки з безбарвним вмістом, що зливаються і швидко руйнуються.

Якщо припустити, що захворювання інфекційного походження, то який найбільш імовірний його збудник?

- A. Стрептокок
- B. Стафілокок
- C. Мікобактерії
- D. Вірус герпесу
- E. Ортоміксовірус

9. При гістохімічному дослідженні препарату слизової оболонки щоки в середньому шарі епітеліальних клітин виявлені зерна нейтральних глікозаміногліканів.

Які полісахариди виявлено у клітинах епітелію?

- A. Хондроїтінсульфат
- B. Дерматансульфат
- C. Кератансульфат
- D. Гіалуронову кислоту
- E. Глікоген

10. Хворому гострим катаральним стоматитом антисептичну обробку провели препаратом, що містить комплекс йоду (1%) з полівініловим спиртом, і, внаслідок цього, позбавленим подразнюючої дії.

Вкажіть назву препарату:

- A. Спиртовий розчин йоду
- B. Йодіол
- C. Йодонат
- D. Йодоформ
- E. Йодліпол

Еталони відповідей:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B	A	A	E	E	D	C	D	E	B

III. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками..., проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми

заняття.

№ з.п.	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4
1.	Надайте характеристику гострій хімічній травмі слизової оболонки порожнини рота.	Гостре хімічне ушкодження виникає у разі потрапляння на СО хімічних речовин досить високої концентрації. Найчастіше це буває при помилковому застосуванні їх у побуті, на виробництві; при спробі самогубства, під час прийому у стоматолога.	Опiк кислотами призводить до виникнення коагуляційного некрозу — щільної плівки, яка при опіку сірчаною кислотою має бурий колір, азотною — жовтий, іншими кислотами — сіро-білуватий. Навколо плівки спостерігаються значно виражені явища запалення з набряком і гіперемією. Опік лугами призводить до колікваційного некрозу СО без утворення щільної плівки Від дії лугів ураження більш глибоке, ніж при опіках кислотами, і може захоплювати всі шари СО. Після відторгнення некротизованих тканин оголюються вельми болючі ерозивні чи виразкові поверхні, які

			загоюються дуже повільно.
2.	Назвіть фізичні методи лікування слизової оболонки порожнини рота.	Показані майже при усіх патологічних процесах СОПР. Їх, як правило, призначають паралельно з клінічними методами, широко застосовують у комплексній терапії захворювань СОПР з метою впливу на окремі ланки патогенезу чи для симптоматичного лікування. Деякі фізичні методи мають самостійне значення і можуть бути головними у терапії окремих захворювань СОПР.	Електролікування (гальванізація, електрофорез), імпульсні струми низької частоти і низької напруги, змінний струм (дарсонвалізація, іскрова діатермія, УВЧ-терапія, мікрохвильова терапія); ультразвук (фонофорез), світлотерапія (інфрачервоне випромінювання, УФО, лазерна терапія); аерозольтерапія, масаж (гідротерапія, вібромасаж, магнітовібромасаж, вакуум-масаж); кріотерапія (кріообдування, кріодеструкція, гіпо-, гіпертермія); магнітотерапія, теплотікування.

#### *А. Питання для самоконтролю*

1. Визначте анатомічні та гістологічні особливості слизової оболонки.
2. Визначте загальні патогенетичні механізми виникнення захворювань СОПР.
3. Визначте місцеві етіологічні фактори.
4. Визначте основні принципи обстеження хворих з патологією СОПР.
5. З яких етапів складається обстеження хворого з захворюваннями СОПР?
6. Що таке суб'єктивне обстеження хворого? Його складові частини. Деталізувати.

7. Що таке об'єктивне обстеження? Його складові частини. Деталізувати.

8. Консультації яких спеціалістів потрібно проводити для повного з'ясування причин виникнення захворювань СОПР?

Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.

1. У хворого на червоній облямівці губи є новоутворення розміром 1x1 см, з чіткими межами, горбикоподібною поверхнею, червоного кольору, при пальпації безболісне. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. шкірний ріг
- В. папілома
- С. хейліт Манганотті
- Д. бородавчастий передрак
- Е. Осередковий передраковий гіперкератоз

2. Хворий 47 років скаржиться на печіння і біль у роті. Об'єктивно: на слизовій оболонці щік по лінії змикання зубів і в кутах рота множинні ерозії до 1,0-1,5 см в діаметрі, полігональної форми, яскраво-червоного кольору, розташовані на гіперкератозній бляшці белесоватої слизової оболонки. Цитологічно: ороговиваючі клітини епітелію. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Червоний плоский лишай, ерозивна форма
- В. Лейкоплакія, ерозивна форма
- С. Вторинний сифіліс
- Д. Багатоформна ексудативна еритема
- Е. Червоний вовчак, ерозивна форма

3. Хвора 30 років, відпочиваючи другий тиждень на морі, звернулася зі скаргами на печіння губ, біль у роті при прийомі їжі. Протягом декількох днів відзначає біль в суглобах, в області серця і нирок, висипання на шкірі. Об'єктивно: на губах, слизовій оболонці щік яскраво-червоні з обідком бляшки, поодинокі пухирці з кров'яним вмістом, ерозії, епітелізуються з утворенням ділянок атрофії. Виявлені LE-клітини, антитіла до нативної ДНК. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Міліарно-виразковий туберкульоз
- В. вторинний сифіліс
- С. Гострий герпетичний стоматит
- Д. Лепра
- Е. Системний червоний вовчак

4. Хвора 55 років скаржиться на біль при відкриванні рота, сухість, печіння і стянутість губ. Хворіє на цукровий діабет протягом 20 років. Об'єктивно: червона облямівка верхньої і нижньої губи гіперемійована, набрякла, вкрита тонкими сірими лусочками. У кутах рота ерозії з інфільтрованими краями, вкриті нальотом сірувато-білого кольору. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Актинічний хейліт
- В. Екسفоліативний хейліт

- C. Мікотичний хейліт
- D. Алергічний хейліт
- E. Екзематозний хейліт

5 . Хвора 20 років звернулася зі скаргами на свербіж, печіння в губах і шкірі обличчя, що з'явилися тиждень тому. Появу цих симптомів пов'язує з вживанням шоколаду. Об'єктивно: верхня і нижня губи набрякли, гіперемійовані. На червоній облямівці губ і прилеглій шкірі обличчя дрібні згруповані пухирці, заповнені серозним ексудатом жовтуватого кольору, ерозії, мацерації, що мають тенденцію до поширення. Який найбільш імовірний діагно ?

- A. Контактний алергічний хейліт
- B. Екзематозний хейліт
- C. Актинічний хейліт
- D. Метеорологічний хейліт
- E. Атопічний хейліт

6 . При диспансерному огляді студента 20 років виявлений хронічний кандидоз порожнини рота , генералізована лімфоаденопатія . В анамнезі протягом року часті захворювання простим герпесом. Температура тіла постійно підвищується до 37,4-37,5 0С, зниження маси тіла за останній місяць на 8 кг. Про яке захворювання може свідчити даний симптомокомплекс?

- A. Інфекційний мононуклеоз
- B. Хронічний лейкоз
- C. Гострий лейкоз
- D. Синдром імунодефіциту ( СНІД)
- E. Лімфогранулематоз

7 . Хвора 45 років скаржиться на підвищення температури тіла , появу висипу в порожнині рота, на губах. Хворіє 4 роки, частіше в осінньо -весняний період. Об'єктивно: на гіперемійованій слизовій оболонці порожнини рота болючі ерозії , вкриті сірим нальотом. Геморагічні кірки на губах. На шкірі згинальних поверхонь передпліч макулопапульозний висип. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Бульозний пемфігоїд
- B. Хронічний рецидивуючий герпес
- C. Багатоформна ексудативна еритема
- D. Герпетичний дерматит Дюринга
- E. Вульгарна пухирчатка

8 . Хворий 49 років скаржиться на болі в порожнині рота, затруднення при прийомі їжі. Страждає ІХС. Об'єктивно: задишка, набряки кінцівок. Порожнина рота не санована . На слизовій оболонці щоки справа виразка з нерівними краями, вкрита сірувато - білим некротичним нальотом. Неприємний запах з рота. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Туберкульозна виразка
- B. Ракова виразка
- C. Виразково- некротичний стоматит

- D. Трофічна виразка  
 E. Травматична виразка
- 9 . Хворий 62 років звернувся зі скаргами на невелику виразку на губі , яка з'явилася вперше близько місяця тому. Був поставлений діагноз: абразивний преканцерозний хейліт Манганотті нижньої губи. Яка лікувальна тактика?
- A. Фізіотерапевтичне лікування  
 B. Консервативна терапія протягом 2 тижнів  
 C. Променева терапія  
 D. Диспансерне спостереження протягом 2 тижнів  
 E. Негайне хірургічне видалення
- 10 . Чоловік 33 років скаржиться на біль у язика справа , що підсилюється при прийомі їжі, розмові. Об'єктивно: на бічній поверхні язика ближче до кореня болісна виразка, розміром 0,6 см в діаметрі. Дно вкрите сірим нальотом. Коронка 47 зруйнована. Який найбільш імовірний діагноз?
- A. Ракова виразка  
 B. Трофічна виразка  
 C. Твердий шанкр  
 D. Туберкульозна виразка  
 E. Декубітальна виразка

Еталони відповідей

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Д	В	Е	С	В	Д	С	Д	В	Е

Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати під час практичного (лабораторного) заняття:

#### Завдання № 1

Хвору А., 48 років, турбує поява різко болючої виразки на бічній поверхні язика. Хворіє протягом місяця, відчуває слабкість, нездужання; температура тіла постійно підвищена до 37 -37,5 ° С. Виразка з'явилася в перші дні і за час хвороби збільшилася в розмірах.

Об'єктивно: на бічній поверхні язика виразка в межах м'язового шару, довжиною до 3 см, шириною 1,5 см з нерівним підритими краями, при пальпації болісна, м'яка. Дно виразки вкрите жовто-сірим нальотом.

Підщелепні лімфовузли зліва збільшені, рухливі, помірно болісні при пальпації. В аналізі крові ШОЕ 15 мм / хв.

#### Завдання № 2

Хвора 30 років, звернулася зі скаргами на виникнення в порожнині рота множинних, різко болісних виразок, підвищення температури тіла до 39 ° С. Нещодавно перенесла гостре респіраторне захворювання.

При огляді порожнини рота на щоках, нижній губі виявлені афти, які на внутрішній поверхні нижньої губи злилися в суцільну виразкову поверхню, що вкрита фібринозним нальотом. Підщелепні лімфовузли збільшені, болісні при пальпації.

#### Завдання № 3

Хвора 56 років, звернулася до стоматолога зі скаргами на почуття дискомфорту, шорсткість піднебіння, що з'явилися біля місяця тому. При огляді на піднебінні обмежена ороговіла ділянка, розміром 1 x 1,2 см, темно-червоного кольору, що підіймається над слизовою оболонкою.

#### Завдання № 4

Чоловік 69 років скаржиться на наявність виразок на нижній губі. Вперше з'явилися кілька років тому, періодично гояться і з'являються знову. Працював покрівельником. При огляді на нижній губі визначаються дві невеликі округлі ерозії, розміром 7x10 мм, з гладкою полірованою поверхнею, червоного кольору, частково вкриті кіркою. Навколишня червона облямівка не змінена. При пальпації - ерозії м'які, навколишні тканини інфільтровані

#### Завдання № 5

При огляді пацієнтки 34 років, стоматолог звернув увагу на наявність на червоній облямівці нижньої губи обмеженої ділянки ущільнення епітелію, полігональної форми, розміром 0,8 x 1,2 мм, біло-сірого кольору, вкрита лусочками. Ділянка плоскої форми, оточена тонким білим валиком. При пальпації- поверхня ділянки щільна.

Інструктивні матеріали для оволодіння професійними вміннями, навичками:

1. Визначити захворювання, імовірні при даній симптоматиці.
2. Встановити найбільш вірогідний діагноз.
3. Визначити дані завдання, що підтверджують діагноз.

Методика виконання роботи, етапи виконання.

1. Визначити дані гістологічного дослідження при даній патології.
2. Визначити злоякісні ознаки даного захворювання.
3. Якою повинна бути тактика стоматолога?
4. Скласти план лікування.

#### IV. Підведення підсумків

Підведення підсумків проводиться наприкінці практичного заняття. Оцінювання рівня знань здобувачів освіти здійснюється за 4-х бальною шкалою. Підсумкова оцінка за практичне заняття містить такі складові, як оцінювання теоретичних знань з теми заняття, оцінка практичних навичок та маніпуляцій, оцінювання роботи із пацієнтом, з обов'язковим оголошенням здобувачам освіти. Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

#### Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / За ред.

Анатолія Ніколішина – Вид. 2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – 680 с.

2. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія за ред. проф. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2017. – 664 с.

3. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта за ред. проф. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2018. – 504 с.

Додаткова:

1. Терапевтична стоматологія: у 4 томах. Том 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота: підручник / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, О.Ф. Несин та ін. — К.: «Медицина», 2010. – 640 с.

2. Біденко Н.В., Борисенко А.В., Васильчук О.В. та ін.. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». – Київ: Книга-плюс, 2017. – 455 с.

3. Борисенко А.В., Антоненко М.Ю., Сідельнікова Л.Ф., Мельничук Т.А. Нариси практичної пародонтології. – К.: ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України» – Київ: «Бібліотека «Здоров'я України», 2017. — 348 с.

4. Клінічна фармакологія та фармакотерапія в стоматології: Навч. посіб. для мед. ун-тів, інст., акад. — 2-ге вид. Рекомендовано Вченою радою НМАПО ім. П.Л. Шупика / Мазур І.П., Хайтович М.В., Голопихо Л.І. — К., 2019. — 376 с.

5. Крок-2. Тести з терапевтичної стоматології. Збірник завдань для підготовки до тестового екзамену з терапевтичної стоматології. / За ред. Проф. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ «Медицина», 2011. – 286 с.

6. Рибалов О.В., Петрушанко Т.О., Литовченко І.Ю. Губи та їх захворювання: Навчальний посібник. – Полтава, 2018. – 135 с.

7. Петрушанко Т.О., Островська Л.Й., Іленко Н.М. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: Навчальний посібник / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, Н.М. Іленко. – Київ: «Центр учбової літератури», 2019. – 259 с.

## Практичне заняття № 9

**Тема:** Диференційна діагностика проявів вірусних хвороб на слизовій оболонці порожнини рота. СНІД, грип, ящур, інфекційний мононуклеоз. Тактика лікаря-стоматолога. Диференційна діагностика проявів бактеріальних хвороб на слизовій оболонці порожнини рота. Дифтерія, туберкульоз, сифіліс, гонорея. Тактика лікаря-стоматолога.

- Мета:**
- Ознайомитись з основними принципами обстеження хворих
  - Ознайомитись з методами клінічного обстеження СОПР
  - Ознайомитись з методами лікування захворювань СОПР
  - Ознайомитись з методами профілактики захворювань СОПР

**Основні поняття:** СНІД, грип, ящур, інфекційний мононуклеоз

**Обладнання:** учбова кімната, мультимедійна презентація з теми заняття, ноутбук.

**Навчальний час:** 2 години



## План

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

Захворювання слизової оболонки порожнини рота (СОПР) представляють значну медико-соціальну проблему, яка висувається в сучасній стоматології на перше місце. Обстеження, діагностика, лікування, профілактика захворювань СОПР – це комплекс цілеспрямованих дій лікаря-стоматолога, які складаються з певних етапів. Знання складових частин та методичне виконання практичних навичок, дозволяє вірно встановити діагноз, прогнозувати та підібрати адекватне лікування захворювань СОПР, що приведе до полегшення стану пацієнта або повного відновлення стану здоров'я. І навпаки, нехтування та незнання діагностики, клінічних методів обстеження, лікування та профілактики, може стати причиною лікарських помилок.

II. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (*у разі необхідності*):

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць);

- *знати*:

- 1) Основні причини виникнення захворювань СОПР.
- 2) Систематизацію захворювань СОПР.
- 3) Основні принципи обстеження хворих з ураженнями СОПР і їх значення для встановлення діагнозу.
- 4) Суб'єктивне дослідження хворого з захворюваннями СОПР (опитування, деталізування скарг, клінічний перебіг та ін..)
- 5) Об'єктивне дослідження хворого з захворюваннями СОПР (огляд, пальпація, та ін.);

- *вміти*:

- 1) Провести суб'єктивне та об'єктивне дослідження хворого із захворюваннями СОПР;
- 2) Правильно інтерпретувати результати суб'єктивного та об'єктивного дослідження.
- 3) Оцінити візуально стан слизової оболонки.
- 4) встановити клінічний перебіг захворювань СОПР.
- 5) Визначити елементи ураження слизової оболонки.
- 6) Проводити місцеве лікування.
- 7) Проводити загальне лікування.

2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття:

1. Під час стоматологічного прийому у хворого внаслідок психоемоційного напруження і больових впливів з'явилися ознаки гіпоглікемії, що зникли після нанесення лікарем на язик декількох крапель

40% розчину глюкози.

Яка функція слизової оболонки порожнини рота забезпечила можливість надання допомоги хворому у такий спосіб?

- A. Бар'єрна
- B. Рефлекторна
- C. Резорбтивна
- D. Пластична
- E. Сенсорна

2. Хворий скаржиться на болісність і підвищену чутливість до подразників слизової оболонки порожнини рота. При огляді: слизова оболонка всіх відділів порожнини рота гіперемійована, тьмяна, вкрита густою в'язкою слиною

За клінічними ознаками визначте характер запалення:

- A. Гострий катаральний
- B. Хронічний катаральний
- C. Серозний
- D. Гнійний
- E. Проліферативний

3. При ультрамікροструктурном вивченні біоптату слизової оболонки порожнини рота встановлено, що в цитоплазмі макрофагів запального інфільтрату значно збільшена кількість лізосом.

Про що це свідчить?

- A. Активацію фагоцитозу
- B. Проліферативну активність клітин
- C. Сповільнення фагоцитозу
- D. Активацію апоптозу
- E. Пригнічення апоптозу

4. У хворого К., 18 років, після гострої механічної травми язика повністю відновилися його будова і функції.

Як називають такий вид регенерації?

- A. Фізіологічна регенерація
- B. Патологічна регенерація
- C. Неповна регенерація
- D. Субституція
- E. Реституція

5. При мікроскопії гістологічного препарату слизової оболонки порожнини рота визначається шар, що складається з 10-15 рядів щільно розташованих клітин в фазі мітозу, переважно кубовидної форми.

Якому шару епітелію відповідає наведене опис?

- A. Stratum corneum
- B. Stratum lucidum
- C. Stratum granulosum
- D. Stratum spinosum
- E. Stratum basale

6. На слизовій оболонці щоки у хворий Д., 20 років, виявлена виразка

блюдцеподібної форми, близько 1,5 см в поперечнику, з «сальним» дном, безболісна при пальпації. Підщелепні лімфовузли збільшені, безболісні.

Яким методом дослідження на даному етапі захворювання можна підтвердити діагноз?

- A. Серологічним
- B. Бактеріоскопічним
- C. Біологічним
- D. Бактеріологічним
- E. Алергологічним

7. У хворого Н., 28 років, з гострим катаральним запаленням слизової оболонки порожнини рота через 3-5 хвилин після зрошення аерозолем "Інгаліпт", що містить сульфаніламідний препарат, збільшився пульс і почав наростати набряк губ, з'явилася одишка.

Визначте тип алергічної реакції:

- A. Імунокомплексний
- B. Стимулюючий
- C. Анафілактичний
- D. Цитотоксичний
- E. Гіперчутливість уповільненого типу

8. У хворої після відвідування стоматолога з'явилися свербіж і напруга в нижній губі, а потім, по всій червоній облямівці висипали дрібні пухирки з безбарвним вмістом, що зливаються і швидко руйнуються.

Якщо припустити, що захворювання інфекційного походження, то який найбільш імовірний його збудник?

- A. Стрептокок
- B. Стафілокок
- C. Мікобактерії
- D. Вірус герпесу
- E. Ортоміксовірус

9. При гістохімічному дослідженні препарату слизової оболонки щоки в середньому шарі епітеліальних клітин виявлені зерна нейтральних глікозаміногліканів.

Які полісахариди виявлено у клітинах епітелію?

- A. Хондроїтінсульфат
- B. Дерматансульфат
- C. Кератансульфат
- D. Гіалуронову кислоту
- E. Глікоген

10. Хворому гострим катаральним стоматитом антисептичну обробку провели препаратом, що містить комплекс йоду (1%) з полівініловим спиртом, і, внаслідок цього, позбавленим подразнюючої дії.

Вкажіть назву препарату:

- A. Спиртовий розчин йоду
- B. Йодінол
- C. Йодонат

Д. Йодоформ

Е. Йодліпол

Еталони відповідей:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
В	А	А	Е	Е	Д	С	Д	Е	В

III. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками..., проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми заняття.

