

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет стоматологічний

Кафедра терапевтичної та дитячої стоматології

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯКІВСЬКИЙ

«1» вересня 2025р.



**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет, курс стоматологічний

Навчальна дисципліна терапевтична стоматологія

Затверджено:

Засіданням кафедри терапевтичної та дитячої стоматології

Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від “ 27 ” серпня 2025р.

Завідувач кафедри

Оксана ДЕНЬГА

Розробники:

Скиба В.Я., д.мед.н., професор

Аксінорська О.І., к.мед.н., доцент

Герасимова І.В., к.мед.н., доцент

Гончаренко О.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

Строченко Є.О., к.мед.н., асистент

Цимбалюк О.Г., асистент

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 1

Тема: Організація стоматологічної допомоги в Україні. Структура стоматологічної поліклініки та її терапевтичного відділення. Задачі терапевтичної стоматології, взаємозв'язок із загальними клінічними та стоматологічними дисциплінами. Оснащення робочого місця лікаря-стоматолога: універсальні стоматологічні установки та крісла. Техніка безпеки. Етика та деонтологія в стоматології. Ятрогенні захворювання

Мета: сформулювати чітке уявлення про організацію стоматологічної допомоги в Україні, структуру стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету, завдання терапевтичної стоматології та взаємозв'язок терапевтичної стоматології з іншими дисциплінами.

Основні поняття:

При вивченні матеріалу звернути увагу студентів на профілактичну спрямованість системи охорони здоров'я України. Відзначити високий професіоналізм вітчизняних вчених, лікарів-стоматологів (І. А. Новік, М. Ф. Данилевський, О. І. Марченко, З. С. Василенко, О. В. Удовиська, В. П. Неспрядько, Н. І. Смоляр, А. К. Ніколішин, Г. І. Семенченко, В. І. Кулаженко, Р. Г. Синицін, К. М. Косенко та інші), які багато уваги приділяли організації стоматологічної служби. Підкреслити, що стан здоров'я населення, в тому числі і стоматологічний статус негативно впливають на темпи економічного розвитку, що особливо актуально на сучасному етапі життя. Тому знання структури і організації стоматологічної допомоги в Україні, завдань терапевтичної стоматології, дозволить ефективно вести лікувально-профілактичну роботу.

Стоматологічна допомога відноситься до одного з самих масових видів медичної допомоги. У структурі загальної захворюваності-населення нашої країни хвороби порожнини рота і зубів займають третє місце. При цьому в 99 % випадків хворі обслуговуються в амбулаторно-поліклінічних установах. Амбулаторна стоматологічна допомога міському населенню виявляється в спеціалізованих лікувально-профілактичних установах і в стоматологічних кабінетах і відділеннях територіальних і відомчих медичних установ.

Керівництво стоматологічної службою здійснюють Міністерство охорони здоров'я України, обласні, міські та районні відділи охорони здоров'я. На всіх адміністративних рівнях є головний спеціаліст (стоматолог).

Схема організації та обсяг наданої допомоги залежать від типу лікувальних установ. Структура міського і сільського охорони здоров'я різна і пов'язана з адміністративним поділом районів, чисельністю населення та інше. У місті надання лікувально-профілактичної допомоги будується в основному за територіальним (дільничним) або цеховим (на підприємствах, установах) принципом.

В даний час існує різноманітна структура мережі стоматологічних установ:

- 1) самостійні стоматологічні поліклініки (обласні, міські, районні), в

тому числі і дитячі;

2) стоматологічні відділення в складі територіальних (багатопрофільних) поліклінік міст, центральних районних лікарень, медико-санітарних частин підприємств і відомств;

3) стоматологічні кабінети в лікарнях (включаючи сільські, районні та дільничні), диспансерах, жіночих консультаціях, в школах, на лікарських здоров'ю пунктах промислових підприємств і лікарських амбулаторіях в сільській місцевості;

4) госпрозрахункові (платні) поліклініки, приватні відділення, кабінети;

5) стоматологічні відділення в обласних, міських і районних лікарнях, клініках медичних вузів, а також при інституті удосконалення лікарів.

Стоматологічні поліклініки розрізняються:

1. За рівнем обслуговування: республіканські, крайові, обласні, міські, районні.

2. По підпорядкованості: територіальні, відомчі.

3. По джерелу фінансування: бюджетні, госпрозрахункові.

4. По категоріях: у залежності від потужності, що визначається числом відвідувань у зміну.

В залежності від кількості лікарських посад стоматологічні поліклініки можуть бути 5 категорій:

- позакатегорійна – більше 40 посад;
- 1 категорія – 30 – 40 посад;
- 2 категорія – 25 – 30 посад;
- 3 категорія – 20 – 25 посад;
- 4 категорія – 15 – 20 посад;
- 5 категорія – 10 – 15 посад.

На кожні 10 тисяч дорослого населення виділяється 4,0 посади стоматолога (терапевти + хірург) і 1 посада ортопеда на 4 – 5 посад стоматологів.

В стоматологічних поліклініках та стоматологічних відділеннях прийом хворих ведеться диференційовано з терапевтичної, хірургічної та ортопедичної стоматології. У стоматологічних кабінетах, які входять до складу амбулаторій, здоров'ю пунктах підприємств, лікарень стоматологи приймають хворих, які страждають терапевтичними і хірургічними захворюваннями, тобто проводять змішаний прийом.

Структура стоматологічної поліклініки.

До складу поліклініки входять спеціальні відділення:

- 1 – терапевтичної стоматології;
- 2 – хірургічної стоматології;
- 3 – ортопедичної стоматології;
- 4 – стоматології дитячого віку (там де немає дитячої стоматологічної поліклініки).

Крім того, в склад поліклініки входять наступні кабінети:

- 1 – функціональної діагностики;
- 2 – парадонтологічний;

- 3 – анестезіологічний;
- 4 – фізіотерапевтичний;
- 5 – рентгенологічний.

Під керівництвом поліклініки працюють стоматологічні кабінети чи відділення при загальних поліклініках, диспансерах, школах, МЧС. В поліклініці також є:

- 1 – зуботехнічна лабораторія;
- 2 – клінічна лабораторія;
- 3 – організаційно-методичний кабінет;
- 4 – реєстратура;
- 5 – адміністративно-господарча частина.

Штатні нормативи медичного персоналу стоматологічних поліклінік визначені указом МОЗ України №33 від 23.02.2000г. Згідно з ним, в міських стоматологічних поліклініках для дорослих розміщених в містах з населенням понад 25 тисяч чоловік, вони такі:

- 1-4 посади лікарів-стоматологів і лікарів-стоматологів-хірургів в сумі на 10 тисяч чоловік дорослого населення міста, де знаходиться поліклініка;
- 2,5 посади в сумі на 10 тисяч чоловік дорослого сільського населення;
- 2,7 посади в сумі на 10 тисяч чоловік дорослого сільського населення;
- 2 посади лікарів-стоматологів-ортопедів, які містяться на госпрозрахунку або на спеціальні засоби, встановлюються з розрахунку:
 - 1 посада на 10 тисяч чоловік дорослого населення міста, де знаходиться поліклініка;
 - 0,7 посади на 10 тисяч чоловік дорослого сільського населення;
 - 0,8должності на 10 тисяч чоловік дорослого сільського населення.

Посади медсестер лікарських кабінетів установлюються з розрахунку одна посада на 2 посади лікарів-стоматологів. Посади молодших медсестер встановлюються з розрахунку 1 посада на 3 посади стоматолога-терапевта. На кожні 20 лікарських посад стоматологічного профілю встановлюється 1 посада лікаря-анестезіолога. Відділення створюється при наявності 8 стоматологів і більше. Один з них призначається завідуючим відділенням.

Основними завданнями стоматологічної поліклініки є:

- 1) проведення заходів щодо профілактики захворювань щелепно-лицьової області серед населення в організованих колективах;
- 2) організація та проведення заходів, спрямованих на раннє виявлення захворювань щелепно-лицьової ділянки;
- 3) надання кваліфікованої амбулаторної стоматологічної допомоги.

На виконання цих завдань спрямовані:

- 1) планові профілактичні огляди в організованих колективах з одночасним лікуванням виявлених хворих;
- 2) повна санація порожнини рота у допризовної і призовних контингентів;
- 3) надання екстреної допомоги хворим з гострими захворюваннями і травмами щелепно-лицьової ділянки;
- 4) диспансерне спостереження за певним контингентом хворих

стоматологічного профілю;

5) надання кваліфікованої амбулаторної стоматологічної допомоги зі своєчасною госпіталізацією осіб, які потребують стаціонарного лікування;

6) експертиза тимчасової непрацездатності хворих, видача лікарняних листів і рекомендацій з працевлаштування, ЛТЕК;

7) весь комплекс реабілітаційного лікування хворих з патологією зубощелепної області, і перш за все зубне протезування та ортопедичне лікування;

8) аналіз захворюваності стоматологічними хворобами, в тому числі захворювань з тимчасовою втратою непрацездатності, робочих і службовців, які працюють на промислових підприємствах, розташованих на території району, що обслуговується; а також розробка заходів щодо зниження і усунення причин, що сприяють виникненню захворювань і ускладнень;

9) впровадження сучасних методів діагностики і лікування, нової медичної техніки та апаратури, лікарських засобів;

10) санітарно-просвітня робота серед населення із залученням громадськості та засобів масової інформації (преса, телебачення, радіомовлення і т. д.);

11) заходи щодо підвищення кваліфікації лікарів і середнього медперсоналу.

Так як основна маса населення все ще обслуговується в державних стоматологічних поліклініках, то найбільш ефективно надання стоматологічної допомоги по дільнично-територіальному принципу.

Основними завданнями дільничного стоматолога є: надання кваліфікованої стоматологічної допомоги населенню; організація і проведення профілактичних заходів (включаючи первинну профілактику) по зниженню стоматологічних захворювань; вивчення стоматологічної захворюваності; проведення санітарно-освітньої роботи; диспансерне спостереження за хворими стоматологічного та соматичного профілів; проведення планової санації порожнини рота допризовникам, вагітним, особам, які страждають хронічними захворюваннями (серцево-судинні, шлунково-кишкові, часті ангіни і т. д.).

Стоматолог здійснює диспансерне спостереження за хворими з множинним прогресуючим карієсом зубів, хворобами періодонта, хронічні хейліти, глосалгія, лейкоплакія, плесканий червоний лишай, червоний вовчак, актинічний хейліт, міхуркові дерматози.

Хворих з облігатними передраками і злоякісними пухлинами слизової оболонки та органів порожнини рота виявляє стоматолог під час профілактичних оглядів і амбулаторного прийому. Потім таких хворих направляють на лікування та диспансеризацію в онкологічні кабінети.

Невідкладна стоматологічна допомога надається при таких захворюваннях: гострі пульпіти і апікальні періодонтити; невралгія трійчастого нерва; гострі запальні захворювання особи, щелеп, порожнини рота; ушкодження м'яких тканин і кісток щелепно-лицевої ділянки; термічні та хімічні ушкодження обличчя і порожнини рота; гострі захворювання

слизової оболонки порожнини рота.

Швидка допомога надається при загрозливих і небезпечних для життя станах: асфіксії, кровотечі, шоку, колапсі, непритомності, алергічних станах.

На сучасному етапі становлення економіки України, розвитку підприємництва та модернізації державного сектора суттєво змінюється система державної охорони здоров'я. Змінилися політичні та економічні умови в країні, що зумовило виникнення й розвиток ринкових відносин, а також швидкі темпи зростання недержавного сектора стоматологічної допомоги населенню. Україна взяла стратегічний курс на інтеграцію у світову економічну систему, що потребує гармонізації багатьох підсистем. Триває погіршення показників стану здоров'я населення, що в поєднанні з постійним дефіцитом бюджету негативно впливає на рівень та якість надання стоматологічної допомоги. Висока стоматологічна захворюваність населення України зумовлена не лише підвищеною забрудненістю навколишнього середовища та низькою якістю питної води, але й медико-соціальними проблемами:

- незадовільним виконанням державної політики щодо профілактики стоматологічних захворювань;
- практичною відсутністю державної програми фінансування;
- низькою стоматологічною культурою населення та безвідповідальністю за стан свого здоров'я (лише 9-11% дітей та 84% дорослих дотримуються гігієни ротової порожнини);
- відсутністю моніторингу стоматологічного здоров'я населення, що не дає можливості об'єктивно оцінити захворюваність населення країни.

На даному етапі формування ринкових відносин у стоматологічній практиці виникає ряд суттєвих недоліків в організації стоматологічної допомоги. Високий рівень стоматологічних захворювань призвів до того, що 100% населення уражено дентальною патологією і потребує стоматологічної допомоги. Низька платоспроможність переважної частини населення та низька гігієнічна культура зменшили доступність стоматологічної допомоги та обмежили можливість обслуговування в мережі приватних стоматологічних клінік і кабінетів. Різко збільшилася вартість витрат за послуги і підвищилися ціни на стоматологічні послуги у зв'язку із занепадом вітчизняного виробництва. Скоротилася мережа стоматологічних відділень і кабінетів при лікувально-профілактичних установах та в загальноосвітніх школах. Понад 90% призовників не сановані, а значна частина - інваліди у зв'язку із стоматологічними захворюваннями. Фактично зруйнована система диспансеризації та державна система профілактики. Відсутня система гігієнічного навчання та виховання дитячого населення (орієнтація у виборі засобів гігієни на неякісну рекламу, відсутність контролю за чищенням зубів, недостатній обсяг санітарно-просвітницької роботи). Немає координації різних відомств у забезпеченні пропаганди здорового способу життя, в тому числі й стоматологічної профілактики. У країні відсутня єдина державна науково-технічна політика в сфері розробки нової продукції для стоматологічної галузі. Виник дефіцит висококваліфікованих спеціалістів, що

свідчить про недостатній рівень післядипломної освіти.

Одним із позитивних змін в стоматологічній галузі є формування ринку платних стоматологічних послуг. Стоматологія зберегла тенденцію до надання платних послуг у всі часи становлення та розвитку державної системи охорони здоров'я (госпрозрахункові стоматологічні клініки, кабінети приватної практики). При переході до нових економічних відносин - скорочення бюджетного фінансування на охорону здоров'я та поява сучасних стоматологічних технологій, які потребують значних витрат, стоматологія стала ринковою і набуває швидких темпів розвитку.

Перехід стоматології на ринкові відносини привніс багато нового та корисного.

1. *Виникли нові взаємовідносини "лікар-стоматолог - пацієнт"*. Нині пацієнт має право бути незадоволеним результатом лікування, висловлювати з цього приводу свою думку, оскільки він одержав юридичне право на власну оцінку результатів професійної діяльності лікаря. І це може мати правові та майнові наслідки для лікаря і клініки (судові позови, відшкодування збитків, в тому числі нематеріальних).

2. *Покращання якості стоматологічної допомоги та застосування нових технологій*. У сучасних економічних умовах, що склалися в Україні, приватна стоматологія має найбільш сприятливі можливості використання найновітніших світових досягнень стоматологічної науки і практики для успішного вирішення проблем діагностики, лікування та профілактики стоматологічних захворювань. Високий професіоналізм лікарів, володіння сучасними технологіями лікування, необхідний рівень матеріально-технічного забезпечення - це показники класності клініки та складові авторитету і високого професіоналізму, закладені в методологію і практику діяльності. В таких клініках не тільки надається висококваліфікована стоматологічна допомога, але й формується як хворими, так і колегами гуманний імідж лікаря, суть діяльності якого - постійне прагнення до удосконалення. Такий підхід дає можливість впроваджувати і постійно удосконалювати передові технології, сучасні методи лікування в ендодонтії і пародонтології, індивідуальну профілактику стоматологічних захворювань, сучасну рентгенологічну комп'ютерну діагностику. Тим самим приватна стоматологія зробила вагомий внесок в удосконалення стоматологічної допомоги населенню України.

3. *Здорова конкуренція на ринку стоматологічних послуг та нова система забезпечення стоматологічними виробами*. Успіх визначається тим, наскільки своєчасно власники і менеджери розуміють необхідність маркетингу та сучасного менеджменту.

Очевидно, в умовах, що склалися в Україні, проблеми удосконалення стоматологічної допомоги населенню можуть бути вирішені тільки із застосуванням нових методів управління галуззю, реструктуризації всієї системи та переходу від витратних методів роботи до раціонального використання виділених державою коштів.

Обладнання:

- стоматологічний кабінет;
- стоматологічна установка;
- основне і допоміжне обладнання стоматологічної установки;
- устаткування для стерилізації;
- устаткування для обробки рук та передстерилізаційної обробки стоматологічного інструментарію.

План

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

II. Контроль опорних знань:

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- знати структуру стоматологічних установ України;
- знати організацію, штатний розклад стоматологічної поліклініки, терапевтичного відділення;
- знати завдання, які стоять перед стоматологом-терапевтом;
- вміти оцінювати якість роботи лікаря стоматолога-терапевта;
- вміти проводити оцінку організації стоматологічної допомоги в конкретному стоматологічному кабінеті, відділенні.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Питання:

- Яка структура стоматологічної допомоги в Україні?
- Які завдання стоять перед терапевтичною стоматологією?
- Яким може бути взаємозв'язок між терапевтичною стоматологією і іншими розділами стоматології?
- Які захворювання вивчає терапевтична стоматологія?
- Які типи стоматологічних установ ви знаєте?
- Яка структура стоматологічної поліклініки, терапевтичного відділення?
- При яких захворюваннях надається невідкладна стоматологічна допомога?

Тести:

1. Показник вилікуваних під анестезією пульпітів та періодонтитів (за 1 сеанс) можна вважати добрими у відсотках:

- A. 60%
- B. 20%
- C. 40%
- D. 50%

Е. 35%

2. Наявність яких статистичних документів є обов'язковими для диспансерного хворого?

- А. форма №043+форма №030
- В. форма №037+форма №43
- С. форма №039+форма №43
- Д. форма №030+форма №37
- Е. форма №043+форма №39

3. За яким статистичним документом можна оцінювати роботу лікаря за місяць?

- А. форма №039
- В. форма №037
- С. форма №049
- Д. форма №043
- Е. форма №030

4. Показник санованих від загального числа первинних вважається добрим у відсотках:

- А. 60%
- В. 30%
- С. 40%
- Д. 50%
- Е. 70%

5. Показник співвідношення вилікуваних зубів з неускладненим карієсом до числа вилікуваних з ускладненим карієсом можна вважати добрим?

- А. 4:1
- В. 1:1
- С. 2:1
- Д. 3:1
- Е. 5:1

6. В стоматологічній поліклініці експертно оцінюється показник санованих від загальної кількості первинних хворих в діяльності фахівців стоматологічної служби. Який відсоток даного показника слід прийняти за «добрий»?

- А. 60%
- В. 50%
- С. 20%
- Д. 30%
- Е. 25%

III. Формування професійних вмінь, навичок:

1.1. зміст завдань;

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

- складати схему стоматологічної служби в Україні;
- проводити обстеження стоматологічного кабінету, відділення, поліклініки та давати оцінку його відповідності нормам;
- знати обов'язки медперсоналу поліклініки;
- оцінювати результати роботи лікаря стоматолога-терапевта;
- визначати категорію стоматологічної поліклініки;
- оцінювати штатні нормативи стоматологічної поліклініки для конкретного району;
- виявляти осередки хронічної інфекції в порожнині рота;
- визначати завдання дільничного стоматолога;
- знати перспективи поліпшення якості стоматологічної допомоги населенню.

1.2. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

Орієнтуюча карта для формування практичних вмінь та навичок:

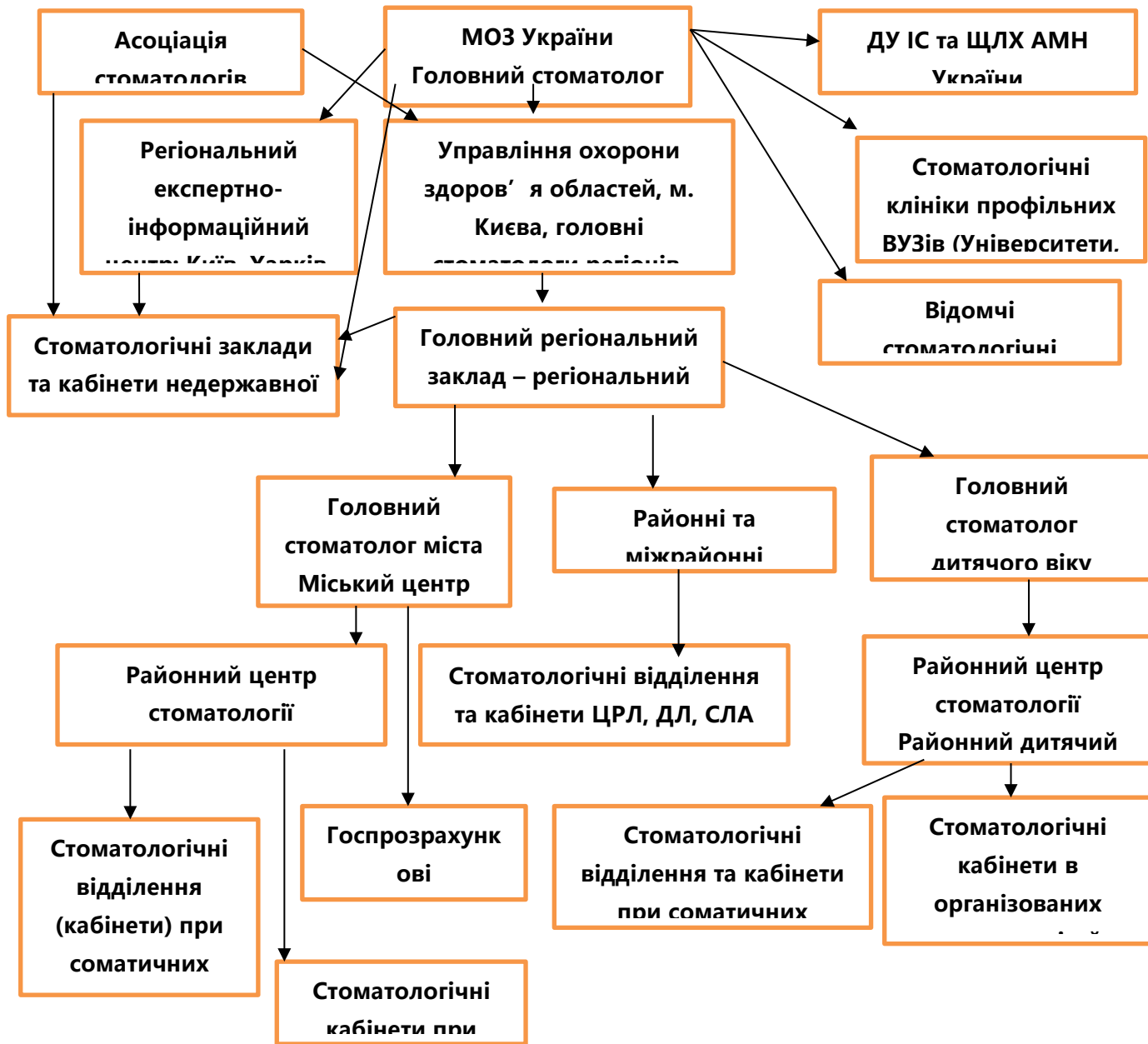
Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Провести організацію стоматологічного кабінету	Оцінити площу приміщення	Площа не менш ніж 14 м ² на одне стоматологічне крісло. Якщо в кабінеті встановлено кілька крісел, то його площу вираховують з розрахунку 7 м ² на кожне крісло
	Оцінити висоту приміщення	Має бути не менш ніж 3 м
	Оцінити ширину приміщення	Ширина не повинна перевищувати 6 м
	Оцінити стан стін та стелі	Стіни та стеля повинні бути рівними без щілин. Кути та місця з'єднання стін, підлоги та стелі мають бути заокругленими. Стін та стеля затираються з додаванням до розчину п'ятивідсоткового порошку сірки. Фарбують силікатними або олійними фарбами у світлі кольори. Дзеркала розташовують поза дією фотополімерної лампи.
	Оцінити стан підлоги	Покривають ПВХ-матеріалом (лінолеумом), який переходить на стіни на висоту 8-10 см

	Оцінити двері та вікна	Бажано склопакети (металопластик, алюмопластик) з можливістю провітрювання, відкривання. Фурнітура для вікон та дверей повинна бути гладенькою та легко піддаватися чищенню
	Оцінити освітлення: - природне - штучне: а) загальне б) місцеве	Вікна найкраще орієнтувати на північ. Відношення заскленої поверхні вікон до площі підлоги (світловий коефіцієнт) - 1:4—1:5. Кут падіння світлових променів не менш ніж 28 градусів. Люмінесцентні : лампи денного світла або люмінесцентні лампи холодного природного світла, які дають рівень освітленості в 500 лк. Світильники розміщені так, щоб не потрапляти у поле зору роботи лікаря.
	Оцінити мікроклімат: - опалення - кондиціювання - вентиляція - кварцювання	Центральне водяне с температурою поверхні опалювальних приладів не більше 80 градусів. їх розташовують під вікнами без огорожі. Поверхні приладів повинні буди гладенько пофарбовані та легко піддаватися вологому прибиранню. Температура у приміщенні не вище за 22 градуса. Система примусової припливно-витяжної вентиляції, яка відтворює кратність обміну повітрям протягом години за припливом у 2 рази, а за витяжкою в 3 рази. Крім цього обов'язкова наявність природної вентиляції: вікна та фрамуги, що відчиняються. Повинна бути кварцова лампа (стаціонарна або переносна) для знезаражування повітря.

1.3. вимоги до результатів роботи;

Методика виконання роботи, етапи виконання, кроки:

Структура організації стоматологічної служби в Україні



1.4. матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Питання:

1. Перерахуйте мережу стоматологічних установ в Україні.
2. Які Ви знаєте категорії стоматологічних поліклінік?
3. На 10000 дорослого населення скільки і яких повинно бути стоматологів?
4. Перерахуйте основні структурні одиниці стоматологічної поліклініки.
5. Які основні завдання стоматологічної поліклініки?
7. Перерахуйте завдання дільничного стоматолога?
8. Які основні завдання стоять перед стоматологом-терапевтом?
9. При яких захворюваннях надається невідкладна стоматологічна допомога?
10. Чим обумовлена висока стоматологічна захворюваність населення України?
11. Чи вважаєте формування ринку платних стоматологічних послуг за доцільне на сучасному етапі розвитку України?

Тести:

1. Якою повинна бути питома вага пломб із хімічних композитів (у відсотках) від загальної кількості накладених пломб, щоб при оцінці діяльності лікаря-стоматолога її оцінили як задовільну?
 - A. 15%
 - B. 20%
 - C. 10%
 - D. 40%
 - E. 45%
2. Старша медична сестра перевіряла склад аптечки для надання термінової медичної допомоги медпрацівникам при аварії на робочому місці. Відсутність якого компонента згідно наказу МОЗ України №120 від 25.05.2006 р. дозволить вважати її не укомплектованою?
 - A. Котушки лейкопластиру
 - B. 1% спиртового р-ну діамантового зеленого, 50 мкл
 - C. Спирту етилового 90%, 50 мкл
 - D. 0,05% р-ну хлоргексидину, 100 мкл
 - E. Упаковки бинту
3. В регіональному стоматологічному центрі проводиться оцінка роботи лікаря-інтерна. Згідно посадової інструкції, базовий керівник оцінює його роботу на підставі:
 - A. Атестації та екзамену по закінченню інтернатури
 - B. Річного звіту про діяльність відділення
 - C. Обліку кількісних показників його роботи

- D. Обліку якісних показників його роботи
 - E. Економічних показників роботи закладу
4. Організовується нова стоматологічна поліклініка у місті з населенням більш 25 000 чоловік. Як встановлюється посада завідуючого терапевтичним відділенням згідно наказу № 33 МОЗ України від 23.02.2000 р.?
- A. На 5 лікарських посад
 - B. На 3 лікарські посади
 - C. На 4 лікарські посади
 - D. На 10 лікарських посад
 - E. За рішенням головного лікаря поліклініки
5. З метою покращення надання стоматологічної допомоги громадянам України МОЗ України видано ряд наказів, серед них наказ МОЗ України №33 від 23.02.2000р. Які положення регламентує даний наказ?
- A. Форми медичної документації
 - B. Норми навантаження в УОП
 - C. Штатні нормативи
 - D. Принципи стоматологічної диспансеризації
 - E. Принципи стоматологічної допомоги I, II, III рівня
6. В відділенні терапевтичної стоматології міської стоматологічної поліклініки ведуть прийом хворих 6 стоматологів-терапевтів. Яка кількість штатних одиниць середнього медперсоналу (медична сестра) повинна бути в кабінеті?
- A. 1 медична сестра
 - B. 1,5 медичні сестри
 - C. 2 медичні сестри
 - D. 3 медичні сестри
 - E. 4 медичні сестри

Задачі:

1. Лікар-стоматолог працює в складі групи експертів ВООЗ, яка проводить епідеміологічне обстеження регіону. Ціль обстеження – визначення розповсюдженості стоматологічних захворювань серед населення. Вкажіть, який показник відображає розповсюдженість пародонтиту?

2. Молодому лікарю-стоматологу міської стоматологічної поліклініки було вказано на відсутність у нього журналу профілактичних оглядів ротової порожнини. Лікар заперечує необхідність ведення такого журналу. Який обліковий документ не обов'язковий для ведення в установах II рівня (медична карта стоматологічного хворого, листок щоденного обліку роботи

лікаря-стоматолога, журнал обліку профілактичних оглядів ротової порожнини, щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога)?

Відповіді на тести та задачі:

Тести:

1. Е; 2. А; 3. А; 4. А; 5. Д; 6. А; 7. В; 8. А; 9. А; 10. D; 11. С; 12 D.

Задачі:

1. Кількість хворих на 1000 чоловік населення.
2. Обов'язкове ведення всієї переліченої документації.

Тема: Оснащення робочого місця лікаря-стоматолога: універсальні стоматологічні установки та крісла. Техніки безпеки. Етика та деонтологія в стоматології. Ятрогенні захворювання.

Мета: сформувати чітке уявлення про оснащення робочого місця лікаря-стоматолога, види та будову універсальних стоматологічних установок та крісел, техніки безпеки при роботі у стоматологічному кабінеті, ознайомитись з принципами медичної етики та деонтології.

Основні поняття:

Величезна роль у визначенні основних проблем медицини і як науки, і як моральної діяльності належить основоположнику наукової медицини Гіппократу, його численним учням та послідовникам наступних поколінь, зокрема таким видатним діячам вітчизняної медицини, як І.П.Павлов та М.І.Пирогов.

Свій вклад у розвиток деонтології та етики внесли визначні вчені сучасності Н.П.Сокольський, О.Т.Михайленко, Г.К.Степанівська та інші.

Медична деонтологія тісно пов'язана з медичною етикою. Медична етика – це вчення про мораль медпрацівників, їх поведінку, взаємозв'язки з хворими, з колегами, із суспільством.

Складовою частиною медичної етики є деонтологія – вчення про обов'язки медичного працівника. Медична деонтологія – це сукупність етичних норм і принципів поведінки медичного працівника при виконанні своїх професійних обов'язків.

Моральне обличчя медичного працівника, основні його принципи формувалися і удосконалювалися впродовж багатьох століть залежно від політичного ладу, рівня культури, національних та релігійних традицій, а також соціально-економічних і класових відношень у країні.

Порушення правил деонтології може призвести до виникнення такої патології як ятрогенія – психогенний розлад внаслідок неправильних, необережних висловлювань або дій медичного працівника.

Тому важливим принципом є дотримання основного деонтологічного правила – не зашкодити при діагностиці, або лікуванні.

За визначенням ВООЗ (1967), “Медична сестра – це особа, підготовлена

за основною програмою сестринського навчання, яка має достатню кваліфікацію і право виконувати в своїй країні дуже відповідальну роботу із сестринського обслуговування з метою зміцнення здоров'я, запобігання хворобам і догляду за хворими”.

Основною функцією медичної сестри є догляд за хворими та виконання призначень лікаря, під керівництвом якого вона працює.

Високий рівень фахових знань та вмінь, точність у виконанні призначень, тактовність, людяність, уважність, самовладання, чуйність – ці якості конче необхідні медичній сестрі.

Останніми роками роль середнього медичного персоналу зростає. Медичні сестри почали працювати із складною технікою, виконувати відповідальні маніпуляції. Це вимагає високої кваліфікації та постійного вдосконалення знань.

Проте надзвичайно важливим залишається спілкування з хворими. Жоден комп'ютер не може замінити людського слова, щирого співчуття та вчасної допомоги.

Медична сестра своїми діями, поведінкою та словом повинна зробити все, щоб у хворого були оптимістичний настрій, впевненість у швидкому одужанні.

Не слід інформувати хворих про результати аналізів, висновки лікарських консилиумів, виловлювати свої прогнози щодо термінів лікування, розповідати про об'єм оперативних втручань. Таке право має тільки лікар. Помилки медичного персоналу, не залежно від рівня, не можна приховувати. Навпаки, помилка, допущена лікарем чи медичною сестрою, фельдшером повинна бути якнайшвидше виявлена та виправлена. Приховування помилок або ускладнень, що виникли під час виконання своїх професійних обов'язків медичними працівниками може призвести до важких або непоправних наслідків для здоров'я хворих. Кожний такий випадок повинен стати темою обговорення у колі колег, потрібно вжити адміністративних чи, якщо необхідно, юридичних санкцій.

У жодному разі це не повинно бути предметом обговорення поза межами лікувального закладу.

Високі морально-етичні принципи, чітке дотримання деонтологічних норм лікарями та середнім медичним персоналом мають величезне значення для ефективного лікування хворих.

Проектування, будівництво нових і реконструкція існуючих стоматологічних поліклінік, відділень, кабінетів і зуботехнічних лабораторій повинні здійснюватися відповідно до завдання на проектування, що відповідає вимогам Державних санітарних Правил (Пристрої, обладнання, експлуатації амбулаторно-поліклінічних установ стоматологічного профілю, охорони праці та особистої гігієни персоналу).

Відповідальність за дотримання вимог санітарно-протиепідемічного режиму та техніки безпеки покладається на головного лікаря установи та завідувачів стоматологічними відділеннями, кабінетами, зуботехнічними лабораторіями.

Вимоги до розміщення і пристрою приміщень стоматологічних поліклінік, відділень, кабінетів.

2.1. Стоматологічні поліклініки, відділення, кабінети розміщуються в окремо розташованих типових будівлях або ж, як виняток, в пристосованих приміщеннях, вбудованих в будівлі, за умови дотримання цих Правил.

2.2. Розміщення в житлових будинках стоматологічних поліклінік і відділень, що мають в своєму складі рентгенівські і фізіотерапевтичні кабінети, неприпустимо.

2.3. Стоматологічні відділення і кабінети можуть бути організовані також в загальних поліклініках, лікарнях, санаторіях школах та інших установах, де потрібно надання стоматологічної допомоги.

2.6. Стоматологічні кабінети (терапевтичні, хірургічні, ортопедичні, дитячі, ортодонтичні) повинні мати на основне стоматологічне крісло 14 кв. м площі і по 7 кв. м на кожне додаткове. При наявності у додаткового крісла універсальної стоматологічної установки площа на додаткове крісло збільшується до 10 кв. м. Висота кабінетів повинна бути не менше 3 м, а глибина при природному освітленні не повинна перевищувати 6 м.

2.7. Набір допоміжних приміщень і їх площі (кв. М) в стоматологічних відділеннях визначаються потужністю (категорійності) поліклініки відповідно до вимог СНиП-69-78 "Лікувально-профілактичні установи".

Вимоги до внутрішнього оздоблення приміщень.

3.1. Всі вживані для внутрішньої обробки приміщень матеріали повинні бути тільки з числа дозволених МОЗ для застосування в будівництві.

3.2. Стіни стоматологічних кабінетів повинні бути гладкими, без щілин. Всі кути і місця, з'єднання стін, стелі та підлоги повинні бути закругленими без карнизів і прикрас.

3.3. Стіни кабінетів хірургічної стоматології та стерилізаційної облицьовуються на висоту не нижче 1,8 м, а операційної-на всю висоту глазурованої плиткою. Вище панелі проводиться забарвлення масляними або водоемульсійними фарбами.

3.4. Стіни кабінетів ортопедичної стоматології на висоту дверей, фарбуються алкіднолінійними, полівінілацетатними, олійними фарбами або нітроемаллю. Вище панелі проводиться забарвлення силікатними або клейовими фарбами. Стелі стоматологічних кабінетів (операційних, передопераційних, стерилізаційних) фарбуються водоемульсійними, масляними або силікатними клейовими фарбами в білий колір.

3.5. Підлоги в стоматологічних кабінетах повинні настилатися рулонних полівінілхлоридним матеріалом (вінілпластом, лінолеумом) і не мати щілин, для чого всі шви зварюються за допомогою спеціальних пальників або високочастотного зварювання. У кабінетах хірургічної стоматології та операційних допускається керамічна плитка.

3.6. Колір поверхонь стін і підлоги в лікувальних кабінетах повинен бути світлих тонів з коефіцієнтом відображення не нижче 40% (салатний, охри). Бажано використовувати нейтральний світло-сірий колір, що не заважає правильному цвєторозличенню відтінків забарвлення слизових оболонок,

шкірних покривів, крові, зубів (природних і штучних), пломбувальних і зубопротезних матеріалів.

3.7. Двері і вікна у всіх приміщеннях фарбуються емалями або олійною фарбою в білий колір. Дверна та віконна фурнітура повинна бути гладкою, легко піддається чищенню.

3.8. Оздоблення кабінетів терапевтичної стоматології в зв'язку з можливістю застосування амальгамових пломб має ряд, особливостей:

- стіни і стелі кабінетів оштукатуриваються (цегляні) або затираються (панельні) з додаванням в розчин 5% порошку сірки для зв'язування сорбуючихся парів ртуті в міцне з'єднання (сірчисту ртуть), що не піддається десорбції, і фарбуються водоемульсійними або олійними фарбами;

- основу підлоги під лінолеум має захищатися від проникнення ртуті у відповідності до вимог "Санітарних правил проектування, обладнання, експлуатації та утримання виробничих приміщень, призначених для проведення робіт з ртуттю, її сполуками і приладами з ртутним заповненням" №780-69 (Додаток 3) . Плити сухої штукатурки, оргаліт, незахищене дерево і інші пористі матеріали не повинні використовуватися в якості основи під покриття;

- застосування плиткового пластика замість рулонного матеріалу не допускається;

- покриття підлоги з лінолеуму має підніматися на стіни на висоту 5-10 см і кріпитися зі стіною врівень; плінтуса повинні бути внутрішніми (під лінолеумом).

Вимоги до обладнання стоматологічних кабінетів.

4.1. Оснащення стоматологічних поліклінік, відділень, кабінетів медичним обладнанням здійснюється відповідно до чинного табелем оснащення стоматологічних установ.

4.2. У терапевтичних і ортопедичних стоматологічних кабінетах повинна розміщуватись не більше трьох, а в хірургічних не більше двох крісел з обов'язковим поділом робочих місць лікарів непрозорими перегородками висотою до 1,5 м.

4.3. У кабінетах з одностороннім природним освітленням стоматологічні крісла встановлюються в один ряд уздовж светонесущей стіни.

4.4. Для роботи з амальгамою і полімерними матеріалами в кабінетах терапевтичної та ортопедичної стоматології має бути витяжна шафа, який відповідає таким вимогам:

а) у відкритому робочому отворі шафи розміром 30х60 см автономна механічна тяга повинна забезпечувати швидкість руху повітря не менше 0,7 м / с;

б) видалення повітря повинно відбуватися з усіх зон шафи;

в) внутрішні поверхні шафи повинні бути ртутенепроніцаємими;

г) підлогу шафи повинен мати ухил 1-2 см на погонний метр в сторону жолоби, поєднаного з посудиною для збору пролитих крапель ртуті;

д) в шафу повинна бути вмонтована водопровідна раковина з пасткою для ртуті;

е) всередині шафи повинен встановлюватися шапка для зберігання добового запасу амальгами, ртуті та посуду для приготування амальгами, а також демеркуризаційні засобів.

4.5. Амальгамосмесітелі, що усуває ручні операції при приготуванні срібної амальгами, повинен постійно перебувати в витяжній шафі.

4.6. У приміщеннях, де проводиться робота з амальгамою, вся робоча меблі повинна мати ніжки висотою не менше 20 см від рівня підлоги для забезпечення якісного прибирання та полегшення демеркуризації.

4.7. Столики для роботи з ртуттю повинні бути покриті ртутенепроніцаємим матеріалом (вініпластом, релін, лінолеумом) і мати бортики по краях, що попереджають скочування крапель ртуті на підлогу, під робочою поверхнею століків не повинно бути ящиків.

4.8. Стоматологічні кабінети повинні бути оснащені в залежності від потужності поліклініки централізованою системою подачі стисненого повітря, вакууму, кисню.

4.9. На підводках води до універсальних стоматологічним установках слід передбачати влаштування вентилів для відключення подачі води ..

4.10. Стічні води від раковин з гіпсовочних перед спуском в каналізацію повинні звільнятися від гіпсу.

4.11. У кожному стоматологічному кабінеті повинен бути стіл для стерильних матеріалів та інструментів.

4.12. У приміщеннях чекалень і прийомних повинні бути встановлені емальовані або порцелянові плювальниці.

4.13. У приміщеннях з плитковими підлогами на робочих місцях повинні бути обладнані дерев'яні настили для запобігання ніг від охолодження.

4.14. Стоматологічні поліклініки, відділення, кабінети повинні бути забезпечені аптечками з набором необхідних медикаментів для надання екстреної та першої допомоги, а також дезінфікуючих засобів.

Вимоги до мікроклімату, опалення, вентиляції виробничих приміщень стоматологічних поліклінік.

5.1. На постійних робочих місцях, де лікарі знаходяться понад 50% робочого часу або більше двох годин безперервно (стоматологічні кабінети, основні приміщення), параметри мікроклімату нормуються у вигляді наступних поєднань:

Сезон	Температура, С	Відносна вологість, %	Швидкість руху повітря, м\с
Холодний і перехідний (середньодобова температура зовнішнього повітря +10 і нижче)	18-23	60-40	0,2
Теплий (середньодобова температура зовнішнього повітря +10 і вище)	21-25	60-40	0,2

5.3. При проектуванні тепло-, водо-, газопостачання, вентиляції та кондиціонування повітря в будівлях стоматологічних поліклінік необхідно виконувати вимоги глав будівельних норм і правил з проектування котельних установок, теплових мереж, гарячого і холодного водопостачання, опалення, вентиляції та кондиціонування повітря і відповідних глав Будівельних Норм і Правил П-69-78 "Лікувально-профілактичні установи. Норми проектування".

5.4. У будівлях стоматологічних поліклінік слід передбачати системи водяного опалення.

5.5. Теплоносієм системи центрального опалення повинна бути вода температурою $+95^{\circ}\text{C}$. При проектуванні систем опалення слід передбачати можливість пофасадного їх регулювання і відключення.

5.6. Нагрівальними приладами в системі центрального водяного опалення, як правило, повинні бути чавунні радіатори з гладкою поверхнею, що дозволяє легке очищення, що розміщуються тільки під вікнами, за винятком кутових приміщень.

5.7. У будівлях стоматологічних поліклінік, в стоматологічних відділеннях слід передбачати общеобменную припливно-витяжну вентиляцію з кратністю повітрообміну 3 рази на годину по витяжці і 2 рази на годину по припливу. У приміщенні "чистої" операційної повинна бути тільки загальнообмінна припливна вентиляція.

5.8. Незалежно від наявності загальнообмінною припливно-витяжної вентиляції повинні бути:

- легко фрамуги або кватирки у всіх приміщеннях;
- витяжні шафи з механічним спонуканням у терапевтичних і ортопедичних кабінетах;

5.9. Пристрої, що видаляють забруднене пилом, парами ртуті та інших металів повітря, повинні бути обладнані відповідними фільтрами для попередження забруднення атмосферного повітря.

5.10. Кондиціонування повітря повинно передбачатися в основних приміщеннях, кабінетах ортопедичної стоматології та операційних.

Вимоги до природного та штучного освітлення виробничих приміщень стоматологічних поліклінік, відділень.

6.1. Всі приміщення стоматологічних поліклінік, відділень повинні мати природне освітлення.

6.2. У новостворюваних стоматологічних поліклініках вікна стоматологічних кабінетів повинні бути орієнтовані на північні напрямки (С, СВ, СЗ), щоб уникнути значних перепадів яскравості на робочих місцях за рахунок потрапляння прямих сонячних променів при інших видах орієнтації, а також перегріву приміщень в літній час, особливо в південних районах країни.

6.3. На північні напрямки повинні бути орієнтовані основні приміщення для перед-прежденія перегріву приміщень в літній час.

6.4. В існуючих установах, що мають неправильні орієнтації, в літній час рекомендується вдаватися до затемнення вікон за допомогою тентів, маркіз, жалюзі і т. П. Пристосувань.

6.5. Світловий коефіцієнт (відношення заскленої поверхні вікон до площі підлоги) у всіх стоматологічних кабінетах повинен складати 1: 4-1: 5, а в інших виробничих-них приміщеннях - бути не нижче 1: 8.

6.6. Коефіцієнт природного освітлення (процентне відношення рівня природної освітленості на робочому місці до одночасної освітленості під відкритим небом) на постійних робочих місцях у всіх стоматологічних кабінетах повинен бути не менше півтора відсотка.

6.7. При установці стоматологічних крісел в існуючих кабінетах в два ряди при односторонньому природному освітленні слід користуватися штучним світлом навіть в денний час у другому ряду крісел і лікарі повинні періодично мінятися своїми робочими місцями.

6.8. Всі приміщення стоматологічних поліклінік, відділень повинні мати загальне штучне освітлення, виконане люмінесцентними лампами або лампами розжарювання.

6.9. Для загального люмінесцентного освітлення у всіх стоматологічних кабінетах рекомендуються лампи зі спектром випромінювання, що не спотворює передачу кольору, наприклад, типів: ЛДЦ (люмінесцентні денного світла з виправленою передачею кольору) або ЛХЕ (люмінесцентні холодного природного світла). Тип лампи вказується на її цоколі.

6.10. Світильники загального освітлення повинні розміщуватися з таким розрахунком, щоб не потрапляти в поле зору працюючого лікаря.

6.11. Передбачені для установки люмінесцентні світильники повинні бути укомплектовані пускорегулюючими апаратами з особливо низьким рівнем шуму.

6.12. Рекомендуються такі рівні горизонтальної освітленості робочих поверхонь, що створюються загальним штучним освітленням:

Назва приміщень	Рівні загального освітлення, лк лампами.	
	люмінесцентними	розжарювання
Лікувальні кабінети лікарів, процедурні, маніпуляційні, основні приміщення зуботехнічних лабораторій.	500	200

6.13. Стоматологічні кабінети, крім загального, повинні мати і місцеве освітлення у вигляді:

- рефлекторів при універсальних стоматологічних установках на робочих місцях терапевтів і ортопедів;
- спеціальних (бажано безтіньові) рефлекторів для кожного робочого місця хірурга;

6.14. Рівень освітленості, що створюється місцевим джерелом, не повинен перевищувати рівень загального освітлення більш, ніж в 10 разів, щоб не викликати стомлюючої для зору лікаря світлової переадаптації при перекладі погляду з-різному освітлених поверхонь.

6.15. Світильники місцевого і загального освітлення повинні мати

відповідний захисний арматуру, яка забезпечує орган зору персоналу від сліпучого дії ламп.

Обладнання:

- стоматологічний кабінет;
- стоматологічна установка;
- основне і допоміжне обладнання стоматологічної установки;
- устаткування для стерилізації;
- устаткування для обробки рук та передстерилізаційної обробки стоматологічного інструментарію.

План

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

II. Контроль опорних знань:

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- студенти повинні вміти коректно поводитися з хворими;
- студенти повинні вміти обстежувати стоматологічного хворого, заповнювати історію хвороби.
- студенти повинні знати оснащення робочого місця лікаря-стоматолога;
- студенти повинні знати види та будову універсальних стоматологічних установок та крісел,
- студенти повинні знати техніку безпеки при роботі у стоматологічному кабінеті.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Питання:

1. Яка діагностична апаратура знаходиться в стоматологічному кабінеті?
2. Перерахуйте основні методи обстеження зубів.
3. Які Ви знаєте додаткові методи обстеження зубів?
4. Перелічіть устаткування та оснащення стоматологічного кабінету.

III. Формування професійних вмінь, навичок:

1.5. зміст завдань;

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

1. Обстеження хворого, збір анамнезу, заповнення історії хвороби.

1.6. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

Орієнтуюча карта ля формування практичних вмінь та навичок.

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4
1	Знайомство з хворим	Співбесіда з пацієнтом, збір анамнезу	
2	Підготувати робоче місце лікаря-стоматолога до прийому хворого	Примусити це зробити медичну сестру	Накрити стерильний стіл, перевірити справність устаткування.

1.7. вимоги до результатів роботи;

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

1.8. матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Питання:

1. Назвіть основні обов'язки санітарки стоматологічного відділення.
2. Назвіть основні обов'язки медичної сестри стоматологічного відділення.
3. Назвіть основні обов'язки лікаря стоматологічного відділення.

4. Хто керує надходженням хворих у кабінет під час прийому?
5. Хто оцінює якість роботи санітарки та медичної сестри?
6. Що таке медична деонтологія?
7. Що таке медична етика?
8. Що таке ергономіка?

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.
2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.
3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.
4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.
5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. – Полтава:

Практичне заняття № 2

Тема: Схема обстеження стоматологічного хворого. Суб'єктивне обстеження: скарги, анамнез захворювання та життя. Характеристика больового синдрому при різних ураженнях зубів. Клінічні методи обстеження, їх значення для діагностики захворювань порожнини рота: огляд (зовнішній, обличчя пацієнта, присінка, власне порожнини рота, зубних рядів)

Мета: сформувати навички диференціальної діагностики захворювань зубів та пародонту, оволодіти навичками методів та способів обстежування, додаткових та лабораторних методів обстеження стоматологічного хворого, заповнення амбулаторної карти стоматологічного хворого.

Основні поняття:

Діагностика – розділ клінічної медицини, що вивчає послідовні ступені процеру розпізнавання хвороби, тобто це процес розпізнавання хвороби та оцінка індивідуальних біологічних і соціальних особистостей хворого, що включає ціленаправлене медичне обстеження, аналіз отриманих результатів та їх узагальнення у вигляді поставленого діагнозу. Діагностика складається з трьох розділів: семіотики, методів обстеження та методологічних основ обстеження.

Семіотика – це симптоми хвороби та та їх діагностичне значення.

Симптом – це один із ознак хвороби, який можна розпізнати. Симптоми можуть бути суб'єктивні та об'єктивні; загальні та місцеві; наявні та приховані. За діагностичною значимістю – неспецифічні, специфічні та патогномонічні (характерні тільки для одного захворювання. Для постановки діагнозу мають значення *синдроми* – патогенетично обумовлена сукупність симптомів, що відображають загальну картину захворювання.

Методи обстеження хворого – основні (клінічні) та додаткові (спеціальні, лабораторні).

Основні складаються з суб'єктивного (скарги, опитування) та об'єктивного обстеження хворого.

Опитування. Звертаючись до хворого, слід називати його по імені та по батькові. Установити довірливий контакт, визначити нервово-психологічний статус, та інше, щоб випрати правило тактику спілкування з хворим. З'ясовують скарги, збирають анамнез хвороби та життя.

Метою *об'єктивних методів обстеження* є встановлення симптомів (ознак) захворювання які не були виявлені при опитуванні або підтвердження отриманих раніше. Визначають загальний стан, свідомість, вираз обличчя хворого та інше. За допомогою своїх органів чуття (зір, слух, нюху, дотик) проводиться зовнішній огляд шкіри та слизових оболонок, органів та систем. Ретельне дослідження місцевого статусу (ротова порожнина) дозволяє поставити діагноз, виявити етіологію та всатновити патогенетичні механізми захворювання.

Додаткові методи обстеження включають спеціальні клінічні методи, функціональні та лабораторні що дозволяє отримати достатню інформацію про хворобу.

Застосовуючи методологічні основи діагностики, Лікар проводить аналіз та синтез отриманих даних, встановлює діагноз хвороби у конкретного пацієнта та призначає відповідне раціональне лікування.

СХЕМА ОБСТЕЖЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО

I. Загальні відомості:

1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого.
2. Вік (дата народження).
3. Стать: (чол., /жін.).
4. Місце роботи, посада, професія; навчання (якщо хворий на пенсії, то після слів "на пенсії" вказати його колишню професію).
5. Місце проживання (адреса, контактний телефон).
6. Дата, коли поступив в клініку терапевтичної стоматології, ким направлений і з яким діагнозом.

II. Скарги

Методичні вказівки. На питання: "Що Вас турбує", - необхідно добиватися, щоб хворий описував свої відчуття (больові, незвичайні, неприємні), зміни зовнішнього вигляду (схуднення, жовтизна, деформація щелеп, припухлості лиця і т.д.), порушення слиновиділення, смаку та ін.

Якщо скарги стосуються зубів, то виявити наявність каріозної порожнини, дефектів твердих тканин зуба, косметичних дефектів, порушення форми зубів і т.д. При скаргах на болі, уточнити локалізацію, тривалість, інтенсивність, залежність, характер (тупа, гостра, ниюча, пульсуюча, постійна, короткочасна, локалізована, розлита, причинна, іррадіююча, мимовільна).

Якщо скарги пов'язані із захворюваннями пародонту, уточнити наявність кровоточивості ясен, її характер, біль, свербіння в яснах, наявність неприємного запаху і т.д.

Якщо скарги характерні для захворювання якої-небудь системи, її деталізацію можна уточнити в розділі відповідної системи. Там же слід пошукати і інші скарги, що свідчать про пошкодження даної системи з їх деталізацією. За наявності характерної скарги слід уточнити наступні моменти:

- а) час появи;
- б) швидкість появи (розвиток);
- у) постійність або періодичність;
- г) сила (вираженість);
- д) характер (якісні властивості);
- е) умови виникнення.

III. Анамнез хвороби – історія розвитку захворювання (Anamnesis)

morbi)

Методичні вказівки. Розпитуючи хворого, не задовольняйтесь загальними і невизначеними відомостями. Кожне питання і відповідь конкретизуйте. Добивайтесь визначеності і ясності у всіх деталях. Виняток можуть становити моменти, що травмують психіку хворого і не мають для Ваших висновків вирішального значення.

Уточніть, коли і за яких обставин виникло захворювання. З чого почалося захворювання – гостро або поступово. Перші симптоми. Можлива причина захворювання або з чим його пов'язує. Як розвивалося захворювання до теперішнього часу, ослаблення або зникнення симптомів, що виникли раніше, поява нових. Куди звертався, які проводилися дослідження, їх результати. Який був встановлений діагноз. Яке проводилося лікування, його ефективність. Причина повторного звернення.

Якщо Ви визначилися з можливою патологією, виберіть головний симптом або синдром, намітьте для себе питання, відповіді на які могли б підтвердити Ваші припущення. Якщо питання торкаються скарг або історії захворювання, то з'ясуєте їх у хворого.

Детально, в хронологічній послідовності з'ясуєте початкові симптоми захворювання, їх динаміку, появу нових симптомів, їх подальший розвиток до моменту останнього звернення. З'ясуйте частоту загострення захворювання, причини, зв'язок з порами року або іншими чинниками.

З'ясуйте результати попередніх обстежень, аналізи, рентгенограми, який діагноз ставився, результати лікування, чи перебуває на диспансерному обліку.

IV. Історія розвитку життя (Anamnesis vitae)

Методичні вказівки.

А. Місце народження, дитинство і юність. Уточніть вік батьків при народженні пацієнта. Розвиток в ранньому віці, можливі відхилення. У яких умовах зріс, розвивався (зона ендемічного флюорозу, чорнобиль і т.п.), характер харчування. У якому віці поступив в школу, як вчився, відносини з однолітками. Особливості фізичного розвитку в юнацькому віці.

Б. Трудовий період. Професійне навчання, початок трудової діяльності (з скількох років), професія, посада, характер і умови роботи (розумова, фізична, в приміщенні, на відкритому повітрі, вечірні і нічні зміни, протяги, вогкість, пил, освітленість, відрядження, робота в умовах дефіциту часу, взаємостосунки із співробітниками та психологічний мікроклімат в колективі і т. п.). Як змінювалися характер і умови праці впродовж всього життя. Професійні шкідливості в минулому і тепер. З якого віку на пенсії. Причини виходу на пенсію.

В. Умови проживання. Зміни адреси (місто, сільська місцевість, кліматичні умови). Умови життя (площа і кількість проживаючих, характеристика житлових приміщень, комунальні зручності, поверх, наявність ліфта). Взаємостосунки з членами сім'ї і проживаючими сусідами по квартирі. Прийом їжі (регулярність, схильності, вживання рідини, напоїв, пристрасті).

Чи були порушення протягом життя і характер цих порушень (недостатність, одноманітність, нерегулярність, їжа у сухом'ятку). Відпочинок після роботи і під час відпустки (тривалість, регулярність, достатність). Заняття фізкультурою, спортом.

Г. Шкідливі звички. Куріння, з якого віку, характер куріння), вживання спиртних напоїв, наркотиків (з скількох років, регулярність, кількість), інші. Наявність ознак хронічного алкоголізму: ваблення до спиртних напоїв, втрата відчуття міри відносно кількості алкоголю, синдром похмілля (розбитість, головний біль, поганий сон, серцебиття, тремтіння рук після випивки, потреба похмелитися).

Д. Половий розвиток і статеве життя. Виявити наявність скарг з боку сечостатевих органів, уточнити час настання клімаксу (порушення регулярності місячних, наявність приливів). Вагітності, їх течія. Нормальні пологи, аборти, викидиші. У чоловіків і жінок – час вступу до шлюбу.

Е. Перенесені захворювання. Які були захворювання, починаючи з дитячого віку (у хронологічній послідовності з вказівкою віку). Їх основні прояви, лікування, наслідки. Поранення, контузії, операції. Чи є група інвалідності, яка, по якому захворюванню. Психічні травми і конфліктні ситуації протягом життя. Контакт з інфекційними хворими (коли, які інфекційні захворювання). Вакцинації (відносно яких інфекцій і їх дати).

Окремо з'ясуєте питання про перенесені венеричні захворювання, гепатити, туберкульоз, ВІЧ інфекції, новоутворення, психічні захворювання.

Чи звертався за стоматологічною допомогою (коли, з приводу яких захворювань або станів). Характер і ефективність стоматологічної допомоги. Ускладнення стоматологічних захворювань або в процесі надання стоматологічної допомоги.

Ж. Хвороби найближчих родичів. Вік і стан здоров'я батьків, братів, сестер, чоловіка (дружини), дітей, дідусів, бабусь, дядьків, тіток з боку батька і матері. Причини смерті і вік померлих родичів. Наявність у батьків і родичів таких захворювань, як серцево-судинні, захворювання органів дихання, шлунково-кишкового тракту, психічних, хвороб обміну речовин, злоякісних новоутворень, інфекційних, венеричних захворювань, порушення обміну речовин, алкоголізму.

З. Аллергологічний анамнез. Нестерпність ліків і інших речовин, харчових продуктів. Алергічні реакції, характер проявів нестерпності.

V. Загальний статус (Status praesens communis)

Методичні вказівки. Проводьте об'єктивне обстеження строго за планом, що дасть можливість застосовувати методи дослідження раціональніше, залежно від задач, що стоять перед Вами.

Остерігайтеся вузькоко мислення, що направлене лише на перевірку Вашої гіпотези обстеження. В цьому випадку Ви ризикуєте не помітити ознак хвороби, що суперечать Вашому припущенню або підтверджуючих його. Ці ознаки можуть відноситися до того чи іншого органу або системи, де Ви їх не чекаєте знайти. Перед дослідженням кожної системи пригадаєте дані

розпитування і очікувані Вами зміни з боку даної системи. При відчутті невпевненості у виконанні якої-небудь методики або в оцінці одержаних даних загляньте у відповідний розділ підручника.

Знайшовши об'єктивні ознаки, що суперечать даним розпитування, поставте додаткові питання хворому. Це можна зробити як під час об'єктивного дослідження, так і після нього. У останньому випадку виниклі у Вас питання необхідно записати.

1. Загальний огляд.

Самопочуття (хороше, задовільне, середньої тяжкості, важке, дуже важке). *Тип конституції* (нормостенік, астеник, гіперстенік). *Стан свідомості* (ясна, спутана, сопорозна, ступорозна, коматозна, збудження, марення). *Поведінка хворого* – товариська, спокійна, дратівлива, негативна. *Мова* – виразна, невиразна.

Огляд шкіри і видимих слизових: колір – блідо-рожевий, смуглявий, червоний, блідий, жовтий, ціанотичний, землистий, бурий, темно-коричневий, бронзовий і др.; *депігментація* (вказати локалізацію); *набряки* – консистенція, вираженість, розповсюдженість; *тургор* (еластичність) шкіри – нормальний, знижений.

Огляд лиця: спокійне, страждальне, тривожне і т. п.; характерні особливості (асиметрія, припухлість, опущеність кута рота, вій і т.д.).

Статура (правильна, неправильна; якщо неправильна, то в чому неправильність).

Осанка. Конституціональний тип (нормостенічний, гіперстенічний, астеничний). Ріст. Температура тіла.

Шкіра і видимі слизові оболонки. Свербіння, біль, анестезія, парестезії і їх локалізація. Забарвлення (блідо-рожева, ціаноз, жовтизна і т.п.), при її нерівномірності переважна локалізація. Вогкість (нормальна, підвищена, сухість шкіри). Еластичність. Наявність висипів, крововиливів, рубців, лущень, виразок.

Підшкірно-жирова клітковина. Ступінь розвитку (надмірна, помірна, слабка, кахексія). Розподіл (рівномірне, при нерівномірному вказати місця переважного відкладення жиру).

Набряки: локалізація, густина.

Лімфатичні вузли. Локалізація: потиличні, привушні, підщелепні, шийні, (пальпуються, не пальпуються). Величина в сантиметрах, консистенція, болючість, рухливість.

М'язи. Біль: самостійна, при русі. Загальний розвиток (хороше, помірне, слабке). Асиметрія окремих м'язових груп. Тремор. Паралічі. Парези. Болісність при обмацуванні. Ущільнення. Тонус (нормальний, підвищений, знижений).

Кістки. Біль: локалізація, умови появи. Деформація (викривлення, потовщення, узури), їх локалізація.

Суглоби. Біль: локалізація, умови появи. Зміни форми (припухлість, деформація). Зміни шкіри над суглобами. Болісність при обмацуванні і рухах. Об'єм активних і пасивних рухів.

2. Система органів дихання.

Кашель: інтенсивність, характер (постійний, нападаподібний), болісний, наявність мокроти. Болі в грудній клітці: локалізація, характер (коле, тягне, ние, тупа), інтенсивність, зв'язок з диханням, кашлем, рухами. Задишка, задуха. Носове дихання (вільне, утруднене). Нежить: характер відокремлюваного, кількість. Носові кровотечі. Нюх. Болі у області додаткових пазух. Болі в горлі при ковтанні. Болі в гортані при розмові. Зміни голосу. Забарвлення шкіри лица, носа, наявність герпесу.

3. Серцево-судинна система.

Болі і інші неприємні відчуття (відчуття тяжкості і т. п.) у області серця і за грудиною: локалізація, сила, характер, тривалість, іррадіація, умови виникнення, способи усунення. Серцебиття, задишка, задуха, набряки, наявність інших скарг або об'єктивних ознак поразки ССС. Артеріальний тиск на обох руках, пульс.

4. Система органів травлення.

Апетит, смак, слюновиділення. Спрага. Жування. Ковтання, печія, відрижка, нудота, блювота (характер блювотних мас); зв'язок їх з їжою, залежність від кількості і якості їжі. Біль: локалізація, характер, інтенсивність, тривалість, зв'язок з їдою, залежність від якості їжі, від руху і фізичної напруги; іррадіація, способи усунення болю. Скарги з боку печінки, підшлункової залози, кишечника, селезінки і інших органів. Здуття живота, тяжкість, бурчання, переливання. Діяльність кишечника (стул). Болі при дефекації. Геморой. Запах з рота (звичний, гнильний, аміаку, яблук і ін.).

5. Сечостатева система.

Болі в поперековій області; локалізація (при асиметрії), іррадіація, характер (нападаподібні, постійні), інтенсивність (гострі, тупі, ниючі), провокуючі моменти (рясне пиття, вживання гострої і солоної їжі, тряска їзда і т. п.), умови полегшення або зникнення (грілка, холод, гарячі ванни, атропін, анальгетики, зміна положення тіла). Болі у області сечового міхура.

5. Нервова система і органи чуття.

Характеристика інтелекту (порушений, збережений). Контактність. Пам'ять. Сон. Головні болі. Запаморочення. Мова. Хода. Судоми. Паралічі, оніміння. Стан зору, слуху, нюху.

VI. Стоматологічний статус – стан органів порожнини рота (Status praesens oris)

Симетричність лица. Слизова губ: колір, цілісність, тріщини в кутах, виразки, вогкість. Відкриття рота (обмежене, вільне, болюче, безболісне). Пальпація м'яких тканин лица (консистенція, еластичність, чутливість). Рухи в скронево-нижньощелеповому суглобі (вільні, обмежені, наявність поклацування). Слизова внутрішньої поверхні губ, щок, твердого і м'якого

піднебіння. Колір (блідо-рожевий, яскраво-червоний і т. п.), пігментація з вказівкою локалізації, вогкість, цілісність (тріщини, виразки і т. п.), крововиливи.

Зуби: кількість, розташування, колір, форма, величина, наявність уражень, стан пломб: краєве прилягання, стан контактного пункту, ступінь стертості, наявність вторинного карієсу (прогресування), колір, анатомічна форма пломби, зміна кольору між пломбою і стінкою зуба, відповідність кольору пломби тканинам зуба (колір, прозорість), ступінь рухливості (I, II, III).

Зондування каріозних порожнин (зонд прямий і кутовий, дзеркало): колір і консистенція (твердість) твердих тканин, стан даху пульпової камери, глибина каріозної порожнини, болісність стінок і дна, розташування гирл корневих каналів.

Перкусія(зонд): вертикальна, горизонтальна, порівняльна. Болючість і характер звуку (дзвінкий, тупий).

Зубна формула

																
Дата оглядів	8	7	6	5(V)	4(IV)	3(III)	2(II)	1(I)	1(I)	2(II)	3(III)	4(IV)	5(V)	6	7	8
																

Умовні позначення: С – карієс; Р – пульпіт; Рt – пародонтит; Lp – локалізований пародонтит; Gr – генералізований пародонтит; R – корінь; А – відсутній зуб; Cd – коронка; Pl – пломба; F – фасетка; ar – штучний зуб; r – реставрація; Н – гемісекція; Am – ампутація; res – резекція; pin – штифт; і – імплантація; Rp – реплантація; Dc – зубний камінь.

Прикус – взаємовідношення зубів верхньої та нижньої щелеп, тобто характер змикання зубів: фізіологічні (ортогнатичний, прямий, біпрогнатичний та опістогнатичний), патологічні (дистальний, медіальний, глибокий, відкритий, косий).

Характеристика жувального апарату: рухливість зубів, зубні відкладення: вигляд, кількість, колір і т.д..

Стан гігієни порожнини рота, визначення індексів Федорова-Володкіної, Гріна-Вермілліона та ін.

Обстеження пародонту. Ясна: колір (червоний, блідий, сіруватий наліт), пігментація, рихлість, набряк, наявність і глибина пародонтальних кишень, характер ексудату, проба Шілера-Писарева, кровоточивість, стійкість капілярів, наявність глікогену в яснах, пергідрольова проба. Пародонтальні індекси: ПМА, ПІ, СРІТN.

При ураженні слизової оболонки порожнини рота виявляємо

морфологічні елементи, беремо мазки-відбитки, забір матеріалу для бактеріологічного дослідження, алергічні проби, посів на гриби *Candida*, і ін.

Язик: колір, стан сосочків (атрофічний, полірований, "лакований" і т. п.), обложеність (чистий, обкладений нальотом, колір нальоту, легко знімається, запах соскобу); вогкість, цілісність поверхні (тріщини, виразки), набряк (відбитки зубів); наявність запалення.

Зів. Слизова: колір, набряк, вогкість. Мигдалини: величина (щодо передніх дужок), наявність гнійних пробок в лакунах, нальот, забарвлення (блідо-рожеві, гіпереміровані).

Стан регіональних лімфовузлів (величина, рухомість, консистенція, болісність).

VII. Локальний статус – стан ураженого органу (*Status praesens loci morbi*)

При виявленні захворювання, проводимо **додаткове** докладне дослідження. При ураженні зубів:

Електроодонтодіагностика: ОД-1, ОД-2, ОД-3, ІЗН-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 - > 100-120 мкА.

Rn-діагностика, KTR - візіограма (прихована каріозна порожнина, ділянки демінералізації, вторинний карієс, дифдіагностика: відношення каріозної порожнини до пульпової камери, зміни в тканинах періодонту).

Люмінісцентна діагностика (Сініцин, Пилипенко): люмінісценція ТТЗ тканин зубів під впливом УФ світла (ніжно-світло-зелений колір). При карієсі – гасіння, зміна кольору емалі майже до коричневого. Апарат ОІ-18, ОЛД-41 та фільтри: УФС-3, УХС-6, а закриваючий – ЖС.

Оптичні властивості ТТЗ (Деньга О.В., кафедра стоматології дитячого віку).

Кольорові проби: Аксамит – на 2-3 хв 2% водний розчин метиленової синьки, полоскання 0,1 % водним розчином метиленового червоного та інші барвники. Визначення степеня демінералізації емалі (Синицын Р.Г. та ін.). Визначення степені сорбції фарби емаллю за допомогою створеного пристрою, який має оптичний, приймальний, вимірювальний та реєстраційний блоки. Шкала пристрою має 100 поділок (100 УО інтенсивності сорбції барвника). При інтенсивності кольору емалі від 1 до 30 УО - легка ступінь демінералізації емалі (І), від 31 до 60 УО - середня (ІІ), і більше 61 УО - висока ступінь демінералізації емалі (ІІІ). Даний спосіб надає можливість дуже точно визначати зміни степені мінералізації ТТЗ в процесі лікування початкового карієсу, прогнозувати розвиток карієсу, служить надійним критерієм ефективності ремінералізуючої терапії.

Трансілюмінація – метод тінеутворення.

Визначення електропровідності, омичного електричного опору ТТЗ. Інтактна емаль – досить добрий діелектрик. При початковому карієсі

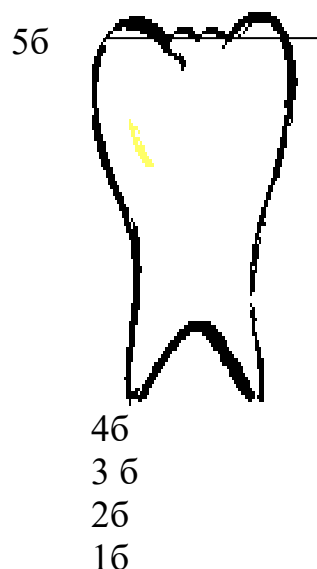
відбувається збільшення електропровідності за рахунок збільшення кількості органічних речовин в ТТЗ.

Визначення степеня стійкості зубів до карієсу (ТЕР, CRT тест, лактобацилтест та ін.). *Розчинність емалі – CRT тест.* На зуб накладають диск фільтрувальної бумаги d-3 мм з розчином кристал-віолету, забарвленого в світло-зелений колір а потім 1,5 мкл 1 н. розчину HCl та визначають час зміни кольору в рожево-фіолетовий (20-120 с).

Функціональна резистентність емалі, тобто кислотостійкість – ТЕР (Окушко) – на зуб накладають диск фільтрувальної бумаги d-2 мм, з розчином HCl на 5 сек і змивають водою, а потім 1 % водний розчин метиленової синьки та знімають ватою. Інтенсивність фарбування оцінюють за кольоровою шкалою в 1-12 балів.

Визначення індексів гігієни: визначення зубного нальоту (р-н Люголю: 1 ч. йоду, 2 ч йодиду калію, 4 ч. води; 2% метиленової синьки; 2% р-н Фуксину і ін.; індекс Федорова – Володкіної; модифікований індекс Грін-Вермільєна та ін.

Індекс Федорова – Володкіної.



- 1,1-1,4 добрий догляд
- 1,5-1,8 задовільний
- 1,9-2,5 не задовільний
- 2,6-3,8 поганй
- 3,9-5,0 дуже поганий

Пальпація – прощупування органу чи окремої ділянки. В порожнині рота проводимо вказівним пальцем, для виявлення стану ясен, ділянок болючості, ущільнення, інфільтрації.

VIII. Попередній діагноз

На підставі суб'єктивних і об'єктивних даних ставимо попередній діагноз (на російській і латинській мовах).

ІХ. Лабораторні методи досліджень

Залежно від поставленого попереднього діагнозу проводимо додаткове обстеження стоматологічного пацієнта. Визначення рН ротової рідини, наявність мікрострумів (гальванізм), цитологію вмісту патологічної кишені, мікробіологічні дослідження, визначення чутливості мікрофлори до антибіотиків, проби Ясиновського, Кавецького, Олдріча, Роттера, гістамінова.

80

Кількість і склад ясеневі рідини, капіляроскопія, стоматоскопія, біомікроскопія, реографія, полярографія. Забарвлення СОПР гематоксилином, толуїдиновим голубим (синім). Клінічний, біохімічний аналіз крові, цукор в крові, аналіз сечі. Мікробіологічне, цитологічне, гістологічне, люмінесцентне, люмінесцентно-цитологічне, імунофлюоресцентне дослідження, мукозні, алергологічні, специфічні проби, біопсія. Клінічний аналіз крові, на RW, HBS – антиген і HIDS, ВІЧ. Визначення рецепції тканин порожнини рота (поверхнева, глибока, інтерорецептивна; больова, тактильна, смакова). Функція виділення слинних залоз. При необхідності – консультації інших фахівців (терапевта, ендокринолога, гематолога, алерголога, гінеколога, і ін.).

Х. Рентгенологічне обстеження

Рентгенологічні методи обстеження – це допоміжний метод в діагностиці уражень твердих тканин, пульпи зубів, періодонту та пародонта, контроль якості лікування. Частіше використовується внутрішньоротова близькофокусна контактна рентгенографія, візіографія, контактна рентгенографія вприкус. Панорамна рентгенографія, ортопантомографія, томографія та інші. Описуємо рентгенологічне дослідження при ураженнях зубів, пародонту та інших тканин і органів щелепно-лицьової області.

ХІ. Диференційна діагностика

Проводиться шляхом порівняння провідних, головних симптомів хвороби пацієнта з схожими ознаками близьких по клініці захворювань, з віддзеркаленням особливостей їх прояву у даного пацієнта. Привести детально, вказавши патогенетичний зв'язок окремих симптомів і симптомокомплексів, даних лабораторного і інструментального дослідження.

ХІІ. Клінічний діагноз

На підставі характерних скарг хворого, анамнезу захворювання, об'єктивних і додаткових досліджень диференціальної діагностики, можна поставити остаточний діагноз (на російській і латинській мовах).

При постановці попереднього діагнозу використовувалися дані опитування, анамнезу, об'єктивних досліджень. З великої інформації, одержаної від хворого, вибираються провідні, найголовніші, достовірніші симптоми для діагностики. При цьому відкидаються деталі і відомості, що не представляють цінності.

Після проведення додаткових методів дослідження, клінічних аналізів,

консультацій інших фахівців, зіставлення їх результатів з клінічною картиною і проведення диференціальної діагностики, виставляється остаточний діагноз. Він повинен складатися з діагнозу основного захворювання і супутнього патологічного процесу. Додатково проводиться обґрунтування всіх положень діагнозу (фази захворювання, ступеня тяжкості, функціональних порушень, ускладнень).

Обладнання:

- стоматологічний пацієнт;
- інструменти основного стоматологічного набору;
- медична карта пацієнта.

Навчальний час: 2 години

План

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

II. Контроль опорних знань:

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- знати основні та додатковими методами обстеження хворих;
- знати додаткове обладнання стоматологічного кабінету;
- вміти оформлювати амбулаторну карту стоматологічного хворого;
- освоїти виконання клінічних методів обстеження стоматологічних хворих;
- знати та вміти проводити диференціальну діагностику захворювань зубів та пародонту;
- оволодіти додатковими та лабораторними методами обстеження стоматологічних хворих;
- вміти обстежувати стоматологічного хворого, заповнювати амбулаторну карту стоматологічного хворого.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Питання:

1. Що таке семіотика?
2. Яка діагностична апаратура знаходиться в стоматологічному кабінеті?
3. Які методи рентгенологічного дослідження застосовуються в стоматології?
4. Перерахуйте основні морфологічні ознаки карієсу.
5. Перерахуйте основні показники аналізу крові в нормі.
6. Перерахуйте основні методи обстеження пацієнта.

7. Перерахуйте додаткові методи обстеження пацієнта.
7. Перерахуйте основні методи обстеження зубів.
8. Які Ви знаєте додаткові методи обстеження зубів?
9. Які методи обстеження пародонту Ви знаєте?
10. З яких розділів складається «медична картка стоматологічного хворого»?
11. Які методи визначення стану емалі Ви знаєте?
12. Які індекси стану гігієни порожнини рота Ви знаєте?

Тести:

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, ясенний сосочок між 46-47 дещо набряклий і гіпереремійований, під ним незначна кількість волоконних харчових залишків. Яке дослідження доцільно використовувати для виявлення прихованих каріозних порожнин?

- A Трансілюмінаційна діагностика
- B Люмінесцентна діагностика
- C Електроодонтометрія
- D Вітальне фарбування
- E 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 – болю 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 свищ. Який додатковий метод обстеження підтвердить передбачуваний діагноз.

- A Візіографія
- У Зондування
- C Термометрія
- D Перкусія
- E ЕОД

4. Який індекс відображає інтенсивність карієсу зубів?

- A ІГ

- B КПУ
- C КОШРЕ
- D CPITN
- E ПМА

5. У дитини 14 років з патологією твердих тканин зубів на вестибулярні поверхні 11 і 12 зубів помістили паперові диски, змочені 0,1 Н розчином хлористоводородної кислоти і забарвлені метилвіолетом. Через 18 сек синій колір дисків змінився на зелений. Який додатковий метод дослідження проведено дитині?

- A. КОШРЕ
- B. Кислотна біопсія емалі
- C. Вітальне фарбування
- D. Визначення кальцій-фосфорного (Ca/P) коефіцієнту
- E. CRT-тест.

6. 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. Трансиллюмінація
- D. Електроодонтодіагностика
- E. Сепарація зубів і візуальне визначення стану апроксимальних поверхонь.

7. 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 ця властивість інтактної емалі.

8. Для диференціальної діагностики білуватих плям на поверхнях 12, 11, 21 зуб, на вестибулярні поверхні неаклали ватяні тампони, змочені розчином фарбника. Через 2 хвилини тампони і надлишок фарбника видалили і оцінили результати фарбування зубів. Який фарбник використовує лікар в роботі?

- A. Діамантовий зелений
- B. Нейтральний червоний
- C. Метиленовий синій
- D. Метілвіолет
- E. Фуксин кислий.

9. Визначення індексу гігієни включають в стандартну схему обстеження стоматологічного хворого. Вкажіть реактив, що використовується при визначенні гігієнічного стану порожнини рота по Федорову-Володкіній:

- A. Фуксин основний
- B. Конгорот
- C. Йод-йодістокалієвий розчин
- D. Метілвіолет
- E. Метиленовий синій

10. 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. Трансиллюмінація.

11. Хворий А. 30 років. Проживає у місцевості з вмістом фтору у питній воді 0,7 мг/л. Скаржиться на чутливість зубів від солодкого, кислого. При огляду на вестибулярній поверхні у пришийковій ділянці 12,13,14,23,24 зубів виявлені крейдоподібного кольору матові плями. Поверхня шорстка і болюча при зондуванні. Що з нижче перерахованого найбільш точно підтвердить правильний діагноз?

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

12. Жінка 50 років звернулася до стоматолога зі скаргами на застрягання їжі у зубі нижньої щелепи. Об'єктивно: на дистальній і жувальній поверхнях 45 зуба виявлена каріозна порожнини 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

13. Чоловік 35 років звернувся зі скаргами на швидкоплинний біль від термічних подразників у 46, 47 зубах. Об'єктивно: жувальні поверхні 46, 47 зубів інтактні, контактні поверхні не вдається обстежити внаслідок щільного розміщення зубів. який метод дослідження необхідно використати у даному випадку у разі підозри наявності каріозних порожнин?

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

14. Якими інструментами обстежують каріозну порожнину?

- A. Зонд прямий
- B. Зонд кутовий
- C. Зонд прямий і кутовий, дзеркало
- D. Зонд, пінцет
- E. Зонд, пінцет, дзеркало

15. Якою може бути перкусія?

- A. Вертикальна
- B. Горизонтальна
- C. Порівняльна
- D. Вестибуло-оральна
- E. Вертикальна, горизонтальна, порівняльна

16. Хвора 18 років, скаржиться на короткочасний біль від хімічних подразників в 44, 45 зубах. Об'єктивно: на шийках зубів плями матового кольору, чутливі при зондуванні. Який із додаткових методів дослідження буде найбільш інформативним в цьому випадку?

- A. Люмінесцентна стоматоскопія
- B. ЕОД
- C. Рентгенографія
- D. Вітальне фарбування
- E. Поляризаційна мікроскопія

17. Який прикус відноситься до фізіологічного?

- A. Опістогнатичний
- B. Дистальний

- C. Медіальний
- D. Відкритий
- E. Глибокий

18. Які показники ЄОД пульпи будуть в нормі?

- A. 1-4 мкА
- B. 2-6 мкА
- C. 10-20 мкА
- D. 25-30 мкА
- E. 40-50 мкА

19. Які показники ЄОД пульпи будуть при періодонтиті?

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

20. Як в амбулаторній карті стоматологічного форого позначається карієс?

- A. К
- B. С
- C. Кр
- D. Р
- E. Cd

III. Формування професійних вмінь, навичок:

1.9. зміст завдань;

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

- складати план обстеження стоматологічного хворого;
- основні та додаткові методами обстеження стоматологічних хворих;
- лабораторні та спеціальні методи обстеження стоматологічних хворих;
- оцінювати загальний аналіз крові та сечі;
- користуватися додатковим обладнанням стоматологічного кабінету;
- збирати анамнез у стоматологічного хворого;
- проводити опитування стоматологічного хворого;
- оглядати стоматологічного хворого;
- проводити зондування, перкусію зубів, пальпацію СОПР;
- оцінювати рентгенограму, візіограму;
- заповнювати амбулаторну карту стоматологічного хворого;
- проводити диференціальну діагностику стоматологічних

захворювань;

- принципи лікування і профілактики захворювань зубів.

1.10. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

Орієнтуюча карта для формування практичних вмінь та навичок:

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4
1	З'ясуйте паспортні дані пацієнта	звертаючись до хворого, слід називати його на ім'я та по батькові.	Ф. І. Пб, вік, стать, місце роботи, посада, професія, адреса, телефон.
2	Скарги при першому звертанні	з'ясуйте відчуття: больові, незвичайні, неприємні, зміну зовнішнього вигляду (схуднення, жовтизна, деформація щелеп, припухлості лиця і т.д.), порушення слиновиділення, смаку	час появи, розвиток, періодичність, вираженість, характер, і т.д.
3	Історія захворювання	добивайтесь визначеності і ясності у всіх 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 порами року або іншими чинниками.
4	Історія життя	уточніть професійне навчання, трудову діяльність, характер і умови праці (розумова, фізична, в приміщенні, на відкритому повітрі, вечірні і нічні зміни, протяги, вогкість, пил, освітлення, відрядження), взаємовідносини із співробітниками	вкажіть місце народження, дитинство і юність, працездатний період, умови життя, шкідливі звички, статевий розвиток, перенесені захворювання, хвороби найближчих родичів, алергологічний

		регулярність вживання їжі, апетит, схильності в їді і т.д.	анамнез.
5	Загальний стан хворого	об'єктивне дослідження проводьте строго за планом, вказаному в схемі історії хвороби: уточніть самопочуття, стан шкіри і видимих слизових, 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.
6	Стан органів порожнини рота	ретельно проведіть огляд щелепно-лицьової області, використовуючи спеціальні проби, заповніть зубну формулу.	опишіть лице (симетричність, припухлість і т.д.), слизову губ, щок, твердого і м'якого піднебіння. Стан зубів. Результати зондування, перкусії, прикус, гігієну порожнини рота, пародонт.
7	Стан ураженого органу	при виявленні захворювання, проведіть додаткове докладне дослідження: стоматотоскопію, зондування, перкусію, пальпацію.	детально опишіть уражений зуб, пародонт.
8	Попередній діагноз	на підставі приведених вище даних поставте попередній діагноз	напишіть попередній діагноз (на російській і латинській мовах)
9	Дані додаткових, лабораторних методів обстеження	по показанням наведіть дані додаткових та лабораторних методів дослідження, відповідно до попереднього діагнозу	Дані ЕОД, термодіагностики, люмінісценції, кольорові проби, трансліюмі-нація, індекси гігієни. Аналізи крові, сечі, цукор в крові та ін.

			Консультації інших фахівців (терапевта, ендокринолога, гематолога, алерголога, гінеколога, і ін.).
10	Дані рентгенологічних досліджень	у історію хвороби вклейте рентгенограму (візіограму і т.д.)	описати рентгенограму при ураженнях зубів, пародонта
11	Диференціальна діагностика	проводиться шляхом порівняння важливих симптомів хвороби пацієнта з схожими ознаками близьких по клініці захворювань, з віддзеркаленням особливостей їх прояву у даного пацієнта.	привести детально, вказавши патогенетичний зв'язок окремих симптомів і симптомокомплексів, даних додаткових та лабораторних, інструментальних дослідження
12	Остаточний діагноз	на підставі характерних скарг хворого, анамнезу захворювання, об'єктивних і додаткових досліджень диференціальної діагностики поставте остаточний діагноз (на російській і латинській мовах).	поставте остаточний діагноз, використовуючи дані опитування, анамнезу, об'єктивних досліджень. Вибираються найбільш важливі, достовірні симптоми. Приведіть результати додаткових методів дослідження, клінічних аналізів, консультацій інших фахівців, результати диференціальної діагностики. Остаточний діагноз складається з діагнозу основного захворювання і супутнього патологічного

			процесу. Додатково проводиться обґрунтування всіх положень діагнозу (фази захворювання, ступеня тяжкості, функціональних порушень, ускладнень).
13	Терапія	при складанні плану лікування виходите з конкретного аналізу клінічної картини захворювання, враховуючи особливості його прояву і загальний стан пацієнта.	представте короткий огляд сучасних методів лікування захворювання, складіть план лікування конкретного хворого

1.11. вимоги до результатів роботи;

Звертаючись до хворого, слід називати його по імені та по батькові. Розпитуючи хворого, не задовольняйтесь загальними і невизначеними відомостями. Кожне питання і відповідь конкретизуйте. Добивайтесь визначеності і ясності у всіх деталях. Остерігайтесь вузького мислення, що направлене лише на перевірку Вашої гіпотези обстеження.

Об'єктивне обстеження проводьте строго за визначеним планом. При виявленні захворювання, визначитеся з додатковим дослідженням. 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.

Методика виконання роботи, етапи виконання, кроки:

МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ

Анамнез

- вік,
(хвороби,
життя)

скарги

опитування

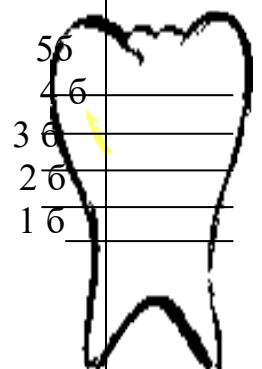
- паспортні дані
- вік
- адреса
- місце роботи, професія
- умови праці
- загальні захворювання, зв'язок з захворюваннями зубів



Клінічні методи дослідження

А. Основні	В. Додаткові
1. Огляд: зовнішній, порожнина рота, оцінка стану зубів (кількість, положення, колір, форма, величина, ділянки ураження, стан пломб). 2. Зондування (зонд прямий ту кутовий): консинстенція тв. тканин, стан криші пульпової камери, глибина каріозної порожнини, біль стінок і дна, розташування устів кореневих каналів. 3. Перкусія: зонд,	1. Електроодонтодіагностика: ОД-1, ОД-2, ОД-3, ІЗН-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), Pt - > 100-120 мкА. 2. Rn-діагностика, КТР - візіограма (прихована КП, ділянки демінералізації, вторинний карієс, дифдіагностика). 3. Люмінісцентна діагностика (Синицін, Пилипенко): в нормі емаль нежно-світло-зеленого кольору. при карієсі – гасіння, колір емалі майже коричневий. Аппаратура: ОІ-18, ОЛД-41 та фільтри: УФС-3, УХС-6, і ЖС. 4. Оптичні властивості ТТЗ (Деньга О.І.) 5. Кольорові проби: Аксамит – на 2-3 хв 2% водний розчин метиленового синього, полоскання 0,1 % водним розчином метиленового червоного чи іншими

пальцева, вертикальна, горизонтальна. Визначають біль і характер звуку (дзвінкий, тупий). 4. Інструментальна пальпація зубів, перехідної складки, м'яких тканин та лімфовузлів. 5. Термодіагностика: N – нема болю $\geq 5-10^\circ - 55-66^\circ$ C – біль $< 18-20^\circ - > 45-50^\circ$ P – біль $< 25-30^\circ - > 38-40^\circ$ 6. Ступінь рухомості зубів (I, II, III).	барвниками. 6. Трансілюмінація – тінеутворення. 7. Визначення електропровідності ТТЗ. При початковому карієсі збільшується електропровідність за рахунок підвищення органічних речовин в ТТЗ. 8. Визначення ступеня стійкості зубів до карієсу (ТЕР, CRT, лактобацілтест і др.). Розчинність емалі – CRT. На зуб накладають диск фільтрувальної бумаги d-3 мм, просочений розчином кристал-віолету, світло-зеленого кольору а потім 1,5 мкл 1 н. розчину HCl і визначають час зміни кольору в рожево-фіолетовий (20-120 с). Функціональна резистентність емалі (кислотостійкість) – ТЕР (Окушко) – на зуб накладають диск фільтрувальної бумаги d-2 мм, просочений розчином HCl на 5 сек и змивають водою, потім 1 % водний розчин метиленового синього і знімають ватую. Інтенсивність кольору оцінюють по кольоровій шкалі в 1-12 балів.
7. Стан регіональних лімфовузлів (величина, рухомість, консистенція, болючість, спаяність з іншими тканинами). 8. Прикус – характер змикання зубів в центральній оклюзії: фізіологічні (ортогнатичний, прямий, фізіологічна прогнатія, біпрогнатія, опістогнатія); патологічні (глибокий, відкритий,	9. Визначення ступеня демінералізації емалі (Синицін Р.Г. і ін). Як і в п.5, але оцінка на апараті з світловодом, 1 – 100 УО. 10. Визначення гігієнічних індексів: - визначення зубного нальоту (р-н Люголя: 1 ч. йоду, 2 ч йодита калію, 4 ч. води; 2% метил. синь; 2% р-н Фуксину і ін. - індекс Федорова – Володкіної; - проба Шилера- Писарева: ○ 1,1-1,4 хороший догляд ○ 1,5-1,8 задовільний ○ 1,9-2,5 незадовільний ○ 2,6-3,8 поганий ○ 3,9-5,0 дуже поганий -модифікований індекс Грін-Вермільйона.



перехресний, прогнатія, прогенія); аномальні. 9. Оцінка стану пломб (краєве прилягання, контактний пункт, стираємість, вторинний карієс, стійкість кольору, форми, та ін.)	
---	--

Загальне обстеження хворого

1. Клінічний аналіз крові.
2. Біохімічний аналіз крові (сахар, Са, Р. F).
3. Показники реактивності організму (моноцитограма, фагоцитарна активність, вміст лізоциму в сироватці крові, визначення місцевого імунітету та ін.).
4. Алергічні проби.
5. Стан ШКТ.
6. Стан ендокринної системи.
7. Інші дослідження та аналізи.

Дифдіагностика – з подібними захворюваннями.

Діагноз: на основі характерних скарг, клінічних та додаткових досліджень, дифдіагностики.

