

Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького  
кафедра стоматології дитячого віку

***Методичні вказівки***  
***для підготовки до практичних занять модуля №3***  
***"Комплексна діагностика та визначення індивідуальних підходів***  
***до профілактики і лікування***  
***основних стоматологічних захворювань у дітей. "***

(для студентів V курсу стоматологічного факультету)

## **МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ СКЛАЛИ:**

доц. Стадник У.О. (№ 1-9), ас. Солина Н.М. (№1), ас. Солоп Л.М. (№2), доц. Колесніченко О.В. (№3), ас. Зубачик О.В. (№4), ас. Гриньох В.О. (№5), ас. Машкаринець О.О. (№6-7), ас. Іванчишин В.В. (№8), ас. Боднарук Н.І. (№9).

## **Рецензент:**

**Пасько О.О.** – доцент кафедри терапевтичної стоматології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

**Мокрик О.Я.** - доцент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

**Відповідальний за випуск:** завідувач кафедри стоматології дитячого віку, **доцент** Безвушко Е.В.

Методичні вказівки обговорені та ухвалені на засіданні кафедри стоматології дитячого віку (протокол № 7 від 21 січня 2014 року) та методичної комісії стоматологічного факультету (протокол № 1 від 19 лютого 2014 року)

**Тематичний план практичних занять**

**Модуль №3 " Комплексна діагностика та визначення індивідуальних підходів до профілактики і лікування основних стоматологічних захворювань у дітей "**

№	Тема	Год.
1.	Зміст, структура та вимоги тестового ліцензійного іспиту “Крок-2” за спеціальністю “Стоматологія”. Правила вирішення тестових завдань з дитячої терапевтичної стоматології, заповнення бланку відповідей.	7
2.	Основні напрямки профілактики карієсу зубів. Загальні та місцеві карієсогенні чинники. Ендогенна та екзогенна профілактика карієсу. Засоби та методи, оцінка ефективності.	7
3.	Особливості перебігу, діагностики та лікування карієсу тимчасових та постійних зубів у дітей. Сучасні пломбувальні матеріали, їх характеристика та вибір в практиці дитячої терапевтичної стоматології.	7
4.	Клініка, діагностика та диференційна діагностика пульпіту в тимчасових та постійних зубах у дітей. Вибір методу лікування в залежності від стадії розвитку зуба та форми пульпіту. Консервативне, вітальні та девітальні методи лікування:	7
5.	Клініка, діагностика та диференційна діагностика періодонтиту в тимчасових та постійних зубах у дітей. Сучасний ендодонтичний інструментарій, особливості ендодонтичних втручань в тимчасових зубах і постійних зубах із несформованим коренем. Прогноз.	7
6.	Захворювання пародонту у дітей. Гінгівіт, пародонтит, пародонтальний синдром. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, диференційна діагностика.	7
7	Основні принципи лікування захворювань пародонту у дітей. Вибір лікарських засобів.	7
8.	Диференційна діагностика захворювань слизової оболонки порожнини рота і губ у дітей (вірусної, бактеріальної, травматичної, алергічної природи та при соматичних захворюваннях).	7
9.	Основні принципи лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота і губ у дітей (вірусної, бактеріальної, травматичної, алергічної природи та при соматичних захворюваннях). Сучасні лікарські засоби, їх вибір, механізм дії.	7
10.	Підсумковий модульний контроль.	7
<b>Всього</b>		<b>70</b>

**Модуль №3 " Комплексна діагностика та визначення індивідуальних підходів до профілактики і лікування основних стоматологічних захворювань у дітей "**

№	Тема	Год.
1.	Підготовка до практичних занять (теоретична, опрацювання практичних навичок, вмінь): номери тем 1 - 9	9
2.	Самостійне опрацювання тем, що не входять до плану практичних занять: 1. Фармакодинаміка основних груп лікарських засобів, що застосовуються при лікуванні захворювань тканин пародонта та слизової оболонки порожнини рота у дітей. 2. Променеві методи діагностики в дитячій стоматології. 3. Фізіотерапевтичні методи лікування в дитячій терапевтичній стоматології. 4. Одонтогенні вогнища інфекції у дитячій стоматології.	2 2 2 2
3.	Підготовка до підсумкового модульного контролю	3
<b>Всього</b>		<b>20</b>

**Тема:** Зміст, структура та вимоги тестового ліцензійного іспиту «КРОК 2» за спеціальністю «Стоматологія». Правила вирішення тестових завдань з дитячої терапевтичної стоматології, заповнення бланку відповідей.

**Мета:** Ознайомити студентів з процедурою проведення ліцензійного іспиту «КРОК 2. Стоматологія».

### **Зміст заняття:**

Ліцензійний інтегрований іспит «КРОК 2» є формою зовнішнього оцінювання рівня професійної компетентності студентів вищих навчальних закладів, які здійснюють підготовку фахівців галузі «Медицина» і «Фармація» I-IV рівнів акредитації, незалежно від підпорядкування та форми власності. Порядок проведення ліцензійного іспиту базується на чинній нормативній базі, складений з урахуванням досвіду діяльності Центру тестування професійної компетентності фахівців при МОЗ України, Українського центру якості освіти та міжнародного досвіду Національної ради медичних екзаменаторів (США), Медичної асоціації Великобританії (GMC UK), Центру тестування США (ETC GRE-test), Асоціації медичних коледжів США (MCAT), Центру тестування Великобританії (OET Centre) і враховує принципи, що покладені в основу Етичного кодексу лікаря України, затвердженого Вченою медичною радою МОЗ України.

Суб'єктами адміністрування ліцензійного іспиту є МОЗ України; «Центр тестування професійної компетентності фахівців з вищою освітою напрямків підготовки «Медицина» і «Фармація» при МОЗ України»; ВНЗ I-IV рівнів, які здійснюють підготовку фахівців галузі знань «Медицина» і «Фармація». Кожен із суб'єктів має визначене коло прав і обов'язків щодо підготовки і проведення ліцензійного інтегрованого іспиту.

### **Особливості допуску до іспиту.**

До складання іспиту «КРОК 2» допускаються студенти лише за умови відсутності заборгованості по виконанню навчального плану та наявності сертифікатів про складання ліцензійного іспиту «КРОК 1».

Студенти, які були зареєстровані на складання ліцензійного іспиту, але були відсутні на іспиті, отримують результат «0», який враховується у загальний результат ВНЗ. Упродовж трьох днів після іспиту такі студенти мають подати до Центру тестування документи, що підтверджують причину відсутності. Таким документом є належним чином оформлена довідка зі студентської поліклініки (чи завірена студентською поліклінікою) щодо тимчасової непрацездатності.

Студентам, які у визначені терміни надали належну довідку, результат «0» скасовується і надається можливість скласти ліцензійний іспит у термін, визначений Центром тестування. У випадку відсутності відповідної довідки або надання її після 3-денного терміну студент вважається таким, що не з'явився на іспит без поважної причини.

Студенти, які з поважних причин не можуть проходити тестування за графіком у загальній аудиторії за станом здоров'я, можуть складати іспит у лікарні у день іспиту або у Центрі тестування за індивідуальним графіком.

Для студентів з особливими потребами можливим є створення особливих умов для складання іспиту, які визначаються індивідуально.

### **Реєстрація студентів на складання ліцензійного іспиту**

Здійснюється Центром тестування за поданням ВНЗ. Реєстрація починається за три місяці до початку іспиту і закінчується не пізніше, ніж за два тижні до початку проведення

іспиту. Зміна кількості зареєстрованих студентів або внесення змін у реєстраційні дані студентів здійснюються виключно на підставі додаткового письмового замовлення не пізніше, ніж за два тижні до початку проведення іспиту. Центр тестування може відмовити ВНЗ у реєстрації студента на підставі неналежного оформлення комплексу реєстраційних документів; неможливості створення особливих умов для проходження тестування; подання замовлення пізніше встановленого терміну; порушення вимог діючої нормативної бази.

### **Права та обов'язки особи, яка складає ліцензійний іспит.**

Студент має право на виконання тестів за затвердженим графіком, отримання результатів та подання апеляції щодо тестового балу в установленому порядку.

Студент зобов'язаний:

- ознайомитися з Порядком проведення ліцензійного іспиту;
- вчасно прибути на іспит та мати при собі паспорт;
- виконувати вказівки та вимоги представника Центру тестування, який проводить іспит;
- після закінчення роботи над тестом повернути бланк відповідей та екзаменаційний буклет представнику Центру тестування, який проводить іспит;
- не проносити до аудиторій небезпечні предмети та речовини, що можуть створити загрозу життю та здоров'ю учасників тестування;
- не користуватися в аудиторії, де проводиться тестування, будь-якими засобами зв'язку, пристроями зчитування, обробки, збереження та відтворення інформації.

Упродовж часу, відведеного для складання екзаменаційного тесту, студент повинен:

- не заважати іншим студентам працювати над тестом, а також особам, відповідальним за проведення ліцензійного іспиту, виконувати покладені на них обов'язки;
- не спілкуватися з іншими студентами, не передавати їм будь-які предмети та матеріали; не розголошувати у будь-якій формі інформацію про зміст тестових завдань до завершення іспиту;
- не користуватися та не мати при собі засобів зв'язку, пристроїв зчитування, обробки, збереження та відтворення інформації, друкованих і рукописних матеріалів, що не передбачені процедурою тестування.

У разі порушення цих вимог студент позбавляється права на продовження роботи над екзаменаційним тестом і на вимогу представника Центру тестування повинен здати бланк відповідей і залишити аудиторію, де проводиться тестування, про що має бути складений відповідний Акт. Бланк відповідей цього студента не перевіряється, він отримує результат «0» («не склав»).

Результат ліцензійного іспиту представляється у якісній та кількісній формах. Якісний результат ліцензійного іспиту «КРОК 2» представлений як «Склав»/«Не склав». Величина критерію «Склав» становить 50,5% правильних відповідей. Кількісний результат представлений у багатобальній шкалі ліцензійного іспиту з середнім балом 200 та стандартним відхиленням 20. Офіційне оголошення результатів ліцензійного іспиту здійснюється Центром тестування шляхом інформування ректора ВНЗ у 7-денний строк. При успішному складанні ліцензійного іспиту студент отримує відповідний сертифікат впродовж 30 днів. Наявність сертифіката є обов'язковою умовою для допуску студента до

наступних етапів державної атестації при присвоєнні кваліфікації фахівця відповідного освітньо-кваліфікаційного рівня.

Студент має право подати апеляцію щодо тестового балу до Центру тестування. Апеляційна заява має бути завірена ректором ВНЗ, де навчається екзаменований, і подана ним особисто або надіслана рекомендованим листом до Центру тестування не пізніше 14 календарних днів з дня проведення ліцензійного іспиту. Апеляція має бути розглянута не пізніше 30 днів з дня проведення іспиту у присутності екзаменованого.

Студенти, які отримали незадовільну оцінку на тестовому екзамені «КРОК 2», можуть повторно його скласти один раз не раніше, ніж через рік впродовж трьох років. У випадку повторного незадовільного результату студент не допускається до подальших перескладань без проходження повторного курсу.

Кожному студенту Центр тестування присвоює ідентифікаційний код, який заноситься до реєстру осіб, що позитивно складають ліцензійний екзамен. Код є постійним і буде використовуватися на всіх етапах іспиту.

На екзамені студент отримує екзаменаційний буклет та бланк відповідей.

Екзаменаційний буклет має номер, на обкладинці слід вписати свій ідентифікаційний код, прізвище та ініціали. Кожен буклет містить 200 тестових завдань. До кожного завдання додається чотири-п'ять відповідей (А, В, С, D, E), серед яких необхідно вибрати одну найкращу.

Бланк відповідей складається з двох частин: ліва містить інформацію про екзамен та особисті дані студента (ідентифікаційний код, прізвище, ім'я, по-батькові, курс, дату складання екзамену та додаткову інформацію), права—є бланком відповідей на тестові завдання.

Ліцензійний іспит «КРОК 2. Стоматологія» включає 25% тестових завдань з терапевтичної стоматології, 25% - з хірургічної стоматології, 25% - з ортопедичної стоматології, 12% - з дитячої терапевтичної стоматології, 7% - з дитячої хірургічної стоматології, 6% - з ортодонтії.

Після закінчення екзамену кожний екзаменаційний буклет перевіряється на цілісність, відсутність будь-якої частини Вашого екзаменаційного буклету автоматично призводить до нескладання Вами екзамену.

#### **Рекомендації студентам щодо складання ліцензійного іспиту**

Готуючись до складання ліцензійних іспитів, студентам необхідно звернути увагу на такі аспекти підготовки:

- змістова підготовка, тобто знання учбового матеріалу;
- ознайомлення з процедурою ліцензійних іспитів (регламент, умови допуску, наслідки запізнення або відсутності);
- ознайомлення з правилами заповнення бланків та буклетів;
- вибір власної тактики тестування, проходження тренувальних тестувань, хронометраж часу.

Перед початком цілеспрямованої підготовки до ліцензійного іспиту самостійно або в групі пройдіть пробне тестування, імітуючи умови проведення ліцензійного іспиту. Для цього можна використати відкриті буклети попередніх років, які є в бібліотеці кожного навчального закладу. Так Ви отримаєте об'єктивну інформацію щодо власних знань і зможете контролювати успішність підготовки.

Оскільки ліцензійний іспит базується на галузевих стандартах вищої освіти, які також є основою для визначення змісту навчальних програм, то найважливішим джерелом для підготовки до іспиту є стандартні навчальні матеріали, якими користуються студенти, вивчаючи відповідні дисципліни—підручники, тексти лекцій, практикуми тощо. Таким чином, перший крок у підготовці до ліцензійного іспиту—систематичне вивчення і повторення учбового матеріалу. Наступним кроком є опрацювання відкритих тестових баз. Починаючи з 2010-2011 н.р., Центр тестування оприлюднює на сайті банки якісних тестових завдань для підготовки (пакет складається з 2000-2500 завдань). Знання банків тестових завдань безумовно підвищує шанси на успішне складання, бо частина тесту формується з відкритих банків та тестів попередніх років. Решта тесту—це завдання закритого банку. Саме через це для успішного складання ліцензійного іспиту не слід обмежувати свою підготовку лише вивченням відкритих банків.

Над тестовими завданнями радимо працювати, дотримуючись наступного алгоритму:

- уважно прочитайте кожне тестове завдання та переконайтеся, що Ви точно зрозуміли його зміст і запитання;
- спробуйте самостійно дати відповідь, а потім знайдіть її серед запропонованих варіантів; в іншому разі - уважно прочитайте кожний варіант відповідей та відкиньте ті, які на Вашу думку абсолютно неправильні, з решти відповідей оберіть найкращу;
- правильну відповідь внесіть до бланку шляхом повного замальовування кружка з відповідною літерою біля номера, що відповідає номеру даного тестового завдання; робіть густу темну відмітку так, щоб неможливо було прочитати літеру всередині замальованого кружка;
- правильна відповідь на тестове завдання дає 1 бал, неправильна – 0 балів; якщо Ви відмічаєте більше однієї відповіді, то така відповідь вважається неправильною; якщо Ви змінюєте літеру, повністю стирайте гумкою попередню відмітку до появи літери; залишки відміток можуть призвести до того, що деякі відповіді вважатимуться неправильними;
- не витрачайте надто багато часу на окреме тестове завдання: Ви маєте лише 1 хв. для відповіді на кожне з них; періодично контролюйте;
- після закінчення роботи перевірте, чи повністю Ви заповнили бланк; далі бланки відповідей перевіряються шляхом комп'ютерного сканування у ЦТ МОЗ України;
- після закінчення часу тестування (адміністратори екзамену про це повідомляють) Ви припиняєте роботу, закриваєте екзаменаційний буклет і чекаєте, поки адміністратор збере Ваші тестові матеріали;
- якщо Ви закінчите іспит раніше, необхідно повідомити про це адміністратора екзамену, здати йому свої тестові матеріали та вийти з екзаменаційної аудиторії, не заважаючи іншим студентам;

### **Контроль рівня засвоєння знань:**

1. Що таке інтегрований іспит "Крок-2"?



2. Особливості допуску до іспиту.
3. Реєстрація студентів до складання ліцензійного іспиту.
4. Права та обов'язки особи, яка складає ліцензійний іспит.
5. Рекомендації щодо складання ліцензійного іспиту.

**Орієнтовані тестові завдання (з банку тестових завдань Центру тестування МОЗ України):**

1. Батьки 7-річної дитини скаржаться на косметичний дефект передніх зубів верхньої щелепи, які прорізалися ураженими. Під час об'єктивного обстеження на різючих краях 11, 21 і на горбах 16, 26, 36, 46 виявлені білі блискучі плями. При їх зондуванні шерхатість не визначається. Яке додаткове дослідження необхідне?

- A. Забарвлення метиленовим синім
- B. Забарвлення розчином Люголя
- C. Електроодонтометрія
- D. Рентгенографія
- E. ---

2. Батьки 9-річної дитини скаржаться на косметичний дефект переднього правого верхнього зуба, який прорізався з ураженою емаллю. В анамнезі - передчасне видалення 62 зуба з приводу ускладнення карієса. На вестибулярній поверхні 22 зуба виявлена пляма білувато-жовтого кольору з чіткими обрисами. Емаль над нею не втратила блиск, при її зондуванні шорохуватість не визначається. Поставте попередній діагноз.

- A Місцева гіоплазія емалі.
- B Системна гіоплазія емалі.
- C Флюороз.
- D Гострий поверхневий карієс.
- E Хронічний поверхневий карієс.