№	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1.	Провести опитування хворого на симптоматичне вірусне захворювання (СНІД, грип, ящур, інфекційний мононуклеоз).	Звернути увагу на зовнішність, стать, вік	Інфекційним мононуклеозом хворіють частіше молоді люди. Вірусними захворюваннями пацієнти різного віку.
2.	Назвіть основні скарги хворих	Звернути увагу на стан внутрішніх систем організму	Лімфаденопатія і лихоманка, які продовжуються більше 3-х місяців, діарея поряд з ураженням СОПР характерні для СНІДу; Біль при вживанні їжі, розмові, неприємний запах з рота при стоматиті на фоні погіршення загального стану характерні для грипу; Сухість та печія в порожнині рота, поява висипань на СОПР та слизовій носа, фалангах рук та ніг при загальній слабкості, високій температурі, м'язових болях характерні для ящуру; Лихоманка, ангіна, стоматит, болі в задньошийній та підщелепній області - при інфекційному мононуклеозі.

3.	Визначте зміни СОПР при вірусних захворюваннях.	Комплект стоматологічних інструментів для огляду, гумові рукавички, захисна маска.	Просоподібні зернисті висипання червоного кольору в ділянці м'якого піднебіння при грипі; пухирці завбільшки з горошину, наповнені молочно-білим вмістом - при ящурі; в залежності від тяжкості процесу катаральний, виразковий, герпетичний стоматит.
----	---	--	--

*А. Питання для самоконтролю*

1. Визначте анатомічні та гістологічні особливості слизової оболонки.
2. Визначте загальні патогенетичні механізми виникнення захворювань СОПР.
3. Визначте місцеві етіологічні фактори.
4. Визначте основні принципи обстеження хворих з патологією СОПР.
5. З яких етапів складається обстеження хворого з захворюваннями СОПР?
6. Що таке суб'єктивне обстеження хворого? Його складові частини. Деталізувати.
7. Що таке об'єктивне обстеження? Його складові частини. Деталізувати.
8. Консультації яких спеціалістів потрібно проводити для повного з'ясування причин виникнення захворювань СОПР?

*Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.*

1 . У хворого на червоній облямівці губи є новоутворення розміром 1x1 см, з чіткими межами, горбикоподібною поверхнею, червоного кольору, при пальпації безболісне. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. шкірний ріг
- В. папілома
- С. хейліт Манганотті
- Д. бородавчастий передрак
- Е. Осередковий передраковий гіперкератоз

2 . Хворий 47 років скаржиться на печіння і біль у роті . Об'єктивно: на слизовій оболонці щік по лінії змикання зубів і в кутах рота множинні ерозії до 1,0-1,5 см в діаметрі , полігональної форми , яскраво - червоного кольору, розташовані на гіперкератозній бляшці белесоватої слизової оболонки. Цитологічно: ороговиваючі клітини епітелію. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Червоний плоский лишай, ерозивна форма
- В. Лейкоплакія, ерозивна форма

- C. Вторинний сифіліс
- D. Багатоформна ексудативна еритема
- E. Червоний вовчак, ерозивна форма

3 . Хвора 30 років, відпочиваючи другий тиждень на море, звернулася зі скаргами на печіння губ, біль у роті при прийомі їжі. Протягом декількох днів відзначає біль в суглобах, в області серця і нирок, висипання на шкірі. Об'єктивно: на губах, слизовій оболонці щік яскраво - червоні з обідком бляшки, поодинокі пухирці з кров'яним вмістом, ерозії, епітелізіруються з утворенням ділянок атрофії. Виявлені LE -клітини , антитіла до нативної ДНК. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Міліарно - виразковий туберкульоз
- B. вторинний сифіліс
- C. Гострий герпетичний стоматит
- D. Лепра
- E. Системний червоний вовчак

4. Хвора 55 років скаржиться на біль при відкриванні рота, сухість , печіння і стянутість губ. Хворіє на цукровий діабет протягом 20 років. Об'єктивно: червона облямівка верхньої і нижньої губи гіперемійована, набрякла, вкрита тонкими сірими лусочками. У кутах рота ерозії з інфільтрованими краями, вкриті нальотом сірувато -білого кольору. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Актинічний хейліт
- B. Ексфоліативний хейліт
- C. Мікотичний хейліт
- D. Алергічний хейліт
- E. Екзематозний хейліт

5 . Хвора 20 років звернулася зі скаргами на свербіж, печіння в губах і шкірі обличчя, що з'явилися тиждень тому. Появу цих симптомів пов'язує з вживанням шоколаду. Об'єктивно: верхня і нижня губи набрякли, гіперемійовані. На червоній облямівці губ і прилеглий шкірі обличчя дрібні згруповані пухирці, заповнені серозним ексудатом жовтуватого кольору, ерозії, мацерації, що мають тенденцію до поширення. Який найбільш імовірний діагно ?

- A. Контактний алергічний хейліт
- B. Екзематозний хейліт
- C. Актинічний хейліт
- D. Метеорологічний хейліт
- E. Атопічний хейліт

6 . При диспансерному огляді студента 20 років виявлений хронічний кандидоз порожнини рота , генералізована лімфаденопатія . В анамнезі протягом року часті захворювання простим герпесом. Температура тіла постійно підвищується до 37,4-37,5 0С, зниження маси тіла за останній місяць на 8 кг. Про яке захворювання може свідчити даний симптомокомплекс?

- A. Інфекційний мононуклеоз
- B. Хронічний лейкоз

- C. Гострий лейкоз
- D. Синдром імунодефіциту ( СНІД)
- E. Лімфогранулематоз

7 . Хвора 45 років скаржиться на підвищення температури тіла , появу висипу в порожнині рота, на губах. Хворіє 4 роки, частіше в осінньо -весняний період. Об'єктивно: на гіперемійованій слизовій оболонці порожнини рота болючі ерозії , вкриті сірим нальотом. Геморагічні кірки на губах. На шкірі згинальних поверхонь передпліч макулопапульозний висип. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Бульозний пемфігоїд
- B. Хронічний рецидивуючий герпес
- C. Багатоформна ексудативна еритема
- D. Герпетичний дерматит Дюринга
- E. Вульгарна пухирчатка

8 . Хворий 49 років скаржиться на болі в порожнині рота, затруднення при прийомі їжі. Страждає ІХС. Об'єктивно: задишка, набряки кінцівок. Порожнина рота не санована . На слизовій оболонці щоки справа виразка з нерівними краями, вкрита сірувато - білим некротичним нальотом. Неприємний запах з рота. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Туберкульозна виразка
- B. Ракова виразка
- C. Виразково- некротичний стоматит
- D. Трофічна виразка
- E. Травматична виразка

9 . Хворий 62 років звернувся зі скаргами на невелику виразку на губі , яка з'явилася вперше близько місяця тому. Був поставлений діагноз: абразивний преанцерозний хейліт Манганотті нижньої губи. Яка лікувальна тактика?

- A. Фізіотерапевтичне лікування
- B. Консервативна терапія протягом 2 тижнів
- C. Променева терапія
- D. Диспансерне спостереження протягом 2 тижнів
- E. Негайне хірургічне видалення

10 . Чоловік 33 років скаржиться на біль у язика справа , що підсилюється при прийомі їжі, розмові. Об'єктивно: на бічній поверхні язика ближче до кореня болісна виразка, розміром 0,6 см в діаметрі. Дно вкрите сірим нальотом. Коронка 47 зруйнована. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Ракова виразка
- B. Трофічна виразка
- C. Твердий шанкр
- D. Туберкульозна виразка
- E. Декубітальна виразка

Еталони відповідей

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Д	В	Е	С	В	Д	С	Д	В	Е

Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати під час практичного (лабораторного) заняття:

#### Завдання № 1

Хвору А., 48 років, турбує поява різко болючої виразки на бічній поверхні язика. Хворіє протягом місяця, відчуває слабкість, нездужання; температура тіла постійно підвищена до 37 -37,5 ° С. Виразка з'явилася в перші дні і за час хвороби збільшилася в розмірах.

Об'єктивно: на бічній поверхні язика виразка в межах м'язового шару, довжиною до 3 см, шириною 1,5 см з нерівним підритими краями, при пальпації болісна, м'яка. Дно виразки вкрито жовто-сірим нальотом.

Підщелепні лімфовузли зліва збільшені, рухливі, помірно болісні при пальпації. В аналізі крові ШОЕ 15 мм / хв.

#### Завдання № 2

Хвора 30 років, звернулася зі скаргами на виникнення в порожнині рота множинних, різко болісних виразок, підвищення температури тіла до 39 ° С. Нещодавно перенесла гостре респіраторне захворювання.

При огляді порожнини рота на щоках, нижній губі виявлені афти, які на внутрішній поверхні нижньої губи злилися в суцільну виразкову поверхню, що вкрита фібринозним нальотом. Підщелепні лімфовузли збільшені, болісні при пальпації.

#### Завдання № 3

Хвора 56 років, звернулася до стоматолога зі скаргами на почуття дискомфорту, шорсткість піднебіння, що з'явилися біля місяця тому. При огляді на піднебінні обмежена ороговіла ділянка, розміром 1 x 1,2 см, темно-червоного кольору, що підіймається над слизовою оболонкою.

#### Завдання № 4

Чоловік 69 років скаржиться на наявність виразок на нижній губі. Вперше з'явилися кілька років тому, періодично гояться і з'являються знову.

Працював покрівельником. При огляді на нижній губі визначаються дві невеликі округлі ерозії, розміром 7x10 мм, з гладкою полірованою поверхнею, червоного кольору, частково вкриті кіркою. Навколишня червона облямівка не змінена. При пальпації - ерозії м'які, навколишні тканини інфільтровані

#### Завдання № 5

При огляді пацієнтки 34 років, стоматолог звернув увагу на наявність на червоній облямівці нижньої губи обмеженої ділянки ущільнення епітелію, полігональної форми, розміром 0,8 x 1,2 мм, біло-сірого кольору, вкрита лусочками. Ділянка плоскої форми, оточена тонким білим валиком. При пальпації- поверхня ділянки щільна.

#### Завдання № 6

В клініку терапевтичної стоматології звернувся хворий Ж., зі скаргами на підвищення температури тіла до 38,5 С, нежить, кашель, біль при розмові та



прийомі їжі. Симптоми з'явилися 4 дні тому після переохолодження. За допомогою не звертався.

Об'єктивно: виявлений просоподібний зернистий висип червоного кольору в ділянці м'якого піднебіння, виразковий стоматит.

Після проведення додаткових методів дослідження:

Аналіз крові: лейкоцитоз за рахунок підвищення кількості нейтрофілів зі зміщенням вліво, ШОЕ 27 мм/год. При дослідженні ротової рідини: відсутність інтерферону, різке зниження вмісту лізоциму в слині.

В мазку з зіву визначено: в клітинах базофільні та еозінофільні включення.

Визначте діагноз та складіть план лікування?

Відповідь: Грип.

План лікування: Загальна терапія:

- дезінтоксикаційна (відвар плодів шипшини, чай з лимоном),
- гіпосенсебілізуюча (кларитин по 10 мг 1 раз на добу протягом 7 днів),
- імунокоригуюча терапія (декаріс по 150 мг 1 раз на добу протягом 3 днів, настоянка ехінацеї по 20 кап. 3 рази в день)
- корекція обміну речовин (вітрум по 1г. протягом місяця).

Місцева терапія:

- антисептична обробка (іригації розчином фурациліну, лізоциму),
- протизапальні та кератопластичні препарати.

Інструктивні матеріали для оволодіння професійними вміннями, навичками:

1. Визначити захворювання, імовірно при даній симптоматиці.
2. Встановити найбільш вірогідний діагноз.
3. Визначити дані завдання, що підтверджують діагноз.

Методика виконання роботи, етапи виконання.

1. Визначити дані гістологічного дослідження при даній патології.
2. Визначити злоякісні ознаки даного захворювання.
3. Якою повинна бути тактика стоматолога?
4. Скласти план лікування.

**Тема:** Диференційна діагностика проявів бактеріальних хвороб на слизовій оболонці порожнини рота. Дифтерія, туберкульоз, сифіліс, гонорея. Тактика лікаря-стоматолога.

**Мета:** - Ознайомитись з основними принципами обстеження хворих

- Ознайомитись з методами клінічного обстеження СОПР
- Ознайомитись з методами лікування захворювань СОПР
- Ознайомитись з методами профілактики захворювань СОПР

**Основні поняття:** Дифтерія, туберкульоз, сифіліс, гонорея, прояви на СОПР

**Обладнання:** учбова кімната, мультимедійна презентація з теми заняття, ноутбук.

План

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

Захворювання слизової оболонки порожнини рота (СОПР) представляють значну медико-соціальну проблему, яка висувається в сучасній стоматології на перше місце. Обстеження, діагностика, лікування, профілактика захворювань СОПР – це комплекс цілеспрямованих дій лікаря-стоматолога, які складаються з певних етапів. Знання складових частин та методичне виконання практичних навичок, дозволяє вірно встановити діагноз, прогнозувати та підібрати адекватне лікування захворювань СОПР, що приведе до полегшення стану пацієнта або повного відновлення стану здоров'я. І навпаки, нехтування та незнання діагностики, клінічних методів обстеження, лікування та профілактики, може стати причиною лікарських помилок.

II. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (*у разі необхідності*):

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць);

- *знати*:

- 1) Основні причини виникнення захворювань СОПР.
- 2) Систематизацію захворювань СОПР.
- 3) Основні принципи обстеження хворих з ураженнями СОПР і їх значення для встановлення діагнозу.
- 4) Суб'єктивне дослідження хворого з захворюваннями СОПР (опитування, деталізування скарг, клінічний перебіг та ін..)
- 5) Об'єктивне дослідження хворого з захворюваннями СОПР (огляд, пальпація, та ін.);

- *вміти*:

- 1) Провести суб'єктивне та об'єктивне дослідження хворого із захворюваннями СОПР;
- 2) Правильно інтерпретувати результати суб'єктивного та об'єктивного дослідження.
- 3) Оцінити візуально стан слизової оболонки.
- 4) встановити клінічний перебіг захворювань СОПР.
- 5) Визначити елементи ураження слизової оболонки.
- 6) Проводити місцеве лікування.
- 7) Проводити загальне лікування.

2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття:

1. Під час стоматологічного прийому у хворого внаслідок психоемоційного напруження і больових впливів з'явилися ознаки гіпоглікемії, що зникли після нанесення лікарем на язик декількох крапель 40% розчину глюкози.

Яка функція слизової оболонки порожнини рота забезпечила можливість надання допомоги хворому у такий спосіб?

- A. Бар'єрна
- B. Рефлекторна
- C. Резорбтивна
- D. Пластична
- E. Сенсорна

2. Хворий скаржиться на болісність і підвищену чутливість до подразників слизової оболонки порожнини рота. При огляді: слизова оболонка всіх відділів порожнини рота гіперемійована, тьмяна, вкрита густою в'язкою слиною

За клінічними ознаками визначте характер запалення:

- A. Гострий катаральний
- B. Хронічний катаральний
- C. Серозний
- D. Гнійний
- E. Проліферативний

3. При ультрамікроструктурном вивченні біоптату слизової оболонки порожнини рота встановлено, що в цитоплазмі макрофагів запального інфільтрату значно збільшена кількість лізосом.

Про що це свідчить?

- A. Активацію фагоцитозу
- B. Проліферативну активність клітин
- C. Сповільнення фагоцитозу
- D. Активацію апоптозу
- E. Пригнічення апоптозу

4. У хворого К., 18 років, після гострої механічної травми язика повністю відновилися його будова і функції.

Як називають такий вид регенерації?

- A. Фізіологічна регенерація
- B. Патологічна регенерація
- C. Неповна регенерація
- D. Субституція
- E. Реституція

5. При мікроскопії гістологічного препарату слизової оболонки порожнини рота визначається шар, що складається з 10-15 рядів щільно розташованих клітин в фазі мітозу, переважно кубовидної форми.

Якому шару епітелію відповідає наведене опис?

- A. Stratum corneum
- B. Stratum lucidum
- C. Stratum granulosum

D. Stratum spinosum

E. Stratum basale

6. На слизовій оболонці щоки у хворий Д., 20 років, виявлена виразка блюдцеподібної форми, близько 1,5 см в поперечнику, з «сальним» дном, безболісна при пальпації. Підщелепні лімфовузли збільшені, безболісні.

Яким методом дослідження на даному етапі захворювання можна підтвердити діагноз?

A. Серологічним

B. Бактеріоскопічним

C. Біологічним

D. Бактеріологічним

E. Алергологічним

7. У хворого Н., 28 років, з гострим катаральним запаленням слизової оболонки порожнини рота через 3-5 хвилин після зрошення аерозолем "Інгаліпт", що містить сульфаніламідний препарат, збільшився пульс і почав наростати набряк губ, з'явилася одишка.

Визначте тип алергічної реакції:

A. Імунокомплексний

B. Стимулюючий

C. Анафілактичний

D. Цитотоксичний

E. Гіперчутливість уповільненого типу

8. У хворої після відвідування стоматолога з'явилися свербіж і напруга в нижній губі, а потім, по всій червоній облямівці висипали дрібні пухирки з безбарвним вмістом, що зливаються і швидко руйнуються.

Якщо припустити, що захворювання інфекційного походження, то який найбільш імовірний його збудник?

A. Стрептокок

B. Стафілокок

C. Мікобактерії

D. Вірус герпесу

E. Ортоміксовірус

9. При гістохімічному дослідженні препарату слизової оболонки щоки в середньому шарі епітеліальних клітин виявлені зерна нейтральних глікозаміногліканів.

Які полісахариди виявлено у клітинах епітелію?

A. Хондроїтінсульфат

B. Дерматансульфат

C. Кератансульфат

D. Гіалуронову кислоту

E. Глікоген

10. Хворому гострим катаральним стоматитом антисептичну обробку провели препаратом, що містить комплекс йоду (1%) з полівініловим спиртом, і, внаслідок цього, позбавленим подразнюючої дії.

Вкажіть назву препарату:

- A. Спиртовий розчин йоду
- B. Йодіол
- C. Йодонат
- D. Йодоформ
- E. Йодліпол

Еталони відповідей:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B	A	A	E	E	D	C	D	E	B

III. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками..., проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми заняття.

№	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1.	Вивчити клініку різних проявів туберкульозу, на слизовій порожнини рота	Вказати симптоми характерні для туберкульозного вовчака Зверніть увагу на результати патогістологічного дослідження. Назвіть захворювання, з якими необхідно провести диференційну діагностику туберкульозного вовчака. Вкажіть симптоми, які характерні для міліарно-виразкового туберкульозу Зверніть увагу на лімфатичних вузлів Допоміжні методи діагностики Проведіть диференційну діагностику	Ураження на шкірі обличчя у вигляді «метелика». 75% хворих на вовчак обличчя хворіють на вовчак слизової рота. Туберкульозний вовчак в клінічному перебігу проходить інфільтративну, горбкувату, виразкову і рубцеву стадії. Первинний елемент - люпома, червоного, та жовто-червоного кольору, м'якої консистенції, діаметром 1-3 мм. Розташовуються групами. В інфільтративній фазі, характерний симптом «яблучного желе» при діаскопії, та симптом провалювання зонду (феномен Пospelова). При розпаді люпом утворюються виразки, які мають м'які, нерівні, підриті, мало болісні краї. Дно виразки

			<p>покрито жовто-червоними малиноподібними розростаннями, що легко кровоточать. Регіональні лімфовузли збільшені, щільні, спаяні в пакети, Реакція Пірке позитивна. При патогістологічному дослідженні виявляють туберкульозні горбки з епітеліоїдними клітинами, гігантськими клітинами Пирогова-Лангханса і лімфоцитами по периферії. Казеозний некроз виражений слабо. Запальний інфільтрат складають лімфоцити та плазмоцити.</p>
2.	<p>Вивчити клініку різних форм проявів сифілісу на слизовій оболонці порожнини рота</p>	<p>Вкажіть симптоми характерні для проявів первинного сифілісу на СОПР. Вкажіть основні симптоми вторинного сифілісу в порожнині рота. Вкажіть на чому ґрунтується діагностика вторинного сифілісу. Проведіть диференційну діагностику вторинного сифілісу. Вкажіть основні симптоми вторинного сифілісу в порожнині рота. Вкажіть на чому ґрунтується</p>	<p>Горбкуваті ураження при третинному сифілісі -лепра - червоний вовчак. елемент виразка, яка Основний ураження локалізується на спинці язика, по лінії змикання зубів, м'якому піднебінні, яснах. Виразки мають повзучий характер, нерівні підриті м'які краї, дуже болючі. Дно і краї виразки <u>мають зернистий характер</u> (за рахунок горбиків), покриті жовто-сірим нальотом. По периферії виразки виявляють дрібні абсцеси, (зерна Треля). Запальні явища навколо виразки виражені слабо.</p>

		<p>діагностика вторинного сифілісу Проведіть диференційну діагностику вторинного сифілісу. Вкажіть основні симптоми проявів третинного сифілісу в порожнині рота Дайте характеристику гуми</p>	<p>Лімфатичні вузли збільшуються, щільно-еластичні, болючі. Клінічний аналіз крові (підвищене ШОЕ, лейкоцитоз, лімфоцитом). Виявляють клітини Пирогова-Лангханса. При бактеріоскопічному дослідженні виявляють бацили Коха. Диференційну діагностику проводити з раковою виразкою стоматитом Сеттона проявами вторинного сифілісу. Диференційна діагностика проводиться з: гумозною виразкою при сифілісі, виразково-некротичним стоматитом Венсана, радіомукозидами, трофічними виразками, декубітальною виразкою. Основний елемент ураження - твердий шанкр. Це можуть бути: яскраво-червоні еритеми, (еритематозний сифілід, сифілітичний стоматит, сифілітична ангіна), сифілітичні папули (папульозний сифілід), пустульозний сифіліс. Папульозні елементи ураження перетворюються в ерозії, у виділеннях яких значна кількість блідих спірохет.</p>
--	--	--	---

		<p>На характерній клінічній картині, бактеріологічному та серологічному дослідженні.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-гострий афтозний стоматит</li> <li>-червоний плесканий лишай</li> <li>-лейкоплакія</li> <li>-алергічний стоматит</li> </ul> <p>У вигляді:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-гуми</li> <li>-горбикового сифіліду</li> <li>-склерозуючого глоситу.</li> </ul> <p>Якщо</p> <p>гуми розм'якшуються і розпадаються утворюються виразки. Вони мають похилі і щільні краї, глибокі, безболісні, <u>кратероподібні з брудно-сірим дном</u> і незначним відділенням жовтого кольору. твердий шанкр трохи виступає над рівнем слизової оболонки. При пальпації відчувається мало болісне хрящове ущільнення країв і дна ураження. Лімфатичні вузли щільні, рухомі, безболісні.</p>
--	--	---

#### *А. Питання для самоконтролю*

1. Визначте анатомічні та гістологічні особливості слизової оболонки.
2. Визначте загальні патогенетичні механізми виникнення захворювань СОПР.
3. Визначте місцеві етіологічні фактори.
4. Визначте основні принципи обстеження хворих з патологією СОПР.
  5. З яких етапів складається обстеження хворого з захворюваннями СОПР?
  6. Що таке суб'єктивне обстеження хворого? Його складові частини. Деталізувати.