1.12. матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Питання:

1. Перерахуйте скарги, характерні для захворювань зубів.
2. Перерахуйте скарги, характерні для захворювань пародонта.
3. Опишіть рентгенологічні ознаки карієсу зубів.
4. За допомогою якої апаратури можна визначити стан пульпи зуба?
5. Що таке резистентність ТТЗ та як її визначити?
6. У чому полягає суть вітального фарбування твердих тканин зуба?
7. Що таке «суб'єктивні методи дослідження»
8. Перерахуйте «об'єктивні методи дослідження».
9. До яких методів дослідження відноситься ЕОД, зондування?
10. Чим відрізняється «симптом» від «семіотики»?
11. Перерахуйте види фізіологічних прикусів.

Тести:

1. Вчення про симптоми хвороби, їх діагностичне значення. Це означає?

- A. Симптом
- B. Семіотика
- C. Анамнез
- D. Синдром
- E. Симптомокомплекс

2. Як в амбулаторній карті стоматологічного хворого позначається карієс?

- A. К
- B. С
- C. Кр
- D. Р
- E. Cd

3. Як в амбулаторній карті стоматологічного хворого позначається пломба?

- A. Пл
- B. С
- C. Кр
- D. Рl
- E. Р

4. Як в амбулаторній карті стоматологічного хворого позначається зубний камінь?

- A. Пл
- B. Dc
- C. Кр
- D. Зк
- E. Р

5. Який колір має здорова емаль в УФП?

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

6. При огляді порожнини рота, на вестибулярних поверхнях 45, 44, 43, 33, 34, 35 зубів виявлені крейдоподібні плями з тьмяною поверхнею і нечіткими контурами. Попередній діагноз: «Початковий карієс 45, 44, 43, 33, 34, 35». Який метод обстеження з найбільшою ймовірністю підтвердить вказаний діагноз?

- A. Стоматоскопія у денному світлі
- B. Трансілюмінація
- C. Ультрафіолетова стоматоскопія
- D. Електроодонтометрія
- E. Термодіагностика

7. Які мікроорганізми викликають карієс?

- A. *Cl. perfringens*, *Cl. Novyi*, *Cl. septicum*
- B. *S. mutans*, *S. mitis*
- C. *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*
- D. *S. typhimurium*, *S. enteritidis*

8. Як в амбулаторній карті стоматологічного хворого позначається пульпіт?

- A. Пл
- B. Dc
- C. Кр
- D. Зк
- E. Р

9. Як в амбулаторній карті стоматологічного хворого позначається періодонтит?

- A. Пп
- B. Рt
- C. Кр
- D. Зк
- E. Р

10. Як в амбулаторній карті стоматологічного хворого позначається відсутній зуб?

- A. Пл
- B. 0
- C. Вс
- D. А
- E. Р

Задачі:

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 Д., 18 років, скаржиться на різку біль в 24 зубі при вживанні холодної, і, особливо, гарячої їжі. Біля півроку тому цей зуб турбував вночі. Об'єктивно коронка 24 зуба сірого кольору. На жувально-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. Найвірогідніший діагноз.

3. Які дані задачі підтверджують діагноз?

4. Які додаткові методи дослідження можуть підтвердити діагноз?

5. Методика лікування.

Відповіді на тести та задачі:

Тести:

- | | |
|----|---|
| 1 | E |
| 2 | A |
| 3 | A |
| 4 | B |
| 5 | E |
| 6 | C |
| 7 | D |
| 8 | C |
| 9 | C |
| 10 | E |
| 11 | A |
| 12 | D |
| 13 | A |
| 14 | C |
| 15 | E |
| 16 | D |
| 17 | A |
| 18 | B |
| 19 | E |
| 20 | B |
| 21 | B |
| 22 | C |
| 23 | D |
| 24 | B |
| 25 | C |
| 26 | A |
| 27 | B |
| 28 | E |

- 29 В
- 30 D

Задачі:

Задача № 1.

2. Карієс 26, періодонтит 27, папіліт біля 26, 27 зубів.
3. Карієс – КП, причинна біль, болісне зондування. Періодонтит – КП, зондування безболісне, гіперемія ясен. Папіліт – гіперемія, набряк ясен.
4. Термопроба, ЕОД, рентгенографія.
5. Карієс: термопроба – болу немає, ЕОД – 2-6 мкА. Періодонтит: ЕОД – > 100 мкА, рентгенограма – характерні зміни в тканинах періодонта. Папіліт – гіперемія і набряк ясен біля двох зубів, рентгенологічно – відсутність змін в тканинах пародонту.

Задача № 2

1. Пульпіт 24 зуба.
2. Хронічний гангренозний пульпіт 24 зуби.
3. Дані задачі.
4. ЕОД.
5. Екстирпаційний метод лікування.

Тема: Клінічні методи обстеження, їх значення для діагностики захворювань порожнини рота: огляд (зовнішній, обличчя пацієнта, присінка, власне порожнини рота, зубних рядів).

Мета: оволодіти навичками клінічного обстеження захворювань зубів, основних методів обстеження стоматологічних хворих при захворюваннях зубів, оволодіти методами та способами обстеження стоматологічного хворого та вмінням заповнювати амбулаторну карту стоматологічного хворого.

Основні поняття:

Діагностика – розділ клінічної медицини, що вивчає послідовні ступені процесу розпізнавання хвороби, тобто це процес розпізнавання хвороби та оцінка індивідуальних біологічних і соціальних особистостей хворого, що включає направлене медичне обстеження, аналіз отриманих результатів та їх узагальнення у вигляді поставленого діагнозу. Діагностика складається з трьох розділів: семіотики, методів обстеження та методологічних основ обстеження.

Семіотика – це симптоми хвороби та їх діагностичне значення.

Симптом – це один із ознак хвороби, який можна розпізнати. Симптоми можуть бути суб'єктивні та об'єктивні; загальні та місцеві; наявні та приховані. За діагностичною значимістю – неспецифічні, специфічні та патогномонічні (характерні тільки для одного захворювання. Для постановки діагнозу мають значення *синдроми* – патогенетично обумовлена сукупність

симптомів, що відображають загальну картину захворювання.

Методи обстеження хворого – основні (клінічні) та додаткові (спеціальні, лабораторні).

Клінічні складаються з суб'єктивного (скарги, опитування) та об'єктивного обстеження хворого.

Опитування. Звертаючись до хворого, слід називати його по імені та по батькові. Установити довірливий контакт, визначити нервово-психологічний статус, та інше, щоб вибрати правильну тактику спілкування з хворим. З'ясовують скарги, збирають анамнез хвороби та життя.

Метою *об'єктивних методів обстеження* є встановлення симптомів (ознак) захворювання які не були виявлені при опитуванні або підтвердження отриманих раніше. Визначають загальний стан, свідомість, вираз обличчя хворого та інше. За допомогою своїх органів чуття (зір, слух, нюх, дотик) проводиться зовнішній огляд шкіри та слизових оболонок, органів та систем. Ретельне дослідження місцевого статусу (ротова порожнина) дозволяє поставити діагноз, виявити етіологію та встановити патогенетичні механізми захворювання.

Додаткові методи обстеження включають спеціальні клінічні методи, функціональні та лабораторні, що дозволяє отримати достатню інформацію про хворобу.

Застосовуючи методологічні основи діагностики, лікар проводить аналіз та синтез отриманих даних, встановлює діагноз хвороби у конкретного пацієнта та призначає відповідне раціональне лікування.

КЛІНІЧНІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО

I. Загальні відомості.

1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого.
2. Вік (дата народження).
3. Стать: (чол., /жін.).
4. Місце роботи, посада, професія; навчання (якщо хворий на пенсії, то після слів "на пенсії" вказати його колишню професію).
5. Місце проживання (адреса, контактний телефон).
6. Дата, коли поступив в клініку терапевтичної стоматології, ким направлений і з яким діагнозом.

II. Скарги.

На питання: "Що Вас турбує", - необхідно добиватися, щоб хворий описував свої відчуття (больові, незвичайні, неприємні), зміни зовнішнього вигляду зубів та ін.

Якщо скарги стосуються зубів, то вияснити наявність крейдоподібних плям, пігментації чи деструкції емалі, каріозних порожнини, дефектів твердих тканин зуба, косметичних дефектів, порушення форми зубів і т.д. При скаргах на болі, уточнити локалізацію, тривалість, інтенсивність, залежність, характер

(тупа, гостра, ниюча, пульсуюча, постійна, короткочасна, локалізована, розлита, причинна), швидкість появи (розвиток), що дозволить виявити характерні ознаки карієсу, пульпіту, періодонтиту чи НУТТЗ.

III. Анамнез хвороби – історія розвитку захворювання (*Anamnesis morbi*).

Розпитуючи хворого, не задовольняйтесь загальними і невизначеними відомостями. Кожне питання і відповідь конкретизуйте. Добивайтесь визначеності і ясності у всіх деталях. Виняток можуть становити моменти, що травмують психіку хворого і не мають для Ваших висновків вирішального значення.

Уточніть, коли і за яких обставин виникли перші ознаки захворювання. З чого почалося захворювання – гостро або поступово. Перші симптоми. Можлива причина захворювання або з чим його пов'язує.

Якщо Ви визначилися з можливою патологією, виберіть головний симптом або синдром, намітьте для себе питання, відповіді на які могли б підтвердити Ваші припущення. Якщо питання торкаються скарг або історії захворювання, то з'ясуєте їх у хворого.

Детально, в хронологічній послідовності з'ясуєте початкові симптоми захворювання, їх динаміку, появу нових симптомів, їх подальший розвиток до моменту останнього звернення. Причина повторного звернення. З'ясуєте результати попередніх обстежень, який діагноз ставився, результати лікування, чи перебуває на диспансерному обліку.

IV. Історія розвитку життя (*Anamnesis vitae*)

Місце народження, дитинство і юність. Уточніть вік батьків при народженні пацієнта. Розвиток в ранньому віці, можливі відхилення. У яких умовах зріс, розвивався (зона ендемічного флюорозу, чорнобиль і т.п.), характер харчування. Виясніть можливі професійні шкідливості в минулому і тепер. Шкідливі звички: куріння, вживання спиртних напоїв, наркотиків інші. Які були захворювання, починаючи з дитячого віку (у хронологічній послідовності з вказівкою віку).

Окремо з'ясуєте питання про перенесені венеричні захворювання, гепатити, туберкульоз, ВІЧ інфекцію, новоутворення, психічні захворювання.

Чи звертався за стоматологічною допомогою (коли, з приводу яких захворювань або станів). Характер і ефективність стоматологічної допомоги. Ускладнення стоматологічних захворювань або в процесі надання стоматологічної допомоги. Характер харчування, правила догляду за порожниною рота.

Алергологічний анамнез. Нестерпність ліків і інших речовин, харчових продуктів. Алергічні реакції, характер проявів нестерпності.

V. Загальний статус (*Status praesens communis*). Звернути увагу на стан шкіри і видимих слизових, лице, лімфатичні вузли.

VI. Стоматологічний статус – стан органів порожнини рота (*Status praesens oris*).

Огляд хворого проводять у стоматологічному кріслі. Голова пацієнта повинна бути правильно зафіксована на підголівнику.

Огляд зубів проводять за допомогою стоматологічного дзеркальця, зонда, пінцета, використовуючи повітродувку. Звертають увагу на кількість, розташування, колір, форму, величину зубів, наявність уражень, пломб, стан контактного пункту, ступінь стертості, наявність вторинного карієсу (прогресування).

Зондування зубів (зонд прямий і кутовий, дзеркало). Кутовим стоматологічним зондом обстежують кожну поверхню коронки зуба, фіссури, ямки, заглиблення, пігментні ділянки та інше.

Перкусія (ручка зонда). Буває вертикальна, горизонтальна, порівняльна. Вияснюють болючість і характер звуку (дзвінкий, тупий).

Рухомість зубів визначають пінцетом (I-III степені).

Зубна формула

																
Дата оглядів	8	7	6	5(V)	4(IV)	3(III)	2(II)	1(I)	1(I)	2(II)	3(III)	4(IV)	5(V)	6	7	8
																

Умовні позначення: С – карієс; Р – пульпіт; Рt – пародонтит; Lp – локалізований пародонтит; Gr – генералізований пародонтит; R – корінь; А – відсутній зуб; Cd – коронка; Pl – пломба; F – фасетка; ar – штучний зуб; r – реставрація; Н – гемісекція; Am – ампутація; res – резекція; pin – штифт; і – імплантація; Rp – реплантація; Dc – зубний камінь.

Прикус – взаємовідношення зубів верхньої та нижньої щелеп, тобто характер змикання зубів: фізіологічні (ортогнатичний, прямий, біпрогнатичний та опістогнатичний), патологічні (дистальний, медіальний, глибокий, відкритий, косий).

Характеристика жувального апарату: рухливість зубів, зубні відкладення: вигляд, кількість, колір і т.д..

Стан гігієни порожнини рота, визначення індексів Федорова-Володкіної, Гріна-Вермільона та ін.

Кольорові проби: Аксамит – на 2-3 хв. 2% водний розчин метиленової синьки, полоскання 0,1 % водним розчином метиленового червоного та інші барвники. Визначення степеня демінералізації емалі (Синицін Р.Г. та ін.). Визначення степені сорбції фарби емаллю за допомогою створеного пристрою, який має оптичний, приймальний, вимірювальний та реєстраційний блоки. Шкала пристрою має 100 поділок (100 УО інтенсивності сорбції

барвника). При інтенсивності кольору емалі від 1 до 30 УО - легка ступінь демінералізації емалі (I), від 31 до 60 УО - середня (II), і більше 61 УО - висока ступінь демінералізації емалі (III). Даний спосіб надає можливість дуже точно визначати зміни степені мінералізації ТТЗ в процесі лікування початкового карієсу, прогнозувати розвиток карієсу, служить надійним критерієм ефективності ремінералізуючої терапії.

Для обліку ступеня *ураженості зубів карієсом* використовують показник частоти, або *поширеності*, захворювання. Цей показник визначає відсоток дітей (дорослих) даної вікової та статевий групи з каріозними зубами на 100 і 1000 обстежених. При аналізі результатів масових стоматологічних оглядів населення варто дотримуватися рекомендацій ВООЗ у відношенні вікових груп. Так, у нашій країні підрахунок стоматологічної захворюваності в дитячого населення проводиться до 15 років роздільно по кожному році, а потім вивчається група 16-19 років. Серед дорослого населення вікові групи формуються з десятилітнім інтервалом (20-29 років; 30-39 років і т.д.).

Для більш точного представлення про ураженість населення карієсом зубів розроблений другий показник - *індекс інтенсивності* каріозного процесу, що являє собою середню кількість уражених карієсом зубів на одного обстеженого. При підрахунку каріозних зубів до них варто відносити не тільки зуби з карієсом (К), а також запломбовані (П) і вилучені в результаті руйнування (В). Скорочено цей індекс інтенсивності позначають КПВ. Індекс інтенсивності карієсу тимчасових (молочних) зубів позначають малими літерами кп. Вилучені молочні зуби з приводу карієсу й у результаті фізіологічної зміни не враховуються.

Отже, показники інтенсивності карієсу зубів визначаються в дітей роздільно для тимчасових і постійних зубів, а в дітей зі змінним прикусом, тобто коли в порожнині рота зберігається деяка кількість тимчасових зубів, але вже прорізалися і частина постійних, для визначення інтенсивності карієсу використовують суму індексів (КПВ+кп).

При порівнянні двох вищезгаданих показників поширеності й інтенсивності поразки зубів карієсом більш надійним варто вважати показник інтенсивності. Наприклад, при рівній 100% ураженості дітей або осіб юнацького віку двох різних адміністративних районів рівень інтенсивності карієсу зубів може розрізнятися в 1,5 - 2 рази і більш.

Для вивчення динаміки розвитку каріозного процесу в зубах використовують і третій показник - *приріст інтенсивності*, що відображає кількість уражених карієсом зубів, що з'явилися знову через рік після первинного огляду і лікування.

Інтенсивність карієсу - число уражених карієсом зубів на одного обстеженого: кп (кількість каріозних зубів і пломб молочних зубів); КПВ (кількість каріозних зубів, пломб і вилучених постійних зубів); КПВ+кп (кількість каріозних зубів, пломб і вилучених постійних зубів + кількість каріозних зубів і пломб молочних зубів). Може враховуватися не тільки кількість каріозних зубів, але і кількість каріозних порожнин.

Приріст інтенсивності карієсу зубів - кількість каріозних зубів, як

виникли (або порожнин) за визначений період (як правило за 0,5, 1, 2, 3 і більш року).

Щоб полегшити порівняльну оцінку захворюваності карієсом на різних контингентах світу, ВООЗ (1980) запропонувала виділяти 5 ступенів ураженості карієсом 12 літніх дітей:

0,0	-	1,1	дуже низька;
1,2	-	2,6	низька;
2,7	-	4,4	помірна;
4,5	-	6,5	висока;
6,6 і більше			дуже висока.

Обладнання:

- стоматологічний пацієнт;
- інструменти основного стоматологічного набору;
- медична карта пацієнта.

План

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

II. Контроль опорних знань:

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- знати обладнання стоматологічного кабінету;
- знати основні методи обстеження стоматологічних хворих;
- вміти оформлювати амбулаторну карту стоматологічного хворого;
- освоїти виконання клінічних методів обстеження стоматологічних хворих;
- знати та вміти проводити диференціальну діагностику захворювань зубів;
- вміти обстежувати пацієнта, заповнювати амбулаторну карту стоматологічного хворого.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Питання:

1. Що таке семіотика.
2. Яка апаратура знаходиться в стоматологічному кабінеті?
3. Які методи дослідження застосовуються в стоматології?
4. Перерахуйте основні клінічні ознаки карієсу.
5. Перерахуйте основні методи обстеження стоматологічного пацієнта.

6. Перерахуйте основні методи обстеження зубів.
7. На що потрібно звернути увагу при опитуванні пацієнта з підозрою на карієс?
8. З яких розділів складається «медична картка стоматологічного хворого»?
9. Які методи визначення стану емалі Ви знаєте?
10. Що таке «поширеність карієсу зубів» та як вона розраховується?
11. Що таке «інтенсивність карієсу зубів» та як вона розраховується?
12. Що таке «приріст інтенсивності карієсу зубів» та як вона розраховується?

Тести:

1. Які мікроорганізми викликають карієс?
 - A. Cl. perfringens, Cl. Novyi, Cl. septicum
 - B. S. mutans, S. mitis
 - C. Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli
 - D. S. typhimurium, S. enteritidis
 - E. Candida Albicans

1. Процес розпізнавання хвороби та оцінка індивідуальних біологічних і соціальних особистостей хворого. Це означає:
 - A. Симптоми
 - B. Семіотика
 - C. Діагностика
 - D. Обстеження
 - E. Синдроми

2. Для обстеження зубів використовуються інструменти:
 - A. Стоматологічне дзеркало, стоматологічний зонд
 - B. Стоматологічний зонд, стоматологічний пінцет
 - C. Стоматологічне дзеркало, стоматологічний зонд, стоматологічний пінцет
 - D. Стоматологічне дзеркало, стоматологічний зонд, шпатель
 - E. Стоматологічне дзеркало, стоматологічний зонд, гладилка

3. Хімічний склад емалі зуба, в %:
 - A. вода – 3,8 ; органічні речовини – 1,2; неорганічні речовини – 95.
 - B. вода – 4,8 ; органічні речовини – 0,2; неорганічні речовини – 95.
 - C. вода – 5,8 ; органічні речовини – 1,2; неорганічні речовини – 93.
 - D. вода – 3,8 ; органічні речовини – 3,2; неорганічні речовини – 93.
 - E. вода – 5,8 ; органічні речовини – 3,2; неорганічні речовини – 91.

4. Як позначається в амбулаторій картці верхній лівий постійний другий моляр?
 - A. 16

- B. 27
- C. 37
- D. 47
- E. 26

5. Скільки бугорків на жувальній поверхні має 36 зуб?

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

6. Скільки бугорків на жувальній поверхні має 55 зуб?

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

7. Як називаються бугорки на жувальній поверхні 36 зуба?

- A. 2 щічні, 3 язичні
- B. 3 щічні, 2 язичні
- C. 4 щічні, 1 язичний
- D. 2 щічні, 2 язичні
- E. 3 щічні, 3 язичні

8. Як називаються бугорки жувальної поверхні 16 зуба?

- A. 2 щічні, 2 язичні
- B. передній щічний, задній щічний, передній медіальний, задній дистальний
- C. передній щічний, задній щічний, передній язичний, задній язичний
- D. 2 щічні, 3 язичні
- E. 3 щічні, 3 язичні

9. Які зуби мають 2 корені?

- A. Премоляри
- B. Верхні і нижні премоляри
- C. Нижні моляри
- D. Верхні перші премоляри та нижні моляри
- E. Верхні другі премоляри та нижні моляри

III. Формування професійних вмінь, навичок:

1.13. зміст завдань;

Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати під час

практичного заняття:

- складати план обстеження стоматологічного хворого;
- освоїти основні методи обстеження стоматологічних хворих;
- користуватися обладнанням стоматологічного кабінету;
- збирати анамнез у стоматологічного хворого;
- проводити опитування стоматологічного хворого;
- оглядати стоматологічного хворого;
- проводити зондування, перкусію зубів, пальпацію зубів;
- заповнювати амбулаторну карту стоматологічного хворого;
- проводити диференціальну діагностику стоматологічних захворювань.

1.14. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

Орієнтуюча карта для формування практичних вмінь та навичок:

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4
1	З'ясуйте паспортні дані пацієнта	звертаючись до хворого, слід називати його на ім'я та по батькові.	Ф. І. Пб, вік, стать, місце роботи, посада, професія, адреса, телефон.
2	Скарги при першому звертанні	з'ясуйте відчуття: больові, незвичайні, неприємні, зміну зовнішнього вигляду порушення слиновиділення, смаку	час появи, розвиток, періодичність, вираженість, характер, і т.д.
3	Анамнез (історія) захворювання	добивайтеся визначеності і ясності у всіх 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, проведене раніше лікування.
4	Анамнез (історія) життя	уточніть професійне навчання, трудову діяльність, характер і умови праці: розумова, фізична, в приміщенні, на відкритому повітрі, вечірні і нічні зміни,	вкажіть місце народження, дитинство і юність, працездатний період, умови життя, шкідливі звички, перенесені захворювання,

		протяги, вогкість, пил, регулярність вживання їжі, апетит, схильності в їді і т.д.	алергологічний анамнез.
5	Загальний стан хворого	об'єктивне дослідження проводьте строго за планом, вказаному в схемі історії хвороби: уточніть самопочуття, стан шкіри і видимих слизових, лімфатичні вузли.	опишіть загальний стан пацієнта, органи та системи,
6	Стан органів порожнини рота:	ретельно проведіть огляд щелепно-лицьової області, заповніть зубну формулу.	опишіть лице слизову губ, щік, твердого і м'якого піднебіння. Стан зубів. Результати зондування, перкусії, прикус, гігієну порожнини рота, пародонт.
	- огляд зубів	правильно посадити хворого, голову зафіксувати на підголівнику, направити світло, взяти в праву руку стоматологічний зонд, в ліву – дзеркало.	визначити кількість, розташування, колір, форма, величину зубів, наявність уражень.
	- зондування	стоматологічним дзеркалом відвести щоку та направити світло на зуб. Стоматологічним зондом прощупати фіссури, ямки, заглиблення, пігментні ділянки на кожному зубі та інше.	кутовим стоматологічним зондом обстежити кожну поверхню коронки зуба, фіссури, ямки, заглиблення, пігментні ділянки та інше, звернути увагу на колір і консистенція (твердість) твердих тканин, наявність каріозних порожнини, ступінь стертості, наявність вторинного карієсу (прогресування), та інше.

	- перкусія	ручкою дзеркала проведіть вертикальне (по осі зуба) та горизонтальне (перпендикулярно осі зуба) постукування.	Перкусія може бути дзвінкою та не болючою (при здоровій пульпі та періодонті) тупою чи болючою (періодонтит).
	- рухомість зубів	стоматологічним пінцетом захватити зуб у вестибулярно-оральнім напрямку.	ступінь рухливості (I – в вестибуло-оральному напрямку, II – вестибуло-оральному та медіо-дистальному напрямках, III – і вертикальному напрямку, чи навколо вертикальної осі).

1.15. вимоги до результатів роботи;

Звертаючись до хворого, слід називати його по імені та по батькові. Розпитуючи хворого, не задовольняйтесь загальними і невизначеними відомостями. Кожне питання і відповідь конкретизуйте. Добивайтесь визначеності і ясності у всіх деталях. Остерігайтесь вузького мислення, що направлене лише на перевірку Вашої гіпотези обстеження.

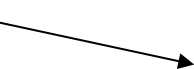
Об'єктивне обстеження проводьте строго за визначеним планом. При виявленні захворювання, визначтеся з діагнозом, заповніть амбулаторну карту стоматологічного хворого.

Методика виконання роботи, етапи виконання, кроки:

МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ

Анамнез

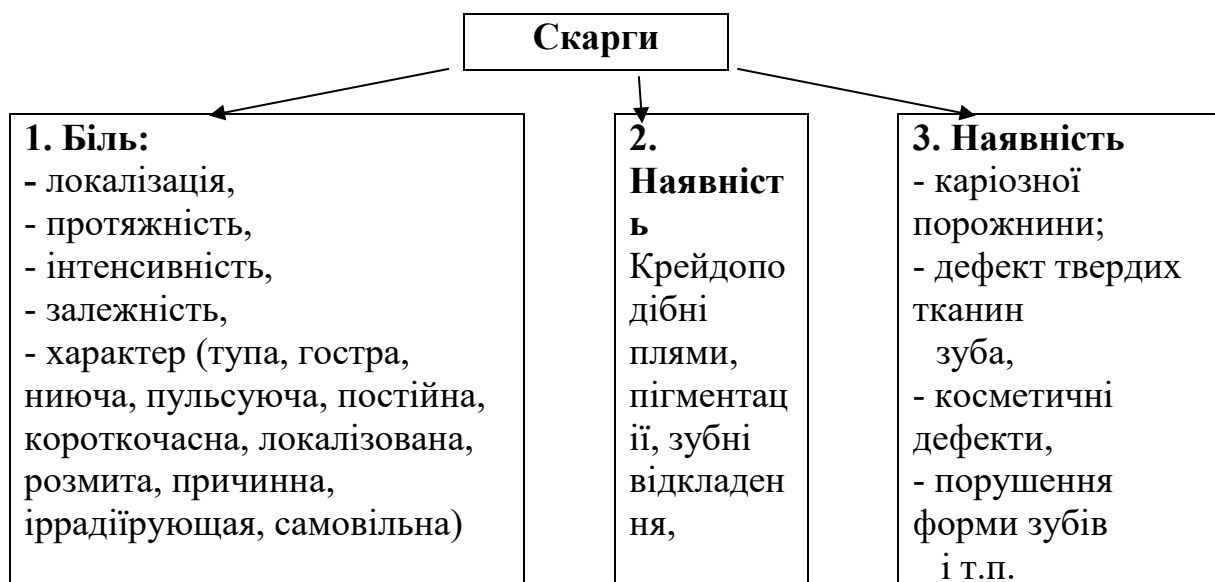
- **возраст,**
(хвороби, життя)



опитування

скарги

- паспортні дані
- вік
- адреса
- місце роботи, професія
- умови праці
- загальні захворювання, зв'язок з захворюваннями зубів



Клінічні методи дослідження

А. Основні
1. Огляд: зовнішній, порожнина рота, оцінка стану зубів (<i>кількість, положення, колір, форма, величина, ділянки ураження, стан пломб та інше</i>). 2. Зондування (зонд прямий ту кутовий): консистенція твердих тканин, стан даху пульпової камери, глибина каріозної порожнини, біль стінок і дна, розташування гирла кореневих каналів. 3. Перкусія: зонд, пальцева, вертикальна, горизонтальна. Визначають біль і характер звуку (дзвінкий, тупий). 4. Інструментальна пальпація зубів, перехідної складки, м'яких тканин та лімфовузлів. 5. Термодіагностика: N – нема болю $\geq 5-10^{\circ} - 55-66^{\circ}$ C – біль $< 18-20^{\circ} - > 45-50^{\circ}$ P – біль $< 25-30^{\circ} - > 38-40^{\circ}$ 6. Ступінь рухомості зубів (I, II, III). 7. Прикус – характер змикання зубів в центральній оклюзії: фізіологічні (ортогнатичний, прямий, фізіологічна прогнатія, біпрогнатія,

опістогнатія); патологічні (глибокий, відкритий, перехресний, прогнатія, прогенія); аномальні.

1.16. матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Питання:

1. Перерахуйте скарги, характерні для НУТТ зубів.
2. Перерахуйте скарги, характерні для карієсу зубів.
3. Перерахуйте скарги, характерні для пульпіту.
4. Перерахуйте скарги, характерні для періодонтиту.
5. Що таке «суб'єктивні методи дослідження» при захворюваннях зубів
6. Перерахуйте «об'єктивні методи дослідження» при ураженнях емалі та дентину.
7. До яких методів дослідження відноситься зондування, перкусія?
8. Чим відрізняється «симптом» від «семіотики»?
9. Перерахуйте види фізіологічних прикусів.
10. Які степені рухливості зубів Ви знаєте?

Тести:

1. Вчення про симптоми хвороби, їх діагностичне значення. Це означає?
 - A. Симптом
 - B. Семіотика
 - C. Анамнез
 - D. Синдром
 - E. Симптомокомплекс
2. Якими інструментами обстежують каріозну порожнину?
 - A. Зонд прямий
 - B. Зонд кутовий
 - C. Зонд прямий і кутовий, дзеркало
 - D. Зонд, пінцет
 - E. Зонд, пінцет, дзеркало
3. Якою може бути перкусія?
 - A. Вертикальна
 - B. Горизонтальна
 - C. Порівняльна
 - D. Вестибуло-оральна
 - E. Вертикальна, горизонтальна, порівняльна
4. Як в амбулаторній карті стоматологічного хворого позначається карієс?
 - A. К

- B. C
- C. Kp
- D. P
- E. Cd

5. Як в амбулаторній карті стоматологічного хворого позначається пломба?

- A. Пл
- B. C
- C. Kp
- D. Pl
- E. P

6. Як в амбулаторній карті стоматологічного хворого позначається зубний камінь?

- A. Пл
- B. Dc
- C. Kp
- D. Зк
- E. P

7. Який прикус відноситься до фізіологічного?

- A. Опістогнатичний
- B. Дистальний
- C. Мезіальний
- D. Відкритий
- E. Глибокий

8. Який показник характеризує інтенсивність карієсу у 10-річної дитини?

- A. КПВ
- B. кп
- C. КПВ+кп
- D. % обстежених з каріозними зубами на 100 і 1000 оглянутих
- E. Середня кількість уражених карієсом зубів на одного обстеженого

9. Помірний ступень ураженості карієсом 12 літніх дітей по класифікації ВООЗ (1980) це показник:

- A. 0,0 – 1,1
- B. 1,2 – 2,6
- C. 2,7 – 4,4
- D. 4,5 – 6,5
- E. 6,6 – >

10. Який показник характеризує поширеність карієсу?

- A. КПВ
- B. кп

- C. КПВ+кп
- D. % обстежених з каріозними зубами на 100 і 1000 оглянутих
- E. Середня кількість уражених карієсом зубів на одного обстеженого

11. Який індекс відображає інтенсивність карієсу зубів?

- A ІГ
- B КПВ
- C КОШРЕ
- D СРІТН
- E ПМА

12. 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 сорбції фарбника?

- A. Дісмінералізація
- B. Мінералізація
- C. Ремінералізація
- D. Демінералізація
- E. Жоден з перерахованих, оскільки це властивість інтактної емалі.

13. Який ступінь демінералізації емалі буде при показнику 38 УО фарбування емалі?

- A Дуже легкий
- B Легкий
- C Середній
- D Важкий
- E Дуже важкий

Задачі:

1. Хвора, 30 років скаржиться на біль в зубах верхньої щелепи зліва, при вживанні холодної їжі. На дистальній поверхні 26 і медіальній 27 каріозні порожнини, виповнені залишками їжі. Гіперемія, набряк ясен біля 26, 27. Зондування стінок каріозної порожнини 26 болюче, зондування 27 – біль дна каріозної порожнини, швидко вщухає. Із анамнезу, захворювання виникло біля двох місяців назад.

1. Про які захворювання йде мова?
2. Які дані задачі підтверджують чи спростовують діагноз?
3. Що може підтвердити діагноз карієсу чи його ускладнення?

2. При огляді пацієнта, 57 років, виявлено: 16-С; 11-С; 24-Р; 27-А; 36-Р; 45-Сd; 46- ar; 47- Cd.

1. Поясніть умовні позначення: С, Р, R.
2. Поясніть умовні позначення: А, ar, Cd.

3. Розрахуйте показник інтенсивності карієсу у даного пацієнта.

Відповіді на тести та задачі:

Тести:

- | | |
|----|---|
| 1 | В |
| 2 | С |
| 3 | С |
| 4 | А |
| 5 | В |
| 6 | Д |
| 7 | С |
| 8 | В |
| 9 | С |
| 10 | Д |
| 11 | В |
| 12 | С |
| 13 | Е |
| 14 | В |
| 15 | Д |
| 16 | В |
| 17 | А |
| 18 | С |
| 19 | С |
| 20 | Д |
| 21 | В |
| 22 | Д |
| 23 | С |

Задачі:

Задача № 1.

3. Карієс 26, гострий глибокий карієс 27, папіліт біля 26, 27 зубів.
4. Карієс – КП, причинна біль, болісне зондування емалево-дентинного з'єднання. Гострий глибокий карієс - зондування дна каріозної болісне, швидко вщухає. Папіліт – гіперемія, набряк ясен.
5. Глибина каріозної порожнини, термопроба, ЕОД. Карієс: термопроба – болю немає, ЕОД – 2-6 мкА. Пульпіт – термопроба – біль слідова, ЕОД – більше 20 мкА. Періодонтит: термопроба болю немає, ЕОД – > 100 мкА. Папіліт – гіперемія і набряк ясен біля двох зубів, рентгенологічно – відсутність змін в тканинах пародонту.

Задача № 2.

1. С – карієс; Р – пульпіт; R – корінь.
2. А – відсутній зуб; ar – штучний зуб; Cd – коронка.
3. 8,0

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.
2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.
3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.
4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.
5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. – Полтава: Дивосвіт, 2019. – 108 с.

Практичне заняття № 3

Тема: Обстеження місця захворювання (Locus morbi): огляд ураженого зуба,

зондування, перкусія, пальпація. Допоміжні методи обстеження хворого: термодіагностика, ЕОД, застосування детекторів карієсу: методика проведення, інтерпретація результатів

Мета: оволодіти навичками обстеження твердих тканин зубів, пародонта, оволодіти методами локального обстеження зубів, вивчити умовні позначення для заповнення формули огляду зубів.

Основні поняття:

Діагностика – розділ клінічної медицини, що вивчає послідовні ступені процесу розпізнавання хвороби, тобто це процес розпізнавання хвороби та оцінка індивідуальних біологічних і соціальних особистостей хворого, що включає ціле направлене медичне обстеження, аналіз отриманих результатів та їх узагальнення у вигляді поставленого діагнозу. Діагностика складається з трьох розділів: семіотики, методів обстеження та методологічних основ обстеження.

Методи обстеження хворого – основні (клінічні) та додаткові (спеціальні, лабораторні).

Основні складаються з суб'єктивного (скарги, опитування) та об'єктивного обстеження хворого.

Метою *об'єктивних методів обстеження* є встановлення симптомів (ознак) захворювання які не були виявлені при опитуванні або підтвердження отриманих раніше. За допомогою своїх органів чуття (зір, слух, нюху, дотик) проводиться зовнішній огляд слизових оболонок, зубів, пародонту. Ретельне дослідження місцевого статусу (тверді тканини зубів) дозволяє поставити діагноз, виявити етіологію та встановити патогенетичні механізми захворювання.

Місцевий статусу (*locus morbi*) – огляд ураженого зуба, зондування, перкусія, пальпація.

При огляді зубів потрібно правильно посадити пацієнта, голову зафіксувати на підголівнику, стоматологічний освітлювач направити на верхні, чи нижні зуби. Для огляду зубів використовують стоматологічне дзеркало (в лівій руці) та зонд (в правій руці). Зондом або дзеркалом відсовують щоки для детального огляду зубів. Дзеркалом направляють на поверхню зубів додаткове освітлення, та оглядають внутрішні, дистальні поверхні зубів. Спочатку визначають прикус – взаємовідношення зубів верхньої та нижньої щелеп, тобто характер змикання зубів: фізіологічні (ортогнатичний, прямий, біпрогнатичний та опістогнатичний), патологічні (дистальний, медіальний, глибокий, відкритий, косий). Патологічні прикуси приводять до розладу функції жування, мови, сприяють захворюванням зубів та пародонту.

Як правило, огляд починають з верхніх правих зубів, потім верхні ліві, нижні ліві і нижні праві, тобто 18 → 48. Оглядаючи зуби та допомагаючи при цьому собі зондом, визначають кількість, розташування, колір, форму,

величину зубів, наявність уражень ТТЗ, стан пломб, наявність вторинного карієсу. В нормі емаль зуба має біло-сіро-жовтий колір та своєрідний блиск, зміна чого свідчить про патологічні процеси. Аномалії форми та величини зубів може бути ознакою деяких особливостей людини, чи свідчить про деякі загальні захворювання. Зміни кольору зубів, дисколорит, може вказувати на наявність нашарувань на зубах, на захворювання пародонту, періодонту або пульпи, порушення мінерального обміну. При наявності пломб оцінюють їх якість, використовуючи зонд: краєве прилягання, стан контактного пункту, ступінь стертості, (прогресування), колір, анатомічну форму, зміну кольору між пломбою і стінкою зуба, відповідність кольору пломби тканинам зуба (колір, прозорість).

Зондування каріозних порожнин проводять зондом (прямий і кутовий), допомагаючи дзеркалом, обстежуючи кожную поверхню коронки зуба, фіссури, ямки, заглиблення, пігментні ділянки та інше. Зонд повинен легко ковзати по поверхні емалі, не затримуватись в заглибленнях та фіссурах. Визначають консистенцію (твердість) твердих тканин, шершавість, стан даху пульпової камери, глибину каріозної порожнини, болісність стінок і дна, розташування гирл кореневих каналів.

Перкусія зубів, буває вертикальна, горизонтальна, порівняльна, визначають болючість і характер звуку (дзвінкий, тупий).

За допомогою ручки зонда (чи подібного інструмента) обережно постукують по коронці зуба вертикально чи горизонтально. Болючість вказує на наявність запального процесу у апікальній чи маргінальній частинах періодонту.

Для диференційної діагностики захворювань зубів, періодонту чи пародонту проводять *пальпацію* – прощупування окремих ділянок ясен, СОПР, та лімфатичних вузлів.

Звичайно її проводять вказівним пальцем, чи декількома пальцями. Визначають стан ясен, ділянки болючості, ущільнення, інфільтрації, тощо, обов'язково проводячи симетричну пальпацію. Прощупують лімфатичні вузли: підщелепні, потиличні та інші, визначаючи величину, рухомість, консистенцію, болісність.

Рухомість зубів визначають пінцетом, охоплюючи браншами коронку зуба з вестибулярної та язичної сторін і зміщують у різних напрямках. Виділяють III степені рухомості зубів:

I – відхилення зуба у вестибуло-оральному напрямку;

II – відхилення зуба у вестибуло-оральному та медіо-дистальному напрямках;

III – відхилення зуба у вестибуло-оральному, медіо-дистальному та вертикальному напрямках;

Зубна формула

																
Дата оглядів	8	7	6	5(V)	4(IV)	3(III)	2(II)	1(I)	1(I)	2(II)	3(III)	4(IV)	5(V)	6	7	8
																

Умовні позначення: С – карієс; Р – пульпіт; Рt – пародонтит; Lр – локалізований пародонтит; Gr – генералізований пародонтит; R – корінь; А – відсутній зуб; Cd – коронка; Pl – пломба; F – фасетка; ar – штучний зуб; r – реставрація; Н – гемісекція; Am – ампутація; res – резекція; pin – штифт; і – імплантація; Rp – реплантація; Dc – зубний камінь.

Обладнання:

- стоматологічний пацієнт;
- інструменти основного стоматологічного набору;
- медична карта пацієнта.

Навчальний час: 2 години

План

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

II. Контроль опорних знань:

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- знати основні методи обстеження стоматологічних хворих;
- знати обладнання стоматологічного кабінету;
- провести огляд зубів та виявити патологію;
- освоїти виконання клінічних методів обстеження зубів;
- вміти проводити зондування зубів;
- вміти проводити перкусію зубів та дати їй оцінку;
- вміти заповнювати формулу зубів амбулаторної карти стоматологічного хворого.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Питання:

1. Що таке діагностика, семіотика.
2. Які методи дослідження застосовуються в терапевтичній стоматології?
3. Перерахуйте основні методи обстеження стоматологічного пацієнта.

4. Які Ви знаєте методи обстеження зубів.
5. Які інструменти використовуються для обстеження зубів?
7. На що потрібно звернути увагу при огляді зубів?
8. Що таке перкусія, пальпація?
9. Які методи визначення стану емалі Ви знаєте?

Тести:

10. Розпізнавання хвороби та оцінка індивідуальних біологічних і соціальних особистостей хворого, це означає?
 - A. Симптоми
 - B. Семіотика
 - C. Діагностика
 - D. Обстеження
 - E. Синдроми
11. Для огляду зубів використовуються інструменти:
 - A. Стоматологічне дзеркало, стоматологічний зонд
 - B. Стоматологічне дзеркало, стоматологічний зонд, стоматологічний пінце
 - C. Стоматологічний зонд, стоматологічний пінцет т
 - D. Стоматологічне дзеркало, стоматологічний зонд, шпатель
 - E. Стоматологічне дзеркало, стоматологічний зонд, гладилка
12. Скільки бугорків на жувальній поверхні має 16 зуб?
 - A. 2
 - B. 3
 - C. 4
 - D. 5
 - E. 6
13. Як називаються бугорки жувальної поверхні 26 зуба?
 - A. 2 щічні, 2 язичні
 - B. 2 щічні, 3 язичні
 - C. 3 щічні, 3 язичні
 - D. передній щічний, задній щічний, передній язичний, задній язичний
 - E. передній щічний, задній щічний, передній медіальний, задній дистальний
14. Які зуби мають 3 корені?
 - A. Верхні моляри
 - B. Верхні і нижні премоляри
 - C. Премоляри
 - D. Верхні перші премоляри та нижні моляри

Е. Нижні перші та другі моляри

15. Який прикус відноситься до фізіологічного?

- А. Опістогнатичний
- В. Дистальний
- С. Медіальний
- Д. Відкритий
- Е. Глибокий

16. Пальпація, це значить?

- А. Поглажування
- В. Прощупування
- С. Порушення
- Д. Обстеження
- Е. Масаж

17. Який колір мають тимчасові зуби?

- А. Білий
- В. Білуватий
- С. Блакитнуватий
- Д. Кремовий
- Е. Сірий

18. Кривизна коронки зуба, це означає?

- А. Кут медіальної поверхні коронки і ріжучого краю
- В. Випуклість вестибулярної поверхні коронки
- С. Відхилення коронки
- Д. Кут щічної та жувальної поверхні
- Е. Кут ріжучого краю з вертикальною віссю кореня

10. Який постійний зуб прорізується першим?

- А. Перший моляр
- В. Перший верхній різець
- С. Перший нижній різець
- Д. Другий нижній різець
- Е. Перший премоляр

III. Формування професійних вмінь, навичок:

1.17. зміст завдань;

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

- складати план обстеження стоматологічного хворого;
- проводити обстеження стоматологічних хворих;
- оглядати ротову порожнину, зуби;
- проводити зондування зубів, каріозних порожнин;

- оцінювати стан пломб;
- проводити перкусію зубів;
- визначати рухливість зубів;
- проводити пальпацію ясен, лімфатичних вузлів;
- оцінювати результати огляду, зондування, перкусії зубів;
- заповнювати амбулаторну карту стоматологічного хворого.

1.18. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

Орієнтуюча карта для формування практичних вмінь та навичок:

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4
1	З'ясуйте паспортні дані пацієнта	звертаючись до хворого, слід називати його на ім'я та по батькові.	Ф. І. Пб, вік, стать, місце роботи, посада, професія, адреса, телефон.
2	Обстеження	посадити пацієнта, голову зафіксувати на підголівнику, стоматологічний освітлювач направити на верхні, чи нижні зуби.	При огляді верхніх зубів ротова порожнина пацієнта на рівні очей лікаря, нижніх – плеча
3	Огляд зубів	стоматологічне дзеркало взяти в ліву руку, зонд – в праву	Зондом або дзеркалом відсуньте щоки для детального огляду зубів. Дзеркалом направте додаткове освітлення на зуб, огляньте ретельно всі поверхні, визначте колір емалі, нашарування, норму, патологію
4	Визначте прикус	взаємовідношення зубів верхньої та нижньої щелеп, тобто характер змикання зубів	фізіологічний (ортогнатичний, прямий, біпрогнатичний та опістогнатичний), патологічний (дистальний, медіальний, глибокий, відкритий, косий)

5	Зондування зубів	кутовим чи прямим стоматологічним зондом	встановіть кількість, розташування, форму, величину зубів, прощупайте кожен поверхню коронки зуба, фіссури, ямки, заглиблення, апроксимальні поверхні, пігментні ділянки, наявність уражень ТТЗ, та інше
6	Зондування каріозних порожнин	кутовим чи прямим стоматологічним зондом, при потребі освітлюючи та дивлячись в дзеркало	визначіть консистенцію (твердість) твердих тканин, шершавість, стан даху пульпової камери, глибину каріозної порожнини, болісність стінок і дна, розташування гирл корневих каналів
7	Оцінка функціональної повноцінності пломб	кутовим чи прямим стоматологічним зондом, при потребі освітлюючи та дивлячись в дзеркало	краєве прилягання, стан контактного пункту, ступінь стертості, (прогресування), колір, анатомічну форму, зміну кольору між пломбою і стінкою зуба, відповідність кольору пломби тканинам зуба (колір, прозорість)
8	Перкусія	зонд: вертикальна, горизонтальна, порівняльна,	визначають болісність і характер звуку (дзвінкий, тупий)
9	Пальпація	вказівним пальцем, чи декількома прощупайте ясна, перехідну складку, лімфатичні вузли	Визначте стан ясен, болісність, ущільнення, наявність ексудату в ясеневій кишені, інфільтрацію

10	Рухомість зубів	охопите браншами пінцета коронку зуба з вестибулярної та язичної сторін та зміщуйте у різних напрямках	відхилення зуба у вестибуло-оральному напрямку – I; у вестибуло-оральному та медіо-дистальному напрямках – II; у вестибуло-оральному, медіо-дистальному та вертикальному напрямках – III ступінь
----	-----------------	--	--

1.19. вимоги до результатів роботи;

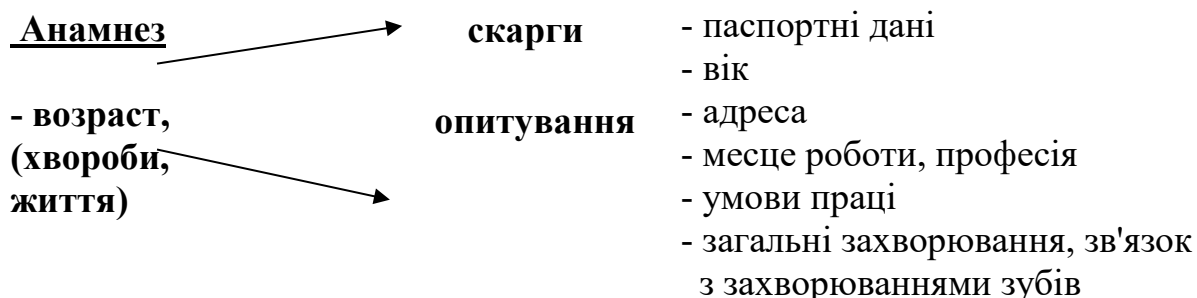
Звертаючись до хворого, слід називати його по імені та по батькові. Розпитуючи хворого, не задовольняйтесь загальними і невизначеними відомостями. Кожне питання і відповідь конкретизуйте. Добивайтесь визначеності і ясності у всіх деталях. Остерігайтесь вузького мислення, що направлене лише на перевірку Вашої гіпотези обстеження.

Об'єктивне обстеження проводьте строго за визначеним планом. Правильно посадіть пацієнта, голову зафіксувати на підголівнику. Стоматологічне дзеркало візьміть в ліву руку а зонд в праву. Зондом або дзеркалом відсуньте щоки для детального огляду зубів. Дзеркалом направте на поверхню зубів додаткове освітлення, огляньте зубів. Визначте прикус.

Огляд починають звичайно з верхніх правих зубів, потім верхні ліві, нижні ліві і нижні праві, тобто 18 → 48. Зондом (прямий і кутовий), допомагаючи дзеркалом, обстежте кожну поверхню коронки зуба, фіссури, ямки, заглиблення, пігментні ділянки та інше. Ручкою зонда проведіть вертикальну, горизонтальну, порівняльну перкусію, визначте болючість і характер звуку (дзвінкий, тупий).

Прощупайте ясна, СОПР, та лімфатичних вузли. Рухомість зубів визначте пінцетом, заповніть амбулаторну карту стоматологічного хворого.

Методика виконання роботи, етапи виконання, кроки:



Клінічні методи дослідження

А. Основні

- 1. Огляд:** порожнина рота, оцінка стану зубів (кількість, положення, колір, форма, величина, ділянки ураження, стан пломб).
- 2. Зондування (зонд прямий ту кутовий):** консистенція твердих тканин, стан даху пульпової камери, глибина каріозної порожнини, біль стінок і дна, розташування гирла кореневих каналів.
- 3. Перкусія:** зонд, пальцева, вертикальна, горизонтальна. Визначають біль і характер звуку (дзвінкий, тупий).
- 4. Ступінь рухомості зубів (I, II, III).**
- 5. Стан регіональних лімфовузлів** (величина, рухомість, консистенція, болючість, спаяність з іншими тканинами).
- 6. Прикус** – характер змикання зубів в центральній оклюзії: фізіологічні (ортогнатичний, прямий, фізіологічна прогнатія, біпрогнатія, опістогнатія); патологічні (глибокий, відкритий, перехресний, прогнатія, прогенія); аномальні.
- 7. Оцінка стану пломб** (краєве прилягання, контактний пункт, стираємість, вторинний карієс, стійкість кольору, форми, та ін.)

1.20. матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Питання:

1. Які Ви знаєте фізіологічні прикуси?
2. Що таке «патологічний прикус» та до чого він може привести?
3. Назвіть ознаки карієсу зубів.
4. Який колір зуба буде характерний для періодонтиту?
5. Перерахуйте «об'єктивні методи дослідження» при ураженнях емалі та дентину.
6. З якою метою проводиться зондування зубів, каріозної порожнини?
7. Назвіть ознаки вторинного карієсу.
8. При патології нижніх молярів, які регіональні лімфатичні вузли будуть уражені?
9. Для якого захворювання характерна вертикальна болючість зуба?
10. Для якого захворювання характерна горизонтальна болючість зуба?

Тести:

1. Як в амбулаторній карті стоматологічного хворого позначається карієс?
 - А. К
 - В. С
 - С. Кр

- D. P
- E. Cd

2. Як в амбулаторній карті стоматологічного хворого позначається пломба?

- A. Пл
- B. С
- C. Кр
- D. Рl
- E. Р

3. Як в амбулаторній карті стоматологічного хворого позначається зубний камінь?

- A. Пл
- B. Dc
- C. Кр
- D. Зк
- E. Р

4. Який колір має здорова емаль?

- A. Білий
- B. Біло-сіро-жовтий
- C. Світло-жовтий
- D. Блакитнуватий
- E. Світло-сірий

5. Яким інструментом визначають консистенцію (твердість) твердих тканин

- A. Дзеркалом
- B. Пінцетом
- C. Зондом
- D. Екскатором
- E. Голкою

6. Що таке контактний пункт?

- A. Площини змикання верхніх та нижніх зубів
- B. Точки змикання верхніх та нижніх зубів
- C. Точки змикання верхнього та нижнього 6 зубів
- D. Точки змикання сусідніх зубів
- E. Площини змикання фронтальних зубів

7. Зондування емалево-дентинного з'єднання болісне. Для якого захворювання характерне?

- A. Карієс
- B. Пульпіт

- C. Періодонтит
 - D. Пародонтит
 - E. Ерозія емалі
8. При визначенні рухливості зубів, 21 зуб на 1,5 мм відхиляється в губо-язичному напрямку. Яка ступінь рухомості 21 зуба встановлена у даного пацієнта?
- A. Норма
 - B. I
 - C. II
 - D. III
 - E. IV
9. При перкусії 34 зуба болю немає, звук глухий. Це характерно для?
- A. Карієсу
 - B. Пульпіту
 - C. Періодонтиту
 - D. Парадонтиту
 - E. Остеомієліту
10. Твердий, коричневого кольору дентин характерний для якого захворювання?
- A. Гострий карієс
 - B. Хронічний карієс
 - C. Загострення карієсу
 - D. Вторинного карієсу
 - E. Пульпіту

Задачі:

1. Хвора, 30 років скаржиться на біль в 26 зубі при вживанні їжі. На жувальній поверхні 26 зуба каріозна порожнина, виповнена залишками їжі.
 1. Складіть план обстеження.
 2. Що дасть огляд при хронічному карієсі?
 3. Яке буде зондування при хронічному карієсі?
 4. Перкусія?
 5. Пальпація?
2. Хвора, 25 років скаржиться на біль в верхній щелепі зліва при вживанні холодного, гарячого.
 1. Для яких захворювань характерні скарги?
 2. Яке буде зондування, характерне для пульпіту?
 3. Яке буде зондування, характерне для карієсу?
 4. Яка буде перкусія при карієсі?
 5. Яка буде перкусія при пульпіті?

Відповіді на тести та задачі:

Тести:

1	C
2	B
3	C
4	D
5	A
6	A
7	B
8	C
9	B
10	A
11	B
12	D
13	B
14	B
15	C
16	D
17	A
18	B
19	C
20	B

Задача № 1.

6. Опитування, анамнез, огляд, зондування КП, перкусія 26 зуба, пальпація ясен біля 26 зуба.
7. Дефект емалі і поверхневого шару дентину, дентин темно-коричневого кольору.
8. Безболісне, можлива біль емалево-дентинного з'єднання.
9. Безболісна, дзвінка.
10. Безболісна.

Задача № 2.

1. Карієс, пульпіт.
2. Різкий біль при зондуванні дна каріозної порожнини.
3. Біль емалево-дентинного з'єднання, або дна КП.
4. Безболісна.
5. Безболісна, рідше невелика біль.

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.
2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.
3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.
4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.
5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. – Полтава: Дивосвіт, 2019. – 108 с.

Практичне заняття № 4

Тема: Рентгенологічна, люмінесцентна та транслюмінаційна діагностика. Показання, особливості проведення. Діагностичні тести: з анестезією та на препарування. Методика визначення тригерних зон та обстеження місць виходу периферичних гілок трійчастого нерва. Лабораторні методи обстеження. Інтерпретація результатів. Медична документація терапевтичного прийому: правила заповнення, виписка направлень, тощо.

Медична карта стоматологічного хворого (ф.043/О) – медичний, науковий і юридичний документ

Мета: оволодіти навичками клінічного обстеження зубів, пародонта, оволодіти додатковими методами обстеження стоматологічних хворих при захворюваннях зубів, уміти заповнювати амбулаторну карту стоматологічного хворого.

Основні поняття:

Діагностика – розділ клінічної медицини, що вивчає послідовні ступені процесу розпізнавання хвороби, тобто це процес розпізнавання хвороби та оцінка індивідуальних біологічних і соціальних особистостей хворого, що включає ціле направлене медичне обстеження, аналіз отриманих результатів та їх узагальнення у вигляді поставленого діагнозу. Діагностика складається з трьох розділів: семіотики, методів обстеження та методологічних основ обстеження.

Методи обстеження хворого – основні (клінічні) та додаткові (спеціальні, лабораторні).

Додаткові методи обстеження включають спеціальні клінічні методи, функціональні та лабораторні що дозволяє отримати достатню інформацію про хворобу.

Застосовуючи методологічні основи діагностики, лікар проводить аналіз та синтез отриманих даних, встановлює діагноз хвороби у конкретного пацієнта та призначає відповідне раціональне лікування.

Схема обстеження стоматологічного хворого

Загальні відомості:

1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого.
2. Вік (дата народження).
3. Стать: (чол., /жін.).
4. Місце роботи, посада, професія; навчання (якщо хворий на пенсії, то після слів "на пенсії" вказати його колишню професію).
5. Місце проживання (адреса, контактний телефон).
6. Дата, коли поступив в клініку терапевтичної стоматології, ким направлений і з яким діагнозом.

Локальний статус – стан ураженого органу (Status praesens loci morbi)

При виявленні захворювання, проводимо **додаткове** докладне дослідження.

Рентгенографія – це елемент клінічної діагностики в стоматології. За допомогою рентгенографії можна уточнити локалізацію процесу, клініку, знайти зміни в тканинах, що не мають клінічного прояву, правильніше спланувати стоматологічну допомогу, іноді уникнути прикрих помилок і ускладнень.

Найважливішою особливістю рентгенівського проміння є проникаюча здатність. Окрім проникаючої здібності до основних властивостей рентгенівського проміння відносяться: іонізуюча, флюоресцируюча та фотохімічна дія. Рентгенологічний метод є одним з основних методів дослідження кісток і зубів, які мають високий ступінь мінералізації та чітко виявляються на фоні м'яких тканин. На рентгенограмах добре видно будову різних відділів кістки, товщину і спрямованість балок. Рентгенологічний метод виявляє деякі фізіологічні та патологічні процеси, що відбуваються в кістці і тканинах зуба.

Для вивчення твердих тканин зубів, стану періапикальних тканин найчастіше використовують метод *короткофокусної контактної рентгенографії*, коли плівку притискують до оральної поверхні ясен і зуба. Знімок зубів одержують в прямій (орторадіальній) або косій проекції.

Візіографія - система інтраоральної цифрової рентгенографії з комп'ютерною обробкою знімків (система комп'ютерної дентальної радіографії - CDR).

Переваги візіографії:

- моментальне отримання знімків;
- автоматична корекція орієнтації знімків;
- можливість роботи в комп'ютерній мережі і передача рентгенограм по електронній пошті;
- різні формати файлів і можливість стиснення зображення (у об'ємі 500 Mb розміщується більше 6000 знімків);
- зниження рентгенівського навантаження на 80%-90%;
- скорочення часу експозиції в порівнянні з фотоплівкою до 90%;
- можливість автоматичної архівації знімків;
- вимірювання на декілька кроків зображення знімків, включаючи канали коренів і автоматично визначаючи їх верхівки;
- можливість отримання тривимірного зображення, негативного, позитивного, кольорового, збільшеного (у 300 разів);
- дослідження проводяться безпосередньо в стоматологічному кріслі, можливість спостереження зображення безпосередньо на моніторі.

Семіотика (рентгенологічні ознаки патологічних процесів).

Гіперплазія емалі – надмірний розвиток емалі зуба, який виявляється у вигляді напливу емалі на корені, іноді як «емалева перлина, крапля» – емалоїд.

Гіпоплазія емалі – недорозвинення емалі.

Розрізняють різні типи зубів з недорозвиненням тканин – зуби Гетчінсона, Тернера, Фурньє, Пфлюгера.

Гіперцементоз – потовщення кореня зуба в результаті утворення нових шарів цементу.

Конкременти – тверді мінералізовані патологічні утворення в пульпі зуба (дентиклі і петрифікати), які можуть біти причиною конкрементозного пульпіту.

Дентиклі пульпи зуба – утворений одонтобластами шматочок дентину або його аномальне відкладення в пульпі зуба (справжній дентикл). По розташуванню бувають внутрішньо пульпарні, пристінні і інтерстиціальні (у товщі первинного дентину).

Петрифікати пульпи зуба – вогнища (ділянки) звапніння пульпи зуба (несправжній дентикл). По структурі нагадують кальцифікат.

Особливості рентгенологічного зображення зубів

Різні по густині тканини зуба детально диференціюються на рентгенограмі. Емаль дає найінтенсивнішу тінь і добре диференціюється по краю зуба, особливо на контактних поверхнях. Дентин і цемент окремо не диференціюються. Порожнину зуба і кореневі канали видно у вигляді просвітління.

Оральні і вестибулярні поверхні зубів на рентгенограмах накладаються одна на другу і дають сумарне зображення.

Зображення коронок премолярів і молярів мають деякі особливості. Тіні щоккових горбиків проекційно витягнуті, оскільки вони розташовані далі від плівки, ніж піднебінні і язичні, тому зображення щоккових горбиків має меншу густину.

Порожнина зуба премолярів має два роги, а молярів – чотири, проте на рентгенограмах роздільно їх не видно через проекційне накладення.

Кореневі канали мають вид вузьких смужок просвітління усередині кореня. Верхівковий отвір у дорослих через невеликий діаметр в більшості випадків на рентгенограмах не визначається, але його чітко можна одержати на візіограмах, а завдяки комп'ютерній обробці визначити анатомічний і фізіологічний отвори.

Тіні коренів верхніх молярів і першого премоляра часто нашаровуються один на другий. Унаслідок проекційних змін піднебінний корінь має більш подовжений вид. В більшості випадків на рентгенограмах щоккові корені молярів, накладаючись на піднебінні, не дають чіткого ізольованого зображення.

На рентгенограмі щелеп зуб зберігає свою форму і розташований у вестибуло-оральному положенні. При цьому добре видно контури бічних поверхонь коронок суміжних зубів (апроксимальні), ріжучий край різців і іклів, профіль жувальної поверхні премолярів і молярів. В альвеолах щелеп знаходяться корені зубів, над альвеолярним гребенем – коронки зубів, відмежовані шийкою зуба.

У середині кожного зуба видно порожнину зуба, яку в коронці називають пульповою камерою, а в корені – кореневими каналами. Порожнина зуба в цілому повторює форму відповідного зуба, але значно менших розмірів. Кореневі канали відходять від пульпової камери в середину кореня, поступово звужуючись до верхівки. Місце переходу пульпової камери в кореневий канал багато корневих зубів називають гирлом кореневого каналу.

Аналіз рентгенограм

1. Оцінити якість рентгенограми (контрастність, чіткість, структуру, проекційне спотворення і т.д.).

2. Встановити вид рентгенограми (внутрішньо ротова, поза ротова, панорамна і т.д.).
3. Визначити анатомічну область. Для цього слід знати основні ознаки приналежності рентгенограми тому або іншому відділу щелеп:

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 проектується вище у вигляді двох світлих на півовалів; тінь носової перегородки; різцевий отвір.

Фронтальна ділянка нижньої щелепи - менш щільна структура альвеолярного відростка; іноді тінь ості підборіддя; вузьке, довгі, злегка сплюснуті корені різців.

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.

Бічний відділ нижньої щелепи - 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).

4. Детальне вивчення рентгенограми. Звичайно проводиться в такій послідовності: коронка зуба, порожнина зуба і кореневі канали, поверхня коренів, періодонтальна щілина, компактна пластинка лунки і навколишні тканини. Визначають норму і патологію, рентгенологічні ознаки передбачуваного захворювання, стан кожного зуба, його положення, форму коронки і коренів, їх контури. Наявність зубного каменя, стан пломб, каріозні порожнини, фрактури, контури порожнини зуба, кореневих каналів, ступінь їх заповнення контрастним матеріалом, періодонтальну щілину, цемент кореня. Потім характер кісткової тканини, зокрема стан кортикальної пластинки, структуру кістки, особливо в періапикальній області, біфуркації.
5. Зіставлення рентгенологічних даних з клінічними і результатами додаткових методів дослідження.

Тільки після цього формується висновок.

Рентгенологічне дослідження при патології твердих тканин зубів

Рентгенографія дає можливість визначити наявність каріозної порожнини в важко доступних огляду місцях (пришийкова ділянка на бічних зубах, карієс кореня, карієс в глибині фіссур, карієс на дистальній поверхні 2-го моляра, коли він прикритий 8-им зубом, діагностика вторинного карієсу, особливо під пломбою, диференціальна діагностика). Каріозна порожнина на рентгенограмі визначається у вигляді ділянки просвітління або дефекту по краю зуба, що має нерівні, зазублені контури. У емалі каріозний процес розповсюджується повільніше, ніж в дентині, у зв'язку з чим рентгенологічно в емалі виявляється незначний по величині дефект при більшій об'ємному ураженні дентину.

Аномалії розвитку зубів, не каріозні ураження твердих тканин, за

винятком зміни кольору зуба, добре видно на рентгенограмі. Кожна з них має свої особливості в рентгенівському зображенні.

Скритий карієс – визначається в глибоких фіссурах, на апроксимальних поверхнях, на коренях. Можна виявити також рецидивуючий і вторинний карієс (під пломбою, на межі пломби і тканин зуба).

Початковий карієс (каріозна пляма). На рентгенограмі виявляється вогнище демінералізації (просвітлення емалі) переважно на апроксимальній поверхні, рідше на дні фіссур при цілій емалі і збереженому контурі. Демінералізовані ділянки мають вид просвітління або краєвих узур.

Поверхневий карієс – дефект емалі зуба, частіший у вигляді краєвих узур.

Середній карієс – каріозний дефект, розташований в емалі і поверхневому шарі дентину (плащовий дентин). Іноді визначаються зони прозорого (гіпермінералізованого) дентину, нормального, незміненого біля пульпарного дентину і захисного вторинного дентину з боку пульпової камери.

Глибокий карієс – каріозний дефект розповсюджується до біля пульпарного дентину. При гострому глибокому карієсі видно тонкий шар неуразеного або демінералізованого дентину підвищеної прозорості на дні каріозної порожнини, предентін. При глибокому хронічному карієсі можуть бути зони демінералізованого, гіпермінералізованого, незміненого, біля пульпарного і вторинного дентину.

Ретроградний карієс – патологія, що рідко виявляється, у вигляді ділянки демінералізації дентину з боку порожнини зуба, як правило, при внутрішній гранулемі або некрозі пульпи.

Мікропротези зубів – рентгеноконтрастні пломби, що добре виявляються на рентгенограмах, вкладки, накладки (вініри), напівкоронки, парапульпарні, анкерні штифти і т.д.

Рентгенографія іноді дає змогу виявити пришийковий карієс, ерозії, гіпоплазію, клиноподібні та інші дефекти твердих тканин зубів, які видно залежно від їх розташування.

Люмінесцентна діагностика (Синицін, Пилипенко) ґрунтується на здатності твердих тканин зуба випромінювати світло певного кольору під впливом ультрафіолетових променів. Його використовують для розпізнавання початкового карієсу, крайового прилягання пломб. Використовують апарат ОІ-18, ОЛД-41, спеціальний мікроскоп та фільтри: УФС-3, УХС-6, а закриваючий – ЖС. ТТЗ тканин зубів під впливом УФ світла мають ніжно-світло-зелений або голубуватий колір. Дентин має більш голубий відтінок. При карієсі відбувається гасіння свічення, зміна кольору емалі майже до коричневого. При флюорозі на поверхні зубів виявляються ділянки яскраво-коричневого, коричневого або темно-коричневого кольору.

Трансілюмінація – метод візуального обстеження передбачає використання галогенової лампи і фібро оптичного світловоду, за допомогою яких створюється щільний пучок холодного світла. Безпосередньо до зуба концентрований промінь підводиться за допомогою гнучкого волокнисто-

оптичного світловоду, що дозволяє просвічувати тверді тканини зуба. При інтактній коронці світло рівномірно проходить через емаль і дентин, не даючи тіні. При карієсі, не каріозних ураженнях, нальотах, відкладеннях зубного каменя на ураженій ділянці відбувається гасіння свічення унаслідок зміни оптичної щільності зуба. Ділянки демінералізації набувають коричневого кольору, при пульпіті коронка зуба стає темною, а при хронічному гангренозному пульпіті – повне затемнення поверхні коронки.

Термодіагностика – це визначення реакції пульпи на температурні подразники. Для проведення температурної діагностики зуб обережно зрошують водою заданої температури.

N – нема болю $\geq 5-10^{\circ} - 55-66^{\circ}$; **C** – біль $< 18-20^{\circ} - > 45-50^{\circ}$; **P** – біль $< 25-30^{\circ} - > 38-40^{\circ}$.

Оптичні властивості ТТЗ (Деньга О.В., кафедра стоматології дитячого віку).

Обладнання:

- стоматологічний пацієнт;
- інструменти основного стоматологічного набору;
- медична карта пацієнта.

Навчальний час: 2 години

План

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

II. Контроль опорних знань:

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- знати додаткові методами обстеження хворих;
- знати додаткове обладнання стоматологічного кабінету, рентгенологічне обладнання;
- знати люмінесцентну, транслюмінаційну діагностику, термодіагностику;
- освоїти виконання додаткових методів обстеження стоматологічних хворих;
- знати та вміти проводити диференціальну діагностику захворювань зубів та пародонту;
- вміти обстежувати пацієнта, заповнювати амбулаторну карту стоматологічного хворого.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Питання:

1. Яка діагностична апаратура знаходиться в стоматологічному кабінеті?
2. Які методи рентгенологічного дослідження застосовуються в стоматології?
3. Перерахуйте основні морфологічні ознаки карієсу, НУТТЗ.
4. Перерахуйте основні морфологічні ознаки НУТТЗ.
5. Що таке семіотика.
6. Що таке додаткові методи обстеження пацієнта.
7. Які Ви знаєте додаткові методи обстеження зубів?
8. Які методи визначення стану емалі Ви знаєте?
9. Яку чутливість мають тканини зуба?
10. Що таке флюоресценція?
11. Що таке візіографія та її переваги?
12. Перерахуйте рентгенологічні ознаки патологічних процесів в тканинах зуба та кістці.
13. Назвіть особливості рентгенологічних ознак окремих ділянок верхньої та нижньої щелеп.

Тести:

1. Пацієнтка 30 років скаржиться на застрягання їжі між 46 і 47, яке з'явилося два тижні тому. Об'єктивно: 46, 47 зуби інтактні, перкусія зубів безболісна, ясенний сосочок між 46-47 дещо набряклий, гіперемія, незначна кількість волоконних харчових залишків. Яке дослідження доцільно використовувати для виявлення прихованих каріозних порожнин?
А Трансілюмінаційна діагностика
В Люмінесцентна діагностика
С Електроодонтометрія
D Вітальне фарбування
E Рентгенографія
2. Хворий А., 24 роки, 2 роки тому поставив пломбу в 11 зубі, тиждень тому пломба випала. При обстеженні в 11 зубі залишки пломби. На яснах нориця. Який додатковий метод обстеження підтвердить передбачуваний діагноз.
А Візіографія
У Зондування
С Термометрія
D Перкусія
E ЕОД
3. 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.

4. 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. Дісмінералізація
- B. Мінералізація
- C. Ремінералізація
- D. Демінералізація
- E. Жоден з перерахованих, оскільки це властивість інтактної емалі.

5. 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-стоматоскопія
- D. Вітальне фарбування
- E. Трансілюмінація.

6. 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 навколо пульпарного дентину, виповнена щільним пігментованим дентином. Був встановлений діагноз "хронічний глибокий карієс. На основі якого обстеження лікар повинен провести диференційну діагностику з хронічним пульпітом?

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

7. Чоловік 35 років звернувся зі скаргами на швидкоплинний біль від термічних подразників у 46, 47 зубах. Об'єктивно: жувальні поверхні 46, 47 зубів інтактні, контактні поверхні не вдається обстежити внаслідок щільного розміщення зубів. Який метод дослідження необхідно використати у даному випадку при підозрі на наявність каріозних порожнин?

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

8. Якими інструментами обстежують каріозну порожнину?

- A. Зонд прямий
- B. Зонд кутовий
- C. Зонд прямий і кутовий, дзеркало
- D. Зонд, пінцет
- E. Зонд, пінцет, дзеркало

9. Гіпоплазія емалі, це?

- A. Емалоїд
- B. Недорозвинення емалі
- C. Надмірний розвиток емалі зуба
- D. Відкладення дентину в пульпі зуба
- E. Ділянки заплінення пульпи

10. Термодіагностика – це?

- A. Визначення температури пульпи
- B. Визначення реакції дентину на температурні подразники
- C. Визначення реакції емалі на температурні подразники
- D. Визначення реакції пульпи на температурні подразники
- E. Визначення температури ясен

III. Формування професійних вмінь, навичок:

1.21. зміст завдань;

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

- складати план обстеження стоматологічного хворого;
- додаткові методами обстеження при ураженні ТТЗ;
- провести внутрішню ротову прицільну рентгенографію ділянки щелепи;
- користуватися додатковим обладнанням стоматологічного кабінету;
- оцінити рентгенограми при ураженнях ТТЗ;
- провести люмінесцентну діагностику карієсу, флюорозу;
- провести транс ілюмінаційне дослідження при карієсі, пульпіті;
- оцінити візіограму на комп'ютері;
- провести термодіагностику окремих зубів.

1.22. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

Орієнтуюча карта для формування практичних вмінь та навичок:

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Основні властивості рентгенівського проміння:	Назвати основні властивості рентгенівських променів, дати їх характеристику	Проникаючі, іонізуючі, флюоресцируючі та фотохімічні властивості
Які переваги має візіографія	Назвати переваги візіографії	моментальне отримання знімків; автоматична корекція орієнтації знімків; можливість роботи в комп'ютерній мережі і передача знімків по електронній пошті; різні формати файлів і можливість стиснення зображення (у об'ємі 500 Мб розміщується більше 6000 знімків); зниження рентгенівського навантаження на 80%-90%; скорочення часу експозиції в порівнянні з фотоплівкою до 90%; можливість автоматичної архівації знімків; вимірювання на декілька кроків зображення знімків, включаючи канали коренів і автоматично визначаючи їх верхівки; можливість отримання тривимірного зображення, негативного, позитивного, кольорового, збільшеного (у 300 разів); дослідження проводяться безпосередньо в стоматологічному кріслі, можливість спостереження зображення безпосередньо на моніторі
Семіотика рентгенологічних змін тканин зуба та кістки	Перерахувати основні рентгенологічні ознаки змін в тканинах зуба та дати характеристику	гіперплазія, гіпоплазія, гіперцементоз, конкременти, дентиклі, петрифікати
Рентгенологічне зображення	Визначити особливості	- фронтальна ділянка верхньої щелепи;

щелеп і зубів	рентгенологічного зображення щелеп та зубів	- фронтальна ділянка нижньої щелепи; - бічні ділянки верхньої щелепи; - бічний відділ нижньої челюсті; - коронка зуба, порожнина зуба і кореневі канали, поверхня кореня, періодонтальна щілина, компактна пластинка лунки і навколишні тканини
---------------	---	--

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	Дані додаткових, методів обстеження	По показанням наведіть дані додаткових методів дослідження, відпо-відно до попереднього діагнозу	термодіагностика, люмінесценція, трансілюмінація, рентгенодіагностика
2	Дані рентгенологічних досліджень	В історію хвороби вклейте рентгенограму (візіограму і т.д.)	описати рентгенограму при ураженнях зубів
3	Початковий карієс	Рентгенограми з патологією твердих тканин зубів, негатоскоп	вогнище демінералізації (просвітлення емалі) переважно на апроксимальній поверхні, рідше на дні фіссур при цілій емалі і збереженому контурі, демінералізовані ділянки мають вид просвітлення або краєвих узур
4	Поверхневий карієс		дефект емалі зуба, частіший у вигляді краєвих узур
5	Середній карієс		каріозний дефект, розташований в емалі і поверхневому шарі дентину (плащовий дентин). Іноді визначаються зони прозо-рого (гіпермінералізованого) дентину, нормального, незміненого біля пульпар-ного дентину і захисного вторинного дентину з боку пульпової камери

6	Глибокий карієс		дефект розповсюджується до біля пульпар-ного дентину. При гострому глибокому карієсі видно тонкий шар неураженого або де мінералізованого дентину підвищеної прозорості на дні каріозної порожнини, предентін. При глибокому хронічному карієсі можуть бути зони демінералізова-ного, гіпермінералізованого, незміненого, біля пульпарного і вторинного дентину
7	Ретроградний карієс		демінералізація дентину з боку порожнини зуба. Рентгенографія іноді дає змогу вия-вити пришийковий карієс, ерозію, гіпо-плазію, клиноподібні та інші дефекти ТТЗ, які видно залежно від їх розташування.
8	Вторинний карієс		під пломбою, на межі пломби і тканин зуба ділянка демінералізації
9	Люмінесценції	апарат ОІ-18, ОЛД-41, спеціальний мікроскоп та фільтри: УФС-3, УХС-6, а закриваючий – ЖС.	ТТЗ тканин зубів мають ніжно-світло-зелений або голубуватий колір. Дентин - більш голубий відтінок. Карієс - гасіння свічення, майже до коричневого. Флюороз - ділянки яскраво-коричневого, коричневого або темно-коричневого кольору
10	Трансілюмінація	фотополімерна лампа	Демінералізація – ділянка коричневого кольору; пульпіт - коронка зуба темна; хронічний гангренозний пульпіт - повне затемнення поверхні коронки
11	Термодіагностика	Шприц, холодна та тепла вода	Н – нема болю $\geq 5-10^{\circ} - 55-66^{\circ}$; С – біль $< 18-20^{\circ} - > 45-50^{\circ}$; Р – біль $< 25-30^{\circ} - > 38-40^{\circ}$.

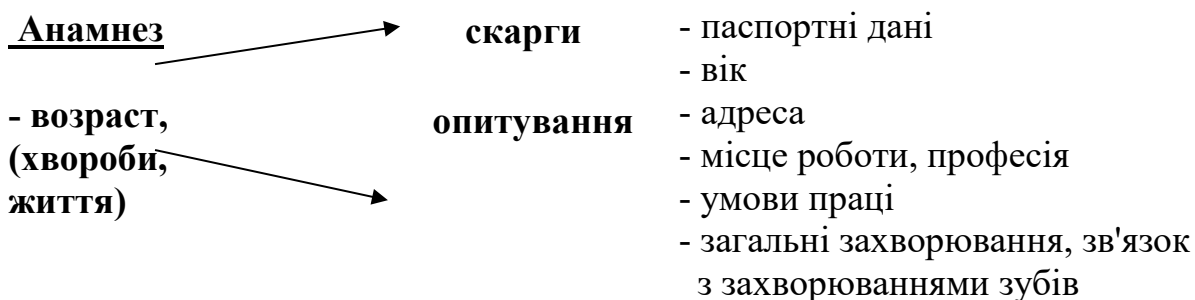
1.23. вимоги до результатів роботи;

Звертаючись до хворого, слід називати його по імені та по батькові. Розпитуючи хворого, не задовольняйтесь загальними і невизначеними відомостями. Кожне питання і відповідь конкретизуйте. Добивайтесь визначеності і ясності у всіх деталях. Остерігайтесь вузького мислення, що направлене лише на перевірку Вашої гіпотези обстеження.

Об'єктивне обстеження проводьте строго за визначеним планом. При виявленні захворювання, визначитеся та проведіть додаткові дослідженням стану ТТЗ.

Методика виконання роботи, етапи виконання, кроки:

МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ



**Додаткові методи
обстеження:**

Rp-діагностика, KTR – візіограма: (прихована КП, ділянки демінералізації, вторинний карієс, дифдіагностика.

Люмінесцентна діагностика (Синицін, Пилипенко): в нормі емаль ніжно-світло-зеленого кольору. при карієсі – гасіння, колір емалі майже коричневий, флюороз - ділянки яскраво-коричневого, коричневого або темно-коричневого кольору. Аппаратура: ОІ-18, ОЛД-41 та фільтри: УФС-3, УХС-6, і ЖС.

Трансілюмінація – тінеутворення: демінералізація – ділянка коричневого кольору; пульпіт - коронка зуба темна; хронічний гангренозний пульпіт - повне затемнення поверхні коронки (фото полімерні лампи).

Термодіагностика: N – нема болю $\geq 5-10^\circ - 55-66^\circ$; C – біль $< 18-20^\circ - > 45-50^\circ$; P – біль $< 25-30^\circ - > 38-40^\circ$.

Оптичні властивості ТТЗ (Деньга О.В., кафедра стоматології дитячого віку).

1.24. матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Питання:

1. Перерахуйте мережу стоматологічних установ в Україні.
2. Які Ви знаєте категорії стоматологічних поліклінік?
3. На 10000 дорослого населення скільки і яких повинно бути стоматологів?
4. Перерахуйте основні структурні одиниці стоматологічної поліклініки.
5. Які основні завдання стоматологічної поліклініки?
7. Перерахуйте завдання дільничного стоматолога?
8. Які основні завдання стоять перед стоматологом-терапевтом?
9. При яких захворюваннях надається невідкладна стоматологічна допомога?
10. Чим обумовлена висока стоматологічна захворюваність населення України?
11. Чи вважаєте формування ринку платних стоматологічних послуг за доцільне на сучасному етапі розвитку України?

Тести:

1. При якому методі дослідження створюється найменше променеве навантаження ?
 - A. Рентгенографія
 - B. Рентгеноскопія
 - C. Флюорографія
 - D. Панорамна рентгенографія
 - E. Візіографія
2. Можливості рентгенодіагностики при карієсі?
 - A. Визначення вторинного карієсу
 - B. Визначення прихованих каріозних порожнин
 - C. Карієс у фіссурах
 - D. Карієс кореня
 - E. Все вище перераховане
3. Який колір має здорова емаль в УФП?
 - A. Темно-зелений
 - B. Світло-зелений
 - C. Ніжно-світло-зелений
 - D. Салатовий
 - E. Світло-коричневий
4. При огляді порожнини рота, на вестибулярних поверхнях 45, 44, 43, 33, 34, 35 зубів виявлені крейдо подібні плями з тьмяною поверхнею і нечіткими контурами. Попередній діагноз: «Початковий карієс 45, 44, 43, 33, 34, 35». Який метод обстеження з найбільшою ймовірністю підтвердить вказаний діагноз?
 - A. Стоматоскопія у денному світлі
 - B. Трансілюмінація
 - C. Ультрафіолетова стоматоскопія

- D. Електроодонтометрія
- E. Термодіагностіка

5. Для якого ураження характерне гасіння свічення емалі в УФП, зміна кольору емалі майже до коричневого?

- A. Флюорозу
- B. Карієсу
- C. Гіпоплазії
- D. Гіперплазії
- E. Гіпоплазії

6. При якому захворюванні на поверхні зубів виявляються ділянки яскраво-коричневого, коричневого або темно-коричневого кольору?

- A. Флюорозу
- B. Карієсу
- C. Гіпоплазії
- D. Гіперплазії
- E. Гіпоплазії

7. Дефект емалі зуба, частіший у вигляді краєвих узур, характерний для якого карієсу?

- A. Початкового
- B. Поверхневого
- C. Середнього
- D. Глибокого
- E. Вторинного

8. Для якого захворювання характерне повне затемнення поверхні коронки при транс- ілюмінації?

- A. Початковий карієс
- B. Поверхневий карієс
- C. Середній карієс
- D. Глибокий карієс
- E. Хронічний пульпіт

9. Для карієсу характерні такі межі больової чутливості зуба?

- A. Біль $< 18-20^{\circ} - >45-50^{\circ}$
- B. Немає болю $< 18-20^{\circ} - >45-50^{\circ}$
- C. Нема болю $\geq 5-10^{\circ} - 55-66^{\circ}$
- D. Біль $< 25-30^{\circ} - >38-40^{\circ}$
- E. Немає болю $< 25-30^{\circ} - >38-40^{\circ}$

10. При термодіагностиці 26 зуб реагує біллю на температуру нижче 25° та вище 40° . Для якого захворювання це характерно?

- А. Початковий карієс
- В. Поверхневий карієс
- С. Середній карієс
- Д. Глибокий карієс
- Е. Гострий пульпіт

Задачі:

1. Хвора, 30 років скаржиться на біль в роті при вживанні їжі. На дистальній поверхні 26 зуба каріозна порожнина, виповнені залишками їжі. Зондування каріозної порожнини 26 – безболісне.
 1. Про які захворювання йде мова?
 2. Які додаткові методи діагностики потрібно використати?
 3. Що може підтвердити діагноз карієсу?
 4. Що може підтвердити діагноз періодонтиту.
2. Хвора 22 років, з'явилась до стоматолога з метою санації. Про огляді на жувальній поверхні 46 зуба КП, виповнена розм'якшеним дентином. Зондування дна і стінок КП болюче.
 1. Про які захворювання йде мова?
 2. Які додаткові методи діагностики потрібно використати?
 3. Що може підтвердити діагноз карієсу?
 4. Що може підтвердити діагноз пульпіту.

Відповіді на тести та задачі:

Тести:

- | | |
|----|---|
| 24 | Е |
| 25 | А |
| 26 | С |
| 27 | Д |
| 28 | Е |
| 29 | Е |
| 30 | А |
| 31 | С |
| 32 | В |
| 33 | Д |
| 34 | Е |
| 35 | А |
| 36 | С |
| 37 | А |
| 38 | В |
| 39 | А |
| 40 | В |
| 41 | Е |
| 42 | А |

Задачі:

Задача № 1.

11. Карієс, пульпіт, періодонтит.
12. Термодіагностику, рентгенографію.
13. Біль на термічні подразники $< 18-20^{\circ} - >45-50^{\circ}$. На рентгенограмі каріозна порожнина не сполучається з пульповою камерою, відсутні періапікальні зміни.
14. Відсутність болю на термічні подразники, зміни в пері апікальних тканинах.

Задача № 2.

1. Карієс, пульпіт.
2. Термодіагностика, ЕОД, рентгенографія.
3. Біль на термічні подразники $< 18-20^{\circ} - >45-50^{\circ}$. ЕОД – 6-12 мкА. На рентгенограмі КП не сполучається з пульповою камерою.
4. Термічні подразники – біль $<25-30^{\circ} - >38-40^{\circ}$. ЕОД – 25-90 мкА.

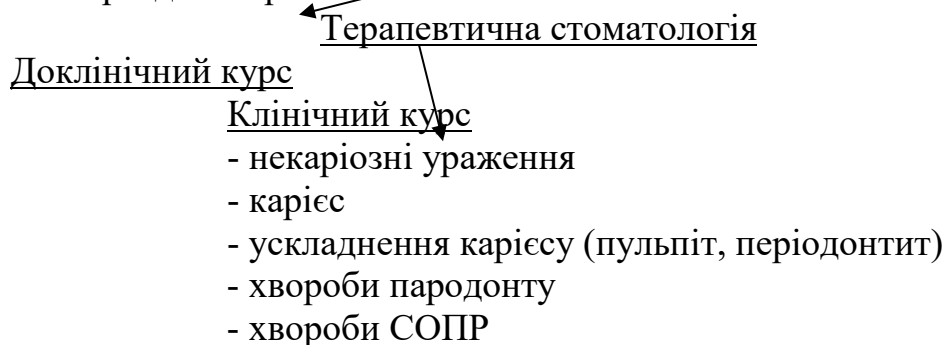
Тема: Медична документація терапевтичного прийому: правила заповнення. Медична карта стоматологічного хворого (ф.043/О) – медичний, науковий та юридичний документ.

Мета: сформувати чітке уявлення про ведення медичної документації терапевтичного прийому.

Основні поняття:

Терапевтична стоматологія, це самостійний розділ стоматології, що включає основні стоматологічні захворювання – хвороби зубів, пародонту та слизової оболонки рота. Терапевтична стоматологія є основою стоматології оскільки своєчасне лікування захворювань зубів і тканин пародонту сприяє їх збереженню.

Основні розділи терапевтичної стоматології показані на схемі.



Провідне місце в терапевтичній стоматології займають проблеми лікування карієсу та його ускладнень, а також захворювань пародонту. Стоматологічна допомога є найбільш масовим видом медичної допомоги і

займає одне з провідних місць в загальній системі заходів спрямованих на збереження здоров'я населення. Недоліки, що мають місце в роботі стоматологічної служби обумовлені нестачею необхідного обсягу нормативних документів.

Облікові та звітні статистичні форми в стоматології це

- медична карта стоматологічного хворого (форма № 043/О);
- листок щоденного обліку роботи лікаря стоматолога (форма № 037/О);
- щоденник обліку роботи лікаря стоматолога (форма № 039-2/О)

Міністерство охорони здоров'я України		КОД ФОРМИ ЗА ЗКУД _____ Код закладу за ЗКПО _____
Найменування закладу _____		медична документація форма № 043/О Затверджена наказом МОЗ України «27 » 12. 1999 № 302

МЕДИЧНА КАРТА СТОМАТОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО № ____ 20 ____ р.

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Стать: чол. 1, жін. 2 ☐ Дата народження: рік _____ місяць _____ число _____

Професія _____

Адреса, тел _____

Діагноз _____

Скарги _____

Перенесені та супутні захворювання _____

Розвиток теперішнього захворювання _____

Лікар _____ Зав. відділенням _____

[illegible]

щодо заповнення медичної карти стоматологічного хворого (форма №043/0 Наказ МОЗ України №302 від 27.12.99 р.))

"Медична карта стоматологічного хворого" заповнюється при первинному

зверненні хворого в поліклініку.

Паспортні дані: прізвище, ім'я, по-батькові, стать, адреса та професія, рік народження хворого. Заповнюються медичною сестрою (реєстратором) при наявності паспорта, який підтверджує особу хворого та його проживання в районі обслуговування, (крім госпрозрахункових стоматологічних заходів та приватних лікарів).

"Діагноз" і всі наступні розділи карти заповнюються безпосередньо лікарем. Залежно від скарг та первинного клінічного діагнозу, лікар повинен направити хворого на лабораторне дослідження, рентгенографію, отримання висновків фахівців відповідного профілю, в тому числі - загальносоматичних, із наданням виписки із історії хвороби, аналізів та іншої медичної документації. Згадану документацію вписують або вклеюють в медичну карту в розділ "дані рентгенологічних та лабораторних досліджень".

Рядок "Діагноз" заповнюється лікарем, який безпосередньо лікує хворого, після клініко-лабораторних досліджень та їх аналізу. Припускається його наступне уточнення, розширення або навіть зміни з обов'язковою вказівкою дати. Діагноз повинен бути розвинутим, описувати тільки стоматологічні захворювання.

Рядок "Скарги" записують зі слів хворого або родичів. Вписуються скарги, які найбільш точно відбивають стоматологічний стан пацієнта.

В **рядок "Перенесені та супутні захворювання"** вносять дані як зі слів хворого (на що необхідно послатися), а також дані, підтверджені фахівцями інших лікувальних закладів. Необхідно обов'язково вказати, чи знаходиться хворий на диспансерному обліку та з приводу якого захворювання.

Рядок "Розвиток даного захворювання" повинна відбивати час появи перших симптомів цього захворювання, із чим хворий їх пов'язує, характер перебігу хвороби та раніше проведене лікування і його ефективність.

В **рядку "Дані об'єктивного дослідження, зовнішній огляд та стан твердих тканин зубів і пародонту"** проводиться опис даних зовнішнього огляду, який включає стан шкіряних покривів, кісткового скелету обличчя, червона кайма губ і т. ін. Тут же необхідно вказати результати пальпації висково-нижньощелепного суглоба, підщелепних, привушних слинних залоз. Запис даних огляду ротової порожнини розпочинають із визначення стану твердих тканин зубів та тканин пародонту. Перший ряд над розташованими схематично зубами і під ними відведений для внесення стану коронкової частини зуба з умовними позначеннями, включаючи наявність різних конструкцій зубних протезів.

В чисельнику - стан на час огляду, в знаменнику - стан після проведеного лікування. Над другим рядом схематично зображених зубів і під ним вносять дані об'єктивного дослідження стану пародонту: його норму (№), ступінь атрофії - 1/4, 1/2, 3/4 та ступінь рухомості зубів - I, II, III.

Під таблицею схематично розташованих зубів у письмовому вигляді відображають додаткові дані стосовно зубів, кісткових тканин альвеолярних відростків (зміна їх форми, положення тощо).

В **рядку "Прикус"** відмічають тип взаємовідношення зубних рядів у нормі,

при аномаліях, його патологічному стані, а також характер взаємовідношення альвеолярних відростків щелеп при відсутності антагонуючих зубів або їх повній відсутності, орієнтуючись на їхнє співвідношення в стані відносного спокою.

В рядку "Дата навчання навичкам гігієни ротової порожнини" необхідно зазначити дату, коли проведена бесіда відповідно правильної чистки зубів, інших навиків гігієни порожнини рота. Треба показати, як тримати зубну щітку, як рухати нею по відношенню до зубів, як полоскати рота. Найбільш радикальна гігієна ротової порожнини, коли чистять зуби двічі в день - ранком та ввечері.

