

**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 САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ 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

Тема: «Спеціальні клінічні методи діагностики захворювань пародонта. Індексна оцінка стану тканин пародонта»

Мета: - знати додаткове обладнання стоматологічного кабінету;

- обстежувати хворих з хворобами пародонту;
- уміти заповнювати амбулаторну карту стоматологічного хворого;
- знати клінічні методи діагностики захворювань пародонту;
- уміти проводити діагностичні проби;
- уміти проводити індексну оцінку стану пародонту;
- інтерпретувати результати клінічних методів обстеження і індексної оцінки пародонту.

Основні поняття: Захворювання тканин пародонту. Індексна оцінка стану тканин пародонту. Клінічні методи обстеження.

План

I. Теоретичні питання до заняття:

Деякі захворювання мають нетипову течію, приховану клініку, виникають значні труднощі в діагностиці, виборі адекватних методів лікування і попередження ускладнень. Для постановки правильного діагнозу генералізованого пародонтиту та призначення адекватного лікування, студенти повинні знати основні методи обстеження хворих, практично володіти додатковими і деякими лабораторними методами, вибирати найбільш інформативні методи і методики відповідно конкретному хворому, грамотно інтерпретувати їх результати.

При обстеженні пародонту оцінюють стан ясенного краю: колір (блідо-рожевий, червоний, блідий, сіруватий наліт), пігментацію. Методом пальпації визначають хворобливість, рихлість, набряклість, щільність, інфільтрацію ясен. За допомогою пародонтального градуйованого зонда досліджують щільність прилягання ясен до шийки зуба, наявність і глибину, конфігурацію пародонтальних кишень, товщину стінок, характер ексудату, кровоточивість. Використовуючи додаткові спеціальні методи, оцінюють стан запалення в пародонті, визначають стійкість капілярів, кровоточивість ясен, наявність глікогену в яснах, пергідрольову пробу, пародонтальні індекси: ПМА, ПІ, СРІТН і ін.

Рухомість зубів визначають пінцетом:

- I - відхилення зуба у вестибуло-оральному напрямі (1-2 мм);
- II - відхилення зуба у вестибуло-оральному і медіо-дистальному напрямі;
- III - відхилення зуба у вестибуло-оральному, медіо-дистальному і візуально вертикальному напрямі;

Глибина пародонтальної кишені.

Градуйованим зондом вимірюють глибину пародонтальної кишені з чотирьох сторін зуба. За наявності гіпертрофії ясен, відзначають оголення кореня від рівня емалево-дентинної межі.

Проба Шилера-Писарєва.

Під впливом хронічного запалення в яснах різко зростає кількість глікогену, який забарвлюється йодом в коричневий колір. Ватним тампоном, змоченим в розчині Шилера-Писарєва (1 г кристалічного йоду, 2 г йодиду калію, 40 мкл

дистильованої води) і злегка віджати, змастити ясна. Оцінити пробу по інтенсивності забарвлення ясен.

Пергідрольова проба.

Виявлення запалення ясен. Тампоном, змоченим пергідролем, змащують слизову оболонку ясен. При запаленні ясна біліють унаслідок скупчення в ній бульбашок кисню. Без запалення цього не відбувається.

Бензидінова проба.

Застосовують для визначення незначної кількості гнійного ексудату в пародонтальній кишені. Розчин бензидину на ватній турунді ввести в пародонтальну кишеню на декілька секунд. За наявності гною турунда забарвлюється в зелений, зелено-блакитний або блакитний колір.

Формалінова проба.

Призначена для виявлення виразок усередині ясеневої кишені. Ватяну турунду змочити в розчині формаліну, зондом внести до пародонтальної кишені. Наявність больового синдрому свідчить про порушення цілісності епітелію пародонтальної кишені, наявність виразок.

Кровоточивість ясен.

Обережно провести зондування пародонтальної кишені і визначити час появи кровотечі. Оцінити ступінь кровоточивості.

Пародонтальний індекс РМА (1948), зворотній.

Дозволяє оцінити вираженість гінгівіту, динаміку захворювання пародонту. За допомогою стоматологічного дзеркала і зонда візуально визначити наявність запального процесу ясен біля кожного окремого зуба:

- 1 бал - запалення сосочку (Р);
- 2 бали - запалення ясеневого краю (М);
- 3 бали - запалення альвеолярної частини ясен (А).

Індекс обчислити за формулою:

$$РМА = \frac{\text{Сума балів} \times 100}{3 \times n} = \%$$

3 x n

n в 6-11 років = 24;

n в 12- 14 років = 28;

n с 15 років = 30.

3 - максимальна кількість балів біля одного зуба.

Суму балів отримуємо при складанні найбільших оцінок стану ясен біля всіх обстежених зубів.

Пародонтальний індекс Russela (PI) (1956), зворотній.

Призначений для виявлення розвитих форм патології. Візуально та інструментально оцінюють вираженість деструктивно-запальних процесів в пародонті.

0 - немає ознак запалення;

1 - легкий гінгівіт: запалення охоплює не весь зуб, рентгенограма без змін;

2 - гінгівіт: запалення навколо шийки зуба, циркулярна зв'язка не пошкоджена, рентгенограма без змін;

4 - гінгівіт: запалення навколо зуба, циркулярна зв'язка не пошкоджена, на рентгенограмі початковий ступінь резорбції вершин міжзубних перегородок;

6 - гінгівіт з утворенням пародонтальної кишені, пошкодження епітелію в пародонтальній кишені, порушення жувальної функції зуба немає, зуб нерухомий, резорбція міжзубної перегородки на 1/2 довжини кореня зуба;

8 - виражена деструкція пародонту з втратою жувальної функції, зуб рухомий, зміщений, резорбція міжзубної перегородки більше 1/2 довжини кореня зуба, кісткові кишені.

Отримані значення для кожного зуба складаються, і сума ділиться на кількість зубів.

Пародонтальний індекс CPITN (BOO3).

Індекс поширеності і інтенсивності захворювань пародонту, а також необхідності в лікуванні. Відображає наявність запалення, кровоточивість, зубні відкладення, глибину пародонтальної кишені, резорбцію альвеолярної кістки, втрату функції зуба. Обстежують пародонт у 10 зубів: 17, 16, 11, 26, 27, 31, 36, 37, 46, 47. У боковому секстанті реєструють стан тканин пародонту тільки у одного моляра - у якого найбільш важкий клінічний стан.

Критерії оцінки індексу CPITN.

0 балів - інтактний пародонт;

1 балу - кровоточивість ясен після зондування;

2 бали - над- і підясеневий зубний камінь, пародонтальна кишеня до 3,5 мм;

3 бали - «-», пародонтальна кишеня до 4-5 мм;

4 бали - «-», пародонтальна кишеня більше 6 мм;

Необхідність в лікуванні для одного обстежуваного оцінюється таким чином:

0 балів - лікування не потрібне;

1 бал - бесіда про догляд за порожниною рота, контрольоване чищення зубів;

2-3 бали - професійна гігієна, навчання гігієнічному догляду за порожниною рота;

4 бали - комплексне лікування захворювань пародонту.

Питання для самоконтролю

1. Що таке генералізований пародонтит?
2. Які зміни в пародонті характерні для ГП?
3. Які інструменти використовують для обстеження пародонту?
4. Що таке ясенева борозна?
5. Яким чином ясна прикріплюються до зуба?
6. Вміст ясенєвої кишені при інтактному пародонті?
7. Які Ви знаєте немінералізовані зубні відкладення?
8. Які Ви знаєте мінералізовані зубні відкладення?
9. Назвіть симптомокомплекс пародонтиту?
10. Дайте характеристику ясеневому краю.
11. Що таке пародонтальна кишеня?
12. Які зміни характерні для зубоясенєвого з'єднання при пародонтиті?
13. Як можна визначити ясеневу борозенку або пародонтальну кишеню?

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які має засвоїти студент при підготовці до заняття:

Основні завдання	Вказівки	Відповіді
Рухливість зубів	Інструменти для обстеження порожнини рота	Стоматологічним пінцетом захоплюють коронку зуба та визначають рухливість зуба у вестибуло-оральному, медіо-дистальному і вертикальному напрямку
Проба Шилера-Писарева	Інструменти для обстеження порожнини рота, розчин Шилера-Писарева: 1 г кристалічного йоду, 2 г йодиду калію, 40 мл дистильованої води. Ватним тампоном, змоченим в р-ні Шилера-Писарева і злегка віджатим, змастити ясна	Оцінити інтенсивність фарбування ясен
Пергідролєва проба	Інструменти для обстеження порожнини рота, пергідроль. Тампоном, змоченим пергідролем, акуратно змастити слизову оболонку ясен	Визначити колір ясен
Бензидінова проба	Інструменти для обстеження порожнини рота, р-н антисептика. 1 краплю реактиву (бензидіну 0,5 г; поліетіленгліколю 10 г; розчин оцтової кислоти 1:1000 15 мкл) змішати з 1 краплею перекису водню і на ватній турунді ввести в пародонтальну кишеню на декілька секунд	Зміна кольору турунди при наявності гною в кишені
Формалінова проба	На скло нанести декілька крапель діагно-стичного розчину (1,5 мкл 4% розчину	Визначити наявність больового синдрому

	формаліну, 20 мкл гліцерину, дистильована вода до 100 мкл). Ватну турунду змочити в розчині формаліну і зондом внести до пародонтальної кишені	
Ступінь кровоточивості ясен	Інструменти для обстеження порожнини рота. Провести зондування пародонтальної кишені	Визначити час появи кровотечі із ясен
Пародонтальний індекс РМА	Інструменти для обстеження порожнини рота, розчин антисептика. Візуально визначити наявність запального процесу ясен біля кожного окремого зуба	Запалення сосочка (Р); ясенного краю (М); альвеолярної частини ясен (А)
Пародонтальний індекс Russela (ПІ)	Інструменти для обстеження порожнини рота, розчин антисептика, ортопантомограма. Візуально, інструментально, по рентгенограмі оцінюють вираженість деструктивно-запальних процесів в пародонті	Враховують запалення ясен (гінгівіт), рухливість зубів, стан циркулярної зв'язки, ступінь остеопорозу і резорбції міжзубних перегородок, кісткові кишені, порушення жувальної функції зубів
Пародонтальний індекс СРІТН	Інструменти для обстеження порожнини рота, розчин антисептика, ортопантомограма. Обстежують пародонт у 10 зубів: 17, 16, 11, 26, 27, 31, 36, 37, 46, 47. У бічному секстанті реєструють стан тканин пародонту тільки у одного моляра – з найважчим клінічним станом	Враховують наявність запалення, кровоточивість, зубні відкладення, глибину пародонтальної кишені за допомогою пародонтального зонда

II. Практичні роботи (завдання), які виконуватимуться на занятті:

1. Збирати скарги, анамнез хвороби і життя, виявляти клінічні ознаки захворювань пародонта.
2. Визначати зубний наліт, зубну бляшку.