7. Що таке об'єктивне обстеження? Його складові частини. Деталізувати.

8. Консультації яких спеціалістів потрібно проводити для повного з'ясування причин виникнення захворювань СОПР?

Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.

1 . У хворого на червоній облямівці губи є новоутворення розміром 1x1 см, з чіткими межами, горбикоподібною поверхнею, червоного кольору, при пальпації безболісне. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. шкірний ріг
- В. папілома
- С. хейліт Манганотті
- Д. бородавчастий передрак
- Е. Осередковий передраковий гіперкератоз

2 . Хворий 47 років скаржиться на печіння і біль у роті . Об'єктивно: на слизовій оболонці щік по лінії змикання зубів і в кутах рота множинні ерозії до 1,0-1,5 см в діаметрі , полігональної форми , яскраво - червоного кольору, розташовані на гіперкератозній бляшці белесоватої слизової оболонки. Цитологічно: ороговиваючі клітини епітелію. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Червоний плоский лишай, ерозивна форма
- В. Лейкоплакія, ерозивна форма
- С. Вторинний сифіліс
- Д. Багатоформна ексудативна еритема
- Е. Червоний вовчак, ерозивна форма

3 . Хвора 30 років, відпочиваючи другий тиждень на морі, звернулася зі скаргами на печіння губ, біль у роті при прийомі їжі. Протягом декількох днів відзначає біль в суглобах, в області серця і нирок, висипання на шкірі. Об'єктивно: на губах, слизовій оболонці щік яскраво - червоні з обідком бляшки, поодинокі пухирці з кров'яним вмістом, ерозії, епітелізуються з утворенням ділянок атрофії. Виявлені LE -клітини , антитіла до нативної ДНК. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Міліарно - виразковий туберкульоз
- В. вторинний сифіліс
- С. Гострий герпетичний стоматит
- Д. Лепра
- Е. Системний червоний вовчак

4. Хвора 55 років скаржиться на біль при відкриванні рота, сухість , печіння і стянутість губ. Хворіє на цукровий діабет протягом 20 років. Об'єктивно: червона облямівка верхньої і нижньої губи гіперемійована, набрякла, вкрита тонкими сірими лусочками. У кутах рота ерозії з інфільтрованими краями, вкриті нальотом сірувато -білого кольору. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Актинічний хейліт
- В. Ексфолюативний хейліт

- C. Мікотичний хейліт
- D. Алергічний хейліт
- E. Екзематозний хейліт

5 . Хвора 20 років звернулася зі скаргами на свербіж, печіння в губах і шкірі обличчя, що з'явилися тиждень тому. Появу цих симптомів пов'язує з вживанням шоколаду. Об'єктивно: верхня і нижня губи набрякли, гіперемійовані. На червоній облямівці губ і прилеглий шкірі обличчя дрібні згруповані пухирці, заповнені серозним ексудатом жовтуватого кольору, ерозії, мацерації, що мають тенденцію до поширення. Який найбільш імовірний діагно ?

- A. Контактний алергічний хейліт
- B. Екзематозний хейліт
- C. Актинічний хейліт
- D. Метеорологічний хейліт
- E. Атопічний хейліт

6 . При диспансерному огляді студента 20 років виявлений хронічний кандидоз порожнини рота , генералізована лімфоаденопатія . В анамнезі протягом року часті захворювання простим герпесом. Температура тіла постійно підвищується до 37,4-37,5 0С, зниження маси тіла за останній місяць на 8 кг. Про яке захворювання може свідчити даний симптомокомплекс?

- A. Інфекційний мононуклеоз
- B. Хронічний лейкоз
- C. Гострий лейкоз
- D. Синдром імунодефіциту ( СНІД)
- E. Лімфогранулематоз

7 . Хвора 45 років скаржиться на підвищення температури тіла , появу висипу в порожнині рота, на губах. Хворіє 4 роки, частіше в осінньо -весняний період. Об'єктивно: на гіперемійованій слизовій оболонці порожнини рота болючі ерозії , вкриті сірим нальотом. Геморагічні кірки на губах. На шкірі згинальних поверхонь передпліч макулопапульозний висип. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Бульозний пемфігоїд
- B. Хронічний рецидивуючий герпес
- C. Багатоформна ексудативна еритема
- D. Герпетичний дерматит Дюринга
- E. Вульгарна пухирчатка

8 . Хворий 49 років скаржиться на болі в порожнині рота, затруднення при прийомі їжі. Страждає ІХС. Об'єктивно: задишка, набряки кінцівок. Порожнина рота не санована . На слизовій оболонці щоки справа виразка з нерівними краями, вкрита сірувато - білим некротичним нальотом. Неприємний запах з рота. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Туберкульозна виразка
- B. Ракова виразка
- C. Виразково- некротичний стоматит

D. Трофічна виразка

E. Травматична виразка

9 . Хворий 62 років звернувся зі скаргами на невелику виразку на губі , яка з'явилася вперше близько місяця тому. Був поставлений діагноз: абразивний преканцерозний хейліт Манганотті нижньої губи. Яка лікувальна тактика?

A. Фізіотерапевтичне лікування

B. Консервативна терапія протягом 2 тижнів

C. Променева терапія

D. Диспансерне спостереження протягом 2 тижнів

E. Негайне хірургічне видалення

10 . Чоловік 33 років скаржиться на біль у язичку справа , що підсилюється при прийомі їжі, розмові. Об'єктивно: на бічній поверхні язика ближче до кореня болісна виразка, розміром 0,6 см в діаметрі. Дно вкрите сірим нальотом. Коронка 47 зруйнована. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Ракова виразка

B. Трофічна виразка

C. Твердий шанкр

D. Туберкульозна виразка

E. Декубітальна виразка

Еталони відповідей

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Д	В	Е	С	В	Д	С	Д	В	Е

В. Задачі:

1.Хворий К. 29р. скаржиться на появу „виразки” на язиці та неприємні відчуття в зоні ураження при прийомі їжі. Зі слів пацієнта, „виразка” з'явилась тиждень тому, коли він прикусив язик зубами. Об'єктивно: на боковій поверхні язика зліва визначається ерозія яскраво – червоного кольору, круглої форми, розміром 0,5-0,5 см. При пальпації ерозія безболісна, з хрящоподібним інфільтратом. Порожнина рота не санована. Підщелепний лімфатичний вузол зліва збільшений, щільний, безболісний.

Поставте попередній діагноз. Які додаткові методи досліджень необхідно провести? З якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?

*Відповідь: первинний сифіліс, твердий шанкер бокової поверхні язика. Додаткові методи дослідження: цитологічне дослідження. Диференційну діагностику проводять з травматичними виразками, раковою пухлиною, виразками при міліарно-виразковому туберкульозі СОПР.*

2. На прийом до лікаря звернувся хворий П. 32р. зі скаргами на біль в яснах, кровоточивість. Об'єктивно: сосочки ясен обох щелеп набрякли, гіперемовані, кровоточать при незначному механічному подразненні. Пародонтальні кишені відсутні. При огляді СО порожнини рота лікар звернув увагу на папули на щоках по лінії змикання зубів, язиці. Місцями злиті в бляшки. Папули безболісні при пальпації, мають білувато-сірий колір, виступають над поверхнею СО. При пошкрябуванні утворюються ерозії червоного кольору.

Поставте попередній діагноз. Які додаткові методи досліджень необхідно провести? З якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?

*Відповідь: катаральний гінгівіт, вторинний сифіліс. Необхідно додатково провести цитологічне дослідження папул, серологічні реакції. Диференційну діагностику проводять з лейкоплакею, червоним плоским лишаєм, червоним вовчком, кандидозом.*

Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати під час практичного (лабораторного) заняття:

### Професійний алгоритм дій:

#### “Діагностика проявів венеричних захворювань та туберкульозу на СОПР ”

Завдання	Послідовність виконання	Попередження щодо самоконтролю
<p><b>Провести курацію хворого на сифіліс</b></p> <p>Провести опитування:</p>	<p>4. Зібрати скарги у хворого</p> <p>5. Зібрати анамнез захворювання</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• початок захворювання</li> <li>• динаміка розвитку елементів ураження</li> <li>• наявність елементів ураження на шкірі</li> <li>• як проводилось раніше лікування</li> </ul> <p>6. Зібрати анамнез життя</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ перенесена та супутня патологія;</li> <li>▪ соціальний статус;</li> <li>▪ місце роботи</li> </ul>	<p><i>Первинний період сифілісу.</i> Скарги на наявність „виразки” та інфільтрату, незначний біль при вживанні їжі, розмові. <i>При вторинному періоді сифілісу</i> хворі скаржаться на висип на СОПР та шкірі, на неприємні відчуття при прийомі їжі, іноді на загальну слабкість, головний біль. <i>При третинному періоді сифілісу</i> Скарги на наявність „виразок”, інфільтрату в порожнині рота, шкірі, при вживанні їжі, розмові</p> <p><i>Первинний період сифілісу.</i> „Виразка” з’явилась кілька днів тому. Тенденції до загоєння немає. <i>Вторинний період сифілісу.</i> Висипання на СОПР та шкірі з’явилися кілька днів тому. Також хворі відмічають збільшення лімфатичних вузлів. <i>Третинний період сифілісу.</i> „Виразки” з’явилися кілька днів тому. Кілька років тому були висипання на шкірі.</p>

<p>Провести огляд хворого</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Зовнішній ( шкіри обличчя, шиї, кінцівок)</li>   <li>▪ Слизової оболонки порожнини рота</li> </ul>	<p>Первинний період сифілісу Зовнішній вигляд хворого без особливостей. Можлива припухлість губ, в підщелепній ділянці - склераденит.</p> <p>Вторинний період сифілісу Спостерігаються розеольозні, папульозні і пустульозні висипи на шкірі, генералізоване збільшення лімфатичних вузлів.</p> <p>Третинний період сифілісу Зовнішній вигляд хворого без особливостей.</p> <p><i>Первинний період сифілісу.</i> Здебільшого на червоній каймі губ, яснах, язиці, мигдаликах спостерігається одинична (іноді 2-3) ерозія (виразка) яскраво – червоного кольору з „сальним нальотом”, з блюдцеподібними краями, розміром 0,3-1,5 см. Ерозія має круглу (овальну) форму, безболісна, з хрящоподібним при пальпації інфільтратом.</p> <p><i>Вторинний період сифілісу</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• На СОПР, на м’якому піднебінні та піднебінних дужках – безболісні, застійно - червоного кольору розеоли, які здатні зливатися в окремі ділянки з чіткою межею.</li> <li>• На СОПР – безболісні папули сірувато-білястого забарвлення, обмеженні від неуразеної СО гіперемійованим вінчиком. При пошкрябуванні шпателем поверхні папули утворюється ерозія м’ясо–червоного кольору. На язиці ниткоподібні сосочки на поверхні папули атрофуються, після цього утворюються овальні, гладенькі поверхні, розміщені нижче від рівня СО (симптом „скошеної луки”).</li> <li>• На СОПР- виразкові (пустульозні) сифіліди</li> </ul> <p><i>Третинний період сифілісу</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• На СОПР (частіше, на м’якому і твердому піднебінні, язиці) спостерігаються гуми, розмірами 8-10мм. Згодом вузол некротизується в центрі, після відходження гумозного стрижня виникає глибока виразка, яка має кратероподібну форму, щільні краї,</li> </ul>
-------------------------------	---	--

<p>Провести додаткове обстеження</p> <p>Провести диференціальн у діагностику</p> <p>Визначити основні принципи лікування хворого</p> <p>Оволодіти основними методиками проведення місцевої терапії</p> <p>Оформлення історії хвороби</p>	<p><i>Цитологічне дослідження:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• вмісту первинної сифіломи</li> <li>• пунктату регіонарного лімфатичного вузла (мікроскопія нативного препарату у темному полі) осадові реакції реакція Васермана реакція іммобілізації блідих трепонем (РІБТ)</li> </ul> <p>Порівняти отриманні данні зі схожими ознаками при інших захворюваннях</p> <p>Загальне лікування хворих на сифіліс проводять у шкірно-венерологічних стаціонарах і диспансерах. Місцеве лікування проводять за принципами терапії ерозивних (виразкових) уражень СОПР.</p> <p>Виконати в наступній послідовності:          Санація порожнини рота;          антисептична обробка СОПР;          обробка некротичних тканин;          протимікробна терапія;          протизапальна терапія;          стимулююча репаративні процеси.</p> <p>Згідно розділам історії хвороби</p>	<p>безболісна. Дно виразки вкрито грануляціями.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• На СОПР (на губах, альвеолярних відростках, піднебінні) – горбики, щільної консистенції, темно-червоного кольору. Після їх розпаду утворюються глибокі малоболісні виразки з фестончатими краями. Після їх загоєння залишаються фокусні рубці.</li> </ul> <p>Виявлення блідої трепонеми</p> <p>Позитивні ( первинний – серопозитивний, вторинний, третинний періоди сифілісу)</p>
<p><b>Провести курацію хворого на</b></p>		

<p><b>гонорейний стоматит</b></p> <p>Провести опитування:</p> <p>Провести огляд хворого</p> <p>Провести додаткове обстеження</p> <p>Визначити основні принципи лікування хворого</p> <p>Оформлення історії хвороби</p>	<p>Зібрати скарги у хворого</p> <p>Зібрати анамнез захворювання</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• початок захворювання</li> <li>• динаміка розвитку захворювання</li> <li>• наявність ураження статевих органів</li> </ul> <p>I. Зовнішній огляд</p> <p>II. Огляд СОПР</p> <p>Цитологічне дослідження з елементів ураження</p> <p>Загальне лікування хворих на гонорею проводять у шкірно-венерологічних стаціонарах і диспансерах. Місцеве лікування проводять за принципами терапії ерозивних уражень СОПР.</p> <p>Згідно розділам історії хвороби</p>	<p>Скарги на неприємне відчуття у роті, виникаюче при розмові, прийомі їжі.</p> <p>Скарги з'явилися кілька днів тому гострий</p> <p>можливо ураження паралельно з СОПР або тільки СОПР</p> <p>Без особливостей СОПР яскраво гіперемійована, набрякла, вкрита сірим, в'язким нальотом з неприємним запахом.</p> <p>В значній кількості лейкоцити та гонококи</p> <p>етіотропне (антибактеріальне), патогенетичне (протизапальне), симптоматичне лікування СОПР</p>
<p><b>Завдання</b></p>	<p><b>Послідовність виконання</b></p>	<p><b>Попередження щодо самоконтролю</b></p>
<p>Провести курацію хворого на туберкульоз</p> <p>Провести опитування:</p>	<p>7. Зібрати скарги</p>	<p>Туберкульозний вовчак Скарги можуть бути відсутніми; при наявності виразки хворі скаржаться на незначний біль при прийомі їжі, розмові.</p> <p>Міліарно-виразковий туберкульоз</p>

<p>Провести огляд</p>	<p>8. Зібрати анамнез захворювання</p> <p>9. Зібрати анамнез життя</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Перенесена та супутня патологія</li> <li>▪ Зовнішній ( шкіри обличчя, кінцівок)</li> <li>▪ Слизової оболонки порожнини рота</li> </ul>	<p>Скарги на наявність виразок в порожнині рота, сильний біль, інтенсивність якого зростає при прийомі їжі, розмові.</p> <p>Коліквативний туберкульоз. Скарги на наявність утворювань на СОПР, при появі виразки – на біль при прийомі їжі, розмові.</p> <p>Туберкульозний вовчак Захворювання починається з появи на СОПР бугорка (люпоми). Згодом він некротизується з утворенням виразки.</p> <p>Міліарно-виразковий туберкульоз Спочатку виникли утворення на СОПР (горбики), подальший розвиток яких супроводжувався розпадом у центрі і утворенням виразки.</p> <p>Коліквативний туберкульоз Спочатку утворюються вузли, які поступово розпадаються, виникають малоболючі виразки. Згодом вони загоюється з утворенням нерівних „кошлатих” рубців..</p> <p>В перенесених та супутніх захворюваннях – туберкульоз.</p> <p>Оцінка загального стану хворого (наявність симптомів інтоксикації) Можливо одночасне ураження шкіри та слизових оболонок.</p> <p>Туберкульозний вовчак На СОПР виникає бугорок (люпома) - червоне чи жовто-червоне, м'яке безболісне утворення, яке має тенденцію к периферійному росту та злиттю з сусідніми елементами. Бугорки, розташовані в центрі розпадаються, при цьому утворюються неглибокі виразки з нерівними, м'якими краями. Дно виразки вистелено папіломатозними розростаннями та покрито жовтуватим нальотом.</p>
-----------------------	--	---



<p>Провести додаткове обстеження</p> <p>Провести диференціальну діагностику</p> <p>Визначити основні принципи лікування хворого</p> <p>Оволодіти основними методиками проведення місцевої терапії</p> <p>Оформлення історії</p>	<p>Клінічний аналіз крові Цитологічне дослідження з зони ураження</p> <p>серологічні реакції</p> <p>Порівняти отриманні данні зі схожими признаками при інших захворюваннях</p> <p>Скласти алгоритм лікування уражень СОПР при туберкульозі</p> <p>Виповняти в наступній послідовності: Знеболення СОПР Антисептична обробка СОПР Обробка некротичних тканин Протимікробна терапія Протизапальна терапія Стимулююча репаративні процеси</p> <p>Згідно розділам історії хвороби</p>	<p>Виразка поступово загоюється з утворенням грубих рубців. Симптом „яблучного желе”, Пospelова.</p> <p>Міліарно-виразковий туберкульоз На СОПР – значна кількість сирувато-жовтих міліарних бугорків, які швидко розпадаються. утворюючи маленькі болючі виразки. Виразки неглибокі, з нерівними м'якими краями, мають виражену тенденцію к периферійному росту та злиттю. На дні та навколо виразки виявляються міліарні бугорки (дрібні абсцеси) - зерна Трела.</p> <p>Коліквативний туберкульоз У глибоких шарах СО виявляється вузол, безболісний, м'який при пальпації, який згодом розпадається. При цьому виникає виразка неправильної форми, із з'єденими підритими краями та в'ялими грануляціями на дні. При її загоєнні утворюються нерівні „кошлаті” рубці.</p> <p>гігантські клітини Пирогова-Ланганса, змішана мікрофлора паличка Коха</p> <p>позитивні</p> <p>Аплікаційне знеболення Зрошення антисептиками Застосування ферментів у вигляді аплікацій</p>
---	--	--

хвороби		
Провести курацію хворого на лепру Провести опитування		Скарги на біль в області „виразок”, якій зростає при прийомі їжі, розмові.
Зібрати анамнез		Спочатку був інфільтрат. Потім на його фоні – бугорки, які розм’якшуються та утворюються виразка. Виразки рубцюються, але одночасно з’являються нові бугорки та виразки.
Провести огляд	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Зовнішній ( шкіри обличчя, кінцівок)</li> <li>▪ Слизової оболонки порожнини рота</li> </ul>	Можлива наявність бугорків та виразок на шкірі обличчя та інших частинах тіла хворого.
Провести додаткове обстеження	Цитологічне дослідження Лепро мінова проба	Лепроматозний інфільтрат сірувато-білого кольору, злегка піднімається над оточуючою СО. На його фоні з’являються горбки матово чи сірувато-рожевого кольору. Згодом вони некротизуються. Виразки з нерівними краями, м’якої консистенції, з бугристим дном. Загоюючись, виразки залишають гладенькі, лискучі рубці. Одночасно з’являються нові інфільтрати, бугорки та виразки.
		Паличка Ганзена

#### IV. Підведення підсумків

Підведення підсумків проводиться наприкінці практичного заняття. Оцінювання рівня знань здобувачів освіти здійснюється за 4-х бальною шкалою. Підсумкова оцінка за практичне заняття містить такі складові, як оцінювання теоретичних знань з теми заняття, оцінка практичних навичок та маніпуляцій, оцінювання роботи із пацієнтом, з обов’язковим оголошенням здобувачам освіти. Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

#### Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / За ред.