3. Дитина 6 років скаржиться на біль під час їжі у нижньому правому кутньому зубі. На дистальній контактній і жувальній поверхнях 84 зуба виявлена каріозна порожнина, заповнена розм'якшеним, дещо пігментованим дентином. Зондування дна болісне, перкусія зуба безболісна. Під час некротомії екскаватором визначено сполучення з порожниною зуба, зондування якого супроводжується різким болем і кровоточивістю. Поставте попередній діагноз.

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

4. Дитина 7,5 років скаржиться на наявність каріозної порожнини, зміну кольору переднього правого зуба верхньої щелепи. На медіальній контактній поверхні 11 виявлена каріозна порожнина, заповнена розм'якшеним дентином, локалізована в межах біляпульпарного дентину. Визначається сполучення між каріозною порожниною і

порожниною зуба, зондування якого безболісне. Перкусія зуба безболісна. Виберіть оптимальний матеріал для кореневої пломби.

- A Гідроокискальційвмісна паста
- B Формокрезолова паста
- C Резорцин-формалінова паста
- D Йодоформна паста
- E Тимолова паста

5. Дитина 13 років скаржиться на розростання і кровоточивість ясен під час чищення зубів. Слизова оболонка ясен в ділянці нижніх і верхніх фронтальних зубів набрякла, має ціанотичний відтінок. Ясенні сосочки округлої форми, збільшені у розмірах, перекривають коронкові частини зубів на 1/3, легко кровоточать при дотику. Яке додаткове дослідження необхідне для визначення остаточного діагнозу?

- A Рентгенографія
- B Проба Писарєва-Шиллера
- C Проба Кулаженко
- D Реопародонтографія
- E ---

6. Дівчинка 5 років скаржиться на наявність каріозної порожнини в зубі. Об'єктивно: в 84 каріозна порожнина в межах плащового дентину, який легко знімається шарами, реакція на холод, зондування, перкусія безболісна, препарування каріозної порожнини чутливе по емалево-дентинному сполученню. Визначте попередній діагноз.

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

7. Підліток 14 років скаржиться на біль в порожнині рота під час їжі, головний біль, слабкість, підвищення температури тіла до 38°C, наявність висипань. Об'єктивно: на шкірі обличчя та рук — еритематозні плями, папули з двоконтурним забарвленням. Червона облямівка губ набрякла, вкрита кров'янистими кірками, слизова порожнини рота набрякла, гіперемійована, з множинними ерозіями, покритими сіруватим нашаруванням з обривками покришок пухирів. Підщелепні лімфовузли збільшені, болісні при пальпації. Визначте попередній діагноз.

- A Багатоформна ексудативна еритема
- B Гострий герпетичний стоматит
- C Хронічний рецидивуючий герпетичний стоматит
- D Інфекційний мононуклеоз
- E Виразково-некротичний стоматит

8. Дівчинка 6 років скаржиться на біль в зубі під час їжі. Об'єктивно: в 85 на жувальній поверхні глибока каріозна порожнина, дентин розм'якшений, порожнина зуба відкрита, при зондуванні кровоточить, болісна. Реакція на холодний подразник болісна, перкусія безболісна. Визначте попередній діагноз.

- A Хронічний фіброзний пульпіт
- B Хронічний гіпертрофічний пульпіт
- C Хронічний гангренозний пульпіт
- D Гострий серозний пульпіт
- E Гострий гнійний пульпіт

9. Дівчинка 6 років скаржиться на ниючий біль в зубі на нижній щелепі, що посилюється при накушуванні. Об'єктивно: В 84 глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба, зондування безболісне, перкусія болісна, слизова оболонка гіперемійована, набрякла. Який додатковий метод обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу?

- A Внутрішньоротова рентгенографія
- B Електроодонтодіагностика
- C Термометрія
- D Телерентгенографія
- E Панорамна рентгенографія

10. Хлопчик 13 років скаржиться на відчуття важкості в зубі, біль від гарячого, неприємний запах із рота. Об'єктивно: коронка 46 сірого кольору. В 46 глибока каріозна порожнина, сполучається з порожниною зуба, поверхнєве зондування безболісне, глибоке - болісне, перкусія безболісна, слизова оболонка без змін. Визначте попередній діагноз.

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

11. Дільничим педіатром до стоматолога скеровано дитину 2-х років із скаргами на появу висипань у порожнині рота .Підвищення температури тіла до 38,5°C, нежить, кашель, блювота. Об'єктивно: температура тіла 37,2°C, шкірні покриви бліді, дитина в'яла, адинамічна. На фоні гіперемованої СОПР є 12 – 16 афт., катаральний гінгівіт, регіонарний аденіт. Визначте діагноз:

- A Гострий герпетичний стоматит.
- B Рецидивуючий герпетичний стоматит
- C Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит.
- D Багатоформна ексудативна ерітема
- E Гострий кандидозний стоматит

12. Дитина 9 років скаржиться на біль під час їжі у лівому передньому зубі верхньої щелепі. На медіальній контактній поверхні 22 зуба виявлена каріозна порожнина, заповнена розм'якшеним світлим дентином, яка сполучається з порожниною зуба. Зондування сполучення різко болісне, супроводжується помірною кровоточивістю. Перкусія зуба безболісна. Реакція на термічні подразники болісна. Виберіть оптимальний матеріал для кореневої пломби.

- A Гідроксидкальційвмісна паста.

- B Тимолова паста.
- C Йодоформна паста.
- D Резорцин-формалінова паста.
- E Формакрезолова паста.

13. Батьки дівчинки 5 років звернулись до стоматолога-педіатра з метою санації дитини. Після клінічного обстеження був поставлений діагноз: хронічний глибокий карієс 54 зуба. Виберіть пломбувальний матеріал для відновлення анатомічної форми зуба:

- A Склоіономерний цемент
- B Цинк-фосфатний цемент
- C Силікатний цемент
- D Композитний матеріал
- E Силікофосфатний цемент

14. Дитина 6,5 років скаржиться на біль і відчуття печіння у кутах рота, що затруднює його відкривання. Об'єктивно: у кутах рота виявлені ерозії з інфільтрованими краями, вкриті нальотом сірувато-білого кольору. В цих ділянках відзначається також гіперемія і мацерація шкіри. Прикус глибокий. В анамнезі у дитини - дисбактеріоз кишечника.

Визначте попередній діагноз.

- A Кандидозний хейліт.
- B Єкзематозний хейліт.
- C Ексфоліативний хейліт.
- D Метерологічний хейліт.
- E Атопічний хейліт.

15. Дитина 7,5 років, практично здорова, скаржиться на перелом коронкової частини і біль у передньому правому верхньому зубі. Об'єктивно: коронкова частина 11 зуба відсутня на 2/3, пульпа оголена, має червоний колір, при зондуванні – різко болісна і кровоточить, перкусія зуба болісна. З моменту травми пройшло 2 години. Виберіть оптимальний метод лікування.

- A Вітальна ампутація.
- B Девітальна ампутація.
- C Вітальна екстирпація.
- D Девітальна екстирпація.
- E Біологічний метод.

16. 13-річному хлопчикові встановлено діагноз: хронічний гангренозний пульпіт 11 зуба і проведено лікування. Який матеріал для кореневої пломби надасть найбільшу терапевтичну дію?

- A \*Ендометагон-паста .
- B Цинк-евгенолова паста.
- C Резорцин-формалінова паста.
- D Склоіономерний цемент
- E Цинк-фосфатний цемент.

17. Дівчинка 7 років занедужала гостро 3 дні тому. Об-но: температура 39,3°C. На шкірі обличчя, шиї, грудей, спини, передпліч, гомілках – червоно-багряні папульозні висипання й одиничні пухирці діаметром до 4-5см, наповнені серозним вмістом. У порожнині рота великі ерозії, вкриті білуватим нальотом, різко болісні при доторканні. Губи набрякли, гіперемійовані, покриті кров'янистими кірками. Кон'юктивіт. На шкірі вік – кров'янисті скоринки і пухирці. Ваш передбачуваний діагноз?

- A Синдром Стівенса-Джонсона
- B Інфекційний мононуклеоз
- C Синдром Лайела
- D Багатоформна ексудативна еритема
- E Гострий герпетичний стоматит

18. У дівчинки 5,5 років  $kp=5,0$ . Після санації ротової порожнини стоматолог призначив з профілактичною метою таблетки фториду натрію (по 0,25 мг) 1 раз на добу. Яка тривалість курсу прийому фторвмісних таблеток?

- A 250 днів за рік
- B 100 днів за рік
- C 365 днів за рік
- D 50 днів за рік
- E 150 днів за рік

19. Хлопчику 7 років було проведено герметизацію фісур 36 та 46 зубів. Коли, на вашу думку, найбільш ефективно проведення герметизації фісур?

- A Зразу ж після прорізування постійного зуба
- B Після формування постійного прикусу
- C Після виявлення карієсу постійних зубів
- D Через 1-2 роки після прорізування
- E Через 3-4 роки після прорізування

20. Дівчинка 14,5 років протягом року скаржиться на болісність, припухлість і кровоточивість ясен під час їжі та при чищенні зубів. Об'єктивно: слизова оболонка ясен в ділянці нижніх і верхніх фронтальних зубів набрякла, гіперемійована, має ціанопічний відтінок. Ясенні сосочки і ясенний край розпушені, легко кровоточать при дотику, збільшені у розмірах і перекривають коронкові частини зубів на 1/3 їх висоти. Визначте попередній діагноз.

- A Хронічний гіпертрофічний гінгівіт
- B Хронічний катаральний гінгівіт
- C Гострий катаральний гінгівіт
- D Гострий виразковий гінгівіт
- E Генералізований пародонтит

21. У хлопчика 12 років в ділянці 36 виникає тривалий біль від прийому гарячої їжі. Об'єктивно: коронка 36 зуба брудно-сірого кольору, глибока каріозна порожнина виповнена розм'якшеним дентином. Є сполучення з пульповою камерою, глибоке зондування болюче. Тепловий подразник викликає біль, який повільно стихає. Перкусія 36 безболісна. Перкусія безболісна. Який метод лікування доцільно застосувати?

- A Вітальну екстирпацію
- B Девітальну ампутацію
- C Екстракцію зуба
- D Девітальну екстирпацію
- E Вітальну ампутацію

22. У дівчинки 9 років при визначенні гігієнічного індексу за Федоровим-Володкіною зафарбувалось 3/4 поверхні кожного зуба. Який стан гігієни порожнини рота у даної дитини буде визначений при обчисленні індексу?

- A дуже поганий
- B хороший.
- C задовільний
- D незадовільний
- E поганий.

23. Батьки дівчинки 3 років скаржаться на рухомість зубів. Об'єктивно: зуби рухомі, ясенні сосочки набряклі, синюшні, спостерігаються патологічні кишені з гнійним виділенням. Відмічається підвищене ороговіння шкіри, особливо долоней і підощв. Визначте попередній діагноз.

- A Хвороба Папійона-Лефевра
- B Хвороба Такахара
- C Хвороба Гоше
- D Хвороба Німмона-Піка
- E Хвороба Таратинова

24. Дівчинка 14 років скаржиться на наявність каріозної порожнини. Об'єктивно: в 26 глибока каріозна порожнина, сполучається з порожниною зуба, реакція на холод, зондування, перкусія безболісні, слизова оболонка без змін. На рентгенограмі – розширення періодонтальної щілини в ділянці верхівки піднебінного кореня. Визначте діагноз.

- A Хронічний фіброзний періодонтит.
- B Хронічний гранулюючий періодонтит.
- C Хронічний гранулематозний періодонтит.
- D Загострення хронічного фіброзного періодонтиту.

25. Дитині 8 років. Під час огляду порожнини рота в 46 зубі, який має сіро-коричневий колір, виявлено глибоку каріозну порожнину, що сполучається з порожниною зуба; зондування коронкової пульпи безболісне, зондування вічок кореневих каналів болоче. Перкусія злегка відчутна. На рентгенограмі - корені зуба сформовані на 3/4 довжини. Що з переліченого найбільш ефективно для медикаментозної обробки кореневих каналів при лікуванні 46 зуба?

- A 1% розчин натрія гіпохлориту
- B 1:5000 розчин фурациліну
- C 3% розчин перекису водню
- D 0,9% розчин натрія хлориду
- E 40% розчин формаліну

26. У дитини двох місяців діагностовано гострий кандидозний стоматит середньої важкості. Які препарати з перелічених Ви використаєте для місцевого лікування дитини в першу чергу?

- A Протигрибкові
- B Антибіотики
- C Антисептики
- D Противірусні
- E Кератопластичні

27. Під час профілактичного огляду у 4,5-річної дитини виявлені скриті каріозні порожнини на контактних поверхнях 54 і 55 зубів. Після видалення навислих країв емалі розм'якшений дентин був легко видалений екскаватором у межах плащового дентину. Виберіть оптимальний матеріал для постійної пломби.

- A Компомерний матеріал
- B Композитний матеріал
- C Силікатний цемент
- D Сілікофосфатний цемент
- E Полікарбоксилатний цемент

28. Дитина 11 років скаржиться на біль і кровоточивість ясен під час їжі, неприємний запах з рота, слабкість і головний біль протягом двох днів. Об'єктивно: слизова оболонка ясен в ділянці нижніх фронтальних зубів набрякла, яскраво гіперемійована, легко кровоточить при дотику. Ясенні сосочки вкриті нальотом брудно-сірого кольору, після видалення якого залишається кровоточива болюча поверхня. Прикус глибокий. Відзначаються значні нашарування м'якого зубного нальоту. Регіонарні лімфатичні вузли дещо збільшені, болісні при пальпації. Температура тіла – 37,6°C. Визначте попередній діагноз.

- A Гострий виразковий гінгівіт
- B Гострий катаральний гінгівіт
- C Хронічний катаральний гінгівіт
- D Хронічний гіпертрофічний гінгівіт
- E Генералізований пародонтит

29. Мати 3-річної дитини звернулась з скаргами на зміну кольору і стирання зубів. З анамнезу вдалося встановити, що емаль з зубів почала сколюватися через деякий час після їх прорізування. Об'єктивно: коронкові частини всіх зубів стерті майже на половину, мають жовто-сірий колір. Визначте попередній діагноз.

- A Синдром Стентона-Капдепона.
- B Недосконалий амелогенез
- C Недосконалий дентиногенез
- D Недосконалий остеогенез
- E Системна гіпоплазія емалі

30. Хлопчик 12 років скаржиться на біль і кровоточивість ясен на верхній щелепі. Об-но: в ділянці 13,12,11,21,22,23 зубів ясенний край набряклий, гіперемійований, деформований за рахунок його розростання. Ясенні сосочки перекидають коронкові частини зубів на 1/3

їх висоти, легко кровоточать при дотику. Виявлена скупченість фронтальних зубів верхньої щелепи. На рентгенограмі патологічних змін в пародонті не виявлено. Які засоби необхідно застосувати для місцевого лікування в першу чергу?

- A Нестероїдні протизапальні
- B Склерозуючі
- C Стероїдні протизапальні
- D Кератопластичні
- E Цитостатичні

#### **Література:**

1. <http://testcentr.org.ua>
2. <http://step.bsmu.edu.ua>
3. Методичні рекомендації з підготовки до ліцензійних інтегрованих іспитів «Крок 1» і «Крок 2» (для студентів) /В.Ф.Москаленко, О.П.Яворовський, Я.В.Цехмістер, І.М.Карвацький, Л.І.Остапюк, І.А.Палієнко, М.М.Микула. – Київ: НМУ, 2007.

#### **Практичне заняття № 2.**

**Тема:** Основні напрямки профілактики карієсу зубів. Загальні і місцеві карієсогенні чинники. Ендогенна та екзогенна профілактика порожнини рота. Засоби та методи проведення. Оцінка ефективності.



**Мета:** вивчити із студентами карієсогенні фактори загальної та місцевої дії, засоби та методи проведення ендогенної та екзогенної профілактики карієсу зубів, покази та методику проведення герметизації фісур.

**Контроль початкового рівня знань:**

1. Структура емалі, її хімічний склад.
2. Якою є послідовність та терміни дозрівання емалі різних частин зуба?
3. Фактори загального характеру, що сприяють виникненню карієсогенної ситуації в ротовій порожнині.
4. Фактори місцевого характеру, що сприяють виникненню карієсогенної ситуації в ротовій порожнині.
5. Фактори, які впливають на формування та мінералізацію зубів до та після їх прорізування.
6. Слина, її склад та властивості.
7. Що таке порушення резистентності твердих тканин зуба?
8. Роль поверхневих утворень на зубах у виникненні карієсу зубів.
9. Що таке карієсогенна ситуація в ротовій порожнині?
10. Якою є роль фтору та інших мікроелементів у формуванні повноцінної структури емалі зуба?
11. Варіанти будови фісур постійних зубів.
12. Що таке антенатальна профілактика карієсу зубів?
13. У чому полягає медикаментозна профілактика вагітних жінок?
14. Якою є роль фтору та інших мікроелементів у виникненні карієсу зубів?
15. Роль фтору, кальцію та інших макро- та мікроелементів у профілактиці карієсу зубів.
16. Яка концентрація фтору у питній воді вважається нормою?
17. В якому віці застосування карієспрофілактичних препаратів є найефективнішим?

**Зміст заняття:**

Карієс – одне із найпоширеніших захворювань порожнини рота. Захворюваність у деяких регіонах України, зокрема у західних областях, досягає 100% (Мельничук Г.М., 2009).

Карієс - це патологічний процес, який проявляється демінералізацією та руйнуванням твердих тканин зуба і виникає в результаті взаємодії комплексу ендогенних (загальних) та екзогенних (місцевих) факторів, що діють на зуби протягом тривалого часу.