3. Визначати глибину пародонтальної кишені.
4. Проводити клінічні методи діагностики хвороб пародонта.
5. Проводити індексну оцінку стану пародонта.
6. Визначати патоморфологічні зміни в яснах, кістці альвеолярного відростка.

III. Тестові завдання для самоконтролю

1. За допомогою якої проби, без рентгенобстеження, можна запідозрити генералізований пародонтит, початковий ступінь?
 - A Шилера-Писарева
 - B Формалінова
 - C Проба Роттера
 - D Вакуумна проба по Кулаженко
 - E Проба Олдріча
2. За допомогою якої проби або індексу можна визначити розповсюдженість, інтенсивність, захворювань пародонту, необхідність в лікуванні?
 - A CPITN
 - B ПІ
 - C Russela
 - D РМА
 - E ОНІ-S Green-Vermillion
3. За допомогою якої проби або індексу можна визначити гній в пародонтальній кишені?
 - A CPITN
 - B Бензидінова проба
 - C проба Russela
 - D РМА
 - E Роттера
4. За допомогою якого індексу можна визначити запалення, кровоточивість, зубні відкладення в пародонтальній кишені?
 - A CPITN
 - B ПІ
 - C Кочке
 - D РМА
 - E Федорова-Володкіної
5. За допомогою якої проби можна визначити глікоген в яснах?
 - A Олдріча
 - B Формалінова
 - C Роттера
 - D Вакуумна по Кулаженко
 - E Шилера-Писарева
6. За допомогою якої проби можна визначити порушення цілостності зубоясеневих з'єднань?
 - A Олдріча
 - B Формалінова
 - C Роттера

- D Вакуумна по Кулаженко
 E Шилера-Писарева
 7. За допомогою пергідрольової проби визначають?
 A Підясеневий зубний камінь
 B Зубну бляшку
 C Запалення
 D Гній в ПЗЯК
 E Кров в ПЗЯК
 8. II ступінь рухливості зубів, це коли зуб зміщується ?
 A вестибуло-оральному напрямі на 1 мм
 B вестибуло-оральному напрямі > 1 мм
 C- вестибуло-оральному напрямі > 1 мм, або рухомий в медіо-дистальному напрямі
 D- вестибуло-оральному напрямі > 1 мм, і вертикальному напрямі
 E- рухомий у вертикальному і круговому напрямі
 9. За допомогою проби Шилера-Писарева визначають?
 A гнійний ексудат
 B глікоген в яснах
 C виразку в ясеневій кишені
 D стійкість капілярів ясен
 E ступінь кровоточивості ясен
 10. За допомогою бензидінової проби визначають?
 A гнійний ексудат
 B глікоген в яснах
 C виразку в ясеневій кишені
 D стійкість капілярів ясен
 E ступінь кровоточивості ясен
 11. За допомогою формалінової проби визначають?
 A гнійний ексудат
 B глікоген в яснах
 C виразку в ясеневій кишені
 D стійкість капілярів ясен
 E ступінь кровоточивості ясен
 12. При візуальній оцінці стану ясен, індекс РМА склав 26,0%, що відповідає?
 A гінгівіту легкого ступеня
 B гінгівіту середнього ступеня
 C гінгівіту важкого ступеня
 D хронічному гінгівіту
 E гінгівіту, що загострився
 13. Критерію оцінки індексу CRITN в 2 бали відповідає?
 A інтактний пародонт
 B кровоточивість ясен після зондування
 C над- і підясеневий зубний камінь, пародонтальна кишеня до 3,5 мм
 D над- і підясеневий зубний камінь, пародонтальна кишеня до 4-5 мм
 E над- і підясеневий зубний камінь, пародонтальна кишеня більше 6 мм
 14. Критерію оцінки індексу CRITN в 3 бали відповідає?

- A інтактний пародонт
 - B кровоточивість ясен після зондування
 - C над- і підясеневий зубний камінь, пародонтальна кишеня до 3,5 мм
 - D над- і підясеневий зубний камінь, пародонтальна кишеня до 4-5 мм
 - E над- і підясеневий зубний камінь, пародонтальна кишеня більше 6 мм
15. Який індекс CRITN відповідає рекомендаціям: професійна гігієна, навчання гігієнічному догляду за порожниною рота?
- A 1 бал
 - B 2 бали
 - C 2-3 бали
 - D 3 бали
 - E 4 бали

Відповіді на тести:

- 1 B
- 2 A
- 3 B
- 4 A
- 5 E
- 6 B
- 7 C
- 8 C
- 9 B
- 10 A
- 11 C
- 12 B
- 13 C
- 14 D
- 15 C

IV. Індивідуальні завдання для студентів з теми заняття

Написати реферат: Спеціальні клінічні методи діагностики захворювань пародонта.

Написати реферат: Індексна оцінка стану тканин пародонта.

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 томах. — Том 3. Захворювання пародонта: підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін.; за ред. А.В. Борисенка. - 2-е вид., переробл. і допов.. 2018. – 624 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія за ред. проф.. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2017. – 664 с.
4. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта за ред.. проф.. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2018. – 504 с.

Додаткова:

1. Копчак О.В. Оптимізація протоколів лікування хворих на генералізований пародонтит / О.В. Копчак, Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, К.А. Янішевський // Oral and General health. – 2021. - Т. – 2. - № 2. <http://www.mif-ua.com/m/archive/article/50936>
2. Борисенко А.В., Антоненко М.Ю., Сідельнікова Л.Ф., Мельничук Т.А. Нариси практичної пародонтології. – К.: ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України» – Київ: «Бібліотека «Здоров'я України», 2017. — 348 с.
3. 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.
4. 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.

Тема: «Рентгендіагностика хворих з патологією тканин пародонту»

Мета: -Аналізувати теоретичні основи рентгенологічних методів обстеження;

- Пояснювати різницю рентгенологічних методів обстеження;
- Запропонувати описати в історії хвороби рентгенологічне зображення щелеп, зубів;
- Класифікувати семіотику рентгенологічних змін в твердих тканинах зубів, періодонті, щелепах;
- Трактувати ознаки змін на рентгенограмі;

- Намалювати схеми рентгенологічних змін;
- Проаналізувати норму та патологічні рентгенологічні зміни в кістці при запальних, дистрофічно-запальних та дистрофічних процесах;
- Скласти план диференційної діагностики захворювань зубів та пародонту на основі рентгенологічного обстеження.

Основні поняття: Захворювання тканин пародонту. Рентгенологічні методи обстеження тканин пародонту.

План

I. Теоретичні питання до заняття:

Рентгенографія – це елемент клінічної діагностики в стоматології. Найважливішою особливістю рентгенівського проміння є проникаюча здатність. 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.

В деяких випадках доводиться умисно змінювати проекцію пучка проміння для отримання роздільного зображення коренів багатокоренових зубів або з'ясування взаємного розташування між коренями і патологічними утвореннями.

Ці проблеми значно зменшуються при використуванні візіографії - системи інтраоральної цифрової рентгенографії з комп'ютерною обробкою знімків (система комп'ютерної дентальної радіографії - CDR).

Особливості рентгенологічного зображення щелеп

На рентгенограмах переднього відділу нижньої щелепи нижче верхівок коренів центральних різців видно ущільнення, (ость підборіддя). На бічній проекції нижньої щелепи ментальний отвір розташований в періапікальній частині другого або першого премоляра (між верхівками коренів), але може проектуватися на верхівку кореня і сприйматися як патологія.

Канал нижньої щелепи має вигляд дуги шириною 4–6 мм з опуклістю донизу. Найближче він знаходиться біля лунки 8-го зуба (1,5–2,5 мм) і далі всього від лунки 6-го (7–8 мм).

На рентгенограмах фронтальної ділянки верхньої щелепи різцевий отвір знаходиться між коренями центральних різців у вигляді круглого або овального просвітління з чіткими контурами, іноді може проектуватися на верхівку кореня різця і сприйматися як деструкція. Щоб відрізнити різцевий отвір від патологічного розрідження кісткової тканини, слід звернути увагу на стан періодонтальної щілини. Відсутність якихось змін, та компактної

пластинки лунки, вказує на наявність різцевого отвору, що нашарувався на верхівку кореня зуба.

При рентгенологічному дослідженні бічних відділів верхньої щелепи, може накладатися скронева кістка, тінь гайморової пазухи, переднє боковий край носової порожнини, зрідка нижній край очної ямки. Іноді бухти гайморової пазухи розташовуються між коренями зубів і помилково можуть сприйматися за патологічний процес, частіше одонтогенну кісту. Тінь скуластої кістки часто накладається на щелепну пазуху, а іноді перекриває корені другого і третього молярів.

Форма і величина зубних альвеол (лунок) відповідає розміщеному в них кореню зубів. Кількість лунок і коренів співпадає. Деякі корені мають 2-3 кореневі канали, а іноді і більше, які можуть роздвоюватися або навпаки з'єднуватися. Лунки відділяються між собою між альвеолярними перегородками, а корені багато кореневих зубів додатково між кореневими перегородками. Стінка лунки біля кореня представлена компактною пластинкою, чітко видимою на рентгенограмі. На дні лунки розташовується верхівка кореня.

Періодонтальна щілина на рентгенограмі має вид лінійної смужки між компактною стінкою альвеоли і цементом кореня, шириною 0,2–0,25 мм. Ширина її неоднакова на всьому протязі і залежить від індивідуальних, вікових, функціональних і інших особливостей. Всяка зміна ширини або контурів періодонтальної щілини завжди пов'язана із зміною самого періодонта.

Після 40–50 років спостерігається поступовий, рівномірний розвиток дифузного остеопору, стоншення кісткових балок, загальна нерізка змазаність характерного кісткового малюнка. Невелике рівномірне зменшення висоти між альвеолярних гребенів, стоншення компактних кісткових утворень, кортикальна пластинка збережена. Відбувається оголення перицементної оболонки і клінічне подовження коронок, стоншуються кісткові між міжлуночкові перегородки. Іноді утворюються компенсаторні склеротичні муфти навколо верхівок коренів. З віком збільшується товщина дентину, спостерігається гіперцементоз, зменшується порожнина зуба.