Анатолія Ніколішина – Вид. 2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – 680 с.

2. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія за ред. проф. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2017. – 664 с.

3. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта за ред. проф. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2018. – 504 с.

Додаткова:

1. Терапевтична стоматологія: у 4 томах. Том 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота: підручник / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, О.Ф. Несин та ін. — К.: «Медицина», 2010. – 640 с.

2. Біденко Н.В., Борисенко А.В., Васильчук О.В. та ін.. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». – Київ: Книга-плюс, 2017. – 455 с.

3. Борисенко А.В., Антоненко М.Ю., Сідельнікова Л.Ф., Мельничук Т.А. Нариси практичної пародонтології. – К.: ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України» – Київ: «Бібліотека «Здоров'я України», 2017. — 348 с.

4. Клінічна фармакологія та фармакотерапія в стоматології: Навч. посіб. для мед. ун-тів, інст., акад. — 2-ге вид. Рекомендовано Вченою радою НМАПО ім. П.Л. Шупика / Мазур І.П., Хайтович М.В., Голопихо Л.І. — К., 2019. — 376 с.

5. Крок-2. Тести з терапевтичної стоматології. Збірник завдань для підготовки до тестового екзамену з терапевтичної стоматології. / За ред. Проф. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ «Медицина», 2011. – 286 с.

6. Рибалов О.В., Петрушанко Т.О., Литовченко І.Ю. Губи та їх захворювання: Навчальний посібник. – Полтава, 2018. – 135 с.

7. Петрушанко Т.О., Островська Л.Й., Іленко Н.М. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: Навчальний посібник / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, Н.М. Іленко. – Київ: «Центр учбової літератури», 2019. – 259 с.

## Практичне заняття № 10

**Тема:** Диференційна діагностика уражень слизової оболонки порожнини рота при захворюваннях травного каналу, серцево-судинної, ендокринної та нервової систем. Сучасні методи лікування та профілактики.

**Мета:** ознайомити студентів з сучасним визначенням патологічних змін СОПР при захворюваннях серцево-судинної, ендокринної систем, травного тракту, нервової системи.

**Обладнання:** учбова кімната, мультимедійна презентація з теми заняття, ноутбук.

**Навчальний час:** 2 години

План

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

Органи і тканини ротової порожнини знаходяться в тісному зв'язку з різними внутрішніми органами і системами людини, тому велика група уражень слизових оболонок (СО) виникає внаслідок захворювання тих або інших внутрішніх органів. Іноді вони стають ранніми проявами клінічних ознак такого захворювання ще до того, як виникають його об'єктивні симптоми, і змушують хворих звернутися в першу чергу до стоматолога.

У зв'язку з цим на нього нерідко лягає відповідальність за правильну діагностику ранніх проявів загальних захворювань і проведення обстеження хворих спільно з лікарями інших спеціальностей. Такі прояви виникають на слизових оболонках порожнини рота (СОПР) при ураженні більшості внутрішніх органів. Особливо часто вони виявляються при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, крові, ендокринних порушеннях.

II. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (*у разі необхідності*):

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць);

- *знати*:

- студент повинен знати лабораторні і спеціальні методи обстеження стоматологічних хворих, освоїти їх виконання
- студенти повинні знати диференціальну діагностику стоматологічних захворювань;
- студент повинен знати принципи лікування і профілактики стоматологічної патології;

- *вміти*:

1. Обстежити хворого.
2. Скласти поширений діагноз.
3. Обрати раціональне лікування.
4. Провести обробку слизової оболонки.
5. Заповнювати історію хвороби.

2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття:

1. Перерахуйте основні морфологічні ознаки запалення.
2. Перерахуйте ознаки дистрофії в тканинах пародонту.
3. Яка діагностична апаратура знаходиться в стоматологічному кабінеті?
4. Які методи рентгенологічного дослідження застосовуються в стоматології?
5. Перерахуйте основні показники аналізу крові в нормі.
6. Які методи забору матеріалу застосовуються для цитологічного дослідження?

7. Перерахуйте основні методи обстеження зубів.
8. Перерахуйте основні методи обстеження пародонту.
9. Перерахуйте основні методи обстеження СОПР.
10. Які Ви знаєте додаткові методи обстеження зубів?
11. Які Ви знаєте додаткові методи обстеження пародонту?
12. Які Ви знаєте додаткові методи обстеження при захворюваннях СОПР?

III. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками..., проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми заняття.

№№ п.п.	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4
1	<u>Вивчити:</u> Етіологію і патогенез захворювання.	Назвати основні етіологічні фактори. Сформулювати механізм розвитку під впливом етіологічних факторів.	
2	Клініку, діагностику.	Перерахувати основні клінічні ознаки. Скласти послідовну схему використання основних клінічних і додаткових методів діагностики захворювання.	
3	Диф. діагностику	Скласти і заповнити таблицю, де вказати з якими захворюваннями необхідно проводити диф. діагностику	

*А. Питання для самоконтролю*

1. Які клінічні прояви у порожнині рота при хворобах травного тракту?
2. Які клінічні стоматологічні симптоми супроводжують хвороби печінки?
3. Перерахуйте первинні морфологічні елементи на СОПР.
4. Перерахуйте вторинні морфологічні елементи на СОПР.
5. Для яких захворювань в порожнині рота характерні афти?
6. Що таке «клітини Тцанка»?
7. Що таке «зернята Треля» ?
8. У яких випадках хворому обов'язково проводять дослідження на ВІЧ?

*Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.*

1. Через декілька хвилин після проведення інфільтраційного знеболення пацієнт почав скаржитися на болі в голові, серці, епігастральній області, запаморочення, шум у вухах, нудоту, утруднене дихання. Об'єктивно: блідість шкірних покривів, АТ – 80/50 мм рт. ст. Яке з перерахованих поєднань медикаментозних засобів є оптимальним в даній ситуації для внутрішньовенного введення?

- A. **5-10 мл 0,4% дексаметазону, 0,5 мл 0,1% адреналіну в 20 мл 40% глюкози, 10 мл 2,4% еуфіліна**
- B. 2 мл 0,5% діазепама, 10 мл 25% магнію сульфату
- C. 1 мл 1% атропіну, 2 мл 0,5% дібазола, 1 мл 3% преднізолону, 2 мл 1% фуросеміда
- D. 5 мл 25% магнію сульфату, 2 мл 0,5% дібазола
- E. 2 мл кордіаміну, 1 мл 1% ефедрину, 10 мл 25% магнію сульфату

2. Хворий Д., 63 років, скаржиться на появу на бічній поверхні язика виразки. Виразка з'явилася місяць тому, займався самолікуванням травами. Має серцево-судинну патологію більше 15 років. При огляді на бічній поверхні язика зліва виразка кратерообразної форми з м'якими краями, покрита нальотом, білястого кольору. Запалення навколо виразки відсутнє. Визначите діагноз.

- A. Ракова виразка
- B. Декубітальна виразка
- C. Туберкульозна виразка
- D. **Трофічна виразка**
- E. Сифілітична виразка

3. При профілактичному огляді ротової порожнини у пацієнта Р. 40 років, виявлено збільшення розмірів язика, відбитки зубів на кінчику і бічних його поверхнях, гіпертрофію сосочків, сірий наліт на спинці і в задніх відділах язика. Про патологію якої системи може йтися?

- A. Ендокринні захворювання.
- B. Серцево-судинна патологія.
- C. **Захворювання травного тракту.**
- D. Хвороби крові і кровотворних органів.
- E. Гіпо-і -авітамінози.

4. Хворий Р., 30 років скаржиться на сухість у роті і збільшення язика. Об'єктивно: губи і ніс хворого потовщені, верхні повіки різко набряклі. СОПР анемічна, набрякла, суха. Язик великий, не вміщається у роті. Патологія якої системи має місце у даного хворого?

- A. Імунною.
- B. Травною.
- C. Нервовою.
- D. Серцево-судинною.
- E. **Ендокринною.**

5. Чоловік 63 років, який впродовж 15 років страждав хронічною дифузною обструктивною емфіземою легенів, помер від прогресуючої серцевої недостатності. На розтині виявлен мускатний цироз печінки, ціанотична індурація нирок і селезінки, асцит, набряки нижніх кінцівок. Для якого типу серцевої недостатності характерні дані зміни у внутрішніх органах?

- A. **Хронічна правошлуночкова недостатність**
- B. Гостра правошлуночкова недостатність
- C. Хронічна лівошлуночкова недостатність
- D. Гостра лівошлуночкова недостатність
- E. Загальна серцева недостатність

6. Чоловік 55 років скаржиться на наявність на м'якому піднебінні міхура. Раніше двічі відзначав появу подібних міхурів на піднебінні, через 1-2 дні вони лопалися і протягом тижня заживали. У анамнезі гіпертонічна хвороба II ст. Об'єктивно: на слизовій оболонці м'якого піднебіння зліва на тлі гіперемії визначається міхур в діаметрі до 1 см з кров'яним вмістом. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Бульозна форма червоного плоского лишая
- B. Герпетіформний дерматит Дюрінга
- C. Доброякісна неакантолітична пухирчатка тільки СОПР
- D. Бульозний пемфігоїд Льовера
- E. **Міхурно-судинний синдром**

7. У хворого Р. 65 років, під час їжі раптово з'явилася освіта на слизистій оболонці щоки зліва. З анамнезу відомо, що хворий страждає гіпертонічною хворобою. Поява бульбашки пов'язує з різким підвищенням АТ. При об'єктивному огляді на слизистій оболонці лівої щоки міхур, заповнений кров'яною рідиною безболісний при пальпації. Симптом Никольського негативний. Поставте найбільш вірогідний попередній діагноз.

- A. Ангіома.
- B. Неакантолітична пухирчатка порожнини рота.
- C. Вульгарна пухирчатка.
- D. **Міхурно-судинний синдром**
- E. Багатоформова ексудативна еритема.

8. До стоматолога лікарні звернувся хворий терапевтичного відділення Р., 59 років, з скаргами на паління і біль в порожнині рота, що посилюються при прийомі їжі і розмові. Пов'язує появу цих симптомів із загальним станом. При огляді слизиста оболонка порожнини рота малинового кольору з ціанотичним відтінком, на поверхні язика множинні тріщини, визначаються крововиливи в сосочки язика. Капіляроскопічна картина язика відповідає спастичному типу судинних змін. На тлі якої патології виникли зміни в порожнині рота?

- A. Цукровий діабет

- B. Хронічний гіперацидний гастрит
- C. Виразкова хвороба шлунку
- D. Гіпертонічна хвороба
- E. **Інфаркт міокарда**

Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати під час практичного (лабораторного) заняття:

1. Обстежити стоматологічного хворого, заповнити історію хвороби

Методика виконання роботи, етапи виконання.

Хворого слід обстежити і заповнити академічну історію хвороби в такому порядку:

1	Паспортні дані пацієнта
2	Скарги під час першого звернення
3	Історія захворювання
4	Історія життя
5	Загальний стан хворого
6	Стан органів порожнини рота
7	Стан ураженого органу
8	Попередній діагноз
9	Дані лабораторних методів обстеження
10	Дані рентгенологічних досліджень
11	Диференціальна діагностика
12	Остаточний діагноз
13	Етіологія і патогенез захворювання
14	Терапія
15	Прогноз

#### IV. Підведення підсумків

Підведення підсумків проводиться наприкінці практичного заняття. Оцінювання рівня знань здобувачів освіти здійснюється за 4-х бальною шкалою. Підсумкова оцінка за практичне заняття містить такі складові, як оцінювання теоретичних знань з теми заняття, оцінка практичних навичок та маніпуляцій, оцінювання роботи із пацієнтом, з обов'язковим оголошенням здобувачам освіти. Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

#### Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / За ред.



Анатолія Ніколішина – Вид. 2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – 680 с.

2. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія за ред. проф. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2017. – 664 с.

3. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта за ред. проф. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2018. – 504 с.

Додаткова:

1. Терапевтична стоматологія: у 4 томах. Том 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота: підручник / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, О.Ф. Несин та ін. — К.: «Медицина», 2010. – 640 с.

2. Біденко Н.В., Борисенко А.В., Васильчук О.В. та ін.. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». – Київ: Книга-плюс, 2017. – 455 с.

3. Борисенко А.В., Антоненко М.Ю., Сідельнікова Л.Ф., Мельничук Т.А. Нариси практичної пародонтології. – К.: ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України» – Київ: «Бібліотека «Здоров'я України», 2017. — 348 с.

4. Клінічна фармакологія та фармакотерапія в стоматології: Навч. посіб. для мед. ун-тів, інст., акад. — 2-ге вид. Рекомендовано Вченою радою НМАПО ім. П.Л. Шупика / Мазур І.П., Хайтович М.В., Голопихо Л.І. — К., 2019. — 376 с.

5. Крок-2. Тести з терапевтичної стоматології. Збірник завдань для підготовки до тестового екзамену з терапевтичної стоматології. / За ред. Проф. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ «Медицина», 2011. – 286 с.

6. Рибалов О.В., Петрушанко Т.О., Литовченко І.Ю. Губи та їх захворювання: Навчальний посібник. – Полтава, 2018. – 135 с.

7. Петрушанко Т.О., Островська Л.Й., Іленко Н.М. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: Навчальний посібник / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, Н.М. Іленко. – Київ: «Центр учбової літератури», 2019. – 259 с.

## Практичне заняття № 11

**Тема:** Диференційна діагностика проявів захворювань крові та органів кровотворення на слизовій оболонці порожнини рота. Лейкози, агранулоцитоз, анемії та тромбоцитопенічна пурпура. Тактика лікаря-стоматолога.

**Мета:** - ознайомитись з основними проявами захворювань крові та кровотворної системи в порожнині рота;

- студент повинен знати: принципи діагностики та диференційної діагностики захворювань крові та кровотворної системи, елементи ураження;

- студент повинен вміти: виявляти симптоми анемій, лейкозів, агранулоцитозу, хвороби Вакеза, хвороби Верльгофа на обличчі та в порожнині рота хворого, надавати клінічну оцінку загальному аналізу крові, іншим лабораторним методам діагностики.

**Основні поняття:** лейкози, агранулоцитоз, анемії та тромбоцитопенічна пурпура, прояви на СОПР

**Обладнання:** учбова кімната, мультимедійна презентація з теми заняття, ноутбук.

**Навчальний час:** 2 години

## План

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

Диференційна діагностика захворювань крові та кровотворних органів відноситься до складних завдань лікаря-стоматолога. До речі в повсякденній практичній діяльності такі хворі потрапляють до стоматологічної клініки не так часто. Своєчасне виявлення симптомів, що можуть проявлятися в органах порожнини рота (слизовій оболонці, язика, яснах тощо) є дуже важливим, бо лікар-стоматолог може бути першим, хто їх виявить. Тому правильне трактування таких симптомів лікарем-стоматологом сприяє ранньому розпізнаванню захворювання крові. Часто такі зміни у ротовій порожнині є настільки специфічними, що дають змогу безпомилково діагностувати те чи інше гематологічне захворювання.

II. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць);

знати:

- класифікації захворювань крові та кровотворної системи;
- основні симптоми анемії, лейкозів, агранулоцитозу, хвороби Вакеза, хвороби Верльгофа на обличчі та в порожнині рота хворого;
- вміти:
  - вдосконалити навички по виявленню прояв захворювань крові та кровотворної системи в порожнині рота;
  - поліпшити вміння співвідносити прояви захворювань крові та кровотворної системи до загального стану хворого;
  - покращити дії з аналізу даних лабораторних досліджень крові хворого;
  - удосконалити вміння проводити диференційну діагностику захворювань крові та кровотворної системи.

2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття:

Тестові завдання:

1. Хворий віком 20 років скаржиться на різку болісність під час приймання їжі, неприємний запах з рота, загальну слабкість. Об'єктивно: міжзубні сосочки та ясенний край вкриті брудним сірим нальотом, болісні при доторканні, температура тіла 37,5 °С. Аналіз крові: еритроцитів -  $4,8 \times 10^{12}/\text{л}$ , НЬ - 130 г/л,

колірний показник — 1,0, лейкоцитів -  $10,2 \times 10^9/\text{л}$ , юних - 2%, поліморфноядерних — 8%, сегментоядерних — 47%, еозинофільних — 2%, лімфоцитів — 35%, ШОЕ — 20 мм/год. Який найбільш імовірний діагноз:

- A. Гострий лейкоз
- B. Агранулоцитоз
- C. Міліарно-виразковий туберкульоз
- D. Виразково-некротичний стоматит
- E. Хронічний лейкоз?

2. Хворий віком 22 роки скаржиться на біль у роті, обмежене його відкривання, підвищення температури тіла, неприємний запах з рота. Захворів 4 доби тому. Об'єктивно: тризм II ступеня. На щоці в ретромоллярній ділянці навколо 38 зуба й по лінії змикання зубів є виразка з нерівними краями, яка вкрита брудно-сірим нальотом, при дотику кровоточить і болісна. Підщелепні лімфатичні вузли збільшені, болісні. Аналіз крові: еритроцитів —  $4 \times 10^{12}/\text{л}$ , НЬ — 120 г/л, лейкоцитів —  $9 \times 10^9/\text{л}$ , ШОЕ — 18 мм/год. Установіть найбільш імовірний діагноз:

- A. Агранулоцитоз
- B. Виразково-некротичний стоматит
- C. Міліарно-виразковий туберкульоз
- D. Гострий лейкоз
- E. Хронічний лейкоз.

3. У пацієнта віком 25 років виявлені вогнища некрозу вздовж ясенного краю на обох щелепах. Веде безладний спосіб життя, вживає наркотики. Протягом останнього місяця непокоять зростаюча слабкість, постійне підвищення температури тіла до  $37,3\text{—}37,5\text{ }^\circ\text{C}$ , проноси, зниження маси тіла на 15 кг. Шкіра лица має землистий відтінок. Підщелепні, шийні та пахвові лімфатичні вузли збільшені, безболісні, рухомі. Який найбільш імовірний попередній діагноз:

- A. Авітаміноз С
- B. Гострий лейкоз
- C. СНІД
- D. Гінгівіт Венсана
- E. Агранулоцитоз?

4. Хворий В. скаржиться на кровоточивість ясен, кровотечі із носа, підвищену стомлюваність. Об'єктивно: губи, язик яскраво-червоного кольору. Слизова оболонка порожнини рота темно-вишневого забарвлення. Характерний ціаноз м'якого і бліде забарвлення твердого піднебіння (симптом Купермана). Аналіз крові: еритроцити —  $6,8 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобін — 160 г/л, ШОЕ — (1-2 мм/год). Назвіть найвірогідніший діагноз:

- A. Хвороба Вакеза (еритремія)
- B. Хвороба Верльгофа
- C. Хвороба Едісон-Бірмера
- D. Гострий лейкоз
- E. Агранулоцитоз

5. Хвора 55 років, звернулась до лікаря зі скаргами на слабкість, запаморочення, швидку втомлюваність, біль в язиці при прийомі їжі. Об'єктивно: спинка язика має гладку, блискучу, поліровану поверхню. На кінчику язика болісні обмежені плями яскраво-червоного кольору. Після обстеження хворій був встановлений діагноз: Гюнтеровський глосит. Симптомом якого захворювання крові є Гюнтеровський глосит?

А. Анемія Аддісона-Бірмера

В. Гострий лейкоз

С. Агранулоцитоз

Д. Лімфолейкоз

Е. Залізодефіцитна анемія

6. Хвора Б., 44 р., скаржиться на болючі тріщинки в кутиках рота, сухість в порожнині рота, зниження апетиту. Огляд: слизова оболонка бліда, суха, чиста. Язик окладений, атрофія сосочків на кінчику язика, тріщинки в кутиках рота. Емаль зубів тьмяно-матового відтінку. Індекс КПУ = 18. Аналіз крові: Нв (81 г/л, ер  $32 \times 10^{12}$ /л, кол. Показник 0,77, сирватковий феритин (12 нг/л, лейкоцити ( $4,4 \times 10^9$ /л, тромбоцити ( $300 \times 10^9$ /л. Який найбільш імовірний діагноз?

А. Поліцитемія

В. Залізодефіцитна анемія

С. Фолієводефіцитна анемія

Д. Постгеморагічна анемія

Е. Апластична анемія

7. Пацієнт віком 30 років захворів місяць тому, скаржиться на головний біль, швидку стомлюваність, значну кровоточивість ясен, їх розростання, печіння, болісність. Об'єктивно: хворий блідий, ясна гіпертрофовані, набряклі, кровоточать при доторканні. Відкладення зубного каменю незначні. Аналіз крові: еритроцитів —  $3,4 \times 10^{12}$ /л, Нв — 30 г/л, колірний показник — 0,9, лейкоцитів —  $20 \times 10^9$ /л, мієлоцитів — 0, поліморфноядерних — 4%, сегментоядерних — 20%, лімфоцитів — 14%, моноцитів — 3%, тромбоцитів -  $150 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 40 мм/год. Який найбільш імовірний діагноз:

А. Хронічний лейкоз, виразково-некротичний гінгівіт

В. Анемія Аддісона—Бірмера, гіпертрофічний гінгівіт

С. Хвороба Вакеза, хронічний катаральний гінгівіт

Д. Хвороба Верльгофа, генералізований пародонтит

Е. Гострий лейкоз, гіпертрофічний гінгівіт?