О.В. Удовицька з співавторами (1987) констатує наявність семи основних ознак ризику карієсу:

- підвищена в'язкість слини;
- зміщення реакції ротової рідини в кислий бік;
- схильність до поверхневого відкладення зубного нальоту при правильному гігієнічному догляді ;
- гіпоплазія емалі як показник наявності вади розвитку твердих тканин зуба;
- передчасне прорізування зубів (на півроку та більше - тимчасових, на рік та більше – постійних) ;
- спадкова схильність;
- токсикози вагітності матері.

Л.О. Хоменко з співавторами (1993) місцевими факторами розвитку карієсу вважає:

- незадовільну гігієну порожнини рота;
- патогенну мікрофлору зубних відкладень ;
- зміну кількісного та якісного складу слини ;
- вживання харчових продуктів з великим вмістом рафінованих вуглеводів.

Ендогенна профілактика карієсу полягає у системному призначенні сполук фтору. Найбільш виражений карієсстатичний ефект фторидів спостерігається в разі надходження оптимальної кількості фторидів в організм у період внутрішньоощелепного формування зубів та мінералізації емалі. Пов'язано це з тим, що в емалі в достатній кількості утворюються фторапатити, які є більш стійкими до дії кислот зубного нальоту. Вони можуть надходити до організму людини з фторованими питною водою, молоком, кухонною сіллю та таблетками або краплями фториду натрію.

Ендогенна профілактика, в свою чергу, поділяється на не медикаментозну та медикаментозну.

**Не медикаментозна** ендогенна профілактика карієсу зубів включає :

- зміцнення соматичного здоров'я дитини;
- підвищення імунного фону дитини;
- раціональне харчування з обмеженим вживанням вуглеводів.

**Медикаментозна** ендогенна профілактика карієсу зубів включає:

- прийом препаратів фтору, кальцію, фосфору, мікроелементів;
- прийом вітамінів групи В, С, А, D;
- призначення препаратів, що впливають на імунологічну реактивність організму (нуклеїнат натрію, оротат калію, метацил, пентоксил та ін.).

Суттєву протикаріозну дію мають препарати кальцію та фтору:

- кальцій глюконат (Calcii gluconas), який випускається в таблетках по 0,25 та 0,5 г, в ампулах по 10мл 10% розчину. Препарат призначають залежно від віку, курс лікування 1 місяць з повторенням через 3 місяці.

- кальцію лактат ( Calcii lactas) (випускається у порошку та таблетках по 0,5 г та в 5 – 10% розчині, є ефективним при пероральному застосуванні, оскільки формує в кишечнику середовище, яке сприяє всмоктуванню кальцію.

Обмін кальцію тісно пов'язаний з обміном фосфору. Добова потреба організму у фосфорі становить 1,5г. У дітей віком 5 -12 років найефективніше застосовувати органічні фосфати:

- кальцій гліцерофосфат ( Calcii glycerophosphas) випускається в таблетках по 0, 2 – 0,5 г, в порошку , в гранулах. Препарат призначають по 0, 05 – 0,2 г на прийом протягом 1 місяця з повторенням через 3 місяці.

Всмоктування кальцію та фосфору, яке відбувається в стінках тонкої кишки, залежить від співвідношення кальцію та фосфору і регулюється кальциферолом (вітаміном D 1) та паратирином.

Профілактика карієсу за схемою Ю.О.Федорова і В.О.Гошовської (1971) проводиться протягом 1 місяця 2 рази на рік і полягає в щоденному введенні:

- морської капусти по 0,5 г до перших страв
- гліцерофосфату кальцію по 0,5 г до других страв
- вітаміну В 1 по 2 мг до третіх страв.

Фітин (Fhytinum) - містить 36% органічно зв'язаної фосфорної кислоти. Поряд з іншими препаратами фосфору, стимулює кровотворення, посилює ріст і розвиток кісткової тканини, нормалізує стан нервової системи при хворобах, пов'язаних з недостатчею фосфору в організмі. Призначають 3 рази на добу протягом 6 – 7 тижнів.

Для загальної профілактики фтор призначають всередину у вигляді таблеток натрію фториду ( Natrii fluoretum).

Найбільш рекомендованими препаратами фтору є: “Fluorid”, “Fluoretum Law”, “Fluoretum Fortae”, “Vitaforum”.

Рекомендують дітям також “Ревіт”, Пікавіт”, “Мульти-табс” (полівітамінні препарати), “Оліговіт” (комплекс полівітамінів з мінеральними солями), “Аскорутин” (препарат вітаміну С), “Ергокальциферол” (препарат вітаміну D).

Доцільно призначати дітям також біодози мікроелементів магнію, міді, цинку у вигляді водних розчинів їх сірчано-кислих солей по 3 -5 крапель з молоком після їди два рази на день.

Одним із визнаних методів ендогенної профілактики карієсу є фторування питної води – контрольоване додавання сполук фтору до води джерел водопостачання з метою доведення концентрацій іонів фтору у питній воді до рівня, який є достатнім для ефективної профілактики карієсу зубів і в цей же час не має несприятливого впливу на функціональні можливості організму людини, фізичний розвиток і здоров'я населення.

Оптимальною концентрацією фтору у питній воді є 0,5 – 1,5 мг/л. Як джерело фтору використовують також природні мінеральні води з високим його вмістом. Такими водами є:

- “Хіссарська”, з вмістом фтору 4,7 мг /л,
- “Нареченська” 4,8 мг/л,
- “Мериглярська” мг/л.

Призначають води з урахуванням потреби у фторі залежно від віку.

Екзогенну профілактику карієсу слід починати у період формування органічної матриці тимчасових та постійних зубів, їх мінералізації та продовжувати після прорізування до повного дозрівання емалі. Метою екзогенної профілактики карієсу зубів є усунення карієсогенної ситуації в порожнині рота; регулювання незавершеної після прорізування зубів мінералізації; зменшення розчинності та проникності емалі; пригнічення життєдіяльності мікрофлори; сповільнення росту зубної бляшки; усунення вогнищ початкового карієсу.

За методами проведення екзогенна профілактика карієсу поділяється на лікарську та безлікарську.

**Лікарська** екзогенна профілактика карієсу зубів включає:

- місцеве застосування препаратів кальцію, фтору, фосфору у вигляді аплікацій, полоскань;
- використання ремінералізуючих розчинів;

- застосування кальцій-фтор-фосформісних гелів;
- покриття поверхні зубів фторвмісними лаками;
- герметизацію фісур;
- застосування фторвмісних дисків.

Призначення препаратів фтору, починаючи з шкільного віку, забезпечує захисну дію не тільки на зуби, що вже прорізались раніше, але й на зуби, які вже прорізались, але процес мінералізації в яких ще продовжується.

Прийом препаратів фтору в період мінералізації зубів сприяє підвищенню їх твердості та стійкості до каріозного процесу.

Фтор впливає на такі процеси:

- уповільнює демінералізацію або повністю її блокує;
- сприяє ремінералізації емалі зуба;
- зменшує проникність тканин зуба;
- уповільнює дію ферментних систем, мікроорганізмів, зубного нальоту.

Для лікарської екзогенної профілактики застосовують наступні фторвмісні препарати:

- 1) 1-2% розчин фтористого натрію (Natrii fluoratum) – для аплікацій;
- 2) 0,1-0,2 % розчин фтористого натрію для полоскання;
- 3) 2 % розчин фтористого натрію – для іонофорезу;
- 4) 1-2 % гель з фторидом натрію на 3% агарі – для аплікацій та іонофорезу. Гелями є такі препарати, як “Fluoridin gel”, “Elmex Gelee”, “Pro-Fluorid Gelee” (VOCO), болгарські зубні пасти “Флюодент”, “Флюоколь”.

5) фтористий лак – композиція природних смол рослинного походження, нерозчинний у воді, в'язкої консистенції, темно-жовтого кольору; встановлено, що через рік після використання фтористих лаків редукція карієсу становить близько 50%. В арсеналі стоматологів є наступні фтористі лаки: “Duraphat”, містить 2,26 % фториду; “Fluor Protector” (VOCO), містить 0,1% фториду; “Bifluorid 12” (VOCO), містить до 6% фториду; “Composeal” містить фтори натрію та фтори кальцію; фтористий лак (Харків) містить 0,1% фториду натрію.

Крім препаратів, що містять фтор, доцільно використовувати й інші ремінералізуючі розчини та гелі, які за своїм складом близькі до складу твердих тканин зуба та слини (10 % розчин глюконату кальцію, 5-10 % підкислений розчин фосфату кальцію, 2,5 % розчин гліцерофосфату кальцію, розчин із сумішшю, який вміщує 1% кальцію та 12% фосфору, суміш дикальційфосфат гідрату з фтористим натрієм, комплекс гліцерофосфату фтор фосфату кальцію). Показом для їх застосування є інтактні зуби з незакінченою мінералізацією фісур.

Вибираючи концентрацію ремінералізуючого розчину, слід пам'ятати, що висока концентрація кальцію веде лише до мінералізації поверхневого шару емалі, тоді як низько концентровані розчини сприяють ремінералізації по всій глибині емалі. Вибір ремінералізуючих засобів та методика їх використання є індивідуальними, залежать від віку дитини та стану зубів.

Існує методика профілактики карієсу зубів, при якій емаль зуба спочатку насичується іонами кальцію, який потім зв'язується фтором. Так, за методикою, запропонованою Є.В. Боровським та П.А. Леусом, спочатку проводять аплікацію 10% розчином глюконату кальцію, а потім 2% розчином фториду натрію. У випадку

комбінованого місцевого застосування препаратів кальцію, фосфору та фтору доцільно спершу вводити препарати кальцію та фосфору (5 – 6 процедур), а потім – препарати фтору (5 – 6 процедур). Місцеве введення препаратів кальцію до тканин зуба бажано поєднати з прийомом кальцію всередину.

Для місцевого застосування використовують також препарат стронцію хлорид (*Strontisi chloridum*), який використовують у вигляді 25% водневого розчину для втирання у попередньо висушені тканини зуба.

**Безлікарська** екзогенна профілактика карієсу зубів базується на :

- інтенсивному жуванні із включенням твердих продуктів;
- раціональній гігієні ротової порожнини;
- полосканнях ротової порожнини різними розчинами (содою, хлоридом натрію, ксилітом, мінеральною водою, чаєм). Хлорид натрію, за даними В.Р. Окушко, стимулює мінералізацію емалі. Ксиліт (сахарид березового соку) має протикаріозну дію, зменшуючи утворення зубного нальоту. Використовують його у 5–10% розчині для ротових ванночок;
- повільному питтю чаю, молока, мінеральної води.

Відносно новим напрямком профілактики карієсу є герметизація фісур жувальної групи зубів, які щойно прорізались, а передусім, перших постійних молярів.

Найбільш розповсюджені методи запобігання карієсу: фторпрофілактика, гігієна ротової порожнини, а також відповідна дієта успішно знижують карієс на гладких поверхнях зубів, проте не запобігають виникненню його на жувальних поверхнях. З карієсом у цих ділянках неможливо боротися ні ретельною гігієною, ні раціональною дієтою, ні навіть систематичним фторуванням зубів, оскільки у щілини потрапляють як вуглеводи, так і бактерії. Самоочищення та очищення фісур є складним або навіть неможливим процесом, бо щетина зубних щіток занадто товста. Морфологічна будова жувальної поверхні постійних зубів є досить складною, з великою кількістю складок, заглиблень, мікроскопічних пор в емалі. Фісури на жувальній поверхні можуть мати різну анатомічну будову. Вирізняють відкриті або V- подібні фісури та глибокі і вузькі I-подібні фісури, що майже сягають дентинно-емалевого з'єднання. Саме в таких фісурах карієс розвивається особливо часто.

Тому одним із найефективніших методів екзогенної профілактики карієсу зубів як тимчасового так і постійного прикусу є метод герметизації або запечатування інтактних фісур молярів та премолярів. Як спосіб профілактики карієсу цей метод ґрунтується на тому, що саме фісури є ретенційними ділянками, в яких затримуються залишки їжі та які погано піддаються очищенню. Увага студентів акцентується на тому, що, оскільки, дозрівання емалі в фісурах відбувається набагато пізніше, ніж в інших ділянках і триває близько двох років після прорізування постійного зуба, то емаль фісур в цей час є недостатньо мінералізованою. Вважається, що герметизація фісур є найефективнішою протягом перших двох років після прорізування зуба, бо саме в цей період емаль у фісурах активно мінералізується, залишаючись недостатньо резистентною до карієсогенних чинників. Даний метод передбачає obturaцію фісур матеріалами, які перешкоджають потраплянню в них слини, залишків їжі, мікроорганізмів.

Існують два методи герметизації фісур: неінвазивна (проста) та інвазивна (профілактичне пломбування).

Основними показами до герметизації фісур є:

- наявність глибокої фісури, яка не може бути вичищена звичайними засобами та предметами гігієни, так як простір фісури значно менший, ніж щетинка зубної щітки, і там буде накопичуватись зубний наліт;

- інтактність фісури, відсутність фісурного карієсу;
- незавершена мінералізація жувальної поверхні зуба;
- мінімальний термін після прорізування.

Відносними протипоказами до герметизації фісур є:

- відсутність виражених фісур та ямок на жувальній поверхні;
- наявність каріозної порожнини на контактній або жувальній поверхні зуба;

Погана гігієна порожнини рота також є відносним протипоказом до герметизації в одне відвідування ( спочатку дитину навчають навикам гігієни).

Помилки під час герметизації фісури;

- герметизація каріозної фісури;
- недостатнє висушування,
- надлишкове внесення герметика ;
- герметизація зуба з каріозною порожниною.

Ускладнення, які виникають після герметизації фісур:

- випадіння герметика протягом 6 місяців після герметизації;
- розвиток фісурного карієсу;
- розвиток токсичного пульпіту, як результат ураження пульпи зуба протравлювачем (більше 1 хвилини) і недостатнього промивання водою фісури після протравлення;
- протравлення тих ділянок емалі зубів, які не підлягають герметизації, що спричиняє розвиток каріозного процесу;
- підвищення прикусу після герметизації

Суттєвим недоліком герметизації фігур є гальмування при цьому фізіологічної мінералізації емалі зуба на 1 – 2 роки в результаті припинення будь – якого контакту з ротовою рідиною.

Для герметизації фісур використовують герметики (Visio Seal (ESPE), Fluro-Shield (Dentsplay), Fissurit, Fissurit F (VOCO), Helio Seal (Vivadent) та ін.)

Основними вимогами до герметиків є:

1. Стійка адгезія до тканини зуба у вологому середовищі.
2. Висока міцність на стиск і стійкість щодо стирання.
3. Герметики повинні мати стабільність кольору і не змінювати забарвлення зуба.
4. Тверднути при кімнатній температурі у вологому середовищі протягом 2-3 хвилин.

Особливо важливою є виражена адгезія до твердих тканин зуба, яка забезпечує мінімальну крайову проникність і механічну міцність, оскільки карієспрофілактичний ефект герметизуючого засобу реалізується в тому разі, коли він закриває борозни протягом не менш як один-два роки.

### **Контроль рівня засвоєння знань:**

1. Назвати ознаки карієсогенної ситуації в порожнині рота.
2. Яка мета ендогенної та екзогенної профілактики карієсу зубів?
3. Роль фтору та інших мікроелементів у профілактиці карієсу зубів.
4. Які препарати кальцію використовують для ендогенної профілактики карієсу ?

5. Які препарати фосфору використовують для ендогенної профілактики карієсу ?
6. Які препарати фтору використовують для ендогенної профілактики карієсу ?
7. Що включає медикаментозна та не медикаментозна ендогенна профілактика карієсу?
8. Комплекс яких вітамінів використовують з метою ендогенної профілактики карієсу ?
9. Яка методика покриття зубів фторвмісними лаками?
10. Назвати фторвмісні гелі.
11. Яка методика проведення полоскання порожнини рота розчином фториду натрію?
12. Яка послідовність проведення аплікацій поверхонь зубів фторвмісними гелями та розчином фториду натрію?
13. Описати методику місцевого використання препаратів, які вміщують кальцій та фосфор.
14. Назвати препарати ремілізуючої дії, що використовують для екзогенної профілактики карієсу зубів.
15. Описати методику використання препаратів ремінералізуючої дії
16. Яким є критерій вибору концентрації ремінералізуючих розчинів?
17. Назвати покази та відносні протипокази до герметизації фісур.
18. Описати методику герметизації фісур.
19. Назвати помилки під час та можливі ускладнення, що виникають після проведення до герметизації фісур.
20. Назвати недоліки герметизації фісур.
21. Засоби для герметизації фісур, склад та їх властивості.

#### **Орієнтовані тестові завдання:**

1. Під час профілактичного стоматологічного огляду дитини віком 12 років виявлено скупченість 14, 13 та 12 зубів. Гігієнічний індекс за Федоровим–Володкіною незадовільний. Під зубним нальотом, що покриває ці зуби, виявлені вогнища демінералізації емалі. Яке ймовірне значення рН емалі під зубним нальотом?
  - A. 7,5
  - B. 7,0
  - C. 6,5
  - D. 6,0
  - E. 5,5
  
2. Дитина 6 років звернулась до стоматолога з метою профілактичного обстеження. Об'єктивно: порожнина рота санована. 16, 26, 36 та 46 зуби інтактні, прорізались 3 місяці тому. Фісури зубів слабомінералізовані. Який з методів екзогенної профілактики карієсу доцільно використати?
  - A. Аплікація 1% розчином фтористого натрію.
  - B. Прийом препарату “Вітафтор”.
  - C. Індивідуальна гігієна ротової порожнини зубною пастою.
  - D. Індивідуальна гігієна ротової порожнини зубним порошком.
  - E. Прийом препарату “Кальцій глюконат”.
  
3. Батьки дівчинки 6,5 років звернулись до стоматолога з метою профілактичного огляду. Об'єктивно: зуби інтактні, рівень гігієни порожнини рота добрий, ортодонтичної патології не спостерігається. Який з методів профілактики карієсу оптимальний в даному випадку?