Аналіз рентгенограм

Проводять звичайно на негатоскопі чи моніторі.

Порядок:

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 напівовалів; 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 захворюваннях пародонта

Основою клінічних проявів гострих і хронічних дистрофічно-запальних захворювань пародонту є запалення і (або) дистрофія з подальшою атрофією структур зубоясеневого ложа і в першу чергу ясен і альвеолярного відростка щелеп, що приводить до оголення коренів зубів, їх рухливості та передчасної втрати. Тому рентгенологічні методи дослідження при захворюваннях пародонту є найважливішим методом діагностики, дозволяє судити про поширеність, характер і ступінь вираженості процесу в області різних груп зубів, часто обґрунтувати методи лікування, оцінити динаміку захворювання.

При цьому найдоцільніше використовувати панорамні і ортопантомографічні рентгенограми.

Рентгенологічні ознаки захворювань пародонту

1. *Можливі ознаки*, які дають можливість запідозрити патологію пародонту:

- відкладення на зубах (мінералізовані, немінералізовані), наявність надясеневого каменя;
- розширення періодонтальної щілини біля шийки зуба;
- остеопороз альвеолярного краю та петляста структура кістки;
- поява інтерсептальних щілин.

Однак до цих ознак потрібно відноситися критично, враховувати вік пацієнта, особливості будови альвеолярного відростка, спів ставляти рентгенологічну картину з клінічними ознаками, які не завжди співпадають.

2. *Безпосередні (прямі) ознаки* ураження пародонту патологічним процесом:

- підясеневий зубний камінь;
- остеопороз компактної пластинки альвеолярного краю;
- деструкція верхівки міжзубних перегородок;
- резорбція альвеолярного відростка, зниження його висоти;
- кісткові кишені в пришийковій області.

Утворення зубного каменя відбувається як в області шийок зубів, так і на коренях на всю глибину кісткової кишені. Камені зазвичай містять велику кількість мінеральних речовин і при рентгенологічному дослідженні дають інтенсивну тінь. Зуби, покриті зубним каменем, на рентгенограмі мають нерівний контур, корінь потовщений та деформований. Утворення підясеневого зубного каменя супроводжується атрофією ясен з подальшою резорбцією кістки щелепи, що підтверджує патологію пародонту.

Перші ознаки остеопорозу компактного краю щелепи на рентгенограмі наступають в міжзубних проміжках - на вершинах інтердентальних перегородок.

Горизонтальна і вертикальна деструкція лунок

Резорбція зубних альвеол може відбуватися по двох типах: горизонтальна і вертикальна.

При горизонтальній резорбції відбувається більш - менш рівномірне розсмоктування кісткової тканини лунок по горизонталі навколо зубів (циркулярна резорбція), альвеолярний відросток рівномірно резорбований та знижений по висоті. При цьому розширення періодонтальної щілини не відбувається, компактна пластинка кістки збережена, хоча в ній також відбуваються патологічні зміни.

При вертикальній резорбції розсмоктування кісткової тканини відбувається нерівномірно і часто розповсюджується вертикально уздовж кореня, що приводить до появи різної глибини клиновидних дефектів кістки, патологічних кісткових кишень між коренем і кісткою лунки, які називаються пародонтальними кишнями.

Горизонтальна і вертикальна резорбція кісткової тканини альвеолярного відростка - це крайні варіанти деструкції кісткової тканини, частіше відбувається змішаний тип резорбції кістки. Горизонтальний тип резорбції (атрофія!) типовий для пародонтозу, фази стабілізації пародонтиту, зокрема в післяопераційному періоді. Вертикальний тип - в клінічній течії агресивніший і характерний для пародонтита і особливо пародонтоліза, який буває при ідіопатичних захворюваннях пародонту.

Ступінь атрофії альвеолярного відростка

Залежно від глибини резорбції альвеолярного відростка розрізняють три ступені його атрофії, яка приблизно відповідає клінічній оцінці стану пародонту по тяжкості:

- I ступінь - резорбція стінок лунки в межах пришийкової третини кореня (1/3 кореня);
- II ступінь - резорбція, атрофія альвеоли пришийкової і середньої третини кореня (від 1/3 до 2/3 кореня);
- III ступінь - руйнування луночок більше 2/3 довжини кореня.

Гінгівіт. Хронічні форми гінгівіту на рентгенограмі супроводжуються розволоknінням кортикальних пластинок міжальвеолярних гребенів, а в прилеглих ділянках губчастої кістки виявляються дрібні та крупніші ділянки остеопорозу. Після ліквідації запальних явищ вогнища остеопорозу зникають, відновлюється нормальна структура кортикальної пластинки.

Для пародонтита початковими симптомами є остеопороз вершин міжальвеолярних перегородок, розволоknіння кортикальних пластинок з подальшим їх зникненням. Знижується висота альвеолярного відростка, розширюється періодонтальна щілина (вертикальна та горизонтальна резорбція кісткової тканини). Потім збільшується ступінь резорбції міжальвеолярних перегородок, посилюється остеопороз: підвищується прозорість кістки, трабекулярний малюнок змазаний, посилена великопетлястість. Прогрес патологічного процесу супроводжується

формуванням кісткових кишень, узур на цементі кореня. Характерна відсутність чітких меж кісткової тканини, яка збереглася і зруйнованої.

Для пародонтозу, при якому в кістковій тканині відбуваються дистрофічні процеси, характерно: кістковий малюнок змазаний, слабо диференційований, дрібнопористий. Кортикальна пластинка збережена, на тлі склерозу губчастої речовини виглядає менш контрастно. Знижується висота альвеолярного відростка, вершини міжальвеолярних перегородок мають чітку форму. Але не слід забувати, що зменшення висоти міжальвеолярних перегородок може бути обумовлене і віковою перебудовою кісткової тканини.

Ідіопатичні захворювання пародонта.

При еозинофільній гранулемі на рентгенограмах визначаються округлі або овальні дефекти кісткової тканини різної величини, іноді до декількох сантиметрів, що мають різко обкреслені рівні контури. Подібні вогнища спостерігаються і в інших кістках скелета.

Хвороба Хенда-Шюлера-Крісчена при локалізації осередків ураження в області альвеолярних відростків супроводжується руйнуванням міжзубних перегородок і луночок. Потім процес розповсюджується на тіло щелепи, з утворенням вогнищ деструкції кістки неправильної округлої форми, діаметром 1-5 см. Краї дефектів нерівні, але чітко обмежені. Часто вражаються плоскі кістки черепа.

Проте слід звернути увагу, що рентгенологічні зміни кістковій тканині не завжди співпадають з клінічною картиною. Також слід відрізнити патологічну резорбцію альвеолярного відростка від вікової (старечої) атрофії, атрофія від недовантаження зубів і тому подібне, для яких провідною ознакою є рівномірне - симетричне зниження (але не резорбція!) альвеолярного краю, при цьому компактна пластинка не ушкоджується.

Таким чином, при захворюваннях пародонту рентгенологічне дослідження забезпечує:

- раннє виявлення анатомічних змін в пародонті;
- визначення розповсюдження і типу змін в пародонті;
- рентгеномоніторинг за динамікою розвитку пародонтопатій;
- рентгенконтроль ефективності лікування і періоду стабілізації пародонтита і пародонтозу.

Питання для самоконтролю

1. Що таке рентгенографія, її можливості в стоматології.
2. Які види рентгенологічного дослідження використовуються в терапевтичній стоматології?
3. Що таке візіографія та її переваги?

4. В якій послідовності проводять оцінку рентгенограм?
5. Що таке деструкція кістки, атрофія, здуття?
6. Що таке остеопороз, резорбція, гіперостоз, остеосклероз?
7. Який вигляд має гіперцементоз на рентгенограмі?
8. Який вигляд має періодонтальна щілина?
9. Як змінюється структура щелеп після 40–50 років?

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які має засвоїти студент при підготовці до заняття:

Остеопороз—дистрофічний процес, що протікає без зміни зовнішньої форми кістки. Відбувається зменшення заповнення елементів кістки в результаті гальмування утворення нової кістки або прискорення процесів розсмоктування під впливом нервово-трофічних і гуморальних порушень при запаленні, функціональних порушеннях.

Деструкція—руйнування будь-якої ділянки кістки із заміщенням дефекту патологічним субстратом (сполучна тканина, грануляції, гній, пухлина, кіста і т.д.). Розрізняють деструкцію (просвітлення) осередкову і дифузну, різних розмірів і контурів, з різним станом навколишньої кістки.

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

Атрофія (атрофія від вдавнення) - зменшення об'єму кістки в результаті превалювання розсмоктування кістки над кісткоутворенням з боку окістя. Розрізняють фізіологічну (старечу) і патологічну. Кортикальна пластинка збережена.

Здуття — збільшення об'єму кістки, що поєднується із зменшенням кісткової речовини і заміщенням його патологічною тканиною з середини кістки (кісткова кіста, гігантокліткова пухлина, фіброзна дистрофія, дисплазія і так далі).

Гіперостоз — об'ємне збільшення кістки, що супроводжується зростанням її маси за рахунок посиленого періостального кісткоутворення в результаті патологічного процесу.

Остеосклероз — ущільнення кістки, що характеризується збільшенням кількості кісткових пластинок, їх потовщенням, зменшенням простору між ними. Ознаки остеосклерозу: мало петляста, груботрабекулярна структура аж до її зникнення. Губчаста кісткова тканина стає гомогенною і набуває рис компактної речовини. Остеосклероз може бути осередковим, дифузним.