Відповіді: 1-D, 2-B, 3-C, 4-A, 5-A, 6-B, 7-E.

III. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками..., проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми заняття.

№№ п.п.	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4
1.	Визначити основні загальні симптоми анемії, з'ясувати спільні симптоми анемії, що проявляються в порожнині рота. Навести відмінності, що проявляються в клінічних та лабораторних даних	Скласти таблицю диференціальної діагностики анемії	

2.	Визначити основні загальні симптоми лейкозу, з'ясувати характерні симптоми лейкозу, що проявляються в порожнині рота. Навести відмінності, що проявляються в клінічних та лабораторних даних	Скласти таблицю диференціальної діагностики лейкозу	
3.	Визначити клінічні та лабораторні ознаки агранулоцитозу, тромбоцитопенічної пурпури, поліцитемії	Скласти таблиці диференціальної діагностики агранулоцитозу, тромбоцитопенічної пурпури, поліцитемії	

#### *А. Питання для самоконтролю*

1. Які характерні ознаки анемії Аддісона-Бірмера спостерігаються в загальному стані хворого?
2. Які лабораторні зміни супроводжують залізодефіцитну анемію?
3. За якими ознаками слід диференціювати залізодефіцитну анемію від анемії Аддісона-Бірмера?
4. Визначіть провідні симптомокомплекси лейкозу.
5. За якими клінічними та лабораторними даними відрізняються гострі та хронічні форми лейкозу?
6. Яку первинну допомогу хворому на агранулоцитоз може надати лікар-стоматолог?
7. Яка тактика лікаря-стоматолога при наданні допомоги хворим на лейкоз?

#### *Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.*

1. У хворого віком 49 років, учасника ліквідації аварії на ЧАЕС, відзначаються часті носові кровотечі, кровоточивість ясен, позитивний симптом джгута. Попередньо встановлений діагноз: хвороба Верльгофа. Який із показників крові підтвердить даний діагноз:

- А. Кількість ретикулоцитів
- В. Кількість лейкоцитів
- С. Кількість тромбоцитів
- Д. Кількість гемоглобіну
- Е. ШОЕ?

2. Хвора віком 16 років звернулася зі скаргами на кровоточивість ясен. З анамнезу: часті носові кровотечі, загальна слабкість. Об'єктивно: блідість шкіри та слизової оболонки рота. На слизовій оболонці щік, язика та м'якого піднебіння численні петехії. Аналіз крові: еритроцитів -  $3,1 \times 10^{12}/\text{л}$ , НЬ - 94 г/л, колірний показник — 0,9, лейкоцитів —  $2 \times 10^9/\text{л}$ , тромбоцитів -  $80 \times 10^9/\text{л}$ , час згортання крові — 9 хв, ШОЕ — 18 мм/год. Який імовірний діагноз:

- А. Хронічний лімфолейкоз
- В. Хвороба Вакеза
- С. Хвороба Аддісона—Бірмера
- Д. Залізодефіцитна анемія
- Е. Хвороба Верльгофа?

3. Хвора віком 58 років скаржиться на біль, печіння в язиці під час приймання твердої, кислої, гарячої їжі, порушення смакових відчуттів. Об'єктивно: шкіра бліда, на спинці та кінчику язика яскраво-червоні плями десквамації, позбавлені

ниткоподібних сосочків, доторкання і пальпація яких болісні. Аналіз крові: еритроцитів —  $2,5 \times 10^{12}$  /л, анізоцитоз, пойкилоцитоз; НЬ — 100 г/л, колірний показник — 1,4, лейкоцитів —  $4,2 \times 10^9$ /л, поліморфноядерних — 1%, сегментоядерних — 36%, еозинофільних — 4%, базофільних — 2%, лімфоцитів — 53%, моноцитів — 4%, тромбоцитів -  $180 \times 10^9$ /л, ШОЕ -20 мм/год. З яким попереднім діагнозом слід направити хвору до гематолога:

- A. Гіпопластична анемія
- B. Залізодефіцитна анемія
- C. В<sub>12</sub>- і фолієводефіцитна анемія
- D. Гострий лейкоз
- E. Хвороба Верльгофа?

4. Хворий віком 44 роки скаржиться па підвищену втомлюваність, головний біль, заніміння кінцівок, відчуття сухості в роті, печіння і біль в язиці. Об'єктивно: блідість шкіри та слизової оболонки порожнини рота, у кутах рота болісні тріщини. Спинка язика гладенька, "полірована", з яскраво-червоними смугами, ниткоподібні сосочки відсутні. Аналіз крові: еритроцитів —  $1,5 \times 10^{12}$ /л, НЬ — 100 г/л, колірний показник — 1,6, лейкопенія, тромбоцитопенія, лімфоцитоз. Який найбільш імовірний діагноз:

- A. Анемія Аддісона—Бірмера
- B. Хронічна постгеморагічна анемія
- C. Хлороз (пізній)
- D. Залізодефіцитна анемія
- E. Апластична анемія?

5. Хворий віком 45 років страждає на виразкову хворобу шлунка. Скаржиться на слабкість, печіння в язиці, порушення смакових відчуттів, короткочасне потемніння в очах у разі різкого вставання. Об'єктивно: блідість шкіри та слизової оболонки рота, язик "полірований", з яскраво-червоними смугами. Аналіз крові: еритроцитів —  $2,5 \times 10^{12}$  /л, НЬ — 50 г/л, колірний показник — 1,6, анізоцитоз, пойкилоцитоз, лейкопенія, тромбоцитопенія, лімфоцитоз. Який найбільш імовірний діагноз:

- A. Залізодефіцитна анемія
- B. Глосодинія
- C. Хронічний лейкоз
- D. Анемія Аддісона—Бірмера
- E. Поліцитемія?

6. Хворий 30 років скаржиться на різкий біль під час вживання їжі, неприємний запах з рота, загальну слабкість, підвищену температуру. При огляді: хворий блідий, адинамічний. Міжзубні сосочки та маргінальний край ясен гіперемійовані, набряклі, з виразками, вкритими некротичним нальотом. В аналізі крові: ер. —  $4,8 \times 10^{12}$ , Нв — 150г/л, КП — 0,9, лейко. —  $10,5 \times 10^9$  (ю. — 2%; б. — 1%; е — 5%; п.я. — 8%; с/я — 47%; л — 35%); тромб. —  $250 \times 10^9$ , ШОЕ — 20мм/год. Симптомом якого захворювання являється ураження ясен у даного хворого?

- A. Гострого лейкозу
- B. Хронічного лейкозу
- C. Агранулоцитозу
- D. Гострого герпетичного стоматиту
- E. Пародонтиту I ступеню, загострений перебіг

7. У пацієнтки 31 року спостерігаються зміна загального стану (слабкість, нездужання), блідість шкірних покривів, підвищення температури. В порожнині рота крововиливи, гіперплазія ясен, виразково-некротичні процеси. При якому захворюванні спостерігаються ці симптоми?

- A. Гострий лейкоз
  - B. Гіпертрофічний гінгівіт
  - C. Виразково-некротичний стоматит Венсана
  - D. Гіповітаміноз С
  - E. Інтотоксикація солями важких металів
- Відповіді: 1-С, 2-Е, 3-С, 4-А, 5-Д, 6-А, 7-А.

#### В. КЛІНІЧНА СИТУАЦІЯ

Пацієнт 35 років звернувся зі скаргами на біль в порожнині рота при прийомі подразнюючої їжі. Вважає себе хворим близько 2 років, коли вперше з'явилися ці симптоми. В анамнезі ахілічний гастрит протягом 5 років. Рік тому приєднався хронічний панкреатит. За професією комп'ютерник-програміст. З цієї спеціальності працює 12 років, за комп'ютером проводить щодня 8-10 ч. Об'єктивні дані: Блідість шкірних покривів. Червона облямівка губ суха, заїди. Язик яскраво гіперемійован. Гіперемія неоднорідна (плямами). Сосочки язика значно атрофовані. Червоні плями і полоси на слизовій оболонці щік. Гігієнічний стан порожнини рота незадовільний, рясні відкладення м'якого зубного нальоту і зубного каменю (хворий щадить слизову оболонку, погано чистить зуби). Явища катарального гінгівіту. У зубах 36, 46 каріозні порожнини.

Встановіть діагноз, проведіть диференційну діагностику, складіть план лікування.

Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати під час практичного заняття:

1. Провести диференційну діагностику захворювань крові та кровотворної системи.
2. Провести аплікації на слизову оболонку порожнини рота.
3. Провести медикаментозну обробку слизової оболонки язика при глоситі.

#### Діагностика при гострому лейкозі

Порядок обстеження	Виявлені симптоми	Патогенетичне обґрунтування симптомів
Скарги	Біль при ковтанні, слабкість; підвищення температури тіла, профузні кровотечі з ясен, лунки видаленого зуба, хворобливі висипання в порожнині рота, що ускладнюють прийом їжі	Проліферація неконтрольованого клона лейкозних бластних клітин кісткового мозку, що втратили здатність до диференціювання і созрівання
Анамнез	Хворіють переважно люди молодого віку (до 30 років).	Пригнічення загальної реактивності організму,

	Початок захворювання нагадує грип, ангіну, ГРВІ, стоматит Венсана. Починається раптово і розвивається швидко.	зниження місцевих захисних механізмів
огляд зовнішній огляд огляд порожнини рота	Блідість шкірних покривів. Безхворобливе збільшення лімфатичних вузлів, печінки, селезінки, мигдаликів. Виразково-некротичний гінгівіт-стоматит; гіперплазія і різка кровоточивість ясен; дрібні - точкові крововиливи на слизовій оболонці щік по лінії смикання зубів	Прояви гиперпластического синдрому. Лейкозна інфільтрація підслизового шару, порушення харчування, розпад тканин, утворення виразок і некротичних ділянок, різка тромбоцитопенія
Додаткові методи дослідження розгорнутий клінічний аналіз крові	Збільшення кількості лейкоцитів, велика кількість юних форм	

### Діагностика при хронічному лейкозі

Порядок обстеження	Виявлені симптоми	Патогенетичне обґрунтування симптомів
Скарги	Підвищена стомлюваність, слабкість, нездужання, біль у кістках, суглобах, невралгічна біль. Крововиливи на шкірі і слизових оболонках, кровоточивість після видалення зуба	Пригнічення загальної реактивності організму, зниження захисних механізмів, тромбоцитопенія
Анамнез	Хворіють люди старше 40 років, чоловіки в 2 рази частіше. Тривалий латентний період, захворювання розвивається повільно	
огляд зовнішній огляд огляд порожнини рота	Блідість шкірних покривів, папулезні висипання на шкірі, збільшення лімфатичних вузлів, печінки. Блідість, геморагічні висипання на слизовій оболонці рота, кровоточивість ясен, ерозивно-виразкові ураження у 1/3 хворих, рідко виразково-некротичні зміни слизової оболонки порожнини рота	Прояви гиперпластического синдрому та анемії. Виражена лейкозна інфільтрація підслизового шару, порушення харчування, розпад тканин. Утворення патологічних осередків кровотворення в слизовій оболонці порожнини рота
Додаткові методи дослідження, розгорнутий	На початкових стадіях захворювання незначний лейкоцитоз, збільшення кількості базофілів. Потім кількість	



клінічний аналіз крові	лейкоцитів різко наростає, прогресує анемія	
------------------------	---	--

### Діагностика при хворобі Верльгофа

Порядок обстеження	Виявлені симптоми	Патогенетичне обґрунтування симптомів
Скарги	Кровоточивість ясен, ділянок слизової оболонки порожнини рота, носа, сильні кровотечі після травм, стоматологічних втручань, крововиливи в шкіру і слизову оболонку	Значне зниження кількості тромбоцитів
Анамнез	Хворіють частіше жінки молодого віку	
Огляд зовнішній огляд, огляд порожнини рота	Множинні геморагії на шкірі. Різка кровоточивість ясен, геморагічні висипання в різних ділянках слизової оболонки порожнини рота. Відсутність ретракції кров'яного згустку після стоматологічного втручання.	
Додаткові методи дослідження, розгорнутий клінічний аналіз крові, дослідження часу кровотечі		Значне зниження кількості тромбоцитів крові Порушення дозрівання мегакаріоцитів, їх слабка здатність продукувати тромбоцити. Різке зниження кількості тромбоцитів, патологічні форми тромбоцитів (гігантські тромбоцити). Кількість еритроцитів, лейкоцитів, рівень гемоглобіну в нормі.

### Діагностика при агранулоцитозі

Порядок обстеження	Виявлені симптоми	Патогенетичне обґрунтування симптомів
Скарги	Біль при ковтанні, кровоточивість ясен, неприємний запах з рота, підвищення температури тіла.	Порушення цілісності м'яких тканин порожнини рота, некротичні процеси, інфікування. Загальна інтоксикація.
огляд зовнішній огляд	Блідий або сіруватий колір шкірних покривів. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, болючі, м'які на	Патогенез різних видів агранулоцитозу різний. Лікарський агранулоцитоз

огляд слизової оболонки порожнини рота	дотик, не спаяні між собою і з навколишніми тканинами. Геморагії, вогнища некрозу слизової оболонки рота ясна, язика, щік. Особливо часто на мигдалинах, губах. Виразково-некротичний процес може розповсюджуватися на стравохід. Нерідко некротичний процес на слизовій оболонці ускладнюється кандидозом. Від присутність запальної реакції тканин, навколишнього вогнища некрозу. Виразково-некротичний процес в порожнині рота може поширюватися до кісток.	викликається підвищеною чутливістю організму і являє собою прояви анафілактичного шоку кісткового мозку (імунний агранулоцитоз). Загибель гранулоцитів крові під впливом лейкоцитарних антитіл. Сульфаніламідні препарати пригнічують синтез фолієвої кислоти, яка стимулює діяльність кісткового мозку
Додаткові методи дослідження клінічний аналіз крові, пункція кісткового мозку		Зниження кількості або відсутність гранулоцитів. Зрілі нейтрофіли, багато лімфоцитів

#### IV. Підведення підсумків

Підведення підсумків проводиться наприкінці практичного заняття. Оцінювання рівня знань здобувачів освіти здійснюється за 4-х бальною шкалою. Підсумкова оцінка за практичне заняття містить такі складові, як оцінювання теоретичних знань з теми заняття, оцінка практичних навичок та маніпуляцій, оцінювання роботи із пацієнтом, з обов'язковим оголошенням здобувачам освіти. Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

#### Список рекомендованої літератури

##### Основна:

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / За ред. Анатолія Ніколішина – Вид. 2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – 680 с.
2. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія за ред. проф.. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2017. – 664 с.
3. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта за ред.. проф.. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2018. – 504 с.

##### Додаткова:

1. Терапевтична стоматологія: у 4 томах. Том 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота: підручник / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, О.Ф. Несин та ін. — К.: «Медицина», 2010. – 640 с.

2. Біденко Н.В., Борисенко А.В., Васильчук О.В. та ін.. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». – Київ: Книга-плюс, 2017. – 455 с.
3. Борисенко А.В., Антоненко М.Ю., Сідельнікова Л.Ф., Мельничук Т.А. Нариси практичної пародонтології. – К.: ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України» – Київ: «Бібліотека «Здоров'я України», 2017. — 348 с.
4. Клінічна фармакологія та фармакотерапія в стоматології: Навч. посіб. для мед. ун-тів, інст., акад. — 2-ге вид. Рекомендовано Вченою радою НМАПО ім. П.Л. Шупика / Мазур І.П., Хайтович М.В., Голопихо Л.І. — К., 2019. — 376 с.
5. Крок-2. Тести з терапевтичної стоматології. Збірник завдань для підготовки до тестового екзамену з терапевтичної стоматології. / За ред. Проф.. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ «Медицина», 2011. – 286 с.
6. Рибалов О.В., Петрушанко Т.О., Литовченко І.Ю. Губи та їх захворювання: Навчальний посібник. – Полтава, 2018. – 135 с.
7. Петрушанко Т.О., Островська Л.Й., Іленко Н.М. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: Навчальний посібник / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, Н.М. Іленко. – Київ: «Центр учбової літератури», 2019. – 259 с.

### Практичне заняття № 13

**Тема:** Диференційна діагностика проявів на слизовій оболонці порожнини рота дерматозів з аутоімунним компонентом. Пухирчатка, червоний плесканий лишай. Клініка, діагностика, тактика лікаря-стоматолога.

**Мета:** - Ознайомитись з основними принципами обстеження хворих

- Ознайомитись з методами клінічного обстеження СОПР
- Ознайомитись з методами лікування захворювань СОПР
- Ознайомитись з методами профілактики захворювань СОПР

**Основні поняття:** дерматози з аутоімунним компонентом, пухирчатка, червоний плесканий лишай

**Обладнання:** учбова кімната, мультимедійна презентація з теми заняття, ноутбук.

**Навчальний час:** 2 години

#### План

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

Захворювання слизової оболонки порожнини рота (СОПР) представляють значну медико-соціальну проблему, яка висувається в сучасній стоматології на перше місце. Обстеження, діагностика, лікування, профілактика захворювань СОПР – це комплекс цілеспрямованих дій лікаря-стоматолога, які складаються з певних етапів. Знання складових частин та методичне виконання практичних навичок, дозволяє вірно встановити діагноз, прогнозувати та підібрати адекватне лікування захворювань СОПР, що

приведе до полегшення стану пацієнта або повного відновлення стану здоров'я. І навпаки, нехтування та незнання діагностики, клінічних методів обстеження, лікування та профілактики, може стати причиною лікарських помилок.

II. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць);

- знати:

- 1) Основні причини виникнення захворювань СОПР.
- 2) Систематизацію захворювань СОПР.
- 3) Основні принципи обстеження хворих з ураженнями СОПР і їх значення для встановлення діагнозу.
- 4) Суб'єктивне дослідження хворого з захворюваннями СОПР (опитування, деталізування скарг, клінічний перебіг та ін..)
- 5) Об'єктивне дослідження хворого з захворюваннями СОПР (огляд, пальпація, та ін.);

- вміти:

- 1) Провести суб'єктивне та об'єктивне дослідження хворого із захворюваннями СОПР;
- 2) Правильно інтерпретувати результати суб'єктивного та об'єктивного дослідження.
- 3) Оцінити візуально стан слизової оболонки.
- 4) встановити клінічний перебіг захворювань СОПР.
- 5) Визначити елементи ураження слизової оболонки.
- 6) Проводити місцеве лікування.
- 7) Проводити загальне лікування.

2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття:

1. Під час стоматологічного прийому у хворого внаслідок психоемоційного напруження і больових впливів з'явилися ознаки гіпоглікемії, що зникли після нанесення лікарем на язик декількох крапель 40% розчину глюкози.

Яка функція слизової оболонки порожнини рота забезпечила можливість надання допомоги хворому у такий спосіб?

- A. Бар'єрна
- B. Рефлекторна
- C. Резорбтивна
- D. Пластична
- E. Сенсорна

2. Хворий скаржиться на болісність і підвищену чутливість до подразників слизової оболонки порожнини рота. При огляді: слизова оболонка всіх

відділів порожнини рота гіперемійованна, тьмяна, вкрита густою в'язкою слиною

За клінічними ознаками визначте характер запалення:

- A. Гострий катаральний
- B. Хронічний катаральний
- C. Серозний
- D. Гнійний
- E. Проліферативний

3. При ультрамікроскопічному вивченні біоптату слизової оболонки порожнини рота встановлено, що в цитоплазмі макрофагів запального інфільтрату значно збільшена кількість лізосом.

Про що це свідчить?

- A. Активацію фагоцитозу
- B. Проліферативну активність клітин
- C. Сповільнення фагоцитозу
- D. Активацію апоптозу
- E. Пригнічення апоптозу

4. У хворого К., 18 років, після гострої механічної травми язика повністю відновилися його будова і функції.

Як називають такий вид регенерації?

- A. Фізіологічна регенерація
- B. Патологічна регенерація
- C. Неповна регенерація
- D. Субституція
- E. Реституція

5. При мікроскопії гістологічного препарату слизової оболонки порожнини рота визначається шар, що складається з 10-15 рядів щільно розташованих клітин в фазі мітозу, переважно кубовидної форми.

Якому шару епітелію відповідає наведене опис?

- A. Stratum corneum
- B. Stratum lucidum
- C. Stratum granulosum
- D. Stratum spinosum
- E. Stratum basale

6. На слизовій оболонці щоки у хворий Д., 20 років, виявлена виразка блюдцеподібної форми, близько 1,5 см в поперечнику, з «сальним» дном, безболісна при пальпації. Підщелепні лімфовузли збільшені, безболісні.

Яким методом дослідження на даному етапі захворювання можна підтвердити діагноз?