В рядку "Дата контролю гігієни ротової порожнини" проставляється дата проведення сеансу навчання навичкам гігієни ротової порожнини, після цього оцінюють гігієнічний стан ротової порожнини згідно з методикою описаною Ю. А. Федоровим та В. В. Володкіною (1970).

В рядку "Стан слизової оболонки ротової порожнини, ясен, альвеолярних відростків, піднебіння" проводиться опис стану слизової оболонки ротової порожнини за даними візуального обстеження, гігієнічного індексу ГІ, а також визначається папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА), який служить показником для оцінки проявів гінгівіту та пародонтальний індекс (РІ), спрямований на виявлення розвинутих форм патології.

В рядку "Колір за шкалами «Віта»" визначають відповідність кольорової гами застосованого матеріалу кольору коронок зубів пацієнта.

Спеціальний розділ карти відводиться для складання плану обстеження, плану лікування даного хворого з відмітками про проведених в необхідних випадках консультаціях суміжних фахівців. Для запису наступних звертань пацієнта з даним захворюванням, а також у випадку звертання з новими захворюваннями, служить розділ карти, який називається "Щоденник", де відбиваються відповідні дані. Завершує його епікриз (стислий опис результатів лікування) та рекомендовані лікарем практичні заходи. Після закінчення лікування ставиться підпис лікаря, який провів лікування, та завідуючого відділенням, а після закінчення окремих етапів лікування ставиться підпис лікаря, який безпосередньо лікує хворого.

В стоматологічній поліклініці, відділенні, або кабінеті на хворого заводять одну медичну карту стоматологічного хворого.

При наступних зверненнях до фахівців будь-якого профілю може виникнути необхідність додатку (титульного листа медичної карти, який повинен мати той же номер, що карта і прикріплюватись до раніше заповненої карти, де має відображатись весь стоматологічний статус пацієнта).

Кожен лікувальний заклад друкує додаткову вкладку, яка містить 2-3 сторінки медичної карти.

"Медична карта стоматологічного хворого", як юридичний документ, зберігається в реєстратурі протягом 5 років. Після закінчення цього терміну її здають до архіву.

"Листок" призначений для обліку роботи, яка проводиться лікарями-стоматологами та зубними лікарями за один день.

В **графі 1** ставлять порядковий номер хворого, який звернувся за стоматологічною допомогою в цей день або здорового пацієнта приводу консультації, профогляду). Дані цієї графі використовуються для обліку загального числа прийнятих пацієнтів за робочий день.

В **графі 2** вказуються час (години і хвилини), на який пацієнт призначається лікарем, або час прийому хворого, направленого з регістратури чи оглядового кабінету. Ці графі використовуються для планування часу роботи лікаря, для розподілу навантаження з обліком обсягу здійснюваних лікувально-профілактичних заходів.

В **графі 3** записують прізвище, ім'я та по батькові.

В **графі 4** записують кількість повних років.

В **графі 5** вказують порядковий номер відвідування даного хворого.

Первинний хворий (первинне звертання) позначається цифрою 1, усі наступні відвідування - відповідною цифрою. Первинним вважається перше звертання за стоматологічною допомогою у звітному році, незалежно від характеру звертання.

В **графі 6** заноситься № медичної картки даного хворого.

В **графі 7** реєструється місце проживання хворого (житель міста чи села).

В **графі 8** вказуються групи населення і позначаються вони символами:

"ДГ"- декретована група (діти та підлітки, інваліди, пенсіонери, учасники бойових дій, інваліди війни, учасники війни, потерпілі від аварії на ЧАЕС); "Ш"- школяр; "С"- студенти; "В"- вагітні; "Р" - робітники промислових підприємств; допризовний контингент - "ДПК".

Якщо даний хворий знаходиться на диспансерному обліку, доповнюється символ "Д".

В **графі 9** фіксується діагноз, з приводу якого робиться це відвідування. Допускається запис зі скороченнями, з застосуванням умовних позначень і формули зуба (дивись медичну карту стоматологічного хворого). При наявності різних діагнозів, усі вони вписуються у цю графу умовними позначеннями через кому.

В **графі 10** записується проведене лікування: закінчене або етап лікування. В даній графі лікар методом скорочення, але розбірливо вписує фактично виконаний об'єм роботи. Скорочення запису проводиться з урахуванням найменувань граф форми № 039-2\0: запломбовано з приводу карієсу (тимчасових, постійних); запломбовано зубів з приводу ускладненого карієсу і т. і. В даній графі лікар зазначає всі лікувально-профілактичні заходи, які проведені ним в період зняття зубних нашарувань, ремінералізуюча терапія в

Міністерство охорони здоров'я України										Код форми за ЗКУД Код закладу за ЗКУО																					
Найменування закладу										МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА № 039-2/0 Затверджена наказом МОЗ України №15-05-2001 №181																					
ЩОДЕННИК																															
обліку роботи лікаря-стоматолога (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету)																															
за _____ місяць 20__ р.																															
(прізвище, ім'я, по батькові лікаря)																															
Дата		Фактично відпрацьовано годин за графіком		в т.ч. перерви		Кількість відвідувань - всього		в т.ч. клінічних випадків		Всього, в т.ч. клінічних випадків з літ. днів (до 14 років включно)		Отримані медікаментозні допомоги		Відвідування для лікування		Заплановано зубів				Зроблено пломб з:				Проведено курс лікування захворювань:							
																Всього		Карієс		Ускладнений карієс		Постійні зуби		Тимчасові зуби		В т.ч. відсутні		Пародонту		Хірургічне лікування	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28				

т. ч., а також робить відмітки "раніше санований", "зуби інтактні", "потребує санації". У випадку неявки хворого на запланований час лікар в граф. 10 робить відмітку "не з'явився".

В 11 графі! записується вид знеболювання: місцеве (провідникове, інфільтраційне і аплікаційне) чи загальне.

В-12 графі сановано в порядку планово') роботи та за зверненням в чисельнику сановано, в знаменнику - УОП

В графі 13 сановано при плановій санації в чисельнику, сановано в знаменнику УОП.

Графа 14 - всього відпрацьовано УОП (згідно з класифікатором процедур).

При невідповідності часу роботи лікаря за графіком фактично відпрацьованій кількості годин, адміністрація в "Листку" вказує причину втрати часу (хвороба, відсутність електроенергії, води і ін.).

На підставі даних "Листка" заповнюється "Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету)" - ф. №030-2/0.

Контроль за правильністю заповнення "Листка" і переведенням його даних в "Щоденник" виконує керівник, якому безпосередньо підлеглий лікар.

При проведенні контролю за правильністю ведення "Листка", керівник повинен порівняти записи "Щоденника" з "Медичною картою стоматологічного хворого" (ф. № 043/0).

Листок щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету) має термін зберігання 1 місяць після звітнього періоду.

Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога (обл. ф. №039-2/0) (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету)

"Щоденник" заповнюється лікарем стоматологічної поліклініки, відділення (кабінету), стоматологічних відділень і кабінетів амбулаторій, поліклінік, лікарень, диспансерів, НДІ, вищих учбових закладів III-IV рівнів акредитації, госпіталів для ІВВ, жіночих консультацій, лікарських здорово

пунктів, які надають стоматологічну допомогу дорослому і дитячому населенню, включаючи роботу як бюджетних так і госпрозрахункових відділень (кабінетів).

"Щоденник" заповнюється лікарями-стоматологами і зубними лікарями, які ведуть амбулаторний терапевтичний, хірургічний, а також змішані прийоми в закладах, розташованих в міських та сільських місцевостях.

Форма № 039-2\0 є обов'язковою для обліку роботи лікарів-стоматологів за кожний день (місяць) всіх лікувальних закладів, які надають стоматологічну допомогу хворим незалежно від форм власності та підпорядкування.

"Щоденник" являється основним обліковим документом для отримання відомостей про роботу лікаря-стоматолога за місяць: про об'єм лікувальної та профілактичної роботи, яка проводиться лікарем на амбулаторному прийомі. "Щоденник" щодня заповнюється на підставі розробок даних "Листка" роботи лікаря (ф. № 037/0 - 99). В кінці місяця в "Щоденнику" кожного лікаря підводиться підсумок.

В **графі 1** вказується дата робочого дня лікаря. На основі даних цієї графі визначається кількість робочих днів, відпрацьованих лікарем за місяць.

В **графі 2** - зазначається загальне число фактично відпрацьованих годин за графіком, які в кінці місяця переводяться в кількість робочих днів (за 5-денним робочим тижнем), тобто: кількість годин необхідно розділити на 6,5 годин, отримуємо кількість днів. В дану графу включаються години, які виділяються лікарю-стоматологу для прийому КВОрих, включаючи профілактичні огляди і консультації тощо. При і Євідповідності часу роботи лікаря за графіком - вказується причина.

В **графі 3** - вказується загальна кількість відвідувань всього, «Роблених до лікаря як хворими, так і практично здоровими особами,

В **графі 15** із кількості зубів вилікуваних в одне відвідування з приводу пульпіту (гр. 11 + гр. 13) видаляються зуби, вилікувані вітальним хірургічним методом (під знеболюванням), навіть якщо постійна пломба не була поставлена у це відвідування.

В **графі 16** із кількості зубів вилікуваних в одне відвідування з приводу періодонтиту (гр.12 +гр.14) зазначається кількість зубів, канали в яких запломбовано в одне відвідування.

Графа 17 - кількість депульпованих зубів без ураження карієсом.

В **графах 18-21** - всі поставлені пломби (із графі 8) розподіляються залежно від пломбувальних матеріалів.

Графа 19 - кількість зроблених пломб з амальгам.

Графа 20 - кількість зроблених пломб з хімічних композитів.

Графа 21 - кількість зроблених пломб з світлополімерів.

Графа 22 - кількість хворих, яким проведено повний курс лікування з приводу захворювань пародонту.

В **графах 23 -27** - зазначається обсяг лікарських втручань при лікуванні захворювань пародонту.

Наприклад: Хворий А: в одне відвідування були зняті зубні напластування та проведена лікувальна терапія.

Гр. 22-1, гр. 23-1, гр. 24-1, гр. 25, 26, 27 - прочерки.

Хворий Б: були зняті зубні напластування, проведено кюретаж трьох ділянок пародонтиту, медикаментозна терапія протягом 5 сеансів та тимчасове шинування нижніх різців.

Гр. 22-1, гр. 23-1, гр.24-5, гр.25-3, гр. 26, гр.27-1.

Графа 24 - кількість хворих, яким проведено повний курс медикаментозного лікування.

Графа 25 - кількість хворих, яким проведено хірургічне лікування (кюретаж).

Графа 26 - кількість хворих, яким проведена клаптева операція з приводу захворювань пародонту.

Графа 27 - кількість хворих, яким проведено тимчасове шинування зубів.

Графа 28 - зазначається кількість хворих, які отримали повний курс лікування з приводу захворювань слизової оболонки порожнини рота.

Графа 29 - кількість видалених всього зубів (тимчасових та постійних) дорівнює сумі граф 30-35.

щелепно-лицьової ділянки, стан прикусу та складено план лікування; оглянутим як і санованим хворий може бути тільки один раз на рік. Повторні огляди у цих графах не фіксуються.

В графах 42-45 - вказується, яка кількість дорослих та дітей з тих, що оглянуті потребувала санації (лікування).

В графах 43-46 - зазначається кількість санованих дорослих і дітей з тих, що потребували лікування, незалежно від того, за скільки сеансів досягнуто санації.

Графа 46 - кількість санованих хворих дітей відмічається в чисельнику, в знаменнику - кількість витрачених умовних одиниць праце-ємності (УОП) на цю санацію.

В графах 47-50 зазначаються проведені пацієнту профілактичні заходи (гігієнічне навчання та виховання, герметизація фісур, професійне чищення зубів мінералізуючими розчинами).

Графа 47 - гігієнічне навчання та виховання включає:

- рекомендації щодо вибору засобів гігієни порожнини рота, навчання гігієні порожнини рота,
- навчання користуванням флосами, інтердентальними щітками та іншими засобами гігієни,
- рекомендації щодо догляду за ортодонтичними апаратами, змінним протезом, брекет-системою, шиною,
- проведення контролю засвоєння навичок гігієни порожнини рота, гігієнічне навчання та виховання пацієнтів в організованих колективах.

Графа 48 - герметизація фігур. Застосовують герметики як хімічної полімеризації, так і світлової.

Графа 49 - професійна гігієна порожнини рота передбачає видалення лікарем-стоматологом м'яких зубних відкладень, зубного каменю, з подальшим поліруванням поверхонь зубів, а також навчання пацієнтів раціональному застосуванню засобів і методів гігієни порожнини рота.

Графа 50 - обробка зубів мінералізуючими речовинами (препаратами кальцію, ремодент "Профокар", препарати фтору, фторовмісткі лаками, гелями).

Графа 51 - вказується кількість відпрацьованих умовних одиниць працездатності (УОП), відпрацьованих лікарем за робочий день згідно з класифікатором процедур у терапевтичній, хірургічній стоматології, стоматології дитячого віку. Заповнюється за даними графі 14 "Листка". Після заповнення щоденника підводиться підсумок по усім дням місяця по кожній графі

В стоматологічних поліклініках, відділеннях, кабінетах, що надають допомогу тільки дорослому населенню, або тільки дитячому, дат роботи лікаря заповнюються в один "Щоденник", оскільки у цих випадках виключається необхідність диференціації прийому дорослих і дітей.

В стоматологічних поліклініках, відділеннях, кабінетах, що надають допомогу і дорослому, і дитячому населенню, на кожного лікаря ведуться два "Щоденники". В одному фіксуються загальні дані, в іншому - дат про дітей.

Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету) має термін зберігання 3 роки після складення звіту.

Обладнання:

- стоматологічний пацієнт;
- інструменти основного стоматологічного набору;
- медична карта пацієнта.

План

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

II. Контроль опорних знань:

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- студенти повинні вміти заповнювати медичну документацію;
- студенти повинні вміти обстежувати стоматологічного хворого, заповнювати історію хвороби.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Питання:

1. Яка діагностична апаратура знаходиться в стоматологічному кабінеті?
2. Які методи рентгенологічного дослідження застосовуються в стоматології?
3. Перерахуйте основні показники аналізу крові в нормі.
4. Які методи забору матеріалу застосовуються для цитологічного

дослідження?

5. Перерахуйте основні методи обстеження зубів.

6. Які Ви знаєте додаткові методи обстеження зубів?

III. Формування професійних вмінь, навичок:

1.1. зміст завдань;

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

1. Заповнення медичної карти стоматологічного хворого (форма № 043/О).

2. Заповнення листка щоденного обліку роботи лікаря стоматолога (форма № 037/О);

3. Заповнення щоденника обліку роботи лікаря стоматолога (форма № 039-2/О)

1.2. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

Орієнтуюча карта для формування практичних вмінь та навичок:

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4
1	З'ясуйте паспортні дані пацієнта	звертаючись до хворого, слід називати його на ім'я та по батькові.	Ф. І. ПБ, вік, стать, місце роботи, посада, професія, адреса, телефон.
2	Скарги при першому звертанні	з'ясуйте відчуття: больові, незвичайні, неприємні, зміну зовнішнього вигляду (схуднення, жовтизна, деформація щелеп, припухлості лиця і т.д.), порушення слиновиділення, смаку	час появи, розвиток, періодичність, вираженість, характер, і т.д.
3	Історія захворювання	добивайтеся визначеності і ясності у всіх 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 порами року або іншими чинниками.

4	Історія життя	уточніть професійне навчання, трудову діяльність, характер і умови праці (розумова, фізична, в приміщенні, на відкритому повітрі, вечірні і нічні зміни, протяги, вогкість, пил, освітлення, відрядження), взаємовідносини із співробітниками регулярність в прийомі їжі, апетит, схильності в їді і т.д.	вказіть місце народження, дитинство і юність, працездатний період, умови життя, шкідливі звички, статевий розвиток, перенесені захворювання, хвороби найближчих родичів, алергологічний анамнез.
5	Загальний стан хворого	об'єктивне дослідження проводьте строго за планом, вказаному в схемі історії хвороби: уточніть самопочуття, стан шкіри і видимих слизових, 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.
6	Стан органів порожнини рота	ретельно проведіть огляд щелепно-лицьової області, використовуючи спеціальні проби, заповніть зубну формулу.	опишіть лице (симетричність, припухлість і т.д.), слизову губ, щок, твердого і м'якого піднебіння. Стан зубів. Результати зондування, перкусії, прикус, гігієну порожнини рота, пародонт, язик, зів.

7	Стан ураженого органу	при виявленні захворювання, проведіть додаткове докладне дослідження: термодіагностику, вітальне фарбування, ЕОД, люмінесцентне дослідження, трансліюмінацію, формалінову, бензидінову проби, і ін. виявіть морфологічні елементи, при необхідності візьміть мазки-відбитки, алергічні проби, посів на гриби Candida, і ін.	детально опишіть уражений орган: зуб, пародонт, СОПР
8	Попередній діагноз	на підставі приведених вище даних поставте попередній діагноз	напишіть попередній діагноз (на російській і латинській мовах)
9	Дані лабораторних методів обстеження	по показанням наведіть дані лабораторних методів дослідження, відповідно до попереднього діагнозу	аналіз крові, сечі, цукор в крові, біохімічні, цитологічні, гістологічні, мікробіологічні дослідження, визначення чутливості мікрофлори до антибіотиків, стоматоскопія, біомікроскопія. Аналіз крові на RW, HBS – антиген і HIDS, ВІЧ. Консультації інших фахівців (терапевта, ендокринолога, гематолога, алерголога, гінеколога, і ін.).
10	Дані рентгенологічних досліджень	у історію хвороби вклейте рентгенограму (візіограму і т.д.)	описати рентгенограму при ураженнях зубів, пародонта, інших тканин і органів щелепно-лицьової області.

11	Диференціальна діагностика	проводиться шляхом порівняння важливих симптомів хвороби пацієнта з схожими ознаками близьких по клініці захворювань, з віддзеркаленням особливостей їх прояву у даного пацієнта.	привести детально, вказавши патогенетичний зв'язок окремих симптомів і симптомокомплексів, даних лабораторного і інструментального дослідження
12	Остаточний діагноз	на підставі характерних скарг хворого, анамнезу захворювання, об'єктивних і додаткових досліджень диференціальної діагностики поставте остаточний діагноз (на російській і латинській мовах).	поставте остаточний діагноз, використовуючи дані опитування, анамнезу, об'єктивних досліджень. Вибираються найбільш важливі, достовірні симптоми. Приведіть результати додаткових методів дослідження, клінічних аналізів, консультацій інших фахівців, результати диференціальної діагностики. Остаточний діагноз складається з діагнозу основного захворювання і супутнього патологічного процесу. Додатково проводиться обґрунтування всіх положень діагнозу (фази захворювання, ступеня тяжкості, функціональних порушень, ускладнень).
13	Етіологія і патогенез захворювання	основні моменти етіології і патогенезу захворювання висловлюються з урахуванням особливостей у	стисло опишіть етіологію і патогенез даного захворювання

		конкретного пацієнта.	
14	Терапія	при складанні плану лікування виходите з конкретного аналізу клінічної картини захворювання, враховуючи особливості його прояву і загальний стан пацієнта. Лікування повинне бути комплексним, включати місцеве і загальне, виходячи з конкретного патологічного процесу, його клініки, етіології і патогенезу.	представте короткий огляд сучасних методів лікування захворювання, складіть план лікування хворого
15	Прогноз	найближчий, віддалений для органу і організму в цілому (сприятливий, сумнівний, несприятливий).	вказіть прогноз стану органів і тканин порожнини рота. Дайте рекомендації пацієнту по гігієні порожнини рота, профілактиці конкретної патології, можливих ускладнень.

1.3. вимоги до результатів роботи;

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

1.4. матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Питання:

1. Назвіть основні облікові та звітні статистичні форми в стоматології.
2. Що вивчає клінічний курс терапевтичної стоматології.
3. Правила заповнення медичної карти стоматологічного хворого (форма № 043/О).
4. Правила заповнення листка щоденного обліку роботи лікаря стоматолога (форма № 037/О);
5. Правила заповнення щоденника обліку роботи лікаря стоматолога (форма № 039-2/О)

Тести:

1. Термін зберігання щоденника обліку роботи лікаря стоматолога (форма № 039-2/О)
 - A. 1 рік
 - B. 2 роки
 - C. 3 роки
 - D. 4 роки
 - E. 5 років
2. Термін зберігання щоденного обліку роботи лікаря стоматолога (форма № 037/О)
 - A. 1 рік
 - B. 2 роки
 - C. 3 роки
 - D. 4 роки
 - E. 5 років
3. Термін зберігання медичної карти стоматологічного хворого (форма № 043/О).
 - A. 1 рік
 - B. 2 роки
 - C. 3 роки
 - D. 4 роки
 - E. 5 років

4. Хто заповнює рядок «Діагноз» у медичній карті стоматологічного хворого (форма № 043/О).

- A. Лікар
- B. Регістратор
- C. Медична сестра
- D. Хворий
- E. Завідувач відділенням

5. Скільки щоденників на кожного лікаря ведуться в стоматполіклініках, що надають допомогу і дорослому і дитячому населенню.

- A. 1
- B. 2

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.
2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.
3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно

від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.

4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології: [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.

5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. – Полтава: Дивосвіт, 2019. – 108 с.

Практичне заняття № 5

Тема: Гігієна порожнини рота, та її значення в комплексній профілактиці захворювань органів порожнини рота і організму в цілому. Визначення ГІ за Федоровим-Володкіною та Green-Vermillion (стандартна та спрощена методики), індексу ефективності гігієни порожнини рота

Мета: сформувати чітке уявлення про значення гігієни ротової порожнини в комплексній профілактиці стоматологічних захворювань і організму в цілому, оволодіти навичками визначення індексу гігієни, індексу ефективності гігієни ротової порожнини; гігієни ротової порожнини пацієнта та професійної гігієни ротової порожнини.

Основні поняття:

Гігієна порожнини рота - це один з найважливіших ланок профілактики не тільки стоматологічних захворювань, але і організму в цілому. Масові обстеження населення, проведені у всіх країнах світу, переконливо показали, що систематичний догляд за порожниною рота має безперечне профілактичне значення.

У всіх випадках при обстеженні було встановлено, що карієс зубів і захворювання пародонту в осіб, регулярно чистять зуби, зустрічалися значно рідше. Крім того, було доведено, що гігієна порожнини рота не тільки грає роль в профілактиці стоматологічних захворювань, але і сприяє зниженню деяких хронічних захворювань, рідше загострюються хронічні тонзиліти, захворювання слизової оболонки порожнини рота і губ.

Гігієна порожнини рота складається з навчання, стоматологічного виконання гігієнічних заходів, контролю за правильністю їх здійснення і включає в себе очищення зубів і полоскання. Для цього використовують спеціальні засоби і предмети гігієни, що дозволяють ефективно очищати порожнину рота від зубних відкладень і залишків їжі.

До засобів і предметів гігієни порожнини рота пред'являються певні вимоги: вони повинні бути абсолютно нешкідливі для тканин зубів і слизової порожнини рота; володіти хорошим очищує властивістю, тобто видаляти зубний наліт і тим самим перешкоджати утворенню зубного каменю; надавати протизапальну дію на ясна і слизову оболонку порожнини рота;

володіти противокаріозним дією; не повинні порушувати фізіологічної рівноваги мікрофлори порожнини рота і впливати на активність слинних ферментів, змінювати кислотно-лужний баланс в роті.

Сучасні засоби для догляду за порожниною рота поділяють на зубні порошки, пасти, еліксири, гелі.

Основними предметами догляду за порожниною рота є зубні щітки, флоси, зубочистки, міжзубні стимулятори і іригатори, що дозволяють очистити всі поверхні зубів, навіть важкодоступні.

Названі предмети і засоби гігієни порожнини рота застосовуються індивідуально в домашніх умовах.

Методи чистки зубів:

Метод Чартера: зубну щітку встановлюють під кутом 45° до ясенного краю. Рухи кругові, встряхивающие і вібруючі, щоб щетинки проникали в міжзубні проміжки.

Метод Стілмана. Зубна щітка установлюється під кутом 45 ° до осі зуба і максимально надавлюється на ясенний край до видимої анемічності ясна. Далі проводиться слабе обертальний рух до відновлення кровотоку в яснах. Язичні поверхні зубів очищають, ставлячи щітку паралельно осі зуба. Жувальні поверхні очищають рухами, спрямованими перпендикулярно до оклюзійної площини.

Метод Смитта-Белла. Зубну щітку встановлюють перпендикулярно жувальній поверхні. Рухи зубної щітки повторюють шлях їжі при жуванні: натискаючи і обертаючи, головка щітки просувається до ясен, ковзає по ній і переміщається до наступного зуба.

Метод Леонардо. Щітка встановлюється перпендикулярно до поверхні зубів. Здійснюються вертикальні руху в напрямку від ясен до коронки зуба: на верхній щелепі зверху вниз; на нижній знизу - вгору. Вестибулярні поверхні зубів чистять при зімкнутих зубах зверху вниз і знизу вгору. Жувальну поверхню очищають рухами вперед-назад.

Метод Басс. Щітка повинна перебувати під кутом 45° до осі зуба. Вестибулярні поверхні зубів очищаються вібруючими рухами вперед-назад без переміщення кінців щетини. Внутрішні поверхні очищаються так само. Жувальні поверхні чистять рухами зубної щітки вперед-назад.

Метод Розвівайтесь. Щітка ставиться паралельно осі зуба на початку під кутом 90° до осі зуба в кінці руху. Скачуючі руху від ясен до коронки. Жувальні поверхні зубів очищають рухами щітки вперед-назад.

Метод Фонеса. Щетинки зубної щітки ставлять перпендикулярно до вестибулярної поверхні зуба. Зубні ряди зімкнуті, руху зубної щітки кругові. Мовні (піднебінні) поверхні зубів очищаються по чергово круговими рухами. Кругові (спіралеподібні) руху дозволяють зробити масаж ясен і очистити жувальні поверхні зубів.

ПРАВИЛА ЧИСТКИ ЗУБОВ:

- 1.Щетка миється теплою проточною водою.
- 2.На щетину наноситься зубна пастаю
- 3.Полость рота ретельно прополоскати теплою водою.

4.Провести чистку зубів стандартним способом. Переважати повинні вертикальні і вимітають руху.

5. Час чищення зубів 3-4 хвилини, що становить 340-450 парних рухів.

6.Прополоскати порожнину рота водою з фторсодержащим еліксіром.

7.Щетка миється теплою проточною водою і милом, ставиться голівкою вгору.

8.Чистити зуби необхідно 2 рази на день: вранці після сніданку і ввечері перед сном.

ПРОФЕСІЙНА ГІГІЄНА ПОРОЖНИНИ РОТА.

Професійна гігієна порожнини рота проводиться лікарем-стоматологом і включає в себе ретельне обстеження порожнини рота, щоб стан зубів, санітарна освіта, видалення м'яких зубних відкладень, зубного каменю, подальше полірування зубів і пломб, підбір предметів та засобів гігієни, навчає користуватися ними, проводить корекцію якості гігієни, пояснює необхідність систематичного видалення м'яких зубних відкладень з недоступних поверхонь, використовуючи флоси, зубочистки.

Професійна гігієна проводиться в 3 етапи:

1. - Огляд порожнини рота;

- Реєстрація стану зубів і ясен, демонстрація пацієнту нальоту за допомогою зонда, екскаватора і індикаторів зубного нальоту;

- Видалення зубного нальоту за допомогою пасти, щіток, гумок.

2. Навчання пацієнта чищенні зубів, підбір засобів і методів.

3. Пацієнт демонструє вміння чистити зуби і міжзубні проміжки. Лікар проводить контроль якості гігієни за допомогою барвників - індикаторів.

Індекс Гігієни Ю.А. Федорова В.В.Володкіної (1971). В основу покладена бальна оцінка площі фарбування вестибулярних поверхонь шести передніх зубів нижньої щелепи (43,42,41,31,32,33) розчином Шиллера-Писарева. Присутність нальоту оцінюється за допомогою кодів-балів:

1 зубний наліт не виявлене;

2 фарбування $\frac{1}{4}$ поверхні коронки зуба;

3 - фарбування половини поверхні коронки зуба;

4 - фарбування $\frac{3}{4}$ поверхні коронки зуба;

5 - фарбування всієї поверхні коронки зуба.

Для оцінки зубного нальоту складають коди-бали і отриману суму ділять на кількість зубів (6).

Індекс гігієни Гріна-Вермільйона.

Для визначення індексу обстежують 6 зубів: 16,11,26,31 - вестибулярні поверхні, 36,46 - язичні поверхні. Фарбують.

Значення індексу зубного нальоту:

0- нальоту немає;

1 наліт покриває не більше $\frac{1}{3}$ поверхні зуба;

2 наліт покриває до $\frac{2}{3}$ поверхні зуба;

3 наліт покриває більш $\frac{2}{3}$ поверхні зуба.

Індекс визначається складанням кодів зубного нальоту - сума показників кожного зуба поділена на 6.

Значення показників:

0,0-0,6 - хороший;

0,7-1,8 - задовільний;

1,9-3,0 - поганий.

Індекс ефективності гігієни порожнини рота:

Фарбують 6 зубів: 16,26,11,31- вестибулярні поверхні; 36,46-мовні.

Обстежувану поверхню кожного зуба умовно ділиться на 5 сегментів: медіальний, дистальний, серединно-оклюзійний, центральний, серединно-пришийковий.

Коди і критерії оцінки зубного нальоту

0-відсутність фарбування;

1 виявлено фарбування.

Визначивши код для кожного зуба, індекс обчислюється складанням балів окращених сегментів. Отримані величини підсумовують і ділять на число обстежених зубів. Індекс розраховується так: Суму балів всіх зубів ділять на кількість обстежених зубів.

0 балів - відмінний рівень гігієни;

0,1-0,6- хороший;

0,7-1,6 - задовільний;

1,7 і більше - незадовільний.

Обладнання:

- стоматологічний пацієнт;
- інструменти основного стоматологічного набору;
- абразивні пасти;
- інструменти для видалення зубних відкладень;
- щітки, диски для полірування поверхні зубів;
- ремінералізуючі препарати.

Навчальний час: 2 години

План

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

II. Контроль опорних знань:

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- знати види гігієни ротової порожнини;
- знати методи чистки зубів;
- знати засоби гігієни;
- вміти визначати індекси гігієни, зубного нальоту, зубного камню;
- вміти провести професійну гігієну ротової порожнини.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Питання:

- 1.Профілактика основних стоматологічних захворювань.
- 2.Гігієна ротової порожнини. Значення в профілактиці основних стоматологічних захворювань.
- 3.Методи гігієни ротової порожнини.
- 4.Засоби гігієни ротової порожнини.
- 5.Індекси гігієни.
- 6.Індекси контролю гігієни.
- 7.Професійна гігієна ротової порожнини. Етапи. Методика.

III. Формування професійних вмінь, навичок:

1.5. зміст завдань;

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

- Профілактика основних стоматологічних захворювань.
- Гігієна ротової порожнини. Значення в профілактиці основних стоматологічних захворювань.
- Методи гігієни ротової порожнини.
- Засоби гігієни ротової порожнини.
- Індекси гігієни.
- Індекси контролю гігієни.
- Професійна гігієна ротової порожнини. Етапи. Методика.

1.6. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

Орієнтуюча карта для формування практичних вмінь та навичок:

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1.Вивчити методи чистки зубів. 2.Вивчити поняття «зубний наліт, зубний камінь». 3.Вивчити етапи професійної гігієни ротової порожнини.	Навчити пацієнта індивідуальної гігієни ротової порожнини. Навчитися визначати основні гігієнічні індекси. Провести професійну гігієну.	

1.7. вимоги до результатів роботи;

Методика виконання роботи, етапи виконання, кроки:

1.	Суб'єктивне обстеження хворого (опитування) - Визначення скарг; - Анамнезу захворювання; - Анамнезу життя	Історія хвороби, коректне опитування та поважне відношення до хворого	Знати можливі харчові та інші звички пацієнту.
2.	Об'єктивне обстеження: Основні методи: - зовнішній огляд (колір шкіри, регіональні лімфовузли); - огляд порожнини рота та зубів; - зондування;	Огляд, пальпація Інструменти для огляду Стоматологічний зонд Пінцет, ватні кулі, розчин Шилера-Писарєва.	Без особливостей Наявність зубного нальоту або камню надясенового та підясенового. Наявність зубного нальоту або камню надясенового та підясенового.
3.	-визначення індексів гігієни, зубного камню та нальоту (Грін-Вермільону, Федорова-Володкіної та інші		
4.	- провести чистку всіх поверхонь зубів щіткою з абразивною пастою , гумовими приладами, штрипсами та інш.	Щітки, гумові насадки, абразивна паста, штрипси.	Контроль якості професійної гігієни:індекс гігієни.

1.8. матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Питання:

- 1.Що таке зубний наліт, зубний камінь? Хімічний склад. Фази утворення.
- 2.Назвіть методи чистки зубів.
- 3.Стандартний метод чистки зубів.
- 4.Індекс Федорова-Володкіної.
- 5.Індекс Гріна-Вермільона.

Тести:

- 1.Наличие зубного налета и камня на зубах оценивают с использованием индекса:
А.Грина-Вермильона
Б.СРІТN;
В.Федорова-Володкиной;
Г. Ра.ссела
- 2.При хорошем гигиеническом состоянии полости рта ИГ равен
А.1-1,5;
Б.2-2,5;
В.3-4;
Г.4-6;
Д.6-10.
3. К минерализованным зубным отложениям относятся :
А. наддесневой зубной камень;
Б. пищевые остатки;
В.мягкий зубной налет;
Г.поддесневой зубной камень;
Д.налет курильщика.
- 4.Зубной налет - это:
А.скопление пищевых остатков на поверхности зуба;
Б.скопление микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности на поверхности зуба;
- 5.Для определения гигиенического состояния фронтальных зубов используют индекс:
А.Грин-Вермильона;
Б.СРІТN;
В.Рассела
Г. Федорова-Володкиной.
6. Источником минералов для поддесневого зубного камня является:
А. слюна;
Б.десневая жидкость;
- 7.Минеральную основу зубного камня составляет:
А.Гидроксиапатит;
Б.гидроокись кальция;

- В.Фторопатит;
Г.скопление слюнных гликопротеидов на поверхности зуба.
8. Под зубной бляшкой на поверхности зуба возникает очаг деминерализации. Он обусловлен :
А.накоплением молочной кислоты и сдвигом рН в кислую сторону;
Б.скоплением микроорганизмов и накоплением простогландинов;
В.накоплением ферментов элстазы и коллагеназы.
9.Какой вид минерализованного зубного отложения называют сывороточным?:
А.наддесневой зубной камень;
Б.поддесневой зубной камень;
В.зубную бляшку.
10.Какой вид зубного налета называется налет Пристли:
А. Белый
Б.зеленый;
В. коричневый.

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.

2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.
3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.
4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.
5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. – Полтава: Дивосвіт, 2019. – 108 с.

Практичне заняття № 6

Тема: Зубний наліт та зубний камінь. Механізм утворення. Структура, фізичні властивості, хімічний склад, мікрофлора. Способи видалення. Проведення професійної гігієни порожнини рота. Оцінка ефективності видалення зубного нальоту і зубного каменю.

Мета: сформувати чітке уявлення про поняття зубного нальоту, зубного каменю, хімічний склад, структуру, фізичні властивості зубного нальоту, класифікацію зубних відкладень.

Основні поняття:

Кутикула (Насмітова оболонка) - безструктурне неклітинні утворення товщиною 0,2 мкм. Вона представляє собою скороченої епітелій емалевого органу і розташовується на поверхні зуба.

Пеллікула - безструктурне освіту, її після прорізування зуба і щільно фіксується на його поверхні у вигляді тонкої (0,1 - 1 мкм) прозорої плівки.

Зубний наліт - біологічна плівка на поверхні зуба, що складається з бактерій, харчових залишків, епітелію, лейкоцитів. Зубний наліт утворюється шляхом адсорбції мікроорганізмів на поверхні емалі і зростає за рахунок постійного нашарування нових видів мікрофлори, в певній послідовності:

- кокковая флора;
- палочковідні бактерії;
- нітевідні бактерії.

У міру зростання нальоту і збільшення його товщини починають переважати анаеробні форми мікроорганізмів. Дводенний зубний наліт майже повністю сформований з бактерій, концентрація яких в одиниці об'єму дуже велика - в 1 мг речовини зубного нальоту знаходиться 500×10^6 мікробних клітин 325 видів. Крім того в зубному нальоті присутні і небактеріальні мікроорганізмів (віруси і найпростіші).

Складові компоненти зубного нальоту знаходяться всередині міжклітинної матриці, що представляє собою гідратований гель. У ньому

мікроорганізми існують і розмножуються. Міжклітинна матриця складається з органічних і неорганічних речовин, що походять з слини і ясенної рідини або утворюються в результаті метаболізму мікрофлори. Матриця займає від 10 до 40% обсягу нальоту і захищає бактерії від дії антимікробних факторів.

Хімічний склад: вода - 80-85%; органічні речовини - глікопротеїди, полісахариди, жири; неорганічні - з'єднання Са, Р, F, які в основному представлені з слини. На 1 мг сухої маси зубного нальоту доводиться 3,36 мкг Са; 8,37 мкг Р; 4,20 мкг - До і 1,30 мкг Na. Близько 40% сухої маси неорганічних речовин знаходиться у вигляді оксіапатита.

У пробах триденного зубного нальоту вміст фосфору, натрію і калію вище, ніж в слині.

Вміст мікроелементів в зубному нальоті варіабельно. До його складу входять фтор, молібден, ванадій, стронцій, селен, літій.

Освіта зубного нальоту:

1-я фаза (1-2 дні): поверхня зуба, гра Ничай з яснами, покривається бактеріями, які прилипають до вже наявних.

2-я фаза (3-4) день: зовнішній шар нальоту покривається шаром грампозитивних паличок і дуже потовщується.

3-тя фаза (4-7 день): наліт починає проникати під ясна і бактерії, а також продукти їх метаболізму циркулюють в ясенній бороздці.

4-я фаза (7-11 день): приєднуються нові види мікроорганізмів наліт заповнює всю десневу борозенку.

Зубний камінь є отверділої масою, яка утворюється на поверхні зубів, протезів і характеризується певною локалізацією, кольором, структурою, походженням.

За своєю структурою зубний камінь - це мінералізована зубна бляшка. В основі механізму мінералізації зубної бляшки лежать процеси зв'язування іонів кальцію з протеїнополісахарідними комплексами її органічного матриксу та осадження кристалічних солей фосфату кальцію.

Органічна частина: клітинний комплекс - епітелій, лейкоцити, мікроорганізми, осматки їжі; вуглеводи - галактоза, глюкоза, маноза; протеїни - амінокислоти; ліпіди - нейтральні жири, вільні жирні кислоти, холестерин, фосфоліпіди.

Неорганічні компоненти: гідроксіапатиту.

Механізм утворення зубного каменю пов'язаний з кальцифікацією зубного нальоту. Для мінералізації зубної бляшки необхідно 12 днів.

КЛАСИФІКАЦІЯ Зубних відкладень

Мінералізованих З.В.

Зубний камінь

- поддесневой

- наддесневой

Немінералізовані З.В.

— кутикула

- пеллікула
- харчові залишки
- Зубний наліт.

Обладнання:

- стоматологічний пацієнт;
- інструменти основного стоматологічного набору;
- абразивні пасти;
- інструменти для видалення зубних відкладень;
- щітки, диски для полірування поверхні зубів;
- ремінералізуючі препарати.

Навчальний час: 2 години

План

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

II. Контроль опорних знань:

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- знати хімічний склад зубних відкладень;
- знати фізичні властивості;
- знати фази формування;
- вміти провести огляд порожнини рота та зубів;
- вміти досліджувати тверді тканини зуба за допомогою клінічних методів;
- вміти визначати індекси гігієни, зубного нальоту, зубного каменю.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Питання:

- 1.Анатомія твердих тканин зубів.
- 2.Склад та властивості ротової рідини.
- 3.Клінічні та додаткові методи обстеження пацієнтів.
- 4.Поняття «Зубний наліт, зубний камінь».
- 5.Класифікація зубних відкладень.
- 6.Обстеження пацієнтів, які звернулися зі скаргами.
- 7.Хімічний склад зубного нальоту та каменю.

III. Формування професійних вмінь, навичок:

1.9. зміст завдань;

Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати під час

практичного заняття:

- Анатомія твердих тканин зубів.
- Склад та властивості ротової рідини.
- Клінічні та додаткові методи обстеження пацієнтів.
- Поняття «Зубний наліт, зубний камінь».
- Класифікація зубних відкладень.
- Обстеження пацієнтів, які звернулися зі скаргами.
- Хімічний склад зубного нальоту та каменю.

1.10. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

Орієнтуюча карта для формування практичних вмінь та навичок:

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1.Вивчити класифікації зубного нальоту та каменю. 2.Вивчити поняття «зубний наліт, зубний камінь». 3.Вивчити склад, властивості зубного каменю та нальоту.	Навчитися визначати основні гігієнічні індекси.	

1.11. вимоги до результатів роботи;

Методика виконання роботи, етапи виконання, кроки:

Г. редуцированными клетками эпителия эмалевого органа.

2. Кутикула представляет собой:

А. производное гликопротеидов слюны;

Б. редуцированные клетки эпителия эмалевого;

В. скопление микроорганизмов и углеводов;

Г. совокупность микроорганизмов содержащих хлорофил;

Д. скопление микроорганизмов с органическими и минеральными компонентами.

3. К минерализованным зубным отложениям относятся :

А. наддесневой зубной камень;

Б. пищевые остатки;

В. мягкий зубной налет;

Г. поддесневой зубной камень;

Д. налет курильщика.

4. Зубной налет - это:

А. скопление пищевых остатков на поверхности зуба;

Б. скопление микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности на поверхности зуба;

5. Зрелый зубной налет преимущественно содержит микроорганизмы:

А. аэробные;

Б. анаэробные;

В. аэробные и анаэробные.

6. Источником минералов для поддесневого зубного камня является:

А. слюна;

Б. десневая жидкость;

7. Минеральную основу зубного камня составляет:

А. Гидроксиапатит;

Б. гидроокись кальция;

В. Фторапатит;

Г. скопление слюнных гликопротеидов на поверхности зуба.

8. Под зубной бляшкой на поверхности зуба возникает очаг деминерализации. Он обусловлен :

А. накоплением молочной кислоты и сдвигом pH в кислую сторону;

Б. скоплением микроорганизмов и накоплением простагландинов;

В. накоплением ферментов эластазы и коллагеназы.

9. Какой вид минерализованного зубного отложения называют сывороточным?:

- А. наддесневої зубної камені;
- Б. поддесневої зубної камені;
- В. зубну бляшку.

10. Яким видом зубного нальоту називається налет Пристли:

- А. Білий
- Б. зелений;
- В. коричневий.

Тема: Способи видалення зубних відкладень. Проведення професійної гігієни порожнини рота. Оцінка ефективності видалення зубного нальоту та зубного каменю.

Мета: оволодіти навичками видалення зубних відкладень, оволодіти різними методами видалення зубних відкладень з використанням інструментів, апаратів і медикаментозних засобів.

Основні поняття:

Зубні відкладення – це накопичення мікроорганізмів та продуктів їх життєдіяльності на поверхні зубів. Проблема зубних відкладень та їх значення в розвитку і перебігу захворювань пародонту давно хвилювала наших співвітчизників. Федоров Ю.А., Корінь А.І., Левицький А.П., Мізіна І.К. вважають однією з причин зубних відкладень порушення гігієни порожнини рота. В останній час існують 4 методи видалення зубних відкладень:

1. Інструментальний (механічний).
2. Хімічний з використанням кислот.
3. Фізичний з використанням приладів.
4. Комбінований метод.

Для видалення зубного нальоту використовують абразивні пасти з допомогою гумових чашечкою і спеціальних щіток з серії «Полідент», «Белгель», «Дентартоультра». Для відбілювання використовують офіційні препарати, що містять цитрат натрію, 3% перекис водню, 10% розчин перекису карбонату для професійного та домашнього відбілювання.

Обладнання:

- стоматологічний пацієнт;
- інструменти основного стоматологічного набору;
- абразивні пасти;
- інструменти для видалення зубних відкладень;
- щітки, диски для полірування поверхні зубів;
- ремінералізуючі препарати.

План

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

II. Контроль опорних знань:

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- вміти видаляти зубні відкладення з допомогою інструментів;
- вміти проводити метод хімічного видалення зубних відкладень;
- вміти проводити метод фізичного видалення зубних відкладень за допомогою приладів.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Тести:

1. У вигляді яких сполук містяться мінеральні речовини в емалі зуба?
А – у вигляді різних фосфорнокислих солей кальцію.
В – фосфорнокислий кальцій, вуглекислий кальцій.
С- гідроксоапатити, карбонатапатити, хлорапатити, фторапатити.
Д – у вигляді різних вуглекислих солей кальцію.
Е – карбонатапатити, хлорапатити, фторапатити.
2. Як розподіляються мінеральні речовини в емалі зуба?
А – концентрація мінеральних речовин однакова в усіх шарах емалі
В- концентрація мінеральних речовин більше в внутрішніх шарах емалі
С - концентрація мінеральних речовин більше в зовнішніх шарах емалі
Д – солі кальцію і фтору рівномірно розподілені по всій товщі емалі
Е - солі кальцію і фтору розподілені більше на поверхні емалі
3. Як розподіляються апатити в емалі
А – у поверхневих шарах у відносног більшій кількості фторапатити, у глибоких – карбонатапатит
В – у зовнішньому шарі емалі більше гідроксиапатиту
С – усі апатити рівномірно розподілені в емалі зуба
Д – у зовнішньому шарі емалі бльше карбонатапатиту
Е – у внутрішньому шарі емалі більше гідроксиапатиту.
4. Як розподіляються органічні речовини в емалі зуба?
А- концентрація органічних речовин більша в зовнішніх шарах емалі
В – рівномірно у вигляді сітчатих структур по всій товщині емалі
С- концентрація органічних речовин більша у внутрішніх шарах емалі
Д – органічні речовини в емалі відсутні
Е – становлять 20% в структурі емалі, більше на її поверхні

5. Де в основному міститься органічна речовина емалі?

А- становить сітчасту структуру емалевих призм

В – в основному в міжпризмовій речовині емалі

С – концентрація органічних речовин більша у внутрішніх шарах емалі

Д – органічні речовини в емалі відсутні

Е – в основному в емалевих пучках і веретенах емалі.

6. Що являє собою структура емалі?

А – високомінералізована однорідна субстанція, що містить до 95% неорганічних речовин

В – кристалоподібна високомінералізована структура, що складається лише зінеральних речовин

С – упорядкований у вигляді призм комплекс кристалів апатитів і 2-3% органічної речовини

Д – високомінералізована субстанція, що складається з кристалів солей кальцію

Е – кристали апатитів та аморфні солі кальцію між ними.

7. Чи проникна емаль зуба?

А – проникна, але тільки для іонів органічних речовин

В – проникна, але тільки для іонів неорганічних речовин

С- проникна, для багатьох неорганічних та органічних речовин

Д – високомінералізована емаль зуба не проникна для мінеральних речовин

Е – недостатньо мінералізована (недозріла емаль проникна для мінеральних речовин).

ІІІ. Формування професійних вмінь, навичок:

1.13. зміст завдань;

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

1. Розібрати механізм виникнення зубних відкладень.

2. Визначити методи видалення зубних відкладень.

3. Виписати рецепти 3-х засобів розчину антисептиків, 2-х хімічних речовин, 2-х приладів для фізичного методу видалення зубних відкладень.

1.14. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

Орієнтуюча карта для формування практичних вмінь та навичок:

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4

1	Вивчити склад і локалізацію зубних відкладень.	Визначити спосіб діагностики зубних відкладень.	
2	Вивчити склад і властивості індикаторів зубного нальоту.	Дати перелік речовин, які входять до складу індикаторів зубного нальоту.	
3	Вивчити методи видалення зубних відкладень.	Навести методику видалення зубних відкладень з допомогою інструментів, хімічних речовин та фізичних приладів.	

1.15. вимоги до результатів роботи;

Методика виконання роботи, етапи виконання, кроки:

Див. Сборник алгоритмов практических навыков и умений к практически-ориентированному Государственному экзамену по специальности: 7.110106 «Стоматология», под ред. проф. Л.Д. Чулака, Одесса, 2004 г.

1.16. матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Питання:

1. Наведіть класифікацію зубних відкладень.
2. Які стадії виділяють у процесі нашарування зубного нальоту?
3. Які умови необхідні для виникнення надясневого зубного каменю по Лукомському І.Г.?
4. Які механізм виникнення підясневого зубного каменю?
5. Наведіть методи видалення відкладень на зубах?
6. Які медикаментозні засоби використовуються під час видалення зубних відкладень?

Тести:

1. Чоловік, 35 років звернувся до стоматолога з метою санації зубів. Об'єктивно: в пришийковій ділянці 11,12,13,21,22,23,31,32,33,41,42,43 зубів білий, м'який наліт. Яка тактика лікаря-стоматолога?
А. З допомогою шпателя видалити зубний наліт.
В. З допомогою ватного тампону, змоченого розчином фурациліну, видалити зубний наліт.

- С. З допомогою ватного тампону, змоченого 3% розчином перекису водню видалити м'який наліт та дати пораду по раціональній гігієні порожнини рота..
- Д. Дати пораду проводити полоскання порожнини рота вранці та ввечері розчином соди.
- Е. Користуватися зубним порошком під час чищення зубів.

2. Чоловік, 47 років скаржиться на появу коричневого нальоту на зубах. З анамнезу життя виявлено, що чоловік викурює за день 15-20 сигарет. Об'єктивно: на коронках зубів щільний коричневий наліт, який покриває 2/3 коронки зубів. Яка тактика лікаря-стоматолога?

- А. Дати пораду полоскати порожнину рота розчином фурациліну.
- В. Провести видалення нальоту екскаватором, а потім полірами, гумовими чашечками і спеціальними щітками з допомогою пасти «Полідент». Дати пораду по раціональній гігієні порожнини рота.
- С. Проводити чистку зубів за допомогою бікарбонату натрію.
- Д. Проводити чистку зубів за допомогою повареної солі.
- Е. Проводити чистку зубів зубним порошком.

3. Хворий, 58 років звернувся до стоматолога з метою санації. Об'єктивно: у пришийкових ділянках зубів на верхній та нижній щелепах дуже щільний наліт коричневого кольору. Які з перелічених нижче відкладень мають такий характер?

- А. Зубний наліт коричневого кольору.
- В. Зубний наліт темно-коричневого кольору.
- С. Мінералізовані надясневі зубні відкладення.
- Д. Мінералізовані підясневі зубні відкладення.
- Е. Немінералізовані зубні відкладення.

4. Яким чином мікроорганізми зубних відкладень впливають на емаль зубів?

- А. В результаті великої кількості мікроорганізмів в зубному нальоту порушуються проникаючі властивості емалі зуба.
- В. Мікроорганізми викликають некроз емалі зуба.
- С. Мікроорганізми виділяють гідролітичні ферменти і органічні кислоти, які викликають розчинність пелікули і приводять до демінералізації твердих тканин зуба.
- Д. Мікроорганізми викликають ремінералізацію емалі зуба.
- Е. Мікроорганізми викликають подразнення органічної частини емалі зуба.

5. Які об'єктивні тести використовують для якісної та кількісної оцінки наявності зубних відкладень?

- А. ТЕР-тест емалевої резистентності.
- В. Гігієнічний індекс Федорової-Володкіної та Гріна-Вермільцона.
- С. Проба Шилера-Писарева.
- Д. Індекс гінгівіту.
- Е. Папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА).

Відповіді на тести та задачі:

Тести:

1	C
2	B
3	D
4	C
5	B

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.
2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.
3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.
4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.
5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів

стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. – Полтава: Дивосвіт, 2019. – 108 с.

Практичне заняття № 7

Тема: Карієс зуба. Визначення поняття. Статистичні показники карієсу зубів. Класифікація карієсу. Поняття структурної та функціональної резистентності твердих тканин зуба. Визначення резистентності емалі (тер-тест). Сучасні уявлення про етіологію і патогенез карієсу. Вклад вчених: Міллера, Д.А. Ентіна, І.Г. Лукомського, А.Е. Шарпенака, А.І. Рибаківа, Е.В. Боровського та ін.

Мета: сформувати чітке уявлення про поняття карієсу зубів, статистичні показники карієсу зубів, класифікацію карієсу зубів.

Основні поняття:

Карієс зубів - це патологічний процес, що виявляється після прорізування зубів, при якому відбуваються демінералізація і розм'якшення твердих тканин зуба з подальшим утворенням дефекту у вигляді порожнини.

Згідно номенклатурі ВООЗ, для оцінки ураженості зубів карієсом використовуються три основні показники:

1.Распространенность захворювання. Це індекс, який визначається відсотком осіб, що мають каріозні, пломбовані і віддалені зуби, в тому мул іншому населеному пункті, районі, місті, області.

2.Інтенсивність ураження зубів карієсом. Визначається за кількістю уражених карієсом зубів. Для цього ВООЗ запропонував використовувати у дорослих індекс КПУ (К-каріозний зуб, П-опломбований, У-віддалений); для дітей з тимчасовим прикусом - кп (к-карієс, п-опломбований); для дітей із змінним прикусом - КПУ + кп. Щоб полегшити порівняльну оцінку захворюваності карієсом зубів на різних континентах світу ВООЗ в 1980 році запропонувала виділяти 5 ступенів ураженості залежно від КПУ у дітей 12 років.

- 1) дуже низька - від 0-до1,1;
- 2) низька - 1,2-2,6;
- 3) помірна - 2,7 - 4,4;
- 4) висока - 4,5 - 6,5;
- 5) дуже висока 6,6 і вище.

3. Приріст інтенсивності, або захворюваність. Визначається у одного і того ж особи або контингенту через певний термін (1,3,5,10 років). Різниця у значенні показника між другим і першим оглядами і складає приріст інтенсивності карієсу.

□ Під час експерименту на гнотобіотних тварин показано, що етіологічним фактором є мікроорганізми.

☐ Головною умовою розвитку каріозного процесу є утворення зубної бляшки.

☐ Висококарієсогенними є штами *Str. mutans*. Також карієсогенними є: *Str. sanguis*, *Str. salivaris*, *Str. mulleri*, *Lactobacillus acidophilus*, *L. casei*, *Actinomyces viscosus*.

☐ Карієсогенні мікроорганізми здатні трансформувати сахарозу в декстрини і Льова, що володіють властивістю приклеюватися до твердих тканин.

☐ Незадовільна гігієна порожнини рота.

☐ Неповноцінне харчування (переважання вуглеводів), і питна вода.

☐ Порушення властивостей і складу ротової рідини.

☐ Зниження резистентності емалі.

☐ Спадкова схильність до карієсу зубів.

☐ Перенесені та супутні захворювання.

☐ Іонізуюча радіація.

А.І. Darling при проведенні поляризаційної мікроскопії виділив в плямі три зони:

☐ Тіло поразки

☐ Темна зона

☐ Прозора зона

А.І. Darling і G. Nikiforuk (1985) довели, що в стадії білого і пігментованого плями відбувається демінералізація, яка більш виражена в підповерхневому шарі, ніж в зовнішньому.

Г.Н.Пахомов (1974) вважає, що зміни в органічному матриксі наступають при розвиненому карієсі, коли пляма досягає 3 мм². При цьому, спостерігається збільшення кількості органічної речовини, що є наслідком підвищеного надходження його з ротової рідини.

В.К. Леонтьєв і О.І.Вершініна, вважають, що емаль є буферною системою по відношенню до кислот, чинним на поверхні емалі, здатної до іонного обміну.

Автори припускають паралельне протікання двох реакцій:

☐ $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2 + 8 \text{H}^+ \rightarrow 10\text{Ca}^{2+} + 6\text{HPO}_4^{2-} + 2\text{H}_2\text{O}$;

☐ $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2 + \text{H}_3\text{O}^+ \rightarrow \text{Ca}_9(\text{H}_3\text{O})_2(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2 + \text{Ca}^{2+}$, тобто утворюється гідроксиапатит не з 10, а з 9 атомами кальцію, один з них заміщений на іон водню і вважають, що іони кальцію, що входять до складу емалі, рухливі і здатні до обміну.

☐ Фарбування вогнища демінералізації в коричневий колір деякі автори пояснюють проникненням в емаль органічних речовин, які в результаті окислювально-відновних реакцій трансформуються в меланінподібні.

☐ Р.Г.Сініцин пояснював пігментацію накопиченням амінокислоти тирозину, який в подальшому трансформується в пігмент меланін.

Радіоізотопним методом було доведено, що емаль і інші тверді тканини зуба є проникною мембраною. Радіоактивний кальцій і фосфор після внутрішньовенного введення виявлені у всіх тканинах зуба.

П.А.Леус при вивченні надходження в емаль зуба гліцину і лізину довів, що обидві амінокислоти проникають в емаль, дентин і пульпу через 2 години після їх нанесення на поверхню зуба.

□ 1) В стадії білої плями, при демінералізації емалі зберігається білкова матриця [Gustafson, Mortimer, Пахомов, Леонтьєв, Десятниченко].

□ 2) Різні речовини (органічні і неорганічні) можуть проникати в емаль.

□ 3) Процеси ремінералізації при білу пляму можливі в порожнині рота.

ЗАВДАННЯ ремінералізації:

- 1) відновлення кристалічної решітки емалі;
- 2) Формування резистентного до дії кислот зовнішнього шару;
- 3) Усунення кариесогенної ситуації в порожнині рота.

КЛАСИФІКАЦІЯ КАРІЕСУ

За глибиною ураження та перебігом:

1. Начальний карієс (гострий, хронічний);
2. Поверхневий карієс (гострий, хронічний);
3. Середнє карієс (гострий, хронічний);
4. Глибокий карієс (гострий, хронічний).

За локалізацією ураження

1. Фіссурний карієс;
2. Карієс апроксимальних поверхонь;
3. Пришийковий (цервікальний) карієс;
4. Циркулярний карієс.

За течією

1. Острий карієс;
2. Хронічний карієс;
3. Острейший карієс;
4. Цветущий карієс.
5. Рецидивуючий (вторинний карієс).
6. Стаціонарний

1. Одиночне ураження;
2. Множественные поразки.

1. Простой карієс;
2. Осложненный карієс.

анатомічна класифікація

1. Карієс емалі (біле і пігментовані пляма)
2. Карієс дентину (1-я і 2-я форма)
3. Карієс цементу.

Обладнання:

- стоматологічний пацієнт;
- інструменти основного стоматологічного набору;
- фантоми, муляжі;
- фотоальбоми.

Навчальний час: 2 години

План

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

II. Контроль опорних знань:

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- знати топографо-анатомічні особливості різних груп зубів;
- знати зміни в твердих тканинах зубів під впливом зовнішніх та внутрішніх факторів;
- знати клінічні та допоміжні методи діагностики карієсу зубів;
- вміти провести опитування пацієнта;
- вміти провести огляд порожнини рота та зубів;
- вміти досліджувати тверді тканини зуба за допомогою клінічних та допоміжних методів (зондування, перкусія, термодіагностика, електродіагностика);
- вміти оцінювати дані рентгенограми.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Питання:

- 1.Анатомічна та гістологічна будова твердих тканин зубів.
- 2.Склад та властивості ротової рідини.
- 3.Клінічні та додаткові методи обстеження пацієнтів.

III. Формування професійних вмінь, навичок:

1.17. зміст завдань;

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

- Вивчити класифікації карієсу зубів.
- Визначити поняття карієсу зубів.
- Вивчити статистичні показники карієсу зубів..

1.18. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

Орієнтуюча карта для формування практичних вмінь та навичок:

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1.Вивчити	Навчитися визначати	

3.	- перкусія; - термодіагностика; <i>Додаткові методи:</i> - рентгенографія; - електроодонометрія	Стоматологічний зонд Шприц та вода кімнатної температури Рентгенограми Апарат ЕОД	Болісність при зондуванні дна каріозної порожнини, наявність вскритої пульпової камери. Електрозбудливість здорової пульпи 2-6 мкА.
----	--	---	---

1.20. матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Питання:

1. Які статистичні показники запропоновані ВОЗ ви знаєте? Як правильно їх визначати? У яких вікових групах? За якими формулами?
2. Поняття карієсу зубів.
3. Назвіть класифікацію карієсу зубів за течією хвороби, за топографією каріозної порожнини, за інтенсивністю ураження, по локалізації, анатомічну.

Тести:

1. Для карієса в стадії пляна характерні :

- А. участки размягчения дентина;
- Б. твердое дно дефекта;
- В. окрашивание красителем;
- Г. отсутствие окраски.

2. Для среднего карієса характерні:

- А. высокая чувствительность к химическим раздражителям;
- Б. отсутствие чувствительности;
- В. образование дефекта;
- Г. сообщение каріозной полости с полостью зуба.

3. При среднем карієсе полость локализуется в пределах:

- А. эмали;

- Б. дентина;
- В.сообщается с полостью зуба.

4.В основу классификации кариозных полостей по Блеку положены признаки:

- А.Гистологические;
- Б.Клинические;
- В.Анатомо-топографические;
- Г.Топографические;
- Д.Клинико-топографические.

5.К третьему классу по классификации Блека относится кариозная полость на поверхности:

- А.контактной премоляров;
- Б.вестибулярной резцов;
- В.контактной резцов;
- Г.жевательной моляров;
- Д.жевательной премоляров.

6. При начальном кариесе в эмали происходят:

- А.нарушение белковой матрицы эмали;
- Б.Деминерализация и реминерализация;
- В.Деминерализация эмали;
- Г.Нарушение связи между белковыми и минеральными компонентами эмали;
- Д.Резорбция эмали.

7.Основным фактором риска возникновения кариеса является:

- А.высокий уровень фторидов в питьевой воде;
- Б.неудовлетворительная гигиена полости рта;
- В.сопутствующие заболевания;
- Г.социальный фактор;
- Д.нерациональное питание.

8. Чаще подвергаются деминерализации участки зуба в области:

- А.шейки;
- Б.контактных поверхностей
- В.фиссур;
- Г.бугров;
- Д.режущего края.

9.Наиболее резистентны к кариесу участки эмали в области:

- А.шейки;
- Б.фиссур;
- В.контактных поверхностей;

Г.бугров, режущего края;
Д.вестибулярных поверхностей.

10.Основными источниками поступления кальция и фосфора в эмаль зуба служит:

- А. десневая жидкость;
- Б.слюна;
- В. пульпа;
- Г.фтор-лак;
- Д.зубной налет.

IV. Підведення підсумків

Тема: Поняття структурної та функціональної резистентності твердих тканин зуба. Визначення резистентності емалі (ТЕР-тест).

Мета: сформувати чітке уявлення про поняття структурної та функціональної резистентності твердих тканин зуба, оволодіти навичками визначення резистентності емалі (ТЕР-тест).

Основні поняття:

ТЕР-тест (тест емалевої резистентності або тест кислотної резистентності емалі (В.Р.Окушко, Л.І.Косарева, 1983). Зуб ізольовують від слини і на висушену вестибулярну поверхню наносять краплю 1Н розчину хлористоводневої кислоти діаметром 2 мм. Через 5 с кислоту змивають дистильованою водою; оброблену поверхню висушують і забарвлюють 1% розчином метиленового синього. Інтенсивність забарвлення залежить від стійкості емалі до дії кислот і відображає її карієс резистентність(при незначному забарвленні) та карієс сприйнятливості (при інтенсивному забарвленні). Шляхом порівняння отриманого забарвлення зі стандартною шкалою можна отримати кількісну (в балах) оцінку карієс резистентності зуба, що дуже важливо для визначення діагнозу, призначення адекватного лікування та профілактики ускладнень. Показники інтерпретують наступним чином:

1 – 3 бали – протравлена кислотою ділянка має блідо-голубе забарвлення, що свідчить про значну резистентність емалі до карієсу;

4 – 6 балів – голубе забарвлення, свідчить про середній ступінь функціональної резистентності емалі;

7 – 9 балів – синє забарвлення, свідчить про значне зниження резистентності емалі та високий ступінь ризику виникнення карієсу;

10 – 12 балів – темно-синій колір, який свідчить про дуже значне зниження функціональної резистентності емалі та максимальний ризик виникнення карієсу.

Обладнання:

- стоматологічний пацієнт;
- інструменти основного стоматологічного набору;
- 1Н розчин хлористоводневої кислоти;
- стандартна шкала;
- стоматологічна установка;
- основне і допоміжне обладнання стоматологічної установки.

План

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

II. Контроль опорних знань:

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- знати схему обстеження хворого;
- знати послідовність клінічних методів обстеження;
- вміти провести огляд порожнини рота та зубів;
- вміти досліджувати стан зубів (огляд, зондування, перкусія, пальпація, ступінь рухомості зубів);
- вміти провести визначення ТЕР-тесту.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Тести:

1. Вигляд яких кристалів мають мінеральні речовини, що присутні в здоровій емалі?

- A - гідроксиapatиту;
- B - карбонатапатиту;
- C - хлорапатиту;
- D - фторапатиту;
- E - всі вище перераховані.

1. Які місцеві фактори сприяють утворенню каріозного процесу?

- A - недосконала гігієна порожнини рота;
- B - надлишки солодкої їжі в харчуванні;
- C - спадкоємна схильність, специфічна інфекція;
- D - комбінація перерахованих факторів;
- E - різкі коливання температури їжі.

3. На підставі якої патогенетичної ланки утворення карієсу заснован метод визначення резистентності емалі?

- A - субповерхнева демінералізація;
- B - поверхневий кислотний некроз емалі;

- С - бактеріальний протеоліз емалі;
 - D - вогнищева демінералізація карієсприятливої емалі;
 - Е - тотальна бактеріальна демінералізація.
4. Який механізм забарвлення каріозної плями?
- A - сполучення з мінералами емалі;
 - B - розчинення барвника;
 - С - сорбція барвника;
 - D - забарвлення специфічної інфекції;
 - Е - реакція заміщення гідроксіапатиту.

III. Формування професійних вмінь, навичок:

1.21. зміст завдань;

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

1. Виписати рецепти розчинів, що використовуються при виконанні ТЕР-тесту.
2. Виписати таблицю інтерпретації ТЕР-тесту в балах.

1.22. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

Орієнтуюча карта для формування практичних вмінь та навичок:

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1. Вивчити схему обстеження хворих з захворюваннями твердих тканин зуба	Стежити за послідовністю усіх вказаних методів обстеження.	
2. Знати методики допоміжних методів обстеження.	Законспектувати алгоритм проведення ТЕР- тесту.	
3. Вміти коментувати стан тканин зуба при отриманні відповідних результатів обстеження	Вміти інтерпретувати показники результатів дослідження.	

1.23. вимоги до результатів роботи;

Методика виконання роботи, етапи виконання, кроки:

Поняття структурної та функціональної резистентності твердих тканин зуба. Визначення резистентності емалі (ТЕР-тест)

№ п/п	Метод обстеження	Методика проведення та засоби дії	Критерії самоконтролю
1.	Після	Історія	Інтенсивність

	проведення суб'єктивного та основного клінічного обстеження хворого виконуємо проведення ТЕР-тесту.	хвороби, коректне опитування та поважне відношення до хворого. Набор стоматологічних інструментів. Одягнути гумові рукавички. Зуб ізолюють від слини і на висушену вестибулярну поверхню наносять краплю 1Н розчину хлористоводневої кислоти діаметром 2 мм. Через 5 с кислоту змивають дистильованою водою; оброблену поверхню висушують і забарвлюють 1% розчином метиленового синього.	забарвлення інтерпретують наступним чином: 1 – 3 бали – протравлена кислотою ділянка має блідо-голубе забарвлення, що свідчить про значну резистентність емалі до карієсу; 4 – 6 балів – голубе забарвлення, свідчить про середній ступінь функціональної резистентності емалі; 7 – 9 балів – синє забарвлення, свідчить про значне зниження резистентності емалі та високий ступінь ризику виникнення карієсу; 10 – 12 балів – темно-синій колір, який свідчить про дуже значне зниження функціональної резистентності емалі та максимальний ризик виникнення карієсу.
--	--	---	--

1.24. матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Питання:

1. З яких основних методів складається обстеження хворого із захворюванням твердих тканин зуба?

2. Які додаткові методи обстеження необхідно використати для з'ясування діагнозу?
3. Який принцип покладений в основу вивчення структурної та функціональної резистентності емалі?
4. Методика визначення ТЕР-тесту.

Тести:

1. У хворого Т. 18 років, на вестибулярній поверхні 21 зуба виявлено білу пляму. Скарг на біль немає. При зондуванні поверхня плями рівна, гладка. Який розчин треба використати для карієс-маркування?
 - А. 5% йод;
 - В. фукарцин;
 - С. йодинол;
 - Д. 1% водний метиленовий синій;
 - Е. розчин Шилера-Писарева.
2. Хвора Т., 19 років, прийшла до стоматолога з метою профогляду. Висновок лікаря: порожнина рота раніше санована, ГИ Федорова-Володкіної = 4 балам. Який метод обстеження допоможе з'ясувати необхідність профілактики карієсу?
 - А. проба Шилера-Писарева;
 - В. проба Ясиновського;
 - С. електроодонтодіагностика;
 - Д. індекс РМА;
 - Е. ТЕР-тест.
3. При обстеженні зубів у хворій М., 25 років, було проведено визначення резистентності емалі по В.Р.Окушко, який дорівнювався 10 балам. Чи варто призначати курс інтенсивної профілактики карієсу?
 - А. профілактика обов'язкова;
 - В. необов'язкова;
 - С. достатньо збалансувати дієту;
 - Д. достатньо призначити гігієнічні заходи;
 - Е. проведене дослідження не є інформативним.
4. У хворій С., 20 років, на 11, 12, 21, 22 зубах білі плями з гладкою поверхнею емалі. Який метод обстеження визначить структурну резистентність емалі?
 - А. ТЕР-тест;
 - В. люмінесцентна діагностика;
 - С. карієс-маркування;
 - Д. транслюмінація;
 - Е. кожний вище перерахований.

Відповіді на тести та задачі:

Тести:

- 1 - D
- 2 - E
- 3 - A
- 4 - E

Тема: Сучасні уявлення про етіологію і патогенез карієсу. Вклад вчених: Міллера, Д.А. Ентіна, І.Г. Лукомського, А.Е. Шарпенака, А.І. Рибаківа, Е.В. Боровського, П.А. Леуса, В.К.Леонтьєва, В.Р. Окушко та ін.

Мета: сформуувати чітке уявлення про теорії виникнення та механізм розвитку карієсу зубів й позитивні та негативні сторони кожної теорії.

Основні поняття:

Хіміко-паразитарна теорія карієсу Міллера (1884г.)

Фізико-хімічна теорія карієсу Д.А.Ентіна (1928р.)

Біологічна теорія карієсу І.Г.Лукомського (1948р.)

Теорія А.Е. Шарпенака (1949 г.)

Протеолізо - хелатіонна теорія карієсу Шатца і Мартіна (1956 г.)

Трофоневротичні теорія Е.Е.Платонова

Робоча концепція патогенезу карієсу зубів А.І.Рибаківа (1971р.)

Сучасна концепція етіології карієсу.

Теорія Міллера

1 я стадія: демінералізація твердих тканин зуба. Молочна кислота, яка утворюється в результаті молочнокислого бродіння вуглеводних залишків їжі розчиняє неорганічні речовини емалі та дентину.

2-я стадія: руйнування протеолітичними ферментами мікроорганізмів органічної речовини дентину.

Дія факторів: кількість і якість слини, фактор харчування, питна вода, спадкові чинники, умови формування емалі.

Теорія Д.А.Ентіна (1928р.)

Тканини зуба є напівпроникною мембраною, через яку проходять осмотичні струми, обумовлені різницею осмотичних тисків двох середовищ, що контактують із зубом: крові зсередини і слини зовні.

При сприятливих умовах осмотичні струми мають відцентрове напрямок.

Доцентровий рух, вважається патологічним і виникає при несприятливих умовах: захворювання нервової та ендокринної систем, порушення мінерального обміну, харчування.

Теорія І.Г.Лукомського (1948р.).

Автор даної теорії вважав, що такі ендогенні фактори, як нестача вітамінів D, B1, а також недолік і неправильне співвідношення солей кальцію, фосфору, в їжі, відсутність або недолік ультрафіолетових променів порушують мінеральний і білковий обміни. Одонтобласти хворіють, а потім стають дебільними.

Теорія А.Е. Шарпенака

Карієс зубів виникає в результаті місцевого збіднення емалі білками в результаті їх прискореного розпаду і уповільнення ресинтезу.

Уповільнення ресинтезу обумовлено відсутністю або низьким вмістом амінокислот (лізину, аргініну).

Причиною посилення протеолізу є гіпертиреоз, вагітність, туберкульоз, пневмонія, недолік надходження в організм віт. В 1.

Теорія була підтверджена експериментально (з використанням дієти збідненого білками).

Теорія Шатца і Мартіна (1956р.)

РОЗВИТОК каріозного процесу ВІДБУВАЄТЬСЯ В 2 ЕТАПУ:

1. Протеоліз, при якому відбувається розрив зв'язків між білками і мінералами емалі внаслідок впливу бактеріальних протеолітичних ферментів на білкові компоненти;

2. Хелація, коли спостерігається руйнування мінеральної частини твердих тканин зуба через утворення комплексних з'єднань іонів металів з аніонами кислот, солями органічних кислот, амінокислотами, білками і проміжними продуктами розпаду.

Теорія Е.Е.Платонова

Основним патогенетичним фактором автор вважав порушення нервової регуляції трофіки зубних тканин.

Карієс зубів - це трофоневротичний процес, який розвивається тільки тоді, коли порушується живлення твердих тканин зуба.

Робоча концепція патогенезу карієсу зубів А.І. Рibaкова (1971р.)

Карієс - це поліетіологічний процес.

У різні вікові періоди вплив на тверді тканини зубів надають різні ендogenousні та екзогенні фактори.

1. Внутрішньоутробний період - спадковий фактор, захворювання матері, проходження вагітності, прийом препаратів.

2. 6 міс-6 років: вид вигодовування, хронічні та інфекційні захворювання, погана гігієна порожнини рота.

3. 6 - 20 років: перенесені соматичні захворювання, зловживання вуглеводів, статеве дозрівання, недолік фтору, порушення обміну речовин, погана гігієна порожнини рота, зміна рН, ортодонтична патологія, депульпірування зубів

4. 20-40 років: захворювання шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи, ендокринні, погана гігієна, порушення функції слинних залоз.

5. Після 40 років: захворювання внутрішніх органів.

Сучасна концепція етіології карієсу зубів.

Загальновизнаним механізмом виникнення карієсу є прогресуюча демінералізація твердих тканин зубів під дією органічних кислот, утворення яких пов'язано з діяльністю мікроорганізмів. У виникнення каріозного процесу беруть участь безліч етіологічних чинників, що дозволяє вважати карієс поліетіологічним захворюванням. Основними етіологічними факторами є:

Мікрофлора порожнини рота;

Характер і режим харчування, вміст фтору в питній воді;

Кількість і якість слиновиділення;

Загальний стан організму;

Екстремальні впливи на організм.

Фактори:

ЗАГАЛЬНІ

- ☐ Неповноцінна дієта
- ☐ Недолік фтору в питній воді
- ☐ Соматичні захворювання в період формування і дозрівання тканин зуба
- ☐ Екстремальні впливи на організм
- ☐ Спадковість

МІСЦЕВІ

- ☐ Зубні відкладення

(Бляшка, наліт, камінь)

- ☐ Зміни кількості і якості ротової рідини
- ☐ Зловживання вуглеводами
- ☐ Відхилення в хімічному складі твердих тканин зубів
- ☐ Стан пульпи зуба
- ☐ Порушення під час дозрівання, прорізування і формування зубів.

Карієсогенна ситуація

Вплив на тверді тканини зуба одного або декількох карієсогенних факторів, сприяє їх сприйнятливості до дії кислот

Карієсогенним СИТУАЦІЯ в порожнині рота:

- ☐ Поганий стан гігієни порожнини рота
- ☐ Рясний зубний наліт і зубний камінь
- ☐ Скупченість зубів і аномалії прикусу
- ☐ Наявність ортодонтичних конструкцій

Карієсрезистентність - стійкість зубів до карієсу. Залежить від ряду факторів:

- ☐ Хімічний склад і структура емалі
- ☐ Наявність пеллікули
- ☐ Оптимальний склад і кількість ротової рідини
- ☐ Низький рівень проникності емалі
- ☐ Хороша жувальна навантаження і самоочищення порожнини рота
- ☐ Неагресивні властивості зубного нальоту
- ☐ Своєчасне і повноцінне дозрівання емалі зубів
- ☐ Специфічні і неспецифічні фактори захисту порожнини рота

Сприйнятливість зубів до карієсу.

Фактори:

- ☐ Неповноцінне дозрівання емалі
- ☐ Дієта з дефіцитом білків, макро- і мікроелементів, надлишок

вуглеводів

- ☐ Недолік фтору в питній воді
- ☐ Відсутність пеллікули
- ☐ Склад, в'язкість і рН ротової рідини
- ☐ Кількість і швидкість слиновиділення

- Хімічний склад твердих тканин зуба.

Обладнання:

- стоматологічний пацієнт;
- інструменти основного стоматологічного набору;
- фантоми, муляжі;
- фотоальбоми.

Навчальний час: 2 години

План

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

II. Контроль опорних знань:

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- знати топографо-анатомічні особливості у різних груп зубів;
- знати склад та властивості ротової рідини;
- знати карієсимуни та карієсприятливі зони зубів;
- вміти провести огляд порожнини рота та зубів;
- вміти досліджувати тверді тканини зуба (зондування, перкусія, термодіагностика, електродіагностика);
- вміти оцінювати дані рентгенограми.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Питання:

- 1.Анатомія та гістологія твердих тканин зубів.
- 2.Склад та властивості ротової рідини.
- 3.Поняття карієсу зубів.
- 4.Теорії походження карієсу зубів.
- 5.Фактори ризику, які сприяють виникненню карієса зубів.
- 6.Поняття демінералізації твердих тканин зубів.

III. Формування професійних вмінь, навичок:

1.25. зміст завдань;

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

- Анатомія та гістологія твердих тканин зубів.
- Склад та властивості ротової рідини.
- Поняття карієсу зубів.
- Теорії походження карієсу зубів.

- Фактори ризику, які сприяють виникненню карієсу зубів.
- Поняття демінералізації твердих тканин зубів.

1.26. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

Орієнтуюча карта для формування практичних вмінь та навичок:

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1. Вивчити теорії виникнення карієсу зубів. 2. Вивчити механізм розвитку карієсу зубів	Сформулювати зміни в твердих тканинах зубів під впливом внутрішніх та зовнішніх факторів.	

1.27. вимоги до результатів роботи;

Методика виконання роботи, етапи виконання, кроки:

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1. Вивчити теорії походження карієсу зубів.		
2. Розібрати можливі зміни в твердих тканинах: фізіологічні, вікові, патологічні, під дією зовнішніх факторів.	Сформулювати зміни в твердих тканинах під впливом внутрішніх та зовнішніх факторів.	
3. Розібрати позитивні та негативні сторони кожної теорії.	Скласти таблицю позитивних та негативних ознак.	

1.28. матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Питання:

1. Яка теорія є основопологаючою у розвитку сучасної концепції карієсу зубів?
2. Які позитивні сторони теорії Ентіна?
3. Чому теорію Лукомського не визнали вчені?
4. Які фактори грають найважливішу роль у розвитку карієсу зубів?

Тести:

1. В нормі в зрелій емалі процент мікропространства составляет

- А.0,1%
- Б.0,3%
- В.0,8%
- Г. 1%
- Д. 5%

2.Основное вещество дентина состоит из

- А. коллагеновых волокон
- Б.межклеточного вещества
- В.все ответы верны

3.Какое молярное соотношение Са/Р в зрелой эмали в норме:

- 1) 2,0;
- 2)1,67;3)1,33.

4.Критический уровень рН, при котором начинается деминерализация эмали зуба:

- 1)12,5-14,0;
- 2)4,5-5,0;
- 3)2,3-3,5;
- 4) 7,0-8,0;
- 5)8,5-9.5.

5.Эмаль «строят» клетки:

- 1) остеобласты;
- 2) фибробласты;
- 3) цементобласты
- 4)энамелобласты.

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.

2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. — 2011. — 231с.

3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. — 25 с.

4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.

5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. — Полтава: Дивосвіт, 2019. — 108 с.

Практичне заняття № 8

Тема: Гострий і хронічний карієс в стадії плями. Патоморфологія, клініка, діагностика, диференційна діагностика. Лікування гострого та хронічного початкового карієсу. Медикаментозні засоби та методики ремінералізуючої терапії: групи, властивості, особливості використання

Мета: сформувати чітке уявлення про сучасне визначення карієсу зубів, вміти пояснити хворому необхідність додаткових методів діагностики початкового карієсу.

Основні поняття:

Карієс у стадії плями (macula cariosa). При цій стадії карієсу скарги на біль, як правило, відсутні. В окремих випадках у зв'язку з початковою демінералізацією підповерхневої зони і зниженням бар'єрної функції в ділянці плями може виникнути відчуття підвищеної чутливості до хімічних подразників (кисле, солодке, солоне). Якщо біла (крейджаноподібна) або пігментована пляма розташована на вестибулярній поверхні фронтальної групи зубів, то пацієнти можуть скаржитися на косметичну ваду.

При огляді на поверхні емалі виявляються поодинокі крейджані або

пігментовані (світло- або темно-коричневі) плями. Часто каріозні ураження локалізуються в природніх заглибленнях (фісурах) та інших ретенційних ділянках коронки зуба.

Діагностувати каріозну пляму не завжди легко навіть на видимих поверхнях зуба, якщо пляма мало змінена у кольорі. На важкодоступних для огляду поверхнях виявити пляму ще складніше, тому що зондом дефект емалі не визначається, а на температурні подразники реакція відсутня.

Завдяки ремінералізації емалі можлива стабілізація початкового процесу і навіть зникнення крейджаноподібної плями (частіше після проведеного лікування). Пігментована пляма при стабілізації процесу повністю не зникає.

Як показують клінічні спостереження, темна каріозна пляма може не переходити в каріозну порожнину довгий час, хоча при препаруванні виявляються зміни не тільки в емалі, а також у дентині. При коричневій каріозній плямі, яка займає 1/3 і більше контактної поверхні зуба, необхідно проводити препарування і пломбування. З часом під впливом несприятливих місцевих факторів розвивається каріозна порожнина. Діагноз "карієс у стадії плями" ставлять в основному на підставі об'єктивного огляду, під час якого виявляють зміну кольору невеликої ділянки тієї чи іншої поверхні коронки зуба.

Для діагностики та диф.діагностики початкового карієсу зубів Р.Г.Сініцин (1968) запропонував *люмінесцентний* та *поляризаційний* методи. Під впливом УФП емаль зуба має ніжне жовто-зелене забарвлення. При початковому карієсі настає демінералізація емалі, відбувається "гасіння" люмінесценції, колір змінюється на коричневий, і каріозні плями чітко виділяються. Використовують апарат ОІ-18, ОЛД-41 та фільтри: УФС-3, УХС-6, а закриваючий – ЖС. Метод поляризаційної діагностики також дає змогу чітко визначити контури каріозного ураження.

На кафедрі терапевтичної стоматології ОНМедУ був розроблений "*Спосіб визначення ступеня демінералізації емалі*" (Р.Г.Синицин, О.М.Жалоба, О.А.Бас, А/С № 1643429, 1991р.). Спосіб заснований на визначенні ступеня сорбції фарби емаллю спеціальним пристроєм. Діагностична шкала має 100 поділок (тобто 100 УО – умовних одиниць інтенсивності забарвлення). При інтенсивності фарбування емалі від 1 до 30 УО – легка ступінь демінералізації емалі (І), від 31 до 60 УО – середня (ІІ), і більше 61 УО – висока ступінь демінералізації емалі (ІІІ). Даний спосіб ВСДЕ дає змогу з великою точністю визначати ступінь мінералізації емалі в процесі лікування початкового карієсу, прогнозувати розвиток каріозного процесу та служить надійним критерієм ефективності ремінералізуючої терапії.

Методика вітального забарвлення базується на сорбції ураженою карієсом емаллю барвників типу метиленового синього, фуксину за рахунок збільшення мікропросторів у ділянці вогнищевої демінералізації. Для цього досліджувану поверхню зуба очищають від нальоту і висушують, потім накладають на 2—3 хв. ватний тампон, змочений тим чи іншим барвником, і оцінюють інтенсивність забарвлення ділянки ураження в залежності від ступеня демінералізації емалі (легка, середня, тяжка). За наявності прихованих

уражень зубів можна також використовувати методику транслюмінації.

Діагностика за допомогою апарату Pluraflex.

Дана методика ефективна для виявлення прихованих плям каріозного походження і більш точного визначення вогнища демінералізації. Для її проведення необхідне джерело УФ-випромінювання (апарат Pluraflex); дослідження проводять в затемненому приміщенні.

Зуб потрібно очистити від зубного нальоту та висушити. Для інтактної емалі під УФ-променів характерно блакитнувате світіння. При наявності каріозного плями відзначається гасіння люмінесценції на тлі нормального світіння навколишнього невраженої емалі.

Діагностика за допомогою апарату «Діагност»

Апарат «Діагност», розроблений німецькою фірмою KaVo, використовується для діагностики початкового карієсу в тих випадках, коли його важко визначити візуально (наприклад, осередки демінералізації розташовані на контактних поверхнях зубів або в області фісур жувальної поверхні).

Принцип його роботи наступний: лазерний діод створює імпульсивні світлові хвилі певної довжини, які відображають світлові хвилі іншої довжини, ніж інтактна емаль. Довжина відбитих хвиль аналізується електронним пристроєм апарату, і при виявленні вогнища демінералізації з'являється звуковий сигнал.

Патологічна анатомія. Найбільш інформативними методами дослідження карієсу в стадії плями є поляризаційна мікроскопія і мікрорентгенографія. Ділянка ураження виявляється у формі трикутника, основа якого звернена до поверхні емалі. Якщо площа ураження не більша 1 мм², на шліфах зубів виявляють дві зони: прозору і темну. При збільшенні розмірів каріозної плями визначаються вже три зони: тіло ураження, темна і прозора зони. Найбільші зміни виявляються в підповерхневому шарі (зоні) емалі і навпаки, у поверхневому шарі, біля емалево-дентинного з'єднання та в дентині патологічні зміни практично не виявляються. За допомогою мікрорентгенографічних досліджень шліфів при карієсі в стадії плями виявлено зменшення щільності зони ураження емалі, що вказує на явища демінералізації. Методом електронного мікрозондування в різних ділянках білої і пігментованої плям встановлено зниження вмісту кальцію, фосфору, фтору та інших мінеральних речовин.

Залежно від розміру каріозної плями зростає ступінь демінералізації емалі. Характер вказаних змін, зафіксованих при дослідженні в поляризаційному світлі, зумовлений збільшенням мікропросторів. Доведено, що поверхневий шар емалі не змінюється завдяки постійному процесу ремінералізації, а також його структурним особливостям. Кристали гідроксиапатиту в усіх зонах зазнають тих чи інших змін: послаблення міжкристалічних зв'язків, зміни форми кристалів, їх розмірів, зменшення мікротвердості емалі в ділянці білої і пігментованої плям, причому мікротвердість поверхневого шару змінюється менше, ніж підповерхневого за рахунок ремінералізації емалі. Змін у пульпі зуба при карієсі в стадії плями

не виявляється.

Диференційна діагностика. Диференційна діагностика карієсу в стадії плями проводять зі схожими за клінічними ознаками ураженнями зубів (плямиста форма системної гіпоплазії, легкі прояви флюорозу зубів, кислотний некроз емалі, пришийковий некроз твердих тканин зуба) .

Відмінність кислотного некрозу твердих тканин від карієсу - етіологія. Кислотний некроз зубів розвивається в результаті безпосередньої дії різних кислот (НЕ мікробного походження) або кислих продуктів на емаль і дентин. Це відбувається внаслідок виробничих шкідливостей (висока концентрація кислот та інших речовин на робочому місці) або частого або постійного впливу кислотовмісних харчових продуктів, пиття, лікарських препаратів. Одним з провідних ознак може бути скарга на «почуття прилипання» верхніх зубів до нижніх при стисненні щелеп.

Карієс зубів, на відміну від гіпоплазії та флюорозу, не спостерігаються з моменту прорізування, локалізуються в ретенційних пунктах, фарбуються 2% розчином метиленового синього, при висушуванні НЕ блищить, змінюють свій розмір і форму протягом життя.

Обладнання:

- стоматологічний пацієнт;
- інструменти основного стоматологічного набору;
- лампа для транслюмінації;
- розчини для ремтерапії;
- фторовмісні препарати;
- прилад для електрофорезу;
- барвники;
- основне і допоміжне обладнання стоматологічної установки.

Навчальний час: 2 години

План

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

II. Контроль опорних знань:

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- знати будову, хімічний склад і фізіологію емалі;
- знати склад зубної біляшки;
- знати визначення карієсу зубів та класифікацію карієсу зубів;
- вміти проводити діагностику початкового карієсу з використанням метиленового синього;
- вміти проводити діагностику початкового карієсу методом

флюоресцентної стоматоскопії.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Питання:

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?

Тести:

1. На вестибулярній поверхні 11 зуба матова пляма розміром 0,1х0,2 см, піддатливе і неболісне при зондуванні. Реакція на холодові подразники відсутня. Діагноз:

- А- хронічний початковий карієс
- В- гострий початковий карієс
- С- гіпоплазія емалі
- Д- флюороз зубів
- Е- некроз емалі

2. У хворого П., 26р., на вестибулярній поверхні 22 зуба виявлено білу пляму. Скарг на біль нема. При зондуванні поверхня плями рівна, гладка.

Який метод дозволить поставити діагноз?

- А. зондування
- В. перкусія
- С. забарвлення
- Д. ЄОД

3. У хворого Л., 22р., на вестибулярній поверхні 21 зуба виявлено білу пляму. Скарг на біль нема. При зондуванні поверхня плями рівна, гладка.

Основна клінічна ознака, яка відрізняє гіпоплазію від карієсу в стадії плями:

- А- болісність при зондуванні
- В- позитивна реакція при перкусії
- С- локалізація та стабільність ураження

4. Основна ознака хронічного початкового карієсу:

- А- зондування неболісне
- В- реакція на хімічні подразники негативна
- С- при екскавації дентин легко знімається
- Д- наявність темно-коричневої плями на емалі зуба
- Е- реакція зуба на вертикальну перкусію негативна

5. Основна ознака гострого початкового карієсу:

- А- наявність на емалі зуба крейдоподібної плями

В- реакція на температурні подразники позитивна
 С- при ексавації дентин легко знімається
 Д- зондування болісне

III. Формування професійних вмінь, навичок:

1.29. зміст завдань;

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

- проводити діагностику початкового карієсу з використанням метиленового синього;
- проводити діагностику початкового карієсу методом флюоресцентної стоматоскопії;
- виявлення скарг та збір анамнезу у тематичного хворого;
- провести основні методи дослідження;
- провести додаткові методи дослідження.

1.30. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

Орієнтуюча карта для формування практичних вмінь та навичок:

№	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	Скласти алгоритм проведення диф. діагностики початкового карієсу	Провести усі відомі основні та допоміжні методи діагностики карієсу	
2	Скласти таблицю диф.діагностики початкового карієсу з іншими захворюваннями.	Скласти таблицю захворювань, яка відображає усі ознаки необхідні для диф. діагностики початкового карієсу	

1.31. вимоги до результатів роботи;

Методика виконання роботи, етапи виконання, кроки:

Етапи роботи	Засоби та умови для роботи	Критерії самоконтролю
1.Виявлення скарг: а)наявність болю б)космет. Недолік	Історія хворого	Як правило скарг на біль немає а) інколи від хім. Та холод. подразників б)при хрон. перебігу може бути зміна кольору

		емалі
2.Анамнез а) час виявлення плями б) перенесені захворювання в) характер їжі	Опитування хворого	а) поява плями після прорізування зуба б) захворювання ЖКТ, інфекційні хвор., ендокринні та інш. в) нерегулярне харчування, високий вміст цукру в їжі, недостатня кількість вітамінів та мінеральних компонентів
3.Огляд зубів: а) колір, симетричність б) локалізація		а) крейдоподібні плями, частіше - одиначні б) можлива незначна больова реакція на зондування
4.Зондування каріозних плям: а) наявність болю при зондуванні - Висушити поверні зубів - Вилучити зуб.наліт - Ізолувати зуб від слюни - Нанести на поверхність плями 2% метиленового синього на 3 хвилини, після чого видалити залишки краски фільтрувальним папером. Водною Люмінесцевий спосіб - Вилучити зуб.наліт Вивчити емаль у ультрафіолетовому	Зонд, дзеркало Ватні тамони, повітря Перекись водню, ватні валики Ватні тамони Спец.прилад Ватні тамони, повітря Перекись водню, ватні валики Темна кімната	Поверхня емалі – гладка, безболісна Виявляється пляма, матова повер. Поверхня плями мусить бути чистою Зуби сухі, СО губ та щік не доторкається до зубів Якщо це карієс – пляма буде пофарбована. Інтенсивність оцінюємо по шкалі Л.А.Аксаміт Зменшення люменесценції в зоні каріозного ураження

1.32. матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Питання:

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?