II. Практичні роботи (завдання), які виконуватимуться на занятті:

Етапи роботи	Засоби і умови для роботи	Критерії самоконтролю
<i>1. Аналіз рентгенограм</i> - оцінити якість рентгенограм; - встановити вид рентгенограм; - визначити анатомічну область;	Рентгенограми щелеп, зубів, негатоскоп, монітор	- контрастність, чіткість, структуру, проекційне спотворення і т.д. - 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 напівовалів; 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,

- зіставлення рентгенологічних даних з клінічними і результатами додаткових методів дослідження		
2. <i>Рентгенологічне дослідження уражень пародонта</i> - хронічні форми гінгівіту; - пародонтит - пародонтоз	Рентгенограми з патологією пародонта, негатоскоп, комп'ютер	- розволокнення кортикальної пластинки міжальвеолярних гребенів, в губчатій кістці - малі та більш великі ділянки остеопору - остеопороз вершин міжальвеолярних перегородок, розволокнення кортикальних пластинок та їх зникнення. Зниження висо-ти альвеолярного відростка, розширення періодонтальної щілини, посилення ступе-ня резорбції міжальвеолярних перегородок (вертикальна та горизонтальна резорбція кістки), підвищення прозорості кістки. Трабекулярний малюнок змазаний, підсилена великопетлистість, кісткові кармани, узури на цементі кореня. - кістковий малюнок змазаний, слабо диференційований, дрібно петлястий. Кортикальна пластинка збережена, на фоні склерозу губчатої тканини - не така контрастна. Рівномірне пониження висоти альвеолярного відростка, вершини міжальвеолярних перегородок мають чітку форму - округлі чи овальні дефекти кістки щелеп різної величини,

- еозинофільна гранулема		іноді до декількох сантиметрів, з різко окресленими рівними контурами, можуть бути в інших кістках скелету
-----------------------------	--	---

III. Тестові завдання для самоконтролю

1. Хворий Д., 45 років скаржиться на кровоточивість ясен, неприємний запах з рота. Після обстеження поставлено попередній діагноз: хронічний генералізований пародонтит II ступені тяжкості. Оцінка результатів якого показника найбільш інформативна для постановки остаточного діагнозу?
 - А- Глибина пародонтальних кишень
 - В- Рентгенографія
 - С- Рухомість зубів
 - Д- Проба Кулаженко
 - Е- Проба Кетчке
2. Пацієнтку 26 років, турбує кровоточивість ясен. Хворіє на цукровий діабет впродовж 3 років. Об'єктивно: ясеневі сосочки біля всіх зубів гіперемовані, набряклі, перекривають коронки зубів майже на 1/3 їх висоти. Який метод дослідження треба провести для дифдіагностики?
 - А- Пробу Шилера - Писарева
 - В- Рентгенографію
 - С- Вакуумну пробу
 - Д- Реопародонтографію
 - Е- Стоматоскопію
3. Пацієнт має скарги на дискомфорт в 35 зубі. Зуб болів протягом 2-х місяців. На жувальній поверхні глибока каріозна порожнина, пульпова камера відкрита, зондування безболісне, перкусія трохи болюча. На яснах біля кореня 35 зуба рубець від нориці. Які зміни на рентгенограмі можуть бути?
 - А- змазаність малюнка кісткової тканини біля верхівки кореня
 - В- розширення періодонтальної щілини з чіткими і рівними контурами
 - С- деструкція кістки овальної форми з чіткими і рівними контурами
 - Д- нерівномірне розширення періодонтальної щілини без чітких контурів
 - Е- стоншення кісткових балок, склероз
2. Пацієнт скаржиться на дефект коронки 37, потемніння зуба, періодичний біль при вживанні їжі. На жувальній поверхні глибока каріозна порожнина, пульпова камера відкрита, зондування безболісне. ЕОД – 60 мкА. Які зміни на рентгенограмі можуть бути?
 - А- змазаність малюнка кісткової тканини біля верхівки кореня
 - В- розширення періодонтальної щілини з чіткими і рівними контурами
 - С- деструкція кістки овальної форми з чіткими і рівними контурами
 - Д- нерівномірне розширення періодонтальної щілини без чітких контурів

Е- змін тканин пародонта немає

IV. Індивідуальні завдання для студентів з теми заняття

Описати 3-4 рентгенограми хворих із захворюванням тканин пародонта

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 томах. — Том 3. Захворювання пародонта: підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін.; за ред. А.В. Борисенка. - 2-е вид., переробл. і допов.. 2018. – 624 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія за ред. проф.. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2017. – 664 с.
4. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта за ред.. проф.. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2018. – 504 с.

Додаткова:

1. Копчак О.В. Оптимізація протоколів лікування хворих на генералізований пародонтит / О.В. Копчак, Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, К.А. Янішевський // Oral and General health. – 2021. - Т. – 2. - № 2. <http://www.mif-ua.com/m/archive/article/50936>
2. Борисенко А.В., Антоненко М.Ю., Сідельнікова Л.Ф., Мельничук Т.А. Нариси практичної пародонтології. – К.: ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України» – Київ: «Бібліотека «Здоров'я України», 2017. — 348 с.
3. 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.
4. 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.

Тема: «Папіліт. Класифікація, клініка, діагностика, лікування та профілактика»

Мета: - знати етіологію, патогенез, клініку різних форм папіліту,

- визначити вид і послідовність проведення необхідних додаткових методів дослідження
- провести диференційну діагностику різних форм папіліту
- знати основні принципи і методи лікування папіліту,
- засвоїти етапи лікування різних форм папіліту
- освоїти техніку діатермокоагуляції та кріодеструкції

Основні поняття: Папіліт. Діагностика папіліту. Лікування папіліту. Профілактика папіліту.

План

I. Теоретичні питання до заняття:

Папіліт являє собою запалення, яке обмежене ділянкою одного-двох ясенних сосочків. За клініко-морфологічними ознаками розрізняють катаральний (гострий, хронічний), виразковий (гострий, хронічний) і гіпертрофічний (хронічний, загострений) папіліт.

Катаральний папіліт. Розвивається частіше в результаті гострої травми - уколи, удари, поранення ясен кістками риби, ворсинками зубної щітки, інструментами під час лікування зубів, кусання твердих предметів та ін.. З місцевих причин, що викликають катаральний папіліт, найбільш частими є незадовільно накладені пломби на контактних поверхнях зубів. Особливо яскраво папіліт проявляється при відсутності або неправильному формуванні контактного пункту або ж якщо пломбувальний матеріал виступає за межі зуба і частково заповнює міжзубний проміжок, нависаючи над ясенним сосочком. Катаральний папіліт при порушенні контактного пункту між зубами може супроводжуватися ниючим болем. Хворі пред'являють скарги на біль при прийомі пиши, особливо твердою. Біль або постійна, або триває певний проміжок часу після подразнення. Об'єктивно виявляють гіперемію, набряк, зміну контурів, рельєфу ясенного сосочка, згладження верхівки. Нерідко у зв'язку з вираженою набряклістю утворюється ясенна кишенька. При папіліті травматичного походження виявляються сліди попередньої травми (ерозія, садно). Папіліт хімічного (медикаментозного) походження спочатку протікає як катаральний, а потім може швидко перейти в виразковий. Після дії кислот уражений сосочок в результаті зневоднення зменшується в об'ємі, набуває білуватий колір. Надалі у зв'язку з крововиливом колір його змінюється від яскраво-червоного до буруватого, а іноді - до темно-бурого.

Хронічний катаральний папіліт. Об'єктивно при огляді контури ясенного сосочка згладжені, відзначаються його набряк, пастозність і синюшність; при пальпації він кровоточить, виражений симптом вазопареза. Запальний процес може охоплювати тільки маргінальний край ясен або весь ясенний сосочок в цілому.

Виразковий папіліт в порівнянні з іншими формами зустрічається рідше. Найбільш частою його причиною є тривала дія механічних подразників, серед яких нависаючи края пломб відіграють провідну роль, рідше - наслідки хімічної травми. Виразковий папіліт зазвичай протікає по типу альтеративного декубітального процесу.

Хворі зазвичай скаржаться на біль в області ураженого сосочка, інтенсивність якої залежить від характеру перебігу процесу - гострий або хронічний. Відзначається неприємний запах з рота, при гострому перебігу можливе незначне збільшення і болючість регіонарних лімфатичних вузлів. Загальний стан хворих зазвичай не порушено. Ясенний сосочок гіперемований, набряклий, на верхівці відзначається ділянка некрозу сіруватого кольору. При обережному зондуванні цієї

ділянки некротичні тканини досить легко знімаються і оголюється кровоточива при механічному подразненні виразкова поверхня.

При хронічному перебігу папіліта гіперемія виражена менше, вершина ціанотичного ясенного сосочка неначе «зрізана» виразковим процесом і міжзубний проміжок зяє. Кількість некротизованої тканини і нальоту брудно-сірого кольору менше, ніж при гострому виразковому папіліті, оскільки вони вимиваються слиною за час перебігу захворювання.

Гіпертрофічний папіліт протікає хронічно, нерідко загострюється. У дітей і підлітків на відміну від дорослих часто спостерігається загострений перебіг. Розвиток захворювання зазвичай пов'язаний з наявністю місцевих подразників (переважно травма ясен при локалізації каріозної порожнини на контактних поверхнях, дефектах пломбування). У ранньому віці часто спостерігаються гіпертрофічні розростання ясен в ділянках аномалій положення окремих зубів. У підлітків в період статевого дозрівання можливий розвиток так званого ювенільного папіліта, який може бути не пов'язаний з місцевими подразнювальними чинниками. Хворі зазвичай не пред'являють скарг на біль, оскільки вона несильна і виникає лише від механічних подразників. Ясенний сосочок розростається і щільно заповнює каріозну порожнину на контактній поверхні зуба або розташовується в міжзубному проміжку. Тканина ясен відносно щільна, незначно гіперемована, маргінальний край вершини сосочка має фестончасті краї. При механічному подразненні сосочка (пальпація, обережне зондування інструментом) відзначається незначна кровоточивість. Гіпертрофований сосочок, розміщуючись у каріозній порожнині, повторює її контури, іноді виступає за її межі. При локалізації гіпертрофічного папіліта в області коренів молярів (молочних або постійних) ясенний сосочок набуває часточкової будови, нагадуючи за зовнішнім виглядом ягоду малини, цвітну капусту.

Розростання ясен постійно травмується твердою їжею, зубами-антагоністами, внаслідок чого хронічний запальний процес може загострюватися, а на верхівці сосочка утворюється виразка. Це проявляється більш вираженим болем і підвищеною кровоточивістю. Характерно швидке прогресування процесу; іноді запалені гіпертрофовані сосочки можуть покривати коронки зубів на всю висоту і на всьому протязі, частково травмуватися. Надалі можливе стихання запальних проявів, перехід в хронічний перебіг і відносна стабілізація патологічного процесу. Залежно від вираженості розростання ясенного сосочка розрізняють I, II або III ступеня гіпертрофічного папіліта. При I ступеня сосочок збільшений до $1/3$ висоти коронки зуба, при II-до $1/2$ і при III ступеня покриває більш $2/3$ висоти коронки зуба.