- A. Герметизація фісур
  - B. Аплікація 1% розчином фтористого натрію.
  - C. Аплікація 10% розчином глюконату кальцію
  - D. Полоскання 0,2% розчином фториду натрію.
  - E. Електрофорез з 10% розчином глюконату кальцію.
4. При мікроскопічному дослідженні зубного нальоту у дитини 15 років із рівнем інтенсивності карієсу КПВ=4, виявлено різні види стрептококів, стафілококи, лактобацили, дріжджеподібні гриби. Які з мікроорганізмів зубного нальоту володіють вираженими карієсогенними властивостями?
- A. Str.. Mutans
  - B. Str Mitis
  - C. Str Salivaris.
  - D. Лактобацили.
  - E. Стафілококи.
5. З метою профілактичного огляду до стоматолога звернулась дитина віком 6,5 років  
Об'єктивно: 16, 26, 36 та 46 зуби інтактні. Гігієнічний індекс за Федоровим-Володкіною дорівнює 1 балу. Який з методів профілактики карієсу доцільно використати?
- A. Герметизація фісур
  - B. Аплікація 10% розчином глюконату кальцію
  - C. Електрофорез з 1% розчином фтористого натрію
  - D. Полоскання 0,2% розчином фториду натрію.
  - E. Електрофорез з 10% розчином глюконату кальцію.
6. Дитина 10 років звернулась до стоматолога з метою екзогенної профілактики карієсу зубів. Дитина проживає в місцевості з вмістом фтору в питній воді – 1,0мг / л. При об'єктивному огляді ГІ – 2,0, зуби інтактні, прикус ортогнатичний. Який із названих препаратів, лікар-стоматолог призначив для місцевої профілактики карієсу зубів?
- A. Фтористий лак
  - B. Вітафтор.
  - C. Таблетки глюконату кальцію
  - D. Таблетки фтористого натрію.
  - E. Фітин
7. Батьки дитини 3,5 років звернулись до стоматолога з метою профілактичного огляду ротової порожнини дитини. Обективно: зуби прорізались вчасно, інтактні. Слизова оболонка ясен рожева, без видимих патологічних змін. Виберіть метод місцевої профілактики карієсу зубів, який може бути застосований в цьому віці.
- A. Аплікації розчинами препаратів фтору, кальцію.
  - B. Вживання фторвмісних таблеток.
  - C. Вживання кальцієвмісних таблеток.
  - D. Вживання вітамінів групи А, С та D.
  - E. Фторування питної води.



8. Дитина віком 9 років знаходиться на лікуванні у лікаря-ортодонта з приводу глибокого прикусу. Лікування проводиться знімним ортодонтчним препаратом. З метою екзогенної профілактики карієсу зубів лікар призначив полоскання розчином фтористого натрію. Визначіть концентрацію фтористого натрію, який використовується для полоскання ротової порожнини.

- A. 0,1-0,2%
- B. 10%
- C. 2 %
- D. 0,5%
- E. 0,3 - 0,5%.

9. Дитина віком 5,5 років проживає в місцевості, де вміст фтору складає 0,2 мг/л. З метою екзогенної профілактики карієсу зубів лікар-стоматолог призначив аглікації фторвмісними препаратами. Який із перерахованих препаратів використовують для аглікацій?

- A. Фторвмісні гелі
- B. 20% розчин глюконату кальцію
- C. Фітин
- D. Вітафтор
- E. 4 % розчин натрію фториду

10. Батьки дитини 6,5 років звернулись до лікаря з метою контролю герметизації фісур перших постійних молярів, герметизація фісур проведена півроку тому. Герметик зберігся у всіх постійних молярах. Який ще метод екзогенної профілактики карієсу постійних зубів потрібно призначити цій дитині ?

- A. Використання кальційвмісних зубних паст
- B. Диспансерне спостереження
- C Чищення зубів під контролем стоматолога
- D. Покриття фторвмісним лаком
- E. Професійну гігієну порожнини рота

11. Під час профілактичного огляду у дитини 12 років було виявлено низьку інтенсивність карієсу, КПВ=2. З метою екзогенної профілактики карієсу зубів було проведено флюоризацію гладких поверхонь і герметизацію фісур премолярів та других постійних молярів. Скільки разів на рік необхідно проводити заходи з екзогенної профілактики карієсу при низькій його інтенсивності?

- A. 1 раз на рік
- B. 2 рази на рік
- C. 3 рази на рік
- D. 4 рази на рік
- E. Щомісяця

12. Батьки дитини віком 3 років звернулись до стоматолога з метою санації порожнини рота дитини. З анамнезу відомо, що у мами був токсикоз II половини вагітності. Дитина народилась вчасно при фізіологічних родах, до 3-х місяців перебувала на грудному вигодовуванні. Об'єктивно: інтенсивність карієсу тимчасових зубів  $k_p = 6$ , ГІ – 2,0. Сім'я

проживає в місцевості, де вміст фтору в питній воді – 0,2 мг/л. Який із названих методів застосування препаратів фтору використовують при екзогенній профілактиці карієсу зубів?

- A. Аплікації фтористого натрію
- B. Вживання таблеток, порошків та розчинів з фтористим натрієм.
- C. Фторування води
- D. Фторування молока.
- E. Прийом вітамінів групи B, C, A та D у вигляді таблеток.

13. Дитина віком 7 років проживає в місцевості, де вміст фтору в питній воді – 0,3 мг/л. З – 4 рази в рік хворіє ГРВІ. При об'єктивному огляді ротової порожнини лікар виявив, що КПВ+кп=7. Який з перелічених препаратів фтору використовують для екзогенної профілактики карієсу?

- A. Fluoridin gel
- B. Vitaforum.
- C. 1-2 % -й розчин Natrii fluoratum
- D. Fluoretten forte
- E. Fluoretten Law

14. Дитина 5 років звернулась до стоматолога з метою санації ротової порожнини. Зі слів батьків відомо, що дитина часто (5-6 разів на рік) хворіє простудними захворюваннями, перебуває на обліку та лікуванні у лікаря-гастроентеролога з приводу захворювання ШКТ. Вміст фтору в питній воді складає 1,5 мг/л. Який з перелічених препаратів кальцію використовують для екзогенної профілактики карієсу?

- A. 2,5 % розчин Calcii glicerophosphas
- B. Таблетки Calcii gluconas
- C. Таблетки Calcii glicerophoshas
- D. Таблетки Calcii lactase
- E. Таблетки Calcii phoshas

15. Дитина 6,5 років з'явилась до шкільного лікаря для профілактичного огляду. Об'єктивно : зуби інтактні. Гігієнічний індекс за Федоровим-Володкіною – 1,5, РМА - 0%. Вміст фтору в питній воді місцевості, де проживає дитина, 2,0мг/л. Який метод екзогенної профілактики карієсу зубів доцільно рекомендувати дитині?

- A. Аплікація 10% розчином глюконатом кальцію
- B. Імпрегнація азотнокислим сріблом.
- C. Покриття зубів фторлаком
- D. Полоскання 0,2% розчином фториду натрію.
- E. Чищення зубів фторвмісними зубними пастами.

16. Батьки 7,5 річної дитини звернулись до стоматолога з метою санації порожнини рота. Об'єктивно: КПВ+кп = 4, індекс Гріна-Вермільйона дорівнює 2,5. Вміст фтору в питній воді району, де проживає дитина, складає 0,2 мг / л. Який метод первинної профілактики карієсу зубів доцільно застосувати в даному випадку?

- A. Аплікації кальційвмісними препаратами
- B. Інвазивну герметизацію.

- C. Аплікації фторвмісними лаками.
- D. Аплікації антибактеріальними лаками.
- E. Неінвазивну герметизацію

17. До лікаря-стоматолога звернулась дитина 6,5 років з метою контролю якості герметизації фісур 16,26,36 та 46 зубів. Герметизацію фісур було проведено 5 місяців тому. Герметик зберігся в 16, 26,36 та в 46 зубах. Вміст фтору в питній воді місцевості, де проживає дитина, в межах норми. Яка подальша тактика лікаря для проведення екзогенної профілактики карієса зубів?

- A. Повторити герметизацію.
- B. Провести профілактичне пломбування.
- C. Призначити іонофорез з розчином фтористого натрію
- D. Покрити зуби фторлаком
- E. Призначити іонофорез з гліцерофосфатом кальцію.

18. Дитині 4 років з метою профілактики карієсу призначено “Вітафтор”. Яка добова доза “Вітафтору” у цьому віці?

- A. 1/2 чайної ложки
- B. 1 крапля на 1 кг маси тіла
- C. 1 чайна ложка
- D. 2 чайні ложки
- E. 2 краплі на 1 кг маси тіла.

19. Батьки дитини 4 років звернулись до стоматолога-педіатра на консультацію. Об’єктивно: на жувальних поверхнях 55,54,64,65,85,75 зубів – каріозні порожнини. Гігієнічний стан порожнини рота добрий. З анамнезу відомо, що дитина чистить зуби з 2,5 років, вживання солодощів обмежено. Які продукти харчування необхідно рекомендувати дитині в першу чергу, якщо вміст фтору в питній воді складає 0,5 мг/л?

- A. Продукти моря
- B. Молочні продукти
- C. Мясні продукти
- D. Вітаміни групи B
- E. Вітаміни C, D.

20. Батьки дитини 6,5 років звернулись до лікаря з метою санації порожнини рота. Об’єктивно: на жувальній поверхні перших постійних молярів виявлені каріозні порожнини, 11 та 12 зуби остаточно не прорізались. КПВ+кп=9. В анамнезі у дитини хронічний холецистохолангіт. ГРВІ 5 – 6 разів на рік. Вміст фтору в питній воді 0,35 мг/л. Які засоби первинної профілактики необхідно використати в данному випадку?

- A. Фторвмісні таблетки
- B. Кальцієвмісні таблетки.
- C. Фосфоровмісні препарати.
- D. Вітаміни групи B.
- E. Вітаміни C, D.

21. Батьки дитини віком 3 років звернулись до стоматолога з метою санації порожнини рота дитини. З анамнезу відомо, що у мами був токсикоз II половини вагітності. Дитина народилась вчасно при фізіологічних родах, до 3-х місяців перебувала на грудному вигодовуванні. Об'єктивно: інтенсивність карієсу тимчасових зубів  $k_p = 6$ , ГІ – 2,0. Сім'я проживає в місцевості, де вміст фтору в питній воді – 0,2 мг/л. Який метод ендогенної профілактики карієсу зубів найбільш раціонально застосувати в даному випадку?

- A. Вживання таблеток, порошків та розчинів з фтористим натрієм.
- B. Герметизація фісур.
- C. Покриття зубів фтористим лаком.
- D. Іонофорез фтористого натрію.
- E. Аплікації фтористого натрію.

22. Дитина 5 років звернулася до стоматолога з метою санації ротової порожнини. Зі слів батьків відомо, що дитина часто ( 5 – 6 разів на рік) хворіє простудними захворюваннями, перебуває на обліку та лікуванні у лікаря-гастроентеролога з приводу захворювання ШКТ. Вміст фтору в питній воді складає 1,5 мг/л. Який із перелічених препаратів раціонально призначити з метою ендогенної профілактики карієсу?

- A. Гліцерофосфат кальцію
- B. Вітамін D
- C. Тіамін( віт.В).
- D. Ретинол пальмінат (віт. А).
- E. Фторид натрію

23. Дитина 3 років проживає в місцевості, де вміст фтору в питній воді складає 0,8 мг/л. Лікар-стоматолог з метою ендогенної профілактики карієсу постійних зубів призначив “Біотрит - Дента” по 1 таблетці на добу після їди. Який термін курсу лікування даним препаратом з метою профілактики карієсу зубів?

- A. 2 місяць
- B. 1 місяці
- C. 1,5 місяці
- D. 2,5 місяці
- E. 3 місяці.

24. Дитина 8 років проживає в регіоні з під вищеним вмістом фтору. З метою профілактики карієсу стоматолог призначив прийом гліцерофосфату кальцію. Через який час необхідно провести повторний курс лікування препаратами кальцію?

- A. Через 3 місяці
- B. Через 1 місяць
- C. Через 2 місяці
- D. Через 6 місяців
- E. Через 1 рік.

25. Батьки дитини віком 8 років звернулись до стоматолога з метою профілактичного огляду ротової порожнини дитини. Об'єктивно: порожнина рота санована, інтенсивність

карієсу КПВ+кп =5. Стоматолог рекомендував вживати продукти харчування, які містять фосфор. Яка добова потреба організму у фосфорі в цьому віці ?

- A. 1,5 г
- B. 1,0 г
- C. 2,0г
- D. 0,5г
- E. 2,5 г.

26. Дитині 5 років з метою профілактики карієсу призначено таблетки кальцію лактату. Яка добова доза препарату в цьому віці?

- A. 0,5 г
- B. 0,25 г
- C. 1г
- D. 1,5 г
- E. 2 г.

27. В чому, насамперед, полягає медикаментозна екзогенна профілактика карієсу зубів ?

- A. Місцеве застосування препаратів Ca, P, F( аплікації, полоскання ротової порожнини).
- B. Прийом таблетованих препаратів Ca, P, F.
- C. Раціональне харчування з обмеженим вживанням вуглеводів
- D. Зміцненні соматичного здоров'я дитини
- E. Прийом вітамінів групи B, C, A, D.

28. Які із перелічених методів відносяться до не медикаментозної екзогенної профілактики карієсу?

- A. Інтенсивне жування із включенням твердих продуктів
- B. Раціональне харчування з обмеженим вживанням вуглеводів
- C. Лікування хронічних захворювань внутрішніх органів.
- D. Зміцнення соматичного здоров'я дитини.
- E. Призначення препаратів, що впливають на імунологічну реактивність організму.

29. Батьки дитини віком 5 років звернулись до стоматолога з метою профілактичного огляду ротової порожнини дитини. Об'єктивно: порожнина рота санована, інтенсивність карієсу кп=3. Стоматолог рекомендував вживати продукти харчування, які містять кальцій. В яких з перерахованих продуктів вміст кальцію в 100 г вважається найбільшим?

- A. Утвердому сирі
- B. У молоці 1 тиждень
- C. У йогурті
- D. У кефірі
- E. У молочному сирі

30. Дитині 8 років з метою ендогенної профілактики карієсу зубів стоматолог призначив препарат "Відехол". Який термін курсу лікування цим препаратом?

- A. 1,5 місяці один раз на рік
- B. 1 місяць один раз на рік
- C. 1 місяць два рази на рік

- D. 1,5 місяці два рази на рік
- E. 1 місяць 4 рази на рік.

31. Дитина віком 5,5 років проживає в місцевості, де вміст фтору складає 0,2 мг/л. З метою ендогенної профілактики карієсу зубів лікар-стоматолог призначив таблетки фториду натрію. Виберіть дозування таблеток фториду натрія для дитини.

- A. 1,0 мг
- B. 0,25 мг
- C. 0,5 мг
- D. 85 мг.
- E. 1,5 мг

32. До стоматолога з метою профілактичного огляду ротової порожнини звернулася віком 7,5 років. Об'єктивно: КПВ+кп=8. Харчовий раціон дитини різноманітний, на думку батьків, збалансований (складається з молочних та м'ясних продуктів, випічки, фруктів, овочів, різноманітних каш). Вміст фтору в питній воді місцевості, де проживає дитина - 1,75 мг/л. Які із продуктів харчування дитини відносяться до найбільш карієгогенних?

- A. Печиво
- B. Каші
- C. Молоко та молочні продукти
- D. Фрукти
- E. Карпотля

33. Батьки дитини віком 5 років звернулись до стоматолога з метою профілактичного огляду ротової порожнини дитини. Об'єктивно: порожнина рота санована, інтенсивність карієсу кп=3. Стоматолог рекомендував вживати продукти харчування, які містять кальцій. Яка добова норма вживання кальцію в цьому віці?

- A. 800 мг на добу
- B. 400 мг на добу
- C. 1000 мг на добу
- D. 600 мг на добу
- E. 200 мг на добу

34. З метою ендогенної профілактики карієсу зубів дитині 9 років лікарем-стоматологом призначено препарат "Відехол". Обмін яких елементів регулюється при прийомі цього препарату?

- A. Кальцію та фосфору.
- B. Кальцію та фтору.
- C. Фтору та фосфору.
- D. Кальцію та вітамінів.
- E. Кальцію та вуглеводів.

35. Дитина віком 7 років проживає в місцевості, де вміст фтору в питній воді – 0,3 мг/л. 3–4 рази на рік хворіє ГРВІ. При об'єктивному огляді ротової порожнини лікар виявив, що

КПВ+кп=7. З метою ендогенної профілактики стоматолог призначив препарати та продукти, що містять фтор. Яка добова потреба у фторі в дитини в цьому віці?

- A. 2,5 мг
- B. 1,0 мг
- C. 2,0 мг
- D. 0,5 мг
- E. 1,5 мг

36. З метою профілактичного обстеження до стоматолога-педіатра звернулася дитина віком 6 років. При об'єктивному обстеженні виявлено, що ротова порожнина дитини санована. 16,26,36 та 46 зуби інтактні, прорізались 3 місяці тому. Фісури зубів слабо мінералізовані. Який із методів профілактики карієсу доцільно використати?

- A. Герметизація фісур.
- B. Аплікація 10% розчином глюконату кальцію.
- C. Іонофорез 1% розчином фториду натрію.
- D. Покриття фтористим лаком.
- E. Прийом препарату "Вітафтор".

37. Дитина 6 років звернулася до стоматолога з метою профогляду. Об'єктивно: зуби інтактні, рівень гігієни порожнини рота добрий, ортодонтичної патології не спостерігається. Виберіть метод профілактики карієсу, оптимальний в даному випадку.