Тести:

1. 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 крейдоподібні матові плями з нечіткими краями. Який метод обстеження найточніше підтвердить діагноз?

- A. Рентгенографія
- B. Зондування
- C. Вітальне фарбування
- D. Електроодонтодіагностика
- E. Термометрія

2. 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?

- A. Карієс
- B. Гіпоплазія емалі
- C. Некроз емалі
- D. Флюороз
- E. Ерозія емалі

3. 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?

- A. Гіпоплазія і клиноподібний дефект
- B. Гіпоплазія і некроз
- C. Карієс і некроз емалі
- D. Карієс і ерозія емалі
- E. Ерозія і клиноподібний дефект

4. 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.

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

5. 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. Гіпоплазія емалі
- C. Гострий поверхневий карієс
- D. Некроз емалі
- E. Ерозія емалі

Задачі:

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»?

Які показники виключають діагноз «пульпіт»?

Відповіді на тести та задачі:

Тести:

1-С

2-А

3-С

4-А

5-С

Тема: Лікування гострого та хронічного початкового карієсу. Медикаментозні засоби та методики ремінералізуючої терапії: групи, властивості, особливості використання.

Мета: оволодіти методами лікування карієсу зубів з використанням методів ремінералізуючої терапії, навчитися формувати схему та план методів лікування гострого та хронічного початкового карієсу зубів.

Основні поняття:

Матеріал складається із засвоєння будови твердих тканин зубу та пульпи, а також патологічних змін, які відбуваються при розвитку каріозного процесу не тільки у тканинах зубів, но й в цілому організмі.

Цей матеріал подано у попередніх методичних рекомендаціях, що стосуються тем по теоріям карієсу, його етіології та патогенезу. Ремінералізуюча терапія початкового карієсу базується на даних про проникливість твердих тканин зубів для іонів різних мінеральних речовин, в першу чергу кальцію і фтору. В наслідок проникнення цих речовин в демінералізовані ділянки можливо ре мінералізація емалі. Проте неможливо говорити про регенерацію емалі, тому що в процесі ре мінералізації проходить тільки відкладення солі кальцію і фтору у вигляді дугоподібних зон ремінералізації або дифузного характеру. Повного відновлення ідентичної тканини з усіма її фізіологічними особливостями не відбувається.

В емалі інтактних зубів одночасно проходять процеси демінералізації та ремінералізації, які знаходяться у стані відносної динамічної рівновагі. При початковому карієсі ця рівновага поступово зміщується у сторону переваження демінералізації. Проте на цієї стадії патологічного процесу під впливом ліків, зміни складу слини, умов харчування та інших факторів можливий зворотній розвиток та відновлення рівноваги процесів де- і ре мінералізації.

Подібні властивості твердих тканини зубів, а також здібність емалі у фізіологічних умовах мінералізовуватись після прорізування й стало передумовою до створення штучних джерел поповнення твердих тканин макро- і мікроелементів для профілактики та лікування карієсу. На цьому засновано різноманітні методики патогенетичного лікування початкових стадій карієсу зубів шляхом ремінералізації. Для локальної ремінералізуючої

терапії застосовують такі групи лікувальних засобів:

1. препарати, які впливають на мінералізацію емалі (відновлюють та доповнюють іони відсутні у кристалах емалі; впливають на швидкість мінералізації).

2. препарати, які перешкоджають адсорбції органічних речовин (продуктів життєдіяльності мікроорганізмів) на поверхні твердих тканин зубів.

К цим групам відносяться препарати фтору, кальцію, фосфору, комплекси мінеральних компонентів (ремодент). Їх введення у демінералізованні ділянки емалі допомагають ремінералізації, підвищують стійкість емалі до дії карієсогенних факторів.

В результаті ремінералізуючої терапії ділянки демінералізації зменшуються у розмірі або зникають зовсім. Можливий перехід карієсу в стаціонарну форму. У цьому разі каріозна пляма змінює колір з білого на жовтий або коричневий, або зменшується у розмірі. Для визначення ефективності ремінералізації зуби фарбують, наприклад, 2% водним розчином метиленового синього. Якщо відбулася ремінералізація структур емалі, тоді ця ділянка не профарбовується або фарбується незначно.

При розміщенні каріозних плям у фігурах молярів та пре молярів найбільш ефективним методом лікування початкового карієсу зубів є герметизація фіссур – обтюрація фіссур та інших поглиблень адгезивними матеріалами (герметиками). Ця методика була запропонована як профілактична для запобігання виникнення у фіссурах карієсу.

Обтурація фіссур також перешкоджає ретенції в них залишків їжі та виникненню умов для дії кислот і мікроорганізмів на емаль. Таким чином, з одного боку, герметизація припиняє шкідливу дію пошкоджуючих факторів на емаль, а з другого – створює умови для подальшої мінералізації емалі.

При хронічному перебігу початкового карієсу (світло-коричневі та жовті плями) ремінералізуюча терапія не є обов'язковою. Проте якщо каріозні плями розташовані на фронтальних зубах і представляють собою косметичні дефекти – їх можна зішлифувати з поверхні емалі та обробляти ці ділянки ремінералізуючими препаратами. Крім того, препарування пігментних плям при хронічному карієсі можливо проводити методикою мікрообразії.

Обладнання:

- стоматологічний пацієнт;
- інструменти основного стоматологічного набору;
- лампа для транслюмінації;
- розчини для ремтерапії;
- фторовмісні препарати;
- прилад для електрофорезу;
- барвники;
- основне і допоміжне обладнання стоматологічної установи.

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

II. Контроль опорних знань:

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- знати методи диференційної діагностики, які використовуються для діагностики карієсу зубів;
- знати структуру емалі зубів та на чому засновано методи ремінералізуючої терапії;
- знати вплив медикаментозної терапії, вітамінотерапії, фізичних методів, дієтотерапії на стан організму та стан твердих тканин зубів;
- вміти виписувати рецепти вітамінів, препаратів кальцію, фтору, фосфору;
- вміти складати алгоритми диференційної діагностики та лікування початкового карієсу зубів;
- вміти складати план ремінералізуючої терапії початкового карієсу зубів;
- вміти використовувати фізичні методи в комплексі ремінералізуючої терапії карієсу зубів.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Питання:

1. Перелічить методи ремінералізуючої терапії карієсу зубів.
2. Назвіть які помилки виникають при діагностиці карієсу зубів.
3. Назвіть патологічні процеси, які проходять у твердих тканинах зубів при початковому карієсі.
4. Перелічить захворювання з якими потрібно проводити диференційну діагностику початкового карієсу зубів.

III. Формування професійних вмінь, навичок:

1.33. зміст завдань;

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

1. Розібрати методики проведення ремінералізуючої терапії початкового карієсу зубів.
2. Провести огляд ротової порожнини.

1.34. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

Орієнтуюча карта для формування практичних вмінь та навичок:

№ п.п.	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
	Скласти алгоритми проведення диференційної діагностики карієсу зубів	Привести усі відомі основні та допоміжні методи діагностики карієсу	
	Скласти таблицю диференційної діагностики глибокого карієсу зубів з другими захворюваннями	Скласти таблицю захворювань, яка відображає усі ознаки необхідні для диференційної діагностики їх з глибоким карієсом зубів.	
	Скласти таблицю медикаментозних препаратів з їх механізмом дії, які застосовують для ремінералізації емалі зубів	Привести у таблиці усі засоби, які використовуються на кафедрі терапевтичної стоматології	

1.35. вимоги до результатів роботи;

Методика виконання роботи, етапи виконання, кроки:

Початковий карієс постійних зубів (гострий)

ЛІКУВАННЯ

Місцеве:

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

тощо.

Загальне:

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

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

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

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

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

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

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

Початковий карієс постійних зубів (хронічний)

ЛІКУВАННЯ

Місцеве:

- проведення професійної гігієни порожнини рота;
- навчання пацієнта раціональній індивідуальній гігієні порожнини рота;
- індивідуальний підбір засобів гігієни порожнини рота та зубної щітки;
- призначення лікувально-профілактичних зубних паст, що містять кальцій, фториди, мінеральні речовини; сольових паст тощо;
- коли каріозні плями розміщені на фронтальних зубах і є косметичними дефектами, їх можна зішліфувати з поверхні емалі з подальшою обробкою цих ділянок ремінералізуючими засобами;
- перед зішліфовуванням доцільне застосування відбілюючих засобів, які містять перекис карбаміду для зменшення рівня пігментації плями і відповідно меншого об'єму видалення емалі;
- ремінералізуючу терапію та електрофорез проводять у разі необхідності після зашліфовування при некомпенсованому перебігу карієсу. Для цього використовують:
- ремінералізуючу терапію з використанням препаратів фтору, кальцію, ремінералізуючих розчинів, фторовмісних лаків тощо;
- герметизацію (неінвазивну, інвазивну) фісур жувальних зубів цементами, герметиками хімічної та світлової полімеризації;
- електрофорез препаратів фтору - 1-2% розчин натрію фториду тощо (5-6 сеансів);
- електрофорез препаратів кальцію - 10% розчин глюконату

кальцію, хлориду кальцію, 2,5% розчин гліцерофосфату кальцію (5-6 сеансів);

- електрофорез ремінералізуючих препаратів типу «Ремодент» тощо;
- якщо для повного усунення плями необхідно видалити значну кількість емалі, то утворений дефект відновлюють композиційними матеріалами або компомерами;
- темно-коричневі та чорні каріозні плями є проявами карієсу, що зупинився (стаціонарного карієсу) і, як правило, не потребують спеціального ремінералізуючого лікування, крім випадків їх видалення препаруванням як косметичних дефектів.

Загальне:

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

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ:

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

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ У СТОМАТОЛОГА

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

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

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

1.36. матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Тести:

1. Хвора Н., 17 років, скаржиться на наявність світло-жовтих плям в ділянці 11, 12, 21, 22, верхньої і нижньої щелепи. Скарги на біль від різноманітних подразників відсутні. З анамнезу з'ясовано, що плями в молочному прикусі були відсутні, а зуби постійного прикусу прорізувались із зміненою в кольорі емаллю. До стоматолога раніше не зверталась. Встановіть діагноз:

- А. Системна гіпоплазія
- В. Ерозія емалі
- С. Початковий карієс.
- Д. Кислотний некроз емалі

Е. Флюороз

2. Хворий А., 24 роки звернувся до стоматолога зі скаргами на наявність порожнини в зубі на верхній щелепі, яка з'явилась 3 місяці тому. Зуб раніше не турбував. Об'єктивно: В 15 на жувальній поверхні розташована невеликих розмірів каріозна порожнина в межах плащового дентину, заповнена залишками їжі. При зондуванні 15 встановлено, що дно і стінки каріозної порожнини щільні. Реакція на термічні подразники відсутня. Встановіть діагноз

- А. Хронічний середній карієс
- В. Гострий глибокий карієс
- С. Гіперемія пульпи.
- Д. Гострий середній карієс
- Е. Початковий карієс

3. У пацієнта Н. 18 років при профілактичному огляді виявлено плями білого кольору на горбиках перших молярів і вестибулярних поверхнях центральних різців. Плями розташовані симетрично, при зондуванні гладенькі, не фарбуються метиленовим синім, безболісні при дії термічних подразників. Вкажіть найбільш ймовірний діагноз

- А. Ерозія емалі
- В. Некроз емалі.
- С. Гострий початковий карієс
- Д. Флюороз
- Е. Системна гіоплазія емалі

4. Пацієнтка, 23 років, скаржиться на наявність плям на вестибулярних поверхнях зубів білого кольору та відчуття оскоми, яке виникає під час прийому кислої їжі. З анамнезу відомо, що плями з'явилися близько 3-х місяців тому. Об'єктивно: на вестибулярних поверхнях верхніх фронтальних зубів - крейдоподібні плями, добре забарвлюються 2% метиленовим синім. Поставте діагноз

- А. Гострий поверхневий карієс
- В. Хронічний середній карієс
- С. Хронічний поверхневий карієс
- Д. Гострий початковий карієс
- Е. Гострий середній карієс

5. Мужчина 37 лет жалуется на эстетический дефект в верхних фронтальных зубах. Объективно: на вестибулярных поверхностях 11,12, 21, 22 неглубокие чашеобразные дефекты эмали овальной формы. Дно плотное, светлое. Зондирование и холодовая проба безболезненные. Каков оптимальный метод лечения?

- А. Реминерализующая терапия
- В. Сошлифовывание
- С. Лечение не требуется
- Д. Пломбирование
- Е. Протезирование

6. Девушка 20 лет жалуется на боли от сладкого, кислого. Объективно: на

вестибулярной поверхности 11-меловидное пятно, шероховатое при зондирование . В центре пятна определяется дефект в пределах эмали . Индекс Федорова-Володкиной 2,5 балла (ГИ) . Каков наиболее вероятный диагноз?

- А. Начальный кариес
- В. Некроз эмали
- С. Острый средний кариес
- Д. Гипоплазия эмали
- Е. Острый поверхностный кариес

7. Хворий, 33 роки, звернувся з метою санації. Під час огляду ротової порожнини в ділянці 47 зуба була виявлена неглибока порожнина, заповнена розм'якшеним дентином. 47 зуб і реагує на температурні подразники, після усунення яких біль зникає. Зондування стінок болюче. Реакція на холодову воду чутлива. Який діагноз?

- А. Гострий глибокий карієс
- В. Гострий поверхневий карієс
- С. Клиноподібний дефект
- Д. Гострий середній карієс
- Е. Хронічний середній карієс

8. Пацієнту 67 років, після обстеження було встановлено діагноз-карієс цементу 35 зуба. На якому пломбу вальному матеріалі слід зупинити свій вибір?

- А. Силідонту
- В. Сіліцину
- С. Срібній амальгамі
- Д. Композиційному матеріалові хімічного твердіння
- Е. Склоіономірному цементу

9. Хворий Д., 18 років скаржиться на короточасний біль в 37 зубі від солодкого і холодного. На жувальній поверхні 37 зуба неглибока каріозна порожнина. Дентин світлий, рихлий, нависаючі краї емалі. Біль при зондуванні стінок каріозної порожнини. ЕОД-6 мкА. Встановіть діагноз

- А. Гострий глибокий карієс
- В. Ерозія емалі
- С. Гострий поверхневий карієс
- Д. Гострий середній карієс
- Е. Хронічний середній карієс

10. Хворий Д., 18 років, скаржиться на появу крейдоподібної плями в 23 зубі, незначний біль від холодного подразника. При огляді: на вестибулярній поверхні 23, ближче до шийки зуба знаходиться біла пляма розміром 2-3 мм. При зондуванні шорсткість поверхні, болю нема. На термічний подразник незначний біль. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Гострий початковий карієс
- В. Флюороз
- С. Некроз емалі
- Д. Місцева гіпоплазія
- Е. Хронічний початковий карієс

Відповіді на тести та задачі:

Тести:

1-А; 2-А; 3-Е; 4-Д; 5-Д; 6-Е; 7-Д; 8-Е; 9-Д; 10-А.

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.
2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.
3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.
4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.
5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. – Полтава: Дивосвіт, 2019. – 108 с.

Практичне заняття № 9

Тема: Гострий та хронічний поверхневий карієс: патоморфологія, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування. Гострий і хронічний середній карієс: патоморфологія, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування

Мета: сформувати чітке уявлення про патоморфологію, клініку, діагностику, диференційну діагностику, методи лікування гострого та хронічного поверхневого карієсу.

Основні поняття:

Поверхневий карієс. При поверхневому карієсі пацієнти скаржаться на швидкоплинний біль від хімічних (солодкого, кислого, солоного), а інколи і від механічних подразників (під час чищення зубів). При дії температурного подразника біль виникає рідко лише при розташуванні каріозної порожнини в пришийковій ділянці коронки зуба. Механічні та хімічні фактори зумовлюють виникнення болю внаслідок подразнення емалево-дентинного з'єднання.

При хронічному перебігу поверхневий карієс протікає безсимптомно.

Під час об'єктивного обстеження виявляється неглибока каріозна порожнина в межах емалі з нерівними, іноді крейджаноподібними чи пігментованими краями, шорсткуватими стінками і дном при гострому перебігу. Зондування каріозної порожнини може бути болісним. ЕОД 2—6 мкА.

Патологічна анатомія. При поверхневому карієсі визначається ділянка деструкції емалі, без порушення емалево-дентинного з'єднаня та змін у дентині. Якщо надалі процес прогресує, то порушується емалево-дентинне з'єднання і розвивається наступна стадія карієсу. Зміни в пульпі зуба не визначаються.

Диференційна діагностика. Диференційну діагностику поверхневого карієсу необхідно проводити з середнім карієсом, з деструктивними формами флюорозу та гіпоплазії, клиноподібним дефектом, ерозією зубів, кислотним некрозом твердих тканин зубів (табл.)

Ознаки	Поверхневий карієс	Середній карієс	Флюороз (деструктивна форма)	Гіпоплазія (деструктивна форма)	Клиноподібний дефект	Кислотний некроз твердих тканин
Скарги	Короткочасний біль від хімічних подразн.	Короткочасний біль від температурних та хімічних подразників	На естетичний дефект	На естетичний дефект	Може протікати без болю, інколи скарги на короткочасний біль від різних подразників	Відчуття оскоми, короткочасний біль від термічних та хімічних подразник.

Локалізація	Фісури та інші природні борозенки та ямки, контактні поверх	Така ж, як і при поверхневому карієсі	Не типова для карієсу (присінкові, язикові поверхні	Не типова для карієсу (присінкові, язикові поверхні	Присінкові поверхні, на шийках зубів	Присінкові поверхні та ріжучі краї фронтальних зубів
Основні ознаки вогнища ураження	Шорсткість поверхні та дефект у межах емалі	Дефект у межах плащового дентину	Округлий дефект з гладеньким дном	Ерозії, ямки або борозенки з гладенькими поверхнями	Дефект має форму клина з гладенькими поверхнями	Площинний дефект виповнений демінералізованою емаллю крейдоподібного або сіро-матового

Різниця між поверхневим і середнім карієсом - глибина ураження. При поверхневому карієсі дефект локалізується тільки в межах емалі, без порушення емалево-дентинної межі. При середньому карієсі - емалево-дентина межа порушена, а дефект локалізується в плащинному дентині.

Відмінність кислотного некрозу твердих тканин від поверхневого карієсу - етіологія. Кислотний некроз зубів розвивається в результаті безпосередньої дії різних кислот (НЕ мікробного походження) або кислих продуктів на емаль і дентин. Це відбувається внаслідок виробничих шкідливостей (висока концентрація кислот та інших речовин на робочому місці) або частого або постійного впливу кислотовмісних харчових продуктів, пиття, лікарських препаратів.

Ерозія емалі зубів визначається, як втрата тканини зуба під дією хімічного процесу без участі бактерій. Розвинута ерозія являє собою дефект емалі округлої форми, розташований в косому або поперечному напрямку найбільш випуклою частини вестибулярної поверхні зуба. Дно ерозії гладке, блискуче, тверде.

Карієс зуб, на відміну від гіпоплазії і флюорозу, не спостерігаються з моменту прорізування, локалізуються в ретенційних пунктах, фарбуються 2% розчином метиленового синього, при висушуванні не блищить, змінює свій розмір і форму протягом життя.

Меловидно-крапчаста форма флюорозу характеризується появою на меловидно зміненої або забарвленої емалі точок і поглиблень. Крапинки знаходяться в межах емалі, мають діаметр до 1,5 мм і темно-коричневу забарвлення.

Поверхневі клиновидні дефекти - вигляді щілиноподібних ушкоджень емалі глибиною до 0,2 мм і довжиною 3-3,5 вбили емалево-цементної межі, характеризується блискучою поверхнею. Добре забарвлюється 5% розчином йоду, не фарбується розчином метиленового синього.

Обладнання:

- стоматологічний пацієнт;
- інструменти основного стоматологічного набору;
- набір стоматологічних наконечників і борів;
- пломбувальні матеріали;
- апарати для електроодонтометрії;
- фотополімерні лампи;
- основне і допоміжне обладнання стоматологічної установи.

Навчальний час: 2 години**План**

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

II. Контроль опорних знань:

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- знати принципи диференційної діагностики стоматологічних захворювань;
- знати особливості діагностики поверхневого карієсу;
- знати особливості клінічного прояву при гострому та хронічному поверхневому карієсі;
- вміти провести клінічні методи діагностики поверхневого карієсу;
- вміти провести додаткові методи діагностики поверхневого карієсу.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Питання:

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?

Тести:

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, ясевий сосочок між 46-47 дещо набряклий і гіпереремійований, під ним незначна кількість волоконних харчових залишків. Яке дослідження доцільно

використовувати для виявлення прихованих каріозних порожнин?

- A Трансілюмінаційна діагностика
- B Люмінесцентна діагностика
- C Електроодонтометрія
- D Вітальне фарбування
- E Рентгенографія

2. Пацієнт, 35 років, скаржиться на наявність каріозної порожнини, застрягання 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 – болю 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.

III. Формування професійних вмінь, навичок:

1.37. зміст завдань;

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

- 1.Виявлення скарг та збір анамнезу у тематичного хворого.
- 2.Провести основні методи дослідження
- 3.Провести додаткові методи дослідження

1.38. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

Орієнтуюча карта для формування практичних вмінь та навичок:

№	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	Визначити характер скарг при поверхневому карієсі	В робочому зошиті зробити таблиці в залежності від перебігу карієсу.	
2	Провести аналіз диф. діагностики поверхневого карієсу з іншими захворюваннями.	Скласти таблицю по диф. діагност.	

1.39. вимоги до результатів роботи;

Методика виконання роботи, етапи виконання, кроки:

Етапи роботи	Засоби та умови для роботи	Критерії самоконтролю
1.Виявлення скарг: а) наявність болю	Опитування хворого	а) при гострому перебігу повер. С можливий біль від

б)космет. недолік		терміч. подразників б)при хрон. перебігу може бути зміна кольору зуба
2.Анамнез а)перенесені та супутні загальні захворювання б)характер режим харчування в) час виявлення дефекту в зубі, поява болю	Історія хворого	а)захворювання ЖКТ, інфекційні хвор.,ендокринні та інш. б) нерегулярне харчування, високий вміст цукру в їжі, недостатня кількість вітамінів та мінеральних компонентів в)не завжди можливо встановити час виникнення дефекту
3Об'єктивні дані: а)огляд зубів б)зондування дефекту в)термометрія г)ЕОД	Стоматологічний інструмент Зонд Холодна вода,шприц, ефир Апарати ОСМ-50, ІВН-1	а)дефект в межах емалі.Зміна кольору можлива при хронічному перебігу карієсу б)можлива незначна больова реакція на зондування в)може буди позитивна реакція на холод г) 2- 4 мкА

1.40. матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Питання:

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?

Тести:

1.Основна ознака хронічного поверхневого карієсу:

- А- зондування дна каріозної порожнини болісне
- В- реакція на температурні подразники негативна
- С- наявність пігментованої каріозної порожнини в межах емалі

2.Основна ознака гострого поверхневого карієсу:

- А- реакція зуба на температурні та хімічні подразники і глибина порожнини
- В- зондування дна каріозної порожнини болісне
- С- на дні каріозної порожнини невелика кількість пігментованої емалі

3. У хворому встановили діагноз: хронічний поверхневий карієс 24 зуба.
З яким захворювання непотрібно проводити диф.діагностику?

- А-Середній карієс
- В-Флюороз
- С-гострий частковий пульпит
- Д-початковий карієс

4. Чи доцільно проводити ремінералізуючу терапію хворому 18 р., якому встановили
діагноз: хронічний поверхневий карієс 44 зуба?

- А-так
- В-ні

5. Який показник ЕОД при поверхневому карієсі?

- А-9-11мкА
- В-12-15мкА
- С-2-6мкА
- Д-8-14мкА

Задачі:

2 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?

3 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.

4. Який фізичний метод допоможе встановити діагноз?
5. Які повинні бути показники ЕОД?
6. 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.

4. Попередній діагноз?
5. Що підтвердить діагноз «карієс»?

6. Які показники можуть вказати на «періодонтит»?
7. Які показники виключають діагноз «пульпіт»?

Відповіді на тести та задачі:

Тести:

1-С 2-А 3-С 4-В 5-С

Тема: Гострий та хронічний середній карієс: патоморфологія, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування.

Мета: сформувати чітке уявлення про патоморфологію, клініку, діагностику, диференційну діагностику, методи лікування гострого та хронічного середнього карієсу.

Основні поняття:

Середній карієс.

При гострому середньому карієсі пацієнти скаржаться на негострий швидкоплинний біль від температурних і хімічних подразників, при хронічному — біль може бути відсутній. Безболісність при хронічному середньому карієсі можна пояснити утворенням замісного (іррегулярного) і прозорого дентину, що значно послаблює дію зовнішніх факторів на пульпу.

При об'єктивному обстеженні: каріозна порожнина середніх розмірів, розташована в межах плащового дентину. При гострому перебігу карієсу колір дентину незмінений або світлий, розм'якшений; зондування болісне по емалево-дентинному з'єднанню; при хронічному перебігу - дентин пігментований, щільний; реакція на температурні подразники слабо позитивна або відсутня. ЕОД = 2—6 мкА.

Патологічна анатомія. Середній карієс характеризується декількома зонами, які можна дослідити під час мікроскопії: деструкції, демінералізації; прозорого, видимо неушкодженого (інтактного), замісного, третинного (іррегулярного) дентину та змін у пульпі зуба.

У зоні деструкції і демінералізації виявляють залишки зруйнованого дентину й емалі з великою кількістю мікроорганізмів. Дентинні трубочки розширені і заповнені бактеріями. Дентинні відростки одонтобластів зазнають жирової дистрофії. Розм'якшення і руйнування дентину більш інтенсивно відбувається біля дентинно-емалевого з'єднання, тому утворюються нависаючі краї емалі і звужений вхідний отвір у каріозну порожнину.

В зоні прозорого та видимо незміненого (інтактного) дентину відмічається руйнування відростків одонтобластів, накопичення в дентинних трубочках мікроорганізмів і продуктів їх розпаду. По периферії каріозної порожнини дентинні каналці нерівномірно розширюються і деформуються. У глибині розташовується шар ущільненого прозорого дентину — зона гіпермінералізації, дентинні каналці в цій зоні значно звужені і поступово переходять в шар незміненого дентину.

Зона замісного (третинного) дентину розташовується в порожнині зуба в

проекції дна каріозної порожнини. Цей шар відмежований від вторинного дентину демаркаційною лінією, має звивистий хід дентинних каналців, інколи вони зовсім відсутні. Це так званий "іррегулярний дентин".

Діагностика: для виявлення прихованих апроксимальних порожнин використовують метод тінеутворення – *трансілюмінація*. Якщо через зуб проходить холодне світло, прихована каріозна порожнина виявляється у вигляді коричневої напівсфери, яка чітко відокремлена від здорових тканин.

Для визначення прихованої каріозної порожнини, ділянки демінералізації, вторинного карієсу, відношення каріозної порожнини до пульпової камери, змін в тканинах періодонту, з метою диф.діагностики, використовуються *Rn-діагностика, KTR – візіографія*.

Одним із самих важливих методів дослідження в клініці терапевтичної стоматології є електроодонтодіагностика, яка стала основним клінічним методом дослідження пульпи. Для діагностики карієсу ЕОД не потрібна, але вона використовується з метою оцінки стану пульпи, диференційної діагностики, обґрунтування метода лікування. Якщо електрочутливість пульпи знаходиться в межах 6-15 мкА, то спокійно можна думати про пломбування каріозної порожнини. При більш високих цифрах (до 30-40 мкА) можна думати про осередкове ураження пульпи (тобто коронкової частини), а якщо ЕОД більше 60 мкА, то це свідчить про ураженість і кореневої пульпи. Якщо пульпа вся загинула, то тактильні рецептори періодонту реагують на силу струму в 100-120 мкА, а якщо і вони уражені, то ЕОД іще більше – 150-200 мкА. Якщо корені постійних зубів не сформовані, або сформовані на $\frac{1}{3}$ - $\frac{2}{3}$ його довжини, то іннервація пульпи ще не розвинута, ЕОД буде відсутня, або знижена до 150-200 мкА. А коли верхівковий отвір сформується, ЕОД зменшується до 2-6 мкА. Такі ж показники будуть і в молочних (тимчасових) зубах, але потрібно враховувати резорбцію коренів. Таким чином ЕОД допомагає уточнити діагноз.

Для ЕОД використовується апаратура: ОД-2М; ЕОМ-1 (ІЗН-1); ЕОМ-3; ОСМ-50 (одонтосенсиметр). В пристроях ЕОМ-3; ОСМ-50 використовується змінний струм низької частоти; ЕОМ-1 – імпульсний струм прямокутної форми з частотою імпульсів 0,5 Гц, амплітуда якого автоматично змінюється від 0 до 10, 50 і 150 мкА.

Протипоказання для ЕОД – зуб покритий коронкою, пломба контактує з яснами, інфільтраційна анестезія.

Диференційна діагностика середнього карієсу (за М. І. Грошиковим,)

Ознаки	Середній карієс	Глибокий карієс	Хронічний верхівк. РТ	Клино-подібний дефект	Кислот. некроз твердих тканин
Скарги	Короткочасний біль від температур. та хімічних подразників. Може мати безсимптом. Перебіг	Короткочасний біль від механічних, температур. та хімічних подразників	Біль при накушуванні відчуття розпирання та незручності в зубі	Інколи біль від температурних та хімічних подразників. Може мати Безсимптомн. перебіг	Короткочасний біль від температур. та хімічних подразників

Локалізація	Жувальні, контактні та присінкові поверхні, пришийкові ділянки	Така ж сама	Така ж сама	Присінкові поверхні на шийках зубів	Присінкові поверхні та і різальні краї фронтальних зубів
Характерні ознаки ураження	Каріозна порожнина в межах плащового дентину	Каріозна порожнина в межах навколо-пульпарного	Зміни кольору коронки зуба, реакція на перкусію	Дефект має форму клина з гладенькими поверхнями	Площинний дефект виповнений демінералізованою емаллю
Реакція твердих тканин на зондування та температурні подразники	Може бути болісна і безболісна	Болісна	Безболісна	Може бути болісна і безболісна	Частіше болісна
Електро-збудливість пульпи	У межах норми (6—12 мкА)	Частіше в межах норми, може бути злегка зниженою	Більше 100 мкА	У межах норми	У межах норми

Лікування деструктивних форм карієсу проводять із попереднім препаруванням твердих тканин зуба і відновленням утрачених структур пломбувальним матеріалом.

Одним з найголовніших постулатів сучасної прогресивної медицини є **принцип щадячого впливу** на організм пацієнта. Завдяки новітнім технологічним досягненням, «нові концепції консервативної стоматології» все більше проникають в практичну діяльність лікарів-стоматологів. Принцип максимального збереження тканин зуба, перш за все, відтворюється при препаруванні каріозних порожнин.

Властивості композитів і GIC (СІЦ) повною мірою дозволяють пломбувати КП так званої «некласичної» форми - із закругленими і ступінчастими стінками і дном. Важлива вимога полягає в максимальному збереженні горбків оклюзійної поверхні і краєвих гребенів зуба (валиків, розташованих на краю оклюзійної поверхні в місці її з'єднання з апроксимальною). Не дивлячись на успіхи в створенні пломбувальних матеріалів, емаль зуба залишається як і раніше найбільш стійким і довговічним матеріалом, який може зберігатися десятки і сотні років в агресивному середовищі порожнини рота.

У 2009 році був запропонований спосіб мікроінвазивного лікування поверхневого карієсу емалі методом інфільтрації. Метод заснований на видаленні псевдоінтактного шару емалі 15% соляною кислотою з подальшим заповненням осередку ураження сумішшю синтетичних смол, що мають певні реологічні характеристики. Ефективність методу полягає в заповненні втрачених структур емалі без препарування при повноцінному блокуванні каріозного процесу.

- **Icon Etch** - травильний гель 15% HCl.
- **вода** протягом 30 секунд.
- **кондиционер Icon Dry.**
- **Icon Infiltrant** на 3 хвилини.

Загальною концепцією лікування - «обробити менше, щоб зберегти

більше зуба». Коли дотримується такий «зберігаючий» підхід, то приходить розуміння, що з ним менше зубів ламатиметься, що приведе до меншої кількості запалених кореневих каналів, або штучних коронок, і що пацієнти бачитимуть більш передбачені і довгострокові результати.

Пізніше був запропонований метод препарування каріозних порожнин за допомогою апарату Airflow prep K1. Принцип роботи апарату, запропонованого швейцарською фірмою EMS полягає в направленій подачі через спеціальний наконечник реактивного струменя аерозолі, що містить воду і абразивний засіб, тобто спосіб піскоструминної обробки. Метод має ряд переваг в порівнянні з традиційними, а саме:

- передача енергії повітряного потоку на частинки абразиву (окисел алюмінію) йде через крапельки води, що мають велику масу спокою. Тому кінетику дії аерозолі на зуб можна регулювати, змінюючи подачу води в наконечник;
- розсіювання енергії по робочій поверхні відбувається рівномірно, оскільки потік на відстані 1-5 мм від сопла можна вважати ламінарним;
- площа зіткнення реактивного струменя з оброблюваною поверхнею зуба залежить від відстані. При робочій дистанції в 1-3 мм робоча площа складає 2-12 мм, тобто можна контролювати точність дії;
- оптимальні умови для охолодження і відмивання препаруємих поверхонь;
- значне зменшення шумності, відсутність передавальної вібрації, не потрібність знеболення.

Показання до використання AirFlow prep K1:

- ❖ обробка фіссур перед запечатуванням;
- ❖ усунення глибоких пігментації емалі;
- ❖ препарування невеликих каріозних пошкоджень;
- ❖ підготовка адгезивних поверхонь для композитних реставрацій;
- ❖ підготовка поверхонь для фіксації ортопедичних конструкцій.

Використання лазерного променя з метою заміни традиційного бору - революція в стоматології, оскільки недоліки традиційного методу обробки тканин відомі.

Лазери Er: YAG генерують енергію з довжиною хвилі 2940 нм. Дана довжина хвилі співпадає з піком поглинання енергії молекулами води. Природно, отримавши додаткову зовнішню енергію, молекула води набуває величезного кінетичного потенціалу. У тканинах це виглядає як миттєве закипання води з різким збільшенням об'єму - отже, настає мікрровибух з руйнуванням кристалічної решітки гідроксиапатиту. Відбувається явище абляції (випаровування, видалення) тканині. Завдяки високій енергії і дуже короткому часу імпульсу, випаровування тканини відбувається значно швидше, ніж розповсюдження тепла углиб тканини. Таким чином - тканина видалена, а нагріву навколишніх структур не відбувається.

Під впливом лазерного випромінювання тверді тканини зуба не

випаровуються, а дробляться на найдрібніші частинки, які викидаються назовні силою мікровибуху, поглинаючи вільну кінетичну енергію молекул води.

Переваги лазерної препаровки:

- селективне видалення каріозного зміненого дентину з швидкістю, що перевищує швидкість роботи турбінного наконечника;
- можливість проводити обробку тканин зуба до межі змінений-незмінений дентин;
- поліпшення адгезії пломбувальних матеріалів зважаючи на відсутність "змащеного" шару;
- формування стерильної порожнини. При випаровуванні тканин лазерним променем дентинні каналці залишаються відкритими. Етап кислотного протравлення не потрібний;
- можливість лікування карієсу без анестезії, оскільки відсутні механічна, хімічна і температурна дія на тканини зуба;
- психологічний комфорт пацієнта;
- профілактичний ефект фотомодифікації емалі і дентину. Значне зменшення термінів формування вторинного і третинного дентину, реальне поліпшення процесів ремінералізації емалі.

Якщо каріозна порожнина розташовується на 2,5 мм нижче за краєвий гребінь, можна використовувати **методику тунельного препарування** (G.m.Jinks,1963; Knight, Hunt, 1984). Препарування починається в між горбиковій ямці з оклюзійної поверхні, в межах емалі створюється порожнина овальної форми. Тунель виводять в каріозну порожнину, цілісність маргінального гребеня не порушується. Для препарування окрім борів використовуються спеціальні кутові ультразвукові насадки. При частковому тунельному препаруванні частина демінералізованої емалі зберігається, при повному - вся демінералізована емаль на проксимальній поверхні видалається.

Переваги тунельного препарування:

1. Зберігається міцність горбків, краєвий гребінь інтактний.
2. Зменшується потенційна можливість мікропроникності апроксимальних пломб.
3. Пошкодження сусідніх зубів зводиться до мінімуму.
4. Досягається естетичніший результат, ніж при стандартній методиці лікування.

На сьогодні для більш якісного препарування та комфорту в роботі створені системи інтраорального підсвічування та аспірації eBite, інтраоральні камери, налобні освітлювачі та бінокулярна лупа а також навіть спеціальний мікроскоп.

Компанія Dentozone (Ю.Корея) розробила систему eBite (Electronic Bite).

Переваги системи:

- Безпроводна система інтраорального підсвічування і аспірації, що перезаряджається;

- Розпірка для щелепи (блок прикусу): рот пацієнта завжди широко відкритий;
- П'ять яскравих світлодіодів забезпечують ідеальне підсвічування всієї порожнини рота - ніякою інше зовнішнє джерело світла не потрібне;
- Вбудована система аспірації;
- Лікар може працювати без асистента;
- Ретрактор язика захищає пацієнта під час лікування і є частиною системи аспірації;
- Розроблена для підвищення комфорту пацієнта: світло апарата не подразнює очі на відміну від лампи на установці;
- Високий рівень комфорту і сервісу підвищує лояльність пацієнта до клініки;
- Інноваційний, респектабельний підхід до лікування.

Критерії правильності препарування каріозної порожнини:

1. Візуальна оцінка топографії і форми порожнини.
2. Візуальна оцінка кольору стінок порожнини.
3. Оцінка твердості стінок порожнини за допомогою зондування.
4. Індикатори карієсу: фарбники синій або червоний кольори, що містять 1% р-н пропіленгліколю, 0,5% р-н фуксину або 0,5% р-н метиленового синього: **Caries marker, VOCO; Caries Detector, H&M; Canal Blue, VDW; Seek, Sable, ULTRADENT; Carier Finder, DMI.**

Карієсдетектори забарвлюють з досить чіткою межею лише шар зовнішнього каріозного дентину. Розчин вноситься до КП і через 10 секунд змивається водою. Критерієм правильності препарування каріозної порожнини є візуальний контроль фарбування стінок порожнини через 10-15 секунд після обробки індикатором карієсу. **Це най об'єктивніший критерій оцінки якості препарування каріозної порожнини.**

Після препарування обов'язково проводять медикаментозну обробку каріозної порожнини.

Зі всіх цементів, останніми роками використовуються в основному **склоіономірні цементи** - матеріал типу «порошок-рідина», «паста-паста», «паста». Порошок - це дрібнодисперсне алюмофторсилікатне скло, який містить велику кількість кальцію і фтору, невелику кількість натрію і фосфатів, з розміром частинок близько 40 мкм.. Рідина - це 50 % водний розчин поліакрилової кислоти. СІЦ об'єднали в собі адгезивні властивості цинк-полікарбонксілатних цементів із вмістом фтору і задовільні естетичні властивості силікатних цементів.

СІЦ має такі властивості, які дають йому переваги щодо інших матеріалів:

- висока хімічна адгезія до дентину і емалі;
- тривалий час виділяє фтор в прилеглі тканини, запобігаючи розвитку карієсу;
- хімічна адгезія до всіх матеріалів, які застосовуються для реставраційних робіт (композити, цементи, амальгама, матеріали, що містять еugenol);

- не токсичні і, як правило, не вимагають ізолюючих прокладок;
- не вимагають протравлення і додаткових адгезивних систем;
- мінімальне препарування зуба, без утворення ретенційних пунктів;
- оптимальний робочий час і пастоподібна консистенція, не липне до інструменту;
- значна частина склоіономерів заміщується на дистильованій воді.

Після замісу **СЩ** реакція тверднення проходить в 3 фази:

- 1 - іоноутворення;
- 2 - первинне гелеутворення;
- 3 - остаточне тверднення.

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ ТРАДИЦІЙНИХ СЩ.

- Каріозні порожнини III і V класів в постійних зубах, порожнини, що розповсюджуються на дентин кореня.
- Каріозні порожнини всіх класів в тимчасових зубах.
- Некаріозні ураження зубів при шийкової локалізації (ерозії, клиноподібні дефекти). Клінічний досвід свідчить про те, що адгезивні властивості склоіономерних цементів достатні для задовільної фіксації в подібних порожнинах.
- Карієс кореня (включаючи порожнини II класу при хорошому доступі до них).
- Тунельна техніка лікування карієсу.
- Фіксація вкладок, накладок, коронок мостоподібних протезів, ортодонтичних апаратів.
- Внутрішньо канална фіксація металевих штифтів.
- Заповнення маргінальних дефектів коронок при рецесії ясен.
- Підкладочний матеріал під композитні матеріали, амальгаму, керамічні вкладки.

Умовами, при яких застосування СЩ має перевагу перед іншими пломбувальними матеріалами, зокрема композиційними, є:

- погана гігієна порожнини рота;
- множинний або вторинний карієс зубів;
- ураження твердих тканин зуба нижче рівня ясен;
- неможливість технологічно виконати реставрацію композитом (високе слиновиділення у дітей, відсутність необхідних умов і т. п.).

У останні десятиліття **композити** поступово витіснили більшість ППМ, а сучасна реставраційна техніка неможлива без них.

За способом полімеризації композити бувають:

- ☐ теплового тверднення;
- ☐ хімічного тверднення;
- ☐ світлового тверднення:
 - а) УФО - 365 нм

б) видимого світла - 400 - 500 нм, оптимально 470 - 480 нм

- ❑ КМ. змішаного типу тверднення, хімічного і світлового, - дуальні композити.

Залежно від кількості наповнювача:

- *в'язкі КМ. >82% (>61% за об'ємом);*
- *тотально наповнені КМ. - 75-82 %;*
- *високо наповнені КМ. - 75 % і більше по вазі (>56% за об'ємом);*
- *середньо наповнені КМ. 66-75 % ;*
- *слабко наповнені КМ. (рідкотекучі) -50-55 % (< 66% по вазі), а зазвичай 36-37 %.*

Залежно від величини частинок наповнювача:

- Макронаповнені КМ. (макрофіли, 8-12 мкм);
- Мінінаповнені КМ. (1-5 мкм);
- Мікронаповнені КМ. (мікрофіли, 0,007 - 0,04 мкм);
- Гібридні КМ.:
 - *негомогенні мікронаповнені;*
 - *макрогібридні;*
 - *мікрогібридні;*
 - *тотально наповнені ;*
 - *текучі фотополімерні;*
 - *конденсовані.*

Не залежно від використовуваного композитного матеріалу, сила його зчеплення з ТТЗ залежить від адгезиву. На сьогодні використовуються в основному адгезиви 5-7 поколінь.

Адгезивні системи 6-го покоління трикомпонентні (складаються з 3-х компонентів), але спрощення клінічної аплікації досягнуте за рахунок вмісту в них самопротравлюючихся праймерів, що, у свою чергу, привело до відсутності етапу змивання кондиціонеру і висушування дентину.

На сьогоднішній день представлені наступні АС 6-го покоління:

❑ *Змішувані:*

- Prompt-l-Pop;
- Xeno 3 (Dentsplay).
- Unifil Bond (GC);

❑ *Не змішувані:*

- Clearfil SE (Kuraray);
- Adhe Se;
- Bond.

- ❑ Деякі автори відносять не змішувані самопротравлюючіся адгезиви до адгезивних систем 7-го покоління.

Переваги адгезивів 6-го покоління:

- одночасна демінералізація і інфільтрація смоли адгезива в дентин,

тому немає необхідності в змиванні кондиціонера водою;

- не чутливі до зволоженої поверхні дентину;
- економлять час;
- ефективно зниження підвищеної чутливості дентину;
- зниження вірогідності здійснення помилки (оскільки менше кількість етапів);
- праймер проникає на ту ж глибину, що і демінералізація твердих тканин.

Обладнання:

- стоматологічний пацієнт;
- інструменти основного стоматологічного набору;
- набір стоматологічних наконечників і борів;
- пломбувальні матеріали;
- апарати для електроодонтометрії;
- фотополімерні лампи;
- основне і допоміжне обладнання стоматологічної установи.

План

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

II. Контроль опорних знань:

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- знати основні, додаткові, лабораторні методи обстеження хворих з захворюваннями зубів;
- знати фізичні методи діагностики та лікування карієсу зубів;
- знати сучасні пломбувальні матеріали та особливості їх використання;
- вміти проводити диференційну діагностику карієсу зубів;
- вміти складати план лікування карієсу зубів в залежності від глибини, перебігу та розташування;
- вміти використовувати сучасні пломбувальні матеріали;
- вміти проводити фізичні методи діагностики карієсу зубів.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Питання:

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?

Тести:

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, ясевий сосочок між 46-47 дещо набряклий і гіпереремійований, під ним незначна кількість волоконних харчових залишків. Яке дослідження доцільно використовувати для виявлення прихованих каріозних порожнин?

- A Трансілюмінаційна діагностика
- B Люмінесцентна діагностика
- C Електроодонтометрія
- D Вітальне фарбування
- E 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 – болю 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. Дісмінералізація
- 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 застрягання 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. салатний
- E. світло-коричневий

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

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

III. Формування професійних вмінь, навичок:

1.41. зміст завдань;

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.

1.42. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

Орієнтуюча карта для формування практичних вмінь та навичок:

№	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	Визначити характер скарг при поверхневому карієсі	В робочому зошиті зробити таблиці в залежності від перебігу карієсу.	
2	Провести аналіз диф. діагностики середнього карієсу з іншими захворюваннями.	Скласти таблицю по диф. діагност.	

1.43. вимоги до результатів роботи;

Методика виконання роботи, етапи виконання, кроки:

№ 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; вата, ватні валики, кофердам	Апарат ЕОМ-3
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	Активні зони – середина ріжучого краю різців, бугри ікол, вестибулярні бугри премолярів та вестибулощічні молярів.

		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.	Зафіксувати показання мікроамперметра. Виміри повторити тричі, визначивши середньо арифметичне значення ЕОД.
--	--	---	--

1.44. матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Питання:

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?
5. З якими захворюваннями диференціюють середній карієс?
6. Що таке електроодонтодіагностика?
7. Які Ви знаєте фізичні методи лікування і профілактики карієсу зубів?
8. Можливі помилки і ускладнення при використанні фізичних чинників в стоматології?
9. Які Ви знаєте протипоказання до використання фізичних чинників в стоматології?
10. Що таке малоінвазивне препарування КП, тунельне препарування КП?
11. Особливості застосування сучасних постійних пломбувальних матеріалів?

Тести:

1. При електрофорезі в тканини вводяться?
 - A. іони препаратів
 - B. молекули препаратів
 - C. органічні сполуки
 - D. атоми окремих сполук
 - E. неорганічні сполуки
2. При фонофорезі в тканини вводяться?
 - A. іони препаратів
 - B. молекули препаратів
 - C. органічні сполуки
 - D. атоми окремих сполук
 - E. неорганічні сполуки
3. 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

4. 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

5. На показники ЕОД не впливають?

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

6. 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

7. Електрофорез 6% розчину вітаміну B₁ 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 навколо лозубних тканин

8. 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

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

- А. 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 навколо зубних тканин

10. 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?

- Г. Рентгенографія
- Г. Зондування
- Н. Вітальне фарбування
- І. Електроодонтодіагностика
- Ж. Термометрія

11. 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?

- Г. Карієс
- Г. Гіпоплазія емалі
- Н. Некроз емалі
- І. Флюороз
- Ж. Ерозія емалі

12. 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 емалево-дентинного 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

13. 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.

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

14. 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?

- F. Гострий початковий карієс
- G. Гіпоплазія емалі
- H. Гострий поверхневий карієс
- I. Некроз емалі
- J. Ерозія емалі

15. 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

16. 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.

Е. Хронічний середній карієс.

17. Жінка 29 років скаржиться 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 холодового подразника виникає короткочасний біль. Зондування дна каріозної порожнини болісне. Який достовірний діагноз?

- А. Гострий дифузний пульпіт
- В. Гострий обмежений пульпіт
- С. Гострий глибокий карієс
- Д. Хронічний глибокий карієс
- Е. Хронічний фіброзний пульпіт

18. 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?

- А. Обробка дефектів розчином срібла
- В. Пломбування композитом без препарування
- С. Ремінералізуюча терапія
- Д. Зішліфовування дефектів
- Е. Препарування і пломбування

19. 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.

- А. Склоіономерний цемент
- В. Композит фотополімерний
- С. Композит хімічної полімеризації
- Д. Силікатний цемент
- Е. Силіко-фосфатний цемент

20. 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-Jonobond (VOCO)
- E. Vitrebond (3M)

21. 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. Сіліко-фосфатний цемент
- D. Текучий композит світлової полімеризації
- E. Мікрофільний композит світлової полімеризації

Задачі:

3 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?

4 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.

- 7. Який фізичний метод допоможе встановити діагноз?
- 8. Які повинні бути показники ЕОД?
- 9. 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.

- 8. Попередній діагноз?
- 9. Що підтвердить діагноз «карієс»?
- 10. Які показники можуть вказати на «періодонтит»?
- 11. Які показники виключать діагноз «пульпіт»?

Відповіді на тести та задачі:

Тести:

- | | |
|----|---|
| 1 | A |
| 2 | B |
| 3 | B |
| 4 | A |
| 5 | D |
| 6 | D |
| 7 | A |
| 8 | E |
| 9 | B |
| 10 | C |
| 11 | A |
| 12 | C |
| 13 | A |
| 14 | C |
| 15 | B |
| 16 | A |
| 17 | C |
| 18 | E |
| 19 | A |
| 20 | C |
| 21 | A |

Задачі:

Задача № 1.

1. Кольорові тести.
2. 2-6 мкА.
3. Системна гіпоплазія.

Задача № 2

1. Кольорові проби
2. 2-4 мкА.
3. Електрофорез ремінералізуючих засобів.

Задача № 3

1. Карієс, періодонтит 36 зуба
2. Термопроба – безболісна, ЕОД > 100 мкА, рентгенологічні зміни в тканинах періодонту.
3. Термопроба – довгочасний біль, ЕОД 20-90 мкА.

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.
2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.
3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.
4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.
5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. – Полтава: Дивосвіт, 2019. – 108 с.

Практичне заняття № 10

Тема: Гострий глибокий карієс: патоморфологія, клініка, діагностика, внутрішньо- та позасиндромна диференційна діагностика. Хронічний глибокий карієс: патоморфологія, клініка, діагностика, внутрішньо- та позасиндромна диференційна діагностика

Мета: сформувати чітке уявлення про патоморфологію, клініку, діагностику, внутрішньо- та позасиндромну диференційну діагностику гострого глибокого

карієсу.

Основні поняття:

Складається із засвоєння будови твердих тканин зубу та пульпи, а також патологічних змін, які відбуваються при подальшому розвитку каріозного процесу. Цей матеріал подано у попередніх методичних рекомендаціях, що стосуються тем початкового, поверхневого та середнього карієсу, а також патологічної анатомії і теорій виникнення карієсу.

Глибокий карієс характеризується утворенням каріозної порожнини, яка займає майже всю товщу дентину, практично до пульпи, і розташовується в навколо пульпарному дентині. Хворі з гострим глибоким карієсом скаржаться на біль, який виникає унаслідок термічних, механічних, хімічних подразників і зникає відразу після їх усунення. Внесення до каріозної порожнини тампона з холодною або теплою (не більш 50°C) водою, викликає різку больову реакцію.

У зубі виявляють каріозну порожнину в межах навколопульпарного дентину з краями емалі, що нависають. Емаль навколо вхідного отвору крихка, крейдо-подібного кольору. Порожнина виконана розм'якшеним дентином білого або сіро-жовтого кольору.

При зондуванні виявляється хворобливість в області дентино-емалевої межі і на дні порожнини (у місцях проекції рогів пульпи). Перфорації між каріозною порожниною і порожниною зуба не виявляється. Зондування порожнини при глибокому карієсі необхідно проводити дуже обережно – можлива механічна травма пульпи в місцях найбільш стоншеного дентину, яка супроводжуватиметься різким болем і появою краплі крові в порожнині.

Проте при хронічному перебігу карієсу скарги на біль можуть бути відсутні, або вона буде незначна і короткочасна. Порожнина в даному випадку має широкий вхідний отвір, емалевий край з часом відламується. Каріозна порожнина виконана щільним пігментованим дентином. Пігментація має відтінки від жовтого до бурого, іноді чорного кольору. Зондування дна і стінок безболісне, оскільки під ними добре виражені зони прозорого і вторинного дентину. Поверхня пігментованого дентину шорстка при зондуванні, важко піддається екскавації. Така порожнина може формуватися роками.

Разом з традиційними методами дослідження (огляд, зондування, перкусія) для діагностики карієсу застосовують і метод електроодонтодіагностики. Пульпа інтактних здорових зубів і зубів з карієсом реагує на силу струму 2-6мкА. Але при глибокому карієсі з гострим перебігом можливе зниження цього показника до 12-15мкА.

Патологоанатомічні зміни – унаслідок невеликої товщини дентинної перегородки між каріозною порожниною і пульпою не всі зони ураження можуть бути достатньо виражені. При гострому карієсі превалюють процеси демінералізації, інші зони не виявляються. У пульпі зменшується кількість клітинних елементів, наростає гіперемія і набряк пульпи, периваскулярні інфільтрати, нервові волокна розширюються, в більш пізній період відбувається їх фрагментація і зернистий розпад.

Диференціальна діагностика глибокого карієсу зубів

Ознаки	Глибокий карієс	Гострий обмежений пульпіт	Хронічний простий пульпіт	Хронічний гангренозний пульпіт
Скарги	Короткочасний біль від терм. мех., хим. подразників	На нападоподібний біль 10-15 мин., Спонтанна та від подразників	На біль від темп., що триває близько години після припинення дії подразника	На тривалий біль від темп. подразників (гарячого)
Сообщение кариозной полости с полостью зуба	Немає	Немає	Можливе сполучення (перфорація)	Можливе сполучення (перфорація)
Зондирование дна кариозн. полости	Болісне	Різко болісне у проекції рога пульпи	Різко болісне в ділянці перфорації	Поверхнєве зондування пульпы болісне
Продолжительность приступа боли	Біль зникає після усунення подразника	Напад триває 10-15 мин.	Біль триває близько години після припинення дії подразника	Біль триває близько години після припинення дії подразника
Электровозбудимость пульпы	Нормальна або знижена до 2-15 мкА	Знижена до 20-40 мкА	Знижена до 30-60 мкА	Знижена до 60 мкА і більш

Помилки, які виникають при діагностиці захворювань СОПР можна поділити на такі групи:

- 1) Неповне збирання анамнезу;
- 2) При огляді – невірна діагностика глибини патологічного процесу, та його перебігу;
- 3) Неповне застосування допоміжних методів діагностики;
- 4) Помилки, які виникають при проведенні диференційного діагнозу.

Обладнання:

- стоматологічний пацієнт;
- інструменти основного стоматологічного набору;
- набір стоматологічних наконечників і борів;
- пломбувальні матеріали;

- апарати для електроодонтометрії;
- фотополімерні лампи;
- основне і допоміжне обладнання стоматологічної установки.

Навчальний час: 2 години

План

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

II. Контроль опорних знань:

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- знати види лікувальних прокладок та їх призначення; вміти вибирати та використовувати оптимальні з них для даної ситуації;
- знати помилки та ускладнення, які виникають при діагностиці та лікуванні карієсу зубів;
- знати методи диференційної діагностики, які використовуються для діагностики карієсу зубів;
- вміти складати алгоритми диференційної діагностики та лікування карієсу зубів;
- вміти використовувати фізичні методи диференційної діагностики карієсу зубів.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Питання:

- Етіологія та патогенез гострого глибокого карієсу.
- Рентгенологічні ознаки деструктивних форм гострого глибокого карієсу.
- Препарати для лікувальної терапії з метою стимуляції замісного дентину.
- Помилки та ускладнення при лікуванні гострого глибокого карієсу.

III. Формування професійних вмінь, навичок:

1.45. зміст завдань;

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

- провести обстеження хворого на глибокий карієс;
- провести диференційну діагностику з іншими видами карієсу;
- скласти індивідуальний план лікування;
- доцільно обрати пломбувальний матеріал та поставити пломбу;

1.46. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

Орієнтуюча карта для формування практичних вмінь та навичок:

№ п.п.	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1.	Скласти алгоритми проведення диференційної діагностики карієсу зубів	Привести усі відомі основні та допоміжні методи діагностики карієсу	
2.	Скласти таблицю диференційної діагностики глибокого карієсу зубів з другими захворюваннями	Скласти таблицю захворювань, яка відображає усі ознаки необхідні для диференційної діагностики їх з глибоким карієсом зубів.	

1.47. вимоги до результатів роботи;

Методика виконання роботи, етапи виконання, кроки:

№	Етапи	Засоби навчання
1.	Визначення рівня підготовки до заняття	Тести для визначення початкового рівня
2.	Практична робота слухачів: - курація хворих ➤ визначення основних симптомів та синдромів (на основі опитування та огляду, визначення попереднього діагнозу); ➤ визначення плану додаткових методів обстеження та оцінювати результатів; ➤ проведення диференційного діагнозу та визначення заключного діагнозу; ➤ визначення тактики ведення хворого, визначення питань профілактики, реабілітації хворого;	Хворі, амбулаторні картки, дані лабораторних і інструментальних досліджень.
3.	Аналіз і корекція практичної роботи слухачів - обговорення хворих - обговорення ситуаційних задач	Хворі, амбулаторні картки, дані лабораторних і інструментальних досліджень, таблиці, графи, схеми, алгоритми.
4.	Тестовий контроль	Тести за темою

		заняття
5.	Обговорення і підведення підсумків заняття	

1.48. матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Питання:

1. Основні методи лікування глибокого карієсу.
2. Основні види лікувальних паст для лікування гострого глибокого карієсу.
3. Показання та протипоказання лікування гострого глибокого карієсу в одне відвідування.
4. Загальні засоби лікування гострого глибокого карієсу в 2 відвідування.
5. Перерахуйте клінічні етапи лікування гострого глибокого карієсу.

Тести:

1. Каріозна порожнина при гострому глибокому карієсі знаходиться в межах:
 - А. Емалі;
 - Б. Плащового дентину;
 - В. Підповерхневого шару емалі;
 - Г. Біляпульпарного дентину;
 - Д. Біляпульпарного дентину з залученням порожнини зуба.
2. При якій формі карієсу при зондуванні виявляється сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба?
 - А. Гостром середньому;
 - Б. Хронічному глибокому;
 - В. Гострому глибокому;
 - Г. При будь-якій формі карієсу сполучення немає;
 - Д. Хронічному середньому.
3. Демінералізований дентин дна і стінок каріозної порожнини, що легко знімається екскаватором і слабо пігментований характерний для:
 - А. Гострого середнього карієсу;
 - Б. Хронічного глибокого карієсу;
 - В. Гострого початкового карієсу;
 - Г. Хронічного початкового карієсу;
 - Д. Для всіх перерахованих вище форм гострого карієсу.
4. При огляді місця ураженого зуба виявлено, що вхідний отвір більш вузький, ніж сама порожнина, маються навислі демінералізовані краї емалі. Це характерно для:

- А. Гострого середнього карієсу;
- Б. Хронічного глибокого карієсу;
- В. Гострого початкового карієсу;
- Г. Хронічного початкового карієсу;
- Д. Для всіх перерахованих вище форм гострого карієсу.

5. Широкий вхідний отвір каріозної порожнини характерний для:

- А. Гострого глибокого карієсу;
- Б. Хронічного глибокого карієсу;
- В. Гострого початкового карієсу;
- Г. Хронічного початкового карієсу;
- Д. Для всіх перерахованих вище форм хронічного карієсу.

6. Виникнення болю від різних видів подразників при карієсі обумовлюється:

- А. Наявністю великої кількості нервових закінчень в емалі;
- Б. Наявністю великої кількості нервових закінчень у дентині;
- В. Переміщенням рідини в дентинних каналцях;
- Г. Правильні 1 і 2 відповіді;
- Д. Близькістю до пульпи.

7. Зона замісного дентину розташована:

- А. У плащовому шарі дентину при гострому поверхневому карієсі;
- Б. В біляпульпарному шарі дентину при хронічному середньому карієсі;
- В. На своді (криші) порожнини зуба з боку останньої при хронічних формах карієсу;
- Г. В біляпульпарному шарі дентину при гострому середньому карієсі;
- Д. На дні каріозної порожнини при хронічному глибокому карієсі.

8. Замісний дентин утвориться внаслідок:

- А. Діяльності одонтобластів;
- Б. Облітерації дентинних каналців;
- В. Руйнування дентину;
- Г. Відкладенням неорганічних речовин у дентинних каналцях;
- Д. Наявності «змазаного» шару.

9. До лікувальних одонтотропних паст відносяться:

- А. Цинкооксидфенолова паста;
- Б. Резорцин-формалінова паста;
- В. «Life»;
- Г. «Dycal»;
- Д. Трикрезол-формалінова паста.

10. Для постановки тимчасової пломби при 2-ух сеансному методі лікування

гострого глибокого карієсу 35 можна використовувати:

- А. Штучний дентин;
- Б. Композиційний матеріал хімічного отвердження;
- В. Дентин-пасту;
- Г. Склоіономерний цемент «Цемілайт РС»;
- Д. Композиційний матеріал світлового затвердіння.

11. Як ізолюючу прокладку при лікуванні гострого глибокого карієсу 47 можна використовувати:

- А. Штучний дентин;
- Б. Композиційний матеріал хімічного отвердження;
- 15
- В. Дентин-пасту;
- Г. Стеклоіономерный цемент «Цемион »;
- Д. Цинкфосфатний цемент.

12. Як лікувальну прокладку при односеансному методі лікування гострого

глибокого карієсу 37 можна використовувати:

- А. Цинкоксидевгенолову пасту;
- Б. Резорцин-формалінову пасту;
- В. «Life»;
- Г. “Dycal”;
- Д. Дентин- пасту.

13. Як лікувальну прокладку при двухсеансному методі лікування гострого глибокого карієсу 37 можна використовувати:

- А. Цинкоксидевгенолову пасту;
- Б. Резорцин-формалінову пасту;
- В. «Life»;
- Г. “Dycal”;
- Д. Дентин- пасту.

14. При лікуванні гострого глибокого карієсу 25 для медикаментозної обробки каріозної порожнини можна використовувати:

- А. Спирт етиловий 96%;
- Б. Р-н гіпохлорита натрію 5,25%;
- В. Р-н хлораміну 1%;
- Г. Р-н перикису водню 3%;
- Д. Діметоксид.

Тема: Хронічний глибокий карієс: патоморфологія, клініка, діагностика,

внутрішньо- та позасиндромна диференційна діагностика.

Мета: сформувані чітке уявлення про патоморфологію, клініку, діагностику, внутрішньо- та позасиндромну диференційну діагностику хронічного глибокого карієсу.

Основні поняття:

Матеріал складається із засвоєння будови твердих тканин зубу та пульпи, а також патологічних змін, які відбуваються при подальшому розвитку каріозного процесу. Цей матеріал подано у попередніх методичних рекомендаціях, що стосуються тем початкового, поверхневого та середнього карієсу, а також патологічної анатомії і теорії виникнення карієсу.

Глибокий карієс характеризується утворенням каріозної порожнини, яка займає майже всю товщу дентину, практично до пульпи, і розташовується в навколо пульпарному дентині. Хворі з гострим глибоким карієсом скаржаться на біль, який виникає унаслідок термічних, механічних, хімічних подразників і зникає відразу після їх усунення. Внесення до каріозної порожнини тампона з холодною або теплою (не більш 50°C) водою, викликає різку больову реакцію.

У зубі виявляють каріозну порожнину в межах навколопульпарного дентину з краями емалі, що навісають. Емаль навколо вхідного отвору крихка, крейдо-подібного кольору. Порожнина виконана розм'якшеним дентином білого або сіро-жовтого кольору.

При зондуванні виявляється хворобливість в області дентино-емалевої межі і на дні порожнини (у місцях проекції рогів пульпи). Перфорації між каріозною порожниною і порожниною зуба не виявляється. Зондування порожнини при глибокому карієсі необхідно проводити дуже обережно – можлива механічна травма пульпи в місцях найбільш стоншеного дентину, яка супроводжуватиметься різким болем і появою краплі крові в порожнині.

Проте при хронічному перебігу карієсу скарги на біль можуть бути відсутні, або вона буде незначна і короткочасна. Порожнина в даному випадку має широкий вхідний отвір, емалевий край з часом відламується. Каріозна порожнина виконана щільним пігментованим дентином. Пігментація має відтінки від жовтого до бурого, іноді чорного кольору. Зондування дна і стінок безболісне, оскільки під ними добре виражені зони прозорого і вторинного дентину. Поверхня пігментованого дентину шорстка при зондуванні, важко піддається екскавації. Така порожнина може формуватися роками.

Разом з традиційними методами дослідження (огляд, зондування, перкусія) для діагностики карієсу застосовують і метод електроодонтодіагностики. Пульпа інтактних здорових зубів і зубів з карієсом реагує на силу струму 2-6мкА. Але при глибокому карієсі з гострим перебігом можливе зниження цього показника до 12-15мкА.

Патологоанатомічні зміни – унаслідок невеликої товщини дентинної перегородки між каріозною порожниною і пульпою не всі зони ураження можуть бути достатньо виражені. При гострому карієсі превалюють процеси

демінералізації, інші зони не виявляються. У пульпі зменшується кількість клітинних елементів, наростає гіперемія і набряк пульпи, периваскулярні інфільтрати, нервові волокна розширюються, в більш пізній період відбувається їх фрагментація і зернистий розпад.

Диференціальна діагностика глибокого карієсу зубів

Ознаки	Глибокий карієс	Гострий обмежений пульпіт	Хронічний простий пульпіт	Хронічний гангренозний пульпіт
Скарги	Короткочасний біль від терм. мех., хим. подразників	На нападоподібний біль 10-15 мин., Спонтанна та від подразників	На біль від темп., що триває близько години після припинення дії подразника	На тривалий біль від темп. подразників (гарячого)
Сообщение кариозной полости с полостью зуба	Немає	Немає	Можливе сполучення (перфорація)	Можливе сполучення (перфорація)
Зондирование дна кариозн. полости	Болісне	Різко болісне у проекції рога пульпи	Різко болісне в ділянці перфорації	Поверхнєве зондування пульпы болісне
Продолжительность приступа боли	Біль зникає після усунення подразника	Напад триває 10-15 мин.	Біль триває близько години після припинення дії подразника	Біль триває близько години після припинення дії подразника
Электровозбудимость пульпы	Нормальна або знижена до 2-15 мкА	Знижена до 20-40 мкА	Знижена до 30-60 мкА	Знижена до 60 мкА і більш

Помилки, які виникають при діагностиці можна поділити на такі групи:

- 1) Неповне збирання анамнезу;
- 2) При огляді – невірна діагностика глибини патологічного процесу, та його перебігу;
- 3) Неповне застосування допоміжних методів діагностики;
- 4) Помилки, які виникають при проведенні диференційного діагнозу.

Обладнання:

- стоматологічний пацієнт;
- інструменти основного стоматологічного набору;
- набір стоматологічних наконечників і борів;
- пломбувальні матеріали;
- апарати для електроодонтометрії;
- фотополімерні лампи;
- основне і допоміжне обладнання стоматологічної установи.

План

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

II. Контроль опорних знань:

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- знати види лікувальних прокладок та їх призначення; вміти вибирати та використовувати оптимальні з них для даної ситуації;
- знати помилки та ускладнення, які виникають при діагностиці та лікуванні карієсу зубів;
- вміти складати алгоритми диференційної діагностики та лікування карієсу зубів;
- вміти використовувати фізичні методи диференційної діагностики карієсу зубів.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Питання:

1. Дайте означення хронічного глибокого карієсу.
2. Дайте основні клінічні ознаки хронічного глибокого карієсу.
3. Назвіть основні і додаткові методи діагностики карієсу.
4. З якими захворюваннями проводять диференційну діагностику хронічного глибокого карієсу?
5. Яка схема лікування хронічного глибокого карієсу?
6. Які сучасні пломбувальні матеріали застосовують при лікуванні хронічного глибокого карієсу.

III. Формування професійних вмінь, навичок:

1.49. зміст завдань;

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

- складати план лікування хронічного глибокого карієсу;
- проводити обстеження стоматологічного хворого;

- знати клінічні ознаки хронічного глибокого карієсу;
- проводити основні і додаткові методи діагностики хронічного глибокого карієсу;
- застосовувати сучасні пломбувальні матеріали.

1.50. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

Орієнтуюча карта для формування практичних вмінь та навичок:

№ п.п.	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1.	Скласти алгоритми проведення диференційної діагностики карієсу зубів	Привести усі відомі основні та допоміжні методи діагностики карієсу	
2.	Скласти таблицю диференційної діагностики глибокого карієсу зубів з другими захворюваннями	Скласти таблицю захворювань, яка відображає усі ознаки необхідні для диференційної діагностики їх з глибоким карієсом зубів.	

1.51. вимоги до результатів роботи;

Методика виконання роботи, етапи виконання, кроки:

№	Етапи	Засоби навчання
1.	Визначення рівня підготовки до заняття	Тести для визначення початкового рівня
2.	Практична робота слухачів: - курація хворих ➤ визначення основних симптомів та синдромів (на основі опитування та огляду, визначення попереднього діагнозу); ➤ визначення плану додаткових методів обстеження та оцінювати результатів; ➤ проведення диференційного діагнозу та визначення заключного діагнозу; ➤ визначення тактики ведення хворого, визначення питань профілактики, реабілітації хворого;	Хворі, амбулаторні картки, дані лабораторних і інструментальних досліджень.

3.	Аналіз і корекція практичної роботи слухачів - обговорення хворих - обговорення ситуаційних задач	Хворі, амбулаторні картки, дані лабораторних і інструментальних досліджень, таблиці, графи, схеми, алгоритми.
4.	Тестовий контроль	Тести за темою заняття
5.	Обговорення і підведення підсумків заняття	

1.52. матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Питання:

1. Основні методи лікування глибокого карієсу.
2. Клінічна картина хронічного глибокого карієсу.
3. Основні і додаткові методи лікування хронічного глибокого карієсу.
4. Перерахуйте клінічні етапи лікування хронічного глибокого карієсу.

Тести:

1. Глибока каріозна порожнина, заповнена залишками їжі. Дентин пігментований, щільний. Зондування дна порожнини неболісне. Реакція на температурні подразники позитивна, але швидко минає. Діагноз:

1. гіперемія пульпи
2. гострий глибокий карієс
3. простий хронічний пульпіт
4. хронічний глибокий карієс

2. Невелика пігментована пляма у 13 зубі темнокоричневого кольору, неболісна при зондуванні. Реакція на хімічні та температурні подразники відсутня. Діагноз:

1. флюороз
2. гіпоплазія емалі
3. хронічний початковий карієс
4. хронічний поверхневий карієс

3. Каріозна порожнина в 46 зубі на апроксимальній поверхні, на її дні та стінках світлий дентин, що знімається. Зондування порожнини чутливе на всій протяжності. Реакція на температурні подразники швидко минає. Діагноз:

1. гострий середній карієс
2. гострий глибокий карієс
3. хронічний глибокий карієс

4. простий хронічний пульпіт

4. Каріозна порожнина у 35 зубі заповнена розм'якшеною світлою емаллю, зондування неболісне. Реакція на хімічні та температурні подразники позитивна, швидко минає. Діагноз:

1. хронічний поверхневий карієс
2. гострий поверхневий карієс
3. гіпоплазія емалі

Відповіді на тести та задачі:

Тести:

1. 4; 2. 3; 3. 2; 4. 2.

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.
2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.
3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно

від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.

4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології: [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.

5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. – Полтава: Дивосвіт, 2019. – 108 с.

Практичне заняття № 11

Тема: Односеансний та двоесеансний методи лікування гострого глибокого карієсу. Лікувальні пасти: групи, властивості, методики використання

Мета: оволодіти навичками односеансного та двоесеансного методів лікування гострого глибокого карієсу.

Основні поняття:

Вибір лікування глибокого карієсу залежить від перебігу процесу. При хронічному процесі лікування в одне відвідування: препарування каріозної порожнини за стандартними правилами, накладання ізолюючої прокладки та пломбування постійним пломбувальним матеріалом за вибором (в залежності від розташування каріозної порожнини).

Треба пам'ятати, що для гострого перебігу характерно більш швидке розповсюдження патологічного процесу, захисні шари прозорого та вторинного дентину не встигають сформуватися, таким чином каріозна порожнина відокремлена від пульпової камери лише тонким шаром частково чи повністю демінералізованим дентином. У пульпі, як правило, є часткове запалення. Тому необхідно використовувати засоби протизапальної дії, для стимулювання пластичної властивості пульпи. Тому це обумовлює особливості препарування та необхідність в використанні допоміжних засобів при лікуванні гострого глибокого карієсу.

Лікування гострого глибокого карієсу проводять, як правило, в два відвідування. В перше - обережно препарують (екскаватором чи бором обов'язково з охолодженням та на невеликих швидкостях, щоб термічно не ушкодити та не вскрити пульпову камеру). Можливо залишати на дні каріозної порожнини невеликий шар частково де мінералізованого дентину, який у подальшому може мінералізуватися під впливом медикаментозних препаратів. На стінках каріозної порожнини рекомендується формувати уступи для фізичного розвантаження жувального тиску на дно та пульпу. Обробляють неагресивними антисептиками (забороняється спирт, ефіром) та накладають лікувальну прокладку на термін 2-3 тижні.

Лікувальна прокладка повинна:

- стимулювати репаративну функцію пульпи;
- бути бактеріцидною та протизапальною;

- не подразнювати пульпу зуба;
- мати гарну адгезію;
- бути пластичною та не розчинятися;

Є дві основні групи нетвердіючих лікувальних паст:

1. Антибактеріальні (складаються з антибіотиків, сульфаніламідів, антисептиків, препарати з сріблом) Це 50% йодоформна паста, 1-2% риванолові, та ін.

2, Одонтотропні пасти (стимулюють відкладення вторичного дентину) Це з гідроксидом кальція, 5% тімолова та еugenol-тімолова пасти, та ін.

У друге відвідування видаляють лікувальну прокладку, накладають ізолюючу та постійну пломбу за вибором.

Обладнання:

- стоматологічний пацієнт;
- інструменти основного стоматологічного набору;
- набір стоматологічних наконечників і борів;
- пломбувальні матеріали;
- апарати для електроодонтометрії;
- фотополімерні лампи;
- лікувальні пасти;
- основне і допоміжне обладнання стоматологічної установи.

Навчальний час: 2 години

План

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

II. Контроль опорних знань:

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- знати клінічні та додаткові методи обстеження при карієсі;
- знати особливості препарування каріозних порожнин залежно від виду пломбувальних матеріалів;
- знати властивості основних препаратів, які використовуються для лікування гострого карієсу;
- вміти провести диференційну діагностику захворювання;
- вміти накладати лікувальну та ізолюючу прокладки.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Питання:

1 Опишіть тверді тканини зуба.

2. Які клінічні признаи характерні для гострого процесу?
3. Які клінічні признаи характерні для хронічного процесу?

Тести:

1. Хворому 28 років поставлено діагноз: хронічний глибокий карієс 26-го зуба. Вибіріть матеріал для пломбування:

- А. Гібридний композит;
- В. Сіліцин;
- С. Склоіономер;
- Д. Амальгама;
- Е. Рідкий композит;

2. Жінка 25 років звернулась до стоматолога зі скаргами на гострий біль у зубі нижньої щелепи зправа, яка виникає під час їжи. Об'єктивно на дистальній поверхні 46-го зуба є глибока каріозна порожнина, виповнена м'яким світлим дентином. Зондування дна каріозної порожнини слабоболісне, перкусія зубу безболісна. Від холодної води біль швидко минає. Який засіб необхідно покласти на дно каріозної порожнини при лікуванні:

- А. Миш'якову пасту;
- В. Пасту зі кортикостероїдом;
- С. Фосфат-цемент;
- Д. Кальцідонт;
- Е. Фосфат-цемент зі сріблом.

3. Хворий 25 років скаржиться на біль в 36 зубі під час прийому солодкого, гарячого, холодного. Об'єктивно: на жувальній поверхні 36-го зуба є каріозна порожнина в межах околопульпарного дентину. Дентин м'який, світлий. Зондування дна каріозної порожнини болісне, перкусія зубу безболісна. ЕОД – 6 мкА. Який найвірогідніший діагноз:

- А. Хронічний середній карієс.
- В. Гострий середній карієс.
- С. Хронічний фіброзний пульпит.
- Д. Хронічний глибокий карієс.
- Е. Гострий глибокий карієс.

4. Хвора 22 років звернулась зі скаргами на різкий біль у 46-му зубі під час прийняття холодної чи гарячої їжі останні 2 тижня. Біль минає швидко. Для якого захворювання характерні такі скарги:

- А. Хронічний глибокий карієс.
- В. Гіперемія пульпи;
- С. Гострий обмежений пульпит;
- Д. Хронічний середній карієс;
- Е. Гострий глибокий карієс.

5. У хворого на жувальній поверхні 36-го зуба є глибока каріозна

порожнина з нависаючими краями, емаль крихка, крейдоподібного кольору. Каріозна порожнина виповнена розм'ягченим дентином світло-жовтого кольору. Зондування болісне по емалево-дентинній межі, на дні – у точках проекції рогів пульпи. Поставте діагноз:

- А. Хронічний середній карієс.
- В. Гострий середній карієс.
- С. Хронічний глибокий карієс
- Д. Гіперемія пульпи;
- Е. . Гострий глибокий карієс.

III. Формування професійних вмінь, навичок:

1.53. зміст завдань;

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

- провести обстеження хворого на глибокий карієс;
- провести диференційну діагностику з іншими видами карієсу;
- скласти індивідуальний план лікування;
- обрати лікувальну та ізолюючу прокладку;
- доцільно обрати пломбувальний матеріал та поставити пломби.

1.54. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

Орієнтуюча карта для формування практичних вмінь та навичок:

№ п.п.	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1.	Скласти алгоритми проведення диференційної діагностики карієсу зубів	Привести усі відомі основні та допоміжні методи діагностики карієсу	
2.	Скласти таблицю диференційної діагностики глибокого карієсу зубів з другими захворюваннями	Скласти таблицю захворювань, яка відображає усі ознаки необхідні для диференційної діагностики їх з глибоким карієсом зубів.	

1.55. вимоги до результатів роботи;

Методика виконання роботи, етапи виконання, кроки:

№	Етапи	Засоби навчання
1.	Визначення рівня підготовки до заняття	Тести для визначення початкового рівня

2.	Практична робота слухачів: - курація хворих ➤ визначення основних симптомів та синдромів (на основі опитування та огляду, визначення попереднього діагнозу); ➤ визначення плану додаткових методів обстеження та оцінювати результатів; ➤ проведення диференційного діагнозу та визначення заключного діагнозу; ➤ визначення тактики ведення хворого, визначення питань профілактики, реабілітації хворого;	Хворі, амбулаторні картки, дані лабораторних і інструментальних досліджень.
3.	Аналіз і корекція практичної роботи слухачів - обговорення хворих - обговорення ситуаційних задач	Хворі, амбулаторні картки, дані лабораторних і інструментальних досліджень, таблиці, графи, схеми, алгоритми.
4.	Тестовий контроль	Тести за темою заняття
5.	Обговорення і підведення підсумків заняття	

1.56. матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Питання:

- 1 Які вимоги до ізолюючих прокладок?
2. Які матеріали використовують для ізолюючих прокладок при лікуванні хронічного карієсу?
3. Які матеріали використовують для лікувальних прокладок при лікуванні гострого карієсу?
4. Опишіть методику накладання лікувальної прокладки.
5. Опишіть методику пломбування гострого глибокого карієсу.

Тести:

1. Каріозна порожнина при гострому глибокому карієсі знаходиться в межах:

- А. Емалі;
- Б. Плащового дентину;
- В. Підповерхневого шару емалі;
- Г. Біляпульпарного дентину;
- Д. Біляпульпарного дентину з залученням порожнини зуба.

2. При якій формі карієсу при зондуванні виявляється сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба?

- А. Гостром середньому;
- Б. Хронічному глибокому;
- В. Гострому глибокому;
- Г. При будь-якій формі карієсу сполучення немає;
- Д. Хронічному середньому.

3. Демінералізований дентин дна і стінок каріозної порожнини, що легко знімається екскаватором і слабо пігментований характерний для:

- А. Гострого середнього карієсу;
- Б. Хронічного глибокого карієсу;
- В. Гострого початкового карієсу;
- Г. Хронічного початкового карієсу;
- Д. Для всіх перерахованих вище форм гострого карієсу.

4. При огляді місця ураженого зуба виявлено, що вхідний отвір більш вузький, ніж сама порожнина, маються навислі демінералізовані краї емалі.

Це характерно для:

- А. Гострого середнього карієсу;
- Б. Хронічного глибокого карієсу;
- В. Гострого початкового карієсу;
- Г. Хронічного початкового карієсу;
- Д. Для всіх перерахованих вище форм гострого карієсу.

5. Широкий вхідний отвір каріозної порожнини характерний для:

- А. Гострого глибокого карієсу;
- Б. Хронічного глибокого карієсу;
- В. Гострого початкового карієсу;
- Г. Хронічного початкового карієсу;
- Д. Для всіх перерахованих вище форм хронічного карієсу.

6. Виникнення болю від різних видів подразників при карієсі обумовлюється:

- А. Наявністю великої кількості нервових закінчень в емалі;
- Б. Наявністю великої кількості нервових закінчень у дентині;
- В. Переміщенням рідини в дентинних каналцях;
- Г. Правильні 1 і 2 відповіді;
- Д. Близькістю до пульпи.

7. Зона замісного дентину розташована:

- А. У плащовому шарі дентину при гострому поверхневому карієсі;
- Б. В біляпульпарному шарі дентину при хронічному середньому карієсі;

- В. На своді (криші) порожнини зуба з боку останньої при хронічних формах карієсу;
- Г. В біляпульпарному шарі дентину при гострому середньому карієсі;
- Д. На дні каріозної порожнини при хронічному глибокому карієсі.

8. Замісний дентин утвориться внаслідок:

- А. Діяльності одонтобластов;
- Б. Облітерації дентинних каналців;
- В. Руйнування дентину;
- Г. Відкладенням неорганічних речовин у дентинних каналцях;
- Д. Наявності «змазаного» шару.

9. До лікувальних одонтотропним паст відносяться:

- А. Цинкооксидевгенолова паста;
- Б. Резорцин-формалінова паста;
- В. «Life»;
- Г. «Dycal»;
- Д. Трикрезол-формалінова паста.

10. Для постановки тимчасової пломби при 2-ух сеансному методі лікування

гострого глибокого карієсу 35 можна використовувати:

- А. Штучний дентин;
- Б. Композиційний матеріал хімічного отвердження;
- В. Дентин-пасту;
- Г. Склоіономерний цемент «Цемілайт РС»;
- Д. Композиційний матеріал світлового затвердіння.

11. Як ізолюючу прокладку при лікуванні гострого глибокого карієсу 47 можна використовувати:

- А. Штучний дентин;
- Б. Композиційний матеріал хімічного отвердження;
- В. Дентин-пасту;
- Г. Стеклоіономерний цемент «Цемион »;
- Д. Цинкфосфатний цемент.

12. Як лікувальну прокладку при односеансному методі лікування гострого

глибокого карієсу 37 можна використовувати:

- А. Цинкооксидевгенолову пасту;
- Б. Резорцин-формалінову пасту;
- В. «Life»;
- Г. «Dycal»;

Д. Дентин- пасту.

13. Як лікувальну прокладку при двухсеансному методі лікування гострого глибокого карієсу 37 можна використовувати:

- А. Цинкоксидевгенолову пасту;
- Б. Резорцин-формалінову пасту;
- В. «Life»;
- Г. “Dycal”;
- Д. Дентин- пасту.

14. При лікуванні гострого глибокого карієсу 25 для медикаментозної обробки каріозної порожнини можна використовувати:

- А. Спирт етиловий 96%;
- Б. Р-н гіпохлорита натрію 5,25%;
- В. Р-н хлораміну 1%;
- Г. Р-н перекису водню 3%;
- Д. Діметилсульфоксид.

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.

2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.
3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.
4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.
5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. – Полтава: Дивосвіт, 2019. – 108 с.

Практичне заняття № 12

Тема: Профілактика карієсу. Значення індивідуальної та суспільної профілактики. Засоби профілактики. Організація профілактики карієсу зубів вагітних, призовників, робітників окремих виробництв. Оцінка ефективності

Мета: сформувати навички в профілактиці карієсу зубів, сформувати чітке уявлення про значення індивідуальної та суспільної профілактики, засоби профілактики.

Основні поняття:

Основні методи профілактики стоматологічних захворювань можна підрозділити на 3 напрями.

I. Дія на макроорганізм з метою загального оздоровлення і

II. Заходи, спрямовані на зниження дії патогенних чинників в порожнині рота.

III. Посилення резистентності органів порожнини рота до патогенних чинників

Заходи, спрямовані на зниження дії патогенних чинників в порожнині рота, можуть відноситися до етіологічних, етіотропних і патогенетичних залежно від того, на яку ланку розвитку захворювання вони впливатимуть. Оскільки карієс зубів і захворювання пародонту викликає патогенна мікрофлора порожнини рота, то основні етіологічні методи профілактики повинні бути спрямовані на її усунення. Проте цей шлях уявляється неможливим, особливо якщо враховувати постійне сполучення порожнини рота із зовнішнім середовищем. Широко поширена етіотропна профілактика спрямована на усунення з порожнини рота структур, що містять патогенну мікрофлору, зокрема м'якого зубного нальоту. Видалення його з порожнини рота зменшує міру дії мікробних клітин на тканині зуба. Певний ефект приносять також полоскання порожнини рота як водою, так і дезинфікуючими розчинами. Таким чином, гігієна порожнини рота,

здійснювана безпосередньо пацієнтами або медичним персоналом (професійна гігієна), є найпростішим, доступнішим і ефективнішим методом етіотропної профілактики стоматологічних захворювань.

Набагато ширше арсенал методів, що посилюють резистентність органів порожнини рота до патогенних дій. Найширше досліджений вплив іонів фтору (фторидів) на стан зубів. Показано, що фториди прискорюють процеси мінералізації зубів і кісток, роблячи їх структуру більше міцною. Таким чином підвищується резистентність зубних тканин. Крім того, фториди гальмують кислотопродукцію з цукру, перешкоджаючи виникненню карієсу. При цьому оптимальний зміст в питній воді фторидів — 0,8-1,2 міліграм/л (р.р.т.). Якщо зміст його нижче 0,5, то карієс у населення розвивається дуже активно.

Вода є основним джерелом фтору для людини, але більшість вододжерел в нашій країні містять менше 0,5-0,6 міліграма/л (60-80 %). У цих випадках ВООЗ рекомендує заповнювати недолік фторидів в організмі шляхом додаткового введення їх у воду, фторування солі, молока, застосування фторсодержащих зубних паст, інших методів місцевої дії фторидів на зубні тканини для підвищення їх стійкості до карієсу.

Інший шлях підвищення резистентності зубів і зменшення впливу патогенної мікрофлори полягає в обмеженні споживання легкозасвоюваних вуглеводів, з яких у роті карієсогенною мікрофлорою виробляються кислоти. Заборонити або різко обмежити присутність цукру в їжі неможливо, оскільки він є порівняно недорогим, недефіцитним і смачним продуктом. Тому більшість заходів протидії патогенному впливу цукру на зуби зводяться до обмеження часу його перебування в порожнині рота і прискорення його виведення. Одна з них полягає у використанні чотирьох правил «культури споживання вуглеводів».

1. Не вживати солодкого в якості останнього блюда при їжі
2. Не вживати солодкого між основною їжею.
3. Не вживати солодкого на ніч.
4. Якщо ці правила були порушені, то слід почистити зуби, пожувати жувальну гумку, що не містить цукру, або з'їсти той, що очищує порожнину рота продукт — тверде яблуко, моркву та ін.

Патогенетична профілактика може полягати у впливанні на слинні залози — збільшення струму слини, поліпшення самоочищення порожнини рота, підвищення захисних чинників в слині, що збільшує резистентність органів порожнини рота до основних стоматологічних захворювань.

Така ж роль в підвищенні стійкості зубів до карієсу належить усуненню аномалій зубощелепної системи, нормалізації розвитку альвеолярних відростків (глибина переддвір'я порожнини рота, вуздечки губ і язика та ін.). Важливе значення має своєчасне лікування (у початкових стадіях) карієсу, гінгівіту, видалення уражених коренів зубів.

Один з важливих чинників профілактики карієсу зубів полягає в підтримці гомеостазу в порожнині рота, основу якого складає рН ротової рідини. У нормі він коливається в межах від 6,8 до 7,3. Значення рН багато в чому

визначають функції органів порожнини рота. Так, при нормальних значеннях рН слина перенасичена солями кальцію і фосфору. Це призводить до того, що емаль зубів не розчиняється в слині, а навпаки, збагачується іонами Са і Р, які, входячи в кристалічну решітку тканин зубів, зміцнюють її і перешкоджають розчиненню. Стан перенасиченості слини сприяє зміцненню і дозріванню емалі зубів.

Абсолютно по іншому йдуть ці процеси при підкисленні слини, що буває після прийому цукру. При зниженні рН до 6,7 процеси ремінералізації емалі припиняються, а при значеннях рН 4,5-5,5, що створюються під зубною бляшкою після прийому цукру, відбувається перехід іонів Са і Р з емалі в слину. Внаслідок цього найбільше розчинення емалі зубів спостерігається під бляшкою, у фиссурах, на контактних поверхнях, що створює схильність до виникнення карієсу.

Від реакції слини, швидкості її струму, кількості, в'язкості, складу залежать також течія таких процесів, як самоочищення порожнини рота, ретенція в ній залишків їжі, зволоження слизової оболонки, розжовування і проковтування їжі, формування харчової грудки, початкова фаза переварювання їжі.

Захисна роль слини полягає в підтримці гомеостазу в порожнині рота

Порушення гомеостазу у роті пов'язане, таким чином, із створенням кислого середовища, частим прийомом цукру, утворенням зубного нальоту, виникненням сухості порожнини рота, послабленням дії захисних чинників і розвитком запальних процесів.

Індекси для оцінки стану зубів. Рівень профілактичних заходів залежить від здоров'я органів порожнини рота. Провідну роль в його визначенні мають кількісні характеристики поразки зубів, визначувані за допомогою різних індексів. Одним з основних індексів є інтенсивність поразки зубів карієсом. Для його розрахунку визначають індекс КПУ, де К — кількість каріозних (невилікуваних) зубів, П — кількість лікованих (пломбованих) зубів, У — кількість видалених або таких, що підлягають видаленню зубів. Сума (К+П+У) усіх уражених і втрачених зубів характеризує інтенсивність каріозного процесу у конкретної людини. Існують три різновиди цього індексу :

- КПУ зубів (КПУз) — число каріозних і пломбованих зубів обстежуваного;
- КПУ поверхонь (КПУпов) — число поверхонь зубів уражених карієсом;
- КПУ_{полДКПполУ}) — абсолютна кількість каріозних порожнин і пломб в зубах.

Останній показник адекватніший, ніж два перших. Для тимчасових зубів використовують показники:

кп — число каріозних і пломбованих зубів тимчасового прикусу;

кп — число уражених поверхонь;

кпп — кількість каріозних порожнин і пломб.