- A. Серологічним
- B. Бактеріоскопічним
- C. Біологічним
- D. Бактеріологічним
- E. Алергологічним

7. У хворого Н., 28 років, з гострим катаральним запаленням слизової

оболонки порожнини рота через 3-5 хвилин після зрошення аерозолем "Інгаліпт", що містить сульфаніламідний препарат, збільшився пульс і почав наростати набряк губ, з'явилася одишка.

Визначте тип алергічної реакції:

- A. Імунокомплексний
- B. Стимулюючий
- C. Анафілактичний
- D. Цитотоксичний
- E. Гіперчутливість уповільненого типу

8. У хворої після відвідування стоматолога з'явилися свербіж і напруга в нижній губі, а потім, по всій червоній облямівці висипали дрібні пухирки з безбарвним вмістом, що зливаються і швидко руйнуються.

Якщо припустити, що захворювання інфекційного походження, то який найбільш імовірний його збудник?

- A. Стрептокок
- B. Стафілокок
- C. Мікобактерії
- D. Вірус герпесу
- E. Ортоміксовірус

9. При гістохімічному дослідженні препарату слизової оболонки щоки в середньому шарі епітеліальних клітин виявлені зерна нейтральних глікозаміногліканів.

Які полісахариди виявлено у клітинах епітелію?

- A. Хондроїтінсульфат
- B. Дерматансульфат
- C. Кератансульфат
- D. Гіалуронову кислоту
- E. Глікоген

10. Хворому гострим катаральним стоматитом антисептичну обробку провели препаратом, що містить комплекс йоду (1%) з полівініловим спиртом, і, внаслідок цього, позбавленим подразнюючої дії.

Вкажіть назву препарату:

- A. Спиртовий розчин йоду
- B. Йодіол
- C. Йодонат
- D. Йодоформ
- E. Йодліпол

Еталони відповідей:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B	A	A	E	E	D	C	D	E	B

III. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками..., проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми заняття.

№ з.п.	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4
1.	Надайте характеристику симптому Нікольського	Є важливою діагностичною, а частково і прогностичною ознакою істинної пухирчатки.	Симптом Нікольського може проявлятися у трьох варіантах: 1) якщо потягнути уривок кришки пухиря, то відбувається відшарування верхніх шарів епітелію і на видимо здоровій СОПР або шкірі; 2) потирання здорової на вигляд шкіри або СОПР чи пошкрябування тупим інструментом між осередками з пухирями й ерозіями спричиняє відторгнення поверхневих шарів епідермісу чи епітелію у цьому місці і утворення спільного пухиря або ерозії; 3) при потиранні абсолютно здорових на вигляд ділянок шкіри або СОПР, що розміщені далеко від осередків ураження і на яких ніколи не було пухирчастих висипань, також виявляється легка травматизація верхніх шарів.
2.	Назвіть основні принципи лікування червоного плескатоного лишаю.(ЧПЛ)	Заходи етіотропної, патогенетичної і симптоматичної терапії ЧПЛ можна поділити на 2 групи:	1) загального впливу 2) локального спрямування: а) усунення місцевих подразнювальних чинників; б) безпосередній вплив на осередок лишаю.

А. Питання для самоконтролю

1. Визначте анатомічні та гістологічні особливості слизової оболонки.
2. Визначте загальні патогенетичні механізми виникнення захворювань СОПР.
3. Визначте місцеві етіологічні фактори.
4. Визначте основні принципи обстеження хворих з патологією СОПР.
5. З яких етапів складається обстеження хворого з захворюваннями СОПР?
6. Що таке суб'єктивне обстеження хворого? Його складові частини. Деталізувати.
7. Що таке об'єктивне обстеження? Його складові частини. Деталізувати.
8. Консультації яких спеціалістів потрібно проводити для повного з'ясування причин виникнення захворювань СОПР?

Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.

1 . У хворого на червоній облямівці губи є новоутворення розміром 1x1 см, з чіткими межами, горбикоподібною поверхнею, червоного кольору, при пальпації безболісне. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. шкірний ріг
- В. папілома
- С. хейліт Манганотті
- Д. бородавчастий передрак
- Е. Осередковий передраковий гіперкератоз

2 . Хворий 47 років скаржиться на печіння і біль у роті . Об'єктивно: на слизовій оболонці щік по лінії змикання зубів і в кутах рота множинні ерозії до 1,0-1,5 см в діаметрі , полігональної форми , яскраво - червоного кольору, розташовані на гіперкератозній бляшці белесоватої слизової оболонки. Цитологічно: ороговиваючі клітини епітелію. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Червоний плоский лишай, ерозивна форма
- В. Лейкоплакія, ерозивна форма
- С. Вторинний сифіліс
- Д. Багатоформна ексудативна еритема
- Е. Червоний вовчак, ерозивна форма

3 . Хвора 30 років, відпочиваючи другий тиждень на морі, звернулася зі скаргами на печіння губ, біль у роті при прийомі їжі. Протягом декількох днів відзначає біль в суглобах, в області серця і нирок, висипання на шкірі. Об'єктивно: на губах, слизовій оболонці щік яскраво - червоні з обідком бляшки, поодинокі пухирці з кров'яним вмістом, ерозії, епітелізуються з утворенням ділянок атрофії. Виявлені LE -клітини , антитіла до нативної ДНК. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Міліарно - виразковий туберкульоз
- В. вторинний сифіліс
- С. Гострий герпетичний стоматит
- Д. Лепра



Е. Системний червоний вовчак

4. Хвора 55 років скаржиться на біль при відкриванні рота, сухість, печіння і стянутість губ. Хворіє на цукровий діабет протягом 20 років. Об'єктивно: червона облямівка верхньої і нижньої губи гіперемійована, набрякла, вкрита тонкими сірими лусочками. У кутах рота ерозії з інфільтрованими краями, вкриті нальотом сірувато-білого кольору. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Актинічний хейліт
- B. Ексфоліативний хейліт
- C. Мікотичний хейліт
- D. Алергічний хейліт
- E. Екзематозний хейліт

5. Хвора 20 років звернулася зі скаргами на свербіж, печіння в губах і шкірі обличчя, що з'явилися тиждень тому. Появу цих симптомів пов'язує з вживанням шоколаду. Об'єктивно: верхня і нижня губи набряклі, гіперемійовані. На червоній облямівці губ і прилеглій шкірі обличчя дрібні згруповані пухирці, заповнені серозним ексудатом жовтуватого кольору, ерозії, мацерації, що мають тенденцію до поширення. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Контактний алергічний хейліт
- B. Екзематозний хейліт
- C. Актинічний хейліт
- D. Метеорологічний хейліт
- E. Атопічний хейліт

6. При диспансерному огляді студента 20 років виявлений хронічний кандидоз порожнини рота, генералізована лімфаденопатія. В анамнезі протягом року часті захворювання простим герпесом. Температура тіла постійно підвищується до 37,4-37,5 °C, зниження маси тіла за останній місяць на 8 кг. Про яке захворювання може свідчити даний симптомокомплекс?

- A. Інфекційний мононуклеоз
- B. Хронічний лейкоз
- C. Гострий лейкоз
- D. Синдром імунодефіциту ( СНІД)
- E. Лімфогранулематоз

7. Хвора 45 років скаржиться на підвищення температури тіла, появу висипу в порожнині рота, на губах. Хворіє 4 роки, частіше в осінньо-весняний період. Об'єктивно: на гіперемійованій слизовій оболонці порожнини рота болючі ерозії, вкриті сірим нальотом. Геморагічні кірки на губах. На шкірі згинальних поверхонь передпліч макулопапульозний висип. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Бульозний пемфігоїд
- B. Хронічний рецидивуючий герпес
- C. Багатоформна ексудативна еритема
- D. Герпетичний дерматит Дюринга
- E. Вульгарна пухирчатка

8 . Хворий 49 років скаржиться на болі в порожнині рота, затруднення при прийомі їжі. Страждає ІХС. Об'єктивно: задишка, набряки кінцівок. Порожнина рота не санована . На слизовій оболонці щоки справа виразка з нерівними краями, вкрита сірувато - білим некротичним нальотом. Неприємний запах з рота. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Туберкульозна виразка
- B. Ракова виразка
- C. Виразково- некротичний стоматит
- D. Трофічна виразка
- E. Травматична виразка

9 . Хворий 62 років звернувся зі скаргами на невелику виразку на губі , яка з'явилася вперше близько місяця тому. Був поставлений діагноз: абразивний преканцерозний хейліт Манганотті нижньої губи. Яка лікувальна тактика?

- A. Фізіотерапевтичне лікування
- B. Консервативна терапія протягом 2 тижнів
- C. Променева терапія
- D. Диспансерне спостереження протягом 2 тижнів
- E. Негайне хірургічне видалення

10 . Чоловік 33 років скаржиться на біль у язичку справа , що підсилюється при прийомі їжі, розмові. Об'єктивно: на бічній поверхні язика ближче до кореня болісна виразка, розміром 0,6 см в діаметрі. Дно вкрите сірим нальотом. Коронка 47 зруйнована. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Ракова виразка
- B. Трофічна виразка
- C. Твердий шанкр
- D. Туберкульозна виразка
- E. Декубітальна виразка

Еталони відповідей

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Д	В	Е	С	В	Д	С	Д	В	Е

#### IV. Підведення підсумків

Підведення підсумків проводиться наприкінці практичного заняття. Оцінювання рівня знань здобувачів освіти здійснюється за 4-х бальною шкалою. Підсумкова оцінка за практичне заняття містить такі складові, як оцінювання теоретичних знань з теми заняття, оцінка практичних навичок та маніпуляцій, оцінювання роботи із пацієнтом, з обов'язковим оголошенням здобувачам освіти. Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

#### Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / За ред. Анатолія Ніколішина – Вид. 2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – 680 с.
  2. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія за ред. проф. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2017. – 664 с.
  3. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта за ред. проф. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2018. – 504 с.
- Додаткова:
1. Терапевтична стоматологія: у 4 томах. Том 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота: підручник / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, О.Ф. Несин та ін. — К.: «Медицина», 2010. – 640 с.
  2. Біденко Н.В., Борисенко А.В., Васильчук О.В. та ін.. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». – Київ: Книга-плюс, 2017. – 455 с.
  3. Борисенко А.В., Антоненко М.Ю., Сідельнікова Л.Ф., Мельничук Т.А. Нариси практичної пародонтології. – К.: ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України» – Київ: «Бібліотека «Здоров'я України», 2017. — 348 с.
  4. Клінічна фармакологія та фармакотерапія в стоматології: Навч. посіб. для мед. ун-тів, інст., акад. — 2-ге вид. Рекомендовано Вченою радою НМАПО ім. П.Л. Шупика / Мазур І.П., Хайтович М.В., Голопиho Л.І. — К., 2019. — 376 с.
  5. Крок-2. Тести з терапевтичної стоматології. Збірник завдань для підготовки до тестового екзамену з терапевтичної стоматології. / За ред. Проф. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ «Медицина», 2011. – 286 с.
  6. Рибалов О.В., Петрушанко Т.О., Литовченко І.Ю. Губи та їх захворювання: Навчальний посібник. – Полтава, 2018. – 135 с.
  7. Петрушанко Т.О., Островська Л.Й., Іленко Н.М. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: Навчальний посібник / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, Н.М. Іленко. – Київ: «Центр учбової літератури», 2019. – 259 с.

## Практичне заняття № 14

**Тема:** Диференційна діагностика передракових станів слизової оболонки порожнини рота та червоної кайми губ. Облігатні та факультативні передраки. Сучасні методи лікування та профілактики.

**Мета:** Навчитися проводити диференційну діагностику передракових захворювань слизової оболонки порожнини рота і червоної облямівки губ.

**Основні поняття:** передракові стани слизової оболонки порожнини рота та червоної кайми губ, облігатні та факультативні передраки.

**Обладнання:** учбова кімната, мультимедійна презентація з теми заняття, ноутбук.

**Навчальний час:** 2 години

## План

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

Серед актуальних проблем сучасної медицини одне з перших місць займають передракові захворювання. Слід пам'ятати, що рак слизової оболонки порожнини рота і червоної облямівки губ становить 10% від усіх випадків раку інших органів. Розвитку раку сприяють, насамперед, травми, особливо хронічні. Нерідко раку передують так звані передракові процеси: хронічні запальні захворювання, що супроводжуються ерозіями та виразками, проліферативні процеси, доброякісні пухлини. Останні відрізняються від раку відсутністю одного або кількох ознак, сукупність яких дозволяє поставити діагноз раку. Частіше хворіють чоловіки у віці від 40 до 60 років, що пов'язано, ймовірно, з впливом на слизову оболонку великої кількості сильних подразників (паління, алкоголь). Звертає на себе увагу несвоєчасна діагностика передракових захворювань, що, безумовно, збільшує кількість випадків переходу їх в рак. Встановлено, що між першими ознаками появи цієї групи захворювань і первинним відвідуванням лікаря проміжок часу достатньо великий (від декількох місяців до 2-3 років). Тому своєчасне виявлення передракових захворювань та їх адекватне лікування є основною ланкою профілактики раку.

II. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць);

-Знати:

1. Клінічні прояви передракових захворювань слизової оболонки порожнини рота і червоної облямівки губ.
2. Особливості прояву облігатних і факультативних форм передраку.
3. Сучасні методи лікування та профілактики.
- 3.4. На основі теоретичних знань з теми

- Вміти:

1. Кваліфіковано проводити диференційну діагностику передракових захворювань слизової оболонки порожнини рота і червоної облямівки губ.
2. Скласти загальну схему діагностичного пошуку.
3. Проводити клінічне обстеження порожнини рота.
4. Розпізнавати синдроми та інтерпретувати морфологічний субстрат.
5. Використовувати навички деонтології при спілкуванні з хворими.

2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття:

1. При обстеженні чоловіка 64 років лікар виявив у нього на червоній облямівці нижньої губи праворуч дефект епітелію округло-овальної форми

яскраво-червоного кольору розміром 0,5 x 0,7 см. Який елемент ураження виявив лікар?

- А. афту
- Б. Тріщину
- В. екскоріаціями
- Г. Ерозію
- Д. Язву

2. При обстеженні жінки 26 років на слизовій оболонці нижньої губи по центру виявлений округлої форми дефект тканин в межах середніх шарів власне слизової розміром до 1 см. Який елемент ураження виявив лікар?

- А. Афту
- Б. Тріщину
- В. Екскоріація
- Г. Ерозію
- Д. Язву

3. При обстеженні чоловіка 37 років на слизовій оболонці нижньої губи зліва з переходом на червону облямівку виявлено пляму сірувато-білого кольору з чіткими нерівними контурами розміром 1,5-2см. При поскабливанні пляма не знімається. Який патогістологічний процес лежить в основі утворення плями у цього хворого?

- А. Акантоз
- Б. Гиперкератоз
- В. Паракератоз
- Г. гранулеза
- Д. Інфільтрація сосочкового шару

4. Після гістологічного дослідження біоптату белесоватої бляшки на слизовій оболонці твердого піднебіння отримано висновок: зернистий шар відсутній, роговий шар потовщений, його клітини містять палочкообразні ядра. Який патогістологічний процес описано гістологом?

- А. Акантоз
- Б. Гиперкератоз
- В. гранулеза
- Г. Дискератоз
- Д. Паракератоз

5. Лікар-стоматолог отримав висновок гістолога після біопсії ділянки ураження на слизовій оболонці щоки справа: потовщення шипуватий шару, подовження міжсосочкових виростів епітелію. Який патогістологічний процес був описаний гістологом?

- А. Акантоз
- Б. Акантоліз
- В. Гиперкератоз
- Г. гранулеза
- Д. Вегетації

ВІДПОВІДІ:

Завдання № 1 - Д

Завдання № 2 - Е

Завдання № 3 - В

Завдання № 4 - Е

Завдання № 5 - А

III. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками..., проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою по темі заняття.

<b>№ № П.П.</b>	<b>Основні завдання</b>	<b>Вказівки</b>	<b>Відповіді</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1	Вивчити теорію передракових захворювань слизової оболонки порожнини рота і червоної облямівки губ.	Вміти кваліфіковано проводити диференційну діагностику передракових захворювань слизової оболонки порожнини рота і червоної облямівки губ.	
2	Вивчити сучасні методи лікування та профілактики передракових захворювань слизової оболонки порожнини рота і червоної облямівки губ.	Вміти асистувати хірурга-стоматолог ОДУ (щелепно-лицьовому у хірурга) в умовах оперблока при проведенні оперативних втручань передракових захворювань.	

А. Питання для самоконтролю:

1. Клінічні прояви передракових захворювань слизової оболонки порожнини рота і червоної облямівки губ.
2. Особливості прояву облігатних і факультативних передраку.

3. Сучасні методи лікування та профілактики.

Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей:

1. Після біопсії розростань на поверхні ерозій дна порожнини рота праворуч отримано патогістологічний висновок: розростання сосочків власне слизової з одночасним потовщенням шипуватий шару епітелію, особливо міжсосочкових межепітеліальних відростків. Який патогістологічний процес був описаний гістологом?

А. Акантоз

Б. Вегетації

В. Гиперкератоз

Г. гранулеза

Д. Ліхенізація

2. Чоловік 71 року звернувся в клініку зі скаргами на наявність «виразки» на червоній облямівці нижньої губи, яка з'явилася 3 місяці тому. Об'єктивно: на червоній облямівці нижньої губи визначається ерозія неправильної форми розміром 1,0 × 1,5 см, покрита кров'янистою кіркою, після часткового видалення якої виникла невелике кровотеча. Ерозія малоболезненна при пальпації. Регіонарні лімфовузли не збільшені. Яке дослідження необхідно провести цьому хворому для уточнення діагнозу?

А. Бактеріоскопічне

Б. Гістологічне

В. Імунологічне

Г. Люмінесцентне

Д. Серологическое

3. Що з перерахованого НЕ укладається в гістологічну картину «cancer in situ»?

А. Зміна ядерно-цитоплазмі атичного співвідношення

Б. Наявність неправильних мітозів

В. Наявність «рогових перлин»

Г. Порушення цілісності базальної мембрани

Д. Поліморфізм і різнокаліберні клітини

ВІДПОВІДІ:

Завдання № 1 - В

Завдання № 2 - В

Завдання № 3-Д

В. Задачі для самоконтролю з відповідями:

1. Жінка 57 років звернулася в клініку зі скаргами на наявність виразки на щоці, яке виявила тиждень тому. Об'єктивно: на слизовій оболонці лівої щоки в ретромолярній області визначається різко обмежений застійно-червоного кольору з бархатистою поверхнею вогнище ураження розміром 2,0 \* 1,5 см, злегка западаючий. На поверхні вогнища визначаються ділянки гіперкератозу. Гістологічно: слабо виражений гіпер-і паракератоз, акантоз і розширені епітеліальні вирости, безладно розташовані клітини шипуватий шару, що мають різноманітну величину і форму, гіперхромні великі і маленькі ядра, «рогові перлини», базальна мембрана збережена. У верхній

частині строми: навколо розширених судин - невеликий інфільтрат в основному з плазматичних клітин і лімфоцитів. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Хвороба Боуена
- Б. Червона вовчак
- В. Червоний плоский лишай
- Г. Лейкоплакия
- Д. Плоскоклітинний ороговеваючий рак

2. Чоловік 52 років звернувся в клініку зі скаргами на появу на губі безболісного утворення, яке за місяць існування збільшилася в розмірі. Об'єктивно: на червоній облямівці нижньої губи визначається щільний вузлик бруднувато-сірого кольору розміром  $1,0 \times 1,5$  см з воронкоподібним заглиблення в центрі, заповненим роговими масами, які легко віддаляються. При пальпації вузлик щільний, рухливий, безболісний. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Бородавчастий передрак
- Б. Кератоакантома
- В. Обмежений передраковий гіперкератоз
- Г. Папілома з зроговінням
- Д. Рак нижньої губи, екзофітна форма

3. Чоловік 47 років звернувся зі скаргами на появу на нижній губі утворення яке заважає йому при розмові та прийомі їжі. Об'єктивно: на червоній облямівці нижньої губи - полушаровидної форми утворення, діаметром до 1 см, що піднімається над навколишніми тканинами. Поверхня утворення покрита щільно лежачими лусочками, пальпація безболісна. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Бородавчастий передрак
- Б. Вірусна бородавка
- В. Кератоакантома
- Г. Шкірний ріг
- Д. Папілома з зроговінням

4. Чоловік 48 років скаржиться на печіння на слизовій оболонці нижньої губи, наявність шроховатого утворення, що з'явилося 2 місяці тому. Об'єктивно: на слизовій оболонці нижньої губи трохи праворуч біля лінії Клейна визначається безболісне вогнище ураження розміром  $0,8 \times 1,5$  см, що підноситься над навколишніми тканинами з нерівною поверхнею у вигляді низьких бородавок сіруватого кольору. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Бородавчастий передрак
- Б. веррукозного лейкоплакия
- В. Вірусна бородавка
- Г. Папілома з зроговінням
- Д. Хронічний гіперпластичний кандидоз

5. Чоловік 46 років звернувся на консультацію до стоматологу. Скарги на наявність на червоній облямівці нижньої губи зміненої ділянки білуватого



кольору, який помітив 2 тижні тому. Об'єктивно: на червоній облямівці нижньої губи зліва визначається різко відмежована ділянка полігональної форми розміром 0,5 × 1,0 см. Поверхня вогнища має сірувато-білий колір і покрита щільно лежачими дрібними лусочками. Вогнище злегка западає, навколишні тканини не змінені. Пальпація безболісна, ущільнення в підставі не визначається. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Хвороба Боуена
- Б. Червона вовчак
- В. Червоний плоский лишай
- Г. Лейкоплакия, плоска форма
- Д. Обмежений передраковий гіперкератоз

Відповіді:

Завдання № 1 - А

Завдання № 2 - В

Завдання № 3 - А

Завдання № 4 - В

Завдання № 5 - Е

#### IV. Підведення підсумків

Підведення підсумків проводиться наприкінці практичного заняття. Оцінювання рівня знань здобувачів освіти здійснюється за 4-х бальною шкалою. Підсумкова оцінка за практичне заняття містить такі складові, як оцінювання теоретичних знань з теми заняття, оцінка практичних навичок та маніпуляцій, оцінювання роботи із пацієнтом, з обов'язковим оголошенням здобувачам освіти. Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

#### Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / За ред. Анатолія Ніколішина – Вид. 2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – 680 с.
2. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія за ред. проф. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2017. – 664 с.
3. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта за ред. проф. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2018. – 504 с.