Диференціальна діагностика катарального папіліту нескладна, оскільки його потрібно відрізнити тільки від гінгівіту, при якому запальним процесом вражені ясенні сосочки в області декількох зубів.

При виразковому папіліті можливі больові напади, які симулюють гостре запалення пульпи. На відміну від пульпіту швидко і своєчасне усунення подразника припиняє больовий напад. Якщо сосочок розташовується в каріозній

порожнині, то дно останньої при зондуванні зазвичай безболісно (при пульпіті - різкий біль).

Гіпертрофічний папіліт слід диференціювати від епулід, хронічного гіпертрофічного пульпіту. При епуліді ясна більш щільні, поверхня їх нерівна, зерниста, з ділянками бурої пігментації. Епулід часто розташовується на тонкій ніжці, кровоточивість менш виражена, характерні рентгенологічні зміни кісткової тканини. Провідним в диференціальній діагностики гіпертрофічного пульпіту з розростанням ясенних сосочків є визначення джерела надлишкового росту тканини. При пульпіті розростання пульпи відбувається з порожнини зуба через розкритий звід, зона росту ясенного сосочка при папіліті знаходиться поза межами зуба. Тому при гіпертрофічному пульпіті зонд можна обережно і вільно провести між стінкою каріозної порожнини зуба і розростанням тканини. При папіліті інструмент доходить тільки до пункту, де ясенний сосочок врістає в каріозну порожнину. Таким чином, при гіпертрофічному пульпіті інструмент замикає повне коло, при папіліті це коло в ділянці зони росту гіпертрофованого ясенного сосочка виявляється незамкненим.

Питання для самоконтролю

1. Дати визначення термину папіліт.
2. Етіологія та патогенез папіліта.
3. Клініка і діагностика різних форм папіліту.
4. Лікування і профілактика папіліту.

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які має засвоїти студент при підготовці до заняття:

№	Термін	Визначення терміну
1.	Запалення	Комплексна місцева судинно-мезенхімальна реакція на пошкодження тканини, спричинена діями різного роду агентів, яка спрямована на знищення агента, що спричинив пошкодження та на відновлення пошкодженої тканини
2.	Дистрофія	Патологічний процес, що виникає при порушеннях обміну речовин та характеризується порушенням клітинних, тканинних та органних структур
3.	Папіліт	Запалення ясенного сосочка, обумовлене несприятливим впливом місцевих факторів
4.	Гінгівіт	Запалення ясен, обумовлене несприятливим впливом місцевих та загальних факторів та характеризується збереженням зубоясенного з'єднання

II. Практичні роботи (завдання), які виконуватимуться на занятті:

1. Вміти розрізнити клінічний стан пародонту в нормі та при захворюваннях пародонту
2. Провести курацію хворого із захворюваннями тканин пародонта і поставити попередній діагноз згідно класифікації М.Ф. Данилевського.
3. Назвати симптоми характерні для папіліту. Провести диференційну діагностику.
4. Назвати клінічні та додаткові методи обстеження хворих на папіліт.
5. Скласти план лікування папіліту.
6. Заповнити медичну картку амбулаторного хворого Ф 043/о

Визначення ступеня кровоточивості ясен.

Методика виконання:

Кровоточивість визначається шляхом зондування в області зубоясенної борозни або пародонтальної кишені. Одним з індексів кровоточивості є індекс РВІ (Papillin-Blutung-Index), запропонований Saxer, Muhlemann (1975). Зондування міжзубних сосочків проводять медіально і дистально, (1 і 3 квадрант) орально і вестибулярно (2 і 4 квадрант). Ступінь кровоточивості визначають в кожному із чотирьох квадрантів через 20-30 секунд після зондування. Відсутність кровоточивості розцінюють як критерій здорових ясен.

- 1 бал- поодинокі точкова кровотеча;
- 2 бали- визначається лінія крові чи декілька крапель крові по краю вершини сосочка;
- 3 бали- помірна кровотеча з міжзубного сосочка, в міжзубному просторі визначають трикутник крові;
- 4 бали- профузна кровотеча, що виникає відразу після зондування в міжзубному просторі.

Метод коагуляції гіпертрофованого ясенного сосочка.

Матеріальне забезпечення:

- апарат «ЕЕС-30»;
- електроди: кулястий, скальпелеподібний;
- коренева голка, петлі;
- стерильні ватні валики, тампони;
- комплект стоматологічних інструментів для обстеження порожнини рота;
- 3 % розчин йоду;
- 10% р-н лідокаїну;
- 3 % перекис водню, розчин фурациліну 1 : 2000.

Методика проведення:

1. Ізолювати зуби від слини ватними валиками, висушити.
2. Обробити ясенний край 3 % розчином йоду.
3. Провести аплікаційну анестезію 10 % розчином лідокаїну.
4. Зафіксувати електрод в утримувачі.
5. Включити апарат і встановити потужність в діапазоні 10-15 Вт.
6. Накласти електроди із зовнішнього і внутрішнього боку ясенного сосочка і поволі просувати в медіально-дистальному напрямі, зрізаючи верхівку сосочка на необхідну величину.
7. Обробити ясенний край розчином фурациліну 1 : 2000.

III. Тестові завдання для самоконтролю

1. Ясенна борозна знаходиться на рівні:
 - А. Екватора коронки зуба
 - В. Емалево - цементного з'єднання
 - С. Горбків коронки зуба
 - Д. Емалево - дентиного з'єднання
 - Е. Дентино - цементного з'єднання
2. При обстеженні хворого лікар з метою оцінки якості, гігієнічного догляду за ротовою порожниною використовував індекс Федорова-Володкіної. Цей індекс визначають в ділянці :
 - А. 43, 42, 41, 31, 32, 33 зубів
 - В. 16, 11, 21, 26, 36, 46 зубів
 - С. 14, 11, 26, 31, 34, 46 зубів
 - Д. 13, 12, 11, 31, 22, 23 зубів
 - Е. 11, 21, 31, 36, 41, 46 зубів
3. Жінка віком 38 років звернулася зі скаргами на загальну слабкість, кровоточивість та розростання ясен. В анамнезі: протягом останніх п'яти років працює на Крайній Півночі, в харчовому раціоні не вистачає овочів та фруктів. Об'єктивно: ясенні сосочки, що розрослися, покривають коронки зубів, кровоточать при доторканні, петехіальні крововиливи на м'якому піднебінні. Проявом недостатності якого вітаміну може бути ця клінічна картина?
 - А. Вітамін А
 - В. Вітамін В1
 - С. Вітамін В2
 - Д. Вітамін РР
 - Е. Вітамін С
4. Жінка віком 45 років скаржиться на постійну гноєтечу з ясен, погіршення загального стану. В анамнезі - постійне відчуття спраги, шкірне свербіння, сухість ротової порожнини. Який з лічених методів дослідження крові, необхідно провести цій хворій в першу чергу?
 - А. Імунологічне дослідження
 - В. Визначення вмісту віт. С
 - С. Визначення вмісту цукру
 - Д. Визначення вмісту заліза
 - Е. Загальний розгорнутий аналіз
5. Один з імуноглобулінів є секреторним та виконує імунологічний захист ротової порожнини. Який це імуноглобулін?
 - А. Ig A
 - В. Ig G
 - С. Ig M
 - Д. Ig D
 - Е. Ig E
6. На рентгенограмі лівої гілки нижньої щелепи в бічній косій проекції на рівні кута визначається осередок однорідного просвітлення кістки розміром 2х3 см. Контури

його нерівні й нечіткі. Який морфологічний субстрат відображено в даній рентгенологічній картині ?

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

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

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

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

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

9. При обстеженні пародонтологічного хворого була використана формалінова проба. Формалінова проба використовується для:

- А. Визначення наявності пародонтальної кишені
- В. Виявлення гнійного виділення з пародонтальної кишені
- С. Визначення ступеню запалення ясен
- Д. Визначення глибини пародонтальної кишені
- Е. Визначення характеру флори в пародонтальній кишені

10. При обстеженні пародонтологічного хворого був підрахований пародонтальний індекс (PI). При підрахунку цього індексу враховують:

- А. Наявність над'ясенних відкладень
- В. Час утворення гематоми в яснах
- С. Тяжкість деструктивного процесу в кістці
- Д. Наявність гнійного виділення з пародонтальної кишені
- Е. Дані реопародонтографії

11. При обстеженні пародонтологічного хворого лікар використав бензидинову пробу. Бензидинова проба застосовується для визначення:

- А. Глибини пародонтальної кишені
- В. Гнійного виділення з пародонтальної кишені
- С. Наявності пародонтальної кишені
- Д. Наявності запалення в тканинах пародонту

Е. Наявності дістрофії в тканинах пародонту

IV. Індивідуальні завдання для студентів з теми заняття

Скласти алгоритм діагностики и лікування хворого гіпертрофічним папілітом.

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 томах. — Том 3. Захворювання пародонта: підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін.; за ред. А.В. Борисенка. - 2-е вид., переробл. і допов.. 2018. – 624 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія за ред. проф.. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2017. – 664 с.
4. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонтоа за ред.. проф.. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2018. – 504 с.

Додаткова:

1. Копчак О.В. Оптимізація протоколів лікування хворих на генералізований пародонтит / О.В. Копчак, Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, К.А. Янішевський // Oral and General health. – 2021. - Т. – 2. - № 2. <http://www.mif-ua.com/m/archive/article/50936>
2. Борисенко А.В., Антоненко М.Ю., Сідельнікова Л.Ф., Мельничук Т.А. Нариси практичної пародонтології. – К.: ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України» – Київ: «Бібліотека «Здоров'я України», 2017. — 348 с.
3. 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.
4. 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.

Тема: «Виразково-некротичний гінгівіт. Клініка, діагностика, лікування та профілактика».

Мета: - *знати:*

- 1) Основні причини виникнення захворювань пародонту.
- 2) Систематизацію захворювань пародонту.
- 3) Основні принципи обстеження хворих виразково-некротичним гінгівітом та їх значення для встановлення діагнозу.

4) Суб'єктивне дослідження хворого виразково-некротичним гінгівітом (опитування, деталізування скарг, клінічний перебіг та ін.)

5) Об'єктивне дослідження хворого виразково-некротичним гінгівітом (огляд, пальпація, та ін.);

- *вміти:*

1) Провести суб'єктивне та об'єктивне дослідження хворого виразково-некротичним гінгівітом

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

3) Оцінити візуально стан тканин пародонту.