Видалені або втрачені в результаті фізіологічної зміни зуби в тимчасовому

прикусі не враховують. Для змінного прикусу у дітей розраховують два індекси кп — для тимчасових і КПУ — для постійних зубів. Загальну інтенсивність поразки карієсом зубів підраховують шляхом підсумовування індексів кп + КПУ.

Таким чином, індекси КПУ і кп дозволяють досить об'єктивно оцінити інтенсивність поразки зубів карієсом у будь-якого контингенту і усього населення в цілому. Саме з цією метою їх застосовують в епідеміологічних обстеженнях, використовують для розрахунку необхідної стоматологічної допомоги населенню, для розподілу дітей на групи по інтенсивності поразки і активності течії карієсу. По рекомендаціях ВООЗ, індекс КПУ в межах 6-10 свідчить про високу інтенсивність каріозної поразки, 3-5 — помірною, 1-2 — низькою. Основною групою (індикаторною) ВООЗ пропонує вважати 12-річних дітей.

Вказані індекси мають ряд недоліків. По-перше, вони неточно відбивають стоматологічну захворюваність, оскільки включають число вилікуваних і видалених зубів. По-друге, індекси карієсу можуть з часом тільки зростати і з віком починають відбивати не наявну, а захворюваність, що була у минулому, карієсом.

Крім того, за допомогою цих індексів не можна враховувати самі початкові каріозні поразки — осередкову демінералізацію емалі. Її поява свідчить про активність каріозного процесу. Тому каріозні плями повинні обов'язково відзначатися і враховуватися при визначенні лікувальних і профілактичних заходів.

Індекс КПУ також недостатньо інформативний для оцінки стану порожнини рота у літніх людей, оскільки не враховує захворювань пародонту, які в цій віковій групі служать головною причиною втрати зубів. При цьому далеко не завжди вдається визначити причину втрати зубів, у зв'язку з чим дійсна інтенсивність поразки населення карієсом завищується.

До серйозних недоліків індексів КПУз і КПУпов відноситься їх недостовірність при збільшенні поразок зубів за рахунок утворення нових порожнин в лікованих зубах, виникнення вторинного карієсу, випадання пломб та ін.

Для профілактики карієсу, визначення його активності, характеристики ефективності впливу профілактики важливий облік числа каріозних плям, він може робитися за таким же принципом, як і визначення індексу КПУ. Особливість його при цьому полягає в можливості динаміки в двох напрямках — у бік зниження і у бік збільшення, на відміну від індексу КПУ.

Індекс захворюваності карієсом зубів в стоматології визначається шляхом щорічного приросту інтенсивності карієсу (КПУ I — КПУ II). Запропонований метод визначення міри активності карієсу зубів у дітей за величиною індексу КПУ, що не зовсім правильно, оскільки цей індекс не відбиває захворюваності в даний момент.

Для оцінки гігієни порожнини рота в ході епідеміологічних досліджень, перевірки ефективності профілактичних заходів, а також для виявлення ролі гігієни в етіології і патогенезі основних стоматологічних захворювань нині

запропонована велика кількість об'єктивних індексів гігієни. Усі вони засновані на оцінці величини площі зубного нальоту, його товщини, маси, фізико-хімічних параметрів.

Найчастіше використовується модифікація за Федоровим-Володкиною. У основу покладена напівкількісна оцінка забарвлення нальоту тампонами з розчином Люголю шести фронтальних зубів нижньої щелепи (різців і іклів). При цьому фарбування усієї поверхні коронки зуба оцінюється в 5 балів, 3/4 поверхні — 4 бали, У 1/2 поверхні — 3 бали, 1/4 — 2 бали, відсутність фарбування — 1 бал. Індекс гігієни К ср складає середню арифметичну величину балів забарвлення зубів :

$$K_{cp} = K/n$$

де К — сума балів забарвлення усіх обстежених зубів, n — число обстежених зубів. Хороший рівень гігієни характеризується індексом 1,0-1,3 балу. Чим більше величина індексу, тим гірше гігієна порожнини рота.

Профілактика — це система державних, соціальних, гігієнічних, медичних і особистих заходів, спрямованих на забезпечення високого рівня здоров'я і попередження хвороб.

Таким чином, профілактика відбиває характер і рівень суспільно-економічних, політичних і науково-технічних умов в країні, рівень гігієнічного і профілактичного виховання населення.



Первинну роль в профілактиці грають медичні і гігієнічні аспекти. Особливе значення має первинна профілактика захворювань — система соціальних, медичних, гігієнічних і виховних заходів, спрямованих на запобігання захворюванням шляхом усунення причин і умов їх виникнення і розвитку, а також на підвищення стійкості організму до дії несприятливих чинників природного, виробничого і побутового довкілля. Первинна профілактика покликана охороняти непорушене здоров'я. Вона

найбільш ефективна в медичному, соціальному і економічному відношенні, тому повинна займати провідне місце в охороні здоров'я.

По спрямованості первинна профілактика може носити характер етіологічної (етіотропної), тобто спрямованої на усунення причин захворювань, і патогенетичної — що впливає на різні ланки розвитку захворювань. Таким чином, наявність фундаментальних знань про причини і шляхи розвитку захворювань служить необхідною передумовою для розробки їх первинної профілактики.

Обладнання:

- стоматологічний пацієнт;
- інструменти основного стоматологічного набору;
- абразивні пасти;
- інструменти для видалення зубних відкладень;
- щітки, диски для полірування поверхні зубів;
- ремінералізуючі препарати.

Навчальний час: 2 години

План

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

II. Контроль опорних знань:

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- знати рівні і види профілактики;
- вміти обстежити хворого;
- скласти поширений діагноз;
- оволодіти методами профілактики карієсу;
- вміти заповнювати історію хвороби.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Питання:

1. Анатомічна будова зуба.
2. Склад мікрофлори порожнини рота.
3. Інструменти для обстеження.
4. Методи проведення індивідуальної гігієни порожнини рота.
5. Сучасні гігієнічні засоби.

III. Формування професійних вмінь, навичок:

1.57. зміст завдань;

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

- Профілактика основних стоматологічних захворювань.
- Гігієна ротової порожнини. Значення в профілактиці основних стоматологічних захворювань.
- Індекси гігієни.
- Індекси контролю гігієни.

1.58. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

Орієнтуюча карта для формування практичних вмінь та навичок:

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Профілактика карієсу зубів.	Засоби професійної та індивідуальної гігієни порожнини рота	Мультимедійні лекції, навчальна література, орієнтовні карти
Гігієна порожнини рота	Засоби професійної та індивідуальної гігієни порожнини рота	Мультимедійні лекції, навчальна література, орієнтовні карти

1.59. вимоги до результатів роботи;

Методика виконання роботи, етапи виконання, кроки:

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4
1	З'ясуйте паспортні дані пацієнта	звертаючись до хворого, слід називати його на ім'я та по батькові.	Ф. І. ПБ, вік, стать, місце роботи, посада, професія, адреса, телефон.
2.	Скарги при першому звертанні	з'ясуйте відчуття: больові, незвичайні, неприємні, зміну зовнішнього вигляду (схуднення, жовтизна, деформація щелеп, припухлості лиця і т.д.), порушення слиновиділення, смаку	час появи, розвиток, періодичність, вираженість, характер, і т.д.
3.	Історія захворювання	добивайтеся визначеності і ясності у всіх 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 порами року або іншими чинниками.

4.	Історія життя	уточніть професійне навчання, трудову діяльність, характер і умови праці (розумова, фізична, в приміщенні, на відкритому повітрі, вечірні і нічні зміни, протяги, вогкість, пил, освітлення, відрядження), взаємовідносини із співробітниками регулярність в прийомі їжі, апетит, схильності в їді і т.д.	вказіть місце народження, дитинство і юність, працездатний період, умови життя, шкідливі звички, статевий розвиток, перенесені захворювання, хвороби найближчих родичів, алергологічний анамнез.
5.	Загальний стан хворого	об'єктивне дослідження проводьте строго за планом, вказаному в схемі історії хвороби: уточніть самопочуття, стан шкіри і видимих слизових, 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.
6.	Стан органів порожнини рота	ретельно проведіть огляд щелепно-лицьової області, використовуючи спеціальні проби, заповніть зубну формулу.	опишіть лице (симетричність, припухлість і т.д.), слизову губ, щок, твердого і м'якого піднебіння. Стан зубів. Результати зондування, перкусії, прикус, гігієну порожнини рота, пародонт, язик, зів.
7.	Стан ураженого органу	при виявленні захворювання, проведіть додаткове докладне дослідження: термодіагностику, вітальне фарбування, ЕОД, люмінесцентне дослідження, трансліюмінацію, формалінову, бензидінову проби, і ін. виявіть морфологічні елементи, при необхідності візьміть мазки-відбитки, алергічні проби,	детально опишіть уражений орган: зуб, пародонт, СОПР

		посів на гриби Candida, і ін.	
8.	Попередній діагноз	на підставі приведених вище даних поставте попередній діагноз	напишіть попередній діагноз (на російській і латинській мовах)
9.	Дані лабораторних методів обстеження	по показанням наведіть дані лабораторних методів дослідження, відповідно до попереднього діагнозу	аналіз крові, сечі, цукор в крові, біохімічні, цитологічні, гістологічні, мікробіологічні дослідження, визначення чутливості мікрофлори до антибіотиків, стоматоскопія, біомікроскопія. Аналіз крові на RW, HBS – антиген і HIDS, ВІЧ. Консультації інших фахівців (терапевта, ендокринолога, гематолога, алерголога, гінеколога, і ін.).
10.	Дані рентгенологічних досліджень	у історію хвороби вклейте рентгенограму (візіограму і т.д.)	описати рентгенограму при ураженнях зубів, пародонта, інших тканин і органів щелепно-лицьової області.
11.	Диференціальна діагностика	проводиться шляхом порівняння важливих симптомів хвороби пацієнта з схожими ознаками близьких по клініці захворювань, з віддзеркаленням особливостей їх прояву у даного пацієнта.	привести детально, вказавши патогенетичний зв'язок окремих симптомів і симптомокомплексів, даних лабораторного і інструментального дослідження

12	Остаточний діагноз	на підставі характерних скарг хворого, анамнезу захворювання, об'єктивних і додаткових досліджень диференціальної діагностики поставте остаточний діагноз (на російській і латинській мовах).	поставте остаточний діагноз, використовуючи дані опитування, анамнезу, об'єктивних досліджень. Вибираються найбільш важливі, достовірні симптоми. Приведіть результати додаткових методів дослідження, клінічних аналізів, консультацій інших фахівців, результати диференціальної діагностики. Остаточний діагноз складається з діагнозу основного захворювання і супутнього патологічного процесу. Додатково проводиться обґрунтування всіх положень діагнозу (фази захворювання, ступеня тяжкості, функціональних порушень, ускладнень).
13	Етіологія і патогенез захворювання	основні моменти етіології і патогенезу захворювання висловлюються з урахуванням особливостей у конкретного пацієнта.	стисло опишіть етіологію і патогенез даного захворювання
14	Терапія	при складанні плану лікування виходите з конкретного аналізу клінічної картини захворювання, враховуючи особливості його прояву і загальний стан пацієнта. Лікування повинне бути комплексним, включати місцеве і загальне, виходячи з конкретного патологічного процесу, його клініки, етіології і патогенезу.	представте короткий огляд сучасних методів лікування захворювання, складіть план лікування хворого

15	Прогноз	найближчий, віддалений для органу і організму в цілому (сприятливий, сумнівний, несприятливий).	вказіть прогноз стану органів і тканин порожнини рота. Дайте рекомендації пацієнту по гігієні порожнини рота, профілактиці конкретної патології, можливих ускладнень.

1.60. матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Питання:

1. Поняття профілактики стоматологічних захворювань.
2. Рівні і види профілактики.
3. Роль залишків їжі у виникненні карієсу зубів.
4. Як визначити поширеність карієсу зубів.
5. Які виділяють рівні інтенсивності карієсу зубів.
6. Гігієна порожнини рота. Її значення у профілактиці карієсу.

Тести:

1. Пацієнтка, 23 років, скаржиться на наявність плям білого кольору на жувальних поверхнях зубів та відчуття оскоми, яке виникає під час прийому кислої їжі. З анамнезу відомо, що плями з'явилися близько 3-х місяців тому. Об'єктивно: емаль зубів без дефектів. На жувальних поверхнях 36, 26, 27 зубів крейдоподібні плями, добре забарвлюються 2 % метиленовим синім, при зондуванні визначається шорсткість. Поставте діагноз.

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

2. До стоматологічної клініки звернувся пацієнт Р., 28 років, зі скаргами на одноразовий короткочасний біль у верхній щелепі праворуч, який виник під час прийому солодкої їжі. Після полоскання порожнини рота теплою водою біль відразу зтих, більше не повторювався. Об'єктивно: у фісурі 15 зуба визначається ділянка білого кольору з шершавою поверхнею і дефектом в межах емалі, яка профарбувалась 2% розчином метиленового синього. ЕОД -

4 мкА. Поставте діагноз.

- A. Гострий поверхневий карієс+
- B. Хронічний середній карієс
- C. Хронічний поверхневий карієс
- D. Місцева гіпоплазія
- E. Гострий середній карієс

3. При лікуванні гострого початкового карієсу 12, 15, 23 пацієнтці 18 років стоматолог призначив ремінералізуючу терапію у вигляді аплікацій 3% розчину “Ремоденту” на ділянки демінералізації емалі протягом 15-20 хв., курс лікування - 3 процедури. Після проведеної ремінералізуючої терапії пацієнтка не відзначила покращення стану. Скільки процедур аплікації “Ремоденту” необхідно призначити пацієнтці на курс лікування?

- A. 5-6 процедур
- B. 7-9 процедур
- C. 10-12 процедур
- D. 20-30 процедур +
- E. 45-50 процедур

4. В лабораторії при стоматологічній поліклініці під час дослідження шліфу видаленого зуба у світловому мікроскопі визначаються зони: розпаду і демінералізації, прозорого і інтактного дентину, замісного дентину. Для якого карієсу (за глибиною ураження) характерна дана картина?

- A. Для середнього карієсу+
- B. Для карієсу в стадії плями
- C. Для глибокого карієсу
- D. Для хронічного початкового карієсу
- E. Для гострого глибокого карієсу

5. До стоматолога звернулась пацієнтка 28 років зі скаргами на наявність косметичного дефекту в зубі у фронтальній ділянці на верхній щелепі. Після проведеного обстеження було виставлено діагноз: хронічний глибокий карієс її, IV клас за Блемом. Для відновлення якої стінки в даному випадку вносять першу стартову порцію композиту?

- A. На дно порожнини
- B. Для відновлення відсутньої стінки +
- C. На різальний край
- D. Для відновлення приясенної стінки
- E. Не має значення

6. У стоматологічній поліклініці пацієнту Р., 19 р., було проведено поляризаційну мікроскопію 46 зуба. Виявлено вогнище ураження у вигляді трикутника, основа якого звернена до зовнішньої поверхні емалі. Визначили 3 зони: тіло ураження, темну зону і прозору зону. Для якого захворювання характерна дана картина?

- A. Флюороз
- B. Гіпоплазія емалі
- C. Карієс у стадії плями +
- D. Поверхневий карієс
- E. Хронічний середній карієс

7. У хворої С., 22 років, на жувальній поверхні 16 виявлена каріозна порожнина в межах емалі. Емаль крейдоподібна, піддатлива при зондуванні. Зондування, реакція на холодне - безболісні. Поставлений діагноз: гострий поверхневий карієс 16. Виберіть метод лікування.

- A. Сріблення
- B. Зішліфовування, ремінералізуюча терапія
- C. Препарування, ізолююча прокладка, пломба
- D. Герметизація
- E. Препарування, пломбування без прокладки +

8. Хворому 30 років, скаржиться на наявність каріозної порожнини в зубі на нижній щелепі зліва, попадання їжі в каріозну порожнину. Після обстеження був поставлений діагноз: хронічний середній карієс 37. У якості пломбувального матеріалу була вибрана срібна амальгама. Який інструмент необхідно використовувати для конденсації цього матеріалу?

- A. Штопфер
- B. Штопфер-гладилку
- C. Плагер
- D. Трегер +
- E. Екскатор

9. Хворий 18 років, що проживає в місцевості зі вмістом фтору в питній воді 0,7 мг/л, пред'являє скарги на наявність плям білого кольору на зубах у фронтальній ділянці, на чутливість при прийомі солодкого. Об'єктивно: на вестибулярній поверхні, у пришийковій ділянці виявляються крейдоподібні плями, блиск емалі втрачений. Поставлено попередній діагноз: гострий початковий карієс. Який з перелічених методів найточніше підтвердить діагноз?

- A. Рентгенографія
- B. Вітальне фарбування +
- C. Термопроба
- D. Зондування
- E. Елеюпроодонтодіагностика

10. Під час профілактичного огляду в пацієнта віком 18 років після видалення зубних відкладень (на вестибулярній поверхні) у пришийковій ділянці на присінковій поверхні 22 і 41 зубів виявлено «крейдового» кольору плями. Вони мали шорстку поверхню і були неболючими під час зондування. Тест емалевої резистентності (ТЕР-тест) становить 7 балів. Які морфологічні зміни

характерні для даного захворювання?

- A. Дегенеративні зміни одонтобластів.
- B. Зміни в плащовому шарі дентину.
- C. Ушкодження емалево-дентинного з'єднання.
- D. Поверхнева демінералізація емалі. +
- E. Підповерхнева демінералізація емалі.

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.
2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.
3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.
4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.
5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня

Практичне заняття № 13

Тема: Некаріозні ураження зубів. Класифікація Патрикеева. Патоморфологія, клініка та діагностика некаріозних уражень, що виникають до прорізування зубів: гіпоплазія, гіперплазія, ендемічний флюороз. Класифікація флюорозу зубів за А.К. Ніколішиним. Некаріозні ураження зубів. Спадкоємні захворювання. Етіологія, клініка, тактика лікаря-стоматолога

Мета: сформулювати чітке уявлення про некаріозні ураження зубів, класифікацію за Патрикеевим, патоморфологію, клініку та діагностику некаріозних уражень, що виникають до прорізування зубів.

Основні поняття:

Стан здоров'я населення, його стоматологічний статус, особливо молодого покоління, яке найчастіше уражається карієсом і НУТТЗ та їх ускладненнями, негативно впливає на соціальний, моральний стан, працездатність, що має особливе значення на сучасному етапі розвитку нашого суспільства. Досконале знання етіології та патогенезу флюорозу, методів лікування, особливо його профілактики в значній мірі буде сприяти збереженню здоров'я людині, запобіганню різних ускладнень, зниженню матеріальних витрат на проведення лікувально-профілактичних заходів.

Флюороз. Спостерігається у осіб, що проживають в географічних зонах з підвищеним вмістом фтору в ґрунті і питній воді. Причина виникнення – надмірне надходження фтору (понад 1,5 мг/л) в організм з питною водою і продуктами харчування в період мінералізації твердих тканин зуба, фториста інтоксикація. При концентрації фтору 0,8–1,0 мг/л легкі форми флюорозу виникають у 10-12 % населення, при концентрації 1,0-1,5 мг/л – у 20-30 %, при 1,5-2,5 мг/л – у 30-45 %, понад 2,5 мг/л – більш ніж у 50 % населення. Чим вище концентрація фтору в питній воді, тим більше поширеність і інтенсивність флюорозу. При концентрації фтору в питній воді 2,5-3,0 мг/л розповсюдженість флюорозу становить 77,0 % з середньою інтенсивністю ураження 1,81 бала; при концентрації 4 мг/л ураженість досягає 91,8 %. Поширеність флюорозу зубів, навіть при низькому вмісті фтору у воді (0,3-0,7 мг/л), збільшилася за останні 16-18 років з 1 до 8,3 %. При цьому частіше зустрічається плямиста форма (51,4 %) , дещо рідше – крейdneyно-крапчаста (32,4 %) і достатньо рідко ерозійна форма флюорозу.

Разом з тим відомо, що наявність значних кількостей кальцію у воді зменшує розвиток флюорозу.

Сприяючі чинники — патологічні стани, що ведуть до зниження реактивності організму (дитячі інфекційні захворювання, ендокринні порушення і ін.).

По характеру клінічного прояву виділяють 1) **дисплазію** - ураження зубів без втрати тканин (*штрихову, плямисту*), і **гіпоплазію** – ураження з

втратою тканин зубів (крейджано-крапчасту, ерозійну і деструктивну форми флюорозу (по В.К.Патрікеєву).

Штрихова форма характеризується слабо вираженими крейдоподібними смужками на емалі фронтальних зубів (найбільш легка форма). Білий колір смужок від центру до периферії стає менш яскравим і непомітно переходить в нормальний колір зубів.

Плямиста форма виявляється у вигляді крейджаних плям, розташованих в різних ділянках коронки зуба. Інтенсивність білого забарвлення зникає від центру до периферії. Поверхня емалі плями звичайно гладка, блискуча, іноді є слабовиражена ясно-жовта пігментація.

Крейджано-крапчаста форма виявляється на всіх, а не тільки передніх зубах, клінічно вельми різноманітна: білі блискучі і матові плями, пігментації – від світлого до темно-коричневого кольорів. Плями розташовуються звичайно на вестибулярній поверхні фронтальних зубів. Іноді зустрічаються невеликі округлі дефекти емалі – цятки.

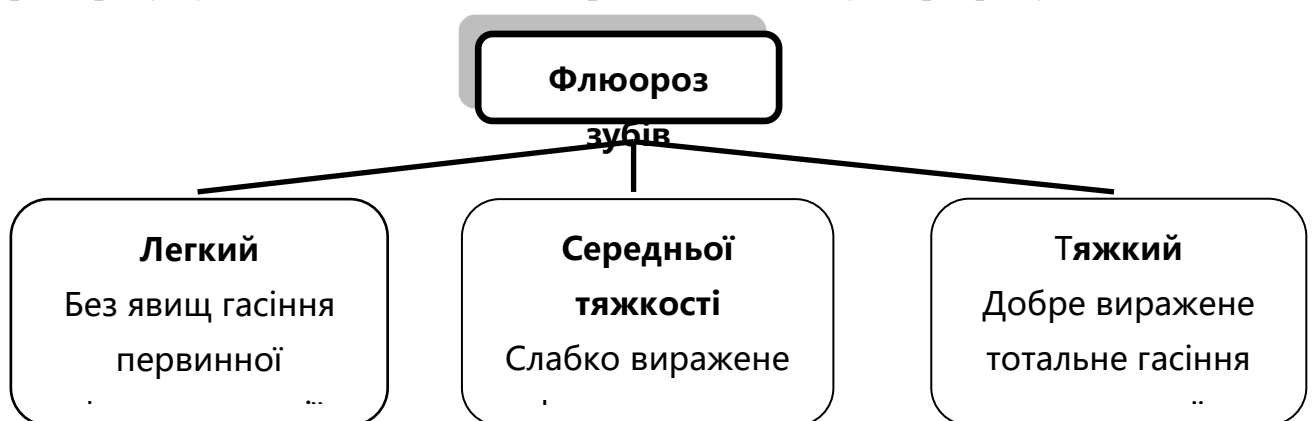
Ерозійна форма – важче ураження зубів, що характеризується утворенням дефектів - ерозій у області зміненої емалі. Наявність хоч би однієї ерозії вже свідчить про якісно нового, важчого етапу розвитку флюорозу.

Деструктивна форма зустрічається в епідемічних районах із вмістом фтору 10-12 мг/л і характеризується поступовим руйнуванням емалі зубів, їх стиранням.

Згідно міжнародної класифікації хвороб, прийнятої ВООЗ (I. Moller), розрізняють *сумнівну, дуже слабку, слабку, помірну і виражену (важку) ступінь тяжкості* цієї патології.

Сумнівний ступінь характеризується наявністю на емалі коронок зубів білих цяток або одиноких плям. При дуже слабкому ступені білі плями покривають 25 % поверхні коронки зуба, при слабкій — 50 %, при помірній — всю коронку. У останньому випадку поверхні емалі стерта, з наявністю на ній коричневих плям. При вираженому (важкої) ступені захворювання на поверхні емалі є поглиблення, обширні ямки, коричневі плями. Уражена вся коронка зуба.

Класифікація флюорозу зубів А. К. Ніколішина (1999) ґрунтується на визначенні омичного електричного опору твердих тканин зубів і флюоресценції емалі в ультрафіолетових променях та клінічних проявах захворювання. За легких ступенів флюорозу електропровідність твердих тканин не змінюється і емаль показує яскраву світло-голубу флюоресценцію. Зниження показників омичного опору твердих тканин зубів із гасінням первинної флюоресценції емалі свідчить про тяжкі прояви флюорозу зубів і наявність на поверхні емалі сполуки фториду кальцію.



Лікування флюорозу зубів залежить від стадії і поширеності в порожнині рота. І ступінь флюорозу, що характеризується появою крейдяних білих плям, смужок, хвилястості, звичайно не потребує спеціального лікування і вважається зворотною. II і III стадії характеризуються несприятливим ураженням емалі і дентину, яке вимагає лікарського втручання.

Електронно-мікроскопічні дослідження уражених флюорозом зубів показали, що у області плям в емалі розширені міжпризматичні простори, понижений зв'язок між структурними утвореннями емалі, що свідчить про зменшення її міцності. При важчих формах ураження зубів відмічено зниження контурів структурних одиниць емалі, змазаність меж емалевих призм і навіть вогнища їх розпаду, що чередуються з аморфними утвореннями, в які вкраплені окремі кристали гідроксиапатіта. Все це є свідченням порушення міцності і резистентності емалі зубів.

Лікування флюорозу зубів по-перше, повинно бути направлено на ремінералізацію тканин зуба і носити загальний і місцевий характер. По-друге, воно повинне бути реставраційним – відновлювати форму і колір зубів. У цьому плані з урахуванням наявних морфологічних даних не слід починати лікування зубів, уражених флюорозом, з використання навіть сучасних композитів. Покриття ними зубів чревато великими руйнуваннями структури емалі і дентину і подальшим випаданням пломбувального матеріалу.

При безпосередньому лікуванні флюорозу зубів, більшість авторів рекомендують проведення загального лікування: призначення фосфорно-кальцієвих препаратів і вітамінів, усунення надмірних кількостей фтору з питної води і їжі.

Лікуванні флюорозу зубів зводиться до відбілювання пігментованої

емалі різними методами і засобами з подальшою нейтралізацією їх дії лужними препаратами — 10% розчином глюконата кальцію та інше. Були запропоновані спеціальні зубні пасти, що містять цитрат натрію (хелатіруючий агент), лимонну кислоту (хелатіруючий і очищаючий агент), протеолітичний фермент, окисел алюмінію (поліруючий агент), а також монофосфат натрію і дікальций фосфат. Ці пасти вибілюють зуби, особливо після професійного гігієнічного очищення зубів.

Усунення плям і слабкої пігментації можна добитися комплексною ремінералізующою терапією. Штрихову, плямисту, крейдиано-крапчасту форми генералізованого флюорозу зубів слід лікувати як плямисту форму гіпоплазії курсами комплексної ремінералізующої терапії в середньому протягом 6 міс – 2 років. Складніші і важчі форми флюорозу вимагають пломбування дефектів емалі після попереднього місячного курсу загальної і місцевої ремінералізующої терапії. Пломбування зубів у дітей в цих випадках слід проводити з використанням склоіономерних цементів, потім вони можуть бути частково замінені на композитні пломбувальні матеріали.

Профілактика флюорозу повинна проводитися колективно і індивідуально. Колективні заходи проводяться звичайно до заміни питного джерела або змішування води двох джерел з метою зниження концентрації фтору. Індивідуальні заходи полягають у виключенні штучного вигодовування і прикорму дітей. З початком прикорму слід замінити воду молоком, фруктовими соками, завезеними з інших регіонів. Їжа повинна бути багата білками, вітамінами групи В, а також С і D. Додатково вводять солі кальцію і фосфору у вигляді гліцерофосфату кальцію, глюконата кальцію, лактату кальцію шляхом прийому цих препаратів 2-тижневими курсами.

Бажано дітей шкільного і дошкільного віків періодично, на час літніх і зимових канікул, вивозити на відпочинок в місця, де джерела не мають підвищеного вмісту фтору. Є способи очищення води від фтору: заморожування, кип'ятіння, фільтрування води через шар окислу магнію, обробка її сірчано-кислим глиноземом.

Обладнання:

- стоматологічний пацієнт;
- інструменти основного стоматологічного набору;
- барвники;
- люмінесцентний стоматоскоп.

Навчальний час: 2 години

План

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

II. Контроль опорних знань:

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання

практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- уміти проводити обстеження при флюорозі зубів;
- ознайомитися з причинами ендемічного флюорозу зубів;
- знати зміни складу емалі при флюорозі зубів;
- знати механізм дії фтору на ТТЗ;
- знати класифікації флюорозу: В.К.Патрикеева, ВООЗ (I. Mollera), А.К Ніколішина;
- знати клініку та дифдіагностику флюорозу;
- оволодіти методами діагностики та дифдіагностики флюорозу зубів;
- оволодіти методиками лікування різних ступенів флюорозу зубів;
- оволодіти методами профілактики флюорозу зубів.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Питання:

1. Які останні наукові досягнення фізики, хімії, біології використовуються в медицині?
2. Який вміст фтору повинен бути в питній воді?
3. Який механізм впливу фтору на процеси мінералізації ТТЗ?
4. Симптоми отруєння фтором?
5. З якими захворюваннями проводиться дифдіагностика початкового та поверхневого карієсу зубів?
6. Яку фізичну апаратуру, що знаходиться в стоматкабінеті, можна використати з діагностичною та лікувальною ціллю?
7. Які методи визначення стану емалі Ви знаєте?

Тести:

1. Який оптимальний вміст фтру повинен бути в питній воді?
А 0,3 – 0,5 мг/л
В 0,5 – 0,8 мг/л
С 0,8 – 1,2 мг/л
D 1,2 – 2,0 мг/л
Е 2,0 – 2,5 мг/л
2. В УФ променях і світлі первинної флюоресценції ТТЗ мають ніжне яскраво-блакитне свічення при?
А Нормальна інтактна емаль
В Початковий карієс
С Гіпоплазія емалі
D Легкий ступінь флюорозу
Е Тяжкий ступінь флюорозу

3. В УФ променях і світлі первинної флюоресценції ТТЗ спостерігається гасіння первинної флюоресценції поверхневого шару емалі при?

- A Нормальна інтактна емаль
- B Початковий карієс
- C Гіпоплазія емалі
- D Легкий ступінь флюорозу
- E Тяжкий ступінь флюорозу

4. Коричнева пігментація емалі є характерною ознакою захворювання?

- A Гострий початковий карієс
- B Хронічний початковий карієс
- C Гіпоплазія емалі
- D Флюороз
- E Хімічний некроз емалі

5. Головною причиною цитотоксичної дії фтору є?

- A. Уповільнення синтезу білка, пригнічення активності Mg-залежних ферментів
- B. Порушення мінералізації емалі
- C. Зниження мінерального обміну в ТТЗ
- D. Демінералізація
- E. Порушення органічного матриксу ТТЗ

6. При огляді в середній третині коронок верхніх фронтальних зубів виявлені крейдянні плями. Білий колір смужок від центру до периферії стає менш яскравим і непомітно переходить в нормальний колір зубів. Який додатковий метод обстеження допоможе уточнити діагноз?

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

7. При огляді в середній третині коронок верхніх фронтальних зубів виявлені крейдянні плями. Білий колір смужок від центру до периферії стає менш яскравим і непомітно переходить в нормальний колір зубів. Який діагноз?

- A Гострий початковий карієс
- B Флюороз, плямиста форма
- C Гіпоплазія емалі
- D Хронічний початковий карієс
- E Хімічний некроз емалі

8. На вестибулярній поверхні фронтальних зубів білі блискучі і матові плями, пігментації – від світлого до темно-коричневого кольорів, поодинокі невеликі округлі плями стоншення емалі. Про яке захворювання іде мова?

- A Хронічний початковий карієс
- B Хронічний поверхневий карієс
- C Гіпоплазія емалі
- D Флюороз, крейdneyно-крапчаста форма
- E Хімічний некроз емалі

9. Слабко виражене фрагментарне гасіння первинної флюоресценції емалі характерне для?

- A. Флюорозу зубів легкої тяжкості
- B. Флюорозу зубів середньої тяжкості
- C. Флюорозу зубів важкого ступеня
- D. Початкового карієсу
- E. Гіпоплазії емалі

10. Який колір має здорова емаль в УФП?

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

11. На фронтальних зубах верхньої щелепи світлі крейdneyні плями, мають вигляд ланцюжка, який оточує коронку. Поверхня щільна, блискуча. Безболісна при зондуванні. Це характерно для?

- A Хронічний початковий карієс
- B Хронічний поверхневий карієс
- C Гіпоплазія емалі
- D Флюороз
- E Хімічний некроз емалі

12. В УФ променях крейdneyні плями мають світло-жовте свічення. Це характерно для?

- A Хронічний початковий карієс
- B Хронічний поверхневий карієс
- C Гіпоплазія емалі
- D Флюороз
- E Хімічний некроз емалі

13. В УФ променях пігментні плями мають червоно-коричнєве свічення. Це характерно для?

- A Хронічний початковий карієс
- B Хронічний поверхневий карієс

- C Гіпоплазія емалі
- D Флюороз
- E Хімічний некроз емалі

14. Для відбілювання емалі зубів при флюорозі застосовують способи?

- A. Механічний
- B. Хімічний
- C. Фізичний
- D. Комбінований
- E. Всі вище зазначені

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. За методикою А.К.Ніколішина для відбілювання зубів використовують?

- A. 36% соляну кислоту і 33% перекис водню
- B. 10% розчин соляної кислоти і 10% розчин глюконата кальцію
- C. Винокам'яна кислота і 75% фториста паста
- D. Ортофосфорна кислота і насичений розчин лимонної кислоти
- E. Пергідроль та сечовина

17. У дівчинки, 12 років тяжкий ступінь флюорозу. Стоматолог після курсу ремінералізуючої терапії проводить реставрацію уражених зубів. Який ПМ, чи протезування найдоцільніше використати?

- A. Фотополімерний композит
- B. Композит хімічного отвердіння
- C. Склоіономерний цемент
- D. Фосфот цемент з сріблом
- E. Керамічні коронки

18. Загальне 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% рзчину вітвміну В₁ 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 навколозубних тканин

20. Електрофорез добезилату кальцію з наступним електрофорезом фтористого натрію 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 навколозубних тканин

III. Формування професійних вмінь, навичок:

1.61. зміст завдань;

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

- складати план обстеження стоматологічного хворого при флюорозі зубів;
- оволодіти технікою УФ діагностики;
- освоїти визначення омичного електричного опору ТТЗ;
- проводити диференційну діагностику флюорозу зубів;
- освоїти методи відбілювання ТТЗ (механічний, хімічний, фізичний, комбінований);
- проводити ремінералізуючу терапію ТТЗ.

1.62. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

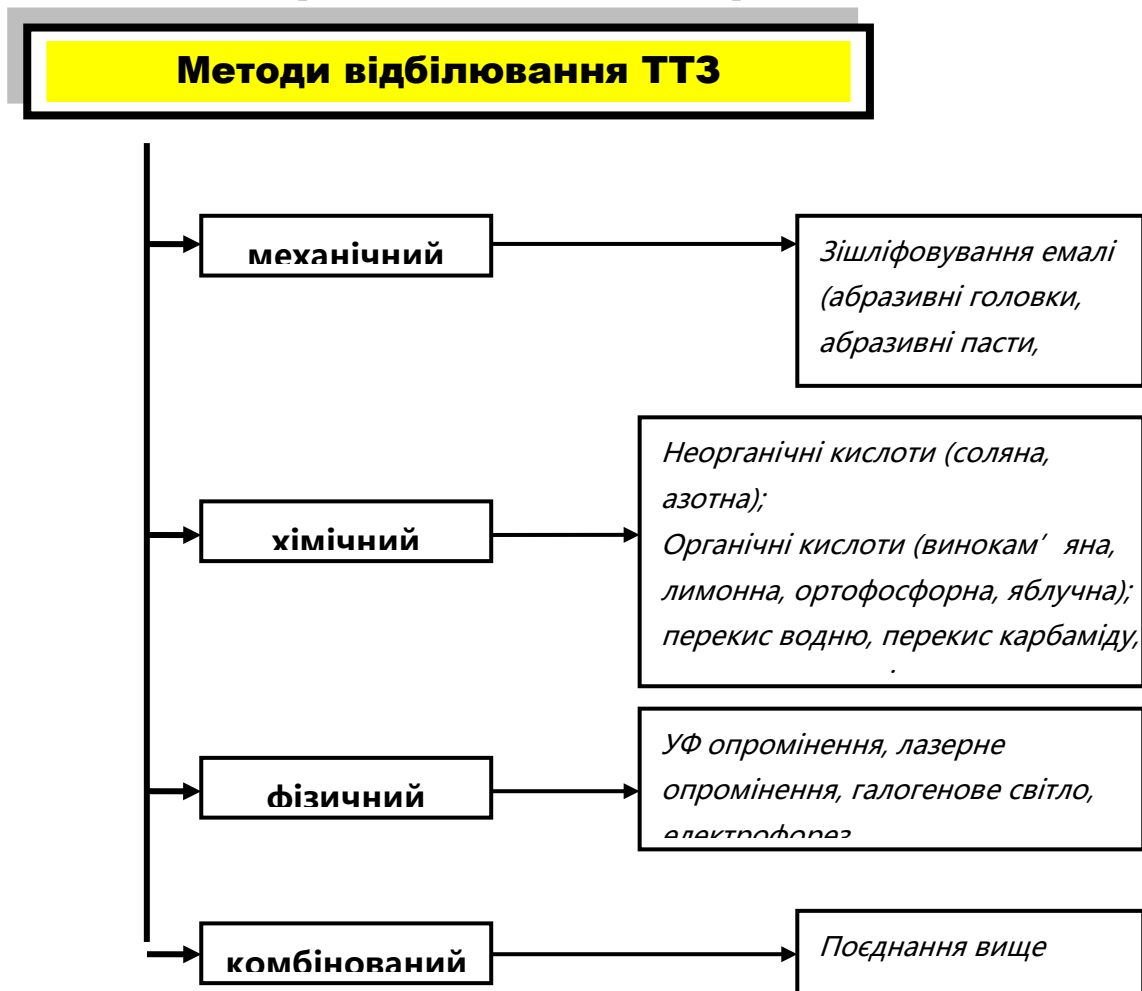
Орієнтуюча карта для формування практичних вмінь та навичок:

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4
1	Визначити флюоресцен-цію ТТЗ при флюорозі	Комплекет інструментів для обстеження зубів, УФ лампа	Ніжне скраво-блакитне свічення при легкому ступені флюорозу; червоно-коричнєве свічення або гасіння первинної флюоресценції при тяжкому ступені флюорозу
2	Визначити омичний опір ТТЗ	Комплекет інструментів для обстеження зубів, омметр	Зниження показників омичного опору ТТЗ при тяжкій формі флюорозу

3	Провести дифдагностику флюорозу, плямиста форма і гіпоплазії	Комплекет інструментів для обстеження зубів, УФ лампа	При флюорозі крейдяні плями перлино-білі, блискучі, нечутливі під час зондування, поступово переходять у здорову емаль. В УФП – світло-голубе свічення. При гіпоплазії крейдяні плями світлі, у вигляді ланцюжка, який оточує зуб, щільні, блискучі. Межі плям чітко виражені, флюоресценція -світло-жовта, гасіння не відмічається
4	Провести відбілювання зубів за методикою А.К.Ніколішина, Н.М,Іленко	Комплекет інструментів для обстеження зубів, кофердам, 36% соляна кислота, 33% перекис водню, 1% р-н двовуглекислого натрію, гелій неоновий лазер (ЛТН-01)	Накласти кофердам, на вестибулярну поверхню зубів на 3 хв. накладають валик, зволожений розчином соляної кислоти і перекису водню (1:3), потім на 5 хв тільки перекис водню. Ротову порожнину прополіскують р-ном двовуглецевого натрію, зуби висушують і опромінюють лазером (0,5 мВт – 3 хв.)

1.63. вимоги до результатів роботи;

Методика виконання роботи, етапи виконання, кроки:



1.64. матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Питання:

1. Які фізичні фактори використовуються для діагностики та диф. діагностики флюорозу.
2. Які Ви знаєте методи відбілювання зубів?
3. Які фізичні методи прискорюють ремінералізацію ТТЗ?
4. Яким чином можна послабити токсичну дію фтору на організм дитини ?
5. Які зубні пастки показано використовувати при флюорозі?
6. В яких випадках показано використання механічного способу видалення пігментації?
7. Які омічні параметри емалі при флюорозі?
8. В чому перевага відбілювання перекисом карбаміду над соляною кислотою?
9. В чому полягає процес відбілювання ТТЗ перекисом водню?
10. Які Ви знаєте методи профілактики флюорозу?
11. Можливі помилки та ускладнення при відбілюванні ТТЗ?
12. Які Ви знаєте протипоказання до відбілювання ТТЗ?

Задачі:

4 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. Інтенсивність білого забарвлення зменшується від центру до периферії. Деякі плями жовтуватого кольору. При зондуванні поверхня плям гладенька, безболісна, реакція на холод безболісна.

1. Які захворювання можуть бути?
2. Які методи дослідження допоможуть у визначенні діагнозу?
3. Найбільш імовірний діагноз?
4. Тактика лікаря- стоматолога?

5 Дівчина 15 років, що проживає у місцевості з вмістом фтору в питній воді 1,83 мг/л скаржиться на чутливість від солодкого і кислого верхніх фронтальних зубів. При огляді на вестибулярній поверхні 12, 11, 21, 22 зубів та жувальній молярів, виявлені білуваті плями з матовою, гладенькою поверхнею. На вестибулярній поверхні передніх зубів невеликі округлі дефекти емалі, світло-коричневого та темно-коричневого кольорів.

10. Який найбільш вірогідний діагноз?
11. Які умови задачі підтверджують діагноз?
12. З якими ураженнями ТТЗ проводять дифдіагностику?
13. Тактика лікаря-стоматолога?

Відповіді на тести та задачі:

Задачі:

Задача № 1.

1. Флюороз, початковий карієс, гіпоплазія.
4. УФ діагностика, кольорові проби, омичний електричний опір ТТЗ.
5. Флюороз, плямиста форма.
6. Відбілювання зубів, ремінералізуюча терапія.
7. Загальна терапія: призначення фосфорно-кальцієвих препаратів і вітамінів, усунення надмірних кількостей фтору з питної води і їжі.

Задача № 2

1. Флюороз, ерозійна форма.
4. Білуваті плями з матовою, гладенькою поверхнею на вестибулярній поверхні різців та жувальній молярів, округлі дефекти емалі, світло-коричневого та темно-коричневого кольору.
5. Флюороз, початковий карієс, гіпоплазія.
6. Відбілювання зубів, ремінералізуюча терапія.
7. Пломбування дефектів емалі флтокомполімерним матеріалом.
8. Загальна терапія: призначення фосфорно-кальцієвих препаратів і вітамінів, усунення надмірних кількостей фтору з питної води і їжі.

Тема: Некаріозні ураження зубів. Спадкоємні захворювання. Етіологія, клініка, тактика лікаря-стоматолога.

Мета: сформувати чітке уявлення про етіологічні чинники виникнення спадкоємних порушень розвитку зубів, оволодіти методиками діагностики, дифдіагностики, лікування й профілактики спадкоємних порушень розвитку зубів.

Основні поняття:

Стан здоров'я населення, його стоматологічний статус, особливо молодого покоління, яке найчастіше уражається карієсом і НУТТЗ та їх ускладненнями, негативно впливає на соціальний, моральний стан, працездатність, що має особливе значення на теперішньому етапі розвитку нашого суспільства. Доконале знання та уміння правильно оцінити спадкоємні порушення розвитку зубів, їх можливі наслідки, в значній мірі буде сприяти збереженню здоров'я людини, запобіганню різних ускладнень, зниженню матеріальних затрат на проведення лікувально-профілактичних заходів.

Мармурова хвороба. Одні автори відносять її до спадкових захворювань, інші пов'язують із захворюванням рахітом, розладами ендокринної системи, що обумовлюють порушення розвитку мезенхімальних утворень.

Розрізняють доброякісний перебіг хвороби і злоякісний, який швидко приводить до летального результату. Доброякісний перебіг характеризується

дифузним склерозом плоских і трубчастих кісток. Рентгенологічно в кістках визначають білі, безструктурні вогнища, що нагадують мармур. Спостерігають деформацію грудної клітини, множинні, часті переломи кісток, пониження слуху, зору, деколи повну їх втрату, параліч лицьового нерва, склероз додаткових порожнин носа, склероз щелеп, аномалії прорезивання зубів. Емаль набуває крейдяного кольору, стає крихкою, внаслідок чого відторгається від дентину, який стирається. У крові підвищено вміст фосфору, іноді кальцію, анемія.

Дисплазія Стентона — Капдепона. Вважають, що його причиною є порушення розвитку мезенхимальних утворень. Для нього властиве майже повне відколювання емалі, острівці якої зберігаються лише на окремих ділянках зубів (у шийки, на бічних поверхнях). Дентин має коричневе або темно-коричнє забарвлення і характерну прозорість. Твердість тканин знижена, тому вони швидко стираються. Проте явищ гіперестезії дентину не відзначають, що пов'язано з повною облітерацією порожнин зубів. Уражаються молочні і постійні зуби. Кількість їх і терміни прорізування не порушені. Коронки і корені зубів звичайно нормальної форми і величини. Рентгенологічно в одних випадках визначається коротші і тонші корені, в інших — навпаки, товщі, порожнина зуба облітерірована.

Ектодермальна дисплазія. Це спадкове захворювання, в основі якого лежить порушення розвитку ектодермальних утворень. Клінічно воно виявляється недорозвиненням нігтів, волосся, слинних і слізних залоз або їх відсутністю. Для таких хворих характерні: виступаючий лоб, сідловидний ніс, товсті губи, часткова або повна адентія. Емаль, як молочних, так і постійних зубів неповноцінна, крихка, швидко сколюється. При цьому оголюється дентин, що має коричневе забарвлення. Зуби швидко стираються.

Недосконалий амелогенез (спадкова гіпоплазія емалі). Характеризується різним ступенем порушення нормальної структури емалі. У основі патології лежать зміни функцій ектодермальних клітинних утворень. Зустрічається однаково часто як у чоловіків, так і у жінок. Люди з недосконалим амелогенезом практично здорові і яких-небудь специфічних змін з боку організму звичайно не спостерігається. Залежно від вираженості патологічного процесу розрізняють три ступені захворювання.

При *легкому ступені* ураження змінюється лише колір емалі. У одних випадках вона має солом'яний відтінок, в інших — світло-коричневий, іноді коричневий. Відмінність в кольорі може виявлятися як в одному зубі, так і в різних групах зубів у одного і того ж пацієнта, що створює строкату клінічну картину захворювання. Поверхня зміненої емалі блискуча, при зондуванні гладка, безболісна.

При *середньому ступені* тяжкості забарвлення осередків ураження інтенсивніше (від жовтого до темно-коричневого кольору). Визначаються структурні зміни емалі у вигляді бороздчатості, шорсткості. Борозенки мають в основному вертикальний напрям, при звичайній гіпоплазії вони частіше розташовані горизонтально. Нерідко хворі відзначають підвищену чутливість зубів від механічних і температурних подразників.

Важкий ступінь спадкового амелогенезу характеризується відсутністю природного блиску емалі, наявністю крейдяного забарвлення, зниженням міцності. При пошкрябуванні емаль легко сколюється. Голий дентин швидко пігментується, забарвлюється в коричневий і чорно-коричневий колір.

При недосконалому амелогенезі форма і розміри зубів не змінюються. Проте в одних випадках спостерігаються зменшення їх ширина і поява трем і діастем, в інших — збільшення переважно в прішийковій частині коронок, які виглядають на зразок усіченого конусу з вершиною у ріжучого краю. При рівномірному збільшенні коронки набувають циліндричної форми.

Рентгенологічно корені зубів при даній патології мають нормальну довжину і розміри, правильну будову. В той же час на коронках зубів може бути островкове розрідження різних розмірів, округлої форми. За наявності борозенок на рентгенограмах просліджуються вертикальні смужки різної щільності.

Лікування полягає в проведенні ремінералізуючої терапії, при значній втраті ТТЗ – протезування.

Недосконалий дентиногенез. Виникає унаслідок порушення розвитку дентину коронкової і особливо кореневої частини зубів, що приводить до патологічної рухливості і ранньої їх втрати. Зуби при цьому зберігають звичайну форму і розміри, рідко вражаються карієсом, але чутливі до термічних подразників. Біля таких зубів нерідко спостерігають гінгівіт.

Рентгенологічно відзначають укорочені з несформованими верхівками корені зубів, навколо яких є вогнища деструкції кісткової тканини. Емалево-дентинне з'єднання фестончасте. Порожнина зуба виповнена іррегулярним дентином.

Лікування – максимально можливе збереження ТТЗ, при необхідності – протезування.

Недосконалий остеогенез. Його пов'язують із спадковою неповноцінністю мезенхіми, результатом чого є колагенова недостатність зубних тканин. Вражаються молочні і постійні зуби. Після прорізування зубів емаль відділяється від дентину, який швидко стирається. Величина і розміри коронок зубів зменшені.

Гіпофосфатемія. У основі хвороби лежить природжена аномалія синтезу лужної фосфатази. Захворювання виявляється деформацією кінцівок, частими патологічними їх переломами, порушенням звапніння кісток свода черепа, ламкістю нігтів і волосся, диспное, ціанозом, нудотою, блювотою, запорами, судорожним сипанням м'язів. Відзначають гіпоплазію емалі, недорозвинення коренів зубів, передчасне їх розсмоктування і раннє випадання зубів.

Рентгенологічно виявляють недорозвинення альвеолярного відростка, остеопороз кісткової тканини, передчасне розсмоктування коріння тимчасових зубів.

Крім описаних природжених дефектів, зміни форми, розмірів, кольору, кількості, пошкодження окремих зубів або зубних рядів можуть бути слідством різних патологічних станів організму.

Обладнання:

- стоматологічний пацієнт;
- інструменти основного стоматологічного набору;
- барвники;
- люмінесцентний стоматоскоп.

Навчальний час: 2 години**План**

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

II. Контроль опорних знань:

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- знати етіологію та патогенез спадкоємних порушень розвитку зубів;
- знати методи діагностики, дифдіагностики спадкоємних порушень розвитку зубів;
- знати тактику лікаря-стоматолога при виявленні спадкоємних порушень розвитку зубів;
- знати можливі ускладнення спадкоємних порушень розвитку зубів;
- уміти обстежувати пацієнта з спадкоємними порушеннями розвитку зубів;
- оволодіти методиками додаткових та лабораторних досліджень при спадкоємних порушеннях розвитку зубів;
- оволодіти методиками лікування при спадкоємних порушеннях розвитку зубів;
- уміти запобігати ускладненням та усувати їх при лікуванні спадкоємних порушень розвитку зубів.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Питання:

8. Що таке спадкоємні захворювання?
9. Що таке аутосомно-домінантний тип спадкоємності?
10. Які основні причини некаріозних уражень спадкового характеру?
11. З якими захворюваннями проводиться дифдіагностика спадкоємних порушень розвитку зубів?
12. Які методи визначення стану емалі Ви знаєте?

Тести:

1. Пацієнтка А скаржиться на косметичний дефект зубів. При огляді зуби стерті на половину, мають жовто-коричневий колір, емаль майже вся відсутня, крихка, дентин прозорий. На Р-грамі корені зубів короткі, тонкі, біля верхівок окремих коренів вогнища розрідження кістки. Який діагноз?

- A Мармурова хвороба
- B Синдром Стентона – Капдепона
- C Недосконалий амелогенез
- D Недосконалий дентиногенез
- E Ектодермальна дисплазія

2. До стоматолога звернулася мама з дитиною 7 років, зі скаргами на несвоєчасне прорізування зубів та зміну їх кольору. Об'єктивно: відмічається задержка строків прорізування зубів. Емаль на прорізавшихся різцях має крейдяний колір, місцями відсутня, легко сколюється. Шкіра бліда, ліва ручка в гіпсі – наслідки перелому. На Р-грамі нижньої щелепи – дифузний остеосклероз. Ваш діагноз?

- A Мармурова хвороба
- B Синдром Стентона – Капдепона
- C Недосконалий амелогенез
- D Недосконалий дентиногенез
- E Ектодермальна дисплазія

3. При лікуванні хронічного періодонтиту 26 зуба, лікар-стоматолог не зміг знайти устя кореневих каналів. На Р-грамі корені 25, 26 та 27 зубів короткі, мають загострену конусоподібну форму, кореневі канали не просліджуються. Біля верхівки дистального кореня 26 зуба – осеопороз округлої форми, діаметром 5-7 мм. Для якого захворювання це характерно?

- A Мармурова хвороба
- B Синдром Стентона – Капдепона
- C Недосконалий амелогенез
- D Недосконалий дентиногенез
- E Ектодермальна дисплазія

4. Пацієнтка скаржиться на підвищену чутливість верхніх передніх зубів від механічних і температурних подразників. Об'єктивно: емаль майже всіх зубів шорстка, жовтого та темно-коричневого кольору. Відмічаються вертикальні борозенки. Для якого захворювання це характерно?

- A Мармурова хвороба
- B Синдром Стентона – Капдепона
- C Недосконалий амелогенез
- D Недосконалий дентиногенез
- E Ектодермальна дисплазія

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 це властивості інтактної емалі.

13. В процесі ембріонального розвитку зуба порушується розвиток клітин епітеліальної вистілки ротової бухти. Які складові частини зуба можуть зазнати ушкодження?

- A. Періодонт
- B. Дентин
- C. Цемент
- D. Емаль
- E. Пульпа

7. В антенатальному онтогенезі під дією інтоксикації постраждали клітини внутрішнього шару зубного мішечка у зубному зачатку. Яка з тканин зуба недостатньо розвивається?

- A. Пульпа
- B. Безклітинний цемент
- C. Емаль
- D. Дентин
- E. Клітинний цемент

5. Хвора 47 років скаржиться на неможливість приймання холодної та гарячої їжі, а також інтенсивні болі від кислого, солодкого та соленого. Під час огляду виявлена незначна втрата емалі на молярах та різцях. Зондування і холодова проба різко болісні. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гіперестезія твердих тканин зуба
- B. Ерозія емалі
- C. Некроз емалі
- D. Гіпоплазія емалі
- E. Патологічне стирання твердих тканин зуба

6. У хворого Н., 51 року скарги на підвищену больову чутливість зубів від температурних, хімічних, механічних подразників. Біль інтенсивний, але швидко проходить після усунення подразника. Під час обстеження виявлена незначна стирання емалі на жувальній поверхні молярів та різальному краю іклів та різців. Оголений дентин твердий, гладкий, блискучий. ЕОД - 5 мкА. Поставте діагноз.

- A. Клиноподібний дефект.
- B. Гіпоплазія емалі.
- C. Гіперестезія твердих тканин зуба.
- D. Ерозія емалі.
- E. Флюороз.

7. Хвора 20 років, скаржиться на неестетичний вигляд 24 зуба з моменту прорізування. Об'єктивно: в 24 зубі емаль частково відсутня, дентин забарвлений в жовтий колір. У дитинстві 64 молочний зуб неодноразово лікували, незважаючи на часті загострення, появу набряків, нориці на яснах. 64 вимушені були видалити в 9 років. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Системна гіпоплазія
- B. Хронічний початковий карієс
- C. Флюороз
- D. Локальна гіпоплазія емалі
- E. Аплазія емалі

8. Юнак 17 років скаржиться на наявність на фронтальних зубах косметичного дефекту у вигляді світлих плям. У місцевості, де він проживає вміст фтору у питній воді становить 1 мг/л. Об'єктивно: на вестибулярній поверхні 11, 12, 21, 22 зубів, горбках 16, 26, 36, 46 зубів виявлені крейдоподібного кольору плями з блискучою поверхнею. Наявність плям пацієнт відмічає від дня народження. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Численний карієс
- B. Системна гіпоплазія емалі
- C. Ендемічний флюороз
- D. Ерозія емалі
- E. Незавершений амелогенез

9. Дівчина 17 років скаржиться на наявність дефектів твердих тканин передніх і бокових зубів, які її суб'єктивно не тривожать. Відмічає їх протягом тривалого часу. Народилася і проживає у місцевості з вмістом фтору у питній воді 1,2 мг/л. При огляді на вестибулярних поверхнях різців верхньої та нижньої щелеп у ділянці екватора коронок виявлені дефекти твердих тканин у межах емалі. Аналогічні дефекти виявлені на горбках перших молярів. Дно і стінки дефектів гладенькі, безболісні при зондуванні. Дефекти мають світло-коричневий колір. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Ерозія твердих тканин зуба
- B. Місцева гіпоплазія емалі
- C. Вогнищева одонтодисплазія
- D. Ендемічний флюороз
- E. Системна гіпоплазія емалі

10. Хвора С., 25 років скаржиться на косметичні дефекти зубів. При огляді на всіх поверхнях коронок фронтальних зубів численні плями

коричневого кольору без дефектів емалі, з гладенькою поверхнею. 2% розчином метиленового синього плями не фарбуються. Поставте діагноз.

- A. Системна гіпоплазія емалі
- B. Флюороз
- C. Гострий початковий карієс
- D. Ерозія емалі
- E. Кислотний некроз емалі

11. Жінка звернулася у клініку зі скаргами на біль від термічних і хімічних подразників у зубах верхньої та нижньої щелеп. При об'єктивному обстеженні на вестибулярній поверхні у пришийковій ділянці 14, 15, 24, 25, 31, 32, 41, 42 зубів виявлені дефекти твердих тканин зубів. Вони утворені двома майже горизонтальними поверхнями, які сходяться під кутом у межах середньої третини дентину. Їх стінки гладенькі, вкриті щільним дентином. Який вірогідний діагноз захворювання?

- A. Клиноподібні дефекти
- B. Хронічний середній карієс
- C. Ерозія емалі
- D. Хронічний початковий карієс
- E. Патологічне стирання твердих тканин зубів

12. При профілактичному огляді у дитини 10 років виявлена часткова адентія. Зуби стерті, емаль, як молочних, так і постійних зубів крихка, швидко сколюється, дентин коричневого кольору. Також виявлено недорозвинення нігтів, волосся, слинних залоз. У хлопчика сідловидний ніс, товсті губи, виступаючий лоб. Який можливий діагноз?

- A. Мармурова хвороба
- B. Синдром Стентона – Капдепона
- C. Недосконалий амелогенез
- D. Недосконалий дентиногенез
- E. Ектодермальна дисплазія

13. При огляді у пацієнта емаль майже всіх зубів має солом'яний відтінок, деякі - світло-коричневий, а поодинокі коричневі. 12, 11, 21 і 22 зуби мають різний колір «строката картина». Поверхня емалі блискуча, при зондуванні гладка, безболісна. Який можливий діагноз?

- A. Мармурова хвороба
- B. Синдром Стентона – Капдепона
- C. Недосконалий амелогенез
- D. Недосконалий дентиногенез
- E. Ектодермальна дисплазія

14. До стоматолога на прийом звернувся пацієнт, у якого виступаючий лоб, сідловидний ніс, товсті губи, 14, 24, 36, 35 44 і 45 зуби відсутні.

Емаль зубів крихка, сколюється екскаватором, видимий дентин коричневого кольору. Про яке захворювання іде мова?

- A Мармурова хвороба
- B Синдром Стентона – Капдепона
- C Недосконалий амелогенез
- D Недосконалий дентиногенез
- E Ектодермальна дисплазія

15. Хвора С., 20 років, звернулася в клініку зі скаргами на косметичний дефект. При огляді на вестибулярній поверхні різців, буграх молярів множинні крейдянні плями. Поверхня емалі плям гладка, блискуча. До 17 років хвора проживала в Західній Україні. Ваш діагноз?

- A Мармурова хвороба
- B Гіоплазія
- C Недосконалий амелогенез
- D Недосконалий дентиногенез
- E Ектодермальна дисплазія

16. Чоловік 35 років звернувся до лікаря з метою санації порожнини рота. Об'єктивно: на вестибулярній поверхні в пришийковій частині 22 зуба виявлено дефект твердих тканин в межах плащового дентину, дентин твердий, темного кольору, дно шершаве. Зондування, холод, біль не викликають. Який діагноз найбільш вірогідний?

- A Хронічний середній карієс
- B Гіоплазія
- C Недосконалий амелогенез
- D Недосконалий дентиногенез
- E Некроз твердих тканин

17. Жінка 22 років скаржиться на наявність білих плям на передніх зубах верхньої щелепи. При огляді на вестибулярній поверхні у пришийковій ділянці 13, 12, 11, 21, 22, 23 виявлені крейдоподібні плями. Емаль втратила блиск, шершава. Від хімічних подразників виникає короточасний біль. Поставте попередній діагноз:

- A Хронічний середній карієс
- B Гострий початковий карієс
- C Недосконалий амелогенез
- D Недосконалий дентиногенез
- E Некроз твердих тканин

18. Хвора С, 20 років, скаржиться на неестетичний вигляд 24, 25 зубів з моменту прорізування. Об'єктивно: в 24, 25 зубах емаль частково відсутня, дентин забарвлено в жовтий колір. В дитинстві ІV молочний неодноразово лікували, незважаючи на часті загострення, появу набряків, нориці на яснах. ІV вимушені були видалити в 9 років. Який найбільш ймовірний діагноз?

- A Хронічний середній карієс
- B Гострий початковий карієс
- C Недосконалий амелогенез

D Недосконалий дентиногенез

E Локальна гіпоплазія

III. Формування професійних вмінь, навичок:

1.65. зміст завдань;

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

- складати план обстеження стоматологічного хворого;
- уміти збирати анамнез життя та хвороби, враховуючи спадкоємність;
- додатковими методами обстеження ТТЗ;
- навчитися проводити ремінералізацію ТТЗ;
- навчитися проводити електрофорез ТТЗ;
- уміти проводити ЕОД;
- уміти проводити реставрацію дефектів емалі.

1.66. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

Орієнтуюча карта для формування практичних вмінь та навичок:

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4
1	Зібрати анамнез життя та захворювання	Перенесені та спадкоємні захворювання, спадковість	Захворювання ендокринної, нервової та інших систем, подібні захворювання в родичів
2	Провести огляд зубів. ясен, СОПР	Стоматологічний набір: дзеркало, пінцет, стоматоло-гічний зонд, екскаватор	Кількість зубів, строки прорізування, стан ТТЗ: колір, твердість, хрупкість. Стан ясен, СОПР
3	Визначити чутливість зубів до електричного струму	Встановити межу вимірювання «0-50 мкА». Якщо зуб не реагує на струм силою 50 мкА, діапазон переключити в режим «0-200 мкА», та повторити виміри.	Виміри повторити тричі, визначивши середньоарифметичне значення ЕОД.
4	Провести рентгеноло-гічне дослідження зубів. періодонту та кістки щелеп	Внутрішньоротова контактна рентгенограма, візіограма	Товщина ТТЗ, стан пульпопої камери. Форма, товщина довжина коренів та КК, зміни в кістці щелепи

5	Провести дифдіагнос-тику спадкоємних порушень розвитку зубів	Співставити клінічну картину спадкоємних порушень розвитку зубів, інших НУТТЗ, синдромів та карієсу	Поставити діагноз спадкоємних порушень розвитку зубів
6	Визначити тактику лікаря-стоматолога	Враховуючи форму та стадію спадкоємних порушень розвитку зубів визначити терапевтичну, ортопедичну чи хірургічну допомогу	Провести ремінералізуючу терапію, реставрацію емалі та вказати показання до протезування

1.67.

1.68. вимоги до результатів роботи;

Методика виконання роботи, етапи виконання, кроки:



РЕСТАВРАЦІЯ ТТЗ

1.69. матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Питання:

1. Які спадкоємні порушення розвитку зубів Ви знаєте?
2. Які причини виникнення спадкоємних порушень розвитку зубів Ви знаєте?
3. Які недосконалості розвитку емалі Ви знаєте?
4. Які недосконалості розвитку дентину Ви знаєте?
5. Що таке дисплазія Стентона-Капдепона?
6. У чому полягає суть мармурової хвороби?
7. Які оптичні параметри емалі використовуються для діагностики НУТТЗ?
8. Що таке недосконалий амелогенез, його прояви?
9. Що таке недосконалий дентиногенез, його прояви?
10. Що таке ектодермальна дисплазія ?
11. Які можуть бути рентгенологічні ознаки спадкоємних порушень розвитку зубів?
12. Тактика Лікаря-стоматолога при виявленні спадкоємних порушень розвитку зубів?

Задачі:

1. До стоматолога звернулася мама з дитиною 7 років, зі скаргами на несвоєчасне прорізування зубів та зміну їх кольору. Об'єктивно: задержка строків прорізування зубів. Емаль на прорізаючихся різцях має крейдяний колір, місцями відсутня, легко сколюється. Шкіра бліда, ліва ручка в гіпсі – наслідок перелому.

1. Які методи дослідження допоможуть у визначенні діагнозу?
2. Який імовірний діагноз у даному випадку?
3. Яке місцеве лікування?
4. Консультація яких спеціалістів показана?

5. Принципи загальної терапії?

5 До стоматолога звернулась пацієнтка зі скаргами на біль верхніх передніх зубів від грубої їжі та температурних подразників. Об'єктивно: емаль майже всіх зубів шорстка, жовтого та темно-коричневого кольору. На емалі видно вертикальні борозенки.

14. Для якого захворювання це характерно?
15. З яким захворюваннями проводиться дифдіагностика?
16. Як буде виглядати емалево-дентинне з'єднання під мікроскопом?
17. Яке лікування показане?

Відповіді на тести та задачі:

Задачі:

Задача № 1.

1. Рентгенограма щелеп та кісток черепа.
8. Мармурова хвороба.
9. Ремінералізуюча терапія а потім пломбування дефектів емалі чи протезування.
10. Ендокринолога, гематолога, педіатра.
11. Нормалізація процесів кровоутворення, мінерального обміну

Задача № 2

1. Недосконалий амелогенез
9. Гіпоплазія емалі, недосконалий дентиногенез.
10. Атипова нерівність.
11. Ремінералізуюча терапія, реставрація дефектів емалі фотокомпозитом.

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.

2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. — 2011. — 231с.

3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. — 25 с.

4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.

5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. — Полтава: Дивосвіт, 2019. — 108 с.

Практичне заняття № 14

Тема: Некаріозні ураження зубів, що виникають після прорізування. Патоморфологія, клініка, діагностика та лікування ерозії емалі, клиноподібного дефекта. Травматичні та хімічні ураження. Гіперестезія твердих тканин зубів. Усунення гіперестезії за допомогою сучасних десенситайзерів: склад, властивості, методики використання.

Мета: сформувані чітке уявлення про патоморфологію, клініку, діагностику та лікування некаріозних уражень зубів, що виникають після прорізування.

Основні поняття:

До некаріозних уражень твердих тканин зубів належать морфологічні та функціональні ушкодження емалі й дентину внаслідок впливу на них екзогенних та ендогенних несприятливих факторів.

Некаріозні ураження тканин зубів, за В.К.Патрикєєвим (1968), розподіляють на 2 групи

1. Ураження, що виникають у період фолікулярного розвитку (до прорізування):

- гіпоплазія емалі;
- гіперплазія емалі;
- ендемічний флюороз зубів;

- аномалії розвитку і прорізування зубів, зміна їхнього кольору;
- спадкові порушення розвитку зубів.

2. Ураження зубів, що виникають після їх прорізування:

- пігментація зубів і наліт на них;
- стирання твердих тканин;
- клиноподібний дефект;
- ерозія зубів;
- некроз твердих тканин зубів;
- травма зубів;
- гіперестезія зубів.

Підвищена чутливість найбільш часто спостерігається при патології тканин зубів не каріозного походження, а також при карієсі і хворобах пародонта.

Системна генералізована гіперестезія виявляється при психоневрозах, ендокринопатіях, захворюваннях шлунково-кишкового тракту, клімаксі, порушеннях обміну, інфекційних та інших захворюваннях.

Клінічна картина. Пацієнти скаржаться на інтенсивні, але нетривалі болі, спричинені дією температурних (холод, тепло) хімічних (кисле, солодке) або механічних подразників. Хворі говорять, що вони не можуть вдихнути холодне повітря, вживати кислу, солодку, солону їжу. Як правило, ці явища постійні, але іноді може спостерігатися тимчасове зменшення або припинення болю. У деяких випадках виникають утруднення у визначенні хворого зуба, тому що біль поширюється на сусідні зуби.

При огляді, як правило, виявляють утрату (стертість, ерозія, клиноподібний дефект) твердих тканин зубів, оголення коренів. У всіх випадках оголений дентин твердий, гладенький, блискучий, зрідка пігментований, чутливий до механічних, температурних та хімічних подразників, але біль зникає після усунення подразника.

Відомі кілька класифікацій гіперестезія. Класифікація гіперестезія за Ю.А.Федоровим і співав. (1981).

А. За поширеністю:

- Обмежена форма.
- Генералізована форма.

Б. За походженням:

І. Гіперестезія дентину, що пов'язана з втратою твердих тканин зуба:

- в ділянці каріозних порожнин;
- після препарування тканин зуба під штучні коронки, вкладки і т.ін.;
- супутне патологічне стирання твердих тканин зуба і клиноподібні дефекти;

Г) при ерозії твердих тканин зубів.

ІІ. Гіперестезія дентину, що не пов'язана з втратою твердих тканин зуба:

А) гіперестезія дентину оголених шийок і коренів зубів при пародонтозі й інших хворобах пародонта;

Б) гіперестезія дентину інтактних зубів (функціональна), що супроводжується загальним порушенням в організмі.

В.За клінічним перебігом:

I ступінь – тканини зуба реагують на температурний подразник (холод, тепло). Поріг електрочутливості складає 5-8 мкА;

II ступінь – тканини зуба реагують на температурний і хімічний подразники (солодке, кисле). Поріг електрочутливості дентину -3-5 мкА;

III ступінь – тканини зуба реагують на всі види подразників (зокрема тактильний). Поріг електрочутливості пульпи - 1,5-3,5 мкА.

Користуючись цією класифікацією, можна провести диференційну діагностику і вибрати найбільш раціональні методи ліквідації гіперестезії твердих тканин зубів.

Лікування. Для усунення гіперестезії широко використовують пасти, до складу яких входять луги: гідрокарбонат натрію, карбонати натрію, калію, магнію, а також речовини, які здатні перебудовувати структуру твердих тканин зуба: фторид натрію, хлорид стронцію, препарати кальцію й ін. Згідно із сучасними уявленнями, іон фтору здатний заміщати гідроксильну групу в гідроксиапатиті, перетворюючи його в більш стійку сполуку – фтор апатит. Дійсно, після накладення 75% фтористої пасти на висушену ділянку чутливого дентину настає знеболювання, а після 5-7 процедур болі можуть зникнути. Однак через короткий проміжок часу болі можуть з'явитися знову, що є суттєвим недоліком методу.

Ю.А.Федоров і В.В.Володкіна для місцевого впливу для місцевого впливу використовували пасту гліцерофосфату кальцію на гліцерині (6-7 процедур) поряд із призначенням усередину гліцерофосфату або глюконату кальцію по 0,5г 3 рази за день упродовж місяця, полівітамінів (3-4 драже за добу), фітоферолактолу (1г за добу) протягом місяця. Запропоновану схему автори пропонують застосовувати тричі за рік.

Добрий ефект лікування гіперестезія спостерігається від використання ремінералізуючих паст «Сенсодин».

Клиноподібний дефект твердих тканин зуба частіше зустрічається у людей середнього і літнього віку під впливом механічних і хімічних факторів, зокрема рН ротової рідини, зубної щітки, кислот тощо. Частіше зустрічається на іклах та премолярах.

Клінічна картина. Виділяють три форми клиноподібного дефекту:

легка- в межах емалі, середня – в межах плащового дентину та тяжку .

Неглибокий клиноподібний дефект у більшості випадків не супроводжується больовими відчуттями: хворі вказують тільки на ваду тканин зуба, яка повільно прогресує без зміни форми. У рідкісних випадках з'являється тимчасова чутливість на дію температурних, хімічних і механічних подразників. Швидкість зростання гостроти суб'єктивних відчуттів залежить від швидкості поглиблення дефекту, інтенсивності відкладання замісного дентину: коли замісний дентин відкладається повільніше, ніж поглиблюється дефект, з'являється більш гостра реакція на подразники. Клиноподібні дефекти можуть бути одиночними, але частіше вони численні й розташовуються в ділянці шийки на вестибулярній поверхні симетричних зубів. Вони мають щільні, блискучі, гладкі стінки, що майже ніколи не уражуються карієсом.

Пульпова камера при клиноподібних дефектах розкривається дуже рідко внаслідок утворення іррегулярного дентину.

Лікування: пломбування композитними матеріалами та склоіономерними цementsами. При глибоких клиноподібних дефектах необхідне виготовлення штучних коронок.

Ерозія - прогресуючий дефект емалі, дентину, цементу. Етіологічними факторами ураження є механічний вплив та дія кислот харчового походження та дія кислот на виробництві. При цьому не можна виключити ослаблення ремінералізуючої дії ротової рідини. Важлива роль у патогенезі ерозії твердих тканин зубів відводиться ендокринним порушенням, зокрема гіперфункції щитоподібної залози та гіпофункції паращитоподібних залоз: збільшення секреції слини, зміна її складу та зниження в'язкості ротової рідини при цих захворюваннях відбувається на стійкості твердих тканин; у хворих на тиреотоксикоз ерозія зубів спостерігається в 2 рази частіше, ніж у здорових.

Ерозії твердих тканин зубів утворюються частіше на вестибулярній поверхні центральних і бічних різців верхньої щелепи, а також на іклах і малих кутніх зубах обох щелеп; рідко уражуються різці та великі кутні зуби нижньої щелепи.

Клінічна картина. Ерозія – це дефект овальної або округлої форми, розташований на найбільш випуклій частині вестибулярної поверхні верхніх фронтальних зубів; дно її рівне, блискуче і тверде. Поступове поглиблення і розширення меж дефекту призводять до втрати всієї емалі і частини дентину.

Краї ерозії поступово переходять в інтактну поверхню коронки зуба.

Розрізняють 2 стадії ураження твердих тканин ерозією: початкову (ерозія емалі) і виражену (ерозія емалі і дентину).

За глибиною ураження виділяють 3 ступені ерозії:

I ступінь (початковий) – уражена тільки емаль (відповідає поверхневому карієсу);

II ступінь (середній) – уражена вся товща емалевого покриву зуба аж до дентино-емалевого з'єднання (відповідає середньому карієсу);

III ступінь (глибокий) – ураження поверхневих і глибоких шарів дентину. При оголенні коренів зубів можливе ураження ерозією цементу і дентину на бокових поверхнях.

Ю.М.Максимовський пропонує розрізняти активну і стабілізовану стадії ерозії. Активна стадія швидко прогресує з поглибленням і поширенням дефекту, що супроводжується явищами гіперестезія. Стабілізована стадія характеризується уповільненим перебігом.

Електронно-мікроскопічним дослідженням виявляється органічна плівка на поверхні ураження, втрата чіткої кристалічної структури емалі і значні аморфні ділянки, що характеризує процес демінералізації. В поляризованому світлі мікроскопа помітна суттєва різниця особливостей осередкової де мінералізації при початковому карієсі й ерозія. Так, для карієсу на стадії плями характерна підповерхнева демінералізація, а при ерозіях демінералізація поверхнева, поширена, що вказує на різний патогенез цих уражень.

Зміни в дентині також спостерігаються в поверхневих шарах ерозії: дентинні каналці заповнені кристалами, типова орієнтація яких у міжканальцевих ділянках порушується, величина безструктурних ділянок збільшена.

Лікування. Застосовують аплікації або електрофорез ремінералізуючих засобів та естетичне пломбування.

Некроз твердих тканин зубів. Ураження пришийкової ділянки виникає у дорослих на фоні порушення функції ендокринних залоз цнс, при хронічній інтоксикації організму, гіпертиреозі тощо.

Клінічна картина. Прояви некрозу починаються з утрати блиску емалі й утворення крейdneyоподібних плям багатьох зубів із подальшим темно-коричневим забарвленням. Дентин також пігментується. У центрі вогнища ураження спостерігається розм'якшення й утворення дефекту, емаль стає ламкою, легко відколюється спонтанно чи інструментом. Хворі скаржаться на гострий біль від температурних, механічних та хімічних подразників. Утворення вогнищ некрозу часто виникає на вестибулярній поверхні в ділянці шийок різців, іклів, малих кутніх і значно рідше – великих кутніх зубів.

Патогістологічна картина. Характерна поява типових зон поверхневої та під поверхневої де мінералізації; за збереженого зовнішнього шару емалі видимі лінії Ретціуса, визначається центральна темна зона за світлішими ділянками по периферії.

Стирання тканин зуба відбувається у кожної людини і є результатом фізіологічної функції жування. Фізіологічне стирання в першу чергу виявляється на горбиках жувальної поверхні малих і великих кутніх зубів, а також на ріжучому краю різців і горбиках іклів. Крім того, фізіологічне стирання зубів у нормі приводить до утворення невеликої площадки на опуклій частині коронки на місці контакту із сусіднім зубом.

З віком ступінь фізіологічного стирання зубів збільшується. Якщо до 40 років воно обмежується межами емалі, то в 50 і більше років у процес може втягуватися і дентин, який внаслідок оголення пігментується в жовтий колір.

Поряд із фізіологічним зустрічається патологічне стирання, коли спостерігається інтенсивна стертість твердих тканин в одному зубі, групі зубів або у всіх контактуючих зубах. Патологічне стирання твердих тканин зубів спостерігається в 11-12% людей.

Повне стирання жувальних горбиків великих і малих кутніх зубів і часткове – країв передніх різців частіше спостерігаються у чоловіків(62%), ніж у жінок (22%). Причинами підвищеного стирання можуть бути порушення прикусу, перевантаження внаслідок втрати зубів, неправильна конструкція протезів, вплив побутових і професійних шкідливостей, а також формування неповноцінних твердих структур зуба.

За клініко-анатомічною класифікацією розрізняють три ступені тяжкості:

I ступінь – незначне стирання емалі на горбиках і ріжучих краях коронок зубів;

II ступінь – стирання емалі на горбиках, іклах, малих і великих кутніх

зубах і краях різців з оголенням поверхневих шарів дентину;

III ступінь – стирання емалі і значної частини дентину до рівня коронкової порожнини зуба.

Початковим клінічним проявом стирання зубів вважається їх чутливість до температурних подразників. У міру поглиблення процесу можуть приєднуватися болі від впливу хімічних, а потім і механічних подразників.

Лікування: при I і II ступенях стирання основними завданнями лікування є стабілізація і зупинка процесу. З цією метою на зуби-антагоністи, в основному великі кутні, виготовляють вкладки. Якщо стирання викликане втратою значної кількості зубів, то необхідно відновити зубний ряд за допомогою протеза.

Значні труднощі виникають у лікуванні III ступеня стирання із вираженим зниженням прикусу. У таких випадках колишню висоту прикусу відновлюють незнімними або знімними протезами. Прямим показанням до цього служать скарги на біль у ділянці скронево-нижньощелепних суглобів, печія і біль у язиці, що є наслідком зміни положення суглобної голівки в суглобній ямці. Мета лікування – створити таке положення зубних рядів, яке забезпечило б фізіологічне положення суглобної голівки в суглобній ямці. Важливо, щоб надалі це положення щелепи було збережене.

Обладнання:

- стоматологічний пацієнт;
- інструменти основного стоматологічного набору;
- барвники;
- люмінесцентний стоматоскоп.

Навчальний час: 2 години

План

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

II. Контроль опорних знань:

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- знати класифікацію некаріозних уражень, які виникають після прорізування зубів;
- знати методи діагностики некаріозних уражень, які виникають після прорізування зубів;
- знати клінічні прояви гіперестезії твердих тканин зубів;
- вміти визначити некаріозні ураження на схемі, малюнку, слайді та атласі;
- вміти діагностувати та диференціювати некаріозні ураження у

хворого;

- вміти використовувати допоміжні методи для діагностики та диференційної діагностики некаріозних уражень.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Питання:

1.Класифікація некаріозних уражень твердих тканин зубів за В.К.Патрикеевим.

2.Назвіть клінічні прояви клиноподібного дефекту.

3.Назвіть ступені ерозії твердих тканин зубів.

4.Назвіть матеріали та методики, які використовуються для лікування некаріозних уражень.

III. Формування професійних вмінь, навичок:

1.70. зміст завдань;

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

1. Розібрати методику використання ремінералізуючих засобів.

2. Провести на студенті профілактичні дії.

1.71. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

Орієнтуюча карта для формування практичних вмінь та навичок:

№ п.п.	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1.	Вивчити класифікацію некаріозних уражень за Патрикеевим та клінічний перебіг уражень, що виникають після прорізування	В робочому зошиті зробіть малюнки, які відображують некаріозні ураження	
2.	Провести диференційну діагностику некаріозних уражень, виникаючих після прорізування зубів	Складіть таблицю диференційного діагнозу	

1.72. вимоги до результатів роботи;

Методика виконання роботи, етапи виконання, кроки:

**Алгоритм орієнтовної основи дій при діагностиці уражень твердих
тканин зубів некаріозного походження, що виникли після прорізування
зубів**

Скарги	Скарг немає Наявність косметичного дефекту Незвичний вигляд зубів Підвищена чутливість зубів до хімічних і термічних подразників Біль при чищенні зубів Біль та наявність відколу зуба	
Анамнез	Наявність загальних фонових захворювань Наявність професійних шкідливих впливів Наявність системного ураження пародонту Травма Спадковість	
Об'єктивне обстеження	Огляд	Блюдеподібний дефект Дефекти з нерівними краями Дефект у вигляді двох рівних площин, що сходяться під кутом Відломи частини коронки Оголена пульпа
	Зондування	Поверхня гладенька Поверхня шорстка Крихка емаль Болісна пульпа, що легко кровоточить
	Термометрія	Безболісна Чутлива
	Перкусія	Безболісна

	Пальпація	Чутлива Болісна Рухомість фрагментів коронки
Додаткові методи дослідження	Вітальне забарвлення емалі Зафарбовується Не зафарбовується	
	Рентгенографія	порушення цілісності зуба
	ЕОД	2-10 мА 10-100 мА Більше 100 мА Р-ція відсутня

Консультація і обстеження у лікарів інших спеціальностей (терапевта, ендокринолога, гастроентеролога та ін.)

Лабораторні методи обстеження

Диференційна діагностика

Заключний діагноз

Гіперестезія	Ерозія	Некроз
Патологічна стертість	I, II, III ст.	Клиноподібний дефект I, II, III ст..
Травма	Забій	Підвивих
	Вивих	
	Перелом кореня (вертикальний, горизонтальний)	
	Коронки (з оголенням пульпи, без оголення)	

Алгоритм орієнтовної основи дій при лікуванні уражень твердих тканин зубів не каріозного походження, що виникли після прорізування зубів

Гіперестезія	Ерозія	Некроз
Патологічна стертість	I, II, III ст.	Клиноподібний дефект I, II, III ст..
Травма	Забій	Підвивих
	Вивих	
	Перелом кореня (вертикальний, горизонтальний)	
	Коронки (з оголенням пульпи, без оголення)	
Лікування	Загальне	Дієтотерапія Препарати кальцію, фтору і фосфору Вітамінотерапія

Дезінтоксикаційна терапія

Місцеве	Ремінералізаційна терапія Препарування з наступним пломбуванням -композитними матеріалами - склоіономерним цементом Тимчасове шинування Ендодонтичне лікування з наступною прямою чи непрямою реставрацією Видалення зуба
---------	--

1.73. матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Питання:

1.Класифікація некаріозних уражень твердих тканин зубів за В.К.

Патрикеевим, та класифікації гіперестезії зубів.

2. Назвіть клінічні прояви гіперестезії твердих тканин зубів.

3. Назвіть ступені гіперестезії твердих тканин зубів.

4. Назвіть матеріали та методики, які використовуються для лікування некаріозних уражень.

Тести:

1. Батьки дитини 2 років скаржаться на незвичайний колір усіх зубів. При об'єктивному огляді встановлено що на всіх зубах відсутня емаль, колір їх жовтуватого-коричневого, дентин прозорий. Зі слів батьків: після прорізування зуби мали нормальний колір, але потім стали мати такий вигляд. Ваш ймовірний діагноз.

- A Системна гіоплазія емалі
- B Недосконалий амелогенез
- C Ерозивна форма флюороза
- D Тетрациклінові зуби
- E Синдром Стейнтона – Капдепона

2. На вестибулярній поверхності молярів нижньої і верхньої щелепи множинні плями молочної кольору, симетрично розташовані, безболісні. Коронки верхніх центральних різців мають блюдцеподібну форму з поперечною вирізкою. Діагноз.

- A Ерозія емалі
- B Острий початковий карієс
- C Некроз емалі
- D Гіоплазія емалі
- E Флюороз зубів

3. Дівчина 18 років звернулася до стоматолога в зв'язку з тим, що на вестибулярній поверхні симетричних одноім'язових зубів розташовані плями білого кольору з чіткими контурами, які не супроводжуються будь-якими неприємними відчуттями. При цьому зовнішній шар емалі гладенький, блискучий, не забарвлюється метиленовим синім. Напротязі всіх років після прорізування розміри, форма і колір плям не змінюється. Це захворювання зубів:

- A ерозія емалі
- B хімічний некроз емалі
- C карієс на стадії плям
- D гіоплазія
- E флюороз

4. Студент 19-ти років під час екзаменаційної сесії звернувся до лікаря стоматолога зі скаргами на біль в зубах від термічних і хімічних подразників. Об'єктивно: всі зуби інтактні, патологічне стирання не

визначається, при зондуванні пришийкової ділянки майже всіх зубів визначається болісність. Реакція зубів на холод позитивна, швидко проходить. Який остаточний діагноз?

- A Некроз твердих тканин
- B Системна гіперестезія
- C Ерозії твердих тканин
- D Початковий карієс
- E Клиноподібний дефект

5. Хвора із патологією щитовидної залози звернулась до стоматолога з метою санації. Під час огляду на вестибулярній поверхні 11 і 12 по екватору зубів виявлені долотоподібні дефекти емалі та дентину з гладкою блискучою поверхнею жовтого кольору. Реакція на подразники відсутня. Визначте діагноз.

- A Гіпоплазія
- B Поверхневий карієс
- C Ерозія твердих тканин зуба
- D Флюороз
- E Стертість

6. Хворий віком 50 років скаржиться на косметичний дефект передніх зубів, який з'явився два роки тому. Об-но: на вестибулярних поверхнях 11,12,13,21,22,23, зубів дефекти з гладенькими, блискучими поверхнями, які сходяться під кутом. Який імовірний діагноз?

- A Клиноподібний дефект
- B Ерозія емалі
- C Хроїчний середній карієс
- D Хронічний поверхневий карієс
- E Кислотний некроз емалі.

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією

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.

Додаткова:

1. 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.

2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.

3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.

4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.

5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. – Полтава: Дивосвіт, 2019. – 108 с.

Практичне заняття № 15

Тема: Помилки та ускладнення в діагностиці і лікуванні карієсу. Вторинний карієс депульпованих та не депульпованих зубів: причини, клініка, діагностика, диференційна діагностика. Лікування, профілактика. Сучасні пломбувальні матеріали для лікування твердих тканин зубів. СІЦ, композити, компомери

Мета: сформувати чітке уявлення про помилки та ускладнення в діагностиці і лікуванні карієсу, причини, клініку, діагностику, диференціальну діагностику, лікування вторинного карієсу депульпованих та недепульпованих зубів.

Основні поняття:

При діагностиці і лікуванні карієсу зубів мають місце слідує помилки і ускладнення:

При тривалій роботі бором без водяного охолодження дуже швидко стирається алмазна крихта бора, а також можливий перегрів коронки зуба, появи тріщин емалі

Застосування спирту й ефіру з метою висушування каріозної порожнини сприяє посиленому виділенню дентинної рідини, послабляє бондінг і призводить до випадінню пломби

При недостатньому відмиванні дентинних структур каріозної порожнини від кондиціонера можливе подразнення пульпи, порушення адгезії і погане крайове прилягання пломб і реставрації

При порушенні правил остаточної обробки пломб і реставрації, шліфування і полірування на шорсткій поверхні осідають барвинки, пігменти, і пломби згодом змінюють колір

Невідповідність кольору пломби й емалі коронки зуба виникає, коли не враховують різні відтінки прозорості емалі в пришийковій частині, ділянці екватора і ріжучому краї зуба

При роботі із самополімерізуючими композитами зустрічаються окремі помилки, що властиві тільки цим матеріалам. Вони можуть виникнути на різних етапах.

Найчастіше при роботі з КМ хімічного твердіння такі ускладнення, як:

- зміна кольору пломби в місцях її з'єднання з тканинами зуба і зміна самого кольору

- рецидив карієсу
- дефекти пломби

Найчастіше при роботі з КМ світлового твердіння такі ускладнення, як:

- Відрив прокладки від дентину – відсутність адгезії матеріалу
- Відрив пломбу вального матеріалу

Обладнання:

- стоматологічний пацієнт;
- інструменти основного стоматологічного набору;
- набір стоматологічних наконечників і борів;
- пломбувальні матеріали;
- апарати для електроодонтометрії;
- фотополімерні лампи;
- основне і допоміжне обладнання стоматологічної установи.

Навчальний час: 2 години

План

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

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

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- знати які помилки і ускладнення бувають при лікуванні карієсу зубів;
- оволодіти навичками диференційної діагностики карієсу зубів;
- формування професійного підходу до хворих на карієс;

- знати помилки при діагностиці карієсу зубів.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Питання:

1. Принципи діагностики початкового карієсу.
2. Клініка, діагностика, диференційна діагностика карієсу зубів.
3. Методика препарування, медикаментозної обробки каріозної порожнини
4. Показання до використання ізолюючих прокладок і лікувальних паст
5. Вибір пломбувального матеріалу в залежності від класу каріозної порожнини.
6. Методика використання матриці при пломбуванні каріозних порожнин і показання до утворення контактного пункту.

III. Формування професійних вмінь, навичок:

1.74. зміст завдань;

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;
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;
7. проводити контроль якості препарування;
8. визначати помилки та ускладнення, які виникають при діагностиці, лікуванні і профілактиці карієсу зубів.

1.75. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

Орієнтуюча карта для формування практичних вмінь та навичок:

№	Основні етапи заняття	Матеріали вивчення і контролю	Матеріал для метод.забезпечення заняття
---	-----------------------	-------------------------------	---

1	Підготовчий: Організаційний момент, визначення актуальності, опит студентів для виявлення початкового рівня знань	Питання, тести	Табл., атлас
2	Базовий: методи лікування карієсу зубів, визначення алгоритму лікування хворого з вивчаємим захворюванням	Питання, тести, завдання	Атлас, табл., тематичні хворі, медикаменти
3	Заключний: контроль рівня знань студентів з теми, корекція їх професійних навичок, оцінювання студентів, домашнє завдання	Питання, тести, завдання	Атлас,

1.76. вимоги до результатів роботи;

Методика виконання роботи, етапи виконання, кроки:

Компоненти дії	Засоби і умови для реалізації етапів	Критерії самоконтролю
1	2	3
Початковий карієс	Стоматологічний кабінет, стомат. Інструментарій, метиленовий синій, апарати	Потрібно проводити диференційну діагностику з гіпоплазією: метод забарвлення метиленовим синім, люмінесцентний метод.
Поверхневий	Стоматологічний кабінет, стомат. Інструментарій, метиленовий синій, апарати	Інколи за поверхневий карієс приймають глибокі фігури. Діагностичним критерієм є наявність розмягчення дна фісури
Середній	ЕОД ИВН, рентген знімки	При хронічному перебігові відсутні клінічні симптоми. Необхідна диференційна діагностика –

		гангренозним пульпітом, хронічним періодонтитом. ЕОД, рентгенографія
Глибокий	ЕОД ИВН, рентген знімки	Така клінічна картина може бути про клиновидному дефекті, хрон. Фібрознаму пульпіті, хрон. Періодонтиті. ЕОД, рентгенографія, термометрія

Помилки і ускладнення при лікуванні карієсу

Знеболення	Анестетики	Може бути алергічна реакція на ліки: кропивниця, набряк Квінке, анафілактичний шок
При препаруванні каріозної порожнини	Стомат. Кабінет, наконечники, бори	Відлом стінки порожнини, поломка бору, несподіване розкриття пульпової камери, травми слизової оболонки
Медикаментозна обробка каріозної порожнини	Спирт, ефір, тепле повітря	При гострому і глибокому карієсі можливе подразнення пульпи
Приготування пломбу вальної маси	Цемент, амальгама, композити	Якщо цемент змішати рідко, то порушиться якість пломби.. Якщо надмірно густо, зменшиться адгезія
Порушення методики пломбування	Інструкція до пломбувальних матеріалів	Необхідно дотримуватись інструкції

1.77. матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Питання:

1. Основні помилки, які зустрічаються в процесі діагностики карієсу
2. Як пояснити причину помилок, які виникають при діагностиці карієсу зубів?
3. Які неправильні дії лікаря під час препарування каріозної порожнини

можуть привести:

А) до відлому стінки порожнини

Б) до травми слизової оболонки

4. Які причини сприяють швидкому руйнуванню пломби?