- A. Герметизація фісур
- B. Прийом препарату "Вітафтор".
- C. Іонофорез 1% розчином фториду натрію.
- D. Покриття фтористим лаком.
- E. Аплікація 10% розчином глюконату кальцію.

38. Батьки 7,5-річної дитини звернулись до стоматолога з метою санації порожнини рота. Об'єктивно: КПВ+кп=4, індекс Гріна-Вермільйона дорівнює 2,5. Фісури перших постійних молярів відкриті, інтактні, непігментовані. Який метод первинної профілактики карієсу зубів доцільно застосувати в даному випадку?

- A. Неінвазивну герметизацію.
- B. Інвазивну герметизацію.
- C. Аплікації фторвмісними лаками.
- D. Аплікації антибактеріальними лаками.
- E. Аплікації кальційвмісними лаками.

39. Дитині 6,5 років. Індекс інтенсивності карієсу КПВ+кп=7. Гігієнічний індекс за Федоровим-Володкіною - 0,33. Фісури в постійних молярах інтактні, глибокі, відкриті. Який метод первинної профілактики карієсу зубів доцільно застосувати в даному випадку?

- A. Неінвазивний метод герметизації фісур.
- B. Інвазивний метод герметизації фісур.
- C. Аплікації 2% розчином фториду натрію.
- D. Іонофорез 2% розчином фториду натрію.
- E. Покриття зубів фторлаком.

40. Дитину 7-ми років привели для профілактичного огляду. Скарг немає. У 16,26,36 та 46 зубах виявлені широкі, слабо мінералізовані, не до кінця сформовані фісури. Вкажіть оптимальну лікувально-профілактичну тактику.

- A. Герметизація фісур.
- B. Імпрегнація азотнокислим сріблом.
- C. Покриття зубів фторлаком.
- D. Полоскання 0,2% розчином фториду натрію.
- E. Аплікація розчином ремоденту.

41. Дитина 7,5 років з'явилась до шкільного лікаря для профілактичного огляду. Об'єктивно: на жувальних поверхнях 16,26,36 та 46 зубів глибокі, вузькі фісури. Гігієнічний індекс за Федоровим-Володкіною – 1,5, РМА -0%. Який метод профілактики карієсу зубів рекомендований?

- A. Герметизацію фісур
- B. Імпрегнація азотнокислим сріблом.
- C. Покриття зубів фторлаком.
- D. Полоскання 0,2% розчином фториду натрію.
- E. Аплікація розчином ремоденту.

42. З метою профілактичного огляду до стоматолога звернулась дівчинка 6,5 років. Об'єктивно: зуби інтактні, гігієнічний індекс за Федоровим- Володкіною дорівнює 1 балу. Який з методів профілактики карієсу оптимальний в даному випадку?

- A. Герметизація фісур.
- B. Електрофорез з 1% розчином фтористого натрію.
- C. Електрофорез з 10% розчином глюконату кальцію.
- D. Полоскання 0,2% розчином фториду натрію.
- E. Аплікація 10% розчином глюконату кальцію.

43. Батьки дитини 6 років звернулись до дитячого стоматолога з метою профілактичного обстеження дитини. Порожнина рота санована . Нещодавно, зі слів батьків, у дитини прорізались 36 та 46 зуби. Який з методів профілактики карієсу найбільш доцільно використати в перші 1,5-2 роки після прорізування вказаних зубів?

- A. Герметизація фісур
- B. Сріблення фісур.
- C. Покриття зубів фторлаком.
- D. Полоскання 0,2% розчином фториду натрію.
- E. Аплікація розчином ремоденту

44. Який найоптимальніший час проведення герметизації фісур в тимчасових молярах?

- A. 3-4 роки.
- B. 5-6 років.
- C. 7-8 років.
- D. 9-10 років.
- E. 11-12 років.



45. Що таке фісури?

- A. Це природні заглиблення, борозни та ямки на жувальних поверхнях.
- B. Це частина зуба, що виступає в порожнину рота
- C. Це анатомічне утворення, що з'єднує коронку з коренем.
- D. Це частина зуба, що розташована в комірках альвеолярного відростка.
- E. Це емалевий покрив коронки зуба.

46. Батьки дитини 10 років звернулись до дитячого стоматолога з метою профілактичного обстеження дитини. Порожнина рота санована . Рік тому у дитини прорізались 34 та 44 зуби. Стоматолог з метою профілактики вирішив використати метод герметизації фісур. Який найоптимальніший час проведення герметизації фісур у перших премолярах?

- A. 9-10 років
- B. 7-8 років.
- C. 10-11 років.
- D. 12-13 років.
- E. 14-15 років.

47. Що є протипоказом до проведення герметизації фісур?

- A. Наявність каріозної порожнини на контактній або жувальній поверхнях зуба.
- B. Наявність глибоких інтактних фісур
- C. Незавершена мінералізація жувальної поверхні зуба.
- D. Мінімальний термін з моменту прорізування зуба.
- E. Наявність глибокої фісури, яка не може бути вичищена звичайними засобами та предметами гігієни.

48. Що є відносним протипоказом до проведення герметизації фісур?

- A. Незадовільна гігієна порожнини рота.
- B. Наявність глибоких інтактних фісур
- C. Незавершена мінералізація жувальної поверхні зуба.
- D. Мінімальний термін з моменту прорізування зуба.
- E. Наявність глибокої фісури, яка не може бути вичищена звичайними засобами та предметами гігієни.

49. Що з перерахованого є показом до проведення герметизації фісур?

- A. Незавершена мінералізація жувальної поверхні зуба
- B. Наявність каріозної порожнини на контактній або жувальній поверхнях зуба.
- C. Відсутність великих фісур, ямок на жувальній поверхні зуба..
- D. Гіперсалівація.
- E. Незадовільна гігієна порожнини рота.

50. Назвіть помилки під час герметизації фісур?

- A. Герметизація каріозної фісури.
- B. Розвиток фісурного карієсу.
- C. Випадіння герметика протягом 6 місяців після проведення герметизації
- D. Розвиток токсичного пульпіту.

Е. Протравлення тих ділянок емалі зубів, які не підлягають герметизації.

51. Лікар-стоматолог з метою проведення екзогенної профілактики карієсу у дитини 7 років провів герметизацію 16 та 26 зубів. Через 6 місяців дитина звернулась до лікаря із скаргами на болі від термічних та хімічних подразників в 26 зубі. Об'єктивно: в 26 зубі каріозна порожнина середніх розмірів, заповнена розмякшеним дентином, зондування 26 зуба різко болюче по стінках, перкусія відемна. Які із маніпуляцій під час проведення герметизації фісур привели до розвитку каріозного процесу?

- А. Протравлення тих ділянок емалі зубів, які не підлягають герметизації.
- В. Недостатня промивання водою фісури після протравлення.
- С. Внесення герметика з надлишком.
- Д. Недостатнє висушування фісури.
- Е. Недостатня медикаментозна обробка фісури.

52. Які із маніпуляцій під час проведення герметизації фісур приводять до розвитку токсичного пульпіту?

- А. Недостатня промивання водою фісури після протравлення.
- В. Недостатнє висушування фігури
- С. Внесення герметика з надлишком.
- Д. Протравлення тих ділянок емалі зубів, які не підлягають герметизації.
- Е. Недостатня медикаментозна обробка фісури.

53. Через який термін після герметизації фісур проводиться контрольний огляд зубів?

- А. Через 6-8 місяців .
- В. Через місяць.
- С. Через 3-4 місяці.
- Д. На наступний день після герметизації
- Е. Через 12 місяців.

54. Що є суттєвим недоліком герметизації фісур?

- А. Гальмування фізіологічної мінералізації емалі зуба на 1–2 роки.
- В. Випадіння герметика протягом 6 місяців після герметизації.
- С. Розвиток фісурного карієсу.
- Д. Розвиток токсичного пульпіту.
- Е. Недостатня медикаментозна обробка фісури.

55. Час протравлення при герметизації фісур постійних зубів не повинен перевищувати

- А. 15-30 секунд
- В. 10-15 секунд
- С. 5-10 секунд
- Д. 35–45 секунд
- Е. 60 секунд

56. Неінвазивна герметизація фісур – це :

- А. Герметизація відкритих фісур.

- В. Додаткове розширення фісур або герметизація закритих фісур.
- С. Лікування фісур методом сріблення.
- Д. Препарування фісури та її пломбування.
- Е. Препарування фігур за методом І.Г.Лукомського.

57. Інвазивна герметизація фісур – це :

- А. Додаткове розширення фісур або герметизація закритих фісур.
- В. Герметизація відкритих фісур.
- С. Лікування фісур методом сріблення.
- Д. Препарування фісури та її пломбування.
- Е. Препарування фісур за методом І.Г.Лукомського.

58. У якому співвідношенні їжа дітей повинна містити збалансовану кількість вітамінів та білків, жирів і вуглеводів ?

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

59. Який із макро- чи мікроелементів необхідний для повноцінного формування кісток скелету та твердих тканин зубів ?

- А. Кальцій
- В. Фосфор
- С. Фтор
- Д. Калій.
- Е. Натрій.

60. Який термін курсу лікування препаратом Вітафтор з метою профілактики карієсу зубів?

- А. 4-6 разів на рік
- В. 2 рази на рік
- С. 3 рази на рік
- Д. 1 раз на рік
- Е. За бажанням пацієнта.

**Рецепти:**

1. Rp. Sol.Natrii fluorati 2 % – 20 ml  
D.S. Для аплікації тривалістю 3-5 хв. (10 – 30 процедур).
2. Rp. Sol.Natrii fluorati 2 % – 20 ml  
D.S. Для іонофорезу вводити з катоду( 10 процедур).
3. Rp. Sol. Natrii floridi 0,05% 1000 ml  
D.S. Для полоскання порожнини рота.

4. Rp. Sol. Natrii floridi 0,2% 200ml  
D.S. Для полоскання порожнини рота.
5. Rp. Calcii glycerophosphatis 2,5% - 100 ml  
D.S. Для іонорозчину ( вводити з аноду), курс 10 процедур.
6. Rp. Calcii gluconatis 10% 10 ml  
D. t.d. № 10 in ampulit.  
S. Для іонорозчину ( вводити з аноду), курс 10 процедур.
7. Rp. Remodenti 3,0  
D. t. d. № 10.  
D. S. Для полоскання порожнини рота(1 порошок розчинити в 100 мл кип'яченої води.
8. Rp. Sol. Strontii chloridi 15,0  
Glyserini 5 ml  
D.S. Втирати в попередньо висушену поверхню зуба, через день. Курс лікування 2 – 3 процедури.
9. Rp. Natrii fluorati 15,0  
Glyserini 5 ml  
M.f past.  
D.S. Втирати в поверхню зуба протягом 2 – 3 хвилин.
10. Rp. Sol. As. Ascorbinici 5% 1 ml  
D. t.d. № 20 in ampulit.  
S. Для іонорозчину 1 раз в день ( вводити з катоду), курс 10 процедур.

#### **Література :**

1. Смоляр Н.І., Масний З.П., Поліканова Л.Г. Профілактика стоматологічних захворювань у дітей. – Львів: Світ, 1995. – С.23-30, 75-80, 83-86.
2. Стоматологічна профілактика у дітей: Навч. посібник / Хоменко Л.О., Шматко В.І., Остапко О.І. та ін.– К.: Київ, 1993. – С.55-127.
3. Грошиков М.И. Профилактика и лечение кариеса зубов. М. : Медицина, 1980.- С.123-129.
4. Пахомов Г.Н. Первичная профилактика в стоматологии. - М.: Медицина, 1982.- С.165-179.
5. Хоменко Л.О., Кононович Е. Герметизація фіссур как метод профілактики кариеса // Дент Арт. - №1. - 1997. - С.9-12.
6. Крушинська-Росада М., Борисович-Левицькі М. Принципи профілактичної ізоляції зубних фігур // Новини стоматології. - №2-3 (7-8). – 1996. - С. 29-32.

7. Ремішевський О. Застосування герметиків фісур у перших постійних кореневих зубах у дітей-школярів // Новини стоматології. - № 1(1). – 1994. – С.48-50.
8. Хоменко Л.А., Биденко Н.Б., Остапко Е.И., Шматко В.И. Современные средства экзогенной профилактики заболеваний полости рта.- Киев: Книга Плюс, 2001. - С.15-33.
9. Мельничук Г.М., Гаврилів Г.М., Воляк М.Н., Кіма Г.Б. Курс лекцій із профілактики стоматологічних захворювань: Навчальний посібник. – Івано-Франківськ, 2009. – С. 31-50, 68-86.

### **Практичне заняття №3.**

**Тема:** Особливості перебігу карієсу зубів у дітей різного віку. Сучасні пломбувальні матеріали для відновлення каріозних дефектів. Їх вибір та методика застосування в практиці дитячої терапевтичної стоматології.

**Мета:** Вивчити зі студентами особливості перебігу карієсу зубів у дітей різного віку, методику загального лікування карієсу, класифікацію, склад, властивості, покази до використання та методику застосування сучасних пломбувальних матеріалів для відновлення каріозних дефектів в дитячій терапевтичній стоматології.

#### **Контроль початкового рівня знань:**

1. Формування і мінералізація зубів в антенатальний період, чинники, які впливають на ці процеси.
2. Етапи формування коренів та терміни вторинної мінералізації тимчасових та постійних зубів.
3. Етапи препарування каріозної порожнини.
4. Інструменти які використовуються для пломбування.
5. Класифікація пломбувальних матеріалів.
6. Інструменти для обробки пломб.

#### **Зміст заняття:**

У дітей в різні вікові періоди карієс тимчасових і постійних зубів має певні особливості клінічного перебігу. В тимчасових зубах це пов'язано із особливостями їх мінералізації в антенатальний період (вплив матері під час вагітності та характеру її харчування), ступенем доношеності дитини, інфекційними та соматичними захворюваннями (рахіт, диспепсія) дитини у постнатальний період та характером харчування (грудне/штучне) Анатомо-гістологічні особливості будови тимчасових зубів, особливості морфології та функціональної активності пульпи на різних етапах їх розвитку, стан реактивності дитячого організму та етап розвитку зуба впливають на перебіг та локалізацію каріозних уражень тимчасових зубів у дітей.

У дітей в постійних зубах з несформованим коренем, переважає гострий перебіг карієсу, що зумовлено незавершеною мінералізацією твердих тканин та недостатньо захисною функцією пульпи в цей період. Глибина каріозної порожнини в несформованих постійних зубах не завжди характеризує важкість процесу, оскільки роги пульпи в таких зубах розташовані значно ближче до оклюзійної поверхні. Чим меншим є вік дитини, тим більш глибоким та небезпечним є карієс у несформованому зубі, що пов'язано із значно більшим об'ємом пульпи та можливостями її інфікування.

В постійних зубах з несформованим коренем карієс частіше локалізується в природніх ямках, що пов'язано з особливостями їх мінералізації. У період сформованого кореня діагностується як гострий, так і хронічний перебіг карієсу, що пов'язано із стабілізацією структури емалі та дентину та функціональною зрілістю пульпи (здатність виробляти прозорий та замісний дентин) У сформованих зубах, на відміну від несформованих, карієс частіше локалізується на апроксимальних поверхнях всіх груп постійних зубів.

За виключенням початкового карієсу всі інші його клінічні форми потребують проведення оперативно-відновлювального лікування з використанням різноманітних пломбувальних матеріалів.

Згідно класифікації (Г.М. Гернер та співавтори, 1985) всі пломбувальні матеріали за призначенням поділяються на 5 груп, серед яких безпосередньо для відновлення каріозних порожнин використовуються: постійні - для відновлення анатомічної форми і функції зуба та тимчасові, що використовуються для тимчасового закриття каріозної порожнини з процесі лікування ускладненого або неускладненого карієсу. В свою чергу матеріали для постійного пломбування, з точки зору матеріалознавства, доцільно поділити на: цементи, пластмаси, композитні матеріали, стоматологічні амальгами.

Пломбувальні матеріали для постійних пломб повинні відповідати певним вимогам. В клініці дитячої терапевтичної стоматології вибір пломбувального матеріалу повинен проводитись з урахуванням вікових особливостей будови зуба (тимчасового або постійного), групової приналежності зуба, стану пульпи, ступеня активності каріозного процесу, а також ступеня контакту між дитиною та лікарем. Слід пам'ятати про такі фізіологічні процеси як вторинна мінералізація емалі, формування кореня та його фізіологічна резорбція. В зв'язку з цим, наприклад, цинк- фосфатні цементи в дитячій стоматологічній практиці використовуються переважно для ізолюючих прокладок і лише іноді як постійний пломбувальний матеріал для тимчасових зубів на стадії резорбції кореня. Силікатні цементи у дітей можуть використовуватись для пломбування каріозних порожнин III, V класів в постійних зубах зі сформованим коренем та в депульпованих тимчасових. З усіх силікофосфатних цементів матеріали «Лактодонт» та «Infantid» мають

низьку токсичність за рахунок більшого вмісту окису цинку та меншої кількості ортофосфорної кислоти в рідині, що дозволяє їх використати без прокладок для пломбування неглибоких каріозних порожнин у тимчасових зубах у дітей, крім II класу за Блеком (низькі механічні властивості).

Полікарбокислотні цементи використовуються для пломбування тимчасових зубів, а в постійних зубах у дітей, тільки для тимчасових пломб.

Найбільше використання серед цементів в дитячій терапевтичній стоматологічній практиці знайшли склоіономерні цементи - сучасні пломбувальні матеріали які поєднують властивості силікатних та поліакрилових систем.