4) Встановити клінічний перебіг виразково-некротичного гінгівіту.

5) Проводити місцеве лікування.

6) Проводити загальне лікування.

Основні поняття: Виразково-некротичний гінгівіт. Діагностика виразково-некротичного гінгівіту. Лікування виразково-некротичного гінгівіту. Профілактика виразково-некротичного гінгівіту.

План

I. Теоретичні питання до заняття:

Виразковий гінгівіт - запальний процес ясен з переважанням альтеративного компонента, порушенням цілості і некрозом тканин. Він розвивається при зниженні реактивності організму як гіперергічна реакція на сенсibiliзацію тканин фузоспірілярним симбіозом: веретеноподібна паличка і спірохета (борелії) Венсана. Ці умовно-патогенні анаеробні збудники належать до досить постійної мікрофлори порожнини рота і виявляються в невеликих кількостях в ясенній борозді, глибоких

складках слизової оболонки. При не санірованій порожнини рота і недостатньому догляду за нею, їх кількість різко збільшується.

Етіологія: Вирішальну роль у виникненні захворювання грає зниження реактивності організму, коли створюються несприятливі умови для його захисту і, навпаки, сприятливі умови для розмноження цієї анаеробної мікрофлори. Виникнення виразкового гінгівіту може свідчити про серйозні порушення реактивності організму внаслідок загальних захворювань, або зниженні резистентності тканин ясен. Розвитку виразкового гінгівіту іноді передують перенесені інфекційні захворювання (грип та ін.), Переохолодження, стресова ситуація та ін. Він часто виникає на тлі важких загальних захворювань - лейкозів, агранулоцитозу, авітамінозів, злоякісних пухлин, отруєнні солями важких металів та ін. Відзначається сезонність виникнення захворювання (весна, осінь), що пов'язують з гіповітамінозами. У виникненні виразкового гінгівіту велике значення мають місцеві дратівливі чинники: зубні відкладення, коріння зубів, каріозні порожнини, невдалі пломби, протези та ін. Нерідко провокуючим фактором стає утруднене прорізування зубів мудрості (особливо нижніх), ускладнене хронічним перикоронаритом. Це пояснюється тим, що вогнище інфекції під капюшоном зуба мудрості є постійним джерелом інтоксикації і сенсibiliзації організму,

подразненню рецепторні поля. У цей період змінюється трофіка слизової оболонки, приєднується механічна травма капюшона, порушуючи цілість епітелію, сприяє генералізації патологічного процесу.

Клініка: розрізняють гострий і хронічний перебіг виразкового гінгівіту, а за ступенем тяжкості - легку, середню і важку.

Гострий виразковий і гінгівіт: Хворі скаржаться на біль в яснах, неприємний запах з рота, кровоточивість, утруднення прийому пиши, іноді біль при ковтанні, тризм та ін. Захворювання супроводжується вираженою загальною реакцією організму: нездужанням, головна біль, дратівливістю, підвищенням температури тіла, порушеннями сну, апетиту, диспепсичні розлади і ін. Залежно від характеру ураження ясен і вираженості загальної реакції виділяють **3 клінічні ступені:** легку, середню і важку (Н.Ф.Данілевський, Г.Н.Вішняк, А.М.Політун, 1981). У розвитку захворювання **виділяють 4 періоди;** продромальний; первинних клінічних проявів; виражених клінічних проявів і зворотного розвитку. Захворюванням може бути уражені ясна в області 2-3 зубів - обмежений (локалізований) гінгівіт або на всьому протязі зубного ряду щелеп - дифузний (генералізований) гінгівіт. У продромальний період, який триває 1-2 дні, а при легкому ступені захворювання зазвичай не виражено, хворі відзначають сухість, печіння, біль в яснах. При формах середньої тяжкості та тяжкого підвищується температура тіла (у важких випадках до 38-39 ° С), більш виражені ознаки загального нездужання. Період первинних клінічних проявів характеризується розвитком катарального запалення ясен (гіперемія, кровоточивість, біль і ін.), підвищенням температури тіла, подальшим розвитком явищ загальної інтоксикації. Залежно від ступеня тяжкості тривалість цього періоду становить 2-4 дні, при важкій формі - 1 2 дні. У період виражених клінічних проявів захворювання на тлі загальних розладів проявляються, і швидко нарастають некротичні зміни ясен. Цей період буває в середньому від 5 до 15 днів, тривалість його залежить від тяжкості захворювання, віку хворих, стану реактивності організму, своєчасності та правильності лікування. Некроз починається з ясенного краю, з вершин міжзубних сосочків. У цих ділянках некротизирована поверхня ясен набуває білувато-брудно-сірий колір, і покривається шаром нальоту такого ж кольору.

Хронічний виразковий гінгівіт частіше розвивається як результат гострого процесу і характеризується млявим перебігом. Хворі скаржаться на постійну кровоточивість, незначну болючість ясен і неприємний запах з рота. Десна застійно гіперемійована, набрякла, виразки, край ясен валікоподібно потовщений. Вершини міжзубних ясенних сосочків, або навіть весь маргінальний край ясен покриті невеликою кількістю брудно-сірого нальоту. Нерідко в результаті некрозу ясенних сосочків втрачається фестончатість ясенного краю, міжзубні проміжки відкриті, зіяють. При обережному видаленні нальоту і некротичних тканин оголюються кровоточащі виразкові поверхні. Регіонарні лімфатичні вузли можуть бути злегка збільшені, слабоболісні при пальпації. Захворювання, як правило, протікає в легкій

формі, рідше - середньої тяжкості; нерідко без виражених суб'єктивних відчуттів і порушення загального стану організму.

Рентгенологічне дослідження: відзначаються остеопороз вершин міжальвеолярних перегородок і розширення періодонтальної щілини у їх вершин. При мікроскопії нальоту виявляють велику кількість змішаної мікрофлори із значною кількістю веретеноподібних паличок. При загостренні захворювання в крові відзначається помірний лейкоцитоз, тенденція до зміщення лейкоцитарної формули вліво, збільшення ШОЕ.

Диференційна діагностика виразкового гінгівіту: повинна проводитися із захворюваннями крові, алергічними ураженнями. Точний діагноз встановлюють на підставі розгорнутого аналізу крові, даних алергологічних проб. У важких випадках необхідна консультація гематолога, терапевта, алерголога, інших фахівців. **Лікування виразкового гінгівіту:** складається з декількох етапів. Спочатку виявляють і усувають загальні фактори, що ушкоджують ясна, і ретельно видаляють місцеві подразники. Видалення зубних відкладень (зубного каменю), необхідно проводити дуже обережно, щоб уникнути додаткової травми тканин ясен. Обов'язкове застосування знеболюючих препаратів (анестетиків, мефенаміну натрієвої солі та ін.) для повноцінного проведення цих маніпуляцій. Вибірково потрібно підходити до видалення коренів на цьому етапі лікування, оскільки може розвинутися некроз кістки лунки видаленого зуба. Рекомендуються рясні полоскання розчинами антисептиків, особливо препаратами, що пригнічують анаеробну мікрофлору (3% розчин перекису водню - 1 столова ложка на склянку води та ін.), знеболюючі полоскання. Після усунення місцевих подразнюючих факторів виконують некректомію - видалення некротичних тканин з поверхні ясен. Її проводять інструментами, ватяними кульками, турундами, обережно і ретельно під знеболенням і рясним зрошенням антисептиками. Від ретельності проведення некректомії залежить ефективність застосування медикаментозних засобів. Для полегшення відторгнення некротизованих тканин використовують протеолітичні ферменти (трипсин, хімотрипсин, проназа, террілітін та ін.) У вигляді аплікацій свіжоприготовлених розчинів - 1 мг ферменту на 1 мл розчину антибіотика (стрептоміцину) або іншого, сумісного з ферментами препарату, наприклад 5-НОК. Подібну, але менш ефективну дію надають 0,25% розчини соди, перекису водню. Доцільно використовувати пінообразуючі речовини, що сприяють вимиванню некротичних тканин. Показником правильності виконання некректомії є чиста виразкова поверхня ясен. Після некректомії важливим етапом лікування є застосування антибактеріальних та протизапальних засобів. Використовують антибіотики, нітрофурани, антисептики, сульфаніламідні й інші препарати з урахуванням чутливості до них мікрофлори. Антибактеріальні препарати комбінують з протизапальними (мефенаміну натрієва сіль, тощо.). Для стимуляції процесів репаративної регенерації застосовують похідні піримідинових основ (метилурацил, пентоксил), вітамінні препарати (аскорбінова кислота, токоферолу ацетат), засоби рослинного походження (сік каланхое та ін.), оксигенотерапію, солкосерил, лізоцим. Гарну стимулюючу

дію на тканини ясен надають полоскання штучним лізоцимом (1 л холодної кип'яченої води + 1 чайна ложка солі + 1 білок ку-рячого яйця). Показником успішного лікування є стихання запальних явищ в яснах. Для стимуляції утворення епітелію на цьому етапі лікування додають використання кератопластичних засобів - вітамін А, масло шипшини, масло обліпихи, каротолін, анілінові барвники та ін. Крім того, медикаментозне лікування доповнюється фізичними методами впливу. Їх призначають диференційовано, залежно від фази запального процесу. У початкових стадіях запалення показані аерозольні інгаляції, струми УВЧ, місцева гіпотермія, лазерне випромінювання; в більш пізніх - їх доповнюють електрофорезом, гідротерапевтичних процедурами. Загальне лікування залежить від ступеня тяжкості захворювання.

Питання для самоконтролю

1. Визначте основні принципи обстеження хворих з патологією пародонту.
2. З яких етапів складається обстеження хворого з захворюваннями пародонту?
3. Що таке суб'єктивне обстеження хворого? Його складові частини.
Деталізувати.
4. Що таке об'єктивне обстеження? Його складові частини.
Деталізувати.
5. Консультації яких спеціалістів потрібно проводити для повного з'ясування причин виникнення виразково-некротичного гінгівіту?

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які має засвоїти студент при підготовці до заняття:

№ з.п.	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4
1.	Вивчити: етіологію та патогенез виразково-некротичного гінгівіта. Клініку, діагностику	Назвати основні етіологічні чинники. Сформулювати механізм виникнення гінгівіту. Назвіть основні клінічні ознаки виразково-некротичного гінгівіту. Скласти	Місцеві та загальні чинники. Біль, набряк, гіперемія, ерозії, некротичний наліт та ін.