Додаткова:

1. Терапевтична стоматологія: у 4 томах. Том 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота: підручник / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, О.Ф. Несин та ін. — К.: «Медицина», 2010. – 640 с.
2. Біденко Н.В., Борисенко А.В., Васильчук О.В. та ін.. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної

атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». – Київ: Книга-плюс, 2017. – 455 с.

3. Борисенко А.В., Антоненко М.Ю., Сідельнікова Л.Ф., Мельничук Т.А. Нариси практичної пародонтології. – К.: ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України» – Київ: «Бібліотека «Здоров'я України», 2017. — 348 с.

4. Клінічна фармакологія та фармакотерапія в стоматології: Навч. посіб. для мед. ун-тів, інст., акад. — 2-ге вид. Рекомендовано Вченою радою НМАПО ім. П.Л. Шупика / Мазур І.П., Хайтович М.В., Голопихо Л.І. — К., 2019. — 376 с.

5. Крок-2. Тести з терапевтичної стоматології. Збірник завдань для підготовки до тестового екзамену з терапевтичної стоматології. / За ред. Проф.. А.В. Борисенка. – К. : ВСВ «Медицина», 2011. – 286 с.

6. Рибалов О.В., Петрушанко Т.О., Литовченко І.Ю. Губи та їх захворювання: Навчальний посібник. – Полтава, 2018. – 135 с.

7. Петрушанко Т.О., Островська Л.Й., Іленко Н.М. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: Навчальний посібник / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, Н.М. Іленко. – Київ: «Центр учбової літератури», 2019. – 259 с.

## Практичне заняття № 15

**Тема:** Стоматогенна хроніоінтоксикація. Етіологія. Патогенез. Клініка, діагностика, лікування та профілактика стоматогенної хроніоінтоксикації. Аналіз кількісних та якісних показників роботи лікаря терапевта-стоматолога. Підсумкове тестування

**Мета:** навчитися проводити діагностику і диференціальну діагностику захворювань зубів і пародонту, СОПР; опанувати клінічні, додаткові і лабораторні методи обстеження стоматологічних хворих; навчитися інтерпретувати результати досліджень, ставити діагноз, уміти заповнювати амбулаторну карту стоматологічного хворого.

**Основні поняття:** стоматогенна хроніоінтоксикація, етіологія, патогенез, клініка

**Обладнання:** учбова кімната, мультимедійна презентація з теми заняття, ноутбук.

**Навчальний час:** 2 години

### План

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

На сучасному етапі життя людини доля осередків хронічної інфекції в порожнині рота має особливу актуальність. Враховуючи погіршення загального здоров'я людини з одного боку і створення нових активних лікарських препаратів з іншою часто змінюється відношення лікарів до тих або інших осередків хронічної інфекції (ОХІ) в організмі.

Особливе місце серед ОХІ організму займають осередки хронічної інфекції в порожнині рота. Ще старовинне арабське прислів'я свідчить:

«Смерть приходив через рот».

І дійсно, в порожнині рота є цілий ряд фізіологічних і патологічних передумов, які можуть зумовити виникнення хронічної інтоксикації.

Тому кожен лікар повинен знати ці передумови, наслідки, до яких вони можуть привести і як їх запобігти, а також своєчасно діагностувати і лікувати

II. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць)

- знати клінічні, додаткові і лабораторні методами обстеження хворих;
- знати додаткове устаткування стоматологічного кабінету;
- уміти виявляти вогнища осередків хронічної інфекції в порожнині рота стоматологічного хворого;
- знати і уміти проводити диференціальну діагностику захворювань зубів і пародонту, СОПР;
- уміти проводити діагностику і дифдіагностику

2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття:

А. Питання:

- Скільки мікроорганізмів знаходиться в 1 мм<sup>3</sup> зубного нальоту?
- Які Ви знаєте патогенні мікроорганізми в ротовій порожнині і можливі наслідки?
- Яким може бути взаємозв'язок між множинним карієсом і загальними захворюваннями організму?
- Які захворювання порожнини рота можуть бути причиною захворювань нирок? Головного болю?
- Які захисні механізми СОПР Ви знаєте?
- Які наслідки можуть бути при не лікуванні хронічних періодонтитів?

Б. Тести для самоконтролю

1. Для визначення фагоцитарної активності і регенераторної здатності тканин використовують пробу:

- А. Шілера-Пісарєва
- В. Бензидінову
- С. Кавецького-Базарнової
- Д. Олдріча
- Е. Пергідролєву

2. Суб'єктивні розлади чутливості СОПР, відчуття повзання "мурашок", оніміння, печія, поколювання, це:

- А. Анестезія
- В. Гіперестезія
- С. Гіпестезія

- D. Парестезія
- E. Гіперпатія

3. Для визначення міграції лейкоцитів з СОПР використовується проба:

- A. Шілера-Пісарєва
- B. Бензидінова
- C. Ясиновського
- D. Пергідролева
- E. Кавецького-Базарнової

4. Жінка 33 років скаржиться на сухість і печію спинки язика, що посилюється при прийомі подразнюючої їжі. Хворіє протягом тижня. Напередодні перенесла важку форму ангіни, приймала антибіотики. Об'єктивно: слизова оболонка порожнини рота бліда, язик набряклий. На тлі гіперемованої і набряклої слизової оболонки язика в складках визначається крупинчатий сіро-білий наліт, десквамація на кінчику і бічних поверхнях язика. Слина густа, тягнеться нитками за шпателем. Яке дослідження найбільш інформативне для уточнення діагнозу?

- A. Мікроскопія зішкребу з язика
- B. Загальний аналіз крові
- C. Посів на Candida
- D. Цитологічне дослідження
- E. Кожна проба на антибіотики

5. Хворий Д., 36 років, скаржиться на дискомфорт при вживанні їжі, лихоманку, погіршення здоров'я, збільшення лімфовузлів. Хворою палить, алкоголь вживає помірно. Три роки тому знаходився у відрядженні в Африці. Об'єктивно: підщелепні, шийні, пахвові лімфовузли при пальпації збільшені, рухливі, безболісні. На бічній поверхні язика ділянки білястих ниткоподібних сосочків 3-4 мм завдовжки. Які з перерахованих досліджень необхідно провести для уточнення діагнозу?

- A. Аналіз крові на ВІЧ
- B. Аналіз крові на RW
- C. Загальний аналіз крові
- D. Аналіз крові на цукор
- E. Ревмопроби

6. Для якого захворювання, стану організму характерний аналіз крові?

Еритроцити  $4,3 \times 10^{12}$  Т/л; Нв 130 г/л; ЦП 0,95; Ретикулоцити 0,7%; Тромбоцити  $210 \times 10^9$ /л; Лейкоцити  $5,0 \times 10^9$ /л; Базофіли 0,7%; Еозинофіли 2,0%; Нейтрофіли: М 0%, Ю 0%, П 5%, С 52%; Лімфоцити 21%; Моноцити 5%; СОЭ 8 мм/год.

- A. Агранулоцитоз
- B. Норма

- C. Лімфолейкоз
- D. Мієлолейкоз гострий
- E. Анемія залізодефіцитна

7. Хвора 25-ти років скаржиться на різкий біль під час їжі, неприємний запах з рота, загальну слабкість. Об'єктивно: міжзубні сосочки і маргінальний край ясен покриті брудним сірим нальотом, біль при доторканні. Температура тіла 37°C. Аналіз крові: ер.-  $4,8 \times 10^{12}/\text{л}$ , Нб - 130 г/л, ЦП- 0,9; лейк.-  $10,5 \times 10^9/\text{л}$ ; Ю- 2%; П/Я- 8%; СЯ- 47%; Е- 2%; лімф.- 35%; ШОЕ- 20 мм/годину Який найбільш вірогідний діагноз?

- A Гінгівіт Венсана
- B Хронічний лейкоз
- C Агранулоцитоз
- D Гострий герпетичний стоматит
- E Гострий лейкоз

8. Робітниця кондитерської фабрики, 50 років, скаржиться на сильний біль, печію і сухість слизової оболонки порожнини рота упродовж тижня. При огляді слизова оболонка порожнини рота різко гіперемована, суха. Язик яскраво-червоного кольору, гладенький, на бічних поверхнях відбитки зубів. Гіперемія, набряк червоної облямівки губ. Губи покриті тонкими лусочками, місцями слизова оболонка мацерована. Який попередній діагноз Ви поставите?

- A. Алергічний стоматит
- B. Гострий атрофічний кандидоз
- C. Хронічний атрофічний кандидоз
- D. Актинічний хейліт
- E. Контактний алергічний хейліт

9. Хворий А., 65 років з'явився із скаргами на печію, біль в кутах рота. При об'єктивному огляді у хворої відзначається зниження висоти прикусу, глибокі складки, сірі прозорі лусочки, ніжні кірочки в кутах рота. Після видалення лусочок і кірочок виявлені слабо мокнучі болючі тріщини. Поставте найбільш вірогідний попередній діагноз.

- A. Мікотична заїда
- B. Стрептококова заїда
- C. Твердий шанкр кута рота
- D. Сіфілітина папульозна заїда
- E. Гіповітаміноз В<sub>2</sub>

III. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками..., проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

*Орієнтуюча карта для формування практичних умінь і навичок*

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
З'ясуєте паспортні дані пацієнта	з'ясуєте паспортні дані пацієнта	Ф.І.Пб, вік, стать, місце роботи, посада, професія, адреса, телефон.
Скарги при першому зверненні	з'ясуєте відчуття: больові, незвичайні, неприємні, зміна зовнішнього вигляду (схуднення, жовтизна, деформація щелеп, припухлість лиця і так далі), порушення слиновиділення, смаку	час появи, розвиток, періодичність, вираженість, характер, і так далі
Анамнез (історія) захворювання	домагайтеся визначеності і ясності в усіх деталях. Уточніть, коли виникло захворювання, з чого почалося, як розвивалося, перші симптоми	детально, в хронологічній послідовності опишіть симптоми захворювання, їх динаміку. Вкажіть частоту загострення, причини, зв'язок з порою року або іншими чинниками. Яке було проведене лікування
Анамнез (історія) життя	уточніть навчання, професію, трудову діяльність, характер і умови, взаємини в колективі, регулярність вживання їжі, апетит, схильності в їжі і так далі	вкажіть місце народження, шкідливі звички, статевий розвиток, перенесені захворювання, хвороби найближчих родичів, алергологічний анамнез та ін.
Загальний стан хворого	об'єктивне дослідження проводьте строго за планом, уточніть самопочуття, стан шкіри і видимих слизових оболонок, підшкірно-жирову клітковину, лімфатичні вузли, м'язи, кістки, суглоби	опишіть загальний стан пацієнта, органи дихання серцево-судинну систему, органи травлення, сечостатеву систему, нервову систему і органи чуття
Стан органів порожнини рота	ретельно проведіть огляд щелепно-лицьової ділянки, використовуючи спеціальні проби, заповніть зубну формулу, стан пародонту, СОПР	опишіть слизову оболонку губ, шік, твердого і м'якого піднебіння. Стан зубів, пародонту. Результати зондування, перкусії, прикус, гігієна порожнини рота
Стан ураженого органу	при підозрі на захворювання, проведіть додаткове детальне дослідження органу: стоматотоскопію, зондування, перкусію, пальпацію і т.д.	детально опишіть уражений зуб, пародонт, ураження на СОПР
Попередній діагноз	на підставі приведених вище даних поставте попередній діагноз	напишіть попередній діагноз (на українській і латинській мові)
Данні додаткових, лабораторних методів обстеження	по показаннями приведіть дані додаткових і лабораторних методів дослідження, відповідно до попереднього діагнозу	дані ЕОД, термодіагностики, транслюмінації, індекси гігієни, цитологія. Аналізи крові, сечі, цукор в крові та ін. Консультації інших фахівців (терапевта, ендокринолога, гематолога, алерголога, гінеколога, та ін.).
Дані рентгенологічних досліджень	у історію хвороби вклейте рентгенограму (візіограму)	описати рентгенограму при ураженнях зубів, пародонту, щелеп

Диференційна діагностика	проводиться шляхом порівняння важливих симптомів захворювання пацієнта з схожими ознаками близьких по клініці захворювань, з віддзеркаленням особливостей їх прояву у цього пацієнта	провести детально, вказавши на патогенетичний зв'язок окремих симптомів і симптомокомплексів, дані додаткових і лабораторних, інструментальних методів дослідження
Обґрунтуйте остаточний діагноз	на підставі характерних скарг хворого, анамнезу захворювання, об'єктивних і додаткових досліджень диференціальної діагностики поставте остаточний діагноз (на українській і латинській мові).	поставте заключний діагноз, використовуючи результати опитування, анамнезу, об'єктивних досліджень. Вибираються найбільш важливі, достовірні симптоми. Приведіть результати додаткових методів дослідження, клінічних аналізів, консультацій інших фахівців, результати диференційної діагностики. Остаточний діагноз складається з діагнозу основного захворювання і супутнього патологічного процесу. Додатково проводиться обґрунтування усіх положень діагнозу (фази захворювання, тяжкості, функціональних порушень, ускладнень).

#### А. Питання для самоконтролю

1. Перерахуйте скарги, характерні для ураження періодонту.
2. Перерахуйте скарги, характерні для захворювань пародонта.
3. Опишіть рентгенологічні ознаки періодонтитів.
4. За допомогою якої апаратури можна визначити стан пульпи зуба?
5. Для яких загальних захворювань характерне ураження пародонту?
7. Що може бути джерелом гетеросенсибілізації і аутосенсибілізації організму в порожнині рота?
8. Які захворювання можуть бути наслідком осередків хронічної інфекції в порожнині рота?
10. Що таке осередково-обумовлені захворювання?
11. Перерахуйте можливі осередки хронічної інфекції в порожнині рота.
12. Вкажіть можливий патогенез ООЗ?

#### Б. Тести для самоконтролю

10. Хворий А., 24 роки, 2 року тому поставив пломбу в 11 зубі, тиждень тому пломба випала. При обстеженні в 11 зубі залишки пломби. На яснах свищ. Який додатковий метод обстеження може підтвердити передбачуваний ОХІ?

- А візіографія
- В зондування
- С термометрія

- D перкусія
- E ЕОД

11. Лікар запідозрив хронічний періодонтит 27 зуба, який може бути причиною захворювання лівого ока. Які показники ЕОД будуть характерні для періодонтиту?

- A. 10-20 мкА
- B. 30-40 мкА
- C. 50-70 мкА
- D. 90-120 мкА
- E. 120-150 мкА.

12. Які мікроорганізми викликають карієс і можуть бути причиною алергізації організму?

- A. *Cl. perfringens*, *Cl. Novyi*, *Cl. septicum*
- B. *Str. mutans*, *Str. sanguis*, *Str. Salivarius*
- C. *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*
- D. *S. typhimurium*, *S. enteritidis*
- E. Все выше перечисленные

13. При обстеженні чоловіка 42 років, направленого терапевтом до стоматолога, скарги на швидку стомлюваність, поганий апетит, апатію і біль у роті при вживанні їжі. В порожнині рота на спинці язика виявлена неглибока виразка неправильної форми, 1,2x2 см з м'якими, роз'їденими, підритими краями, на дні і по краях – жовтуваті горбки. Навколо невеликий запальний інфільтрат. Виразка різко болюча при пальпації. Консультація якого фахівця потрібна в першу чергу?

- A. гематолога
- B. дерматолога
- C. фтизіатра
- D. онколога
- E. ендокринолога

14. Пацієнтка 44 років скаржиться на підвищену стомлюваність, часті головні болі, запаморочення, сухість у роті, зміну смаку. При огляді шкіра і СОПР бліді, спинка язика гладенька, яскраво-червоного кольору, в кутах рота – болючі тріщини. Для уточнення передбачуваного захворювання провели дослідження крові: ер. –  $2,8 \times 10^{12}/л$ ; ц.п. – 1,6; лейкоц. –  $3,5 \times 10^9/л$ ; тромбоц. –  $150 \times 10^9/л$ . Який можливий діагноз?

- A. диссемінований червоний вовчак
- B. апластична анемія
- C. гемолітична анемія
- D. залізодефіцитна анемія
- E. склеродермія



15. Передумови до виникнення ОХІЦ можуть бути особливості будови порожнини рота:
- A. наявність *C. albicans* в порожнині рота
  - B. ясеневі кишені, тріщини емалі, каріозні порожнини, кореневі канали
  - C. складки язика
  - D. піднебінні мигдалини
  - E. зубо–ясеневі кишені
16. До якої групи ООЗ по класифікації Г. Д. Овруцького відноситься неспецифічний міокардит?
- A. інфекційно-алергічне захворювання
  - B. ауто алергічне захворювання
  - C. обумовлене сенсibiliзацією лікарськими препаратами
  - D. пригнобленням неспецифічної резистентності організму в результаті тривалої дії осередку інфекції
  - E. ні однією з перерахованих

### В. Задачі

1. Хвора 56 років вказує на загальне погіршення здоров'я, швидку стомлюваність, пітливість, головний біль, запаморочення, поганий сон, іноді безсоння, роздратування, схуднення. Об'єктивно невеликий субфебрилітет, прискорена ШОЕ, лімфаденіт зліва в біля кута нижньої щелепи, зниження рівня гемоглобіну, лейкопенія, анемія. 36, 37 зубів зруйновані на 2/3, гіперемія ясеневого краю.

1. Про які захворювання можна думати?
2. Які дані задачі підтверджують або спростовують діагноз?
3. Які додаткові методи діагностики слід використати?

2. Хворий Д., 48 років, скаржиться на ниючий біль у верхній щелепі справа при вживанні їжі, іноді у спокої. Біля півроку тому 17 зуб був лікований по причині пульпіту. Об'єктивно коронка 17 зуба сірого кольору. На жувально-медіальній поверхні глибока каріозна порожнина, залишки пломбувального матеріалу, зондування безболісно, перкусія чутлива, ясна набряклі, пародонтальна кишеня біля 17 зуба завглибшки 3-4 мм.

1. Про які захворювання йде мова, які можуть бути причиною ООЗ?
3. Які дані задачі підтверджують передбачений діагноз?
4. Які додаткові методи дослідження можуть підтвердити або спростувати передбачуваний діагноз?

### Перелік учбових практичних завдань, які необхідно виконати під час практичного заняття:

- складати план обстеження стоматологічного хворого;

- проводити основні, додаткові, лабораторні методи обстеження стоматологічних хворих;
- провести клінічне обстеження стоматологічного хворого;
- оцінювати результати клінічних аналізів;
- користуватися додатковим устаткуванням стоматологічного кабінету;
- оцінювати рентгенограму, візіограму;
- виявляти осередки хронічної інфекції в порожнині рота;
- заповнювати амбулаторну карту стоматологічного хворого;
- проводити диференціальну діагностику стоматологічних захворювань;
- діагностувати ООЗ.

Інструктивні матеріали для оволодіння професійними вміннями, навичками:

Звертаючись до хворого, слід називати його по імені та по батькові. Розпитуючи хворого, не задовольняйтесь загальними і невизначеними відомостями. Кожне питання і відповідь конкретизуйте. Домагайтесь визначеності і ясності в усіх деталях. Остерігайтесь вузького мислення, яке спрямоване лише на перевірку Вашої гіпотези захворювання.

Об'єктивне обстеження проводите строго за певним планом. При виявленні захворювання, визначтеся з додатковими дослідженнями. Після проведення додаткових методів дослідження, клінічних аналізів, консультацій інших фахівців, зіставлення їх результатів з клінічною картиною і проведенням диференціальної діагностики, сформулюйте остаточний діагноз, заповніть амбулаторну карту стоматологічного хворого.