Склоіономерні цементи складаються з порошку та рідини. Виробляються цементи цієї групи у наступних формах: водні системи; безводні системи; напівводні системи; капсули.

В залежності від клінічного застосування склоіономерні цементи поділяються на три типи: I тип - фіксуючі; II тип - реставраційні; III тип - підкладочні.

Для відновлення дефектів в зубах використовується II тип який, в свою чергу поділяється на 2 підтипи: I -й - для естетичних реставрацій; II-й - для навантажених реставрацій.

В дитячій стоматології склоіономерні цементи використовуються для:

- пломбування каріозних порожнин всіх класів в тимчасових зубах;
- пломбування каріозних порожнин III та V класів в постійних зубах;
- відтерміноване (на 1-2 роки) тимчасове пломбування постійних зубів;
- лікування карієсу зубів з використанням ART-методики;
- пломбування каріозних порожнин в сліпих ямках;
- пломбування уражень твердих тканин зубів пришийкової локалізації не каріозного генезу;
- пломбування порожнини при карієсі кореня;
- лікування карієсу з використанням тунельної техніки препарування.

Перевагами традиційних склоіономерних цементів перед іншими пломбувальними матеріалами є висока біосумісність, хімічна адгезія до твердих тканин зуба, виділення з пломбувального матеріалу фтору та антибактеріальні властивості, хімічна адгезія до більшості пломбувальних матеріалів. Коефіцієнт термічного розширення у СІЦ близький до відповідного емалі та дентину, вони мають низьку теплопровідність, відносно високу стійкість до стиснення, низький модуль еластичності, мінімальну напругу внаслідок полімеризаційної усадки, незначну розчинність після затвердіння, добру крайова адаптацію до тканин зуба та рентгенконтрастність.

Серед недоліків склоіономерних цементів: тривалий час остаточного затвердіння, чутливість до нестачі та надлишку вологості у всі періоди полімеризації, висока водорозчинність протягом першої доби, ймовірність підвищення чутливості зуба після пломбування, крихкість, низька міцність до бокових навантажень, низька опірність до стирання, недостатня естетичність, низька прозорість, незадовільні полірувальні властивості.

Склоіономерним цementsам віддають перевагу перед іншими пломбувальними матеріалами у випадках поганої гігієни ротової порожнини, множинного або вторинного карієсу зубів, ураження твердих тканин зуба нижче рівня ясен, неможливості технологічно виконати реставрацію композитом (гіперсалівація).

В наш час розроблено новий клас матеріалів - склоіономерні цементи подвійного твердіння (гібридні склоіономерні або склоіономерні модифіковані полімером) та потрійного твердіння.

Композитні матеріали - сучасний клас стоматологічних матеріалів, мають високі фізико-механічні та естетичні властивості, що зумовлює їх широке використання. Складаються з: органічної матриці (полімерна матриця), неорганічного наповнювача (неорганічна частина), станів, ініціаторів полімеризації, стабілізатора.

В залежності від механізму полімеризації композити розподіляються на:

- матеріали, полімеризація яких відбувається хімічним шляхом (само твердіння).
- під дією світла:
- під дією тепла.

За розміром частинок наповнювача, композитні матеріали бувають:

- макрофільні (макронаповнені);
- мікрофільні (мікро наповнені);
- гібридні,

В окремих випадках використовуються рідкотекучі композити та конденсувальні (packable) композити.

Відносно новим класом пломбувальних композитних матеріалів, які об'єднують в собі властивості композитів та склоіономерних цементів є компомери,

Перевагами компомерів перед іншими матеріалами є менша, ніж у склоіономерів, чутливість до вологи та висушування, достатня твердість, добрі естетичні властивості, виділення фтору, добра біосумісність, спорідненість з адгезивними системами, які не вимагають протравлювання.

Недоліками є неможливість використання в ділянках високої жувальної загрузки, забарвлення межі «пломба-зуб» внаслідок гігроскопічного розширення матеріалу (В. С. Новіков, 2000), недостатній карієс профілактичний ефект. Крім цього, компомери слабо поліруються.

Показами до використання компомерів у дітей є:

- пломбування порожнин III і V класів в постійних зубах;
- реставрація тимчасових зубів (каріозні порожнини всіх класів);
- пломбування уражень пришийкової локалізації некаріозного генезу;
- пломбування невеликих порожнин I та II класу в постійних зубах;
- тимчасове пломбування порожнин I та II класів постійних зубів.

Наступним пломбувальним матеріалом, який знаходить використання у дитячій терапевтичній стоматології, незважаючи на те, що використовується рідко, є амальгама - сплав ртуті з одним або декількома металами. На даний час в стоматологічній практиці використовується 2 види амальгам - срібна та мідна.

Показами до використання срібної амальгами в дитячій стоматології є пломбування каріозних порожнин де потрібна висока щільність пломби і не єважливим естетичний ефект - I, II, V (в молярах) класи каріозних порожнин в тимчасових зубах.

Для нетривалого (1-2 тижні) закриття каріозних порожнин в тимчасових постійних зубах під час лікування ускладненого та неускладненого карієсу використовуються тимчасові пломбувальні матеріали (штучний дентин та дентимпаста).



Лікування декомпенсованої форми карієсу зубів у дітей, частота якої складає 12-15%, передбачає комплексне використання оперативно-відновлювального лікування, місцевої патогенетичної терапії та загального лікування карієсу.

Загальне лікування спрямоване на підвищення неспецифічної резистентності організму, опірності до несприятливих загальних чинників, лікування супутніх захворювань, які сприяють прогресуванню карієсу, усунення чинників, які знижують реактивність організму та імунологічний статус. Важливою умовою ефективності загального лікування карієсу є корекція харчування, що забезпечує поступлення в організм достатньої кількості білків, мінеральних речовин, вітамінів, ненасичених жирних кислот, обмеження вживання рафінованих вуглеводів, достатнє функціональне навантаження жувального апарату. Для підвищення карієсрезистентності твердих тканин, ендогенно призначаються препарати кальцію, фосфору, мі кося лементи та вітаміни, покращення вторинної мінералізації препарати, які підвищують саливацію. Обов'язковим заходом є раціональна гігієна порожнини рота з використанням лікувально-профілактичних зубних паст протикаріозної дії (з мікро- та макроелементами).

#### **Контроль рівня засвоєння знань:**

1. Особливості перебігу карієсу в тимчасових і постійних зубах з реформованим коренем.
2. Особливості перебігу карієсу тимчасових і постійних зубів з сформованим коренем.
3. Цинк-фосфатні, силікатні, силікофосфатні цементи. Їх склад, властивості, покази до використання в дитячій стоматології.
4. Склоіономерні цементи. Склад, властивості, методика та покази до використання.
5. Компомери. Їх характеристика та покази до використання.
6. Класифікація, властивості, склад та покази до використання композитних пломбувальних матеріалів в дитячій терапевтичній стоматології.
7. Амальгами. їх склад, різновиди, властивості, покази до використання в дитячій стоматології.
8. Загальне лікування карієсу. Покази та методика проведення.

#### **Орієнтовані тестові завдання:**

1. Дитина 10 років, звернулась у стоматологічну поліклініку зі скаргами на короткочасний біль від хімічних подразників. При клінічному обстеженні у пришийковій ділянці 11, 12 зубів виявлено дефекти емалі білого кольору що втратили блиск. Поверхневий шар емалі, в уражених ділянках розм'якшений, знімається екскаватором. Зондування зуба та реакція на термічний подразник не болючі. Який діагноз найбільш імовірний?
  - A. Гострий поверхневий карієс
  - B. Флюороз
  - C. Клиновидний дефект
  - D. Гіпоплазія
  - E. Гострий початковий карієс
2. Батьки 2.5-річної дитини скаржаться на руйнування в неї передніх зубів верхньої щелепи протягом кількох місяців. Об'єктивної на контактних і вестибулярних поверхнях 52, 51, 61, 62 каріозні порожнини невеликих розмірів в межах плащового дентину,

виповнені світлим? розм'якшеним дентином, який легко знімається екскаватором. Зондування болюче по емалево-дентинній межі. Який діагноз найбільш імовірний?

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

3. Дитина 4 років скаржиться на наявність каріозної порожнини і незначний біль від термічних подразників у верхньому зубі зліва протягом півроку. Під час огляду на медіально-контактній поверхні 26 зуба виявлено каріозну порожнину, розташовану в межах біляпульпарного дентину. Дно і стінки каріозної порожнини пігментовані, щільні, неболючі при зондуванні. Короткочасна болючість при реакції на температурні подразники. Перкусія зуба не болюча. Ваш діагноз?

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

4. Дитина 12 років скаржиться на короткочасний біль від холодного в зубі на верхній щелепі зліва. Об'єктивної на жувальній поверхні 26 зуба виявлено каріозну порожнину середніх розмірів в межах плащового дентину. При зондуванні визначається незначна болючість по стінках порожнини. Перкусія не болюча. Який матеріал для постійної пломби оптимально використати в даному випадку?

- A. Композитний матеріал;
- B. Склоіономерний цемент;
- C. Силікофосфатний цемент;
- D. Компомерний матеріал;
- E. Силікатний цемент.

5. Батьки дитини 3,5 років звернулись до лікаря-стоматолога із скаргами на значне руйнування зубів. Під час огляду було поставлено діагноз: гострий множинний карієс зубів (кп=9) і обрано ART-методику лікування. Який пломбувальний матеріал доцільно використати у даному випадку?

- A. Склоіономерний цемент;
- B. Силікофосфатний цемент;
- C. Силікатний цемент;
- D. Композитний матеріал;
- E. Цинк-фосфатний цемент.

6. Які з перерахованих цементів можна використовувати для пломбування каріозних порожнин усіх класів у тимчасових зубах ?

- A. Склоіономерний цемент.
- B. Силікофосфатний цемент.

- C. Силікатний цемент.  
D. Цинк-фосфатний цемент.
7. Яку техніку слід обрати для пломбування каріозної порожнини 1 класу 16 зуба композиційним матеріалом світлового твердіння:
- A. Пошарову техніку  
B. Пряму техніку  
C. Сандвіч-техніку.  
D. Мікротерапевтичного лікування.
8. Проводять пломбування каріозної порожнини I класу 36 зуба. Після внесення праймера й адгезива матеріал світлового твердіння внесли однією порцією і засвітили лампою. Яка була допущена помилка?
- A. Внесення пломбувального матеріалу однією порцією.  
B. Внесення праймера.  
C. Внесення адгезиву  
D. Полімеризація.
9. У якому з перерахованих випадків доцільно провести пломбування амальгамою?
- A. I клас 75 зуб  
B. I клас 25 зуб  
C. III клас 24 зуб I  
D. V клас 52 зуб  
E. V клас 21 зуб
10. Якому з пломбувальних матеріалів слід надати перевагу при пломбуванні каріозних порожнин I класу у постійних зубах із несформованими коренями?
- A. Склоіномерний цемент  
B. Срібна амальгама  
C. Фосфат-цемент  
D. Композит хімічного твердіння  
E. Композит світлового твердіння
11. Композитні матеріали у дітей застосовують для пломбування.
- A. Постійних зубів із сформованими коренями  
B. Постійних зубів із несформованими коренями  
C. Каріозних порожнин у тимчасових зубах із коренями у стадії стабілізації  
D. Каріозних порожнин у тимчасових зубах із коренями у стадії резорбції  
E. Взагалі не використовуються
12. Амальгама негативно впливає на пульпу за рахунок:
- A. Високої теплопровідності пломби  
B. Токсичної дії ртуті  
C. Відсутності адгезії  
D. Зміни об'єму пломби при твердінні

Е. Можливості корозії

13. Який тип адгезії до твердих тканин зуба властивий склоіономерному цементові?

- А. Хіміко-механічний
- В. Механічний
- С. Хімічний
- Д. Фізичний
- Е. Немає правильної відповіді

14. Для пломбування каріозних порожнин 1 класу у тимчасових зубах на стадії резорбції кореня доцільно використати.

- А. Фосфат-цемент
- В. Композит хімічного твердіння
- С. Амальгаму
- Д. Компомер
- Е. Композит світлового твердіння

15. У каріозній порожнині в межах припульпарного дентину І класу 55 зуба проведено медикаментозну обробку, поставлено пломбу з силідонту. Полірування пломби провели у те саме відвідування Яка допущена помилка?

- А. Не накладено прокладку
- В. У виборі пломбувального матеріалу
- С. У методиці замішування
- Д. У терміні полірування пломби

16. У хлопчика 12 років в 24 зубі виникає біль при прийомі солодкої і холодної їжі. Об'єктивно: на жувальній поверхні 24 каріозна порожнина у межах плащового дентину, виповнена світлим, розм'якшеним дентином. Зондування емалево-дентинного сполучення болісне, від холодного подразника - короткочасний біль. Перкусія 24 - безболісна. Який діагноз Ви поставите?

- А. Гострий середній карієс
- В. Хронічний глибокий карієс
- С. Хронічний фіброзний пульпіт
- Д. Гострий глибокий карієс
- Е. Хронічний середній карієс

17. Хлопчика 9 років в 46 зубі в межах "сліпої" ямки виявлено каріозну порожнину в межах плащового пігментованого дентину. Зондування дна безболісне, під час препарування емалево-дентинного сполучення виникає біль. Перкусія 46 - безболісна. Найбільш вірогідний діагноз?

- А. Хронічний середній карієс
- В. Гострий середній карієс
- С. Хронічний фіброзний пульпіт
- Д. Хронічний періодонтит
- Е. Місцева гіоплазія

18. Під час огляду у дитини 9 років в пришийковій ділянці 12, 11, 21, 22 виявлено крейдянні плями, які з'явилися 2 тижня тому. Плями без блиску, з поверхнею, яка забарвлюється метиленовим синім. Холодовий подразник реакції уражених зубів не викликає. Встановіть діагноз.

- A. Карієс в стадії плями
- B. Флюороз
- C. Системна гіпоплазія
- D. Поверхневий карієс
- E. Осередкова гіпоплазія

19. Дівчинка 10 років скаржиться на наявність каріозної порожнини в зубі, біль під час їжі. Об'єктивно: в 46 на жувальній поверхні каріозна порожнина з вузьким вхідним отвором в межах біляпульпарного дентину, реакція на холодний подразник болісна, швидко проходить, зондування дна болісне, перкусія безболісна. Визначте діагноз.

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

20. Хлопчик 11 років скаржиться на наявність каріозної порожнини в зубі на нижній щелепі. Об'єктивно: в 46 на жувальній поверхні каріозна порожнина в межах плащового дентину з вузьким вхідним отвором, дентин розм'якшений, реакція на холодний подразник злегка болісна, зондування чутливе по емалево-дентинному сполученню. Визначте попередній діагноз.

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

21. При обстеженні дітей у школі лікар-стоматолог виявив у дівчинки 11 років в ділянці шийок 13,14,15,23,24,25 зубів масивне відкладення зубного нальоту, після видалення якого було виявлено ділянки емалі білого кольору без природного блиску, що фарбуються метиленовим синім Який найбільш ймовірний діагноз?

- A. Гострий початковий карієс
- B. Гіпоплазія емалі
- C. Флюороз зубів
- D. Гострий поверхневий карієс
- E. Хронічний початковий карієс

22. При профілактичному огляді хлопчика 8-ми років виявлено крейдянні плями на вестибулярній поверхні 11 та 21 зубів, які локалізовані в пришийковій ділянці. Плями мають матову поверхню. Суб'єктивні скарги у дитини відсутні Поставте найбільш імовірний діагноз.

- A. Гострий початковий карієс

- В. Плямиста форма флюорозу.
- С. Місцева гіоплазія емалі.
- Д. Гострий поверхневий карієс.
- Е. Хронічний початковий карієс.

23. Дитина 13 років скаржиться на короткочасний біль від холодного у верхньому лівому кутньому зубі. На жувальній поверхні 27 зубу виявлена каріозна порожнина з невеликим вхідним отвором. Після зняття нависаючих країв емалі розм'якшений, світлий дентин був легко видалений екскаватором в межах плащового дентину. Поставте попередній діагноз.

- А. Гострий середній карієс.
- В. Хронічний середній карієс.
- С. Гострий глибокий карієс.
- Д. Гострий поверхневий карієс.
- Е. Хронічний поверхневий карієс.

24. Хлопчик 11 років скаржиться на наявність каріозної порожнини в зубі на нижній щелепі справа. Об'єктивно: у 46 каріозна порожнина в межах плащового дентину, дентин щільний, пігментований, реакція на холодний подразник, зондування слабо болісна. Який діагноз найбільш ймовірний?

- А. Хронічний середній карієс
- В. Гострий середній карієс
- С. Гострий глибокий карієс
- Д. Хронічний глибокий карієс
- Е. Хронічний поверхневий карієс

25. Дівчинка 9 років скаржиться на наявність каріозної порожнини в зубі, біль в зубі, який швидко проходить після усунення подразника. Об'єктивно: в 36 каріозна порожнина в межах біляпульпарного дентину, з вузьким вхідним отвором, дентин розм'якшений, реакція на холодний подразник болісна, швидко проходить, зондування дна болісне, перкусія безболісна. Визначте попередній діагноз

- А. Гострий глибокий карієс
- В. Гострий середній карієс
- С. Хронічний середній карієс
- Д. Хронічний глибокий карієс
- Е. Хронічний простий пульпіт

26. Хлопчик 11 років скаржиться на біль в зубі від солодкого, кислого. Об'єктивно: в 21 на апроксимально-вестибулярній поверхні — крейдоподібна пляма з шершавою поверхнею, під час зондування визначається розм'якшення тканин зуба в центрі плями. Визначте попередній діагноз.