	Методи лікування	схему використання основних клінічних та допоміжних методів діагностики. Скласти схему лікування.	Температура, слабкість, недужання, головний біль та ін. Загальне Місцеве
--	------------------	--	---

II. Практичні роботи (завдання), які виконуватимуться на занятті:

- 1) Провести суб'єктивне та об'єктивне дослідження хворого із захворюваннями пародонту;
- 2) Правильно інтерпретувати результати суб'єктивного та об'єктивного дослідження.
- 3) Оцінити візуально стан тканин пародонту.
- 4) Встановити клінічний перебіг виразково-некротичного гінгівіту.
- 5) Визначити елементи ураження при виразково-некротичному гінгівіті.
- 6) Визначити тактику ведення хворого.
- 7) Призначити необхідні консультації.

III. Тестові завдання для самоконтролю

1. З якими захворюваннями пародонту в першу чергу необхідно проводити диференційну діагностику?
 - А - гіпертрофічним гінгівітом.
 - В - Початковою стадією пародонтиту.
 - С - пародонтит II ступеня.
 - Д - Пародонтозом.
 - Е - Гінгівітом вагітних.
2. З перерахованих нижче симптомів виберіть один, найбільш відповідний гострому катаральному гінгівіту?
 - А - Кровотеча ясен, біль при жуванні.
 - В - набряк і гіперемія ясен, наявність ясенних кишень.
 - С - Різкі болі в яснах в ділянці окремої групи зубів.
 - Д - набряк ясен, рухливість зубів.
 - Е - наявність гною в ясенних кишнях, неприємний запах.
3. Який із зазначених нижче факторів може сприяти розвитку виразкового гінгівіту?
 - А - Зниження рН слини до 4,6.
 - В - наявність зубної бляшки.
 - С - Зниження імунітету.
 - Д - Низький рівень бактерицидних властивостей слини.
 - Е - Порушення прикусу.
4. Якість гігієни порожнини рота може характеризувати:

- А - Проба Шиллера - Писарева.
 - В - Вакуум - тест по Кулаженко.
 - С - Індекс гігієни за Федоровим - Володкіної.
 - Д - Волдирна проба.
 - Е - Фарбування зубів метиленовим синім.
5. Які із зазначених нижче ознак найбільш характерні для гострого катарального гінгівіту?
- А - Десни ціанотичні, набряклі
 - В - Набряклість сосочків, гіперемія, кровотеча, біль.
 - С - Гіпертрофія ясен, ясна щільні, немає кровотечі.
 - Д - Набряклість ясен, пародонтальні кишені, заповнені грануляціями.
 - Е - Набряклість ясен, кровоточивість, рухливість зубів.
6. Рентгенологічна картина при гострому катаральному гінгівіті.
- А - Альвеолярна кістка має звичну форму.
 - В - Остеопороз міжальвеолярних перегородок.
 - С - Резорбція кісткової тканини.
 - Д - Атрофія краю альвеоли.
 - Е - Дифузне ураження альвеолярної кістки.
7. Які морфологічні зміни характерні для хронічного катарального гінгівіту?
- А - Деструкція м'яких тканин пародонту.
 - В - Грануляції з елементами запалення у вигляді дифузного інфільтрату.
 - С - Помірний набряк, клітинна інфільтрація.
 - Д - Різка гіперемія судин, запально - клітинна інфільтрація ясенного краю.
 - Е - Ясенні сосочки збільшені в розмірі, за рахунок розростання тканини.
8. З нижче перерахованих загальних захворювань назвіть те, при якому майже завжди має місце ураження пародонту?
- А - Хронічний холецистит.
 - В - Хронічний коліт.
 - С - Цукровий діабет.
 - Д - Туберкульоз.
 - Е - Запалення легенів.

Ситуаційна задача № 1.

Хворий А., 21 рік, звернувся зі скаргами на біль і кровоточивість, утруднений прийом їжі, неприємний запах з рота, підвищення температури тіла до 38 °, слабкість, нездужання, пітливість, головний біль, зниження працездатності. Захворів більш 3 діб. При огляді хворого визначається блідий колір шкірних покривів, збільшення піднижньощелепних лімфовузлів праворуч, смердючий запах з рота, підвищення температури тіла до 38 ° С. На зубах визначається велика кількість м'якого зубного нальоту і надясеневого зубного каменю. Слизова оболонка ясенних сосочків і маргінальних ясен брудно-сірого кольору, нижче визначається яскраво-червона демаркаційна лінія. При видаленні некротичних мас, які легко знімаються тампоном, оголюються кровоточиві пухкі ясна з ділянками виразок.

Клінічний аналіз крові: кількість лейкоцитів - 9000, ШОЕ - 12 мм / год.
Поставте діагноз. Визначте ступінь тяжкості . Опишіть результат
(бактеріоскопічного дослідження, який очікується у цього хворого. Складіть
план обстеження і лікування цього хворого. Випишіть рецепти.

Ситуаційна задача № 2.

Хворий Б., 19 років, звернувся зі скаргами на різку кровоточивість ясен, неприємний запах з рота. Хворіє протягом 3-4 тижнів, коли з'явилися кровоточивість ясен і біль в яснах під час їжі. Полоскав рот содою і не чистив зуби, біль в яснах і кровоточивість зменшилися, але продовжують турбувати хворого. З анамнезу виявлено надмірне куріння, зловживання алкоголем, повна відсутність гігієни порожнини рота. При огляді виявлено: землистий колір шкіри обличчя, збільшення і болючість при пальпації піднижньощелепних лімфовузлів праворуч, смердючий запах з рота. У порожнині рота: рясні відкладення м'якого зубного нальоту, що покриває від 1 / 2 до 3/4 висоти коронок зубів, надясневий зубний камінь, оголення шийок зубів на 1-3 мм. Ясневий край потовщений, гіперемія з ціанозом, під нальотом визначаються ділянки виразок, міжзубні проміжки зіяють, при доторканні до ясенного краю з'являється кровоточивість. Виявлено велику кількість каріозних порожнин і коренів зубів. Поставте діагноз, визначте ступінь тяжкості процесу. Складіть план обстеження і лікування цього хворого, випишіть рецепти.

IV. Індивідуальні завдання для студентів з теми заняття

Скласти алгоритм діагностики и лікування хворого виразково-некротичним гінгівітом.

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 томах. — Том 3. Захворювання пародонта: підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін.; за ред. А.В. Борисенка. - 2-е вид., переробл. і допов.. 2018. – 624 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія за ред. проф.. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2017. – 664 с.
4. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта за ред.. проф.. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2018. – 504 с.

Додаткова:

1. Копчак О.В. Оптимізація протоколів лікування хворих на генералізований пародонтит / О.В. Копчак, Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, К.А. Янішевський // Oral and General health. – 2021. - Т. – 2. - № 2. <http://www.mif-ua.com/m/archive/article/50936>

2. Борисенко А.В., Антоненко М.Ю., Сідельнікова Л.Ф., Мельничук Т.А. Нариси практичної пародонтології. – К.: ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України» – Київ: «Бібліотека «Здоров'я України», 2017. — 348 с.
3. 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.
4. 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.

Тема: «Етіологія і патогенез дистрофічно-запальних захворювань пародонта. Роль місцевих і загальних факторів. Вклад вітчизняних вчених»

Мета: - Знати місцеві та загальні фактори розвитку дистрофічно-запальних захворювань пародонта

- Знати механізм розвитку дистрофічно-запальних захворювань пародонта

- Вміти: візуально оцінити стан тканин пародонту, виявити наявність патологічних змін

Основні поняття: Дистрофічно-запальні захворювання пародонту. Етіологія дистрофічно-запальних захворювань пародонта. Патогенез дистрофічно-запальних захворювань пародонта.

План

I. Теоретичні питання до заняття:

За останні десятиріччя опубліковано значну кількість праць, присвячених встановленню причинно-наслідкових зв'язків розвитку хвороб пародонту з інфекційними, імунними, травматичними та іншими агентами на тлі анатомо-топографічної специфіки тканин порожнини рота. У багатьох ґрунтовних дослідженнях вітчизняних та зарубіжних авторів простежується багатофакторний вплив екзогенних та ендогенних чинників на розвиток та перебіг захворювань пародонту. Пародонт слід розглядати як фундаментальний компонент для зуба, який також має охоронні механізми для інших ембріогенетично залежних систем і органів. Патогенез запальних і дистрофічно-запальних захворювань пародонту є системним, полікомпонентним і складним процесом. Розвиток патологічних змін у пародонті зумовлюють численні і різні за характером ланки: процеси на рівні всього організму, його клітин і середовищ (кров, слина), процеси на рівні тканин пародонту (органели клітин, неклітинний компонент), їх біохімічних реактивних субстратів та ін. Патохімічні, морфологічні, імунні, біологічні зміни, що відбуваються у пародонті, супроводжують порушення обміну речовин організму, що призводить до зсувів синтезу білків тканин пародонту. Ці фактори можуть зумовлювати виникнення і прогресування деструкції цього комплексу. Пріоритетна роль у виникненні запального процесу в тканинах пародонту належить інфекційному фактору. Різноманітна і рясна мікрофлора, яка вегетує на поверхні епітелію ясен, здатна вступати в активну взаємодію з розташованими під сулькулярним епітелієм тканинними елементами. Факторами, які сприяють утворенню мікробного нальоту, є недостатнє самоочищення зубів, незадовільний

гігієнічний догляд за порожниною рота, якісні та кількісні зміни ротової рідини та ін.

Один з можливих механізмів розвитку запального процесу в тканинах пародонту можна класифікувати наступним чином:

1. Бактерійні ендотоксини у поєднанні з протеазами назубної бляшки і ясенної рідини.
2. Дегрануляція опасистих (тучних) клітин (накопичення серотоніну, гістаміну, гепарину) поряд із зміною активності ферментів калікреїн-кінінової системи та їх інгібіторів.
3. Дезінтеграція глікозаміногліканів – підвищення проникності судин.
4. Порушення ресинтезу колагену (зміна активності колагенази), зміна бар'єрної функції (місцева реактивність) і загальної реактивності пародонту.