А) погане зберігання пломбувальних матеріалів

Б) порушення методики замішування

Г) Порушено методики пломбування

Д) недостатня ізоляція пломби від слини в період твердіння

Тести:

1. Основна клінічна ознака, яка відрізняє гіпоплазію від карієсу в стадії плями:

А) болісність при зондуванні

Б) позитивна реакція при перкусії

С) локалізація та стабільність ураження

Д) Характеристика емалі в ділянці плями

2. Мета створення додаткових опірних площин:

А) надійна фіксація пломби

Б) попередження рецидиву карієсу

С) рівномірний розподіл тиску пломби на стінки порожнини

3. Основна ознака середнього карієсу:

А) стінки та дно каріозної порожнини заповнені дентином, що легко знімається

Б) реакція на температурні подразники позитивна

С) наявність каріозної порожнини середньої глибини

4. Основна ознака гострого середнього карієсу:

А) глибина каріозної порожнини та слабо позитивна реакція на температурні подразники

Б) зондування дна каріозної порожнини чутливе на всій протяжності

С) на дні та стінках каріозної порожнини пігментований дентин

5. Основна ознака хронічного глибокого карієсу:

А) наявність глибокої каріозної порожнини

Б) зондування дна каріозної порожнини чутливе

С) стінки та дно каріозної порожнини заповнені дентином, що легко знімається

6. Основна ознака гострого глибокого карієсу:

А) реакція на температурні подразники та глибина каріозної порожнини

Б) зондування дна каріозної порожнини не болісне

С) Стінки та дно каріозної порожнини заповнені розм'якшеним дентином

Д) Реакція зуба на вертикальну перкусію слабо позитивна

7. Основна ознака хронічного початкового карієсу:

А) зондування не болісне

В) реакція на хімічні подразники негативна

С) при екскавації дентин легко знімається

Д) наявність темно-коричневої плями на емалі зуба

Е) реакція зуба на вертикальну перкусію негативна

8. Основна ознака гострого початкового карієсу:

А) наявність на емалі зуба крейдо подібної плями

В) реакція на температурні подразники позитивна

С) при екскавації дентин легко знімається

Д) зондування болісне

Е) реакція зуба на вертикальну перкусію негативна

9. Основна ознака хронічного поверхневого карієсу:

А) Зондування дна каріозної порожнини болісне

В) реакція на температурні подразники негативна

С) наявність пігментованої каріозної порожнини в межах емалі

10. Основна ознака гострого поверхневого карієсу:

А) реакція зуба на температурні, хімічні подразники і глибина порожнини

В) зондування дна болісне

С) на дні каріозної порожнини невелика кількість пігментованої емалі

11. Основні клінічна ознака, що відрізняє карієс на стадії плями від гіпоплазії емалі:

А) симетричність ураження

В) болісність при зондуванні

С) позитивна реакція на перкусію

12. Основний показник при діагностиці початкового карієсу та флюорозу:

А) Характер перебігу процесу

В) біохімічні показники

С) немає правильної відповіді

Д) строга симетричність ураження

Е) біохімічні показники

Відповіді на тести та задачі:

Тести:

1 – Д ; 2-А; 3-С; 4-А; 5-А; 6-А; 7-Д; 8-А; 9-С; 10- А; 11-А; 12-А,Д.

Тема: Сучасні пломбувальні матеріали для лікування твердих тканин зубів. СІЦ, композити, компомери.

Мета: сформувати чітке уявлення про сучасні пломбувальні матеріали для лікування твердих тканин зубів.

Основні поняття:

Сучасні пломбувальні матеріали.

- Композити хімічного затвердіння.
- Композити світлового затвердіння.
- Ормокери.
- Склоіономерні цементи.
- Компомери.

Нові матеріали і технологічні прийоми роботи з ними замінюються новими матеріалами і більш вдосконаленими технологіями. На сьогоднішній день, практикуючий лікар-стоматолог у своїй щоденній практиці, практично не використовує силікатні цементи, амальгами, ізолюючі і лікувальні прокладки. Уявлення, на які протягом десятиліть спиралася відновна стоматологія, зажадали перегляду після відкриття можливостей адгезійних технологій.

Сучасну стоматологію вже неможливо уявити без адгезивних систем. Їх призначення - забезпечувати герметичне і міцне прикріплення пломбувального матеріалу або штучної конструкції до тканин зуба. Адгезивні системи застосовуються в терапевтичній стоматології для роботи з композитами, компомери і деякими склоіономерними цементами на полімерній основі.

Сучасний розвиток адгезивних систем привів до створення одокомпонентних, легко тверднучих, та не потребуючих змішування сполучних агентів. Це полегшує і спрощує їх клінічне застосування і виключає помилки, які можуть виникнути при випадковому переплутуванні пляшечок адгезивної системи попередніх поколінь адгезивов.

Подібні одокомпонентні адгезивні системи отримали назву систем п'ятого покоління, представниками якої є «Prime & Bond 2.0», «Prime & Bond 2.1» («Dentsply»), «One Step» («Bisco»), «Single Bond» («3M»), «Optibond Solo» («Kerr») та інші. В деякі з цих адгезивов додатково введені речовини, які надають їм протикарієсні властивості за рахунок виділення фтору, наприклад, цетіламін гідрофлюорид в «Prime & Bond 2.1» («Dentsply»).

Останнім часом до складу адгезивних систем вводяться особливо дрібні частинки наповнювача, так звані нанонаповнювачі які можуть проникнути в дентинні каналці [«One Step» («Bisco»), «Optibond Solo» («Kerr»), «Prime & Bond NT» («Dentsply»)]. Нанонаповнювач виступає як речовина з

поперечношитою структурою, зміцнюючи адгезивний шар і посилюючи мікромеханічну ретенцію адгезиву. Середній розмір часточок нанонаповнювача 0,001-0,008, дозволяє їм легко проникати в дентинні каналці будь-якого розміру (середній діаметр дентинного каналця 0,8 мм). Наповнювач підвищує твердість адгезиву і наближає його за складом до композиту і в той же час до дентину. В цілому все це покращує міцність прикріплення нанонаповненої адгезивної системи і забезпечує покращене крайове прилягання композиту до твердих тканин зубів.

З огляду на делікатність техніки вологого бондингу, і вже маючи в наявності такий потужний універсальний адгезив як One-Step, компанія Bisco пішла вперше унікальним шляхом, розробивши двоступеневу адгезивну систему, в яку входить самопротравлюючий праймер Tyrian і адгезив One-Step plus.

У той час як більшість нових адгезивних систем 6-го і 7-го покоління не здатні досить протравити емаль, особливо, непрепарованої, так як не володіють достатньою кислотністю, Tyrian має $\text{Ph} = 0,4$ (для порівняння: 32% фосфорна кислота – 0,4, а 10% - 0,8), що дозволяє підготувати як поверхню дентина, так і емалі, отримавши звичну картину протравлених емалевих призм і сприяючи хорошій гібридизації і силі зв'язку.

Tyrian, поєднуючи протравлення та праймер в одній аплікації, усуває окремі етапи потравки, промивання, просушування, зволоження и невизначеності вологи бондинга. Усуваються не тільки додаткові етапи, а також і післяопераційна чутливість.

Адгезиви 7 покоління світлоотверднучі, однокомпонентні, в своєму складі містять десенсітайзер. На відміну від методів тотального протравлювання та тотальної адгезії самопротравлюючі адгезиви 7 покоління не відкривають повністю дентинні каналці. Змащений шар розчиняється і завдяки високо гідрофільним властивостям з'являється можливість проникнення адгезиву в каналці і перитубулярний дентин, утворюючи структурні зв'язки. У випадку з емаллю адгезив утворює солідну структуру з поверхнею. Представником адгезивних систем сьомого покоління є I-Bond фірми (Heraeus Kulzer).

Глибоке проникнення компонентів адгезивної системи в дентин і надійна герметизація дентинних каналців послужили підставою для емпіричного використання адгезивних систем при лікуванні підвищеної чутливості емалі та дентину, що послужило стимулом до створення спеціальних матеріалів для цієї мети. Крім усунення чутливості ставилося також завдання захисту поверхні дентину від підвищеної стертості. Останнім часом був запропонований такий спеціальний препарат - «Seal & Protect» («Dentsply»). Він є сумішшю метакрилатних смол на ацетоновій основі, містить нанонаповнювач і високоефективну антибактеріальну речовину - триклозан. Досить важливим є те, що препарат міцно приєднується до поверхні зуба без кислотного травлення твердих тканин. На очищену поверхню дентину наносять шар матеріалу, висушують і полімеризують світлом.



Самопротравлюючий адгезив 7-ого покоління **Adper™ Easy One** містить нанонаповнювач, який забезпечує високу адгезію. Його можна використовувати і на сухий і на вологій поверхні емалі та дентину, що знижує залежність сили адгезії від техніки нанесення адгезиву. Протруювання і подальше проникнення мономерів смол в демінералізований дентин і емаль проходить одномоментно на однакову глибину, відсутній ризик перетравлювання або пересушування.

Можна також застосовувати: **PRIME&BOND NT** - однокомпонентна світлова універсальна адгезивна система; **XENO III** -, самопротравлюючий одноетапний адгезив; **OPTIBOND SOLO PLUS** - однокомпонентний світловий універсальний адгезив.

На сьогоднішній день представлені наступні адгезиви 6-го покоління:

▣ *Змішувані:*

- Prompt-I-Pop;
- Xeno 3 (Dentsplay).
- Unifil Bond (GC);

▣ *Не змішувані:*

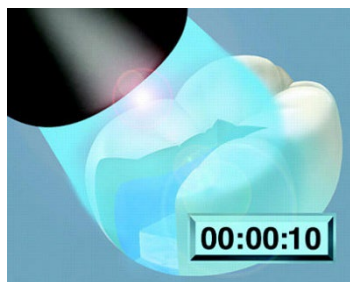
- Clearfil SE (Kuraray);
- Adhe Se;
- Bond.

▣ Деякі автори відносять не змішувані самопротравлюючі адгезиви до адгезивних систем 7-го покоління.

Переваги адгезивів 6-го покоління:

- одночасна демінералізація і інфільтрація смоли адгезива в дентин, тому немає необхідності в змиванні кондиціонера водою;
- не чутливі до зволоженої поверхні дентину;
- економлять час;
- ефективне зниження підвищеної чутливості дентину;
- зниження вірогідності здійснення помилки (оскільки менше кількість етапів);
- праймер проникає на ту ж глибину, що і демінералізація твердих тканин.





Етап 1: Внесіть адгезив в порожнину за допомогою одноразового мікробранша, втираючи 20 с

Етап 2: Роздмухайте протягом 5 с протягом 10 с

Етап 3: Фотополімеризуйте

На сьогодні продовжують ще широко застосовуються адгезиви 5-го покоління.

AdperSingleBond 2 - Сингл Бонд Рефіл. Однокомпонентна адгезивная система V покоління з нанонаповнювачів.

Призначення:

- Бондинг для всіх класів прямих композитних реставрацій.
- Починка композитних реставрацій та металокераміки.
- Фіксація конструкцій на композитні цементі.
- Фіксація вініров.
- Лікування прищипкової гіперчутливості.

Переваги:

- Фотополімерізуємий однокомпонентний адгезив.
- Посилена адгезія до дентину.
- Рівномірний розподіл наповнювача: не потрібно струшувати флакон перед кожним використанням.
- Зручний флакон з кришечкою «Easy Click».
- Легко контролювати залишок адгезиву у флаконі.

Методика використання:

- Нанесіть травильний гель на емаль і дентин (починаючи з емалі) на 15 с, повноцінно змийте і просушіть порожнину слабким повітряним струменем або ватяною кулькою (попередження: не пересушуйте дентин).
- Нанесіть один за іншим 2 шари Adper TM Single Bond 2, а потім просушіть легким повітряним струменем протягом 2-5 с.
- фотополімеризуйте протягом 10 с.
- Починайте пломбування.

Середні значення сили приєднання (в МПа) композита до протравленої поверхні емалі, отпрепарированої перпендикулярно напрямку емалевих призм (Стандартні відхилення надані в дужках)

Адгезивна система	Суха емаль	Вологая емаль
Scotch bond I	26,21(10,0	31,07(4,81
Prime& Bond	29,29	27,13(5,2
Optibond Solo	15,35 (4,74)	21,81

Контроль	26,75	9.13
(Margin)	(4.80)	(5.71)

Хімічно твердіючі композити.

Це комбінований матеріал, що складається з неорганічної речовини і органічної зв'язующе маси. Вважається, що ці пломби вже досягли межі своєї досконалості, але списувати їх за це з рахунків рано. Хімічний композит дешевший і менш естетичний - ідеально підходить для жувальних зубів. Постановка такого матеріалу проходить в кілька стадій. Крім обов'язкових обробок каріозної порожнини, її сушіння і т. Д. Повинні бути присутніми три етапи:

- Протруювання емалі кислотою.
- Покриття каріозної порожнини адгезивом.
- Постановка пломби. Маса для пломби замішується пластмасовим шпателем на папері за допомогою змішання двох паст з двох різних баночок. Після постановки пломбу прішліфовивать і обов'язково полірують. Це не дасть їй швидко змінитися в кольорі.

Світлотвердіючі композитні матеріали.

Склад композиційних матеріалів.

- Органічна матриця (багатофункціональні метакрилати): БІС - ГМА, ІДМА, ДЗМА, ТEG - ДМА.
- Неорганічний наповнювач: колоїд - кремнезем (аморфний кремнезем), порцелянове борошно, пластмаса, силіконова кераміка, мелений кварц, барієве, стронцієве, алюмофторсилікатне скло, двоокис кремнію, спечений кремній, неорганічний діоксид кремнію.
- Зв'язуючий агент, або апрет - забезпечує зв'язок органічної матриці і неорганічного наповнювача. Як правило використовуються силани (силан, силанвініл, діметілхлорсилан).
- Ініціатори полімеризації. Для КМ хімічного затвердження - бензоїла перекис, третинні аміни. Для фотокомпозитів - камфорохінон, 1,2 дикетондіметіленаміноетіл метакрилат, метілбензоїловий ефір.
- Стабілізатори (інгібітори) - стеаринові феноли, гідрохінон-мономеретілефір, колдъоростабілізатори, УФ адсорбенти, які попереджають передчасну полімеризацію, тривалий термін зберігання і стійкість властивостей КМ. (Кисень повітря також є хорошим інгібітором, тому поверхневий шар пломби з КМ називається інгібований киснем, що не полімеризований!).
- Барвники, пігменти.

По способу полімеризації композити бувають:

- ☐ теплового твердіння;
- ☐ хімічного твердіння;
- ☐ світлового твердіння:
 - а) УФО - 365 нм
 - б) видимого світла - 400 - 500 нм, оптимально 470 - 480 нм
- ☐ КМ змішаного типу твердіння, хімічного и світлового - дуальні композити.

Залежно від величини частинок наповнювача:

- Макронаповнені КМ (макрофіли, 8-12 мкм);
- Мінінаповнені КМ (1-5 мкм);
- Мікронаповнені КМ (мікрофіли, 0,007 - 0,04 мкм);
- Гібридні КМ:
 - негомогенні мікронаповнені;
 - макрогібридні;
 - мікрогібридні;
 - тотально наповнені;
 - текучі фотополімери;
 - конденсуємі.

ЗАГАЛЬНІ КЛІНІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ КОМПОЗИТНИХ МАТЕРІАЛІВ:

- ☐ твердість і довговічність пломб;
- ☐ міцність і велика адгезія до тканин зуба;
- ☐ достатній модуль еластичності;
- ☐ коефіцієнт теплового розширення відповідає КТР тканин зуба;
- ☐ незначна мікропроникливість, пористість;
- ☐ стійкість кольору і стійкість до фарбування;
- ☐ мінімальна усадка, гарне крайове прилягання;
- ☐ здатність полірування до блиску і його тривале збереження;
- ☐ біологічна сумісність, але і токсичність;
- ☐ можливість фрагментарного з'єднання матеріалів (композит - композит, композит - компомер, композит - склоіономер, композит - метал, композит - фарфор і т.д.);
- ☐ стабільність і відсутність розчинності в ротовій рідині.

ПОЗИТИВНІ ВЛАСТИВОСТІ ФОТОКОМПОЗИТІВ:

- однорідна консистенція, низька пористість, (однокомпонентна паста);
- широка кольорова гамма, що дає можливість відтворення структури зуба;
- можливість тривалого часу моделювання;
- можливість контролю моменту полімеризації;
- наявність в комплекті сучасних адгезивних систем (адгезиви V, VI і VII поколінь) забезпечує можливість повної естетичної реставрації зубного ряду;

НЕДОЛІКИ ФОТОКОМПОЗИТІВ:

- нерівномірну усадку ПМ у напрямку пучка світла ускладнює режим полімеризації;
- товщина полімеризуємого шару КМ не повинна перевищувати 2-3, а іноді і 1 мм, виникає необхідність в збільшенні етапів пломбування, витрат часу на постановку пломби;
- відносна висока ціна КПМ.

ВИМОГИ ДО ОБЛАДНАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО КАБІНЕТУ ПРИ РОБОТІ З ФОТО КОМПОЗИТАМИ:

- режим вологості, температури (21-24° C), освітлення і т.д. в кабінеті;

- помічник, настінні годинники, спеціальні світильники, захист очей, слиновідсмоктувач, пиłosос, пристосування для професійного чищення зубів, обробки, полірування пломб, лампа полімеризації і т. д. ;
- наявність безмасляного компресора;
- суворе дотримання технології роботи з КМ;

МЕТОДИКА РАБОТИ С КОМПОЗИТАМИ

1. Професійне чищення зубів, використовуючи індикатори зубних відкладень (наприклад Plaque-Test-Liquid). Застосування гігієнічних зубних паст без F (Zirkate та інші) з обов'язковими порадами, рекомендаціями пацієнту про особливості догляду за порожниною рота (як користуватися флосами, вибір зубних паст, професійна гігієна порожнини рота, лікування гінгівітів, пародонтиту та т.д.).
2. Підбір кольору пломбувального матеріалу.
3. Препарування каріозної порожнини з обов'язковим скосом емалі (фінірування).
4. Медикаментозна обробка КП (не застосовується спирт, ефір, феноли, жири. Не можна використовувати ретракційні нитки, що містять сульфат заліза, алюмінію, хлориди). Промивання каріозної порожнини водою. При використанні сучасних турбінних установок, кондиціонерів і адгезивних систем V- VII поколінь медикаментозну обробку, промивання КП можна не робити.
5. Використання додаткових пристосувань: слюноотсос, кофердам, (квікдам, ребердам, хустку кофердама, щипці для пробивання отворів, кламерами, кламмерной щипці, рамка кофердама). Іноді роботу починають з накладання кофердама, а потім проводять всі маніпуляції.
6. За показанням накладення лікувальної (з гідроксидом Са (твердіючих!), Ізолюючої прокладок - склоіономерний цемент або компомер.
7. Протруювання емалі, емалі та дентину (тотальне труїть), в залежності від використаного адгезиву, праймера, адгезивних систем.
8. Промивання каріозної порожнини від залишків кондиціонера, просушування.
9. Обробка ТТЗ адгезивними системами.
10. Внесення композиційного матеріалу і його полімеризація.
10. Остаточна обробка та полірування пломб з КМ. Причому, полірування такої пломби рекомендується проводити кожні 6 місяців, щоб зберігся її колір. Середній термін «життя» такої пломби повинен становити 5 років.

ПОМИЛКИ І УСКЛАДНЕННЯ ПРИ РОБОТІ З КМ

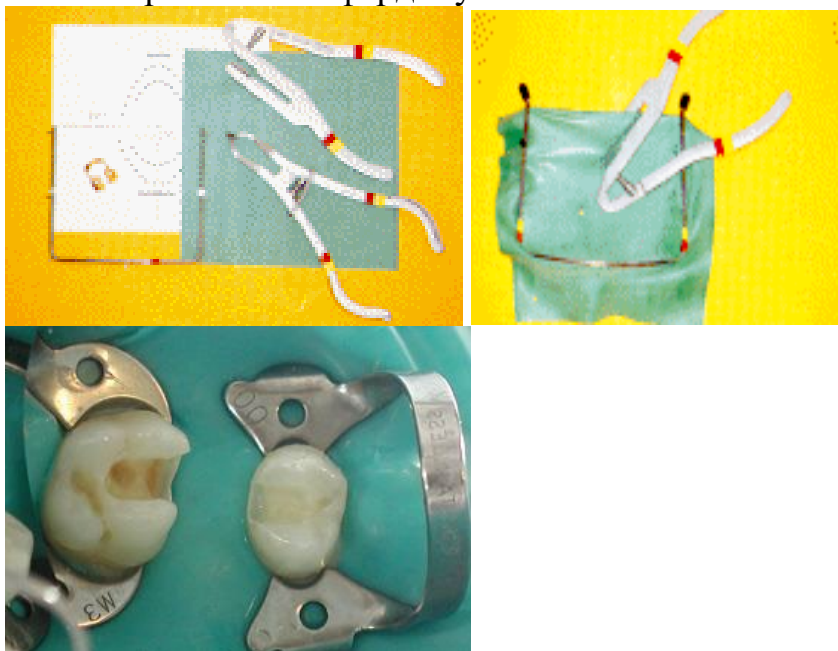
1. Загальні помилки (компресор, турбіни, освітлення, вологість, температура приміщення і т.д.).
2. Недостатня, неправильна препаровка КП.
3. Відколи емалі.
4. Розтин порожнини зуба.
5. Неправильний вибір лікувальних, ізолюючих прокладок, матеріалів для медобробки КП.
6. Не дотримання режиму протруювання, промивання КП, потрапляння слини,

крові і т.д.

7. Неправильний вибір КМ (за показаннями).
8. Недотримання технології приготування, накладення, умов полімеризації КМ.
9. Відсутність контактного пункту, нависаючі краї пломби та інше.
10. Порушення правил фінішної обробки пломб.
11. Невідповідність кольору КМ тканинам зуба.
12. Рецидив карієсу.
13. Відрив прокладки, КМ, відсутність адгезії.
14. Дефекти пломби.
15. Випадання пломби.
16. Пошкодження слизової оболонки порожнини рота, очей.

Особливості роботи з композитами.

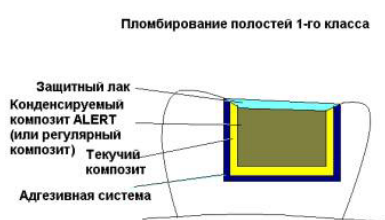
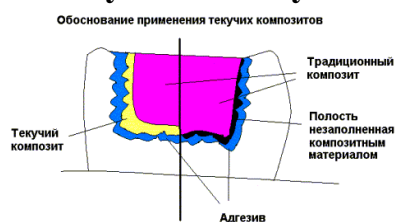
Використання кофердаму.

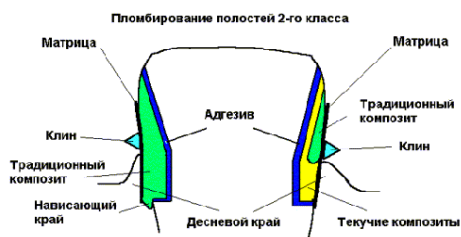


Необхідні речі: пластинка кофердаму,
Кламер з центральними
шаблон, камерні щипці, кламери,
крилами зафіксований
рамка.

Перфораційна пластинка
кофердама

Застосування текучих композитів





Фінішна обробка пломб з композитів

Полировочная система Jiffy®
Полировочные чашечки, головки, диски Jiffy®

REALITY
Four Star Award
★★★★

Грубые Средние Мягкие

Абразивные импрегнированные силиконовые чашечки, диски и головки превосходно подходят для окончательной обработки композита, его полировки до достижения блестящей поверхности в короткие сроки и с минимальными усилиями.

REALITY
Four Star Award
★★★★

Головки для финишной полировки Jiffy® HiShine®. Головки Jiffy HiShine импрегнированные алмазной крошкой и карбидом кремния.

Полировочные щетки Jiffy®

REALITY
Four Star Award
★★★★

Каждая ворсинка щеточек содержит тысячи полирующих частичек карбида кремния, легко проникает в окклюзионные фиссуры из композита или керамики.

Щетка Jiffy из козьей шерсти, используется с алмазной пастой для полировки – Ultradent Diamond Polish Mint.

Ultradent Diamond Polish Mint
Полировочная паста

REALITY
Four Star Award
★★★★

Алмазная паста с мятным вкусом для полировки композитных реставраций и керамики. Два размера алмазных частиц наполнителей 1 µm или 0,5 µm. Рекомендуется использовать со щетками Jiffy из козьей шерсти и войлочными колесиками.

Штрипсы Jiffy®

Алмазные перфорированные штрипсы Jiffy: гибкие, прочные, тоненькие, с удобной системой вакуумации опилок.

Jiffy® проксимальная пила

Jiffy проксимальная пила – очень тонкая полоска нержавеющей стали с зубчиками с одной стороны.

PermaSeal®
Универсальный герметик композитных реставраций и бондинговый агент.

REALITY
Four Star Award
★★★★

Отверждается ультратонким слоем, обладает адгезией к композиту и протравленной эмали, метилметакрилату, поликарбонату. Имеет низкую вязкость, проникает в мельчайшие трещины, которые могут возникнуть при полимеризации композитов или финишной обработке реставраций. Уменьшает вероятность микроподтекания, если используется для запечатывания.

Модифікація органічної матриці композиту неорганічним компонентом стала основою нового покоління матеріалів під назвою ормокери - органічно модифікована кераміка (**DEFINITE®**).

Ормокервмісні матеріали розроблені на основі світлотверднучого композиту, але мають ряд істотних відмінностей:

- не виділяють залишковий вільний мономер;
- значно менша усадка;
- біологічна сумісність, мінімальний ризик виникнення алергії;
- більш низька стираємість при жуванні;
- вивільнення фтору, мінеральних іонів, ефект ремінералізації емалі;
- простота в користуванні, легкість в обробці;
- широкий діапазон клінічного застосування;
- скорочення кількості різнорідних матеріалів.

Коефіцієнт температурного розширення (КТР)

Ормокер	$17-22 \times 10^6/^{\circ}C$
Композит	$26-55 \times 10^6/^{\circ}C$
Емаль	$12 \times 10^6/^{\circ}C$
Дентин	$7,5 \times 10^6/^{\circ}C$

Механічні параметри пломбувального матеріалу Definite

Параметри	Гібридні композит	Definite
Усадка при полімеризації (% маси)	3,0-3,9	1,88
Виділення остаточного мономеру (жг/мм')	10-250	<0,3
Водопоглинення(жг/мм')	2-7	1,3
Вміст наповнювачів (% маси)	75-81	80
Міцність на вигин (мПа)	> 100	> 100
Міцність на стискання (мПа)	300-400	410

Склоіономерні цементи (можуть бути самотвердіючі так і світлотвердіючі).

Світлотвердіючі склоіономерні цементи мають трохи кращі характеристики, ніж самотвердіючі.

Склоіономерні цементи на сьогодні визнані самими кращими матеріалами для прокладок.

Після замісу самотверднучого склоіономерного цементу реакція тверднення проходить в 3 фази:

- 1 - іоноутворення;
- 2 - первинне гелеутворення;
- 3 - остаточне твердіння.

Всі склоіономери мають такі властивості, що надають переваги перед іншими матеріалами:

- висока хімічна адгезія до дентину і емалі;
- пломба тривалий час виділяє фтор в прилеглі до неї тканини, запобігаючи розвитку карієсу;
- хімічна адгезія до всіх матеріалів, які застосовуються для реставраційних робіт (композити, цементи, амальгама, матеріали, що містять евгенол);
- не токсичні і, як правило, не вимагають ізолюючих прокладок;
- не вимагають протравлення і додаткових зв'язуючих систем;
- мінімальне препарування зуба, яке полягає лише у видалених уражених карієсом тканин без утворення ретенційних поглиблень і скосів;
- слухний робочий час і пастоподібна консистенція, не липнуть до інструменту при замішаванні та моделюванні;
- значна частина склоіономерів заміщується на дистильованій воді.

Склоіономери використовуються:

- для пломбування каріозних порожнин тимчасових і постійних зубів;
- для пломбування каріозних порожнин цементу та дентину;
- при дефектах твердих тканин зубів некаріозного походження;
- з метою фіксації коронок, мостоподібних протезів і ортодонтичних апаратів;
- для створення коронково-кореневих вкладок;
- як матеріал прокладки під постійні пломби з композитних матеріалів (Sandwich-техніка).

Умовно склоіономерні цементи можна поділити на 4 групи:

- 1- для постійних пломб та відновлення зубів - Fuji IX JP, Miracle Mix, Fuji Ionomer Type II (GC Dent. Ind. Corp.); Chelon - Silver (ESPE); Gem Core, Ceram Core Silver, Ceramfil P, Iono Gem (PSP); Chem Fil Superior (Dentsply).
- 2- для прокладок - Base Line (Dentsply); Ketac - Bond (ESPE); Ionobond, Agua Ionobond (Voco); GC Lining Cement (GC Dent. Ind. Corp.).
- 3- для заповнення корневих каналів - Ketac - endo aplicap (ESPE); Endion (Voco); Endo Gen (Gendental).
- 4- для фіксації коронок, мостоподібних протезів, вкладок, герметизації фіссур - Meron, Agua Vtron (Voco); Agua Cem (Dentsply); Fudji Ionomer Tip 1, Fudji Ionomer Tip III (герметик) (GC Dent. Ind. Corp.).

Розроблено нове покоління пломбувальних матеріалів, так звані **“компомери”**. Матеріали цього класу об'єднують в собі основні переваги фотополімерних композитів і склоіономерів.

Позитивні властивості компомерів:

- це однокомпонентний, готовий до застосування матеріал, який не вимагає дозування і змішування;
- термічне розширення більше подібно до твердих тканин зуба чим в композитів;
- можливість роботи в умовах підвищеної вологості;
- має естетичні властивості композиту, опакерність, колір до 8 відтінків за шкалою “Віта”;
- пломба з компомеру збагачує фтором тканини зуба;
- адгезія до емалі зуба відбувається без кислотного протравлення;
- матеріал не вимагає багатошарових зв'язуючих систем;
- зменшення об'ємної усадки на 40 % порівняно з композитами;
- полімеризація відбувається під дією видимого світла (що значно скорочує час роботи порівняно із склоіономерами);
- тільки що виконана реставраційна конструкція не вимагає ізоляції захисним лаком, оскільки матеріал деякий час вбирає владу з навколишнього середовища;
- значно перевищує склоіономери по міцності (при ударному навантаженні, зносостійкість, термо- і хімічна стійкість, а на жувальній поверхні зуба пломба з компомера по міцності нагадує амальгамову).

Деякі недоліки компомерів:

- у перших 24 годинники поглинають воду з дентину;
- кольорова гамма в меншій мірі відповідає тканинам зуба чим в композитів.

Представники компомерів: Direct, Direct AP (Dentsply); F 2000 (3M); Compoglass (Vivadent); Amherst (NY); Hytac (ESPE).

До гібридних іономерів відносяться: Vitremer (3M); Fudji II LC (GS Dent. Ind. Corp.); Ceramlux BL (PSP); Photac Fil (ESPE) та інші.

Сучасна концепція використання прокладок.

При наявності неглибоких каріозних порожнин (глибиною до 0,5 мм) рекомендується застосовувати тільки матеріал, який добре закриває дентинні каналці (проміжний адгезивний фактор), з наступним накладенням пломбувального матеріалу. Це зазвичай композитний матеріал.

Коли каріозна порожнина досягає глибини 1 - 2 мм, рекомендується застосувати зв'язуючу дентину систему, потім фото полімерний склоіономерний прокладочний цемент, і постійну пломбу. Якщо з'явиться мікрощілина між пломбувальним матеріалом і прокладкою з склоіономерного цементу, то зв'язуюча система запобігатиме потраплянню мікроорганізмів в глибину дентинних каналців. (Рекомендується використання текучого композиту, для запобігання відриву прокладки, пломби, адгезиву від тканин зуба).

Якщо каріозна порожнина на 1 мм не досягає пульпи зуба, рекомендується накладення на дно порожнини (в проекції рогу пульпи) тонкого шару твердіючого цементу на основі гідроксиду кальцію, який буде в цьому випадку мати антимікробну дію, сприяти ущільненню дентину. Потім використовують адгезив, накладають шар склоіономерного цементу, і на завершення - постійний пломбувальний матеріал.

Обладнання:

- стоматологічний пацієнт;
- інструменти основного стоматологічного набору;
- набір стоматологічних наконечників і борів;
- пломбувальні матеріали;
- фотополімерні лампи;
- основне і допоміжне обладнання стоматологічної установки.

План

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

II. Контроль опорних знань:

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- знати класифікацію пломбувальних матеріалів;
- знати сучасні реставраційні матеріали для жувальних і фронтальних зубів;
- знати адгезивні системи, що застосовуються на сучасному розвитку стоматології;
- знати методики роботи з композитами хімічного, світлового способу полімеризації, компомерами, склоіономерними цementsами;
- вміти визначати на схемі, малюнку структуру композиційних матеріалів різного ступеня наповнення, показання до їх застосування;
- вміти вибирати конкретний пломбувальний матеріал відповідно клінічного випадку;
- вміти проводити у пацієнтів реставрацію твердих тканин зубів композитними матеріалами хімічного і світлового затвердіння, компомерами, склоіономерними цementsами.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Питання:

1. Які пломбувальні матеріали Вам відомі?
2. Чим відрізняються композитні пломбувальні матеріали 1 і 2 типу?
3. Які складові частини склоіономерних цементів Ви знаєте?
4. Які позитивні і негативні властивості склоіономерних цементів?
5. Що таке "компомери", які матеріали відповідають цьому класу пломбувальних матеріалів?
6. Що входить в адгезивні системи композитних пломбувальних матеріалів?
7. За рахунок чого проводиться протруювання твердих тканин зубів при підготовці до пломбування композитом?
8. Які позитивні і негативні сторони склоіономерних цементів?

III. Формування професійних вмінь, навичок:

1.78. зміст завдань;

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

1. Провести вибір матеріалу для промбuvання КП
2. Застосувати адгезивну систему 5, 6 поколінь.
3. Провести приготування та пломбування каріозної порожнини композитом хімічної полімеризації.
4. Провести приготування та пломбування каріозної порожнини композитом світлової полімеризації.
5. Провести приготування та пломбування каріозної порожнини склоіономерним цementsом.
6. Провести фінішну обробку пломб з різних матеріалів.

1.79. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

Орієнтуюча карта для формування практичних вмінь та навичок:

Основні завдання	Вказівки	Відповіді (заповнити вдома)
Вивчити: Склад склоіономерних цементів, класифікацію, методику їх приготування і використання; Склад і властивості композитів хімічного затвердіння. Склад і властивості світлополімерних пломбувальних матеріалів, особливості роботи з ними. Склад і властивості компомерів, особливості застосування	Привести класифікацію пломбувальних матеріалів з позицій матеріалознавства; Дати перелік основних речовин, що входять до складу композитів, склоіономерних цементів, компомерів;	
Позитивні і негативні властивості сучасних пломбувальних матеріалів; Методика вибору матеріалу залежно від типу каріозної порожнини по Блеку, а також глибини порожнини, розташування	Скласти методику використання фотополімера для пломбування каріозної порожнини 2 класу по Блеку; Скласти таблицю принципів використання композитних матеріалів різних типів для заповнення порожнин всіх класів.	

1.80. вимоги до результатів роботи;

Методика виконання роботи, етапи виконання, кроки:

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4

1	Посадити пацієнта в стоматологічне крісло	Комплект інструментів для обстеження зубів, вата, ватяні валики, ребердам, квікдам, кофердам (хустка кофердама, щипці для пробивання отворів, кламери, кламерні щипці, рамка кофердама)	Зуби ізольовані від ротової порожнини, сухі
2	Провести професійну чистку зубів	Використати скалер, айрфлов, і т.д.	Plaque-Test-Liquid тест - зуби вільні від твердих і м'яких зубних нашарувань, чисті
3	Підібрати колір пломбувального матеріалу	Відповідно до забарвлення підібрати колір ПМ за шкалою «Віта» для даного зуба - фотокомпозит	Опаковий, дентинний колір та емалевий
3	Медикаментозна обробка КП	не застосовувати спирт, ефір, феноли, жири	При використанні адгезивних систем V-VII поколінь медикаментозну обробку можна не робити
4	Застосувати слиновідсмоктувач	Підготувати одноразову трубку і правильно встановити	Трубка не заважає маніпуляціям на зубі, забезпечуючи сухість і огляд операційного поля
5	По показникам поставити лікувальну твердіючу прокладку	Са вмістну пасту (цемент)	Ріг пульпи покритий твердіючою пастою товщиною до 1 мм
6	Накласти ізолюючу прокладку	Склоіономерний цемент	Ізолююча прокладка покриває повністю дно КП, товщиною 1-2 мм

7	Протруювання емалі, і дентину, промивання та висушування	При використанні адгезиву 5 покоління. При використанні адгезиву 6-7 покоління даний етап пропускається, а КП оброблюється адгезивом, який протягом 30 с втирається в емаль і дентин і далі вноситься ПМ!	Емаль набуває характерний «матовий» віддінок, дентин злегка вологий
8	Внесення композиційного матеріалу в КП	ПМ вноситься в каріозну порожнину декількома шарами	Опаковий шар, дентинний та емалевий, товщиною 1-2 мм.
9	Полімеризація ПМ	Фотополімерна лампа	Кожен шар ПМ засвічується протягом 20 с
10	Остаточна обробка і полірування пломби	Застосування шліфувальних і полірувальних головок, чашок, дисків, паст і інше	Поверхня пломби ідеально гладка, непомітно переходить в емаль. Полірування рекомендується проводити кожні 6 місяців, щоб зберігся її колір.

1.81. матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Питання:

1. Вкажіть, на які основні групи поділяють композити за розміром частинок наповнювача.
2. Назвіть довжину хвилі апаратів для світлової полімеризації.
3. Які покоління адгезивних систем входять до складу сучасних композитних матеріалів?
4. Який механізм адгезії композитних матеріалів до тканин зуба?
5. Який механізм адгезії склоіономерних цементів до тканин зуба?
6. Особливості застосування адгезивів 5 покоління.
7. Особливості застосування адгезивів 6, 7 покоління.
8. Методика пломбування КП композитом хімічного способу полімеризації.
9. Особливості пломбування КП фотокомпозитами.
10. Показання та методика застосування склоіономерних цементів.
11. Коли використовуються компомери, ормокери?
12. Що таке «сендвічтехніка»?
13. Перерахуйте можливі помилки при роботі з фотокомпозитами.

Тести:

1. 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-Jonobond (VOCO)
E. Vitrebond (3M)
2. 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. сілікофосфатний цемент
D. текучий композит світлової полімеризації
E. мікрофільний композит світлової полімеризації
3. Тривалість травлення емалі при підготовці до пломбування композитом становить:
A. 15-25 с
B. 30 с
C. 120-150 с
D. 60 с
E. 45 с
4. Хворий 30 років звернувся до стоматолога зі скаргами на косметичний дефект і незначну біль в 44 при чищенні зубів. Об'єктивно: виявлена каріозна порожнина V-го класу по Блеку в межах плащового дентину. Зондування стінок порожнини викликає незначну болючість, термопроба - позитивна. Який пломбувальний матеріал доцільно вибрати для реставрації зуба?
A. Ормокер
B. Амальгама
C. Кермет
D. Композитний матеріал хімічного твердіння
E. Компомер
5. Хворому 50 років після обстеження каріозної порожнини, розташованої на жувально-дистальній поверхні 47, поставлений діагноз: хронічний середній карієс. Який пломбувальний матеріал показаний в даному випадку?
A. Компомер

- В. Амальгама
- С. Полікарбоксилатний цемент
- Д. Склоіономерний цемент
- Е. Сілікофосфатний цемент

6. Хвора 49 років скаржиться на косметичний дефект в 11, 21, 22, що виник більше року тому. Об'єктивно: на вестибулярній поверхні є неглибокий чашкоподібний дефект емалі круглої форми, дно має жовтуватий колір. Холодна і гаряча вода біль не викликають. Який метод лікування необхідно провести хворій?

- А. Ремінералізуюча терапія
- В. Відбілювання
- С. Пломбування
- Д. Лікування не потрібне
- Е. Протезування

7. Хворому 35 років встановлено діагноз: хронічний глибокий карієс 33. Для пломбування обрано композитний матеріал "Дегуфіл". Прокладку з якого матеріалу найбільш доцільно накласти?

- А. Цинк-евгенольна паста
- В. Склоіономерний цемент
- С. Дентин паста
- Д. Евгенол-тімолова паста
- Е. Фосфат цемент з сріблом

8. Жінка 27 років звернулася зі скаргами на наявність зруйнованого 11, косметичний дефект. Об'єктивно: на медіальній поверхні 11 виявлена глибока каріозна порожнина. Кут і частина ріжучого краю зуба відсутні. Остаточний діагноз: хронічний глибокий карієс. Для реставрації коронки 11 обрано універсальний фотокомпозитний матеріал «Валюкс Плюс». Виберіть оптимальний засіб для медикаментозної обробки каріозної порожнини:

- А. Спирт
- В. Хлоргексидін
- С. Евгенол
- Д. Тімол
- Е. Ефір

9. Жінка 42-х років має каріозну порожнину в 23, косметичний дефект. Об'єктивно: в пришийковій частині 23 визначається велика каріозна порожнина, глибоко заходить під ясна. Порожнина розташована в середніх шарах дентину. Дентин на дні і стінках щільний, темно-коричневого кольору. Колір зуба не змінений. Який матеріал буде оптимальним для пломбування в даному клінічному випадку?

- А. Композит світлового твердіння
- В. Композит хімічного твердіння

- С. Силікатний цемент
- Д. Силікофосфатний цемент
- Е. Склоіономерний цемент

10. При проведенні комплексного лікування хворого 36-ти років з діагнозом - хронічний генералізований пародонтит II ступеня тяжкості, було прийнято рішення провести шинування фронтальної групи зубів нижньої щелепи з використанням системи Ribbond. Який матеріал краще використовувати для фіксації полімерної стрічки цієї системи?

- А. Текучий фотополімерний композит
- В. Хімічний макрофільний композит
- С. Хімічний мікрогібридний композит
- Д. Хімічний мікрофільний композит
- Е. Склоіономерний цемент

11. Чоловік 28-ми років має скарги на біль в області фронтальних верхніх зубів при вживанні холодної їжі, яка з'явилася 1,5 місяці тому після травми. Об'єктивно: відсутній кут коронки 21, відлом ріжучого краю 11 в межах дентину. Зондування 21 безболісне, реакція на холод - болюча, короткочасна. ЕОД- 7 мкА. Який з пломбувальних матеріалів доцільно використовувати в даній клінічній ситуації?

- А. Мікрогібридний композит
- В. Макронаповнений композит
- С. Силікатний цемент
- Д. Склоіономерний цемент
- Е. Компомер

12. У хворого при обстеженні порожнини рота виявлена каріозна порожнина в 11 в межах біляпульпарного дентину з пошкодженням кута зуба і ріжучого краю. Якому пломбувальному матеріалу слід віддати перевагу?

- А. Композитний матеріал хімічного твердіння типу порошок-рідина
- В. Склоіономерний цемент світлового тверднення
- С. Композитний матеріал світлового тверднення
- Д. Композитний матеріал тверднення типу паста-паста
- Е. Силікатний цемент

Відповіді на тести та задачі:

Тести:

- | | |
|---|---|
| 1 | С |
| 2 | А |
| 3 | В |
| 4 | Е |
| 5 | В |
| 6 | С |
| 7 | В |

8	В
9	Е
10	А
11	А
12	С

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.
2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.
3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.
4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.
5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. – Полтава:

Практичне заняття № 16

Тема: Використання фізичних методів для лікування і профілактики карієсу та некаріозних уражень зубів. Написання розширеної картки амбулаторного хворого на різні форми карієсу та некаріозних уражень

Мета: оволодіти навичками використання фізичних факторів для діагностики і лікування карієсу зубів та некаріозних уражень.

Основні поняття:

Стан здоров'я населення, його стоматологічний статус, особливо молодого покоління, яке найчастіше уражається карієсом і НУТТЗ та їх ускладненнями, негативно впливає на соціальний, моральний стан, працездатність, що має особливе значення на теперішньому етапі розвитку нашого суспільства. Доконале знання та уміння правильно використовувати фізичні фактори при діагностиці, дифдіагностиці та лікуванні карієсу і НУТТЗ в значній мірі буде сприяти збереженню здоров'я людини, запобіганню різних ускладнень, зниженню матеріальних затрат на проведення лікувально-профілактичних заходів.

Для діагностики та дифдіагностики початкового карієсу зубів Р.Г.Сініцин (1968) запропонував *люмінесцентний* та *поляризаційний* методи. Під впливом УФП емаль зуба має ніжне жовто-зелене забарвлення. При початковому карієсі настає демінералізація емалі, відбувається “гасіння” люмінесценції, колір змінюється на коричневий, і каріозні плями чітко виділяються. Використовують апарат ОІ-18, ОЛД-41 та фільтри: УФС-3, УХС-6, а закриваючий – ЖС. Метод поляризаційної діагностики також дає змогу чітко визначити контури каріозного враження.

В 1973 році Л. А. Оксамит для діагностики каріозних плям запропонувала фарбування емалі 2% розчином метиленової синьки. На кафедрі терапевтичної стоматології ОДМУ був розроблений “Спосіб визначення ступеня демінералізації емалі” (Р.Г.Синицин, О.М.Жалоба, О.А.Бас, А/С № 1643429, 1991р.). Спосіб заснований на визначенні ступеня сорбції фарби емаллю за допомогою розробленого пристрою з оптичним, приймальним, вимірюючим та реєструючим блоками. Шкала пристрою має 100 поділок (тобто 100 УО – умовних одиниць інтенсивності забарвлення). При інтенсивності фарбування емалі від 1 до 30 УО – легка ступінь демінералізації емалі (І), від 31 до 60 УО – середня (ІІ), і більше 61 УО – висока ступінь демінералізації емалі (ІІІ). Даний спосіб ВСДЕ дає змогу з великою точністю визначати ступінь мінералізації емалі в процесі лікування початкового карієсу, прогнозувати розвиток каріозного процесу та служить надійним критерієм ефективності ремінералізуючої терапії.

О.В.Деньга розробила метод вивчення *оптичних властивостей ТТЗ* у видимому світлі (кафедра стоматології дитячого віку).

Іноді для виявлення прихованих апроксимальних порожнин використовують метод метод тінеутворення – *трансілюмінація*.

Для визначення прихованої каріозної порожнини, ділянки

демінералізації, вторинного карієсу, відношення каріозної порожнини до пульпової камери, змін в тканинах періодонту, з метою дифдіагностики, використовуються *Rn-діагностика, KTR* – візіографія.

Одним із самих важливих методів дослідження в клініці терапевтичної стоматології є електроодонтодіагностика, яка стала основним клінічним методом дослідження пульпи.

Для діагностики карієсу ЕОД не потрібна. Але з метою диференційної діагностики, обґрунтування методу лікування на основі ЕОД оцінюють стан пульпи. Якщо електрозбудження пульпи знаходиться в межах 6-15 мкА, то спокійно можна думати про пломбування каріозної порожнини. При більш високих цифрах (до 30-40 мкА) можна судити про осередкове ураження пульпи (тобто коронкової частини), а якщо ЕОД більше 60 мкА, то це свідчить про ураженість і кореневої пульпи. Якщо пульпа вся загинула, то тактильні рецептори періодонту реагують на силу струму в 100-120 мкА, а якщо і вони уражені, то ЕОД іще більше – 150-200 мкА. Якщо корені постійних зубів не сформовані, або сформовані на $\frac{1}{3}$ - $\frac{2}{3}$ його довжини, то інервація пульпи ще не розвинута, ЕОД буде відсутня, або знижена до 150-200 мкА. А коли верхівковий отвір сформується, ЕОД зменшується до 2-6 мкА. Такі ж показники будуть і в молочних (тимчасових) зубах, але потрібно враховувати резорбцію коренів. Таким чином ЕОД допомагає уточнити діагноз.

Для ЕОД використовується апаратура: ОД-2М; ЕОМ-1 (ІЗН-1); ЕОМ-3; ОСМ-50 (одонтосенсиметр). В пристроях ЕОМ-3; ОСМ-50 використовується змінний струм низької частоти; ЕОМ-1 – імпульсний струм прямокутної форми з частотою імпульсів 0,5 Гц, амплітуда якого автоматично змінюється від 0 до 10, 50 і 150 мкА.

Протипоказання для ЕОД – зуб покритий коронкою, пломба контактує з яснами, інфільтраційна анестезія.

Й.І.Тарасенко замінив голчастий електрод на пустотілий (порожнистий) у вигляді трубочки із нержавіючої сталі, в яку вставляється губка чи ватна кулька, змочена у розчині електроліту, що забезпечує надійний та постійний контакт електроду, запобігає зісковзуванню з чутливих ділянок (бугорків) зуба та підвищує точність ЕОД.

Для визначення стану твердих тканин зубів при карієсі та НУТТЗ використовують такі показники як *електропровідність та омичний опір* твердих тканин, але для практичної стоматології суттєвого значення вони не мають.

Куцевляк, Ніконов (Київ) запропонували *кондуктометричний метод визначення взаємодії кислот з емаллю зуба* (порожнистий датчик, об'ємом 0,56 мм³ з рідиною, а потім графічний запис).

Для визначення кислотостійкості, карієсорезистентності Гонтар, Удод (Київ) запропонували *лазерну рефлексометрію*: гелій - неоновий лазер ЛНГ – 109, 0,63 мкм потужністю 1 мВт, діаметр світловолокна – 2 мм² - дифузне відбивання світла.

Препаровка твердих тканин зубів звичайно супроводжується вираженим болем. Його можна уникнути, або значно зменшити за допомогою

електрознеболення. Під впливом постійного струму в тканинах розвивається явище фізичного та фізіологічного ан- і кателектротоку, що блокує утворення нервового імпульсу та його розповсюдження в ЦНС. Застосування з цією метою анестетиків в поєднанні з постійним електричним струмом (*електрофорез*) підвищує ефективність електрознеболення. В 1940 роках Суцукі запропонував препарувати каріозні порожнини підключаючи до бора анод, а катод на мочці вуха або на руці.

Анальгезія проявляється на фронтальних зубах при силі струму 2-6 мкА, в премолярах – 5-10 мкА, в молярах – 10-16 мкА, але не можна подавати струм більше 30 мкА. При відсутності ефекту доцільно поміняти полярність електродів. Для збільшення анальгезії можна провести електрофорез анестетиків на дно каріозної порожнини, на каріозну пляму, протягом 3-5 хвилин. Для знеболення можна також провести ультрфонофорез анестетиків.

Не можна проводити електрознеболення при роботі турбінним наконечником, після анестезії іншим методом, при наявності нервово-психічних розладнань, якщо неможливо зуб ізолювати від слини.

В деяких випадках (генералізована форма гіперестезії) доцільно провести *гальванізацію шийних симпатичних вузлів, діадинамотерапію, ампліпульстерапію*, а в деяких випадках – методику *флюктуоризації*.

В останній час з'явився інтерес по вивченню електромагнітних хвиль надвисокої частоти за метою знеболення. Штучно створене *електромагнітне поле* різної частоти та потужності впливає на чутливість ЦНС до зовнішніх факторів, в тому числі больових та емоційних.

Для електроанальгезії використовують апаратуру: “Електроніка” – ІНААН-3; ЕЛОЗ-1; звуковий генератор УРСК-7Н, СНІМ-1, портативна модель 717, Тонус-1, Тонус-2; Ампліпульс-3, Ампліпульс-3Т, Ампліпульс-4; Луч-2 та інша.

Основні процеси, які відбуваються в тканинах зубів при карієсі та некаріозних ураженнях твердих тканин зубів це порушення процесів мінералізації, зміна збудливості нервових елементів, погіршення обмінних процесів. А тому основні задачі фізичних методів при лікуванні та профілактиці цих патологій полягають в стимуляції процесів ремінералізації твердих тканин, покращенні нервово-трофічних процесів, стимуляції обмінних процесів та вітаміноутворення, зниженні гіперестезії.

При НУТТЗ найчастіше використовують *електрофорез* ясен та шийок зубів (10% р-н хлориду, глюконату, лактату, молочнокислого кальцію, препаратів фосфору, ремодент, пантогам, добезилат кальцію). Сила струму до 3 мА, тривалість процедури – до 20 хвилин, курс – 10-15 процедур. Після використання препаратів кальцію, фосфору, мікроелементів використовують 1-2% розчини фтористого натрію. Для зменшення гіперестезії доцільно провести електрофорез 6 % розчину вітаміну В₁ з анестетиками, 5 % розчину аскорбінової кислоти. Інколи доцільно проводити електрофорез окремих ділянок емалі.

В. І. Кулаженко для профілактики карієсу запропонував *вакуумелектрофорез* ремінералізуючих засобів, вітамінів по перехідній

складці.

При гострому глибокому карієсі, доцільно провести *ультразвукову обробку* дна каріозної порожнини разом з лікувальною прокладкою, або провести лазерне опромінення (червоне монохроматичне світло).

На кафедрі терапевтичної стоматології ОДМУ створено *пристрій для лікування і профілактики карієсу зубів*, у вигляді змінного пустотілого конусу з щетинками на одній стороні, до прямого чи кутового наконечника (А.С. № 912163, Р.Г. Синицін, О.М. Жалоба). В середині пристрою знаходиться ремінералізуючий розчин, який при обертанні пристрою через бокові отвори попадає на щетинки і підводиться до каріозних плям. При цьому з поверхні зубів знімається зубний наліт, поверхня емалі полірується, підвищується ступінь проникнення ремінералізуючих засобів в емаль. Ще більша ефективність лікування початкового карієсу досягається при втиранні лікарських засобів і одночасному електрофорезі, за допомогою розробленого пристрою для лікування і профілактики карієсу зубів (А.С. №1139431, Р.Г. Синицін, О.М. Жалоба, О.А. Бас). Використання пристрою в 3-4 рази зменшує строки лікування початкового карієсу зубів, та на 40-50% збільшує ефективність ремінералізуючої терапії.

Для профілактики та лікування карієсу зубів та НУТТЗ запропоновані також *аерозольні розпилювачі* (А.С. №1138170, Р.Г. Синицін, О.М. Жалоба, О.А. Бас, О. М. Жеребко та А.С. №1454436, Р.Г.Синицін, О.А. Бас, О.М. Жалоба). Дані пристрої дають змогу наносити на поверхню зубів, слизову оболонку рідину, порошок чи їх комбінації. А пристрій №2 (А.С. №1454436) дає змогу використовувати дві рідини та порошок одночасно, по черзі чи в комбінації, крім того за рахунок вихрового енергорозподільника, цей пристрій дає змогу підтримувати задану температуру лікарських засобів в межах $+10^{\circ}$ - $+40^{\circ}\text{C}$, без додаткових енергетичних затрат.

Дані пристрої в 3-4 рази зменшують затрати часу на проведення профілактичних заходів, на 50-60% зменшують витрати лікарських засобів та дають змогу вести контроль їх витрати. При цьому значно зростає якість карієспрофілатичних заходів.

З метою покращення утворення вітаміну Д в яснах проводять тубускварц. Починають з 2 біодоз і доводять до 6. Для зниження збудливості чутливих нервових елементів проводять дарсонвалізацію ясен, по перехідній складці по іскровій методиці.

При гіперестезії добрий ефект має *флюктуоризація*. Електроди накладають на вестибулярну та язикову поверхню ясен, а другий – на проекцію ментального чи підочного отвору. Форма імпульсного струму І, доза мала, тривалість – 10 хвилин. Для підвищення знеболюючого ефекту можна провести флюктуоризацію анестетиків, використовуючи ІІІ форму імпульсу струму при малій дозі. По такій же методиці можна провести СМТ-терапію.

Для підвищення резистентності організму, проводять загальне *ультрафіолетове опромінення* (або часткове, на комірну зону). Опромінення проводять 1 раз на день, починаючи з 1/8-1/4 біодози, додаючи по 1/8 біодози і доводять до 2-3 біодоз. Через 2-3 місяці курс лікування можна

повторити.

З метою стимуляції трофічних процесів, нормалізації функціонального стану ЦНС із загальних фізіотерапевтичних методів можна запропонувати *гальванічний комір по Щербаку*, електросон або загальну чи на комірну зону франклізацію.

При діагностиці, дифдіагностиці та лікуванні карієсу та НУТТЗ використовується апаратура: Гальванічні апарати “Поток-1”, “ГР-2”, “ГЭ5-03”; АГН-1; АГН-2; ГВП-3; АГП-33; АГН-32; АГН-33. Для електроодонтодіагностики – ОД-2М; ЭОМ-1 (ІВН-1); ЭОМ-3; ОСМ-50; елетрознеболення - “Електроніка”, ІНААН-3, ЕЛОЗ-1, УРСК-7Н-18; Уфопромінення - ОН-7, ОН-82, УГН-1, ОРК-21, ОКБ-30, ОКМ-9, ОЭП, ЭОД-10; дарсонвалізації: “Іскра-1”, “Іскра-2Й; ультрафонофорезу - УЗТ-102С, УЗТ 3-О4С; флюктуорізації - АСБ-2-1, ФС-100-4; діадінамотерапії: СНІМ-1, Модель717, Тонус-1, Тонус-2, Діадінамік; СМТ-терапія - Ампліпульс-3. Ампліпульс-3Т, Ампліпульс-4; електросон - ЕС-1, ЕС-2, ЕС-3, ЕС-4Т; франклінізація - Аф-3-1; лазер - УФЛ-1.

Протипоказанням для використання фізичних методів можуть бути різні новоутворення, гострі запальні та гнійні процеси, системні захворювання крові, декомпенсація СС діяльності, різко виражений атеросклероз, порушення поверхні слизової оболонки чи шкіри (якщо нашкірні методи), порушення чутливості слизової оболонки чи шкіри, токсичні стани, нестерпність струму, істерія, камені в нирках та печінці, кровотечі.

Обладнання:

- стоматологічний пацієнт;
- інструменти основного стоматологічного набору;
- прилади для діагностики карієсу і некаріозних уражень;
- прилади для фізіотерапії карієсу і некаріозних уражень;
- основне і допоміжне обладнання стоматологічної установки.

Навчальний час: 2 години

План

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

II. Контроль опорних знань:

2.1. Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять;

На основі теоретичних знань з теми:

- знати фізичні методи діагностики, дифдіагностики та лікування карієсу та НУТТЗ;
- знати показання та протипоказання до фізичних методі діагностики карієсу та НУТТЗ;
- знати техніку безпеки при використанні фізіотерапевтичної апаратури;
- знати можливі ускладнення при використанні фізіотерапевтичних методик та уміти їх попереджати;
- ознайомитися з обладнанням стоматологічного кабінету, фізіотерапевтичного відділення;

- уміти використовувати фізіотерапевтичну апаратуру при діагностиці та диф. діагностиці захворювань зубів;
- оволодіти методиками знеболення твердих тканин зуба, використовуючи фізичні методи;
- оволодіти фізіотерапевтичними методами ремінералізуючої терапії;
- оволодіти фізіотерапевтичними методиками лікування карієсу та НУТТЗ;
- уміти запобігати ускладненням та усувати їх при використанні фізичних методів.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Питання:

14. Які останні наукові досягнення фізики, хімії, кібернетики, біології використовуються в медицині?
15. Які методи знеболення зубів, крім медикаментозного, Вам відомі ?
16. Чи є можливість використання досягнень космічної галузі в стоматології?
17. Яку величину електричного струму можна безпечно використовувати для людини?
18. Які параметри електричного струму згубні для людини ?
19. Яку фізичну апаратуру, що знаходиться в стоматкабінеті, можна використати з діагностичною та лікувальною ціллю?
20. Що таке збудливість нервової тканини?
21. Які Ви знаєте додаткові методи обстеження зубів?
22. Які методи визначення стану емалі Ви знаєте?

Тести:

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, ясенний сосочок між 46-47 дещо набряклий і гіпереремійований, під ним незначна кількість волоконних харчових залишків. Яке дослідження доцільно використовувати для виявлення прихованих каріозних порожнин?

- A Трансілюмінаційна діагностика
- B Люмінесцентна діагностика
- C Електроодонтометрія
- D Вітальне фарбування
- E 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 свищ. Який додатковий метод обстеження підтвердить передбачуваний діагноз.

- A візіографія
- У зондування
- С термометрія
- D перкуссія
- 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. Трансилюмінація
- 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. Дісмінералізація
- 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. Трансиллюмінація.

7. Жінка 50 років звернулася до стоматолога зі скаргами на застрягання 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 ЄОД 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 ЄОД 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. салатний
- E. світло-коричневий

III. Формування професійних вмінь, навичок:

1.82. зміст завдань;

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

- складати план обстеження стоматологічного хворого;
- оволодіти технікою безпеки при роботі з фізіотерапевтичною апаратурою;
- освоїти фізичні методи обстеження ТТЗ;
- навчитися проводити електрознеболення ТТЗ;
- навчитися проводити електрофорез ТТЗ;
- навчитися визначати ступінь мінералізації ТТЗ, запропонований на кафедрі терапевтичної стоматології ОДМУ;
- уміти проводити ЕОД;
- знати можливі помилки та ускладнення при використанні фізіотерапевтичної апаратури;
- знати показання та протипоказання до використання фізичних факторів при діагностиці та лікуванні С та НУТТЗ.

1.83. рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань;

Орієнтуюча карта для формування практичних вмінь та навичок:

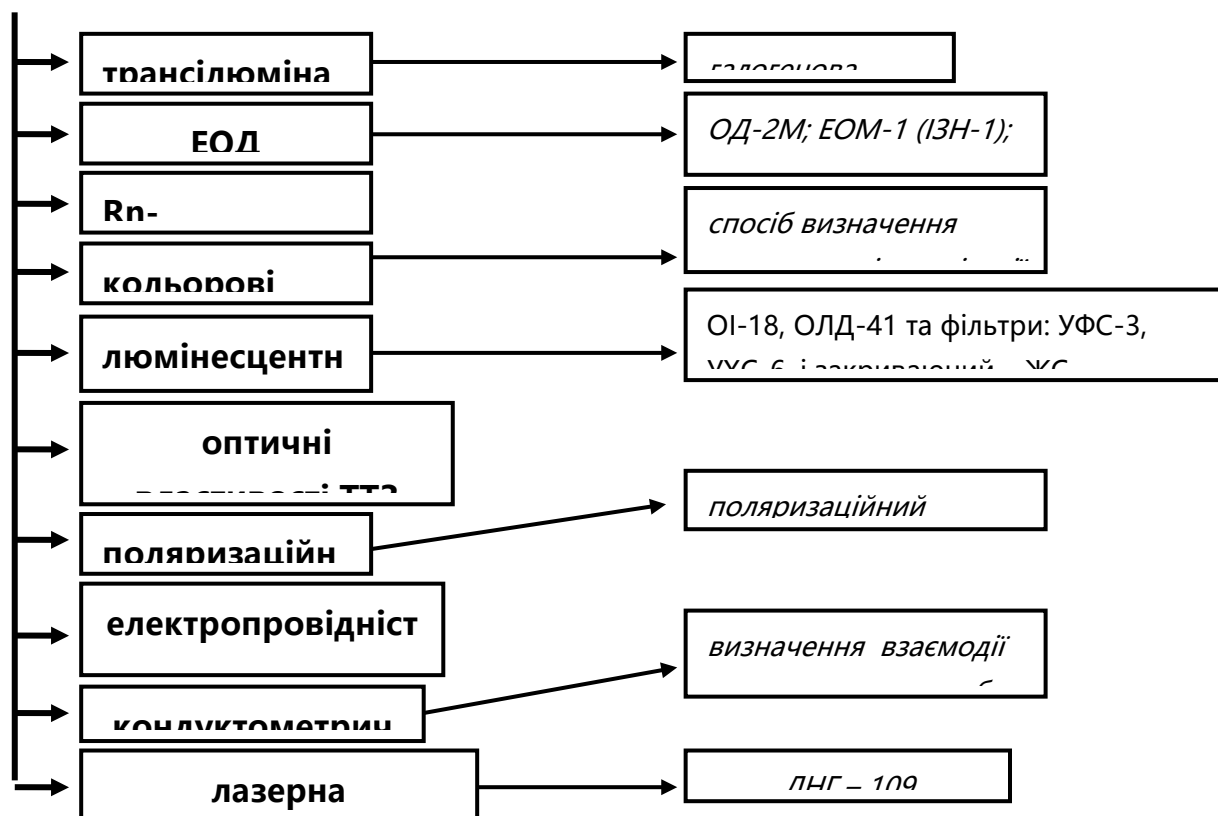
№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4
1	Посадити пацієнта в стоматологічне крісло	Комплекет інструментів для обстеження зубів, апаратура: ОД-2М; ЭОМ-1 (ІВН-1); ЭОМ-3; ОСМ-50; вата, ватні валики, кофердам	Апарат ЕОМ-3
2	Підготувати апарат для дослідження, перевірити працездатність	Обробити 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 татампони 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	Активні зони – середина ріжучого краю різців, бугри ікол, вестибулярні бугри премолярів та вестибуло-щічні молярів. Зафіксувати показання мікроамперметра. Виміри повторити тричі, визначивши середньоарифметичне значення ЕОД.

		повторити виміри.	
--	--	-------------------	--

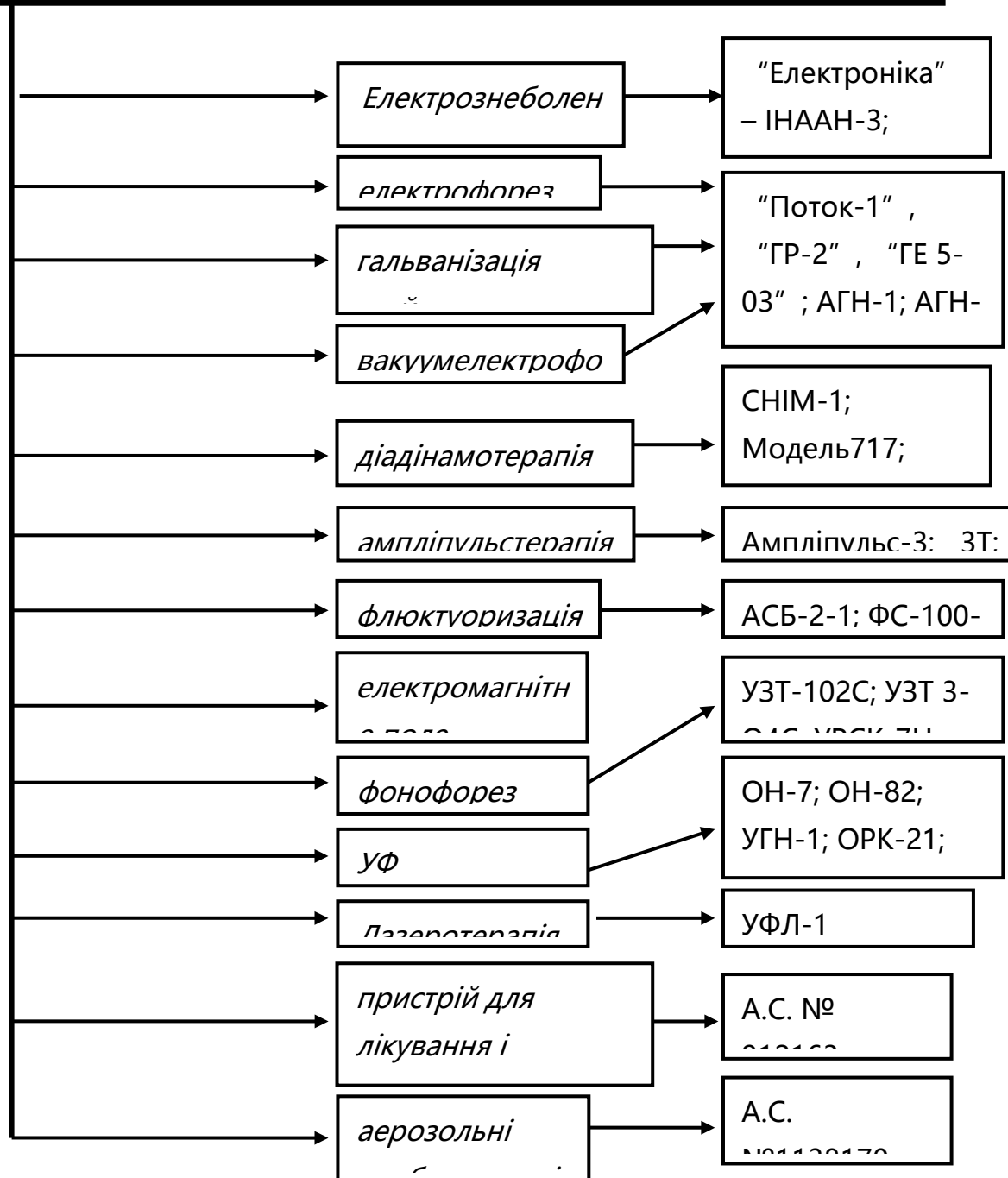
1.84. вимоги до результатів роботи;

Методика виконання роботи, етапи виконання, кроки:

Фізичні методи в діагностиці карієсу і некаріозних уражень твердих тканин зубів



Фізичні методи лікування карієсу і некаріозних уражень твердих тканин зубів



1.85. матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Питання:

1. Які фізичні фактори використовуються для діагностики та дифдіагностики С і НУТТЗ.
2. Які Ви знаєте фізичні методи знеболення зубів?
3. Які фізичні методи прискорюють ремінералізацію ТТЗ?
4. За допомогою якої апаратури можна визначити стан пульпи зуба?
5. Що таке резистентність ТТЗ та як її визначити?
6. У чому полягає суть вітального фарбування твердих тканин зуба, розробки кафедри терапевтичної стоматології ОДМУ?
7. Які оптичні параметри емалі використовуються для діагностики С та НУТТЗ?
8. Що таке електроодонтодіагностика?
9. Які Ви знаєте фізичні методи лікування карієсу?
10. Які Ви знаєте фізичні методи профілактики карієсу?
11. Можливі помилки та ускладнення при використанні фізичних факторів в стоматології
12. Які Ви знаєте протипоказання до використання фізичних факторів в стоматології?

Тести:

1. Який колір в УФП має емаль при початковому карієсі?
А. темно-зелений
В. світло-зелений
С. ніжно-світло-зелений
D. салатовий
Е. світло-коричневий
2. Анальгезія на фронтальних зубах проявляється при величині струму?
А. 1-4 мкА
В. 2-6 мкА
С. 5-10 мкА
D. 10-16 мкА
Е. 20-30 мкА
3. При електрофорезі в тканини вводяться?
А. іони препаратів
В. молекули препаратів
С. органічні сполуки
D. атоми окремих сполук
Е. неорганічні сполуки

4. При фонофорезі в тканини вводяться?

- A. іони препаратів
- B. молекули препаратів
- C. органічні сполуки
- D. атоми окремих сполук
- E. неорганічні сполуки

5. 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

6. 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

7. На показники ЕОД не впливають?

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

8. 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

9. Електрофорез 6% рзчину вітвміну В₁ 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 навколозубних тканин

10. 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 навколозубних тканин

11. Електрофорез добезилату кальцію з наступним електрофорезом фтористого натрію 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 навколозубних тканин

Задачі:

6. 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?

6. 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.

18. Який фізичний метод допоможе встановити діагноз?
19. Які повинні бути показники ЕОД?
20. 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.

12. Попередній діагноз?
13. Що підтвердить діагноз «карієс»?
14. Які показники можуть вказати на «періодонтит»?
15. Які показники виключать діагноз «пульпіт»?

Відповіді на тести та задачі:

Тести:

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

Задачі:

Задача № 1.

1. Кольорові тести.
12.2-6 мкА.
13.Системна гіпоплазія.

Задача № 2

1. Кольорові проби
12.2-4 мкА.
13.Електрофорез ремінералізуючих засобів.

Задача № 3

1. Карієс, періодонтит 36 зуба
14.Термопроба – безболісна, ЕОД > 100 мкА, рентгенологічні зміни в тканинах періодонту.
15.Термопроба – довгочасний біль, ЕОД 20-90 мкА.

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.

2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. — 2011. — 231с.

3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. — 25 с.

4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.

5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. — Полтава: Дивосвіт, 2019. — 108 с.

Практичне заняття № 17

Тема: Пульпіт. Етіологія, патогенез, класифікація (Є.М. Гофунг, КМІ (1964), МКХ-10), їх позитивні якості та недоліки. Гострий травматичний пульпіт: патоморфологія, клініка, діагностика, диференціальна діагностика.

Мета: Ознайомитись з анатомо-фізіологічними особливостями пульпи зуба; з сучасними класифікаціями пульпіту, із сучасним визначенням механізму розвитку гострих форм пульпіту, із клінічними ознаками гострого травматичного пульпіту, з основними принципами диференційної діагностики захворювань.

Основні поняття: Пульпіт. Етіологія, патогенез, класифікація. Гострий травматичний пульпіт

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 і профілактиці карієсу, захворювання на пульпіт залишається дуже розповсюдженим. Успіх своєчасної діагностики та лікування у значній мірі залежить від досконалих методів діагностики, а також єдиної точки зору на класифікацію 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 гістологію та фізіологію пульпи зуба;

Знати сучасні класифікації пульпіту.

Вміти провести опитування пацієнта;

Вміти провести огляд порожнини рота та зубів;

Вміти досліджувати функції пульпи (зондування, перкусія, термодіагностика, електродіагностика);

Вміти оцінювати дані рентгенограми.

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

1. Скільки шарів умовно виділяють в пульпі?

A – 1.

B – 2.

C – 3.

D – 6.

E – 5.

2. Які з вказаних нижче факторів є найбільш важливими у виникненні ускладнень карієсу?

A – Мікроорганізми та продукти їхньої життєдіяльності.

B – Гостра механічна травма.

C – Хімічна травма.

D – Всі вище згадані.

E – Підвищена активність амілази слини.

3. З якою метою проводиться ЕОД?

A – Для оцінки стану ясен і характеру запального процесу.

B – Для контролю результатів лікування пульпіта.

C – Для визначення порогу електрозбудливості пульпи.

D – Для визначення якості гігієни порожнини рота.

E – Для визначення ступеню патологічної стираючої дії зубів.

4. Яку функцію виконує периферичний шар пульпи?

A – Пластична.

B – Трофічна.

C – Амортизуюча.

D – Ніякої певної функції не виконує.

Е - Сенсорна.

5. Які з нижче вказаних клітин пульпи виконують захисну функцію?

А – Гістіоцити.

В – Макрофаги.

С - Все вище перераховане.

Д – Зірчасті клітини.

Е – Немає клітин з цією функцією.

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

А. Питання для самоконтролю

1. Класифікації пульпіту.

2. Особливості будови коронкової та кореневої пульпи.

3. Послідовність обстеження хворого на пульпіт.

4. Основні клінічні методи дослідження функції пульпи.

5. Яку інформацію про пульпіт можуть дати додаткові клінічні та лабораторні методи обстеження.

Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.

1. З якими формами пульпіту в першу чергу необхідно проводити диференційну діагностику гострого обмеженого пульпіту?

А – Гіперемія пульпи.

В – Гострий гнійний пульпіт.

С – Хронічний поверхневий карієс.

Д – Хронічний початковий карієс.

Е – Хронічний гіпертрофічний пульпіт.

2. Який метод дослідження використовується для диференційної діагностики пульпіта та періодонтита?

А – ЕОД.

В – Пальпація ясен.

С – Визначення глибини зубо-ясенної кишені.

Д – Вакуум – тест за Кулаженко.

Е – Волдирна проба.

3. Який із вказаних нижче факторів міг спричинити розвиток гострого травматичного пульпіту?

А – Пломбування каріозної порожнини не дотримуючись алгоритму.

В – Зниження імунітету.

С – Гостра травма.

Д – Підвищена активність секреторного IgA.

Е – Цукровий діабет.

4. Іррадіація болю присутня при таких захворюваннях:

А – Хронічний фіброзний пульпіт.

В – Гострий дифузний пульпіт.

- С – Глибокий карієс.
- Д – Гіперемія пульпи.
- Е – Хронічний фіброзний періодонтит.

5. Електрометричне дослідження при гострому травматичному пульпіті проводиться з метою:
- А – Виявлення порушень структури кісткової тканини альвеолярного відростка.
 - В – Виявлення ступеню рухливості причинного зуба.
 - С – Виявлення новоутворень в кістковій тканині альвеолярного відростка.
 - Д – Виявлення порушення цілісності судино-нервового пучка.
 - Е – Електрометричне дослідження проводити не потрібно.
6. Хворий Т. скаржиться на самовільний гострий 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 різко болюча, перкусія безболісна. Які структурні компоненти пульпи першими реагують на запалення?
- А. Одонтобласти
 - В. Фібробласти
 - С. Гістіоцити
 - Д. Судини
 - Е. Нервові волокна
7. Хвора Т. скаржиться на самовільний ниючий біль впродовж 4 днів в ділянці 16 зуба. Біль посилюється від дії термічних подразників. Об'єктивно: в 16 зубі глибока каріозна порожнина, що сполучається з пульповою коморою, виповнена світлим розм'якшеним дентином, зондування болюче в одній точці, реакція на термічні подразники різко болюча, перкусія слабо болісна. Який метод дослідження раніше за всіх передбачає пульпіт?
- А. Визначення скарг
 - В. Зондування
 - С. Перкусія
 - Д. Термодіагностика
 - Е. Рентгенографія
8. Хвора М. скаржиться на ниючий біль в 26 зубі від дії термічних подразників. Об'єктивно: в 26 зубі глибока каріозна порожнина, що не сполучається з пульповою коморою, виповнена світлим щільним дентином, зондування болюче в одній точці, реакція на холод болюча, відразу проходить після дії подразника, перкусія безболісна. Яка функція пульпи запобігає поглибленню каріозної порожнини?
- А. Трофічна
 - В. Сенсорна
 - С. Бар'єрна
 - Д. Пластична
 - Е. Захисна

9. На рентгенограмі зубів верхньої щелепи у хворій С. в області верхівок 22, 23 зубів велика ділянка резорбції кістки з чіткими контурами. 22 і 23 зуби інтактні. При обстеженні був поставлений діагноз «коренева кіста». Який метод діагностики визначить життєздатність пульпи 22 і 23 зубів?

- А. Перкусія
- В. Термодіагностика
- С. Пальпація
- Д. Рентгенографія
- Е. Електроодонтодіагностика

10. Хвора Н. скаржиться на самовільний ниючий біль впродовж тижня в ділянці 46 зуба. Біль посилюється від дії термічних подразників. Об'єктивно: в 46 зубі глибока каріозна порожнина, що сполучається з пульповою коморою, виповнена світлим розм'якшеним дентином, зондування болюче в одній точці, реакція на термічні подразники різко болюча, перкусія слабо болісна. Лікар поставив діагноз хронічного простого пульпіту 46 зуба. Якою класифікацією пульпіту він користувався?

- А. Новіка
- В. Платонова
- С. Урбанович
- Д. ВОЗ
- Е. Гофунга

В. *Задачі для самоконтролю з відповідями.*

III – Задачі для самоконтролю:

1. Хворий К., 36 років має скарги на нападоподібний біль у 15 зубі, що посилюється під дією подразників, відмічається нічний біль. Об'єктивно спостерігається глибока каріозна порожнина в 15 зубі, виповнена щільним пігментованим дентином. Зондування порожнини болісне в одній точці, перкусія безболісна.

А) Який найбільш вірогідний діагноз?

В) Які додаткові методи обстеження необхідні для встановлення остаточного діагнозу?

С) З якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?

2. У хворої В., 48 років на підставі скарг та огляду порожнини рота був поставлений попередній діагноз «Гострий травматичний пульпіт».

А) Які додаткові методи дослідження необхідні для підтвердження діагнозу?

В) Які дані електроодонтометрії при гострому травматичному пульпіті?

3. Хворий Д., 56 років скаржиться на гострий біль в 37 зубі тривалістю не більше 2 хвилин. Об'єктивно в 37 зубі наявність пломби. Після видалення пломби – глибока каріозна порожнина, виповнена щільним

пігментованим дентином. Зондування порожнини болісне, перкусія безболісна.

А) Який найбільш вірогідний діагноз?

В) Які додаткові методи обстеження необхідні для встановлення остаточного діагнозу?

С) З якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми заняття.

№ п/п	Основні завдання	Вказівки
1.	<u>Вивчати:</u> Етіологію і патогенез пульпіту.	Назвати основні етіологічні фактори. Сформулювати механізм розвитку гострих форм пульпіту під впливом етіологічних факторів.
2.	Класифікації пульпіту	Є.М. Гофунг, КМІ (1964), МКХ-10, їх позитивні якості та недоліки.
3.	Клініку, діагностику.	Перерахувати основні клінічні ознаки гострого травматичного пульпіту: Скласти послідовну схему використання основних клінічних і додаткових методів з метою діагностики захворювання.
4.	Диф. діагностику.	Скласти і заповнити таблицю, де вказати з якими захворюваннями необхідно проводити диф. діагностику гострого травматичного пульпіту

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

1. Виконати основні суб'єктивні та об'єктивні методи обстеження стоматологічного хворого.
2. Проведення електродіагностики.
3. На рентгенограмах різних зубів порівняти розміри пульпових камер та корневих каналів.

Інструктивні матеріали для оволодіння професійними вміннями, навичками:

*Схема орієнтованої основи дії «**ПУЛЬПІТ. КЛАСИФІКАЦІЯ. КЛІНІЧНІ І ДОПОМІЖНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ПУЛЬПІТУ**»*

№ п/п	Метод обстеження	Методика проведення та засоби дії	Критерії самоконтролю
1.	Суб'єктивне обстеження хворого (опитування) -визначення скарг; -анамнезу захворювання (давність, з чого починалися скарги, чи лікувався зуб раніше); -анамнезу життя (соматичні та перенесені захворювання, професійнальні шкідники)	Історія хвороби, коректне опитування та поважне відношення до хворого	Знати можливі відповідні реакції пульпи на подразники в нормі та патології

2.	Об'єктивне обстеження:		
2.1.	<i>Основні методи:</i> -зовнішній огляд (колір шкіри, регіонарні лімфавузли); -огляд порожнини рота та зубів; -зондування; -перкусія; -термодіагностика;	Огляд, пальпація Інструменти для огляду Стоматологічний зонд Стоматологічний зонд Шприц та вода кімнатної температури	Без особливостей Наявність каріозної порожнини, пломби або зуб інтактний. Болісність при зондуванні дна каріозної порожнини, наявність вскритої пульпової камери. Безболісна або слабо болісна. Безболісна, різко болісна, що визиває напад.
2.2.	<i>Додаткові методи:</i> -рентгенографія; -електроодонтометрія;	Рентгенограми Апарат ЕОД	Патологічних рентгенологічних змін немає. Електрозбудливість здорової пульпи 2-6 мкА, при запаленні пульпи 20-90 мкА.

1. Проведення електроодонтодіагностики.

Матеріальне забезпечення:

- комплект інструментів для обстеження порожнини рота;
- апарат для ЕОД (ЕОМ-1; ЕОМ03);
- ватні валики.

Етапи роботи:

- а) ЕОМ-3 підключити до електричної мережі та контуру заземлення, приєднати до нього електроди, включити апарат, натиснувши кнопку «мережа»;
- б) натиснувши кнопку «Діапазон», встановити межу вимірювання «50 мкА». Обробити електроди антисептиком. Активний електрод покрити тонким шаром вати, змоченим водою. Пасивний електрод пацієнт тримає в руці;
- в) зуби, що підлягають дослідженню, ізолювати від слини, висушити;

- г) активний електрод прикласти на контрольну точку зуба, що підлягає дослідженню. Повільно крутити ручку потенціометра до виникнення першого відчуття в зубі. Візуально зафіксувати показники мікроамперметру. Вимірювання провести тричі. При гіперемії пульпи показники коливаються в межах 15 мкА, при гострому обмеженому пульпіті 20-25 мкА;
- г) якщо зуб на реагує на струм силою до 50 мкА, слід переключити апарат на діапазон до 200 мкА і провести повторне дослідження;
- д) записати в історію хвороби всі показники.

2. Рентгендіагностика.

Матеріальне забезпечення:

- рентгенограма хворого із ускладненим карієсом;
- діаскоп.

Етапи роботи:

- а) роздивитись рентгенограму причинного зуба;
- б) визначити топографо-анатомічні особливості будови порожнини причинного зуба, кількість кореневих каналів, їхня прохідність, чи проводилося лікування цього зуба раніше, якість проведеного лікування;
- в) з метою проведення диференційної діагностики пульпіту від хронічних форм періодонтита оцінити стан періапикальних тканин.

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.
 2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.
 3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.
 4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.
 5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. – Полтава: Дивосвіт, 2019. – 108 с.
 6. 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
- Електронні інформаційні ресурси
1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
 2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
 3. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
 4. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
 5. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)

Практичне заняття № 18

Тема: Гіперемія пульпи: патоморфологія, клініка, діагностика, диференціальна діагностика. Гострий обмежений пульпіт: патоморфологія, клініка, діагностика, диференціальна діагностика.

Мета: Вивчити патоморфологію, клініку, діагностику, диференціальну діагностику гіперемії пульпи, гострого обмеженого пульпіту

Основні поняття: Гіперемія пульпи: патоморфологія, клініка, діагностика, диференціальна діагностика. Гострий обмежений пульпіт: патоморфологія, клініка, діагностика, диференціальна діагностика.

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

Навчальний час: 2 години

План

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

Проблема ендодонтичного лікування хворих є однією з найпоширеніших питань терапевтичної стоматології. У практичній діяльності лікаря-стоматолога пацієнти з больовим синдромом, який пов'язаний із запаленням пульпи зуба, є у значному проценті. Незважаючи на значні успіхи у профілактиці карієсу, розповсюдженість пульпіту все ще досить висока, особливо у дітей та осіб молодого віку. Тому діагностика гострих форм пульпіту (гіперемія пульпи, травматичний та обмежений пульпіт) з використанням всіх можливих (клінічних і допоміжних) методів обстеження, а також своєчасне надання допомоги є актуальною проблемою.

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 форм пульпіту (гіперемія пульпи, травматичний та обмежений пульпіт) під впливом етіологічних факторів;
- основні клінічні ознаки гострих форм пульпіту;
- методи клінічного і додаткового обстеження хворих з ускладненнями карієсу;
- основні принципи диференційної діагностики гострих форм пульпіту (гіперемія пульпи, травматичний та обмежений пульпіт).
- вміти візуально оцінити стан пацієнта, виявити наявність патологічних змін;
- вміти провести опитування пацієнта;
- вміти провести огляд порожнини рота, виявити причинний зуб, провести його зондування та порівняльну перкусію;
- вміти провести ЕОД;
- вміти оцінювати дані рентгенограми.

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

1. Жінка 25 років скаржиться на косметичні дефекти зубів. Під час огляду на всіх поверхнях коронок фронтальних зубів виявлені численні плями коричневого кольору, без дефектів емалі, з гладенькою поверхнею. 2 % розчином метиленового синього плями не забарвлюються. Який діагноз найімовірніший:

- A. Системна гіпоплазія емалі
- B. Флюороз
- C. Гострий початковий карієс
- D. Ерозія емалі
- E. Кислотний некроз емалі

2. Чоловік 39 років скаржиться на косметичний дефект, гіперестезію 12, 11, 22 зубів. Під час огляду на присінковій (вестибулярній) поверхні зазначених зубів виявлено де-фекти овальної форми, блюдцеподібні, з блискучими, гладенькими стінками. Зонду-вання безболісне, холодова реакція позитивна. Який діагноз найімовірніший:

- A. Гострий поверхневий карієс
- B. Ерозія емалі
- C. Клиноподібний дефект
- D. Системна гіоплазія
- E. Флюороз, ерозивна форма

3. Хвора 49 років скаржиться на косметичний дефект у 11, 21, 22 зубах, який виник більше року тому. Об'єктивно: на присінковій (вестибулярній) поверхні є неглибокий чашкоподібний дефект емалі округлої форми, дно має жовтуватий колір. Реакція на холодну та гарячу воду відсутня. Який метод лікування варто застосувати:

- A. Протезування
- B. Ремінералізувальну терапію
- C. Відбілювання
- D. Лікування не потрібне
- E. Пломбування

4. Жінці 28 років встановлено діагноз: ерозія твердих тканин 11, 21, 34, 35, 44, 45 зубів. Оберіть найоптимальніший матеріал для пломбування в цьому випадку

- A. Силікатний цемент
- B. Композиційний матеріал світлової полімеризації
- C. Склоіономерний цемент
- D. Склоіономерний цемент з механізмом світлового затвердіння
- E. Композиційний матеріал хімічної полімеризації

5. Хвора 25 років звернулась із скаргами на біль у 15 зубі, який виникає під впливом термічних подразників і швидко минає після їх усунення.

Об'єктивно: у пришийковій ділянці на присінковій поверхні 15 зуба виявлений дефект з гладенькими стінками, що сходяться під кутом.

Температурна проба позитивна, перкусія безболісна. Який найі-мовірніший діагноз:

- A. Флюороз
- B. Ерозія емалі
- C. Гіоплазія емалі
- D. Клиноподібний дефект
- E. Хронічний поверхневий карієс

6. Пацієнтка, 40 років, скаржиться на короткочасний біль від температурних подразників у 34. Об'єктивно: на дистальній поверхні 34 каріозна порожнина в межах припульпарного дентину. Стінки і дно розм'якшені, слабо пігментовані, зондування дна дещо болюче. Реакція на холод - біль, який зникає після припинення дії подразника. Який найімовірніший діагноз?

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

7. Юнак 18 років, що проживає в місцевості, де вміст фтору в питній воді становить 3,43 мг/л, скаржиться на наявність білих плям у пришийковій ділянці 16, 12, 11, 21, 22, 26 зубів. Під час огляду в пришийковій ділянці цих зубів виявлені білого кольору плями з гладенькою поверхнею. Який діагноз найімовірніший:

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

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

A. Питання для самоконтролю

1. Механізм виникнення гострих форм пульпіту: гіперемії пульпи, травматичного та обмеженого пульпіту.
2. Послідовність дій лікаря при клінічному обстеженні хворих з пульпітом.
3. Основні клінічні прояви гострих форм пульпіту: гіперемії пульпи, травматичного та обмеженого пульпіту.
4. Яку інформацію може отримати лікар при проведенні електроодонтометрії?
5. Охарактеризуйте рентгенологічну картину при гострих формах пульпіту. Мета проведення даного дослідження при даній патології.

B. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.

1. Хворий 35-ти років скаржиться на самовільний гострий нападоподібний біль в 25 зубі, що триває до 30 хвилин, вночі посилюється, безбольові проміжки до трьох годин. Біль виникає та посилюється при дії термічних і механічних подразників. Об'єктивно: на жувальній поверхні 25 зуба глибока каріозна порожнина, виповнена розм'якшеним дентином, пульпова камера закрита, зондування різко болюче в одній точці в місці проекції рогу пульпи. ЕОД- 25 мкА. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гострий обмежений пульпіт
- B. Гострий гнійний пульпіт
- C. Загострення хронічного періодонтиту

- D. Гіперемія пульпи
- E. Гострий дифузний пульпіт

2. Хворий 30-ти років скаржиться на біль у зубі при вживанні гарячого і холодного, який іррадіює у вуха, скроню. Раніше в цьому зубі турбував самовільний нічний біль. Об'єктивно: в 37 зубі на жувальній поверхні глибока каріозна порожнина, що в одній точці сполучається з порожниною зуба. Реакція на зондування в точці сполучення, на холодний подразник різко болісна, біль довго не вщухає. ЕОД- 55 мкА. Визначте діагноз:

- A. Загострення хронічного пульпіту
- B. Гострий дифузний пульпіт
- C. Гострий гнійний пульпіт
- D. Хронічний конкрементозний пульпіт
- E. Загострення хронічного періодонтиту

3. Хвора 17-ти років скаржиться на біль в зубі, який виник вперше. Тривалість болю до 2 хвилин. Об'єктивно: в 15 зубі глибока каріозна порожнина. Зондування дна чутливе. Перкусія безболісна. ЕОД- 12 мкА. Який найбільш імовірний діагноз?