- А. Гострий поверхневий карієс
- В. Гострий середній карієс
- С. Початковий карієс
- Д. Гіоплазія емалі
- Е. Флюороз емалі

27. Під час профілактичного огляду у дитини 10 років після зняття назубних нашарувань виявили на вестибулярній поверхні 11 та 21 ділянки емалі крейдоподібного кольору в пришийковій частині, поверхня їх гладка, щільна, безболісна при зондуванні. Під час обробки 2% метиленовим синім ці ділянки зафарбовуються в синій колір. Визначте діагноз.

- A. Початковий карієс
- B. Поверхневий карієс
- C. Гіпоплазія емалі
- D. Флюороз емалі
- E. Середній карієс

28. У хлопчика 11 років скарги на короткочасний біль від холодного в зубі на нижній щелепі зліва. Об'єктивно: в 36 на медіальній поверхні каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину, що не сполучається з порожниною зуба, виповнена світлим, розм'якшеним дентином. Зондування дна 36 зуба болісне, перкусія безболісна, реакція на холодний подразник швидко зникає після його усунення. Який діагноз найбільш вірогідний?

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

29. Хворий Б., 14 років, звернувся до лікаря зі скаргами на відчуття оскомини в ділянці 24 зуба. У пришийковій ділянці на щічній поверхні вказаного зуба виявлено крейдоподібну пляму з нерівними, але чіткими контурами. Поверхня плями гладка, фарбується розчином метиленового синього. Який ймовірний діагноз?

- A. Початковий карієс
- B. Плямиста форма флюорозу
- C. Поверхневий карієс
- D. Місцева гіпоплазія
- E. Системна гіпоплазія

30. Дівчинка 12 років скаржиться на наявність каріозної порожнини в зубі. Об'єктивно: у 36 каріозна порожнина I кл. за Блеком з широким вхідним отвором, в межах біляпульпарного дентину. Дентин щільний, пігментований. Реакція на холодний подразник чутлива, перкусія безболісна. Визначте діагноз.

- A. Хронічний глибокий карієс.
- B. Хронічний середній карієс.
- C. Гострий глибокий карієс.

31. Батьки 12-річної дитини скаржаться на наявність білих плям на передніх зубах верхньої щелепи, які з'явилися пізніше тому. На вестибулярній поверхні у пришийковій ділянці 13, 12, 11, 21, 22, 23 виявлені крейдоподібні плями. Емаль над ними втратила

блиск, при зондуванні - піддатлива, шорохувата. В анамнезі - короткочасний біль від хімічних подразників. Поставте попередній діагноз.

- A. Гострий початковий карієс
- B. Хронічний початковий карієс
- C. Гострий поверхневий карієс
- D. Системна гіоплазія емалі
- C. Флюороз зубів

32. Батьки дитини 5 років звернулись до стоматолога-педіатра на консультацію. При клінічному обстеженні дитини в пришийковій ділянці 51 і 61 зубів виявлено плями матово-білого кольору, шорохуваті при зондуванні, що забарвлюються 2% розчином метиленового синього. Встановіть правильний діагноз.

- A. Початковий карієс
- B. Гіоплазія емалі
- C. Ерозія емалі
- D. Флюороз
- E. Поверхневий карієс

33. Батьки 4-річної дитини звернулись до стоматолога зі скаргами на наявність темної плями на поверхні верхнього зуба справа. При обстеженні порожнини рота на жувальній поверхні 54 зуба виявлена каріозна порожнина в межах плащового пігментованого дентину. Після препарування - дно каріозної порожнини щільне, зондування дещо болісне в ділянці емалево-дентинної межі. Реакція на термічні подразники негативна. Перкусія від'ємна. Який найбільш ймовірний діагноз?

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

34. Дівчинка 6 років. Скарги на зруйнований 74 зуб. Об'єктивно: на жувальній поверхні 74 зуба виявлена каріозна порожнина в межах щільного плащового дентину. Зондування дна і стінок не болюче. Реакція на холодкові подразники - відсутня. Слизова оболонка в ділянці 74 зуба без змін. Який попередній діагноз?

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

35. Батьки 4-річної дитини скаржаться на зруйновані нижні бокові зуби у дитини. Об'єктивно: на жувальних поверхнях 85 і 75 зубів виявлено каріозні порожнини з нависаючими краями емалі в межах м'якого плащового дентину. Який найбільш ймовірний діагноз?

- A. Гострий середній карієс



- В. Гострий глибокий карієс
- С. Хронічний гангренозний пульпіт
- Д. Хронічний фіброзний пульпіт
- Е. Хронічний середній карієс

36. Під час профілактичного огляду у 4-річної дитини на горбах 75 та 85 зубів виявлені білі плями з чіткими обрисами. При зондуванні поверхня плям дещо шорохувата. Яке додаткове дослідження необхідне для уточнення діагнозу?

- А. Вітальне забарвлення
- В. ЕОД
- С. Рентгенографія
- Д. Радіовізіографія
- Е. Люмінісцентне

37. При огляді порожнини рота 4-річної дитини у пришийковій ділянці 61 та 62 зубів виявлено плями білого кольору з нерівними краями та гладкою поверхнею. Плями зафарбовуються метиленовим синім. Який найбільш ймовірний діагноз?

- А. Початковий карієс
- В. Місцева гіпоплазія
- С. Флюороз
- Д. Ерозія емалі
- Е. Системна гіпоплазія

38. Під час профілактичного огляду дитини 5 років на вестибулярній поверхні 51 зуба виявлено каріозну порожнину в межах емалі. Емаль крейдоподібного кольору, розм'якшена. Реакція на термічні подразники відсутня. Зондування та перкусія безболісні. Який найбільш ймовірний діагноз?

- А. Гострий поверхневий карієс
- В. Хронічний початковий карієс
- С. Хронічний поверхневий карієс
- Д. Гострий середній карієс
- Е. Гострий початковий карієс

39. У дитини 4 років декілька місяців тому з'явилися порожнини у кутніх зубах нижньої щелепи. Об'єктивно: на жувальних поверхнях 85 та 75 зубів виявлено каріозні порожнини з нависаючими краями емалі в межах плащового розм'якшеного, світлого, дентину. Який найбільш ймовірний діагноз?

- А. Гострий середній карієс
- В. Хронічний глибокий карієс
- С. Хронічний фіброзний пульпіт
- Д. Гострий глибокий карієс
- Е. Хронічний середній карієс

40. Під час проведення профілактичного огляду в дитячому садку у дитини 3,5 років на апроксимальній поверхні 54 зуба виявлена каріозна порожнина в межах щільного

пігментованого плащового дентину. Зондування дна і стінок порожнини безболісне. Який найбільш ймовірний діагноз?

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

41. Мати дитини 2,5 років скаржиться на появу у дитини білих плям на зубах. Клінічно у пришийковій ділянці 51,61 зубів виявлено дефекти емалі білого кольору, що втратила блиск. Ділянка ураження вкрита великою кількістю зубного нальоту. При зондуванні - розм'якшення емалі, яке знімається екскаватором. Який найбільш ймовірний діагноз?

- A. Гострий поверхневий карієс
- B. Флюороз
- C. Гіоплазія
- D. Клиновидний дефект
- E. Хронічний середній карієс

42. Мати дитини 4 років звернулась до стоматолога зі скаргами на наявність у дитини темної плями на поверхні нижнього зуба зліва. Об'єктивно: на жувальній поверхні 74 зуба виявлена каріозна порожнина в межах плащового дентину. Після препарування - дно каріозної порожнини щільне, зондування не болюче. Реакція на термічний подразник негативна. Який найбільш ймовірний діагноз?

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

43. Мати дитини 6 років звернулась до стоматолога зі скаргами на наявність у дитини каріозної порожнини на поверхні верхнього зуба зліва. Об'єктивно: на жувальній поверхні 65 зуба виявлена каріозна порожнина в межах біляпульпарного дентину. Після препарування - дно каріозної порожнини щільне, зондування не болюче. На перкусію зуб не реагує. Який найбільш ймовірний діагноз?

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

44. У дитини 5 років на вестибулярній поверхні 51,52,61,62 зубів виявлено білі матові плями, при зондуванні шерохваті. Проведено вітальне забарвлення 2% розчином метиленового синього. Для диференційної діагностики яких захворювань проводимо цю пробу?

- A. Початковий карієс і гіоплазія емалі
- B. Поверхневий карієс і початковий карієс

- С. Поверхневий карієс і клиновидний дефект
- Д. Поверхневий карієс і флюороз
- Е. Гіпоплазія і флюороз

45. У дитини 5,5 років на вестибулярній поверхні 51,52,61,62 зубів виявлено білі матові плями, при зондуванні шорохуваті. Які з додаткових методів обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу?

- А. Метод вітального забарвлення
- В. Прицільну рентгенографію
- С. Ортопантомографію
- Д. ЕОД
- Е. Пробу Шиллера-Пісарєва

46. Батьки дівчинки 3 років скаржаться на появу білих матових плям на фронтальних зубах верхньої щелепи, які з'явилися кілька місяців тому. Об'єктивно: на вестибулярній поверхні 53,52,51,61,62,63 зубів виявлено крейдоподібні плями, що забарвлюється метиленовим синім. Поставте попередній діагноз.

- А. Гострий початковий карієс
- В. Місцева гіпоплазія емалі
- С. Ерозія емалі
- Д. Флюороз
- Е. Системна гіпоплазія емалі

#### **Література:**

1. Хоменко Л. А.. Терапевтическая стоматология детского возраста / Хоменко Л.А., Чайковский Ю. Б., Савичук А. В. [и др.], - К.: Книга плюс, 2007 - С. 216-233; 268-320.

#### **Практичне заняття №4.**

**Тема:** Клініка, діагностика, диференційна діагностика пульпітів в тимчасових та постійних зубах у дітей. Вибір методу лікування в залежності від стадії розвитку зуба і форми пульпіту. Консервативне, вітальні та де вітальні методи лікування: покази, методика виконання, можливі ускладнення та їх попередження.

**Мета:** Вивчити клінічні прояви пульпітів тимчасових та постійних зубів у дітей, діагностику, диференційну діагностику та вибір методу лікування.

#### **Контроль початкового рівня знань:**

1. Особливості анатомічної будови тимчасових зубів.
2. Особливості анатомічної будови постійних зубів у дітей.
3. Топографія корневих каналів тимчасових та постійних зубів у дітей.
4. Терміни формування коренів постійних зубів.
5. Особливості будови апікального отвору тимчасових зубів.
6. Пульпа зуба, визначення та функції.
7. Пульпіт, етіологія та патогенез.
8. Класифікація пульпітів.

#### **Зміст заняття:**

##### **Пульпіт тимчасових зубів**

В тимчасових зубах такі форми гострого запалення, як гіперемія пульпи, гострий серозний обмежений пульпіт є швидкоплинними і в клініці не діагностуються.

Особливостями перебігу гострих пульпітів тимчасових зубів є:

- коротка стадія вогнищевого пульпіту;
- швидкий перехід запального процесу з коронкової пульпи на кореневу;
- наявність гнійного елемента запалення на початку захворювання;
- різноманітність клінічної картини;
- швидкий перехід гострого пульпіту в некроз або хронічну стадію;
- поширення запального процесу на періодонт з виникненням пери фокального періодонтиту;
- явища інтоксикації організму;

*Гострий дифузний пульпіт тимчасових зубів* діагностується в тимчасових зубах з повністю сформованим коренем. Проявляється гострим болем без чіткої локалізації. Напади болю тривалі, різко посилюються під дією холодного. Особливість клінічного перебігу є поширення болю, внаслідок чого дитина не вказує на причинний зуб.

Об'єктивно: каріозна порожнина, заповнена світлим розм'якшеним дентином. Зондування дна каріозної порожнини болюче. Перкусія може бути болісною.

*Гострий гнійний пульпіт* - найбільш поширена форма гострого запалення пульпи в тимчасових зубах. Виникає самовільний біль пульсівного характеру без чіткої локалізації. Характерним є нічний біль. Інтенсивність болю зростає внаслідок прийому гарячої їжі і знижується від холодної.

Об'єктивно: глибока каріозна порожнина, що не має сполучення з порожниною зуба. Зондування дна часто супроводжується розкриттям порожнини зуба з виділенням краплини гною. Перкусія позитивна.

*Хронічний фіброзний пульпіт*: діти скаржаться на ниючий біль, що виникає в зубі під час їжі, вдихання холодного повітря, вживання холодних напоїв. Іноді хронічний фіброзний пульпіт перебігає безсимптомно і виявляється лише під час обстеження лікарем.

Об'єктивно: глибока каріозна порожнина, яка може сполучатися з порожниною зуба. Зондування болюче. Перкусія негативна.

Диференційну діагностику проводять з:

- хронічним гангренозним пульпітом;
- хронічним періодонтитом;

*Хронічний гіпертрофічний пульпіт* в дитячому віці зустрічається рідко. Розвивається з хронічного фіброзного пульпіту в тих випадках, коли коронка сильно зруйнована, пульпа оголена і підлягає постійній механічній травмі та інфікуванню. Діти можуть скаржитись на кровоточивість із зуба під час їжі.

Об'єктивно: велика каріозна порожнина, заповнена папілозним розростанням тканини. Зондування слабо болісне, супроводжується кровотечею. Обережне зондування в глибині порожнини допомагає виявити наявність ножки, що зв'язує патологічні розростання з тканинами, що розташовуються нижче. Перкусія безболісна. Ця форма пульпіту діагностується рідко, переважно у стадії несформованого кореня.

Диференційну діагностику проводять з:

- папілітом;
- грануляційною тканиною при хронічному гранулюозному періодонтиті, що проникла з періодонта через перфоративний отвір;

*Хронічний гангренозний пульпіт* є наслідком гострого гнійного або хронічного фіброзного пульпіту. Біль в зубі при цій формі запалення буває не завжди. Діти скаржаться на відчуття важкості в зубі. Біль з'являється під час їжі під впливом різких коливань температури, найчастіше від гарячого. Емаль ураженого зуба втрачає колір і темніє.

Об'єктивно: глибока каріозна порожнина, виповнена розм'якшеним дентином. Пульпа частково або майже повністю некротизована, сірого кольору. Поверхнєве зондування безболісне, біль виникає лише під час глибокого зондування вічок корневих каналів. При цій формі пульпіту часто спостерігаються зміни періапикальних тканин, що виявляються рентгенологічно.

Особливістю клініки хронічного гангренозного пульпіту у дітей є поява запальної реакції періодонту і оточуючих тканин. Може спостерігатися збільшення лімфатичних вузлів. Запальна реакція супроводжується появою колатерального набряку, що затруднює діагностику.

Диференційну діагностику проводять з:

- хронічним фіброзним пульпітом;
- хронічним періодонтитом;
- гострим пульпітом, ускладненим періодонтитом;
- гострим і загостренням хронічного періодонтиту;

*Пульпіт, ускладнений періодонтитом* діагностується порівняно часто. Діагноз періодонтит у цих випадках ставиться або за клінічними симптомами, або за рентгенологічною картиною. На рентгенограмі при хронічному пульпіті, ускладненому періодонтитом, виявляються значні зміни в періодонті: гіперплазія періодонта з деструкцією періодонтальної щілини або з утворенням гранульоми. Гострий періапикальний періодонтит супроводжує гострий дифузний пульпіт у дітей переважно в постійних зубах з незакінченим ростом коренів. А також в молочних зубах, основним чином, в період розсмоктування коренів або в період формування. Клінічним симптомом, що супроводжує гострий пульпіт, ускладнений періодонтитом, крім характерного для пульпіту болю є гострий біль при перкусії, інколи гіперемія і незначний набряк оточуючих зуб м'яких тканин. В деяких випадках відмічається збільшення і болючість відповідних лімфатичних вузлів.

### **Пульпіт постійних зубів**

*Гіперемія пульпи* – початкова стадія гострого запалення пульпи. Характеризується короткочасним, нападоподібним болем, який виникає внаслідок дії термічних або механічних подразників.

Об'єктивно: стінки і дно порожнини містять розм'якшений, слабо пігментований дентин. Під час зондування виявляється незначний біль по всьому дну каріозної порожнини.

*Гострий травматичний пульпіт* пов'язаний із травмою здорової пульпи, яка може статися під час препарування та формування каріозної порожнини або внаслідок травматичного перелому коронки зуба. Першою ознакою пошкодження пульпи є гострий біль, що відзначається короткочасністю.

Об'єктивно: на дні каріозної порожнини виявляється точковий отвір, в якому видно пульпу яскраво-червоного кольору. Крізь перфорований отвір часто виходить крапля крові. Зондування різко болюче.

Розкриття пульпи внаслідок перелому коронки є наслідком одержаної гострої травми або удару, падіння дитини. Лінія перелому розташована в дентині, тканина пульпи розкрита на значному протязі. Хворий при цьому страждає через біль від дії різних зовнішніх подразників.

*Гострий обмежений пульпіт* характеризується більш вираженим больовим синдромом. Запалення охоплює коронкову пульпу, більш виражене в ділянці пульпи, що прилягає до каріозної порожнини. Відзначаються скарги на гострий нападоподібний спонтанний біль. Діти вказують на причинний зуб, тому що біль локалізований.

Об'єктивно: каріозна порожнина, на дні якої міститься розм'якшений депігментований дентин, що знімається пластами.

Зондування болюче по всьому дну порожнини, більш виражене в одній обмеженій ділянці відповідно до розміщення запаленого рога пульпи.

ЕОД порівняно вища і становить близько 20 мкА.

*Гострий дифузний пульпіт* є результатом подальшого розвитку і поширення гострого запалення на кореневу пульпу. Діти скаржаться на виникнення гострого нападоподібного болю, який іноді іррадіює по ходу гілок трійчастого нерва. Характерний стійкий біль у нічний час, особливо в лежачому положенні. У зубах із несформованими коренями біль менш інтенсивний, не іррадіює, напади болю коротші.