Вважають, що ключем до вивчення етіології та патогенезу захворювань пародонту є три групи факторів:

1. Стан і продукти обміну в зубній бляшці та камені.
2. Фактори порожнини рота, які здатні посилювати або послаблювати патогенетичний потенціал мікроорганізмів і продуктів їх обміну.
3. Загальні фактори, які регулюють метаболізм тканин порожнини рота, від яких залежить реакція-відповідь на патогенні впливи.

Отже, інфекційна теорія захворювань пародонту, висловлена століття тому залишається актуальною і надалі. Усі інші фактори поділяють на локальні і системні. Причому, саме місцеві фактори сприяють акумуляції бактерійної плівки та утруднюють її очищення. До них відносяться: несанована порожнина рота (каріозні порожнини, корені зубів, що не підлягають консервативному лікуванню, неякісні реставрації, нераціональні протези та ортодонтичні конструкції), аномалії і деформації щелеп, скупченість зубів, аномалії прикусу, аномалії розвитку м'яких тканин порожнини рота, мілкий присінок, виражені тяжкі слизової оболонки, аномалії прикріплення вуздечки губ і язика, оклюзійна травма, паління та інші шкідливі звички.

Для встановлення прогнозу захворювань пародонту слід враховувати наявність у пацієнтів бруксизму, відсутність носового дихання.

До системних факторів належать генетичні, ендокринні (цукровий діабет, порушення гормональної функції статевої системи та ін.), харчові, гематологічні, імунні, обмінні, судинні та нервово-трофічні порушення, а також захворювання шлунково-кишкового тракту, зниження реактивності організму, тобто ті процеси, які змінюють реакцію ясен на локальне ушкодження. Відомим фактом є те, що індивідуальна чутливість до розвитку пародонтиту теж достатньо варіабельна. Так, у низки осіб, незважаючи на похилий вік, практично не простежується запальне ушкодження ясен, а в інших – вже у молодому віці у пародонті стартують прогресуючі запальні та дистрофічно-запальні процеси. Початок запальних змін реєструється у ясенній борозенці внаслідок зниження бар'єрних властивостей.

Основні патогенетичні механізми розвитку хронічного пародонтиту: пошкодження клітин, в першу чергу, поліморфно-ядерних лейкоцитів, з виділенням лизосомальних ферментів, виділення плазмових і клітинних медіаторів запалення; порушення мікроциркуляторного русла і внаслідок цього,

підвищення судинно-тканинної проникності. Погіршення трофіки тканин пародонту призводить до порушення кисневого живлення тканин і зміни енергетичного процесу, що забезпечує життєздатність клітин. У цих випадках включаються примітивні способи вироблення енергії за допомогою перекисного і вільно-радикального окислення з утворенням великої кількості високотоксичних продуктів. В результаті зміни кислотності середовища порушується дозрівання остеобластів і активізується утворення остеобластів, що руйнують кісткову тканину.

В процесі пародонтиту утворюється пародонтальна кишеня. Її утворення пов'язане з руйнуванням епітеліального і сполучнотканинного прикріплення ясен до зуба, проростанням епітелію в підлеглу сполучну тканину і виразкуванням його. Надалі відбувається руйнування кругової зв'язки зуба, запальна резорбція кісткової ткани і формується пародонтальна кишеня. Під час розвитку хронічного запалення порушуються репаративні процеси, що призводять до утворення неповноцінної (патологічної) грануляційної тканини, інфільтрованої макрофагами, плазматичними клітинами і лімфоцитами. При зниженні реактивності пародонту ця тканина не може нормально дозрівати і підтримує тривалий хронічний перебіг запалення. У механізмі утворення пародонтальної кишені істотну роль відіграють мінералізовані зубні відкладення (зубний камінь), який утворюється на поверхнях кореня зуба.

Виділяють два шляхи утворення пародонтальної кишені: **низхідний і висхідний**. Низхідний відбувається під впливом протеолітичних ферментів мікробної зубної біляшки на ранніх етапах розвитку захворювання, при висхідному відбуваються нейросудинні порушення, цей шлях розвитку основний на завершальних етапах захворювання.

Ясенна кишеня. Цілісність зубоясенного з'єднання в разі гінгівіту не порушується, однак внаслідок набряку міжзубних ясенних сосочків, збільшення їх об'єму утворюється заглиблення ясенної борозни з виникненням ясенної кишені.

Пародонтальна кишеня. В основі утворення пародонтальних кишень лежать трофічні зміни в тканинах пародонта, внаслідок чого порушується зв'язок між цементом, сулькулярним епітелієм та комірковою кісткою. В епітелії дна кишені з'являються мікроби, утворюються виразки, відбувається проліферація та поступове зростання епітелію в напрямку кореня зуба. У підепітеліальному шарі власної сполучнотканинної пластинки ясен виникає дрібноклітинна інфільтрація. Внаслідок вегетації епітелію у вигляді тяжів уздовж кореня зуба дно пародонтальної кишені переміщується за межі емалево-цементного з'єднання. Циркулярна зв'язка зуба при цьому руйнується і зникає. У пародонтальній кишені скупчуються залишки їжі, десквамовані клітини епітелію, серозний або гнійний ексудат, клітини крові, різноманітна мікрофлора. Глибина пародонтальних кишень зумовлена ступенем резорбції періодонта та кістки альвеолярного відростка, характером перебігу дистрофічно-запального процесу в пародонті. Залежно від рівня розміщення дна пародонтальної кишені розрізняють надкісткові або супраоссальні кишені, дно яких розміщене вище гребеня коміркової кістки, і внутрішньокісткові або інтраоссальні — їх дно розміщене нижче верхівки між комірковою перегородки.

Питання для самоконтролю

1. Роль мікрофлори та зубної бляшки у виникненні і розвитку захворювань тканин пародонта (запальних, запально-дистрофічних, дистрофічних, ідіопатичних, пухлиноподібних).
2. Вплив травми на стан тканин пародонта.
3. Роль спадкових факторів у виникненні та розвитку хвороб пародонта.
4. Значення функціональних та органічних змін нервової системи для виникнення і розвитку захворювань тканин пародонта.
5. Структурно-функціональні судинні порушення в генезі і розвитку змін тканин пародонта.
6. Імунологічні аспекти етіології і патогенезу захворювань тканин пародонта.
7. Роль порушень ендокринної системи у виникненні і розвитку хвороб пародонта.
8. Роль екологічних та екстремальних факторів (емоціональний стрес, радіація, вібрація, гіподинамія, гіпоксія, шум, геохімічні забруднення, фториста інтоксикація та ін.) в етіології і патогенезі пародонтальних порушень.

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які має засвоїти студент при підготовці до заняття:

№ п/п	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1.	<u>Вивчати:</u> Етіологію і патогенез дистрофічно-запальних захворювань пародонта .	Назвати основні етіологічні фактори. Сформулювати механізм розвитку дистрофічно-запальних захворювань пародонта під впливом місцевих факторів.	

II. Практичні роботи (завдання), які виконуватимуться на занятті:

1. Провести обстеження пародонтологічного хворого.
2. Провести опитування хворого із захворюваннями тканин пародонту.
3. З'ясувати анамнез життя та анамнез хвороби пацієнта із захворюванням пародонту.
4. Із анамнезу життя хворого із захворюваннями тканин пародонту виявити можливі етіологічні чинники хвороби.
5. Обстежити місцевий статус пародонтологічного хворого, виявити місцеві подразнюючі фактори.
6. Аналізувати роль місцевих та загальних факторів у виникненні захворювання у конкретного пацієнта з метою проведення індивідуального лікування.

III. Тестові завдання для самоконтролю

1. Пацієнт 45 років скаржиться на підвищену чутливість зубів від термічних та хімічних подразників, появу "порожнин" в зубах на верхній щелепі. Об'єктивно: ясна анемічні, щільні, не кровлять. Корені зубів оголені на 1/3.

Рухомості зубів немає. В пришийковій ділянці 3 2 1 Т 1 2 3 дефекти у вигляді клину. Яке захворювання у пацієнта?

- А. Атрофічний гінгівіт.
- В. Пародонтит.
- С. Пародонтоз.
- Д. Вікові зміни пародонту.
- Е. Пародонтальний симптомокомплекс при анемії.

2. Вагітна 20 років скаржиться на розростання ясен, кровоточивість та болючість при вживанні їжі та чистці зубів. Об'єктивно: ясенні сосочки на верхній та нижній щелепах гіперемовані, покривають коронки зубів на 1/2, кровоточиві, болючі. Фестончастість ясенного краю порушена. Який найбільш імовірний діагноз у вагітної?

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

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

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

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

- А. Імуномодуюча терапія.
- В. Електрофорез препаратів кальцію.
- С. Антибіотикотерапія.
- Д. Вітамінотерапія.

Е. Антигістамінна терапія.

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

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

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

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

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

- А. Метранідазол
- В. Хлоргекседин біглюконат
- С. Етоній
- Д. Хлорофеліпт
- Е. Сангвіритрин

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

- А. Спірохети Венсана
- В. Симбіоз актиноміцетів і спірохет
- С. Тріхомонади

- D. Симбіоз веретеноподібної палички і спірохет
- E. Стафілококи

9. Хворій 3., 25 років, зі скаргами на кровотечу ясен під час вживання жорсткої їжі. Було поставлено діагноз “генералізований катаральний гінгівіт, хронічний перебіг”. Розповсюдженість запального процесу визначають за допомогою?

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

IV. Індивідуальні завдання для студентів з теми заняття

Написати реферат: Патогенез дистрофічно-запальних захворювань пародонта

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 томах. — Том 3. Захворювання пародонта: підручник (ВНЗ III—IV р. а.) / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін.; за ред. А.В. Борисенка. - 2-е вид., переробл. і допов.. 2018. – 624 с.
3. Стоматологічні захворювання: терапевтична стоматологія за ред. проф.. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2017. – 664 с.
4. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта за ред.. проф.. Борисенка А.В. – К.: Медицина, 2018. – 504 с.

Додаткова:

1. Копчак О.В. Оптимізація протоколів лікування хворих на генералізований пародонтит / О.В. Копчак, Г.Ф. Білоклицька, О.В. Ашаренкова, К.А. Янішевський // Oral and General health. – 2021. - Т. – 2. - № 2. <http://www.mif-ua.com/m/archive/article/50936>
2. Борисенко А.В., Антоненко М.Ю., Сідельнікова Л.Ф., Мельничук Т.А. Нариси практичної пародонтології. – К.: ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України» – Київ: «Бібліотека «Здоров'я України», 2017. — 348 с.
3. 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.

4. 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.