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

4. Безболісні проміжки між нападами болю при пульпіті:

- A. Ремісія
- B. Інтермісія
- C. Емісія
- D. Інтерпретація
- E. Трансмсія

5. Хворий А. 20 років скаржиться на приступи гострого самовільного болю в зубі 35, що триває 10-20 хв. Приступи виникають один - три рази на день, підсилюються вночі. Зуб болить 2 дні. Поставте попередній діагноз.

- A. Гострий обмежений пульпіт
- B. Гострий дифузний пульпіт
- C. Гострий гнійний пульпіт
- D. Гострий глибокий карієс
- E. Гіперемія пульпи

6. Пацієнт звернувся зі скаргами на ниючий біль в ділянці зуба 2,1. Два дні тому в зубі вперше виник біль при вживанні гарячої їжі. Біль короткочасний, зникнув після усунення подразника. При огляді каріозної порожнини в зубі

виявлені залишки їжі, зондування дна порожнини болісне, зондування по емалево - дентинній межі безболісне. Який діагноз?

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

В. *Задачі для самоконтролю з відповідями.*

1. Хворий К., 36 років має скарги на нападоподібний біль у 15 зубі, що посилюється під дією подразників, відмічається нічний біль. Об'єктивно спостерігається глибока каріозна порожнина в 15 зубі, виповнена щільним пігментованим дентином. Зондування порожнини болісне в одній точці, перкусія безболісна.

A) Який найбільш вірогідний діагноз?

B) Які додаткові методи обстеження необхідні для встановлення остаточного діагнозу?

C) З якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?

2. У хворої В., 48 років на підставі скарг та огляду порожнини рота був поставлений попередній діагноз «Гострий травматичний пульпіт».

A) Які додаткові методи дослідження необхідні для підтвердження діагнозу?

B) Які дані електроодонтометрії при гострому травматичному пульпіті?

3. Хворий Д., 56 років скаржиться на гострий біль в 37 зубі тривалістю не більше 2 хвилин. Об'єктивно в 37 зубі наявність пломби. Після видалення пломби – глибока каріозна порожнина, виповнена щільним пігментованим дентином. Зондування порожнини болісне, перкусія безболісна.

A) Який найбільш вірогідний діагноз?

B) Які додаткові методи обстеження необхідні для встановлення остаточного діагнозу?

C) З якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми заняття.

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1.	<u>Вивчати:</u> Етіологію і патогенез гострих форм пульпіту.	Назвати основні етіологічні фактори. Сформулювати механізм розвитку гострих форм пульпіту під впливом етіологічних факторів.	
2.	Клініку, діагностику.	Перерахувати основні клінічні ознаки гострих форм пульпіту:	

3.	Диф. діагностику.	гіперемія пульпи, обмежений пульпіт. Скласти послідовну схему використання основних клінічних і додаткових методів з метою діагностики захворювання. Скласти і заповнити таблицю, де вказати з якими захворюваннями необхідно проводити диф. діагностику гострих форм пульпіту: гіперемія пульпи, обмежений пульпіт.	
----	-------------------	--	--

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

1. Виконати основні суб'єктивні та об'єктивні методи обстеження стоматологічного хворого.
2. Проведення електродіагностики.
3. На рентгенограмах різних зубів порівняти розміри пульпових камер та корневих каналів.

Інструктивні матеріали для оволодіння професійними вміннями, навичками:

*Схема орієнтованої основи дії «**ПУЛЬПІТ. КЛАСИФІКАЦІЯ. КЛІНІЧНІ І ДОПОМІЖНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ПУЛЬПІТУ**»*

№ п/п	Метод обстеження	Методика проведення та засоби дії	Критерії самоконтролю
1.	Суб'єктивне обстеження хворого (опитування) -визначення скарг; -анамнезу захворювання (давність, з чого починалися скарги, чи лікувався зуб раніше); -анамнезу життя (соматичні та перенесені захворювання, професійнальні шкідники)	Історія хвороби, коректне опитування та поважне відношення до хворого	Знати можливі відповідні реакції пульпи на подразники в нормі та патології

2.	Об'єктивне обстеження:		
2.1.	<i>Основні методи:</i> -зовнішній огляд (колір шкіри, регіонарні лімфавузли); -огляд порожнини рота та зубів; -зондування; -перкусія; -термодіагностика;	Огляд, пальпація Інструменти для огляду Стоматологічний зонд Стоматологічний зонд Шприц та вода кімнатної температури	Без особливостей Наявність каріозної порожнини, пломби або зуб інтактний. Болісність при зондуванні дна каріозної порожнини, наявність вскритої пульпової камери. Безболісна або слабо болісна. Безболісна, різко болісна, що визиває напад.
2.2.	<i>Додаткові методи:</i> -рентгенографія; -електроодонтометрія;	Рентгенограми Апарат ЕОД	Патологічних рентгенологічних змін немає. Електрозбудливість здорової пульпи 2-6 мкА, при запаленні пульпи 20-90 мкА.

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією

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.

Додаткова:

1. 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.

2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.

3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.

4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.

5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. – Полтава: Дивосвіт, 2019. – 108 с.

6. 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
Електронні інформаційні ресурси

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України

2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association

3. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України

4. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація 5. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)

Практичне заняття № 19

Тема: Гострий дифузний пульпіт: патоморфологія, клініка, діагностика. Гострий гнійний пульпіт: патоморфологія, клініка, діагностика.

Мета: Вивчити механізм розвитку гострого гнійного, гострого дифузного пульпіту; клінічні ознаки гострого дифузного, гострого гнійного пульпіту; основні принципи диференційної діагностики.

Основні поняття: Гострий дифузний пульпіт: патоморфологія, клініка, діагностика. Гострий гнійний пульпіт: патоморфологія, клініка, 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) протікає 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 гострого дифузного та гострого гнійного пульпіту під впливом місцевих факторів;
- основні клінічні признаки гострого дифузного та гострого гнійного пульпіту;
- методи клінічного і додаткового обстеження хворих;
- основні принципи диференційної діагностики.
- вміти візуально оцінити стан пацієнта, виявити наявність патологічних змін;
- провести опитування пацієнта;
- провести огляд порожнини рота;
- провести ЕОД;
- оцінити дані рентгензнімка.

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?

- А. Глибина порожнини
- В. Стан стінок і дна порожнини
- С. Болісне зондування
- Д. Дані термодіагностики
- Е. 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:

- А. До “упору” пульпоекстрактору в стінки каналу
- В. На 1/3 довжини каналу
- С. На 2/3 довжини каналу
- Д. На повну довжину каналу
- Е. 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:

- А. Гіперемія пульпи
- В. Гострий обмежений пульпіт
- С. Гострий дифузний пульпіт
- Д. Гострий гнійний пульпіт
- Е. Загострення хронічного пульпіту

4. Хворий звернувся на прийом з каріозною порожниною 2 класу за Блемом 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?

- А. Хронічний фіброзний пульпіт
- В. Хронічний фіброзний періодонтит
- С. Хронічний гранулюючий періодонтит
- Д. Гіпертрофічний папіліт
- Е. Хронічний глибокий карієс

5. Хворий звернувся за невідкладною допомогою зі скаргами на мимовільний, нападоподібний, 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?

- A. Гострий обмежений
- B. Гострий дифузний
- C. Гострий гнійний
- D. Загострення хронічного пульпіту
- E. Пульпіт, ускладнений періодонтитом

6. Хворий Д., 58 років, звернулася зі скаргами на короточасний 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:

- A. Консервативний
- B. Вітальна ампутація
- C. Девітальна ампутація
- D. Вітальна екстирпація
- E. 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?

- A. Наявність "прихованої" каріозної порожнини
- B. Ретроградний пульпіт
- C. Гіперемія пульпи
- D. Гіперестезія зубів
- E. 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?

- A. Гіперемія пульпи
- B. Гострий обмежений
- C. Хронічний фіброзний
- D. Хронічний гангренозний
- E. 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. Механізм виникнення гострого дифузного пульпіту.
2. Основні клінічні прояви гострого дифузного пульпіту.
3. Диференційна діагностика гострого дифузного пульпіту
4. Механізм виникнення гострого гнійного пульпіту.
5. Основні клінічні прояви гострого гнійного пульпіту.
6. Диференційна діагностика гострого гнійного пульпіту

B. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.

1. При гістологічному описі пульпи на поперечному зрізі зазвичай розрізняють три шари. (Г.В.Ясвоїн, 1935)

Центральний шар по будові відповідає одному з типів тканини.

Вкажіть якому:

- A. Щільна неоформленая
- B. Щільна оформлена
- C. Рихла неоформленая
- 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. Цинкоксифосфатний цемент
- D. Скляний іономерний цемент
- E. Цинкоксидевгенольний матеріал, холодна латеральна конденсація гутаперчі

5. Під час некректомії при лікуванні хронічного глибокого карієсу 44 зуба (каріозна порожнина 5 класу за Блемом, анестезія правостороння ментальна) у хворий Н., 60 років, була випадково вскрита 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

Е. 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:

А. На повну довжину каналу

В. На 2/3 довжини каналу

С. На 1/2 довжини каналу

Д. На 1/3 довжини каналу

Е. До “упору” пульпоекстрактору в стінки каналу

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми заняття.

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1.	Вивчати: Етіологію і патогенез гострого дифузного та гострого гнійного пульпіту.	Назвати основні етіологічні фактори. Сформулювати механізм розвитку гострого дифузного та гострого гнійного пульпіту під впливом етіологічних факторів.	
2.	Клініку, діагностику.	Перерахувати основні клінічні признаки гострого дифузного та гострого гнійного пульпіту. Скласти послідовну схему використання основних клінічних і додаткових методів з метою діагностики захворювання.	
3.	Диф. діагностику.	Скласти і заповнити таблицю диференційної діагностики гострого дифузного та гострого гнійного пульпіту.	

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

1. Проведення електроодонтодіагностики.

Інструктивні матеріали для оволодіння професійними вміннями, навичками:

2. 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 кореннями 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 (ІВН-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

Електроодонтометрія 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 „О” 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 „О”

Схема ООД по темі «Обстеження хворих з гострим гнійним пульпітом»

Компоненти дії	Умови і засоби дії	Критерії самоконтролю
1. Скарги	Пацієнт знаходиться в кріслі. З'ясувати характер болю, тривалість та причини його виникнення.	З'ясувати, що біль буде гострий, самовільний, нападоподібний, рвучий, пульсуючий, безперервний, є періоди послаблення на кілька хвилин. Біль іррадіює по ходу гілок трійчастого нерва.
2. Анамнез	Опитати пацієнта та з'ясувати, коли вперше пацієнт відчув біль у зубі, чи лікувався зуб раніше.	Біль виник вперше за 3-4 доби до звертання до лікаря. Зуб раніше не лікувався або ж лікувався з приводу глибокого карієсу. Напади болю були короткими, але з часом больові проміжки наростали і стали безперервними.
3. Об'єктивно:	Зібрані скарги та дані анамнезу, стоматологічні	Каріозна порожнина часто великого розміру,

а) огляд	інструменти для огляду порожнини рота (зонд, дзер-кало).	інколи наявна пломба. На стінках та дні каріозної порожнини велика кількість розм'якшеного, слабопігментованого дентину.
б) зондування	Стоматологічний зонд, дзеркало.	З'ясувати: 1) цілісність дна каріозної порожнини не порушена, однак під час діагностичного зондування дно легко перфорується з виділенням краплі гнійно-кров'янистого ексудату. 2) різка болючість по всьому дну каріозної порожнини зберігається після припинення зондування.
в) перкусія	Стоматологічний інструментарій: зонд, дзеркало, пінцет.	З'ясувати, що вертикальна та горизонтальна перкусії будуть безболісні. Можлива болючість в зв'язку із внутрішньо пульпарним тиском та перифокальним запаленням.
г) пальпація	Вказівним пальцем руки в рукавичках пальпується слизова оболонка альвеолярного відростка в проекції верхівки кореня причинного зуба	З'ясувати, що пальпація слизової оболонки альвеолярного відростка в проекції верхівки кореня зуба безболісна.
4. Термодіагностика	Пустер з водою або склянка з холодною водою.	Холод заспокоює біль, а тепла вода спричиняє посилення болю.
5. Електро-одонтодіагностика	Прилад для проведення ЕОД з метою диференціювання з іншими формами	З'ясувати, що з дна каріозної порожнини ЕОД в межах 40-50 мкА

	пульпіту та з періодонтитом.	
6. Рентгендіагностика	Рентгензнімки	З рентгензнімку причинного зуба з'ясовуємо, що періодонтальна щілина буде не змінена.

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.
2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.
3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.
4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.
5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів

стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. – Полтава: Дивосвіт, 2019. – 108 с.

6. 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
Електронні інформаційні ресурси

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України

2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association

3. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України

4. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація 5. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)

Практичне заняття № 20

Тема: Хронічний фіброзний пульпіт: патоморфологія, клініка, діагностика. Хронічний гіпертрофічний пульпіт: етіологія, патоморфологія, клініка, діагностика

Мета: Вивчити етіологію, патоморфологію, клініку, діагностику хронічного фіброзного пульпіту та хронічного гіпертрофічного пульпіту

Основні поняття: Хронічний фіброзний пульпіт: патоморфологія, клініка, діагностика. Хронічний гіпертрофічний пульпіт: етіологія, патоморфологія, клініка, 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).

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 хронічного фіброзного та хронічний гіпертрофічний пульпіту під впливом місцевих факторів;
- основні клінічні признаки хронічного фіброзного та хронічний гіпертрофічний пульпіту;
- методи клінічного і додаткового обстеження хворих;
- основні принципи диференційної діагностики.

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

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

1. Хворого А. протягом 2-х днів турбує мимовільний, приступоподібний, нічний, іррадіюючий біль, з короткими безболісними проміжками. На основі скарг хворого визначте попередній діагноз.

- А Гострий обмежений пульпіт.
- В Гострий глибокий карієс.
- С Загострення хронічного періодонтиту.
- Д Гострий дифузний пульпіт.
- Е Гострий гнійний пульпіт.

2. Хвора 22 р., звернулась зі скаргами на гостру самовільний приступоподібний біль в 16 зубі, що віддає в праве око та ділянку скроні. Хворіє протягом доби. Приступи болю тривають близько години. Об'єктивно: на медіальній поверхні 16 зуба глибока каріозна порожнина в межах біляпульпарного дентину. Дентин розм'якшений, рихлий. При зондуванні визначається болю-чість по всьому дну каріозної порожнини. Реакція на холодові подразники в 16 зубі різко болюча. Перкусія чутлива. Поставте діагноз.

- А Гострий серозний періодонтит
- В Гострий гнійний періодонтит
- С Гострий обмежений пульпіт
- Д Гострий дифузний пульпіт
- Е Загострення хронічного періодонтиту

3. Хворий, віком 29 років, скаржиться на появу гострих приступоподібних болів в ділянці верхньої щелепи зліва, верхньощелепової пазухи, ока, скроні. Болі тривалі (2-3 години), підсилюються вночі. Недавно переніс гостре респіраторне захворювання. Об'єктивно: в 26 зубів - каріозна порожнина, зондування дна болюче, реакція на температурні подразники - тривалий біль, реакція на перкусію - незначний біль. Встановіть діагноз.

- А Гострий дифузний пульпіт

- В Гострий вогнищевий пульпіт
- С Гострий верхівковий періодонтит
- Д Запалення верхньощелепової пазухи
- Е Загострення хронічного періодонтиту

4. Хворий 48 років, скаржиться на різкий невщухаючий біль в зубах на нижній щелепі на протязі двох днів. Біль особливо нестерпний вночі. Напади болю, що стає пульсуючим, ірадіює, трохи стихає від холодного. Об'єктивно: в 46 велика каріозна порожнина на апроксимальній медіальній та жувальній поверхні. Дентин дна і стінок порожнини твердий, пігментований. Реакція на зондування різко болісна в одній точці, реакція на перкусію слабо болісна, реакція на гаряче — болісна, довго не вщухає. На рентгенограмі — патологічних змін не виявляється. Визначте діагноз.

- А Гострий гнійний пульпіт
- В Гострий періодонтит
- С Гострий частковий пульпіт
- Д Гострий загальний пульпіт
- Е Загострення хронічного пульпіту

5. Хворий 38 років, скаржиться на гострий приступоподібний біль в ділянці верхньої щелепи зліва, ока, скроні. Біль тривалий (2-3 години) підсилюється вночі. Об'єктивно: в 26 зубі - глибока каріозна порожнина, зондування дна болюче, реакція на температурні подразники - тривалий біль, реакція на перкусію - незначний біль. Встановіть діагноз.

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

6. Женщина 21 года жалуется на длительные острые самопроизвольные приступообразные боли в зубе на верхней челюсти справа, усиливающиеся ночью и от холодного. Зуб болит два дня. Объективно: на дистально-жевательной в 17 определяется глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба. Зондирование болезненно по всему дну. Перкуссия болезненна. Каков наиболее вероятный диагноз?

- А Острый диффузный пульпит
- В Острый серозный периодонтит
- С Острый ограниченный пульпит
- Д Острый гнойный пульпит

Е Обострившийся хронический пульпит

7. Хвора Н., 18-ти років скаржиться на гострий самовільний приступоподібний біль в зубі, що іррадіює в праве око і скроневу ділянку. Об'єктивно: в 27 є глибока каріозна порожнина в межах біляпульпарного дентину. Дентин світлий, розм'якшений. Зондування дна, реакція на холододовий подразник - різко болючі. Поставте діагноз.

А Загострення хронічного пульпіту

В Гострий гнійний періодонтит.

С Гострий дифузний пульпіт.

Д Гострий серозний періодонтит.

Е Гострий гнійний пульпіт.

8. Хвора 32 років скаржиться на гострий самовільний приступоподібний біль в 14 зубі що триває 10-20 хв. з проміжками в 2-3 години. Каріозна порожнина заповнена розм'якшеним дентином Зондування дна болюче в одній точці. Реакція на холододовий подразник викликає біль. Визначте діагноз.

А Гострий глибокий карієс.

В Гострий обмежений пульпіт.

С Гіперемія пульпи

Д Загострення хронічного пульпіту.

Е Гострий дифузний пульпіт.

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

А. Питання для самоконтролю

1. Механізм виникнення хронічного фіброзного та хронічний гіпертрофічний пульпіту.
2. Послідовність дій лікаря при клінічному обстеженні хворих з пульпітом.
3. Основні клінічні прояви хронічного фіброзного та хронічний гіпертрофічний пульпіту.
4. Яку інформацію може отримати лікар при проведенні електроодонтометрії?
5. Охарактеризуйте рентгенологічну картину при хронічному фіброзному та хронічний гіпертрофічний пульпіті. Мета проведення даного дослідження при даній патології.

Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.

1. 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.

2. 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

3. 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 болоче в одній точці. Від холодного подразника виникає біль і зберігається впродовж 10хв. після зняття подразника. Реакція на перкусію не болоча. Встановіть найбільш імовірний діагноз.

A Загострення хронічного пульпіту

B Гіперемія пульпи

C Гострий дифузний пульпіт

D Гострий обмежений пульпіт

E Гострий глибокий карієс

4. 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 болоче, перкусія різко болоча, рухомість зуба II ступеню. Пальпація слизової оболонки в ділянці проекції 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

5. Жінка 40 років скаржиться на короточасний 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.

6. 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

7. Хворий 20 р. скаржитьсся 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 утворення; 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

8. 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

9. 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?

A Гострий глибокий карієс

B Гострий дифузний пульпіт

C Гіперемія

D Гострий обмежений пульпіт

E Загострення хронічного пульпіту

B. Задачі для самоконтролю з відповідями.

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми заняття.

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1.	<u>Вивчати:</u> Етіологію і патогенез хронічного фіброзного та хронічного гіпертрофічного пульпіту.	Назвати основні етіологічні фактори. Сформулювати механізм розвитку хронічного фіброзного хронічного гіпертрофічного пульпіту під впливом етіологічних факторів.	
2.	Клініку, діагностику.	Перерахувати основні клінічні ознаки хронічного фіброзного хронічного гіпертрофічного пульпіту. Скласти послідовну схему використання основних клінічних і додаткових методів з метою діагностики захворювання.	
3.	Диф. діагностику.	Скласти і заповнити таблицю, де вказати з якими захворюваннями необхідно проводити диф. діагностику хронічного фіброзного хронічного гіпертрофічного пульпіту.	

Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати під час

практичного (лабораторного) заняття:

1. Провести клінічні та додаткові методи обстеження

Інструктивні матеріали для оволодіння професійними вміннями, навичками:

1.	Суб'єктивне обстеження хворого (опитування) - Визначення скарг; - Анамнезу захворювання; - Анамнезу життя	Історія хвороби, коректне опитування та поважне відношення до хворого	Знати можливі відповідні реакції пульпи на подразники в нормі та патології
2.	Об'єктивне обстеження: Основні методи: - зовнішній огляд (колір шкіри, регіональні лімфовузли); - огляд порожнини рота та зубів; - зондування; - перкусія; - термодіагностика;	Огляд, пальпація Інструменти для огляду Стоматологічний зонд Стоматологічний зонд Шприц та вода кімнатної температури	Без особливостей Наявність каріозної порожнини, пломби або зуб інтактний. При гіпертрофічному- наявність розрості пульпи рожевого кольору з гладкою поверхнею Болісність при зондуванні дна каріозної порожнини, наявність вскритої пульпової камери. При гіпертрофічному – кровоточивість.
3.	Додаткові методи:		При

	-рентгенографія;	Рентгенограми	гіпертрофічному та гангренозному пульпіті, можливі зміни у вигляді розширення, періодонтальної щілини.
	- електроодонометрія	Апарат ЕОД	Електрозбудливість здорової пульпи 2-6 мкА, гіпертрофічний 30-40мкА;

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.

2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.
3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.
4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.
5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. – Полтава: Дивосвіт, 2019. – 108 с.
6. 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
Електронні інформаційні ресурси
1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
3. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
4. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація 5. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)

Практичне заняття № 21

Тема: Хронічний гангренозний пульпіт: патоморфологія, клініка, діагностика. Некроз і атрофія пульпи. Конкрементозний пульпіт: етіологія і патогенез, патоморфологія, клініка, діагностика.

Мета: Вивчити етіологію, патоморфологію, клініку, діагностику хронічного гангренозного та конкрементозного пульпіту

Основні поняття: Хронічний гангренозний пульпіт: патоморфологія, клініка, діагностика. Некроз і атрофія пульпи. Конкрементозний пульпіт: етіологія і патогенез, патоморфологія, клініка, 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).

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 хронічного гангренозного та конкрементозного пульпіту під впливом місцевих факторів;
- основні клінічні признаки хронічного гангренозного та конкрементозного пульпіту
- методи клінічного і додаткового обстеження хворих;
- основні принципи диференційної діагностики.
- вміти візуально оцінити стан пацієнта, виявити наявність патологічних змін;
- провести опитування пацієнта;
- провести огляд порожнини рота;
- провести ЕОД;
- оцінити дані рентгензнімка.

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

1. Що характерно для вікових змін в пульпі:

А. Зниження клітинних елементів, збільшення колагенових волокон, зменшення рядів одонтобластів, формування дифузних відкладень солей вапна, зниження електрозбудливості пульпи

В. Збільшення оксіталанових і еластичних волокон, збільшення низько диференційованих клітин, зростання рядів одонтобластів, формування дифузних відкладень солей вапна

С. Підвищення вмісту клітинних елементів, зниження кількості колагенових волокон, збільшення рядів одонтобластів, підвищення електрозбудливості пульпи, формування дифузних відкладень солей вапна

Д. Підвищення вмісту клітинних елементів, зниження кількості колагенових волокон, збільшення рядів одонтобластов, зниження електрозбудливості пульпи, формування дифузних відкладень солей вапна

Е. Підвищення вмісту клітинних елементів, зниження кількості колагенових волокон, зменшення рядів одонтобластів, зниження електрозбудливості пульпи, формування дифузних відкладень солей вапна

2. Хвору турбує самовільний біль. Об'єктивно: в зубі 3.5 на жувальній поверхні глибока каріозна порожнина, дентин дна та стінок порожнини пухкий. Зондування дна порожнини болісне в одній точці. Біль від термічних

А. Гострий обмежений пульпіт

В. Гострий дифузний пульпіт

С. Гіперемія пульпи

Д. Загострення хронічного пульпіту

Е. Гострий гнійний пульпіт

3. Сплетіння Рашкова це:

- A. Субодонтобластичне нервово сплетіння
- B. Субодонтобластичне капілярне сплетіння
- C. Сплетіння з відростків Томса
- D. Субодонтобластичне венозне сплетіння
- E. Сплетіння пульпоцитів

4. Вкажіть, як вік пацієнта впливає на ефективність лікування оборотних форм пульпіту:

- A. Вік пацієнта повинен бути не більше 30 років
- B. Пацієнт повинен бути молодше 20 років
- C. Пацієнт повинен бути не старше 40 років
- D. Пацієнт повинен бути старше 21 років
- E. Вік не має значення

5. Гіперемія пульпи і хронічні пульпіти мають схожі риси:

- A. Біль зростає вночі
- B. Біль з'являється миттєво від подразників
- C. Біль зростає при переході з холодного приміщення до теплого
- D. Біль не з'являється миттєво від подразників
- E. Біль не зростає при переході з холодного

6. Вкажіть, які клітини є мало диференційовані:

- A. Одонтобласти
- B. Фібробласти
- C. Макрофаги
- D. Зірчасті клітини
- E. Моноцити

7. У хворого А., 47 років напади гострого мимовільного болю впродовж двох діб. Біль посилюються при прийомі їжі. Об'єктивно: на жувальній поверхні 17 зуба глибока порожнина, що не сполучається з порожниною зуба, зондування хворобливе в ділянці проекції рогу пульпи, напад болю від холодного подразника, триває близько 15 хв., перкусія хвороблива. Який найбільш вірогідний діагноз?

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

8. Пацієнт 39 років звернувся до стоматолога зі скаргами на короткочасну хворобливість в зубі нижньої щелепи від дії холодної їжі, зникаючу відразу після усунення подразника. Об'єктивно: на жувальній поверхні 35 зуба порожнина, заповнена розм'якшеним дентином, зондування порожнини незначне хворобливе, термопроба позитивна, перкусія негативна. Поставте діагноз.

- A. Гіперемія пульпи
- B. Хронічний фіброзний пульпіт
- C. Гострий дифузний пульпіт

D. Гострий глибокий карієс
E. Загострення хронічного пульпіту
9. Які форми пульпіту можуть бути зворотні:

- A. Конкрементозний
 - B. Гострий обмежений пульпіт
 - C. Гострий дифузний пульпіт
 - D. Гострий гнійний
 - E. Хронічний гангренозний пульпіт
10. Відросток Томса є відростком:

- A. Нейроглії
- B. Астроцита
- C. Одонтобласта
- D. Енамелобласта
- E. Фібробласта

11. Пацієнт скаржиться на самочинний, нападоподібний біль, що іррадіює у вуха. Біль посилюється від холодного та вночі. Біль з'явився 3 доби тому; його інтенсивність поступово зростала, Раніше зуб не турбував. Який найбільш ймовірний діагноз?

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

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

A. Питання для самоконтролю

1. Механізм виникнення хронічного гангренозного та конкрементозного пульпіту. Послідовність дій лікаря при клінічному обстеженні хворих з пульпітом.
2. Основні клінічні прояви хронічного гангренозного та конкрементозного пульпіту
3. Яку інформацію може отримати лікар при проведенні електроодонтометрії?
4. Охарактеризуйте рентгенологічну картину при хронічному гангренозного та конкрементозного пульпіту. Мета проведення даного дослідження при даній патології.

B. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.

1. Хворий 38-ми років скаржиться на ниючий біль у ділянці 46 зуба впродовж 2-х діб. Об'єктивно: на дистальній поверхні 46-го каріозна порожнина в межах біляпульпарного дентину, зондування дна безболісне, вертикальна перкусія позитивна, слизова оболонка навколо 46 зуба гіперемована. ЕОД - 115 мкА. Який найбільш ймовірний діагноз?

- A. Гострий серозний періодонтит
- B. Гострий гнійний пульпіт
- C. Гострий гнійний періодонтит
- D. Загострення хронічного періодонтиту
- E. Гострий локалізований пародонтит

2. Хворий 20-ти років скаржиться на напади гострого самовільного болю в 35, що триває 10-20 хвилин. Напади виникають одинири рази в день, підсилюються вночі. Зуб болить 2 дні. Який попередній діагноз?

- A. Гострий обмежений пульпіт
- B. Гострий дифузний пульпіт
- C. Гострий гнійний пульпіт
- D. Гострий глибокий карієс
- E. Гіперемія пульпи

3. Чоловік 34-х років звернувся до стоматолога зі скаргами на гострий нападоподібний самочинний біль у ділянці верхньої щелепи зліва, що посилюється від холодних подразників, іррадіює у вуха та скроню. Рік тому сильно болів 37, до лікаря не звертався. 3 дні тому знову виник біль. Об'єктивно: у 37 глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба. Зондування розкритої точки різко болісне. На рентгенограмі 37 у ділянці верхівок коренів визначається розширення періодонтальної щілини. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Хронічний пульпіт, що загострився
- B. Хронічний гранулематозний періодонтит, що загострився
- C. Хронічний фіброзний періодонтит, що загострився
- D. Гострий дифузний пульпіт
- E. Гострий гнійний пульпіт

4. Хвора 35-ти років скаржиться на наростаючий пульсуючий біль 26. Об'єктивно: у 26 каріозна порожнина, що виповнена розм'якшеним дентином, порожнина зуба закрита, зондування дна безболісне, перкусія різко болісна. Відзначається рухомість зуба I ступеня. Рентгенологічно змін не виявлено. Який найбільш імовірний діагноз?

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

5. Чоловік 27-ми років скаржиться на тривалий ниючий біль у 15 зубі під час

приймання їжі, особливо холодної. Іноді відмічає біль при зміні температури. Об'єктивно: в 15 зубі на дистальній поверхні каріозна порожнина, заповнена розм'якшеним дентином. При зондуванні відмічається біль. Електрозбудливість пульпи 35 мкА. Який найбільш імовірний діагноз?

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

6. Лікар-стоматолог проводить лікування хронічного гангренозного пульпіту 47-го зуба у пацієнта 28 років. Які дані під час проведення електроодонгометрії були отримані для підтвердження діагнозу: хронічний гангренозний пульпіт?

- A. ЕОД - 60 мкА
- B. ЕОД - 2-6 мкА
- C. ЕОД-10-12 мкА
- D. ЕОД - 110 мкА
- E. ЕОД - 20 мкА

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми заняття.

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1.	<u>Вивчати:</u> Етіологію і патогенез хронічного гангренозного та конкрементозного пульпіту	Назвати основні етіологічні фактори. Сформулювати механізм розвитку хронічного гангренозного та конкрементозного пульпіту під впливом етіологічних факторів.	
2.	Клініку, діагностику.	Перерахувати основні клінічні ознаки хронічного гангренозного та конкрементозного пульпіту Скласти послідовну схему використання основних клінічних і додаткових методів з метою діагностики захворювання.	

3.	Диф. діагностику.	Скласти і заповнити таблицю, де вказати з якими захворюваннями необхідно проводити диф. діагностику хронічного гангренозного та конкрементозного пульпіту хронічного гангренозного та конкрементозного пульпіту	
----	-------------------	---	--

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

Скласти план обстеження хворих з хронічним гангренозним пульпітом

Інструктивні матеріали для оволодіння професійними вміннями, навичками:

«Обстеження хворих з хронічним гангренозним пульпітом»

Компоненти дії	Умови і засоби дії	Критерії самоконтролю
1. Скарги	Пацієнт знаходиться в кріслі. З'ясувати характер болю, тривалість та причини його виникнення.	При закритій порожнині зуба: скарги на ниючий біль, що виникає переважно від гарячого, відчуття розпирання, незручності в зубі. При відкритій порожнині зуба: біль переважно від гарячого, повільно виникає і повільно проходить. Неприємний гнилісний запах з рота.
2. Анамнез	Опитати пацієнта та з'ясувати, коли вперше пацієнт відчув біль у зубі, чи лікувався зуб раніше.	При закритій порожнині зуба: з'ясовується, що гострий біль був відсутній; біль з самого початку носив ниючий характер і розвинувся поступово. При відкритій порожнині зуба відзначався гострий самовільний біль, який з часом змінився на ниючий.

3. Об'єктивно:		
а) огляд	Зібрані скарги та дані анамнезу, стоматологічні інструменти для огляду порожнини рота (зонд, дзеркало).	Зуб часто буває змінений в кольорі. При закритій порожнині зуба склепіння не розкрито, можлива наявність пломби. При відкритій порожнині зуба виявляється, що порожнина зуба розкрита в одній точці чи на значному протязі. Можна бачити отвір в склепінні, поверхня пульпи має сірий колір з З'ясувати: При закритій порожнині зуба зондування дна каріозної порожнини безболісне. При відкритій порожнині поверхнєве зондування пульпи безболісне, глибоке (в устях кореневих каналів) - болісне.
б) зондування	Стоматологічний зонд, дзеркало.	Вертикальна перкусія іноді буває слабо болюча.
в) перкусія	Стоматологічний інструментарій: зонд, дзеркало, пінцет.	З'ясувати, що пальпація слизової оболонки альвеолярного відростка в проекції верхівки кореня причинного зуба.
г) пальпація	Вказівним пальцем руки в рукавичках пальпується слизова оболонка альвеолярного відростка в проекції верхівки кореня причинного зуба.	Тривалий ниючий біль викликає гаряча вода.
4. Термодіагностика	Пустер з водою або склянка з холодною водою.	ЕОД 90 мкА і більше.
5. Електроодонтодіагностика	Прилад для проведення ЕОД з метою диференціювання з іншими формами пульпіту та з періодонтитом.	
6. Рентгендіагностика	Рентгензнімки	З рентгензнімку причинного зуба з'ясовуємо, що при

гангренозному пульпіті з відкритою порожниною зуба виявляється сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба. У 2/3 випадків гангренозний пульпіт призводить до нерівномірного розширення періодонтальної щілини навколо апекса.

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.
2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.
3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно

від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.

4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології: [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.

5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. – Полтава: Дивосвіт, 2019. – 108 с.

6. 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
Електронні інформаційні ресурси

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України

2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association

3. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України

4. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація 5. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)

Практичне заняття № 22

Тема: Пульпіт, що ускладнений періодонтитом. Етіологія, патоморфологія, клініка, діагностика, диференціальна діагностика. Методи знеболення при пульпіті. Лікарські засоби і способи їх застосування. Премедикація.

Мета: Вивчити етіологію, патоморфологію, клініку, діагностику, диференціальну діагностику пульпіту, що ускладнений періодонтитом. Методи знеболення при пульпіті. Лікарські засоби і способи їх застосування.

Основні поняття: Пульпіт, що ускладнений періодонтитом. Етіологія, патоморфологія, клініка, діагностика, диференціальна діагностика. Методи знеболення при пульпіті. Лікарські засоби і способи їх застосування. Премедикація.

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).

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 пульпіту, що ускладнений періодонтитом під впливом місцевих факторів;
- основні клінічні признаки пульпіту, що ускладнений періодонтитом методи клінічного і додаткового обстеження хворих;
- основні принципи диференційної діагностики.
- вміти візуально оцінити стан пацієнта, виявити наявність патологічних змін;
- провести опитування пацієнта;
- провести огляд порожнини рота;
- провести ЕОД;
- оцінити дані рентгензнімка.

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

1. Хворий К., скаржиться на періодичний довготривалий біль у 26, що виникає від термічних, хімічних, механічних подразників, при зміні температури навколишнього середовища, відчуття дискомфорту. В анамнезі: зуб пломбований з приводу глибокого карієсу, пломба випала рік тому. Об'єктивно: глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба в ділянці передньощічного рогу пульпи, перкусія безболісна, при зондуванні відзначається незначний біль у перфорованій точці та кровотеча. ЕОД – 50 мкА, термодіагностика болісна, біль триває деякий час. Поставте діагноз.
 - А. Хронічний фіброзний періодонтит
 - В. Гострий глибокий карієс
 - С. Некроз пульпи
 - Д. Хронічний простий пульпіт
 - Е. Хронічний глибокий карієс
2. Хворий К., скаржиться на періодичний тривалий біль в 16 зубі, що виникає при прийомі холодної їжі. В анамнезі: зуб пломбований з приводу глибокого карієсу, пломба випала місяць тому. Об'єктивно: глибока каріозна порожнина, що не сполучається з порожниною зуба, перкусія безболісна, зондування болісне по всьому дну каріозної порожнини, ЕОД– 45 мкА, термодіагностика болісна, довготривала. Поставте діагноз.
 - А. Хронічний фіброзний періодонтит
 - В. Хронічний глибокий карієс
 - С. Хронічний простий пульпіт
 - Д. Гострий глибокий карієс
 - Е. Некроз пульпи
3. Хворий Д., скаржиться на неприємні відчуття та кровотечу з зуба під час прийому їжі. Каріозна порожнина 36 з'явилася давно, за допомогою хворий не звертався, під час нічного болю приймав анальгетики. Об'єктивно: в 36 глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба. В каріозній порожнині - розростання грануляційної тканини. Перкусія,

пальпація, зондування безболісне, термодіагностика чутлива. ЕОД – 30 мкА. Поставте діагноз.

- А. Хронічний гранулюючий періодонтит
- В. Хронічний гранулематозний періодонтит
- С. Хронічний гіпертрофічний пульпіт
- Д. Хронічний маргінальний періодонтит
- Е. Хронічний гіпертрофічний папіліт

4. Хворий А., 28 років, скаржиться на довготривалий, ниючий біль у 37 при вживанні гарячої їжі. При огляді 37 змінений в кольорі, на жувальній поверхні глибока каріозна порожнина, яка сполучається з порожниною зуба, дентин дна та стінок розм'якшений. Поверхнєве зондування в перфораційній точці безболісне, коронкова пульпа сіро-чорного кольору, відчувається неприємний запах. Глибоке зондування кореневої пульпи болюче, перкусія чутлива, ЕОД – 80 мкА. Поставте діагноз.

- А. Хронічний фіброзний пульпіт
- В. Хронічний гіпертрофічний пульпіт
- С. Загострення хронічного пульпіту
- Д. Хронічний гангренозний пульпіт
- Е. Хронічний фіброзний періодонтит

5. Хворий А., 45 років, скаржиться на ниючий, тривалий біль у 46, який з'являється під дією температурних і хімічних подразників. Півроку тому спостерігався приступоподібний, мимовільний біль. За медичною допомогою не звертався. При огляді в 46 на жувальній поверхні глибока каріозна порожнина, дентин дна та стінок розм'якшений. Зондування болісне, порожнина зуба закрыта. При вживанні холодної води з'являється повільно наростаючий ниючий біль. Поставте діагноз.

- А. Хронічний простий (фіброзний) пульпіт
- В. Гострий глибокий карієс
- С. Хронічний глибокий карієс
- Д. Хронічний гангренозний пульпіт
- Е. Хронічний фіброзний періодонтит

6. Хворий С., 28 років, скаржиться на самовільний, сильний, пульсуючий біль на нижній щелепі зліва, який іррадіює в ділянку вуха, скроні, посилюється від гарячого, дещо зменшується від холодного подразника. При огляді в 36 – глибока каріозна порожнина, дентин розм'якшений, при зондуванні сталася перфорація порожнини зуба, з'явилась крапля гною з домішкою крові, інтенсивність болю знизилась. Поставте діагноз.

- А. Гострий гнійний пульпіт
- В. Гострий частковий пульпіт
- С. Гострий загальний серозний пульпіт
- Д. Загострення хронічного пульпіту
- Е. Гострий глибокий карієс

7. Хворий А., 20 р. скаржиться на біль та кровотечу в зубі на нижній щелепі зліва при вживанні твердої їжі. Об'єктивно: на медіально-жувальній поверхні 36 зуба велика каріозна порожнина, виповнена грануляційною тканиною,

зондування викликає кровотечу та біль в ділянці сполучення каріозної порожнини з пульповою камерою. Перкусія безболісна. ЕОД – 40 мкА. Встановіть діагноз.

- А. Хронічний гангренозний пульпіт
- В. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт
- С. Гіпертрофічний папіліт
- Д. Хронічний гіпертрофічний пульпіт
- Е. Фіброматоз ясен

8. У пацієнтки А., 34 роки, після зняття коронки з метою зміни конструкції протеза, в 46 у каріозній порожнині виявлена грануляційна тканина. При зондуванні під грануляційною тканиною виявлено сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба, при цьому виникла кровотеча та незначна болючість. Реакція на холодний подразник слабо болюча, на рентгенограмі у періапикальних тканинах 46 змін немає. Ясна блідо-рожеві, вологі. Результатом якого захворювання стало вrostання грануляційної тканини в каріозну порожнину?

- А. Розростання грануляційної тканини з перфораційного отвору по біфуркації коренів 46
- В. Загострення хронічного простого пульпіту
- С. Хронічний гіпертрофічний пульпіт
- Д. Гіпертрофія ясенного сосочка
- Е. Гранулюючий періодонтит

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

А. Питання для самоконтролю

1. Механізм виникнення пульпіту, що ускладнений періодонтитом. Послідовність дій лікаря при клінічному обстеженні хворих з пульпітом.
2. Основні клінічні прояви пульпіту, що ускладнений періодонтитом
3. Яку інформацію може отримати лікар при проведенні електроодонтометрії?
4. Охарактеризуйте рентгенологічну картину при пульпіті, що ускладнений періодонтитом. Мета проведення даного дослідження при даній патології.

Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.

1. Хвора, 25 років, скаржиться на ниючий біль у зубі на верхній щелепі зліва та кровотечу, що виникає при жуванні твердої їжі. При огляді в 26 зубі глибока каріозна порожнина, заповнена грануляційною тканиною. Остання легко кровоточить при зондуванні. Перкусія – безболісна. ЕОД – 40 мкА. Поставте діагноз.

- А. Поліп ясен
- В. Хронічний фіброзний пульпіт

С. Грануляції з ділянки біфуркації

Д. Гіпертрофічний гінгівіт

Е. Хронічний гіпертрофічний пульпіт

2. Чоловік 27 років скаржиться на тривалий ниючий біль у 15 зубі під час їжі, особливо холодної. Іноді відзначає біль при зміні температури навколишнього середовища. Об'єктивно: у 15 зубі на дистальній поверхні каріозна порожнина, заповнена розм'якшеним дентином. При зондуванні по дну каріозної порожнини відзначається біль. Електрозбудливість пульпи – 35 мкА. Який найбільш імовірний діагноз при даній клінічній ситуації?

А. Гострий середній карієс

В. Гострий глибокий карієс

С. Хронічний простий пульпіт

Д. Гіперемія пульпи

Е. Хронічний пульпіт, ускладнений періодонтитом

3. Які болі характерні для хронічного простого пульпіту?

А. Мимовільні, іррадіюючі болі

В. Мимовільні, пульсуючі болі

С. Ниючі, причинного характеру, що повільно затихають після усунення подразника

Д. Приступоподібні нічні болі, болі, що посилюються при накушуванні

Е. Болі від теплових подразників, зміни температури

4. Біль від гарячого, у попередньо лікованому з приводу пульпіту зубі, можливий у разі:

А. Перфорації дна порожнини зуба

В. Виведенні пломбувального матеріалу за верхівку

С. Неповної невротизації чи видалення пульпи

Д. Завищеної пломби

Е. Зламу інструмента в каналі

5. Як реагує зуб на перкусію при хронічному простому пульпіті?

А. Перкусія різкоболісна

В. Перкусія слабоболісна

С. Болісна горизонтальна перкусія

Д. Болісна вертикальна перкусія

Е. Безболісна перкусія

6. Як реагує зуб на перкусію при хронічному гіпертрофічному пульпіті?

А. Не реагує

В. Слабоболісна перкусія

С. Різкоболісна перкусія

Д. Перкусія викликає приступ болю

Е. Болісна горизонтальна перкусія

7. Вкажіть межу електрозбудливості пульпи з некрозом коронкової та кореневої пульпи:

А. 20-30 мкА

В. 50-70 мкА

С. 30-60 мкА

- D. 70-80 мкА
 Е. більше 100 мкА
8. Які болі характерні для конкрементозного пульпіту?
 А. Болі при зміні температури, болі при накушуванні
 В. Самовільні, приступоподібні болі з інтермісіями, що посилюються від холодного
 С. Біль при різких рухах, польотах в літаку, інколи з іррадіацією
 D. Біль при накушуванні, іррадіюючий по гілках трійчастого нерва, постійний
 Е. Нічний, ниючий, приступоподібний біль, який зменшується від теплого
9. Як реагує зуб на холодний подразник при хронічному простому пульпіті?
 А. Викликає приступ болю, який продовжується годинами
 В. Зуб не реагує
 С. Біль відразу зникає після ліквідації подразника
 D. З'являється тупий ниючий біль до 5 – 10 хв
 Е. З'являється приступоподібний, пульсуючий біль
10. Як реагує зуб на термічні подразники при хронічному гангренозному пульпіті?
 А. З'являється приступоподібний, іррадіюючий біль
 В. Реакція відсутня
 С. Біль підсилюється від холодного
 D. Біль підсилюється від гарячого
 Е. З'являється пульсуючий нічний біль
11. Болі, які характерні для хронічного гангренозного пульпіту:
 А. Мимовільний, приступоподібний нічний біль
 В. Болі, іррадіюючі по гілках трійчастого нерва, з короткими інтермісіями
 С. Болі від теплових подразників, що продовжуються після їх усунення, біль при зміні температури
 D. Самовільні приступоподібні болі з тривалими інтермісіями, що посилюються вночі
 Е. Болі при накушуванні, іррадіюючі по гілках трійчастого нерва
12. Хворий А., 45 років, скаржиться на сильний біль у 46, який з'являється під дією температурних і хімічних подразників. При огляді: в 46 на жувальній поверхні глибока каріозна порожнина, дентин дна та стінок розм'якшений. Зондування дна болісне, порожнина зуба закрита. Реакція на холод – короткотривалий больовий приступ. Поставте діагноз.
 А. Хронічний простий (фіброзний) пульпіт
 В. Гострий глибокий карієс
 С. Хронічний глибокий карієс
 D. Хронічний гангренозний пульпіт
 Е. Хронічний фіброзний періодонтит

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми заняття.

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
----------	------------------	----------	-----------

1.	<u>Вивчати:</u> Етіологію і патогенез пульпіту, що ускладнений періодонтитом.	Назвати основні етіологічні фактори. Сформулювати механізм розвитку пульпіту, що ускладнений періодонтитом під впливом етіологічних факторів.	
2.	Клініку, діагностику.	Перерахувати основні клінічні ознаки пульпіту, що ускладнений періодонтитом Скласти послідовну схему використання основних клінічних і додаткових методів з метою діагностики захворювання.	
3.	Диф. діагностику.	Скласти і заповнити таблицю, де вказати з якими захворюваннями необхідно проводити диф. діагностику пульпіту, що ускладнений періодонтитом	

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

Скласти послідовну схему використання основних клінічних і додаткових методів з метою діагностики загострення загостренням хронічного пульпіту хронічного пульпіту

Інструктивні матеріали для оволодіння професійними вміннями, навичками:

Обстеження хворих з загостренням хронічного пульпіту

Компоненти дії

1. Скарги

Умови і засоби дії

Пацієнт знаходиться в кріслі. З'ясувати характер болю, тривалість та причини його виникнення.

Критерії самоконтролю

Скарги на самовільний, нападоподібний біль. При накопиченні в каріозній порожнині залишків їжі з'являються самовільні гострі напади болю з іррадіацією за ходом гілок трійчастого нерва.

2. Анамнез	Опитати пацієнта та з'ясувати, коли вперше пацієнт відчув біль у зубі, чи лікувався зуб раніше.	Виявляється, що раніше спостерігався біль ниючого характеру від холодного чи гарячого або в наслідок потрапляння їжі в каріозну порожнину.
6. Об'єктивно:	Зібрані скарги та дані анамнезу, стоматологічні інструменти для огляду порожнини рота (зонд, дзеркало).	З'ясувати, що в зубі наявна глибока каріозна порожнина, пульпова камера відкрита або закрита рештками їжі.
а) огляд	Стоматологічний зонд, дзеркало.	Болісне
б) зондування	Стоматологічний інструментарій: зонд, дзеркало, пінцет.	З'ясувати, що вертикальна перкусія може бути болісною.
в) перкусія	Вказівним пальцем руки в рукавичках пальпується слизова оболонка альвеолярного відростка в проекції верхівки кореня причинного зуба.	З'ясувати, що пальпація слизової оболонки альвеолярного відростка в проекції верхівки кореня зуба безболісна.
г) пальпація	Пустер з водою або склянка з холодною водою.	Холодна вода може провокувати напад болю.
4. Термодіагностика	Прилад для проведення ЕОД з метою диференціювання з іншими формами пульпіту та з періодонтитом.	З'ясувати, що покази при ЕОД 80-90 мкА.
5. Електроодонтодіагностика	Рентгензнімки	З рентгензнімку причинного зуба з'ясовуємо, що періодонтальна щілина буде не змінена або може бути нерівномірне розширення періодонтальної щілини навколо апекса.
6. Рентгендіагностика		

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.
 2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.
 3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.
 4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.
 5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. – Полтава: Дивосвіт, 2019. – 108 с.
 6. 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
- Електронні інформаційні ресурси
1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
 2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association

3. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
4. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація 5. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)

Практичне заняття № 23

Тема: Методи лікування пульпіту. Обґрунтування вибору методу лікування пульпіту залежно від форми, перебігу та загального стану організму. Метод збереження пульпи (біологічний): показання до застосування. Методика лікування. Лікарські засоби, їх пропис. Ефективність застосування і можливі ускладнення.

Мета: вивчити методи лікування пульпіту, обґрунтування вибору методу лікування пульпіту залежно від форми, перебігу та загального стану організму, метод збереження пульпи (біологічний): показання до застосування, методику лікування, лікарські засоби, їх пропис, ефективність застосування і можливі ускладнення.

Основні поняття: методи лікування пульпіту, метод збереження пульпи (біологічний): показання до застосування. Лікарські засоби, їх пропис. Ефективність застосування і можливі ускладнення.

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).

Детальне знання методів лікування пульпіту та правильний вибір методу являється відповідальною складовою для ефективного лікування і залишається актуальною проблемою в стоматології.

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 різні методи лікування пульпіту
- вміти проводити вибір методу лікування пульпіту
- вміти проводити вибір методів лікування;
- знати показання і протипоказання до вибору методу.

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

1. Яка класифікація пульпітів, яких авторів прийнята за робочу класифікацію на кафедрі терапевтичної стоматології ОНМедУ?

А – Класифікація Гофунга Ю.М. 1927.

В – Класифікація ММІС. 1989.

С – Міжнародна класифікація пульпіту ВОЗ на основі МКБ-10.1997.

Д – Класифікація пульпіту КМІ. Урбанович Л.І., Яворська О.С.Київ.1964.

Е – Робоча класифікація кафедри про пропагандисти тер.стом. УМА. м.Полтава

2. Які форми гострих пульпітів є в робочій класифікації?

А – Вогнищевий, дифузний.

В – Травматичний

С – Загальний, гострий гнійний

Д – Гіперемія пульпи, дифузний, обмежений, травматичний, гнійний.

Е – Гострий частковий, гострий загальний.

3. Які форми хронічних пульпітів є в робочій класифікації?

А – Хронічні: фіброзний, гіпертрофічний.

В – Хронічні: фіброзний, гангренозний,

С – Хронічні: фіброзний, гіпертрофічний, гангренозний, конкрементозний.

Д – Хронічний кореневий.

Е – Хронічний простий.

4. Які форми пульпітів частіше всього ускладнюються періодонтитом?

А – Гострий обмежений.

В – Гострий травматичний.

С – Гострий дифузний.

Д - Гнійний

Е - Гострий гнійний, хронічний гангренозний

5. Які причини і шляхи проникнення інфекції при різних формах пульпіту?

А – Травматичний фактор

В – Захворювання тканин пародонту

С – Наявність каріозної порожнини

Д – Інтенсивність стирання зубів, хронічна травма

Е – Після оперативних лікувальних втручань на пародонті.

6. Причини виникнення хронічних форм пульпіту?

А – Алергічні фактори

В – Після препарування зуба

С – При періодонтиті сусіднього зуба

Д – Як наслідок гострого пульпіту, чи відразу хронічний перебіг

Е – Із кровотоком або лімфотоком через верхівку зуба при гострих інфекційних захворюваннях.

7. Які причини виникнення хронічного конкрементозного пульпіту?

- А – Після препарування зуба.
- В – При остеомієліт
- С – Через забій, удар зуба або перелом коронки зуба
- Д – Через підвищення пломби при лікуванні глибокого карієсу
- Е – Порушення обміну речовин у пульпі

8. Яка особлива клінічна картина пульпіту ускладненого періодонтитом?

- А – Скарги на самовільний приступоподібний біль у ділянці конкретного зуба або щелепи
- В – Подразники посилюють біль
- С – Біль посилюється вночі
- Д – Приступи болю тривають декілька годин, світлі промежутки короткі
- Е – Іррадіюча біль, що виникає спонтанно і посилюється при накушуванні на зуб

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

А. Питання для самоконтролю

1. Які показання для лікування пульпіту біологічним методом?
2. Які показання для лікування пульпіту методом вітальної ампутації?
3. Які протипоказання для лікування пульпіту біологічним методом?
4. Які протипоказання для лікування пульпіту методом вітальної ампутації?
5. Які показання для лікування пульпіту методом вітальної екстирпації?
6. Які протипоказання для лікування пульпіту методом вітальної екстирпації?
7. Які показання для лікування пульпіту методом девітальної ампутації?
8. Які протипоказання для лікування пульпіту методом девітальної ампутації?
9. Які показання для лікування пульпіту методом девітальної екстирпації?
10. Які протипоказання для лікування пульпіту методом девітальної екстирпації?
11. Які показання для лікування пульпіту комбінованим методом?

Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.

1. Хворій К., 25 років був поставлений діагноз: гіперемія пульпи 26 зуба, локалізація каріозної порожнини 1 класу по Блеку.

Який метод лікування пульпіту показаний в даному випадку?

- А – біологічний
- В – вітальна ампутація
- С – вітальна екстирпація
- Д – девітальна ампутація
- Е – комбінований метод

2. Хворому Д., 30 років був поставлений діагноз: хронічний фіброзний пульпіт 36 зуба. Який метод лікування показаний?

- А – Комбінований метод
- В – Вітальна екстирпація
- С – Девітальна екстирпація
- Д – Консервативний метод
- Е – Вітальна ампутація

3. У хворого 28 років був поставлений діагноз хронічний гангренозний пульпіт 46 зуба, каріозна порожнина 1 клас по Блеку.

Який метод лікування показаний?

- А – Комбінований метод
- В – Вітальна екстирпація
- С – Девітальна екстирпація
- Д – Консервативний метод
- Е – Вітальна ампутація

4. Яка форма пульпіту є показаною для лікування вітальною екстирпацією?

- А – Гіперемія пульпи
- В – Гострий травматичний пульпит
- С – Гострий гнійний пульпит
- Д – Гострий обмежений пульпит
- Е – Хронічний фіброзний пульпит якщо вік до 30 років.

5. Які форми пульпіту показані для лікування вітальною ампутацією?

А – Гострий дифузний пульпіт в першу добу його виникнення у однокоренових зубах

- В – Гіперемія пульпи у однокоренових зубах
- С – Гострий обмежений пульпіт у однокоренових зубах
- Д – Різні форми пульпіту у багатокоренових зубах
- Е – Пульпіт ускладнений періодонтитом

6. Які показання до лікування пульпіту комбінованим методом?

- А – Гострі форми пульпіту
- В – Хронічні форми пульпіту
- С – Різні форми пульпіту у однокоренових зубах
- Д – Різні форми пульпіту у багато коренових зубах, якщо є добре

прохідні і непрохідні канали

- Е – Пульпіт ускладнений періодонтитом

7. Які показання до лікування пульпіту де вітальною екстирпацією?

А – При непереносимості анестетиків внаслідок сенсibiliзації організму до них, відказ від ін`акції, вагітність

- В – Гіперемія пульпи
- С – Гострий травматичний пульпіт в першу добу його виникнення
- Д – Хронічний конкрементозний пульпіт
- Е – Пульпіт ускладнений періодонтитом

8. Які показання до лікування пульпіту девітальною ампутацією?

- А – Різні форми пульпіту у однокорневих зубах
- В – Хронічний конкрементозний пульпіт
- С – Різні форми пульпіту в зубах, якщо канали непрохідні через їх облітерацією, важкопрохідні канали через викривлення кореня
- Д – Пульпіт ускладнений періодонтитом
- Е – Хронічний гангренозний пульпіт

9. Який метод лікування пульпіту відноситься до комбінованого (змішаного) ?

А – Метод при котрому одні канали пломбують твердіючою пастою, а інші нетвердіючою

В – Метод при котрому в добре прохідних каналах проводять екстирпацію і канали пломбують твердіючою пастою, а на непрохідних каналах проводять девіталізацію пульпи, імпрегнацію і на вустя накладають муміфікуючу пасту.

С – Метод при котрому спочатку проводять девіталізацію пульпи, а при виникненні болю вітальну екстирпацію

Д – Метод при котрому в разі неефективності вітальної екстирпації подальше проводять девіталізацію пульпи

Е – Метод котрий проводять при пульпіті ускладненому при періодонтиті. Перше відвідування проводять вітальну екстирпацію і закривають герметичною пов'язкою, а в друге пломбують канали.

В. Задачі для самоконтролю з відповідями.

1. Хворий Н. 28 років скаржиться на гострий самовільний біль в лівій половині нижньої щелепи, нічний біль, що посилюється в лежачому положенні. Біль виникла дві доби тому. Під час огляду на виставній поверхні 36 зуба каріозна порожнина в межах біля пульпарного дентину.

А – Якій найбільшвірогідний діагноз?

В – Які методи лікування показані?

С – Виберить один з методів

Д – обґрунтуйте обраний метод лікування

2. Хворий В. 35 років скаржиться на біль ниючого тягнучого характеру, який виникає від різних подразників і не зникає відразу після припинення їх дій, біль виникає при зміні температури навколишнього середовища та при відсмоктуванні із 36 зуба. В 36 зубі каріозна порожнина глибока 1 класу по Блеку. Зондування різко болісне біля рогу пульпової порожнини, викликає кровотечу.

А – Якій найбільшвірогідний діагноз?

В – Які методи лікування показані?

С – Виберить один з методів лікування

Д – Обґрунтуйте обраний метод

3. Хвори К. 42 роки скаржиться на ниючу біль в 46 зубі під час їжі від механічних подразників, відчуття розпирання від термічних подразників (гарячого), після усунення подразника біль поступово стихає, відчуття незручності в зубі і неприємний запах із зуба.

А – Яка форма пульпіту характерна при таких симптомах?

В – Які методи лікування показані?

С – Виберить один з методів

Д – Обґрунтуйте обраний метод

4. Хвора Д. 22 роки скаржиться на ниючу короткочасну біль в 37 зубі, який виникає самовільно і триває 1-2 хвилини, біль частіше підгострий, «стріляючий», пульсуючий, інтермисії (безбольові проміжки) тривають 6-12-24 години, біль виникає від різних подразників (термічний, хімічний, механічний), з'являється в ночі часом відчуття важкості в зубі. При огляді в 37 зубі глибока каріозна порожнина 1 клас по Блеку з тонким шаром при пульпарного дентину, дентин ромякшений, зондування болюче по всьому дну, пульпова камера закрита. Від холодного різкий біль, що триває 1-2 хвилини після усунення подразника.

А – Який найбільш вірогідний діагноз?

В – Які методи лікування показані?

С – Виберить один з методів

Д – Обґрунтуйте обраний метод

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми заняття.

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4
1	Провести обстеження хворого, Поставити заключний діагноз : гіперемія пульпи 16 зуба. Каріозна порожнина 1 класу по Блеку, хворому 20 років	Вибрати метод лікування: біологічний, вітальна ампутація чи екстирпація, девітальна ампутація чи екстирпація.	Консервативний біологічний метод
2	Які показання данної форми пульпіту до консервативного методу?	Обґрунтувати вибір біологічного методу лікування пульпіту.	Форма пульпіту, вік хворого, локалізація каріозної порожнини
3	Виявити перенесені і супутні захворювання	В розділі «Анамнез життя» перенесені і супутні захворювання.	Відсутні перенесені інфекційні захворювання та хронічні супутні по системам організму.

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

1. Розібрати на таблицях та в атласі етапи консервативного методу лікування пульпіту.
2. Провести препарування каріозної порожнини на фантомі.

3.Продемонструвати методику приготування і накладання лікувальної прокладки.

Інструктивні матеріали для оволодіння професійними вміннями, навичками:

Схема орієнтованої основи дії:"Накладання лікувальної та ізолюючої підкладки"

Етапи роботи	Засоби та умови для роботи	Критерії самоконтролю
1. Візьміть фантом з вілпрепарованою порожниною	Фантом, каріозні порожнини 1-5 класу.	Порожнини в фантомних зубах відповідають 1-5 класам по Блеку.
2. Проведіть медикаментозну обробку порожнини та її висушування	Перекис водню3%, вата, підігріте повітря, розчин антибіотику, пінцет.	Порожнина обезжирена
3. Підготувати лікувальну пасту	Дусав, кальцімол, скло, стоматологічний шпатель.	Компоненти "Кальцеміну" замішуються до сметано-подібної консистенції.
4. Накласти лікувальну пасту в каріозну порожнину.	Гладилка, пінцет стоматологічний, вата.	Кальцемін, кальцімол накладається тонким шаром на дно порожнини і модулюється ватним тампоном.
5. Накласти ізолюючу підкладку з водного дентину.	Гладилка, підготований на склі водний дентин, пінцет, вата.	Водний дентин мусить ізолювати кальцемін від дії фосфатцементу.
6. Накласти ізолюючу підкладку з фосфатцементу.	Скло, гладилка, шпатель, штопфер,цемент "Фосфат".	Ізолююча підкладка в фосфатцементу повністю закриває водний дентин та заповнює 1/3 каріозної порожнини.

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.

2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. — 2011. — 231с.

3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. — 25 с.

4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.

5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. — Полтава: Дивосвіт, 2019. — 108 с.

6. 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
Електронні інформаційні ресурси

1. <http://moz.gov.ua> — Міністерство охорони здоров'я України

2. www.ama-assn.org — Американська медична асоціація / American Medical Association

3. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України

4. <http://bma.org.uk> — Британська медична асоціація 5. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)

Практичне заняття № 24

Тема: Вітальний ампутаційний метод лікування пульпіту: показання, методика, лікарські засоби. Ефективність методу. Методи ізоляції зуба від слини при ендодонтичному лікуванні. Набір для накладання кофердаму: склад, призначення. Етапи накладання кофердаму залежно від клінічної ситуації. Вітальний екстирпаційний метод лікування пульпіту: показання, методика, лікарські засоби. Ефективність методу, можливі ускладнення. Діатермокоагуляція. Показання, методика проведення, ускладнення.

Мета: Ознайомити студентів з показаннями, протипоказаннями та методикою проведення вітального хірургічного лікування пульпіту; студенти повинні оволодіти методиками розкриття і розробки порожнини зуба, пульпотомії та пульпектомії, медикаментозної та інструментальної обробки кореневих каналів, пломбування кореневих каналів; надати студентам вміння призначати

та проводити вітальний хірургічний метод лікування пульпіту (пульпотомію і пульпектомію).

Основні поняття: Вітальний ампутаційний метод лікування пульпіту: показання, методика, лікарські засоби. Ефективність методу. Методи ізоляції зуба від слини при ендодонтичному лікуванні. Набір для накладання кофердаму: склад, призначення. Етапи накладання кофердаму залежно від клінічної ситуації. Вітальний екстирпаційний метод лікування пульпіту: показання, методика, лікарські засоби. Ефективність методу, можливі ускладнення. Діатермокоагуляція. Показання, методика проведення, ускладнення.

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).

Вже понад 30 років у практиці лікарів-стоматологів вітальний хірургічний метод лікування пульпіту користується значною популярністю. Це зумовлено значною економією робочого часу лікаря і хворого, утриманням від вживання токсичних речовин (наприклад, девіталізуюча паста), зниженням ризику інфікування ендодонту за рахунок зменшення кількості маніпуляцій. Розвиток сучасних місцевоанестезуючих засобів дозволяє хворому уникнути зайвої зустрічі з лікарем.

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);

Студенти повинні знати: анатомічну будову пульпи зубів різних груп; показання та протипоказання до вітального хірургічного методу лікування пульпіту; методику проведення вітального хірургічного методу лікування пульпіту (пульпотомії і пульпектомії).

На основі теоретичних знань з теми вміти:

- визначати на схемі, малюнку, слайді та в атласі етапи проведення вітального хірургічного методу лікування пульпіту (пульпотомії і пульпектомії);
- на фантомі проводити розкриття і розробку порожнини зуба;
- вміти проводити ампутацію і екстирпацію пульпи;
- застосовувати лікувальні підкладки при проведенні вітальної ампутації;
- вживати ендодонтичні інструменти при проведенні вітальної екстирпації на фантомному зубі;
- проводити медикаментозну та інструментальну обробку, пломбування кореневих каналів та каріозної порожнини.

2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки

базових знань за темою заняття:

1. Хворий віком 29 років скаржиться на гострий нападоподібний біль у ділянці верхньої щелепи зліва, верхньощелепної пазухи, ока, скроні. Біль посилюється вночі, напади тривають 2—3 год, "світлі" проміжки — 10-20 хв. Біль виникла 2 доби тому. Недавно переніс гостре респіраторне захворювання. Об'єктивно: на жувальній поверхні 26 зуба є глибока каріозна порожнина, зондування дна болісне, температурні подразники провокують напад болю, реакція на перкусію — незначний біль. Установіть діагноз:

- A. Гострий дифузний пульпіт
- B. Гострий обмежений пульпіт
- C. Гострий верхівковий періодонтит
- D. Гайморит
- E. Загострений хронічний періодонтит.

2. Хворий віком 38 років скаржиться на гострий нападоподібний біль у ділянці верхньої щелепи зліва, ока, скроні. Напади болю тривають 2—3 год, виникають вночі, біль посилюється від холодного. Об'єктивно: на жувальній поверхні 26 зуба є глибока каріозна порожнина. Зондування дна болісне в проекції рогу пульпи, температурні подразники провокують тривалий напад болю, реакція на перкусію незначно болісна. Установіть діагноз:

- A. Загострений хронічний пульпіт
- B. Пульпіт, ускладнений періодонтитом
- C. Гострий обмежений пульпіт
- D. Гострий дифузний пульпіт
- E. Гострий гнійний пульпіт.

3. Хвора віком 26 років звернулася до стоматолога зі скаргами на мимовільний нападоподібний біль у правій половині нижньої щелепи, який з'явився 2 доби тому. Біль посилюється вночі, під час приймання їжі, особливо гарячої. Напади болю тривають 1—2 год, "світлі" проміжки — 20—30 хв. Об'єктивно: на дистально-жувальній поверхні 47 зуба виявлена глибока каріозна порожнина із залишками їжі та розм'якшеним, незначно пігментованим дентином. Зондування дна порожнини та перкусія болісні. Назвіть найбільш імовірний діагноз:

- A. Загострений хронічний періодонтит
- B. Гострий дифузний пульпіт
- C. Загострений хронічний пульпіт
- D. Гострий верхівковий періодонтит
- E. Гострий обмежений пульпіт.

4. Хворий скаржиться на мимовільний, нападоподібний біль у зубах нижньої щелепи зліва, який іррадіює по ходу гілок трійчастого нерва, віддає у вухо. Біль виник 2 доби тому. Об'єктивно: на жувальній поверхні 36 зуба є глибока каріозна порожнина, яка не сполучається з порожниною зуба, виповнена світлим, розм'якшеним дентином. Зондування дна порожнини і перкусія зуба болісні, холодна вода провокує напад болю. Установіть діагноз:

- A. Загострений хронічний пульпіт
- B. Гострий гнійний пульпіт
- C. Гострий обмежений пульпіт
- D. Гострий серозний періодонтит
- E. Гострий дифузний пульпіт.

5. Хворий скаржиться на появу нападів болю, що тривають протягом 1—1,5 год, у зубах нижньої щелепи зліва. Біль іррадіює у вуха, потилицю, а також посилюється під час вживання холодної та гарячої їжі. Об'єктивно: на жувально-медіальній поверхні 36 зуба є глибока каріозна порожнина. Зондування всього дна болісне і провокує напад болю. Перкусія болісна. Який найбільш імовірний діагноз:

- A. Гострий гнійний пульпіт
- B. Гострий обмежений пульпіт
- C. Гострий дифузний пульпіт
- D. Хронічний конкрементозний пульпіт
- E. Гострий глибокий карієс?

6. Хворий віком 34 роки скаржиться на тривалі (1 — 1,5 год) напади болю, що провокуються різними подразниками. Також біль виникає спонтанно вночі, іррадіює в праве вуха. "Світлі" проміжки — 20—30 хв. Біль виник 2 доби тому. Об'єктивно: на жувальній поверхні 45 зуба є глибока каріозна порожнина, її стінки та дно виповнені розм'якшеним світлим дентином. Від холодної води виникає тривалий напад різкого болю. Установіть діагноз:

- A. Гострий обмежений пульпіт
- B. Гострий дифузний пульпіт
- C. Гострий гнійний пульпіт
- D. Загострений хронічний фіброзний пульпіт
- E. Хронічний конкрементозний пульпіт.

7. Хворий віком 48 років скаржиться на різкий невсцухаючий біль у зубах нижньої щелепи справа протягом 2 діб, особливо нестерпний уночі. Біль, що стає пульсівним, іррадіює в кут нижньої щелепи, шию, вуха, потилицю, трохи всцухає від холодного. Об'єктивно: на контактній медіально-жувальній поверхні 46 зуба є глибока каріозна порожнина. Дентин дна і стінок порожнини твердий, пігментований. Зондування різко болісне в одній точці, реакція на перкусію позитивна, реакція на гаряче — різко позитивна, біль довго не всцухає, ЕОД — 45 мкА. Визначте діагноз:

- A. Гострий дифузний пульпіт
- B. Гострий періодонтит
- C. Гострий обмежений пульпіт
- D. Гострий гнійний пульпіт
- E. Загострений хронічний пульпіт.

8. На прийом прийшов пацієнт із пляшкою холодної води, яка заспокоює сильний, практично постійний біль у зубі. Який найбільш імовірний попередній діагноз:

- A. Гострий гнійний пульпіт
- B. Гострий обмежений пульпіт
- C. Загострений хронічний пульпіт
- D. Гострий дифузний пульпіт
- E. Гострий серозний періодонтит?

9. У хворого впродовж останньої ночі виникали напади болю в зубах обох щелеп справа. Біль пульсівний, рвучкий, нестерпний, майже постійний, не всцухає, лише дещо зменшувалася його інтенсивність. Від теплового полоскання біль різко посилюється, від холоду — заспокоюється. Об'єктивно: на присінковій поверхні в

при-шийковій ділянці 17 зуба є пломба з композиту. Від холодної води біль заспокоюється, перкусія 17 зуба — болісна. Який найбільш імовірний діагноз:

- A. Гострий правосторонній гайморит
- B. Гострий серозний періодонтит
- C. Загострений хронічний пульпіт
- D. Гострий гнійний пульпіт
- E. Гострий дифузний пульпіт?

Відповіді: 1-A, 2-D, 3-B, 4-E, 5-C, 6-B, 7-D, 8-A, 9-D.

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

A. Питання для самоконтролю

1. Показання та протипоказання до застосування методу вітальної пульпотомії.
2. Дати характеристику сучасним лікувальним прокладкам.
3. Методика ампутації пульпи, які інструменти та техніка їх застосування.
4. Етапи і методика проведення вітальної пульпектомії в одне відвідування.
5. Як проводиться екстирпація пульпи, техніка використання пульпекстрактору.
6. Методи гемостазу при вітальній пульпектомії.
7. Загальна характеристика медикаментозних засобів для антисептичної обробки корневих каналів

B. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.

1. Пацієнту віком 20 років з діагнозом гострого травматичного пульпіту 36 зуба було проведено лікування методом вітальної ампутації. У чому суть даного методу:

- A. Видалення під анестезією пульпи з добре прохідних корневих каналів
- B. Видалення пульпи повністю під анестезією
- C. Видалення частини пульпи після її попередньої девіталізації
- D. Збереження пульпи зуба
- E. Проведення знеболення, видалення коронкової пульпи, накладання лікувальної пасти на кореневу пульпу, пломбування?

2. У хворого діагностовано гострий гнійний пульпіт 36 зуба. З метою лікування 36 зуба методом вітальної екстирпації проведена інфільтраційна анестезія 2% розчином ультракаїну з 0,5 мл адреналіну. Після проведення анестезії пацієнт почервонів, відчув різкий біль у ділянці грудей і живота, утруднення дихання, після чого почав утрачати свідомість. АТ — 100/50 мм рт. ст., пульс ниткоподібний, частота дихання 18 за 1 хв. Півроку тому була проведена аналогічна анестезія з приводу лікування карієсу 13 зуба, побічних ефектів не було. Який найбільш імовірний діагноз ускладнення:

- A. Травматичний (больовий) шок
- B. Непритомність унаслідок стресу на проведену маніпуляцію
- C. Медикаментозний анафілактичний шок
- D. Інфаркт міокарда
- E. Непритомність унаслідок больової реакції?

3. Хвора віком 29 років під час лікування 37 зуба з приводу пульпіту через кілька хвилин після аплікаційного знеболення аерозолем 10% розчину лідокаїну поскаржилася на утруднене дихання, запаморочення, головний біль. Об'єктивно: значний набряк слизової оболонки порожнини рота, особливо губи. Яке ускладнення виникло у хворої:

- A. Спазм м'язів гортані психогенного генезу
- B. Токсична дія лідокаїну
- C. Повітряна емфізема
- D. Опік лідокаїном
- E. Алергійний набряк (Квінке)?

4. Хвора віком 19 років скаржиться на мимовільний гострий біль у 26 зубі, що триває 1—2 хв. Біль виник 2 доби тому, провокують його також хімічні та температурні подразники. Об'єктивно: на жувальній поверхні 21 зуба є глибока каріозна порожнина, що не сполучається з порожниною зуба. Дентин дна і стінок розм'якшений, зондування дна каріозної порожнини болісне. Перкусія та пальпація безболісні, на холододовий подразник виникає короткочасний біль. Виберіть метод лікування:

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

5. Хворий віком 18 років скаржиться на мимовільний нападоподібний короткочасний (тривалість нападу — 10—15 хв) локалізований біль у 26 зубі, який виник добу тому. Об'єктивно: на жувальній поверхні 26 зуба є глибока каріозна порожнина I класу за Блемом. Дентин стінок і дна світлий, розм'якшений, каріозна порожнина не сполучається з порожниною зуба. Зондування дна каріозної порожнини різко болісне в точці проекції рогу пульпи, на холододовий подразник виникає різкий біль. Який найбільш раціональний метод лікування в даному випадку:

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

6. Хворому віком 22 роки під час лікування гострого глибокого карієсу 26 зуба, а саме препарування каріозної порожнини I класу за Блемом, стоматолог випадково оголив ріг пульпи. Який метод лікування необхідно обрати:

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

7. Хворому віком 46 років після обстеження встановлено діагноз хронічного конкрементозного пульпіту 27 зуба. На рентгенограмі виявлено, що конкремент знаходиться в коронковій частині порожнини зуба, займає близько 1/4 її об'єму. Виберіть адекватний метод лікування:

- A. Вітальна ампутація пульпи

- В. Біологічний метод
- С. Девітальна екстирпація пульпи
- Д. Вітальна екстирпація пульпи
- Е. Девітальна ампутація пульпи.

8. Пацієнт віком 72 роки з артеріальною гіпертензією 2 тиж тому переніс гіпертонічний криз. Стоматологом установлений діагноз хронічного фіброзного пульпіту 37 зуба. Який метод лікування пульпіту доцільно обрати в даному випадку:

- А. Вітальну екстирпацію пульпи
- В. Девітальну екстирпацію пульпи
- С. Вітальну ампутацію пульпи
- Д. Біологічний метод
- Е. Девітальну ампутацію пульпи?

Відповіді: 1-Е, 2-С, 3-Е, 4-В, 5-С, 6-А, 7-Д, 8-В.

В. Задачі для самоконтролю з відповідями.

1. Пацієнтка віком 25 років скаржиться на мимовільний нападопо- дібний біль у 13 зубі, який виник 3 міс тому. Інколи біль виникає після попадання їжі в каріозну порожнину. Об'єктивно: у пришийковій ділянці 13 зуба є глибока каріозна порожнина. Зондування дна болісне в точці, де розкрита пульпа. Перкусія 13 зуба безболісна, ЕОД — 40 мкА. Який найбільш раціональний метод лікування в даному випадку:

- А. Вітальна ампутація пульпи
- В. Біологічний метод
- С. Вітальна екстирпація пульпи
- Д. Комбінований метод
- Е. Девітальна екстирпація пульпи?

2. Хворому віком 23 роки встановлено діагноз гострого дифузного пульпіту 15 зуба, ускладненого гострим фокальним періодонтитом. Який з методів лікування повинен обрати лікар:

- А. Вітальну екстирпацію пульпи
- В. Девітальну екстирпацію пульпи
- С. Вітальну ампутацію пульпи
- Д. Біологічний метод
- Е. Девітальну ампутацію пульпи?

3. Хвора віком 17 років скаржиться на нападоподібний, пульсівний біль у ділянці зубів верхньої щелепи справа, який посилюється від гарячого. Об'єктивно: на жувальній поверхні 17 зуба є глибока каріозна порожнина, виповнена пігментованим, розм'якшеним дентином. Зондування дна та вертикальна перкусія 17 зуба болісні. Який метод лікування треба обрати:

- А. Розкрити порожнину зуба і призначити полоскання
- В. Біологічний метод
- С. Вітальну ампутацію пульпи
- Д. Вітальну екстирпацію пульпи
- Е. Девітальну ампутацію пульпи?

4. Хворому віком 20 років установлений діагноз гострого дифузного пульпіту 11 зуба. Який метод лікування необхідно використати:

- A. Біологічний (консервативний)
- B. Вітальну екстирпацію пульпи
- C. Вітальну ампутацію пульпи
- D. Комбінований метод
- E. Девітальну ампутацію пульпи?

5. У хворого віком 20 років протягом останньої доби в 36 зубі з'явився мимовільний нападоподібний біль, що триває 5—10 хв. Об'єктивно: на жувально-дистальній поверхні 36 зуба є глибока каріозна порожнина, яка в одній точці сполучається з порожниною зуба. Зондування відкритої пульпи болісне, перкусія безболісна. Зуб планується використати для опори під мостоподібний протез. Який метод лікування потрібен у даному випадку:

- A. 36 зуб не можна використати як опору під протез
- B. Біологічний метод
- C. Вітальна ампутація пульпи
- D. Девітальна ампутація пульпи
- E. Вітальна екстирпація пульпи?

6. Хвора віком 46 років скаржиться на біль і кровоточивість із каріозної порожнини 27 зуба під час їди. Раніше в цьому зубі виникав мимовільний гострий біль. Об'єктивно: на жувальній поверхні 27 зуба є глибока каріозна порожнина, виповнена м'якою тканиною червоного кольору. Під час зондування цього утворення виникають біль і кровотеча. Який із перелічених методів лікування найбільш імовірний:

- A. Девітальна ампутація пульпи
- B. Висікання утворення і пломбування зуба
- C. Вітальна екстирпація пульпи
- D. Вітальна ампутація пульпи
- E. Біологічний метод?

7. Через місяць після проведення біологічного методу лікування гострого обмеженого пульпіту в 26 зубі в пацієнта виник ниючий біль від гарячих подразників. Об'єктивно: на жувально-дистальній поверхні 26 зуба є каріозна порожнина, повністю виповнена пломбою. Перкусія 26 зуба безболісна, від холодної води виникає ниючий біль, ЕОД — 40 мкА. Який метод лікування найдоцільніший у даному випадку:

- A. Девітальна ампутація пульпи
- B. Вітальна ампутація пульпи
- C. Вітальна екстирпація пульпи
- D. Накладання на пульпу пасти з кортикостероїдними препаратами
- E. Фізіотерапевтичне лікування?

8. У хворого віком 20 років з гострим глибоким карієсом 46 зуба під час препарування каріозної порожнини випадково оголений медіально-щічний ріг пульпи. Який най-раціональніший метод подальшого лікування:

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

Відповіді: 1-С, 2-А, 3-Д, 4-В, 5-Е, 6-С, 7-С, 8-А.

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми заняття.

№	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1.	Визначити показання до застосування вітального хірургічного методу лікування пульпіту.	Врахувати вік, загальний стан хворого, дані основних та додаткових методів дослідження.	
2.	Скласти у зошиті послідовність етапів вітальної пульпотомії та пульпектомії.	Розкрити особливості препарування, інструментальної та медикаментозної обробки тканин зуба.	
3.	Визначити лікувальні пасти, анестетики, антисептики, засоби для розширення кореневих каналів, що необхідні для даного методу.	Виписати в зошиті рецепти антисептичних засобів, анестетиків, девіталізуючих та муміфікуючих речовин.	

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

1. Розібрати на таблицях та в атласі етапи вітального хірургічного методу лікування пульпіту (пульпотомія і пульпектомія).
2. Провести препарування каріозної порожнини, розкриття та розробку пульпової камери на фантомі.
3. Провести розширення кореневих каналів технікою “Crown down” на фантомі.
4. Запломбувати кореневі канали пластичним твердучим матеріалом та гутаперчовим штифтом на фантомі.

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.
 2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.
 3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.
 4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.
 5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. – Полтава: Дивосвіт, 2019. – 108 с.
 6. 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
- Електронні інформаційні ресурси
1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
 2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
 3. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
 4. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
 5. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)

Практичне заняття № 25

Тема: Девіталізація пульпи: показання до застосування, методика проведення, лікарські засоби. Девітальна екстирпація пульпи. Показання, етапи лікування, сучасні технології. Можливі ускладнення та їх усунення. Ефективність методу. Девітальний ампутаційний та комбінований методи лікування пульпіту. Показання до застосування. Методика проведення: етапи, лікарські

засоби. Недоліки та можливі ускладнення.

Мета: Ознайомити студентів з показаннями, протипоказаннями та методикою проведення девітального хірургічного лікування пульпіту; студенти повинні оволодіти методиками розкриття рогу пульпи, накладання девіталізуючої пасти, пульпотомії та пульпектомії, медикаментозної та інструментальної обробки кореневих каналів, пломбування кореневих каналів; надати студентам вміння призначати та проводити девітальний хірургічний метод лікування пульпіту.

Основні поняття: Девіталізація пульпи: показання до застосування, методика проведення, лікарські засоби. Девітальна екстирпація пульпи. Девітальний ампутаційний та комбінований методи лікування пульпіту.

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).

В арсеналі сучасних методів лікування пульпіту девітальний хірургічний метод зберігає свою актуальність. Це зумовлено запобіганням ускладнень лікування, що виникають під час проведення вітальних методів лікування (як-то: кровотеча з кореневого каналу, травматизація періодонту при лікуванні під знеболенням, алергічні реакції на анестетики тощо). З іншого боку, несвоєчасність звертання хворих до лікаря в деяких випадках не дає можливість повного або часткового збереження пульпи, що зумовлює необхідність застосування хірургічних методів лікування пульпіту.

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);

Студенти повинні знати: анатомічну будову пульпи зубів різних груп; показання та протипоказання до девітального хірургічного методу лікування пульпіту; методику проведення девітального хірургічного методу лікування пульпіту.

На основі теоретичних знань з теми вміти:

- визначати на схемі, малюнку, слайді та в атласі етапи проведення девітального хірургічного методу лікування пульпіту;
- на фантомі проводити розкриття рогу пульпи та накладання девіталізуючої пасти;
- вживати ендодонтичні інструменти при проведенні девітального хірургічного методу лікування пульпіту на фантомному зубі;
- проводити медикаментозну та інструментальну обробку, пломбування кореневих каналів та каріозної порожнини.

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

1. Хворий скаржиться на мимовільний нападоподібний біль у 15 зубі та лівій половині верхньої щелепи, що виник 2 доби тому. Напад болю триває 10—30 хв, проміжки між нападами до 3 год. Біль посилюється від дії холодкових подразників. Об'єктивно: на жувальній поверхні 15 зуба є глибока каріозна порожнина, виповнена світлим розм'якшеним дентином, зондування дна болісне в точці проекції рогу пульпи, реакція на холодковий подразник позитивна, перкусія 15 зуба безболісна. Визначте діагноз:

- A. Загострений хронічний пульпіт
- B. Гострий дифузний пульпіт
- C. Гіперемія пульпи
- D. Гострий глибокий карієс
- E. Гострий обмежений пульпіт.

2. Хворого протягом останніх двох діб непокоїть гострий мимовільний нападоподібний короткочасний біль у 36 зубі, який посилюється під час уживання їжі. Об'єктивно: на жувальній поверхні 36 зуба є глибока каріозна порожнина, яка не сполучається з порожниною зуба. Зондування болісне в ділянці проекції рогу пульпи. Від холодкового подразника виникає напад болю, який триває 10—15 хв після припинення його дії. Перкусія безболісна. Який найбільш імовірний діагноз:

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

3. Хвора віком 22 роки скаржиться на короткочасний (10—20 хв) нападоподібний біль у 26 зубі з тривалими (1—2 год) "світлими" проміжками. Зуб заболів вперше. Об'єктивно: на жувальній поверхні 26 зуба виявлена глибока каріозна порожнина, порожнина зуба не відкрита, під час зондування виникає біль у ділянці проекції рогу пульпи. Температурні подразники провокують різкий біль, перкусія зуба безболісна, регіонарні лімфатичні вузли не пальпуються. Визначте діагноз:

- A. Загострений хронічний пульпіт
- B. Гострий глибокий карієс
- C. Гострий дифузний пульпіт
- D. Гострий гнійний пульпіт
- E. Гострий обмежений пульпіт.

4. Жінка віком 40 років скаржиться на короткочасний (10—20 хв) мимовільний нападоподібний біль, а також біль від гарячого та холодного в 46 зубі. Об'єктивно: на жувальній поверхні 46 зуба є глибока каріозна порожнина з великою кількістю розм'якшеного дентину. Зондування дна болісне в одній точці — у проекції рогу пульпи, температурні подразники провокують напад болю. ЕОД — 25 мкА. Який найбільш імовірний діагноз:

- A. Гострий дифузний пульпіт

- B. Гострий гнійний пульпіт
- C. Гострий обмежений пульпіт
- D. Хронічний фіброзний пульпіт
- E. Загострений хронічний пульпіт?

5. Хвора віком 18 років скаржиться на гострий безпричинний нападоподібний біль у 17 зубі, що іррадіює в праве око та ділянку скроні. Об'єктивно: на медіально-жувальній поверхні 17 зуба є глибока каріозна порожнина в межах навколопульпового дентину. Дентин світлий, розм'якшений. Зондування дна порожнини болісне, реакція на холодний подразник різко позитивна, ЕОД — 40 мкА. Визначте діагноз:

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

6. Хворого протягом 2 діб непокоїть мимовільний нападоподібний біль, що виникає вночі, у 24 зубі та лівій половині верхньої щелепи. "Світлі" проміжки короткі. Біль іррадіює в ліву половину верхньої щелепи та вухо. Об'єктивно: на жувально-дистальній поверхні 24 зуба є каріозна порожнина в межах навколопульпового дентину, виповнена розм'якшеним дентином. Зондування дна порожнини і перкусія 24 зуба болісні. Визначте попередній діагноз:

- A. Гострий дифузний пульпіт
- B. Гострий глибокий карієс
- C. Загострення хронічного періодонтиту
- D. Гострий обмежений пульпіт
- E. Гострий гнійний пульпіт.

7. Жінка віком 28 років скаржиться на гострий мимовільний нападоподібний біль у зубі нижньої щелепи зліва, який іррадіює у вухо. Напад болу триває 1—1,5 год. Біль з'явився 3 доби тому. Об'єктивно: на жувальній поверхні 36 зуба виявлена глибока каріозна порожнина, яка не сполучається з порожниною зуба. Зондування дна каріозної порожнини та перкусія 36 зуба болісні. Який найбільш імовірний діагноз:

- A. Гострий обмежений пульпіт
- B. Гострий серозний періодонтит
- C. Загострений хронічний періодонтит
- D. Гострий дифузний пульпіт

E. Загострений хронічний пульпіт?

8. Хвора віком 38 років звернулася зі скаргами на гострий мимовільний нападоподібний біль у зубі верхньої щелепи зліва, який триває протягом 1—2 год. За добу виникає 3—5 нападів, біль переважно посилюється вночі та від термічних і механічних подразників, іррадіює у вухо, скроню. Об'єктивно: на жувальній поверхні 27 зуба є глибока каріозна порожнина, що не сполучається з порожниною зуба, дентин м'який, зондування провокує гострий біль по всьому дну каріозної порожнини. Перкусія болісна, пальпація слизової оболонки в ділянці верхівки 27

зуба безболісна. Визначте діагноз:

- A. Гострий обмежений пульпіт
- B. Гострий дифузний пульпіт
- C. Загострений хронічний пульпіт
- D. Гострий серозний періодонтит
- E. Гострий гнійний пульпіт.

Відповіді: 1-Е, 2-С, 3-Е, 4-С, 5-Е, 6-А, 7-Д, 8-В.

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

A. *Питання для самоконтролю*

1. Показання та протипоказання до застосування методу девітальної пульпектомії.
2. Методика розкриття рогу пульпи і накладання девіталізуючої пасти.
3. Дати характеристику сучасним препаратам девіталізуючої дії.
4. Методика ампутації пульпи, які інструменти та техніка їх застосування.
5. Як проводиться екстирпація пульпи, техніка використання пульпекстрактору.
6. Сучасні техніки інструментальної обробки кореневих каналів.
7. Загальна характеристика медикаментозних засобів для розширення кореневих каналів.
8. Сучасні антисептики для хімічної обробки кореневих каналів.
9. Методи пломбування кореневих каналів (огляд).

B. *Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.*

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

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

2. У хворого віком 34 роки діагностований гострий гнійний пульпіт 36 зуба. Для проведення вітальної екстирпації проведена інфільтраційна анестезія 4% розчином ультракаїну з адреналіном. Розкриття порожнини зуба було дуже болісне. Яке знеболення необхідно провести для продовження лікування пульпіту:

- A. Повторну інфільтраційну анестезію
- B. Загальне знеболення
- C. Провідникову анестезію
- D. Внутрішньопульпову анестезію
- E. Електрознеболення?

3. Хворому 48 років з гострим гнійним пульпітом 36 зуба для лікування необхідно зробити анестезію. Яку анестезію доцільно провести в даній ситуації:

- A. Внутрішньопульпову
- B. Інфільтраційну
- C. Аплікаційну
- D. Електрознеболення
- E. Провідникову?

4. Хвора віком 19 років скаржиться на мимовільний гострий біль у 26 зубі, що триває 1—2 хв. Біль виник 2 доби тому, провокують його також хімічні та температурні подразники. Об'єктивно: на жувальній поверхні 21 зуба є глибока каріозна порожнина, що не сполучається з порожниною зуба. Дентин дна і стінок розм'якшений, зондування дна каріозної порожнини болісне. Перкусія та пальпація безболісні, на холододовий подразник виникає короточасний біль. Виберіть метод лікування:

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

5. Хворий віком 18 років скаржиться на мимовільний нападоподібний короточасний (тривалість нападу — 10—15 хв) локалізований біль у 26 зубі, який виник добу тому. Об'єктивно: на жувальній поверхні 26 зуба є глибока каріозна порожнина I класу за Блемом. Дентин стінок і дна світлий, розм'якшений, каріозна порожнина не сполучається з порожниною зуба. Зондування дна каріозної порожнини різко болісне в точці проєкції рогу пульпи, на холододовий подразник виникає різкий біль. Який найбільш раціональний метод лікування в даному випадку:

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

6. Хворому віком 22 роки під час лікування гострого глибокого карієсу 26 зуба, а саме препарування каріозної порожнини I класу за Блемом, стоматолог випадково оголив ріг пульпи. Який метод лікування необхідно обрати:

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

7. Хворому віком 46 років після обстеження встановлено діагноз хронічного конкрементозного пульпіту 27 зуба. На рентгенограмі виявлено, що конкремент знаходиться в коронковій частині порожнини зуба, займає близько 1/4 її об'єму. Виберіть адекватний метод лікування:

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

8. Пацієнт віком 72 роки з артеріальною гіпертензією 2 тиж тому переніс

гіпертонічний криз. Стоматологом установлений діагноз хронічного фіброзного пульпіту 37 зуба. Який метод лікування пульпіту доцільно обрати в даному випадку:

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

Відповіді: 1-E, 2-C, 3-E, 4-B, 5-C, 6-A, 7-D, 8-B.