## СХЕМА ОБСТЕЖЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО

- паспортні дані
- вік
- адреса
- місце роботи, професія
- умови роботи
- загальні захворювання, зв'язок з захворюваннями органів порожнини рота

Анамнез

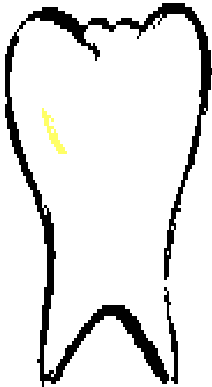
- возраст,  
(хвороби, життя)

**скарги**

**опитування**



А. Основні	В. Додаткові
<p><b>1. Огляд:</b> зовнішній, порожнина рота, оцінка стану зубів (кількість, положення, колір, форма, величина, дефекти, стан пломб).</p> <p><b>2. Зондування</b> (зонд прямий чи кутовий): консистенція твердих тканин, стан даху пульпової камери, глибина каріозної порожнини, болючість стінок і дна, розташування гирл кореневих каналів.</p> <p><b>3. Перкусія:</b> зонд, пальцева, вертикальна, горизонтальна. Визначають болючість та характер звуку (дзвінкий, тупий).</p> <p><b>4. Інструментальна, пальпація зубів, перехідної складки, з-я кишені, м'яких тканин.</b></p> <p><b>5. Термодіагностика:</b></p>	<p><b>1. Електроодонтодіагностика:</b> ОД-1, ОД-2, ОД-3, ІВН-1, ОСМ-3 (N-2-6 мкА, карієс (10-20 мкА), Р частковий - (25-30 мкА), Р загальний - (40-50 мкА), Р хронічний - (50-60 мкА), Р гангренозний - (80-90 мкА), Рт - &gt; 100-120 мкА.</p> <p><b>2. Rn-діагностика, КТР - візіограма</b> (прихована КП, вторинний карієс, зміни в періодонті, якість пломбування КК, кістки щелеп, наявність кісткових кишень і т.п.).</p> <p><b>3. Трансілюмінація</b> - приховані КП.</p> <p><b>4. Загальний аналіз крові.</b></p> <p><b>5. Наявність мікрогальванізму.</b></p> <p><b>6. Капілярна резистентність.</b></p> <p><b>7. Алергічні проби.</b></p> <p><b>8. Комп'ютерна діагностика.</b></p> <p><b>9. Консультації інших спеціалістів.</b></p>

<p><b>N</b> – нема болю <math>\geq 5-10^\circ</math> –55-66°</p> <p><b>C</b> – біль &lt; 18-20° – &gt;45-50°</p> <p><b>P</b> – біль &lt;25-30° – &gt;38-40°</p> <p><b>6. Ступінь рухомості зубів (I, II, III).</b></p>	
<p><b>7. Стан регіональних лімфовузлів</b> (величина, рухливість, консистенція, болючість, спаяність з іншими тканинами).</p> <p><b>8. Прикус</b> - характер зімкнення зубів в центральній оклюзії: фізіологічні, патологічні, аномальні.</p> <p><b>9. Оцінка стану пломб</b> (краєве прилягання, контактний пункт, стертість, вторинний карієс, стійкість кольору, форми, та інше.)</p>	<p><b>10. Визначення гігієнічних індексів:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- визначення зубного нальоту (р-н Люголю: 1ч. йоду, 2ч йодиду калію, 4 ч. води; 2% метил. синька; 2% р-н Фуксину и інші.</li> <li>- індекс Федорова - Володкіної;</li> <li>- проба Шілера-Писарева:</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1,1-1,4 хороший догляд</li> <li>○ 1,5-1,8 задовільний</li> <li>○ 1,9-2,5 незадовільний</li> <li>○ 2,6-3,8 поганий</li> <li>○ 3,9-5,0 дуже поганий</li> </ul> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  <p>56 _____</p> <p>46 _____</p> <p>36 _____</p> <p>26 _____</p> <p>16 _____</p> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">- модифікований індекс Грін-Вермільойона.</p>

## Загальне обстеження хворого

1. Клінічний аналіз крові.
2. Біохімічний аналіз крові (цукор).
3. Показники реактивності організму (моноцитограма, фагоцитарна активність, вміст лізоциму в сироватці крові, визначення місцевого імунітету та ін.).
4. Алергологічні проби.
5. Стан ШКТ.
6. Стан ендокринної системи.
7. ЕКГ.
8. Інші дослідження і аналізи.

**Тема:** Аналіз кількісних та якісних показників роботи лікаря терапевта-стоматолога.

**Мета:** - Ознайомити студентів з кількісними і якісними показниками роботи лікаря терапевта-стоматолога;

- Студент повинен знати: види діагностичних досліджень, необхідність консультацій фахівців при різних нозологічних захворюваннях;

- Студент повинен вміти: виконувати лікувальні заходи в повному обсязі в залежності від нозологічної форми захворювання терапевтичного профілю

**Основні поняття:** кількісні та якісні показники роботи лікаря терапевта-стоматолога.

**Обладнання:** учбова кімната, мультимедійна презентація з теми заняття, ноутбук.

## План

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація студентів щодо вивчення теми).

Аналіз кількісних та якісних показників роботи лікаря терапевта-стоматолога має велике значення при підведенні результатів лікування і профілактики хворих із захворюваннями твердих тканин зубів: карієсу, некаріозних уражень твердих тканин зубів, ускладнений карієс (пульпіт, періодонтит), захворювань тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота.

Кількісні показники роботи лікаря терапевта-стоматолога виражаються в умовних одиницях праці (УЄТ), якісні показники виражаються в обсязі виконаної роботи при проведенні діагностичних досліджень, консультацій та лікувальних заходів.

II. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць);

- Знати:
- Класифікації захворювань слизової оболонки порожнини рота;
- Кількісні та якісні показники роботи лікаря терапевта-стоматолога;
- Вміти:
- Проводити аналіз кількісних показників роботи лікаря терапевта-стоматолога;
- Проводити аналіз якісних показників роботи лікаря терапевта-стоматолога

2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття:

1. Лікар стоматолог працює в терапевтичному відділенні стоматологічної міської поліклініки на 1,0 ставки відділення оснащено сучасним стоматологічним обладнанням. Яке додаткове діагностичне дослідження повинен призначити лікар хворому на генералізований пародонтит II-III ступеня тяжкості для постановки остаточного діагнозу?

- A. Електродонтодіагностика
- B. Внутрішньоротова контактна рентгенографія
- C. Проба Шиллера-Писарева
- D. Панорамна рентгенографія
- E. Клінічний аналіз крові

2. У хворого 28 років на підставі основних методів обстеження поставлений попередній діагноз локалізований пародонтит в області 34-35 зубів I-II ступеню. Який вид діагностичного дослідження необхідно провести хворому для остаточного діагнозу?

- A. Визначити гігієнічний індекс Федорова-Волоткіної
- B. Проба Шиллера-Писарева
- C. Визначити папілярний-маргінальний альвеолярний індекс (ПМА)
- D. Вакуумна проба за Кулаженко
- E. Внутрішньоротова контактна рентгенограма

3. Хворому 18 років, поставлений попередній діагноз флюороз зубів, плямиста форма. Які види діагностичних досліджень є підтверджуючими при цьому захворюванні.

- A. Скарги.
- B. Електродонтодіагностика
- C. Огляд порожнини рота
- D. Визначення індексу гігієни по Федорова-Волоткіної
- E. Анамнез життя, місце народження та проживання, анамнез захворювання, час появи змін на зубах.

4. У хворій 48 років, поставлений попередній діагноз: загострення хронічного гранулюючого періодонтиту 23 зуба. Які види діагностичних досліджень необхідно провести хворому для уточнення діагнозу?

- A. Електродонтодіагностика
- B. Проба Шиллера-Писарева
- C. Вакуумна проба за Кулаженком
- D. Внутрішньоротова контактна рентгенограма

Е. Формалінових проба.

5. Хворій 56 років поставлений попередній діагноз: пародонтоз І-ІІ ступеня тяжкості. Які види діагностичних досліджень не обходимо проветі хворому для уточнення діагнозу?

- А. Визначення індексу гігієни по Федорова-Волоткіной
- В. Вакуумна проба за Кулаженко
- С. Внутрішньоротова контактна рентгенограма
- Д. Панорамна рентгенографія щелеп
- Е. Електродонтодіагностика

Відповіді: 1 D, 2 E, 3 E, 4 D, 5 D.

ІІІ. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками..., проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

Орієнтуюча карта з організації самостійного вивчення студентами навчальної літератури

№№ п.п.	Основна завдання	Вказівки	Відповіді
1.	Дати характеристику кількісних показників лікаря терапевта-стоматолога.	Скласти граф-логічні структури: кількісні показники роботи лікаря терапевта-стоматолога.	
2.	Охарактеризувати якісні показники лікаря терапевта-стоматолога.	Скласти граф-логічні якісні структури: показники роботи лікаря терапевта-стоматолога.	
3.	Визначити основні напрямки аналізу якісних і кількісних показників лікаря терапевта-стоматолога.	Скласти алгоритм дій аналізу якісних і кількісних показників лікаря терапевта-стоматолога	

7. Матеріали для самоконтролю якості підготовки.

А. Питання для самоконтролю

1. Провести аналіз кількісних показників лікаря терапевта-стоматолога. (В УСТ)

2. Привести аналіз якісних показників лікаря терапевта-стоматолога. (В обсязі виконаної роботи)

3. Визначити залежність кількісних показників (в УСТ) від штатної завантаження роботи лікаря терапевта-стоматолога.

4. Визначте залежність якісних показників роботи від наозологічних форм захворювання і виду лабораторних, діагностичних досліджень, консультацій та лікувальних заходів.

Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.

1. Хвора 62 років скаржиться на чутливість зубів при прийомі їжі (холодне, гаряче), оголення шийок зубів, рухливість деяких зубів. З анамнезу: такі зміни з'явилися 2 місяці тому. Які діагностичні дослідження необхідно провести для уточнення діагнозу?

А. Електродонтодіагностика

В. Внутрішньоротова контактна рентгенограма

С. Визначити папілярний-маргінальний альвеолярний індекс (ПМА)

Д. Визначення ступеня ураження фуркації коренів зубів (вертикальна резорбція кісткової тканини)

Е. Вакуумна проба за Кулаженко

2. Пацієнт 28 років скаржиться на неприємний запах з рота. Біль в яснах, кровоточивість ясен, загальне нездужання. З анамнезу: погіршення загального стану і дані симптоми з'явилися 2 дні тому. Яке діагностичне дослідження необхідно провести для уточнення діагнозу?

А. Мікробіологічне дослідження зубного, ясенного нальоту, некротичного нальоту з ураженої поверхні ясен

В. Електродонтодіагностика

С. Визначення індексу гігієни по Федорова-Волоткіної

Д. Проба Шиллера-Писарева

Е. Визначення рН ротової рідини

3. Хворий 46 років скаржиться на появу виразки на слизовій оболонці нижньої губи, болючість при приймі їжі і під час розмови. З анамнезу: зміни з'явилися 2 дні тому, такі явища виявлялися раніше, 1.2 - 2 роки тому, мали сезонний характер в осінньо-зимовий період. Результати яких досліджень характерні для постановки остаточного діагнозу?

А. Скарги

В. Анамнез життя

С. Огляд порожнини рота

Д. Анамнез захворювання

Е. Алергологічні проби

Відповіді: 1-D, 2-A, 3 D.

Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати під час практичного (лабораторного) заняття:

1. Визначити види діагностичних досліджень при гострому гнійному періодонтиті

2. Які види діагностичних досліджень проводяться при хронічному гранулюючому періодонтиті?

3. Які види діагностичних досліджень необхідно провести при загостреному хронічному гранулюючому періодонтиті?

4. Які лікувальні заходи необхідно провести при лікуванні пульпіту за допомогою вітальної екстерпації пульпи?

5. Які лікувальні заходи необхідно провести при лікуванні пульпіту методом де вітальної екстерпації пульпи?



6. Які лікувальні заходи необхідно провести при лікуванні гострого гнійного періодонтиту?
7. Які лікувальні заходи необхідно провести при лікуванні хронічного гранульоматозного періодонтиту?
8. Які види лабораторних і діагностичних досліджень необхідно провести при пародонтозі II-III ступеня тяжкості?

Методика виконання роботи, етапи виконання

### **Проба Роттера**

#### **Матеріальне забезпечення:**

- Набір інструментів для обстеження порожнини рота;
- Стерильні ватні тампони;
- Шприц.

#### **Методика проведення:**

1. Ватяним тампоном просушити слизову оболонку спинки мови.
2. По середній лінії мови наносимо за допомогою ін'єкційної голки ( $d = 0,2$  мм) 1 краплю (0,007 мм) 0,06% нормального розчину фарби Тильманса.
3. Зникнення пофарбованого плями більш ніж за 16-20 сек з свідчить про дефіцит аскорбінової кислоти.

### **Видалення некротичного нальоту при лікуванні виразкового гінгівостоматита**

#### **Матеріальне забезпечення:**

- Комплект інструментів для обстеження зубів;
- Порошок трипсину;
- Ізотонічний розчин натрію хлориду;
- Ватяні кульки, валики;
- Марлеві серветки.

#### **Методика проведення:**

1. Ізолювати вивідні протоки слинних залоз ватяними валиками.
2. Розчинити трипсин (0,01 г) у фізіологічному розчині натрію хлориду (10 мл).
3. Висушити уражену ділянку ватним кулькою.
4. Змочити марлеву серветку рас твором трипсину і накласти на уражену ділянку на 10 хв.
5. Зняти некротичний наліт ватним кулькою.
6. При необхідності повторити процедуру.
7. Контроль якості: поверхня ясна і слизової оболонки без брудно-сірого некротичного нальоту, чиста, кровоточить при дотику.

### **Проведення хірургічної обробки ерозій, афт, виразок, тріщин**

#### **Матеріальне забезпечення:**

- Комплект стоматологічних інструментів для обстеження зубів;
- Шприц, іригатор;
- Пустер;
- склянка;

- Тиглі;
- Гачки;
- Скальпель;
- Стерильні вата, ватяні валики, кульки, тампони, серветки;
- Розчини, настойки, мазі, лініменти, креми, емульсії, пасти, присипки.

### **Методика проведення:**

Хірургічна та медикаментозна обробка виразок, ерозій, афт, тріщин проводиться в певній послідовності.

У фазі гідратації:

1.Обезболівання операційного ділянки.

2.Обробка порожнини рота та осередків ураження антисептичними препаратами.

3.Хірургіческая обробка операційного поля (видалення некротизованих тканин екскаватором супроводжується постійним зрошенням операційного поля розчинами антисептиків), усунення місцевих подразнюючих факторів, крім видалення коренів зубів.

4.Обробка осередків ураження некротическим засобами, потім антибактеріальними, протизапальними засобами, інгібіторами ферментів, засобами осмотичного дії.

У фазі дегідратації:

1.Провести знеболювання операційного поля методом аплікацій. Аплікат нанести на ватяному кульці на уражену ділянку слизової оболонки на 3-5 хв. Для цього використовувати: 1% розчин піромекаїна, уснінат натрію в гліцерині або в ялівцевому бальзамі з додаванням анестезину. Можна також обережно змащувати уражену ділянку цими ж препаратами за 3-5 хв до лікування. Кращий ефект знеболення спостерігається при використанні препаратів в аерозольній упаковці (тримекаїн, лідокаїн).

2.Виполніть антисептичну обробку методом зрошення ротової порожнини і ділянки поразки теплими антисептичними розчинами (слабким розчином перманганату калію, розчином фурациліну, риванолу (1: 1000), розчином цитраля (10-15 крапель на 100-150 мл). Зрошення здійснюється під тиском рідиною зі шприца.

3.Осторожно видалити некротичні плівки, відмерлі обривки міхура гачком при постійному зрошенні операційного поля антисептичними розчинами. Щільні кірки, які важко знімаються, не видаляють.

4. Після такої підготовки на висушений уражену ділянку накласти ватні або марлеві тампони, змочені розчином ферменту. Аплікація знаходиться в порожнині рота 15-20 хв, протягом цього часу тричі змінюється через кожні 5 хв. Після 15-20-хвилинної аплікації більшість некротичних плівок знімається за допомогою ватного кульки. Якщо ще не все некротичні плівки видалені, повторно накладають аплікат на 10 хв.

5.Після видалення некротичного розпаду ерозійні поверхні змастити ніжно діючими кератопластичну засобами.

Якщо виразки, афти, ерозії, тріщини не покриті фібринозним нальотом, то

протеолитическая обробка не проводиться.

### **Медикаментозна обробка ділянки кератоза**

#### **Матеріальне забезпечення:**

- комплект стоматологічних інструментів для обстеження зубів;
- шприц, іригатор;
- пустер, стакан, тиглі;
- стерильні ватяні валики, кульки, тампони, серветки;
- масляний розчин вітаміну А, настій льону.

#### **Методика проведення:**

- 1.Ізоліруйте вивідні протоки слинних залоз ватяними валиками.
- 2.Висушіть уражену ділянку ватним тампоном.
- 3.Смажте уражену ділянку масляним розчином вітаміну А.
4. При тенденції до поширення вогнища кератозу на інші ділянки після антисептичної обробки ділянки ураження на висушений уражену ділянку накладіть на 20 хв марлеві серветки, просочені настоем льону. Наносите їх 2 рази на добу до настання клінічного ефекту.

1. Аналіз кількісних показників роботи лікаря терапевта-стоматолога - є?

- A. Кількість накладених пломб
- B. Кількість прийнятих хворих
- C. Кількість санувати хворих
- D. Кількість УЄТ за день і за місяць
- E. Кількість консультацій

2. Лікар стоматолог працює в терапевтичному відділенні міській стоматологічній поліклініці на 1.0 ставки. Яка кількість УЄТ необхідно виконати в день лікаря згідно зі штатним розкладом?

- A. 12.5
- B. 20.0
- C. 25.0
- D. 22.0
- E. 24.0

3. Лікар стоматолог працює в терапевтичному відділенні обласній стоматологічній поліклініці на 0,5 лікарської ставки. Яку кількість УЄТ необхідно виконати в день лікарю згідно зі штатним розкладом?

- A. 25.0
- B. 23.0
- C. 15.0
- D. 12.5
- E. 14.0

4. Лікар стоматолог працює на терапевтичному прийомі в районній стоматологічній поліклініці на 0,5 ставки. Яку кількість УЄТ необхідно виконати за день?

- A. 25.0
- B. 1.5

C. 20.0

D. 15.0

E. 14.0

5. Лікар стоматолог працює в терапевтичному відділенні міської стоматологічної поліклініки. Які якісні показники роботи лікаря за робочий день?

A. Кількість прийнятих хворих

B. Кількість прийнятих первинних хворих

C. Кількість хворих із захворюваннями тканин пародонта

D. Кількість санованих всього хворих

E. Виконаний обсяг лабораторних і діагностичних обстежень, консультацій та лікувальних заходів.

6. Лікар стоматолог працює в терапевтичному відділенні обласної стоматологічної поліклініки. Які якісні показники характерні для роботи лікаря протягом дня?

A. 23 УЄТ

B. Кількість прийнятих всього хворих

C. Кількість прийнятих первинних хворих

D. Виконаний обсяг лабораторних, діагностичних обстежень, консультацій та лікувальних заходів.

E. Кількість санованих всього хворих

Відповіді: 1-Д, 2-С, 3-Д, 4-А, 5-Е, 6-Д

#### IV. Підведення підсумків

Підведення підсумків проводиться наприкінці практичного заняття. Оцінювання рівня знань здобувачів освіти здійснюється за 4-х бальною шкалою. Підсумкова оцінка за практичне заняття містить такі складові, як оцінювання теоретичних знань з теми заняття, оцінка практичних навичок та маніпуляцій, оцінювання роботи із пацієнтом, з обов'язковим оголошенням здобувачам освіти. Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

#### Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / За ред. Анатолія Ніколішина – Вид. 2-ге, виправлене і доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – 680 с.

2. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія за ред. проф. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2017. – 664 с.

3. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта за ред. проф. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2018. – 504 с.

Додаткова:

1. Терапевтична стоматологія: у 4 томах. Том 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота: підручник / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, О.Ф. Несин та ін. — К.: «Медицина», 2010. — 640 с.
2. Біденко Н.В., Борисенко А.В., Васильчук О.В. та ін.. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». — Київ: Книга-плюс, 2017. — 455 с.
3. Борисенко А.В., Антоненко М.Ю., Сідельнікова Л.Ф., Мельничук Т.А. Нариси практичної пародонтології. — К.: ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України» — Київ: «Бібліотека «Здоров'я України», 2017. — 348 с.
4. Клінічна фармакологія та фармакотерапія в стоматології: Навч. посіб. для мед. ун-тів, інст., акад. — 2-ге вид. Рекомендовано Вченою радою НМАПО ім. П.Л. Шупика / Мазур І.П., Хайтович М.В., Голопихо Л.І. — К., 2019. — 376 с.
5. Крок-2. Тести з терапевтичної стоматології. Збірник завдань для підготовки до тестового екзамену з терапевтичної стоматології. / За ред. Проф. А.В. Борисенка. — К. : ВСВ «Медицина», 2011. — 286 с.
6. Рибалов О.В., Петрушанко Т.О., Литовченко І.Ю. Губи та їх захворювання: Навчальний посібник. — Полтава, 2018. — 135 с.
7. Петрушанко Т.О., Островська Л.Й., Іленко Н.М. Клінічний практикум із терапевтичної стоматології: Навчальний посібник / Т.О. Петрушанко, Л.Й. Островська, Н.М. Іленко. — Київ: «Центр учбової літератури», 2019. — 259 с.