B. Задачі для самоконтролю з відповідями.

1. Хворий віком 40 років скаржиться на неприємний запах із 45 зуба, тривалий біль у зубі від гарячого. Об'єктивно: на жувальній поверхні 45 зуба виявлена каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба. Поверхнєве зондування безболісне, глибоке — болісне. Від гарячої води виникає біль. Слизова оболонка в ділянці 44, 45 зубів без змін. Назвіть раціональний метод лікування:

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

2. У пацієнтки віком 27 років з гострим глибоким карієсом 26 зуба під час препарування каріозної порожнини випадково була оголена пульпа в ділянці медіально-щічного рогу пульпи. Оберіть метод лікування:

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

3. Пацієнтка віком 23 роки скаржиться на короткочасний біль від термічних подразників у 46 зубі. Об'єктивно: на жувальній поверхні 46 зуба виявлена глибока каріозна порожнина, виповнена світлим розм'якшеним дентином. Зондування всього дна порожнини болісне, ЕОД — 10 мкА, Під час препарування каріозної порожнини на її дні в одній точці з'явилася крапелька крові. Яку пасту доцільно покласти на дно каріозної порожнини:

- A. Параформальдегідну
- B. З кортикостероїдами
- C. Миш'яковисту
- D. Кальцидонт
- E. Резорцин-формалінову?

4. Під час лікування хворого віком 30 років з приводу гострого гнійного пульпіту 35 зуба було вирішено провести пломбування каналу способом холодної латеральної конденсації гутаперчі. Яким засобом краще за все провести стерилізацію гутаперчі:

- A. Спиртом 96%
- B. 3% розчином перексиду водню
- C. 5,25% розчином натрію гіпохлориду

- D. Потрійним розчином
 E. 0,1% розчином хлоргексидину?
5. Хворому віком 36 років установлений діагноз гострого дифузного пульпіту 45 зуба. Проведені препарування, екстирпація пульпи, механічне та медикаментозне оброблення кореневих каналів. Як необхідно провести пломбування кореневого каналу:
- A. До фізіологічної верхівки
 B. До анатомічної верхівки
 C. До рентгенологічної верхівки
 D. За верхівку
 E. На 3/5 довжини кореневого каналу?
6. Під час лікування гострого обмеженого пульпіту методом вітальної екстирпації лікар визначив, що 25 зуб має широкий прямий канал. Який варіант пломбування кореневого каналу слід вважати найкращим:
- A. До рентгенологічної верхівки кореня
 B. До фізіологічного звуження кореня
 C. Виведення матеріалу за рентгенологічну верхівку на 1 мм
 D. Пломбування каналу, не доходячи 3 мм до верхівки кореня
 E. Пломбування каналу на 3/5 його довжини?
7. Хворому віком 36 років з діагнозом хронічного фіброзного пульпіту 17 зуба проведені препарування, екстирпація пульпи, інструментальне та медикаментозне оброблення каналів. Як необхідно провести пломбування каналів:
- A. До анатомічної верхівки
 B. До рентгенологічної верхівки
 C. За верхівку
 D. До фізіологічної верхівки
 E. Не доходячи 0,3 см до верхівки?

Відповіді: 1-D, 2-D, 3-D, 4-C, 5-A, 6-B, 7-D.

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми заняття.

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1.	Визначити показання до застосування девітального та комбінованого хірургічного методу лікування пульпіту.	Врахувати вік, загальний стан хворого, дані основних та додаткових методів дослідження.	
2.	Скласти у зошиті послідовність етапів девітальної пульпотомії та пульпектомії. Скласти послідовність етапів комбінованого метода лікування пульпіту	Розкрити особливості препарування, інструментальної та медикаментозної обробки тканин зуба.	

3.	Визначити препарати девіталізуючої дії, анестетики, антисептики, засоби для розширення корневих каналів, що необхідні для даного методу.	Виписати в зошиті рецепти антисептичних засобів, анестетиків, девіталізуючих та муміфікуючих речовин.	
----	--	---	--

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

1. Розібрати на таблицях та в атласі етапи девітального хірургічного методу лікування пульпіту.
2. Провести препарування каріозної порожнини, розкриття рогу пульпи та накладання девіталізуючої пасти на фантомі.
3. Провести розширення корневих каналів технікою “Step back” на фантомі.
4. Запломбувати кореневі канали пластичним твердучим матеріалом та гутаперчовим штифтом на фантомі.

Інструктивні матеріали для оволодіння професійними вміннями, навичками: Розширення корневих каналів технікою “Step back”

Після видалення вмісту каналу і його антисептичної обробки визначають його робочу довжину. Підбирається інструмент найменшого діаметра, що вільно доходить до апікального звуження. Якщо канал вигнутий, то інструмент бажано зігнути, чи застосувати більш гнучкий (нітіфлекс-файл, флексофайл).

Обробку каналу починають з апікальної області. Метою її є не тільки видалення інфікованого дентину, але і розширення каналу для створення апікального упора. Він необхідний для забезпечення надійного ущільнення гутаперчі біля апікального звуження, і запобіганню витиснення її та сілера за апекс. Формування апікального упора починають інструментами найменшого діаметра, спилюючи дентин при русі інструмента на себе, чи обертовими рухами, які повинні бути не більшими ніж при під заводці механічного годинника (1/4 обороту). Після кожної заміни інструмента канал промивають для видалення обпилків і дезінфекції. Якщо виникають труднощі при введенні в канал інструмента більшого діаметра, раціонально використати флексофайли “Golden Medium”, чи збільшити час обробки останнім інструментом. При необхідності повторного використання інструмента, його необхідно очистити від дентинних ошкорок, і знову змазати лубрикантом.

Формування апікального упора вузьких каналів необхідно проводити як мінімум до 25 розміру. Рекомендується у верхніх центральних різцях упор робити до 35-60 розміру, в іклах, нижніх премолярах – до 30-50 розміру й в інших зубах – до 25-40 розміру. Необхідно мати на увазі, що чим більше скривлений канал, тим меншого розміру файл варто використовувати. Після створення апікального упора обробляють нижню третину кореневого каналу. Розширення каналу проводять файлами, діаметр яких на один розмір більше інструмента, за допомогою якого створювали апікальний упор. Його довжина повинна бути на 1-2 мм менше робочої довжини. При робочій довжині каналу 20 мм створено апікальний упор інструментом 25 діаметра. Наступний файл 30 розміру вводять у канал на довжину 19 мм. Після промивання каналу для усунення уступів варто знову повернутися до інструмента 25 розміру, і обробити їм стінки на повну робочу довжину. За такою схемою проводять подальшу обробку каналу з послідовним зменшенням глибини введення інструмента і збільшенням його діаметра до досягнення верхньої третини каналу. Якщо необхідно видалити з каналу товстий шар некротизованого дентину чи додати поперечному перетину більш правильну округлу чи овальну форму, доцільно використовувати “Hedstroem-File”, який володіє більшою здатністю до різання. Вибирають інструмент на один розмір менший, чим попередній файл. Хедстрем-файл полегшує також перехід до файлу більшого діаметра. Обробку верхньої третини каналу можна закінчити інструментами типу “Gates Glidden”, “Largo”. Для цього послідовно використовують інструменти відповідних розмірів: 2, 3, 4. Однак більш безпечним є застосування “К-файлів” великого діаметра. Після розширення всього каналу, вирівнюють його стінки по всій довжині “Hedstroem File” такого розміру, яким закінчували формування апікального упору.

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.
 2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.
 3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.
 4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.
 5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. – Полтава: Дивосвіт, 2019. – 108 с.
 6. 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
- Електронні інформаційні ресурси
1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
 2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
 3. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
 4. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
 5. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)

Практичне заняття № 26

Тема: Силери та філери для пломбування кореневих каналів при пульпіті: групи, властивості, показання до застосування. Способи пломбування

кореневих каналів при лікуванні пульпіту методом центрального штифта, вертикальної конденсації гутаперчі, холодної і теплої латеральної конденсації гутаперчі. Помилки та ускладнення.

Мета: Засвоїти класифікацію пломбувальних матеріалів для кореневих каналів, вивчити фізико-хімічні властивості пломбувальних матеріалів для кореневих каналів, способи пломбування кореневих каналів при лікуванні пульпіту методом центрального штифта, вертикальної конденсації гутаперчі, холодної і теплої латеральної конденсації гутаперчі.

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).

Завершальним етапом ендодонтичного лікування є пломбування всієї складної системи кореневого каналу та його анатомічних розгалужень. Для заповнення каналів застосовують найрізноманітніші пломбувальні матеріали. Без вміння обрати пломбувальний матеріал та запломбувати якісно кореневий канал є неможливим позитивний прогноз щодо тривалого функціонування зуба.

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. класифікацію пломбувальних матеріалів для кореневих каналів
2. вимоги до пломбувальних матеріалів для кореневих каналів
3. фізичні й хімічні властивості пломбувальних матеріалів для кореневих каналів
4. характеристики силерів для пломбування кореневих каналів
5. показання до застосування силерів для пломбування кореневих каналів

- вміти:

1. приготувати потрібний пломбувальний матеріал
2. провести пломбування кореневих каналів різними методами

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

Завдання № 1. Який з каналів кореневого зуба вимагає найбільших зусиль для досягнення апікальної конструкції та підготовки до пломбування?

1. Піднебінний.
2. Медіально-щочний.
3. Дистальний.
4. Дистально-щочний.

5. Язиковий.

Завдання № 2. Цифра на торцевій частині хвостовика вказує на:

1. Довжину інструмента.
2. Діаметр кінчика робочої частини інструмента.
3. Діаметр робочої частини на відстані 16 мм від кінчика.
4. Довжину робочої частини інструмента.
5. Діаметр основи робочої частини інструмента.

Завдання № 3. Лікар планує проведення пломбування кореневого каналу 21 зубу. Який матеріал не бажано використовувати для цього?

1. Цинк-евгенольний цемент.
2. Форедент.
3. Цинк-фосфатний цемент.
4. Ендометазон.
5. Сілапекс.

Завдання № 4. Помічник лікаря готує для пломбування кореневих каналів 37 зубу резорцин-формалінову пасту. Яка речовина використовується при цьому як каталізатор?

1. 40 % розчин формаліну.
2. Кристали резорцину.
3. Окис цинку.
4. 7 % розчин гідроокису натру.
5. Сульфат барію.

Завдання № 5. Для пломбування пастою кореневих каналів 46 зубу лікар застосовує бормашину. Який ендодонтичний інструмент повинен бути використаний?

1. Гутаконденсор.
2. Спредер.
3. Плагер.
4. Каналонаповнювач.
5. Коренева голка.

Завдання № 6. Кореневий канал вважається вірно запломбованим, якщо при рентгенологічному дослідженні виявляється, що він заповнений:

1. На 1/2 довжини кореня.
2. На 2/3 довжини кореня.
3. На всю рентгенологічну довжину кореню.
4. На 1 мм менш, ніж рентгенологічна довжина кореню.
5. На 1 мм більш, ніж рентгенологічна довжина

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 кореневих каналів.
2. Характеристика пластичних пломбувальних матеріалів, що не твердіють.

3. Характеристика пластичних пломбувальних матеріалів, що твердіють.
4. Тверді пломбувальні матеріали.
5. Методи пломбування кореневих каналів пастами та цементами.
6. Методи контролю якості пломбування кореневих каналів.
7. Помилки та ускладнення при obturaції кореневих каналів

Б. *Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.*

Завдання № 1. Лікар планує провести ендодонтичне лікування 24 зуба.

Вкажіть кількість коренів та каналів цього зуба.

1. 1 корінь та 1 канал.
2. 1 корінь та 2 канали.
3. 2 кореня та 2 канали.
4. 2 кореня та 3 канали.
5. 3 кореня та 3 канали.

Завдання № 2. Рентгенологічна довжина кореня 11 зуба складає 13 мм.

Вкажіть найімовірнішу робочу довжину каналу цього зуба.

1. 10 мм.
2. 11 мм.
3. 12 мм.
4. 13 мм.
5. 14 мм.

Завдання № 3. Під час інструментальної обробки кореневого каналу першим було використано К-файл найменшого розміру, що дозволяв проникнути на робочу довжину каналу. За яким методом планується провести інструментальну обробку?

1. Crown down.
2. Stap back.
3. За Вінніченком.
4. За Лукомським.

Завдання № 4. Лікар планує проведення пломбування кореневих каналів

37 зуба, які важко проходити. Який матеріал бажано використовувати для цього?

1. Цинк-евгенольний цемент.
2. Фoredент.
3. Цинк-фосфатний цемент.
4. Ендометазон.
5. Сілапекс.

Еталони відповідей:

Завдання № 1 – 3.

Завдання № 2 – 3.

Завдання № 3 – 2.

Завдання № 4 – 2.

В. *Задачі для самоконтролю з відповідями.*

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми заняття.

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1.	Вивчити якісні характеристики сучасних пломбувальних матеріалів для пломбування кореневих каналів	Скласти таблицю сучасних пломбувальних матеріалів для пломбування кореневих каналів пломбувальних матеріалів для пломбування кореневих каналів	
2.	Вивчити методи пломбування кореневих каналів	Скласти алгоритм пломбування кореневих каналів пластичними матеріалами (сілером) ручним способом; пломбування кореневих каналів пластичним матеріалом за допомогою каналонаповнювача	

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

1. Пломбування кореневих каналів пластичними матеріалами (сілером) ручним способом
2. Пломбування кореневих каналів пластичним матеріалом за допомогою каналонаповнювача
3. Пломбування кореневих каналів способом центрального штифта або одного конуса

Інструктивні матеріали для оволодіння професійними вміннями, навичками:

Пломбування кореневих каналів пластичними матеріалами (сілером) ручним способом

Спосіб рекомендований для пломбування широких та скривлених кореневих каналів

1. Попередні етапи: препарування каріозної порожнини, розробка порожнини зуба, медіко-інструментальна обробка кореневого каналу.
2. Придати пацієнту необхідне положення: на нижній щелепі – вертикальне (сидячи), на верхній – горизонтально (лежачи).

3. Зуб ізолювати валиками або кофердамом від ротової рідини, висушити.
4. Паперовими штифтами або ватними турундами видалити з кореневого каналу залишки вологи.
5. Приготувати пломбувальний матеріал за методикою, описаною в інструкції к пломбувальному матеріалу класу сілерів (резодент, ендометазон)
6. Боковими рухами заповнити пастою робочу частину кореневої голки, витягувати її вдовж осі, добиваючись рівномірного, тонкого покривання матеріалом.
7. Ввести голку с матеріалом в канал до верхівки кореня і виконати декілька зворотньо-поступових рухів, чередуючи їх з ротаційними. Продовжувати ротаційні рухи голкою. Плавнo вивести її з каналу.
8. Голку знову погрузить в матеріал (п.6) и повторити дії п.7.
9. Ватяну турунду на кореневій голці обробить порошком матеріалу і одним поступовим рухом конденсувати матеріал в верхівковій частині каналу.
10. Продовжити заповнення каналу матеріалом, послідовно виконуючи п.6,7,9 і не пошкоджуючи ущільнений матеріал в верхівкових ділянках каналу.
11. Після заповнення всього каналу пломбувальний матеріал замісити більш густо, нанести на вустя і конденсувати ватяним тампоном за допомогою пінцета.
12. Провести рентгенологічний контроль якості пломбування (кореневий канал має бути заповнений повністю).
13. Закрити зуб тимчасовою пломбою

Пломбування корневих каналів пластичним матеріалом за допомогою каналонаповнювача

1. Попередні етапи: препарування каріозної порожнини, розробка порожнини зуба, медіко-інструментальна обробка кореневого каналу.
2. Придати пацієнту необхідне положення: на нижній щелепі – вертикальне (сидячи), на верхній – горизонтально (лежачи).
3. Зуб ізолювати валиками або кофердамом від ротової рідини, висушити.
4. Паперовими штифтами або ватними турундами видалити з кореневого каналу залишки вологи.
5. Приготувати пломбувальний матеріал за методикою, описаною в інструкції к пломбувальному матеріалу класу сілерів (резодент, ендометазон)
6. Боковими рухами заповнити пастою робочу частину кореневої голки, витягувати її вдовж осі, добиваючись рівномірного, тонкого покривання матеріалом.
7. Ввести голку с матеріалом в канал до верхівки кореня і виконати декілька зворотньо-поступових рухів, чередуючи їх з ротаційними. Продовжувати ротаційні рухи голкою. Плавнo вивести її з каналу.

8. Спіраль каналонаповнювача, зафіксованого в наконечнику, погрузити в підготований матеріал і покрити її рівномірним шаром матеріалу.
9. Каналонаповнювач з матеріалом ввести в кореневий канал на робочу глибину і включити бормашину. Частота оборотів 800-1000 об/хв.
10. Виповнити каналонаповнювачем декілька зворотньо-поступових рухів. Плавна витягти каналонаповнювач з каналу, не виключи швидкості.
11. Виключити бормашину і знову погрузити каналонаповнювач в матеріал, а потім ввести його в канал.
12. Повторити п.9,10,11.
13. Після пломбування матеріал ущільнити над каналом за допомогою тугого ватного тампона пінцетом.
14. Провести рентгенологічний контроль якості пломбування (кореневий канал має бути заповнений повністю).
15. Закрити зуб тимчасовою пломбою

Пломбування корневих каналів способом центрального штифта або одного конуса

Спосіб рекомендований для пломбування кореневого каналу круглого січення

1. Підбирають майстер-штифт в кореновому каналі по останньому розміру майстер-файла.
2. Попередні етапи: препарування каріозної порожнини, розробка порожнини зуба, медіко-інструментальна обробка кореневого каналу.
3. Придати пацієнту необхідне положення: на нижній щелепі – вертикальне (сидячи), на верхній – горизонтально (лежачи).
4. Зуб ізолювати валиками або кофердамом від ротової рідини, висушити.
5. Паперовими штифтами або ватними турундами видалити з кореневого каналу залишки вологи.
6. Приготувати пломбувальний матеріал за методикою, описаною в інструкції к пломбувальному матеріалу класу сілерів (резодент, ендометазон)
7. Ввести невелику кількість сілера на кореневій голці або каналонаповнюваче в кореневий канал. Штифт обмочити в сілер і ввести в канал до легкого супротивлення.
8. Частини штифтів, котрі виступають в порожнину зуба, зрізають розігрітим інструментом.
9. Провести рентгенологічний контроль якості пломбування (кореневий канал має бути заповнений повністю).
10. Закрити зуб тимчасовою пломбою

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.
 2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.
 3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.
 4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.
 5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. – Полтава: Дивосвіт, 2019. – 108 с.
 6. 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
- Електронні інформаційні ресурси
1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
 2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
 3. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
 4. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
 5. www.gmc-uk.org -

Практичне заняття № 27

Тема: Періодонтит: етіологія, патогенез, класифікація (І.Г. Лукомського, М.А. Грошикова, С.А Вайндруха, МКХ-10). Патологічна анатомія гострих і хронічних періодонтитів. Гострий медикаментозний і травматичний верхівковий періодонтит: етіологія, патогенез, клініка, діагностика. Гострий серозний періодонтит інфекційного генезу: клініка, діагностика. Гострий гнійний верхівковий періодонтит: етіологія, патогенез, клініка, діагностика.

Мета: вивчити етіологію, патогенез, класифікації періодонтита, навчитись клінічним та додатковим методам діагностики гострих форм періодонтиту

Основні поняття: Періодонтит: етіологія, патогенез, класифікація (І.Г. Лукомського, М.А. Грошикова, С.А Вайндруха, МКХ-10). Гострий медикаментозний і травматичний верхівковий періодонтит: Гострий серозний періодонтит інфекційного генезу: клініка, діагностика. Гострий гнійний верхівковий періодонтит: етіологія, патогенез, клініка, 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).

Періодонтит - це запалення верхівкової частини періодонта. Знання етіології та патогенезу актуальні в аспекті припинення та лікування періодонтиту зубів. Знання класифікації періодонтиту необхідні для діагностики та дифдіагностики. За відсутності лікування гострий і хронічний пульпіт переходить у гострий періодонтит. Це захворювання може бути спровоковане травмою, медикаментами, алергенами. Клініка гострого періодонтиту характеризується бурхливим перебігом і прогресивним запаленням зі зміною одних симптомів на інші.

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:

Етіопатогенез періодонтиту;

Класифікацію періодонтиту

Клініку та рентгенологічну картину гострих періодонтитів

Шляхи руху ексудату із періодонтальної щілини

По яким ознакам відрізняють гострі періодонтити від хронічних

Додаткові методи дослідження при гострих та хронічних формах періодонтиту

Володіти методиками:

- вміти візуально оцінити стан пацієнта, виявити наявність патологічних змін;
- вміти провести опитування пацієнта;
- вміти провести огляд порожнини рота, виявити причинний зуб, провести його зондування та порівняльну перкусію;
- вміти провести ЕОД;
- вміти оцінювати дані рентгенограми.

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

1. Скільки функцій виконує періодонтальна зв'язка?

- А – 4.
- В – 2.
- С – 7.
- Д – 6.
- Е – 5.

2. Які з вказаних нижче факторів є найбільш важливими у виникненні ускладнень карієсу?

- А – Мікроорганізми та продукти їхньої життєдіяльності.
- В – Гостра механічна травма.
- С – Хімічна травма.
- Д – Всі вище згадані.
- Е – Підвищена активність амілази слини.

3. З якою метою проводиться ЕОД?

- А – для оцінки стану ясен і характеру запального процесу.
- В – Для контролю результатів лікування пульпіта.
- С – Для визначення порогу електрозбудливості пульпи.
- Д – Для визначення якості гігієни порожнини рота.
- Е – Для визначення ступеню патологічної стираючої дії зубів.

4. Яка основна речовина періодонту?

- А – Гепарин.
- В – Гіалуронова кислота.
- С – А та В
- Д – Ні А ні В

5. Якої з нижче вказаних форм періодонтиту немає за І.Г.Лукомським?

- А – Гострий серозний Рт.
- В – Хронічний фіброзний Рт
- С – Все вище перераховане.
- Д – Пульпіт ускладнений Рт.
- Е – Загострений Рт.

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

А. Питання для самоконтролю

1. Механізм виникнення гострого серозного періодонтиту.
2. Послідовність дій лікаря при клінічному обстеженні хворих з періодонтитом.
3. Основні клінічні прояви гострого серозного періодонтиту.
4. Яку інформацію може отримати лікар при проведенні електроодонтометрії?
5. Охарактеризуйте рентгенологічну картину при гострого серозного періодонтиті. Мета проведення даного дослідження при даній патології.

Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.

1. З якими формами пульпіту в першу чергу необхідно проводити диференційну діагностику гострого серозного періодонтиту?
А – Гострий гнійний пульпіт.
В – Гіперемія пульпи.
С – Хронічний фіброзний пульпіт.
Д – Хронічний конкрементозний пульпіт.
Е – Хронічний гіпертрофічний пульпіт.
2. Який метод дослідження використовується для диференційної діагностики пульпіта та періодонтита?
А – ЕОД.
В – Пальпація ясен.
С – Визначення глибини зубо-ясенної кишені.
Д – Вакуум – тест за Кулаженко.
Е – Волдирна проба.
3. Який із вказаних нижче факторів міг спричинити розвиток гострого серозного періодонтиту?
А – Зниження імунітету.
В – Травма
С – Препарування глибокої каріозної порожнини без водяного охолодження.
Д – Підвищена активність секреторного IgA.
Е – Цукровий діабет.
4. Біль при перкусії присутня при таких захворюваннях:
А – Хронічний фіброзний пульпіт.
В – Гострий періодонтит.
С – Глибокий карієс.
Д – Гіперемія пульпи.
Е – Хронічний фіброзний періодонтит.
5. Рентгенологічне дослідження при гострому періодонтиті проводиться з метою:
А – Виявлення порогу чутливості причинного зуба.
В – Рентгенологічне дослідження проводити не потрібно.
С – Виявлення новоутворень в кістковій тканині альвеолярного відростка.
Д – Виявлення анатомо-топографічних особливостей будови порожнини причинного зуба, наявності раніше пломбованих корневих каналів.

В. Задачі для самоконтролю з відповідями.

1. Хворий Л., 23 років має скарги на постійний біль в 15 зубі. Об'єктивно спостерігається глибока каріозна порожнина в 15 зубі, виповнена щільним пігментованим дентином. Зондування порожнини безболісне, перкусія болісна.
А) Який найбільш вірогідний діагноз?
В) Які додаткові методи обстеження необхідні для встановлення остаточного діагнозу?
С) З якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?
2. У хворої Г., 39 років на підставі скарг та огляду порожнини рота був поставлений попередній діагноз «Гострий серозний періодонтит».
А) Які додаткові методи дослідження необхідні для підтвердження діагнозу?
В) Які дані електроодонтометрії при гострому серозному періодонтиті?
3. Хворий Д., 56 років скаржиться на постійний біль в 37 зубі. Об'єктивно в 37 зубі наявність пломби. Після видалення пломби – глибока каріозна порожнина, виповнена щільним пігментованим дентином. Зондування порожнини безболісна, перкусія різко болісна.
А) Який найбільш вірогідний діагноз?
В) Які додаткові методи обстеження необхідні для встановлення остаточного діагнозу?
С) З якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми заняття.

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1.	<u>Вивчати:</u> Етіологію і патогенез гострого серозного та гнійного періодонтиту	Назвати основні етіологічні фактори. Сформулювати механізм розвитку гострого серозного та гнійного періодонтиту під впливом етіологічних факторів.	
2.	Клініку, діагностику.	Перерахувати основні клінічні ознаки гострого серозного та гнійного періодонтиту. Скласти послідовну схему використання основних клінічних і додаткових методів з метою діагностики захворювання.	
3.	Диф. діагностику.	Скласти і заповнити таблицю, де вказати з якими захворюваннями необхідно проводити диф. діагностику гострого серозного та гнійного періодонтиту	

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

Скласти план обстеження хворих на гострий серозний періодонтит

Інструктивні матеріали для оволодіння професійними вміннями, навичками:
«Гострий серозний періодонтит»

- | | |
|---|--|
| I. Проведення опитування хворого | - Неприємні відчуття, постійний або гострий біль |
| 1. Скарги на біль: | - в ділянці ураженого зуба |
| - тривалість та характер болю | - біль посилюється |
| - локалізація болю | - Головний біль, озноб |
| - посилення болю від дотику до зуба або накушуванні | |
| 2. Зміна загального стану | |
| II. З'ясувати анамнез захворювання | -зуб турбує протягом декількох діб |
| - тривалість захворювання | -відмічаються симптоми, які характерні для карієсу та пульпіту |
| - виникнення больових симптомів | -лікування з приводу карієсу, пульпіту |
| - лікування зуба раніше | можливе пальпаторне визначення набряку на стороні хворого зуба |
| III. Огляд хворого: | -набрякла, гіперемійована |
| 1. Зовнішній огляд: | - болісна в ділянці перехідної згортки в проекції верхівки кореня зуба |
| - набряк м'яких тканин обличчя | - відсутня |
| - збільшення лімфатичних вузлів | |
| 2. Огляд порожнини рота | |
| - стан слизової оболонки альвеолярного відростка і перехідної згортки навколо причинного зуба | |
| - пальпація слизової оболонки | |
| - наявність нориці | |
| IV. Огляд ураженого зуба | |
| 1. Визначення глибини каріозної порожнини, сполучення її з порожниною зуба | |
| - зуб запломбований | - можливо |
| - зміна кольору зуба | - можлива |
| - коронка інтактна | - можливо |
| 2. Рухомість зуба | - можлива I ступеня |
| 3. Перкусія | - болісна вертикальна |
| 4. Зондування дна каріозної порожнини | - безболісне |

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.
 2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.
 3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.
 4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.
 5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. – Полтава: Дивосвіт, 2019. – 108 с.
 6. 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
- Електронні інформаційні ресурси
1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України

2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
3. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
4. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
5. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)

Практичне заняття № 28

Тема: Хронічний фіброзний, гранулюючий, гранульоматозний періодонтит: етіологія, патогенез, клініка, діагностика.

Мета: вивчити етіологію, патогенез, клініку, діагностику хронічного фіброзного, гранулюючого, гранульоматозного періодонтиту

Основні поняття: хронічний фіброзний, гранулюючий, гранульоматозний періодонтит

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).

Хронічний періодонтит – захворювання, клінічне і соціальне значення якого зумовлено його широким розповсюдженням, а також тим, що воно є причиною гострих гнійно-запальних уражень щелепно-лицевої ділянки, нерідко зумовлює розвиток захворювань внутрішніх органів, що призводить до тривалої непрацездатності людини

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:

- знати результати основних методів обстеження;
- знати методику проведення та результати ЕОД;
- знати результати рентгенологічної картини

Вміти:

- вміти в повному обсязі провести основні методи обстеження хворого при хронічних формах періодонтиту;
- вміти оцінити результати допоміжних методів обстеження – ЕОД і рентгенологічної картини;
- вміти провести диференційну діагностику хронічних форм періодонтиту

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

1. Яка класифікація періодонтитів прийнята за робочу класифікацію на кафедрі терапевтичної стоматології ОНМедУ?

А – Класифікація Гофунга Ю.М. 1927.

В – класифікація Лукомського І.Г. 1955

С – Міжнародна класифікація періодонтиті ВОЗ на основі МКХ-10.1997.

Д – Класифікація Вайса С.А 1965.

Е – Класифікація Грошикова М.І 1964

2. Які гострі періодонтити є в робочій класифікації?

А – гострий періодонтит.

В – Гострий маргінальний періодонтит

С – Гострий апікальний періодонтит

Д – Гострий серозний періодонтит, Гострий гнійний періодонтит

Е – Гострий дифузний періодонтит.

3. Які форми хронічних періодонтитів є в робочій класифікації?

А – Хронічний фіброзний періодонтит.

В – Хронічний дифузний періодонтит,

С – Хронічний фіброзний періодонтит, хронічний гранулюючий, хронічний гранулематозний.

Д – загострення хронічного періодонтиту

Е – Хронічний маргінальний періодонтит.

4. Які форми періодонтиті частіше всього загострюються?

А – Гострий серозний.

В – Гострий гнійний.

С – Хронічний фіброзний.

Д - Хронічний гранулематозний

Е - Хронічний гранулюючий і Хронічний гранулематозний

5. Які причини приводять до загострення хронічного періодонтиту?

А – порушення гігієни порожнини рота

В – гостра травма зуба

С – хронічна травма зуба

Д – перенесені гострі інфекційні захворювання, захворювання організму, переохолодження, перевищена навантаженість на зуб, неякісне лікування хронічного періодонтиту.

Е – механічна травма щелепи.

6. Які причини виникнення інфекційного періодонтиту?

А – аеробні та анаеробні мікроорганізми

В – мікроорганізми та їх токсини

С – травма ендодонтичним інструментом

Д – хронічна травма

Е – застосування ендодонтичних матеріалів.

7. Який найпоширеніший (головний) шлях проникнення інфекції в періодонтальний простір?

- А – маргінальний шлях
- В – контактний шлях
- С – гематогенний шлях
- Д – лімфогенний шлях
- Е – через кореневий канал

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

А. Питання для самоконтролю

1. Етіологія хронічного фіброзного, гранулюючого, гранульоматозного періодонтиту
2. Механізм виникнення хронічного фіброзного, гранулюючого, гранульоматозного періодонтиту
3. Основні клінічні прояви хронічного фіброзного, гранулюючого, гранульоматозного періодонтиту
4. Допоміжні методи діагностики хронічного фіброзного, гранулюючого, гранульоматозного періодонтиту
5. Диференційна діагностика хронічного фіброзного, гранулюючого, гранульоматозного періодонтиту

Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.

1. Хворий звернувся зі скаргами на мимовільний, постійний біль в нижній щелепі зліва, неможливість зімкнення зубів із-за різкого болю при накушуванні на 35 зуб.

При огляді: на медіальній поверхні 35 зуба глибока каріозна порожнина, що сполучається з пульповою камерою. Зондування гирла кореневого каналу безболісне. Альвеолярні ясна в ділянці 35 зуба набряклі, гіперемійовані.

Поставте найбільш вірогідний діагноз:

- А. Гострий серозний періодонтит
- В. Гострий гнійний періодонтит
- С. Хронічний періодонтит, що загострився
- Д. Пульпіт, ускладнений періодонтитом
- Е. Для постановки діагнозу приведеної симптоматики недостатньо

2. Хворий скаржиться на каріозну порожнину в 36 зубі, іноді неприємні відчуття при накушуванні на нього.

При огляді: на дистальній поверхні 36 зуба глибока каріозна порожнина; ріг пульпи взкритий, безболісний при зондуванні. Перкусія 36 слабо болісна. Ясна в ділянці 36 зуба гіперемійовані, пастозні, при короткочасному натисканні штопфером в місці компресії залишається тривале почервоніння.

Визначите найбільш вірогідне захворювання:

- А. Хронічний гангренозний пульпіт

- В. Хронічний фіброзний періодонтит
- С. Хронічний гранулюючий періодонтит
- Д. Хронічний гранулематозний періодонтит
- Е. Пульпіт, ускладнений періодонтитом

3. Хворого скаржиться на наявність каріозної порожнини в 46 зубі, ретенцію їжі і неприємний запах з неї.

При огляді: на медіальній поверхні 46 зуба глибока каріозна порожнина. Після розкриття порожнини і некректомії виявлена безболісна точка з'єднання з пульповою камерою. Перкусія 46 слабо болісна.

Які основні або додаткові дані допоможуть з найбільшою достовірністю виключити з числа вірогідних захворювань хронічні форми пульпіту?

- А. Огляд
- В. Зондування
- С. Перкусія
- Д. Термодіагностика
- Е. Електроодонтодіагностика

4. Як відомо, класичну п'ятірку ознак запалення замикає “порушення функції”.

Який метод обстеження хворого дозволяє виявити цю ознаку при періодонтиті, тобто по суті своїй є функціональним методом?

- А. Зондування
- В. Перкусія
- С. Термодіагностика
- Д. Електроодонтодіагностика
- Е. Рентгенографія

5. Хворий скаржиться на наявність утворення на яснах верхньої щелепи зліва, що з'явилося близько 2 тижнів тому.

При огляді: в ділянці проекції верхівок кореня 24 зуба свищуватий хід, оточений валиком грануляції, з незначною кількістю гнійного ексудату. На дистальній поверхні 24 обширна пломба з композиту. Перкусія 24 зуба болісна. Хворому провели інтраоральну прицільну рентгенографію 24 зуба.

Які рентгенологічні зміни у 24 зубі можливі при описаній клінічній картині?

- А. Ділянка з чіткими контурами
- В. Ділянка з розмитими, нечіткими контурами
- С. Осередковий остеопороз
- Д. Розширення періодонтальної щілини
- Е. Деформація періодонтальної щілини

6. Диференційна діагностика хронічних форм періодонтиту тільки по клінічних ознаках утруднена, а іноді і зовсім неможлива. Вирішального значення в таких випадках набувають рентгенологічні ознаки патології.

Стану якого структурного елементу повинен в першу чергу приділити увагу лікар при рентгенологічній діагностиці хронічних форм періодонтиту?

- A. Стан верхівки кореня
- B. Ширина періодонтальної щілини
- C. Форма періодонтальної щілини
- D. Стан компактної пластинки лунки
- E. Стан губчастої речовини в періапікальній зоні

7. Враховуючи наявні суб'єктивні і об'єктивні дані, хворому поставили попередній діагноз: хронічний періодонтит.

На підставі яких даних можна провести диференціальну діагностику між хронічними формами періодонтиту?

- A. Огляду
- B. Зондування
- C. Перкусії
- D. Електроодонтодіагностики
- E. Рентгенографії

8. Які дані можуть послужити підставою для диференціальної діагностики між абсолютно всіма формами періодонтиту і всіма формами пульпіту (окрім атипових випадків)?

- A. Огляд
- B. Зондування
- C. Перкусія
- D. Електроодонтодіагностика
- E. Рентгенографія

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми заняття.

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4
1	Провести опитування хворого: скарги, перенесені та супутні захворювання, розвиток теперішнього захворювання	Вибрати з опитувальних даних підтвердження наявності хронічних форм періодонтиту	
2	Які об'єктивні данні підтверджують хронічні форми періодонтита	Огляд, перкусія.	
3	Провести ЕОД	Виявити силу струму на яку реагують тканини зуба.	

Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати під час

практичного (лабораторного) заняття:

1. Провести обстеження зубу і слизової оболонки при хронічних формах періодонтиту
2. Провести пальпацію слизової оболонки ясен в ділянці проекції верхівки кореня причинного зубу при хронічному періодонтиті
3. Вміти визначити симптом Лукомського
4. Вміти визначити показання до проведення рентгендіагностики
5. Провести електроодонтодіагностику

Інструктивні матеріали для оволодіння професійними вміннями, навичками:

1. Заповніть таблицю

Хронічні форми періодонтиту			
Скарги хворого	Дані об'єктивного обстеження	Додаткові методи обстеження	Захворювання з якими необхідно диференціювати

2. Визначення симптому Лукомського

Завдання	Вказівки до виконання	Примітки
Визначте симптом Лукомського (вазопарезу)	1. На ділянку ясен проекції верхівки кореня причинного зуба натисніть круглястим штопфером і відпустіть 2. Фіксуйте дані огляду	симптом Лукомського характерний для гранулюючого періодонтиту Після натискання на ясна лишаються заглиблення та побліднення слизової оболонки, яке швидко змінюється яскраво-червоною смугою, що зберігається довго, іноді кілька хвилин (унаслідок парезу судин ясен).

3. 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 (ІВН-1)

Базовий рівень знань

5. Анатомічна та гістологічна будова зубів
6. Морфологічні зміни у твердих тканинах, пульпі, періодонті зубів при патології.
7. Клініка карієсу, пульпіту, періодонтиту
8. Механізм подразнюючої дії електричного струму

Показання до проведення ЕОД

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

Протипоказання до проведення ЕОД

7. Важкі захворювання ЦНС
8. Наявність у пацієнта кардіостимулятора
9. Металева пломба на зубі, що досліджується
- 10.Металеві шини при травмі зуба
- 11.Пломби – реставрації, що заміщують всю жувальну поверхню або ріжучий край зуба
- 12.ЕОД проводять не раніше ніж через 24 години після рентген обстеження

Електрод при дослідженні потрібно розмішувати 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, розташувачи 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 „О” та провести установку пула приладу.
 - Пасивний електрод, попередньо оброблений антисептиком (н-р 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 „О”

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.

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією

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.

Додаткова:

1. 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.

2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.

3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.

4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.

5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. – Полтава: Дивосвіт, 2019. – 108 с.

6. 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
Електронні інформаційні ресурси

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України

2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association

3. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України

4. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація 5. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)

Практичне заняття № 29

Тема: Загострення хронічних верхівкових періодонтитів: етіологія, патогенез, клініка, діагностика. Ускладнення періодонтиту періоститом. Рентгендіагностика періодонтитів. Поняття остеосклерозу, остеопорозу, деструкції, деформації, гіперцементозу та ін.

Мета: вивчити етіологію, патогенез, клініку, діагностику загострення хронічного верхівкового періодонтиту, теоретичні основи рентгенологічних методів обстеження; семіотику рентгенологічних змін в твердих тканинах зубів, періодонті, кістці

Основні поняття: загострення хронічного верхівкового періодонтиту, рентгендіагностика, остеосклерозу, остеопороз, деструкція, деформація, гіперцементоз

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).

Детальне знання клінічного прояву хронічного періодонтиту в стадії загострення та результати основних і допоміжних методів обстеження являються відповідальною складовою для встановлення завершеного діагнозу і проведення ефективного лікування, що залишається актуальною проблемою в стоматології

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 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, 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;
- вміти користуватися додатковим обладнанням стоматологічного кабінету;
- вміти обстежувати стоматологічного хворого, заповнювати амбулаторну карту стоматологічного хворого;

- освоїти виконання рентгенологічного обстеження стоматологічних хворих;
- проводити аналіз рентгенограм при карієсі, пульпіті, періодонтиті
- вміти проводити диференціальну діагностику захворювань зубів та пародонту.

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

Основним методом променевої діагностики, використовуваним стоматологічній практиці є:

- A- радіонуклідна діагностика
 - B- ультразвукове дослідження
 - C- рентгенографія
 - D- магнітно-резонансна томографія
 - E- тепlobачення
2. Рентгенологічний метод є ведучим при діагностиці:
- A- гострого періодонтиту
 - B- пульпіту
 - C- гострого остеомієліту
 - D- хронічного періодонтиту
 - E- не каріозних уражень твердих тканин зубів
3. Для контролю ендодонтичного лікування зубів ведучим методом є:
- A- сонографія
 - B- термографія
 - C- ЕОД (електроодонтодіагностика)
 - D- рентгеноскопія
 - E- візіографія
4. При якому методі найбільше променеве навантаження?
- A- внутрішньо ротові контактні знімки
 - B- ортопантомограма
 - C- панорамна рентгенограма
 - D- візіограма
 - E- контактна рентгенографія в прикус
5. При якому методі дослідження створюється найменше променеве навантаження ?
- A- рентгенографія
 - B- рентгеноскопія
 - C- флюорографія
 - D- панорамна рентгенографія
 - E- візіографія
6. Рентгенологічні симптоми, що супроводжуються зменшенням кісткової тканини в одиниці об'єму?
- A- остеопороз
 - B- остеосклероз
 - C- деструкція
 - D- остеоліз

- Е- остеонекроз
7. Рентгенологічний симптом, що супроводжується руйнуванням кісткової тканини та заміщенням її патологічною тканиною?
- А- остеопороз
В- деструкція
С- остеосклероз
D- остеолізис
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
D- 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
D- 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
D- 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
D- 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?

- A- перкусія
 - B- термографія
 - C- ЕОД (електроодонтодіагностика)
 - D- рентгеноскопія
 - E- 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?
- A- рентгенологічний
 - B- симптом «вазопареза»
 - C- термометрія
 - D- апекслокація
 - E- ЕОД
14. Після пломбування КК для контролю якості потрібно провести:
- A- перкусію
 - B- апекслокацію
 - C- ЕОД (електроодонтодіагностику)
 - D- рентгеноскопію
 - E- 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?
- A- апекслокацію
 - B- трансліюмінацію
 - C- вітальне фарбування
 - D- рентгенографію
 - E- люмінесцентну діагностику

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

A. Питання для самоконтролю

1. Привести класифікацію періодонтиті по І.Г.Лукомському?
2. Які рентгенологічні зміни супроводжують хронічно гранулюючий періодонтит стадії загострення?
3. Яка рентгенологічна картина хронічно гранулематозного періодонтиту стадії загострення?
4. Клінічна картина якого гострого періодонтиту схожа з хронічним періодонтитом в стадії загострення?
5. Які показники ЕОД будить при хронічному періодонтиті в стадії загострення?
6. Які об'єктивні данні при хронічному періодонтиті в стадії загострення схожі з гострим гнійним періодонтом?

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 гострого періодонтиту?
4. Рентгенологічні ознаки хронічного фіброзного періодонтиту?
5. Рентгенологічні ознаки хронічного гранулематозного періодонтиту?
6. Рентгенологічні ознаки хронічного гранулюючого періодонтиту?
7. Рентгенологічні ознаки якості пломбування кореневого каналу?
8. Для якої форми періодонтиту характерна деформація, незначне розширення періодонтальної щілини з чіткими контурами?
9. Для якої форми періодонтиту характерне вогнища деструкція кістки дна альвеоли?
10. Для якої форми періодонтиту характерна завуалірованість малюнка кістки и біля верхівки кореня зуба?

Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.

1. Хворій Б., звернувся зі скаргами на появу нориці в ділянці 26 зуба, яка з'являлась не одноразово, біль збільшується при прийомі їжі . Перкусія 26 зуба болісна. На прицільній рентгенографії в ділянці верхівки коренів 26 зуба розрідження кісткової тканини з нечіткими контурами. Який вірогідний діагноз ?

- А – гострий гнійний періодонтит
- В – хронічний гранулематозний періодонтит
- С – хронічний гранулюючий періодонтит
- Д – хронічний гранулюючий періодонтит стадії загострення
- Е – хронічний гранулематозний періодонтит стадії загострення

2. Хвора К., 47 років звернулася до стоматолога зі скаргами на постійний ниючий біль на нижній щелепі праворуч ,що посилюються при прийомі їжі . Біль з'явилася дві доби тому та відчуття «вирослого» 24 зуба. Об'єктивно в 24 зубі глибока порожнина зондування безболісне, перкусія різко болісна. Слизова оболонка гіперемійована біля верхівки коренів 24 зуба. На рентгенограмі нерівномірне розширення періодонтальної щілини ЕОД до 200 МкА безболісне.

Який остаточний діагноз?

- А – загострення хронічного гранулематозного періодонтиту
- В – загострення хронічного гранулюючого періодонтиту
- С – Загострення хронічного фіброзного періодонтиту
- Д – гострий гнійний періодонтиту
- Е – гострий серозний періодонтиту

3. Хвора 40 років скаржиться на інтенсивний рвучий пульсуючий біль в ділянці 26 зуба який з'явився вперше. Перкусія 26 зуба різко болюча в будь-

якому напрямку. Зуб рухомий, слизова оболонка навколо 26 зуба гіперемійована, набрякла, пальпація перехідної складки болюча.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- А – гострий гнійний періодонтит
- В – гострий гнійний пульпіт
- С – загострення хронічного періодонтиту
- Д – гострий дифузний пульпіт
- Е – Гострий серозний періодонтит

4. Хвора 35 років скаржиться на постійний ниючий біль 25 зубі, що підсилюється при накушуванні. Об'єктивно: на жувальній поверхні 25 каріозна порожнина глибока. Перехідна складка в ділянці 25 набрякла гіперемійована, болюча при пальпації, перкусія різко болюча. При зондуванні з каналу з'явився гній. Який метод дослідження необхідно провести для встановлення діагнозу?

- А – рентгенологічне
- В – ЕОД
- С – термопроба
- Д – бактеріологічне
- Е – глибоке зондування.

5. Хворий 30 років скаржиться на наростаючу ниючу біль 26 зуба. Об'єктивно в 26 зубі каріозна порожнина глибока. Порожнина зуба закрита. Зондування дна безболісне. Перкусія різко болісна. Рухомість зуба II ступеню. Пальпація проекції верхівок коренів болісна. Який вірогідний діагноз?

- А – хронічний періодонтит в стадії загострення
- В – гострий дифузний пульпіт
- С – гострий гнійний періодонтит
- Д – Гострий серозний періодонтит
- Е – гострий гнійний пульпіт

6. Хворий скаржиться на постійну ниючу біль в 25 зубі, яка посилюється при накушуванні. Зуб болить 2 дні. Об'єктивно в 25 зубі каріозна порожнина глибока. Перкусія болісна, зондування безболісне. На рентгенограмі змін не виявлено. Який вірогідний діагноз?

- А – гострий гнійний періодонтит
- В – гострий дифузний пульпіт
- С – Гострий серозний періодонтит
- Д – хронічний періодонтит в стадії загострення
- Е – гострий гнійний пульпіт

7. Хворий скаржиться на глибоку каріозну порожнину в 16 зубі. Об'єктивно: в 16 зубі глибока каріозна порожнина з'єднана з порожниною зуба, зондування безболісне. Перкусія 16 зуба слабо болісна. Проекції верхівок коренів 16 зуба на ясні фістула.

Який вірогідний діагноз?

- А – хронічний гранулюючий періодонтит

- В – хронічний гіпертрофічний пульпіт
- С – хронічний гангренозний пульпіт
- Д – хронічний гранулематозний періодонтит
- Е – хронічний фіброзний періодонтит

В. Задачі для самоконтролю з відповідями.

1. Жінка 43 роки скаржиться на розпирання в 23 зубі. Раніше зуб лікували з приводу карієсу. Об'єктивно: в пришийковій ділянці пломба з композитного матеріалу у верхівки кореня на слизовій оболонці фістула. Які зміни в ділянці 23 зуба будуть виявлені на рентгенограмі?

- А – Деформація періодонтальної щілини
- В – деструкція кісткової тканини з рівними контурами менше 0,8см в діаметрі
- С – деструкція кісткової тканини з не рівними контурами
- Д – розширення періодонтальної щілини
- Е – деструкція кісткової тканини з не рівними контурами 0,8 – 1 см в діаметрі

2. На рентгенограмі в ділянці верхівки кореня 13 зуба визначається просвітлення неправильної форми з нерівними краями, нагадуючи ми «язики полум'я». для якого захворювання характерна така рентгенологічна картина?

- А – хронічний гранулюючий періодонтит
- В – Гострий серозний періодонтит
- С – хронічний гранулематозний періодонтит
- Д – хронічний фіброзний періодонтит
- Е – гострий гнійний періодонтит

3. чоловік скаржиться на каріозну порожнину в 26 зубі. Зуб раніше не лікував. Не одноразово після простуди в зубі виникає ниюча біль. Об'єктивно : в 26 глибока каріозна порожнина, зондування і перкусія безболісні, в ділянці слизової оболонки біля верхівок кореня 26 не великий рубець. Симптом вазопареза дійсний. Який вірогідний діагноз?

- А - хронічний фіброзний періодонтит
- В – хронічний фіброзний пульпіт
- С – хронічний гранулюючий періодонтит
- Д – хронічний гангренозний пульпіт
- Е – хронічний гранулематозний періодонтит

4. Хворий скаржиться на постійну біль в 25 зубі на протязі доби. Об'єктивно в 25 зубі глибока каріозна порожнина, зондування безболісне. Вертикальна перкусія різко болісна. На рентгенограмі кісткова тканина біля верхівки 25 зуба без змін.

Який вірогідний діагноз?

- А – гострий дифузний пульпіт
- Б - гострий гнійний періодонтит
- С – Гострий серозний періодонтит
- Д – гострий гнійний пульпіт

Е – загострення хронічного періодонтиту

5. 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?

6. 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.

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми заняття.

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4
1	Провести опитування хворого: скарги, перенесені та супутні захворювання, розвиток теперішнього захворювання	Вибрати з опитувальних даних підтвердження наявності хронічного періодонтиту в стадії загострення	В розвитку теперішнього захворювання дані говорять що такі симптоми не вперше, неодноразово повторювались
2	Які об'єктивні данні підтверджують хронічний періодонтит в стадії загострення?	Огляд, перкусія.	Латеральний набряк проєкції верхівки корня, наявність фістульного ходу.
3	Провести ЕОД	Виявити силу струму на Яку реагують тканини зуба.	На силу струму до 200мкА відсутня болісна реакція .

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Основні властивості рентгенівського проміння:	Назвати основні властивості рентгенівських променів, дати їх характеристику	Проникаючі, іонізуючі, флюоресцируючі та фотохімічні властивості
Які переваги має візіографія	Написати переваги візіографії	
Семіотика рентгенологічних змін тканин зуба та кістки	Перерахувати основні рентгенологічні ознаки змін в тканинах зуба та кістки, дати характеристику	Деструкція, остеопороз, гіперцементоз
Рентгенологічне зображення щелеп і зубів	Визначити особливості рентгенологічного зображення щелеп та зубів	Перерахувати характерні ознаки окремих зубів, фронтальних та бокових відділів щелеп
Ознаки гострого періодонтиту	Назвати основні рентгенологічні ознаки гострого періодонту	Завуалірованість малюнка кістки и біля верхівки кореня зуба, и нечіткість кортикальної пластинки, інколи нерівномірне розширення періодонтальної щілини
Ознаки хронічного фіброзного періодонтиту	Назвати основні рентгенологічні ознаки хронічного фіброзного періодонтиту	Незначна деформація, розширення періодонтальної щілини з чіткими, рівними контурами
Ознаки хронічного гранулематозного періодонтиту	Назвати основні рентгенологічні ознаки хронічного гранулематозного періодонтиту	Деструкції кістки з чіткими і рівними контурами до 5 мм в діаметрі, остеосклероз. Лінія періодонта переходить в кістковий дефект, компактна пластинка збережена

Ознаки хронічного гранулюючого періодонтиту	Назвати основні рентгенологічні ознаки хронічного гранулюючого періодонтиту	Вогнище нерівномірної деструкції кістки біля верхівки кореня без чітких контурів, розміром 3х4 мм, порушується безперервність кортикальної пластинки альвеоли, нерівномірне розширення періодонтальної щілини, стоншення кісткових балок
---	---	--

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

1. Провести обстеження зуба та слизової оболонки ясен при загостренні хронічного періодонтиту
2. Провести пальпацію слизової оболонки ясен в ділянці проекції верхівки кореня причинного зуба при загостренні хронічного періодонтиту
3. Вміти визначити симптом Лукомського
4. Вміти визначити показання до проведення рентгендіагностики
5. Провести електроодонтодіагностику

Інструктивні матеріали для оволодіння професійними вміннями, навичками:

1. Заповніть таблицю

Загострення хронічних верхівкових періодонтитів			
Скарги хворого	Дані об'єктивного обстеження	Додаткові методи обстеження	Захворювання з якими необхідно диференціювати

Етапи роботи	Засоби і умови для роботи	Критерії самоконтролю
<i>1. Аналіз рентгенограм</i> - оцінити якість рентгенограми;	Рентгенограми щелеп, зубів, негатоскоп	- контрастність, чіткість, структуру, проекційне спотворення і т.д.

- встановити вид рентгенограми; - визначити анатомічну область; - детальне вивчення рентгенограми - зіставлення рентгенологічних даних з клінічними і результатами додаткових методів дослідження		- внутрішньо ротова, поза ротова, панорамна і т.д. - 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 проектується вище у вигляді двох світлих на півовалів; тінь носової перегородки; різцевий отвір. - фронтальна ділянка нижньої щелепи - менш щільна структура альвеолярного відростка; іноді тінь ості підборіддя; вузьке, довгі, злегка сплюснуті корені різців. - 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. - 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). - коронка зуба, порожнина зуба і кореневі канали, поверхня коренів, періодонтальна щілина, компактна пластинка лунки і навколишні тканини - після цього формується висновок
2. <i>Рентгенологічне дослідження при періодонтитах</i> - гострий періодонтит; - хронічний фіброзний періодонтит;	Рентгенограми з патологією періодонту, негатоскоп, компютер	- на візіограмі можна помітити завуаліро-ваність 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. - біля верхівки кореня рівномірне розши-рення періодонтальної щілини з чіткими і рівними контурами. Іноді спостерігається незначна деформація періодонтальної щілини (розширення –

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

Додаткова:

1. 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.
 2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.
 3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.
 4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.
 5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. – Полтава: Дивосвіт, 2019. – 108 с.
 6. 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
- Електронні інформаційні ресурси
1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
 2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
 3. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
 4. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
 5. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)

Практичне заняття № 30

Тема: Лікування гострого серозного та гнійного верхівкового періодонтиту інфекційного та неінфекційного генезу (медикаментозного та травматичного) походження. Невідкладна допомога. Послідовність та особливості етапів лікування. Антидотна терапія. Сучасні технології та інструменти для обробки кореневих каналів. Особливості пломбування.

Мета: оволодіти методами лікування гострого серозного та гнійного

верхівкового періодонтиту інфекційного та неінфекційного генезу (медикаментозного та травматичного) походження, вивчити сучасні технології та інструменти для обробки корневих каналів, особливості пломбування.

Основні поняття: лікування гострого серозного та гнійного верхівкового періодонтиту інфекційного та неінфекційного генезу (медикаментозного та травматичного) походження. Невідкладна допомога. Послідовність та особливості етапів лікування. Антидотна терапія. Сучасні технології та інструменти для обробки корневих каналів. Особливості пломбування.

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).

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 методи лікування періодонтиту;
- можливі шляхи розповсюдження ексудату при періодонтиті;
- основні принципи препарування твердих тканин;
- основні принципи пломбування різними видами матеріалів ;
- візуально, клінічно оцінити ступінь тяжкості стану хворого;
- встановити причинний зуб;
- створити умови для відтоку ексудату;

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

1. Стоматологічний та ендодонтичний інструментарій;
2. Топографічні особливості будови порожнини зуба;
3. Етіологія, патогенез періодонтиту;
4. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика періодонтитів;
5. Вплив резистентності організму і місцевого імунітету на результат лікування гострого верхівкового періодонтиту;
6. Принципи періодонтитів;
7. Шляхи відтоку ексудату із періодонту;
8. Медичні засоби, що мають знеболюючу, антисептичну та протизапальну дію.

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

А. Питання для самоконтролю

1. Опишіть методику лікування гострого серозного періодонтиту.
2. Опишіть методику лікування гострого гнійного періодонтиту.
3. Як і чим проводять видалення пугтрідних мас з корневих каналів?
4. Назвіть методику обробки корневих каналів антисептикою. Які антисептика застосовують?
5. Назвіть можливі шляхи розповсюдження ексудату при гострому гнійному періодонтиті.
6. У чому полягає невідкладна допомога при лікуванні осртрих форм періодонтиту?
7. У яких ситуаціях, які антибіотики і в яких дозуваннях призначають при лікуванні осртрих форм періодонтиту?
8. Що залишають до корневих каналах під герметичною пов'язкою?

Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.

1. Хворий скаржиться на постійний біль в 22-у зубі, що посилюється при тому, що накушує на зуб, відчуття зуба, що «виріс», набряк верхньої губи. З анамнезу відомо, що хворий переніс травму верхньої щелепи.

Об'єктивно: 22-й зуб інтактний. Вертикальна перкуссія різко хвороблива. Верхня губа набрякла, перехідна складка у області 22-го зуба почервоніла, хвороблива при пальпації.

Який метод обстеження необхідний для встановлення діагнозу:

- А. Трансиллюмінація
- В. ЕОД
- С. Реодентографія
- Д. Рентгенографія
- Е. Термометрія

2. В хворого в 13-у зубі знайдена глибока каріозна порожнина, що не сполучається з порожниною зуба, дентин щільний, пігментується, реакція на холодовіє подразники відсутня. Зондування дна каріозної порожнини і перкуссія безболісні. На рентгенограмі періодонтальна щілина розширена у області верхівки.

Як слід завершити маніпуляції в перші відвідини?

- А. Оставіть турунду з ліками і накладе герметичну пов'язку
- В. Наложіть постійну пломбу з ізолюючою прокладкою
- С. Наложіть тимчасову пломбу
- Д. Запломбіровать кореневий канал
- Е. Оставіть зуб відкритим.

3. Стоматолог проводить лікування 36-го зуба з приводу хронічного періодонтиту в чоловіки 53 течія. На рентгенограмі знайдено, що медіальні канали зігнуті, у області верхівки медіального коріння визначається вогнище деструкції кісткової тканини з нечіткими контурами, діаметром 0,2 см.

Який медикаментозний засіб целесообразнеє вибрати для проведення внутрішньоканального електрофореза:

- А. 1% розчин мірамістіна
- У. 1% розчин декаметоксина

- З. 1% розчин новокаїну
- Д. 10% розчин калія йодиду
- Е. 0,1 % розчин трипсину

В. Задачі для самоконтролю з відповідями.

Задача № 1

Хворому 28 років встановлено діагноз: гострий серозний періодонтит 35 зуба. У перше відвідування: відпрепарована каріозна порожнина, розкрита порожнина зуба, видалений розпад пульпи, канал зуба оброблений 0,5% розчином хлораміну, канал розширений ручним дрільбором до верхівки. У кореневому каналі залишена турунда з евгенолом. Порожнина зуба закрита водним дентином. Хворий призначений на повторний прийом через 2 доби. Рекомендовано у випадку наростання болю видалити пов'язку. Чи правильно проведено лікування 35 зуба. Як необхідно провести подальше лікування?

Задача № 2.

Діагноз: гострий гнійний періодонтит 13 зуба. Проведено:

у перше відвідування - відпрепарована каріозна порожнина, розкрита порожнина зуба, видалений розпад пульпи, оброблений канал розчином 3% перекису водню. Проведена інструментальна обробка, розширений верхівковий отвір каналу зуба, з каналу виділяється невелика кількість гнійного ексудату. Порожнина зуба залишена відкритою для відтоку ексудату. Рекомендовано: під час прийому їжі закривати каріозну порожнину ватним тампоном, а після їжі - тампон видалити та ретельно прополоскати рот. Призначено: анальгетики, содові ротові ванночки, з'явитись на прийом через 3 доби.

У друге відвідування скарг немає. Перкусія 13 зуба безболісна. Оброблена коронкова порожнина зуба і кореневий канал розчином трипсину. У кореневому каналі залишена турунда з антисептиком, під пов'язкою з водного дентину. Рекомендовано: у випадку появи болю видалити пов'язку. Явка на прийом через добу.

У третє відвідування скарг немає. Видалена пов'язка, канал оброблений антисептиком, висушений і запломбований. На контрольній рентгенограмі кореневий канал запломбований до верхівки. Постійна пломба з композиційного матеріалу.

Чи правильно проведено лікування 13 зуба?

Задача № 3.

У хворого 30 років верифікований діагноз: токсичний (миш'яковистий) періодонтит 24 зуба. Які антидоти необхідно використати при лікуванні?

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми заняття.

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
-------	------------------	----------	-----------

1.	Визначити сучасні методи лікування гострих форм періодонтиту	Розібрати класифікацію існуючих методів лікування періодонтиту, врахувати загальний стан організму та цілісність твердих тканин ураженого зуба	
2.	Надати методику лікування гострих форм періодонтиту	Визначити цілі та зміст етапів лікування гострих форм періодонтиту	
3.	Привести можливі помилки лікаря та ймовірні ускладнення лікування гострих форм періодонтиту	Скласти таблицю взаємозв'язку лікарських помилок та ускладнень під час та після лікування періодонтиту	

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

Скласти алгоритм лікування гострих форм періодонтиту

Методика медикаментозної обробки кореневих каналів

Методика інструментальної обробки кореневих каналів

Інструктивні матеріали для оволодіння професійними вміннями, навичками:

Алгоритм лікування гострих форм періодонтиту

I відвідування

1. Проведіть антисептичну обробку порожнини рота	Розчини антисептиків (хлорфіліпт, орасепт, сангвіритрин і т.д.)	Проводиться у вигляді ванночки, зрошення.
2. Проведіть знеболення (перевага надається провідниковому знеболенню)	Розчини анестетиків в ампулах чи карпулах, карпульний шприц, голки	Операційне поле знеболене, маніпуляції безболісні.
3. Проведіть препарування каріозної порожнини і розкриття порожнини зуба	Стоматологічна установка, турбінний наконечник, бори	Склепіння порожнини зуба розкрито, створений вільний доступ до гирл корневих каналів.
4. Видаліть залишки коронкової пульпи	Стоматологічна установка, турбінний наконечник, бори	Коронкова пульпа відсутня, видно гирла корневих каналів.
5. Проведіть антисептичну обробку порожнини зуба	Розчини антисептиків (3 % гіпохлорит натрію; 0,05 хлорамін і т.д.)	Порожнина зуба ретельно оброблена антисептиком.
6. Розкрийте гирла корневих каналів	Ендодонтичні інструменти: Peeso Reamer, бори Gates	Гирла мають воронкоподібну форму
7. Видаліть кореневу пульпу	Glidden, Orifice opener	Коренева пульпа повністю видалена

8. Проведіть інструментальну обробку корневих каналів

Пульпекстрактор
K-reamer, K-flexoreamer,
K-flexoreamer golden
medium, pathfinder Ni-ti-
флексфайли,

Кореневі канали
оброблені по всій
довжині.

9. Проведіть вскриття
апикального отвору

10. Проведіть
медикаментозну обробку
корневих каналів

11. Призначити
лікувальні препарати і
засоби, дати
рекомендації хворому

K-файли, H-файли,
уніфайли, S-файли.
K-reamer, K-файл
Антисептики (3%
гіпохлорит натрію, 0,05
хлорамін і т.д.),
ферменти (трипсин,
хімотрипсин)
антибіотики для
місцевого використання
(мікроцид).
Нестероїдні
протизапальні засоби та
анальгетики;
антибіотики;
антигістамінні
препарати; УВЧ або СВЧ
терапія; полоскання
(сіль, сода)

Апикальний отвір
вскритий
Проведена
медикаментозна обробка
Покращення загального
стану, зменшення болю

II відвідування

1. Проведіть
антисептичну обробку
порожнини рота

2. Проведіть
антисептичну обробку
корневих каналів

3. В корневих каналах
залишіть турунди із
медикаментами

Розчини антисептиків
(хлорфіліпт, орасепт,
сангвіритрин і т.д.)
Антисептики (3%
гіпохлорит натрію,
0,05 хлорамін і т.д.)
Ватні туруни, лікарські
препарати –
антисептики,
антибіотики для
місцевого
використання та ін.,
водний дентин,
штучний дентин.

Проводиться у вигляді
ванночки, зрошення.
Накладена герметична
пов'язка

III відвідування

1. Проведіть антисептичну обробку порожнини рота	Розчини антисептиків (хлорфіліпт, орасепт, сангвіритрин і т.д.)	Проведена антисептична обробка порожнини рота
2. Видалення герметичної пов'язки і турунд	Стоматологічні інструменти	Видалена герметична пов'язка і турунди
3. Проведіть медикаментозну обробку корневих каналів	Розчини антисептиків (3 % гіпохлорит натрію, ЕДТА) ватні турунди або паперові штифти,	Проведена медикаментозна обробка корневих каналів
4. Висушіть кореневі канали	Паперові штифти	Паперові штифти сухі
5. Запломбуйте кореневі канали	Філери та силери для корневих каналів	Кореневі канали запломбовані до фізіологічної верхівки
6. Проведіть рентгенологічний контроль	Рентгенапарат	Кореневі канали запломбовані до фізіологічної верхівки
7. Відновіть анатомічну форму коронкової частини	Склоіономерні цементи, композиційні препарати світлового і хімічного затвердіння	Анатомічна форма коронки відновлена.

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.
 2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.
 3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.
 4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.
 5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. – Полтава: Дивосвіт, 2019. – 108 с.
 6. 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
- Електронні інформаційні ресурси
1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
 2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
 3. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
 4. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
 5. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)

Практичне заняття № 31

Тема: Лікування хронічного верхівкового періодонтиту однокорневих та багатокорневих зубів. Принципи лікування. Методи впливу на заапикальне вогнище інфекції. Послідовність та особливості етапів лікування. Ефективність лікування. Лікування верхівкового періодонтиту в скорочені терміни. Помилки в діагностиці та лікуванні періодонтиту. Причини, способи усунення та профілактики.

Мета: Ознайомити студентів з етапами лікування хронічного верхівкового періодонтиту; студенти повинні оволодіти методиками розкриття порожнини зуба, розширення вустів корневих каналів; надати студентам вміння інструментальної та медикаментозної обробки корневих каналів, їх пломбування.

Основні поняття: Лікування хронічного верхівкового періодонтиту. Лікування верхівкового періодонтиту в скорочені терміни. Помилки в діагностиці та лікуванні періодонтиту

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).

Проблема лікування хронічного фіброзного періодонтиту не входить до складних проблем сучасної терапевтичної стоматології. Розробка стандартів лікування, сучасного інструментарію, високоефективних антисептиків та засобів для розширення корневих каналів (включаючи ЕДТА, ультразвукові технології та використання ендодонтичного мікроскопу) вивели цей розділ нашої науки та практики на нові горизонти. Але, розуміння студентами цілей та завдань окремих етапів лікування, необхідність використання всіх досягнень сучасної практичної ендодонтії робить цю тему дуже важливою.

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);

Студенти повинні знати:

Показання, протипоказання, етапи лікування хронічного фіброзного періодонтиту, можливі помилки та ускладнення лікування, методи запобігання помилок і усунення ускладнень лікування хронічного фіброзного періодонтиту.

На основі теоретичних знань з теми вміти:

- визначати на схемі, малюнку основні дії по лікуванню хронічного фіброзного періодонтиту;

Проводити на фантомі препарування каріозної порожнини, розкриття і розробку порожнини зуба, інструментальну і медикаментозну обробку корневого каналу, його пломбування.

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

1. Пацієнтка 27 років звернулась до стоматолога зі скаргами на постійний ниючий біль на нижній щелепі ліворуч, що посилюється під час прийому їжі. Біль з'явився 3 доби тому, турбує відчуття "вирослого зуба". Об'єктивно: в 36 зубі - глибока каріозна порожнина з залишками пломбувального матеріалу, перкусія різко болісна. Слизова оболонка в ділянці проекції верхівок коренів гіперемійована. На рентгенограмі: нерівномірне розширення періодонтальної щілини. ЕОД – 120 мкА. Який остаточний діагноз?

A Загострення хронічного фіброзного періодонтиту

B Гострий гнійний періодонтит

C Гострий серозний періодонтит

D Загострення хронічного пульпіту

E Загострення хронічного гранульоматозного періодонтиту

2. Пацієнт 35 років скаржиться на постійний ниючий біль в зубі на верхній щелепі ліворуч, що підсилюється при накушуванні, відчуття "вирісшого зуба",

який турбує протягом доби. Раніше зуб не турбував. Об'єктивно: на дистальній поверхні 26 зуба каріозна порожнина, що не сполучається з порожниною зуба.

Зондування, реакція на холод безболісні. Перкусія болісна. ЕОД - 110 мкА. Який остаточний діагноз?

- А Гострий гнійний періодонтит
- В Гострий серозний періодонтит
- С Загострення хронічного фіброзного пульпіту
- Д Гострий серозний пульпіт
- Е Загострення хронічного фіброзного періодонтиту

3. Пацієнтка 35 років звернулася до стоматолога з приводу хронічного фіброзного пульпіту 15 зуба. При лікуванні 15 зуба методом вітальної екстирпації при діатермокоагуляції було виведено активний електрод за апікальний отвір на 0,2 см. На наступний день з'явився біль при накушуванні на 15 зуб. Яке ускладнення розвинулося у даної пацієнтки?

- А Остеомієліт
- В Загострення хронічного фіброзного періодонтиту
- С Гострий травматичний періодонтит
- Д Періостит
- Е Електротравма

4. Пацієнт 34 років звернувся зі скаргами на біль при накушуванні на зуб верхньої щелепи ліворуч. З анамнезу: 5 днів тому 27 був лікований з приводу неускладненого карієсу. Об'єктивно: в 27 зубі - пломба, яка завищує прикус, перкусія різко болісна. ЕОД – 100 мкА. Який остаточний діагноз?

- А Гострий гнійний пульпіт
- В Гострий травматичний періодонтит
- С Гострий серозний пульпіт
- Д Гострий гнійний періодонтит
- Е Загострення хронічного періодонтиту

5. Хворий звернувся зі скаргами на появу нориці в ділянці 43 – го зуба, яка появлялась неодноразово, скарги на незначні больові почуття при накушуванні на зуб. Перкусія позитивна. На прицільні рентгенографії в ділянці верхівки кореня 43 зуба спостерігається вогнище розрідження кісткової тканини з нечіткими контурами. Ваш діагноз:

- А Хронічний гранулюючий періодонтит.
- В Хронічний періодонтит в стадії загострення.
- С Хронічний фіброзний періодонтит.
- Д Хронічний гранульоматозний періодонтит.
- Е Гострий верхівковий періодонтит.

6. Пацієнт К., 34 років, скаржиться на біль в 37 зубі при вживанні гарячого, що триває 10-15хв, відчуття розпирання, неприємний запах, який не зникає після чищення зубів. Об'єктивно: коронка 37 сіруватого відтінку, на жувальній поверхні – каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину сполученого з пульповою камерою, зондування в гирлах кореневих каналів болюче, реакція на гаряче різко болюча, перкусія чутлива. Який найбільш

вірогідний діагноз?

А Хронічний гранулематозний періодонтит

В Хронічний фіброзний пульпіт

С Хронічний конкрементозний пульпіт

Д Хронічний гранулюючий періодонтит

Е Хронічний гангренозний пульпіт

7. Хлопчик 11 років скаржиться на постійний ниючий біль в 11, який тиждень тому травмовано з відломом кута коронки. Об'єктивно: медіальний кут коронки 11 відсутній, зуб сіруватого кольору, порожнина зубу закрита, ЕОД-120 мкА, перкусія різко болісна. Поставте діагноз.

А Гострий серозний періодонтит

В Гострий гнійний періодонтит.

С Хронічного гранульоматозний періодонтит.

Д Хронічний фіброзний періодонтит.

Е Гострий травматичний періодонтит.

Відповіді: 1-А, 2-В, 3-С, 4-В, 5-А, 6-Е, 7-Е.

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

А. Питання для самоконтролю

1. Привести класифікацію ендодонтичного інструментарію за клінічним призначенням.
2. Визначити етапи розширення кореневого каналу за технікою «Crown down».
3. Навести сучасні антисептики для медикаментозної обробки корневих каналів.
4. Які препарати для хімічного методу розширення корневих каналів Вам відомі?
5. Яка методика видалення залишків пульпи та путридних мас з кореневого каналу при лікуванні періодонтиту найбільш доцільна?
6. Який механізм дії протеолітичних ферментів при лікуванні періодонтиту?
7. Перерахуйте сучасні пломбувальні матеріали для корневих каналів (сілери).
8. Які найчастіші помилки лікаря при лікуванні хронічного періодонтиту?

Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.

1. Стоматолог проводить лікування хронічного грануляційного періодонтиту 36 зуба в жінки віком 53 роки. Медіальні канали облітеровані. Який з перелічених медикаментозних засобів треба застосувати для розширення медіальних каналів:

А. 2% розчин трипсину

В. 20% розчин етилендіамінтетраоцтової кислоти

С. 10% розчин пероксиду водню

Д. 10% розчин фосфорної кислоти

Е. 40% розчин формальдегіду?

2. У 13 зубі під час профілактичного огляду виявлена глибока каріозна порожнина, яка не сполучається з порожниною зуба, дентин пігментований,

щільний. Реакція на холодний подразник відсутня, зондування дна каріозної порожнини та перкусія зуба безболісні. На рентгенограмі кореневий канал прямий, чітко просліджується його тінь від устя до верхівки, періодонтальна щілина розширена в ділянці верхівки кореня. Чим Ви закінчите маніпуляції в перше відвідування:

- A. Унесенням турунди в кореневий канал і накладанням герметичної пов'язки
- B. Накладанням ізолювальної прокладки та пломби
- C. Пломбуванням кореневого каналу
- D. Накладанням тимчасової пломби
- E. Залишити зуб відкритим?

3. Хвора віком 20 років звернулася зі скаргами на потемніння коронок 11 і 21 зубів. Близько року тому була спортивна травма. Об'єктивно: коронки 11 і 21 зубів темно-сірого кольору, інтактні, під час перкусії безболісні. Слизова оболонка коміркового відростка не змінена. На рентгенограмі в ділянці верхівок коренів округле вогнище деструкції кісткової тканини розміром 5 мм у діаметрі з чіткими межами. Призначте лікування:

- A. Антибіотикотерапія
- B. Електрофорез антисептиків
- C. Видалення зубів
- D. Пломбування корневих каналів
- E. Відбілювання зубів.

4. Жінці віком 27 років проводили лікування пульпіту 15 зуба методом девітальної екстирпації. У перше відвідання в каріозній порожнині була залишена миш'яковиста паста. На повторний прийом хвора з'явилася через 4 доби з явищами гострого токсичного періодонтиту. Виберіть оптимальний медикаментозний засіб, який треба залишити в кореновому каналі:

- A. Трипсин
- B. Крезофен
- C. Унітіол
- D. Евгенол
- E. Емульсію гідрокортизону.

5. Хворий віком 52 роки скаржиться на виникнення нориці на слизовій оболонці в ділянці 22 і 23 зубів. Об'єктивно: у 22 зубі пломба, перкусія безболісна. На рентгенограмі навколо верхівки кореня 22 зуба є невелике вогнище резорбції кісткової тканини неправильної форми без чітких меж. Кореневий канал запломбований на 1/3 довжини. Виберіть найбільш оптимальну тактику лікування 22 зуба:

- A. Пломбування каналу, не доводячи матеріал на 1 мм до верхівкового отвору
- B. Пломбування каналу за верхівковий отвір
- C. Видалення зуба
- D. Електрофорез калію йодиду в проекції верхівки кореня
- E. Інструментальне оброблення каналу, пломбування каналу до верхівкового отвору.

6. Хворий віком 38 років скаржиться на зміну кольору коронки 23 зуба. З анамнезу встановлено, що кореневий канал цього зуба пломбували. Об'єктивно: коронка 23 зуба рожевого кольору. Який пломбувальний матеріал міг змінити колір зуба:

- A. Евгедент

- В. Ендометазон
- С. Форедент
- Д. Апексид
- Е. Фосфат-цемент?

7. Хвора віком 22 роки скаржиться на зміну кольору коронки 11 зуба. Рік тому зуб лікували з приводу хронічного глибокого карієсу. Відразу після лікування непокоять незначні больові відчуття в зубі. Об'єктивно: на дистальній контактній поверхні 11 зуба є каріозна порожнина, заповнена постійною пломбою з композиту. Коронка 11 зуба має тьмяний, сіруватий колір, перкусія безболісна. На рентгенограмі виявлене нерівномірне розширення періодонтальної щілини в ділянці верхівки кореня 11 зуба. Який імовірний діагноз:

- А. Хронічний фіброзний періодонтит
- В. Хронічний глибокий карієс
- С. Хронічний гранулюючий періодонтит
- Д. Хронічний гранульоматозний періодонтит
- Е. Хронічний фіброзний пульпіт?

8. Пацієнт віком 48 років скаржиться на наявність каріозної порожнини в 26 зубі. Раніше зуб не лікував. Періодично після застуди в зубі виникав ниючий біль. Об'єктивно: у пришийковій ділянці 26 зуба є глибока каріозна порожнина, яка сполучається з порожниною зуба. Реакція на холод від'ємна, зондування та перкусія безболісні. На яснах біля 26 зуба є великий рубець. Симптом вазопарезу позитивний. Який найбільш імовірний діагноз:

- А. Хронічний грануляційний періодонтит
- В. Хронічний глибокий карієс
- С. Хронічний гангренозний пульпіт
- Д. Хронічний граїгулематозний періодонтит
- Е. Хронічний фіброзний періодонтит?

Відповіді: 1-В, 2-А, 3-Д, 4-С, 5-Е, 6-С, 7-А, 8-А.

В. Задачі для самоконтролю з відповідями.

1. Стоматолог проводить лікування 36 зуба з приводу хронічного періодонтиту в чоловіка віком 53 роки. На рентгенограмі медіальні канали вигнуті, у ділянці верхівки медіального кореня виявлено вогнище деструкції кісткової тканини з нерівними краями діаметром 0,2 см. Який медикаментозний засіб найдоцільніше застосувати для проведення внутрішньоканального електрофорезу:

- А. 1% розчин мірамістину
- В. 1% розчин декаметоксину
- С. 1% розчин новокаїну
- Д. 10% розчин калію йодиду
- Е. 0,1% розчин трипсину?

2. Жінка віком 43 роки скаржиться на відчуття розпирання у 23 зубі. Зуб був запломбований з приводу карієсу. Об'єктивно: у пришийковій ділянці 23 зуба є пломба з композиту в задовільному стані. У ділянці верхівки 23 зуба виявлена норія. Які зміни періапикальних тканин 23 зуба можуть бути на рентгенограмі:

- А. Деформація періодонтальної щілини
- В. Деструкція кісткової тканини з рівними контурами діаметром 0,8-1 см
- С. Деструкція кісткової тканини з рівними контурами менше 0,8 см у діаметрі

D. Розширення періодонтальної щілини

E. Деструкція кісткової тканини з нерівними контурами?

3. Чоловік віком 30 років скаржиться на біль під час накушування на 36 зуб. Кілька років тому зуб лікували з приводу карієсу, але після цього в ньому періодично виникав ниючий біль. Об'єктивно: колір 36 зуба змінений, на жувальній поверхні є пломба в задовільному стані. На температурні подразники зуб не реагує, перкусія болісна. У ділянці проекції верхівок коренів 36 зуба виявлений рубець від нориці. Який імовірний діагноз:

A. Хронічний фіброзний періодонтит

B. Хронічний гранулюючий періодонтит

C. Загострений хронічний періодонтит

D. Хронічний гранульоматозний періодонтит

E. Радикулярна кіста?

4. Чоловік скаржиться гострий біль у 26 зубі, який посилюється під час накушування на зуб. З приводу пульпіту 4 дні тому в зуб була покладена миш'яковиста паста, у призначений час пацієнт на прийом не з'явився. Об'єктивно: на жувально-медіальній поверхні 26 зуба є каріозна порожнина, закрита герметичною пов'язкою. Реакція на перкусію болісна, на температурні подразники зуб не реагує. На рентгенограмі в пері-апікальних тканинах патологічні зміни відсутні. Після механічного та медикаментозного оброблення кореневих каналів турунди вологі, не забарвлені. Який медикаментозний засіб найдоцільніше залишити в кореневих каналах для досягнення максимального клінічного ефекту:

A. Хлоргексидин

B. Унітіол

C. Хлорамін

D. Пероксид водню

E. Трипсин?

5. Хворому віком 40 років було проведене пломбування кореневого каналу 34 зуба з приводу хронічного фіброзного періодонтиту, після чого незабаром з'явився біль. На рентгенограмі кореневий канал 34 зуба запломбований до верхівки кореня. Яка тактика лікаря в цьому випадку:

A. Призначити фізіотерапевтичні процедури

B. Призначити антибіотики

C. Зробити розріз по перехідній складці

D. Зробити провідникову анестезію

E. Зробити інфільтраційну анестезію?

6. Хворий віком 43 роки страждає на ревматоїдний поліартрит. Звернувся до стоматолога зі скаргами на біль у 36 зубі. Під час рентгенологічного дослідження виявлений уламок ендодонтичного інструмента в каналі медіального кореня, дистальний канал запломбований до верхівки. У ділянці верхівки медіального кореня виявлена також деструкція кісткової тканини діаметром 5 мм із чіткими контурами. Який метод лікування найбільш доцільний у даному випадку:

A. Реплантація зуба

B. Резекція верхівки кореня

C. Консервативне лікування

D. Гемісекція зуба

E. Електрофорез калію йодиду?

7. Під час лікування хронічного фіброзного періодонтиту 36 зуба у хворого віком

30 років лікар перфорував дно порожнини зуба. Яка подальша лікарська тактика у цьому випадку:

- A. Закрити перфорацію пастою з кальцію гідрооксидом
- B. Закрити перфорацію склоіономерним цементом
- C. Електрофорез калію йодиду
- D. Видалення зуба
- E. Закрити перфораційний отвір цинкевгеноловою пастою?

Відповіді: 1-D, 2-E, 3-C, 4-B, 5-A, 6-D, 7-B.

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми заняття.

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1.	Визначити показання та протипоказання до сучасних методів лікування хронічного періодонтиту	Розібрати класифікацію існуючих методів лікування періодонтиту, врахувати загальний стан організму та цілісність твердих тканин ураженого зуба	
2.	Надати методику лікування хронічного фіброзного періодонтиту у 2 відвідування	Визначити цілі та зміст етапів лікування хронічного фіброзного періодонтиту	
3.	Привести можливі помилки лікаря та ймовірні ускладнення лікування хронічного періодонтиту	Скласти таблицю взаємозв'язку лікарських помилок та ускладнень під час та після лікування періодонтиту	

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

1. Розібрати в атласі етапи лікування хронічного фіброзного періодонтиту, скласти схеми лікування в 1, 2 та більше відвідувань.
2. Визначити на схемі помилки при лікуванні хронічного фіброзного періодонтиту, можливі ускладнення.
3. Провести на фантомі дії по лікуванню хронічного фіброзного періодонтиту.

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.
 2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. – 2011. – 231с.
 3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. – 25 с.
 4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.
 5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. – Полтава: Дивосвіт, 2019. – 108 с.
 6. 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
- Електронні інформаційні ресурси
1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
 2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
 3. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
 4. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
 5. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)

Практичне заняття № 32

Тема: Поняття реставрації зубів. Планування побудови реставрації після

ендодонтичного лікування . Написання розширеної історії хвороби пацієнта на пульпіт та періодонтит. Використання фізичних факторів в комплексній терапії пульпіту та періодонтиту. Методики. Апаратура.

Мета: знати фізичні методи лікування пульпіту та періодонтиту; знати показання та протипоказання до використання фізичних методів при лікуванні пульпіту та періодонтиту; оволодіти методиками лікування пульпіту та періодонтиту, використовуючи фізичні методи;

Основні поняття: Поняття реставрації зубів. Використання фізичних факторів в комплексній терапії пульпіту та періодонтиту. Методики. Апаратура.

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).

В останній час в стоматологічну практику найбільш широко впроваджуються фізичні методи лікування, які в поєднанні з іншими методами лікування дозволяють швидко ліквідувати запальний процес. Фізичні методи застосовуються у комплексі з іншими методами лікування, мають великі перспективи. Досконале знання та уміння правильно використовувати фізичні фактори дає можливість скоротити строки лікування, запобігти виникненню різних 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);
знати техніку безпеки при використанні фізіотерапевтичної апаратури;

- знати фізичні методи лікування пульпіту та періодонтиту;
- знати показання та протипоказання до фізичних методів лікування пульпіту та періодонтиту;
- знати можливі ускладнення при використанні фізіотерапевтичних методик та уміти їх попереджати.
- уміти використовувати фізіотерапевтичну апаратуру при лікуванні пульпіту та періодонтиту;
- оволодіти методиками знеболення твердих тканин зуба, використовуючи фізичні методи;
- оволодіти фізіотерапевтичними методиками лікування пульпіту та періодонтиту;
- уміти запобігати ускладненням та усувати їх при використанні фізичних методів.

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

1. Які фізичні та фізіологічні зміни відбуваються в тканинах при проходженні постійного та змінного струму?
2. Яку роль відіграє нервова система в механізмі дії фізичних факторів?
3. Перерахуйте фізичні фактори, які можна використати для оцінки функціонального стану пульпи.
4. Які фізичні методи можуть знеболити пульпу?
5. Яких правил техніки безпеки потрібно дотримуватись при роботі з фізіотерапевтичною апаратурою?

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

А. Питання для самоконтролю

1. Що таке електрознеболення?
2. Які методики електрофорезу можна використовувати для лікування пульпіту?
3. Що таке діатермокоагуляція?
4. Які фізичні фактори можна використовувати при біологічному методі лікування пульпіту?
5. Які фізичні фактори можна використовувати при вітальному хірургічному методі лікування пульпіту?

Б. Тести для самоконтролю з еталонами відповідей.

1. 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?

А. Розміри "вхідного" отвору каріозної порожнини

В. Глибина каріозної порожнини

С. Стан стінок і дна порожнини

Д. Наявність сполучення каріозної порожнини з пульповою камерою

Е. Чутливість дна порожнини при зондуванні

2. 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:

А. Полімерний сілер, холодна латеральна конденсація гутаперчі

В. Резорцин-формальдегідний матеріал

С. Цинкоксифосфатний цемент

Д. Скляний іономерний цемент

Е. Цинкооксидевгенольний матеріал, холодна латеральна конденсація гутаперчі

3. 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

4. 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

5. 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, усття пульпи чутливі. Перкусія 35 зуба слабо болісна. Виберіть метод лікування:

А. Консервативний

В. Вітальна пульпотомія

С. Вітальна пульпектомія

Д. Девітальна пульпотомія

Е. Девітальна пульпектомія

6. При виконанні девітальної пульпектомії в 46 зубі в середній третині медіально-язичного кореневого каналу відбулася поломка інструменту. Яким методом можна попередити виникнення подальших ускладнень в причинному зубі?

А. Спробувати "пройти" канал поряд з відламком інструменту

В. Провести інтрадентальний електрофорез нітрату срібла

С. Використовувати засоби для хімічного розширення каналу

Д. Спробувати витягувати відламок за допомогою Н-(або S) файлу

Е. Хірургічними методами (гемісекція, резекція верхівки кореня)

7. У хворого 64 років при лікуванні хронічного фіброзного пульпіту девітальним методом унаслідок необґрунтованого збільшення термінів девіталізації виникла поразка 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

8. Вибір методу лікування пульпіту ґрунтується на багатофакторному аналізі морфологічних особливостей і клінічних проявів запалення пульпи, віку і загального стану хворого. Які поворотні зміни пульпи найбільшою мірою детермінують вибір методу хірургічного лікування пульпіту?

А. Збіднення клітинного складу

В. Відносне збільшення об'єму міжклітинної речовини

С. Збільшення кількості волокон в кореневій пульпі

Д. Зменшення об'єму пульпи

Е. Сітчаста атрофія пульпи

9. Хворий звернувся за невідкладною допомогою з скаргами на мимовільний, нападаподібний біль в правій половині голови впродовж останньої доби, порушений сон. Больові напади купірує 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, 5-0,8мкка
- B. 3-4мкка
- C. 2-6мкка
- D.30-40мкка
- E. 100-200мкка

Орієнтуюча карта щодо самостійної роботи з літературою з теми заняття.

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1.	Вивчити механізм та особливості лікувальної дії постійного току при лікуванні пульпіту та періодонтиту	Обґрунтувати використання при лікуванні пульпіту та періодонтиту Ціль застосування, показання та протипоказання використання	
2.	Вивчити методики проведення діатермокоагуляції, трансканального електрофорезу		

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

- складати план обстеження стоматологічного хворого;
- оволодіти технікою безпеки при роботі з фізіотерапевтичною апаратурою;
- освоїти фізичні методи лікування пульпіту;
- навчитися проводити трансканальний електрофорез;
- знати можливі помилки та ускладнення при використанні фізіотерапевтичної апаратури;
- знати показання та протипоказання до використання фізичних факторів при лікуванні пульпіту.

Інструктивні матеріали для оволодіння професійними вміннями, навичками:
Трансканальний йод-електрофорез

Етапи роботи	Засоби та умови роботи	Критерії самоконтролю
--------------	------------------------	-----------------------

1. деструктивні форми пульпіту. Розкриті вустя корневих каналів 2. на вустя корневих каналів нанести 2-3 краплі насиченого розчину йодиду калію та нагнітати його в кореневі канали 3. вустя корневих каналів ввести активні електроди (-), закріпити сухими ватними кульками та залити липучим воском 4. пасивний електрод (+) з гідрофільною прокладкою з гумовим жгутом закріплюють на руці 5. силу струму встановлюють до 3-6 мкА, тривалість процедури до 10-15 хвилин	«Поток-1», насичений розчин йодиду калію Активний електрод	Зуб сухий, обкладений ватними валиками чи кофердамом Відсутність контакту з слизовою оболонкою порожнини рота Відсутність контакту свинцевої пластини з шкірою Відчуття поколювання в зубі, відсутність болю
---	---	---

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 навчальних закладів IV рівня акредитації / За редакцією 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.

Додаткова:

1. 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.

2. Білоклицька Г.Ф., Центіло Т.Д., Солнцева Т.О. та співавт., Терапевтична стоматологія в тестових питаннях та ситуаційних завданнях. Навчальний посібник. Київ. Грамота. — 2011. — 231с.

3. Білоклицька Г.Ф., Копчак О.В., Ашаренкова О.В. Гіперестезія твердих тканин зубів: диференційовані підходи до лікування і профілактики залежно від особливостей етіології та патогенезу. - К.: ТОВ «Інтерсервіс» 2015. — 25 с.

4. Сучасні пломбувальні матеріали та методи їх використання в терапевтичній стоматології : [навчальний посібник] / Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, О.В. Копчак. - К.: Видавничий дім «Асканія», 2013. - 143 с.

5. Іваницький І.О. Гіперчутливість зубів: навчальний посібник для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / І.О. Іваницький, О.С. Іваницька, Т.О. Петрушанко. — Полтава: Дивосвіт, 2019. — 108 с.

6. 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
Електронні інформаційні ресурси

1. <http://moz.gov.ua> — Міністерство охорони здоров'я України

2. www.ama-assn.org — Американська медична асоціація / American Medical Association

3. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України

4. <http://bma.org.uk> — Британська медична асоціація 5. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)