Об'єктивно: глибока каріозна порожнина. Пульпову камеру від каріозної порожнини відділяє тонкий шар розм'якшеного дентину. Холодовий подразник спричиняє різкий тривалий біль, а тепло заспокоює його.

Зондування визначає значну болючість по всьому дну каріозної порожнини. Вертикальна перкусія позитивна. ЕОД 40–50 мкА.

*Гострий гнійний пульпіт* розвивається з обмеженого або дифузного серозного пульпіту. Дитина скаржиться на спонтанний біль, що має характер наростаючого, розриваючого, хвилеподібного, іррадіюючого за ходом трійчастого нерва. У нічний час біль стає інтенсивніший, виснажливий, підсилюється під впливом теплових подразників. Холодна вода дещо вгамовує біль. Біль виникає і внаслідок накушування на зуб. У зубі з несформованим коренем біль менш інтенсивний, не іррадіює за ходом трійчастого нерва.

Об'єктивно: глибока каріозна порожнина, що розташована в межах припульпарного дентину, з розм'якшеним дном. Поверхнєве зондування його не болюче, при цьому воно легко перфорується, виділяється краплина гною з кров'ю. Глибоке зондування болюче. Перкусія позитивна. Гострий гнійний пульпіт у дітей супроводжується переходом запалення на періодонт, про що свідчать колатеральний набряк, болісність у цій ділянці, збільшення регіонарних лімфатичних вузлів. Особливо часто реакція з боку періодонта спостерігається в зубах із несформованим коренем.

*Особливістю перебігу хронічного пульпіту у дітей є те, що він може розвиватися як первинно – хронічний процес, без попередньої стадії гострого запалення.*

*При хронічному фіброзному пульпіті* дитина скаржиться на біль ниючого, тягнучого характеру, що переважно виникає від дії подразників. Біль повільно зникає після усунення подразника. Характерна поява болю внаслідок зміни температури навколишнього середовища. Больові відчуття з'являються при відсмоктуванні з зуба.

Об'єктивно: глибока каріозна порожнина. Порожнина зуба може бути як розкритою в якій-небудь ділянці, так і закритою. Дно каріозної порожнини містить розм'якшений, пігментований дентин. Якщо сполучення між каріозною порожниною і порожниною зуба є, то зондування його спричиняє біль, пульпа темно-червоного кольору, слабо кровоточить. ЕОД 25–40 мкА.

*Хронічний гіпертрофічний пульпіт* - це форма продуктивного запалення пульпи, що проявляється розростанням грануляційної сполучної тканини в ній. Діти скаржаться на кровоточивість із зуба та біль під час приймання їжі, чищення зубів. Можливий незначний біль від термічних подразників.

Об'єктивно: велика каріозна порожнина, переважно апроксимального розташування або на жувальній поверхні. Каріозна порожнина велика, пульпова камера

завжди розкрита. Пульпа у вигляді пухлини червоного кольору заповнює майже всю каріозну порожнину. Зондування спричиняє болючість і легку кровоточивість.

*Хронічний гангренозний пульпіт* характеризується тим, що дитина скаржиться на біль під час їжі (особливо від гарячого). Може відчувати неприємний запах при відсмоктуванні з зуба. Емаль ураженого зуба втрачає колір і темніє.

Об'єктивно: велика каріозна порожнина, що у більшості випадків сполучається з порожниною зуба. Зондування коронкової пульпи безболісне, біль і кровоточивість виникають лише під час зондування отворів кореневих каналів. ЕОД 40 – 60 мкА.

### **Лікування пульпітів**

Обираючи метод лікування пульпіту, слід врахувати форму і давність запалення, період розвитку зуба, локалізацію каріозної порожнини. Головною метою лікування пульпіту у дітей є ліквідація запалення пульпи і профілактика захворювань періодонта.

*Біологічний метод лікування* застосовується в разі випадкового оголення пульпи, яке сталося в межах здорового дентину під час препарування каріозної порожнини. Обов'язковою умовою ефективного лікування біологічним методом є дотримання правил асептики і антисептик, що найбільш проблематичне у разі лікування тимчасових зубів. Із цієї причини консервативне лікування пульпіту у дітей дошкільного віку є складним і не завжди ефективним.

При використанні біологічного метода слід надавати перевагу препаратам на основі гідроксиду кальцію. Лікувальні матеріали, що містять гідроксид кальцію, мають антимікробні властивості, стимулюють пластичну функцію пульпи, в результаті чого утворюється замісний дентин (Calcium hydroxidum, Calasept, Calxyl, Calcicur, UltraCal, Calcimol, Caicirulpe, Dycal, Life та ін.)

*Вітальний метод лікування (ампутація та екстирпація)* поділяється на метод ампутації та екстирпації пульпи. Проводиться, як правило, у постійних зубах (у дітей старшого віку). У тимчасових зубах цей метод часто застосовується у випадках, коли санацію порожнини рота проводять в умовах загального обезболювання.

Показами до застосування методу *ампутації* є гострий вогнищевий і хронічний фіброзний пульпіт. При вітальній ампутації в зубах з несформованими коренями продовжується ріст кореня в довжину, формується апікальна частина кореня і періодонт (апексогенез).

Метод вітальної *екстирпації* використовується при лікуванні постійних зубів у дітей. Дозволяє уникнути токсичного впливу девіталізуючих засобів на тканину росткової зони у разі несформованого кореня і на періодонт при сформованому корені, що відповідає біологічним вимогам і дозволяє розраховувати в майбутньому на утворення цемента – кістко подібної тканини, яка обтурує верхівкову частину кореневого каналу.

Показами до застосування цього методу є усі форми гострого та хронічного пульпіту постійних зубів із сформованим коренем, якщо зберігаючи методи лікування неефективні.

*Девітальний метод лікування пульпітів (ампутація та екстирпація)* використовується, здебільшого, у тимчасових зубах. Особливо у тих, корені яких не сформовані повністю.

Показами до проведення девітальної ампутації є гострий травматичний, гострий дифузний пульпіт, хронічний фіброзний, хронічний гіпертрофічний пульпіт. Показами до



проведення девітальної екстирпації є гострий гнійний пульпіт; хронічний гангренозний пульпіт, загострення хронічного пульпіта.

Повне видалення пульпи можливе у дітей лише після закінчення росту кореня і формування верхівкового отвору. Примінення даного методу в зубах з несформованими коренями або коренями в стадії розсмоктування слід обмежувати у зв'язку з можливістю ураження росткової зони, зони резорбції і зачатка постійного зуба.

В тимчасових зубах для девіталізації пульпи використовують параформальдегідну пасту (Parapasta, Depulpin, Devipulp).

Після механічної та медикаментозної обробки кореневі канали тимчасових зубів необхідно запломбувати відповідними пастами, які відповідають певним вимогам, основні з яких: розсмоктуватися разом з коренем, бути безпечними для периапікальних тканин і зачатка постійного зуба, швидко розсмоктуватися у разі виведення їх за отвір верхівки кореня, мати антисептичну дію, не давати усадки, легко виводитись з каналу, не фарбувати зуб, бути рентгеноконтрастним;

Найчастіше використовують наступні препарати: Endotine, Pulpispad, Timoforn, Йодент, йодоформні пасти, цинкоксидевгенолові пасти.

Для медикаментозної обробки кореневих каналів в тимчасових зубах використовують граміцидин, метрнідазол.

Кожен тимчасовий зуб після лікування кореня підлягає регулярному клінічному і рентгенологічному контролю для розпізнавання можливих патологічних процесів щелеп, які можуть пошкодити постійні зуби. Хронічні запалення пульпи і періодонтити тимчасових молярів з лікуванням або без лікування коренів нерідко приводить до вад розвитку постійних зубів. Тяжкими наслідками периапікальних процесів тимчасових зубів є ураження або припинення розвитку зачатка постійного зуба.

Пломбувальні матеріали для кореневих каналів постійних зубів також повинні відповідати певним вимогам: легко уводитись в кореневий канал, перед введенням бути рідкими чи пастоподібними і тверднути в каналі, мати добрі адгезивні властивості, не зменшуватись в об'ємі після уведення в канал, справляти бактеріостатичну дію, бути рентгеноконтрастними, не забарвлювати тканини зуба, не пошкоджувати навколо верхівкові тканини, не справляти алергічного чи токсичного впливу на організм.

При пломбуванні кореневих каналів у постійних зубах із сформованим коренем перевагу слід віддавати гутаперчевим штифтам у поєднанні з твердіючими силерами (Apexit, Seal Apex).

#### **Контроль рівня засвоєння знань:**

1. Особливості клінічного еребігу гострого гнійного пульпіту тимчасових зубів.
2. Диференційна діагностика хронічного гангренозного пульпіту.
3. Хронічний гіпертрофічний пульпіт у дітей, клінічні особливості.
4. Гострий дифузний пульпіт постійних зубів у дітей.
5. Диференційна діагностика хронічного фіброзного пульпіту у дітей.
6. Біологічний метод лікування, покази та проти покази до застосування.
7. Вимоги до лікарських препаратів, що використовуються при біологічному методі лікування.
8. Алгоритм біологічного методу лікування пульпітів у дітей.

9. Препарати на основі гідроксиду кальцію, види, представники. Покази до використання при лікуванні пульпітів у дітей.
10. Метод вітальної ампутації, покази, методика. Аспектогенез.
11. Метод вітальної екстирпації, покази, методика.
12. Метод девітальної ампутації, покази, методика.
13. Метод девітальної екстирпації, покази, методика.
14. Пломбувальні матеріали для obturaції корневих каналів молочних зубів у дітей.
15. Пломбувальні матеріали для obturaції корневих каналів постійних зубів у дітей.

**Орієнтовані тестові завдання:**

1. Під час профілактичного огляду у хлопчика 7 років в 85 зубі виявлена глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба. Об'єктивно: коронка 85 зуба сірого кольору. Каріозна порожнина зуба заповнена масою бурого кольору, поверхнєве зондування порожнини безболісне, глибоке – болісне. Перкусія 85 зуба злегка болюча, слизова оболонка в ділянці проекції коренів 85 зуба без патологічних змін. Який найбільш ймовірний діагноз?

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

2. Дитина 9 років скаржиться на тривалий біль у нижньому зубі зліва піз час прийому гарячої їжі. Об'єктивно: У 85 зубі – каріозна порожнина, сполучена з порожниною зуба. Зондування дна порожнини болюче і супроводжується кровотечею. Перкусія неболюча. Поставте попередній діагноз.

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

3. Батьки дитини 5,5 років скаржаться на наявність у неї самовільного болю у верхньому зубі зліва, який виник напередодні вночі. На медіально-контактній поверхні 64 зуба виявлена каріозна порожнина в межах розм'якшеного біляпульпарного дентину. Зондування різко болюче по всьому дні порожнини. Перкусія 64 слабо болюча. Слизова оболонка альвеолярного відростка в ділянці коренів 64 зуба у кольорі не змінена. Поставте попередній діагноз.

- A. Гострий вогнищевий пульпіт.
- B. Гострий серозний періодонтит.
- C. Загострення хронічного періодонтиту.

D. Хронічний фіброзний пульпіт.

E. Гострий дифузний пульпіт.

4. Дитина 6 років скаржиться на нападоподібні, самовільні болі в ділянці верхніх зубів зліва. Болі посилюються в нічний час, а також від температурних подразників. Об'єктивно: в 64 зубі каріозна порожнина в межах біляпульпарного дентину. Порожнина зуба закрита. Зондування дна каріозної порожнини болісне. Який найбільш імовірний діагноз.

A. Гострий вогнищевий пульпіт.

B. Гострий глибокий карієс.

C. Гострий дифузний пульпіт, ускладнений періодонтитом.

D. Хронічний фіброзний пульпіт.

5. Під час об'єктивного обстеження у дитини 6,5 років на дистальній поверхні 84 зуба виявлена каріозна порожнина, заповнена розм'якшеним пігментованим дентином. Зондування дна порожнини болюче в одній точці. Під час некретомії екскаватором виник різкий біль і помірна кровотеча. Від холодного виникає тривалий біль. Перкусія неболюча. Поставте попередній діагноз.

A. Хронічний фіброзний пульпіт.

B. Гострий глибокий карієс.

C. Хронічний глибокий карієс.

D. Гострий дифузний пульпіт.

E. Хронічний гангренозний пульпіт.

6. Під час профілактичного огляду 10-річної дівчинки у 75 зубі було виявлено каріозну порожнину в межах пігментованого розм'якшеного біляпульпарного дентину. Внаслідок некретомії екскаватором виникло сполучення з порожниною зуба. Глибоке зондування сполучення викликає тривалу больову реакцію і кровотечу. Який з діагнозів можливий?

A. Хронічний фіброзний пульпіт.

B. Хронічний глибокий карієс.

C. Гострий середній карієс.

D. Гострий глибокий карієс.

E. Хронічний гангренозний пульпіт.

7. До стоматолога звернувся хлопчик 7 років. Попередню ніч хлопчик практично не спав через інтенсивний, практично безперервний, біль пульсуючого характеру лівої половини голови і обличчя. Під час огляду у 84 зубі виявлена неглибока каріозна порожнина. Зондування каріозної порожнини різко болюче по всьому дну. Сполучення каріозної порожнини з порожниною зуба відсутнє. Який діагноз є можливим?

A. Гострий дифузний пульпіт.

B. Гострий гнійний пульпіт.

C. Гострий вогнищевий пульпіт.

- D. Хронічний гангренозний пульпіт.
- E. Пульпіт, ускладнений періодонтитом.

8. Дитина 6 років звернулась до стоматолога зі скаргами на біль у верхньому зубі зліва. Біль триває недовго, змінюється тривалими світлими проміжками. Об'єктивно: у 65 каріозна порожнина, заповнена світлим, нещільним дентином. Зондування дна каріозної порожнини різко болюче в одній точці. Оберіть попередній діагноз.

- A. Гострий обмежений пульпіт.
- B. Гострий гнійний пульпіт.
- C. Гострий дифузний пульпіт.
- D. Хронічний фіброзний пульпіт.
- E. Пульпіт, ускладнений періодонтитом.

9. Дитина 9,5 років скаржиться на тривалий біль під час їжі в нижньому зубі справа. На жувальній поверхні 46 зуба є каріозна порожнина, заповнена розм'якшеним світлим дентином, з'єднана з порожниною зуба. Зондування в цьому місці різко болюче, супроводжується помірною кровотечею. Перкусія 46 зуба неболюча. Поставте попередній діагноз.

- A. Гострий серозний пульпіт.
- B. Хронічний гангренозний пульпіт.
- C. Хронічний гіпертрофічний пульпіт.
- D. Гострий гнійний пульпіт.
- E. Хронічний фіброзний пульпіт.

10. У практично здорової дитини 8,5 років на жувальній поверхні 36 зуба виявлена каріозна порожнина з вузьким вхідним отвором в межах розм'якшеного світлого навколопульпарного дентину. Зондування дна каріозної порожнини слабо болюче, від холодної води виникає короткочасний біль. Під час лікування випадково був оголений ріг пульпи. Який діагноз слід поставити?

- A. Гострий травматичний пульпіт.
- B. Гострий глибокий карієс.
- C. Хронічний глибокий карієс.
- D. Загострення хронічного пульпіту.
- E. Загострення хронічного періодонтиту.

11. Хвора 15 років скаржиться на постійний гострий самовільний біль в зубі на верхній щелепі справа. Біль триває три доби, має пульсуючий характер, віддає у вилицю. Об'єктивно: в 15 зубі глибока каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину, дно м'яке. Зондування 15 зуба різко болюче по всьому дну. Перкусія 15 зуба позитивна, холодний подразник зменшує інтенсивність болю. Який ймовірний діагноз?

- A. Гострий гнійний пульпіт.
- B. Гострий обмежений пульпіт.

- C. Гострий дифузний пульпіт.
- D. Загострення хронічного періодонтиту.
- E. Пульпіт, ускладнений періодонтитом.

12. Хлопчик 14 років скаржиться на гострий самовільний біль в зубі на верхній щелепі справа. Біль триває 3 доби, посилюється вночі, носить пульсуючий характер, віддає в скроню. Об'єктивно: в 15 зубі – каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину. Дентин розм'якшений, брудно-сірого кольору. Зондування болюче по всьому дні порожнини, перкусія 15 зуба болюча. Який найбільш ймовірний діагноз?

- A. Гострий дифузний пульпіт.
- B. Гострий гнійний пульпіт.
- C. Гострий вогнищевий пульпіт.
- D. Загострення хронічного періодонтиту.
- E. Пульпіт, ускладнений періодонтитом

13. Хвора 16 років скаржиться на відчуття важкості в зубі і біль від гарячого, неприємний запах з рота. Об'єктивно: коронка 46 зуба сірого кольору, глибока каріозна порожнина з'єднується з порожниною зуба. Глибоке зондування викликає біль. Перкусія 26 зуба безболісна. Поставте попередній діагноз.

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

14. Зі скаргами про наявність порожнини в зубі на нижній щелепі зліва, біль під час прийому їжі до стоматолога звернулася пацієнтка 15 років. Під час огляду в 36 зубі виявлена глибока каріозна порожнина, заповнена світлим, м'яким дентином. Зондування болюче по всьому дну каріозної порожнини. Під дією холодної води виникає сильний біль, яка проходить протягом 2-3 хвилин. Який найбільш ймовірний діагноз?

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

15. Дитина 8,5 років скаржиться на біль під час їжі в нижньому молярі справа. На жувальної поверхні 46 зуба каріозна порожнина в межах розм'якшеного навколопульпарного дентину. У проекції медіально-щічного рогу пульпи є точкове з'єднання з порожниною зуба, зондування якого супроводжується різким болем і кровотечею. Реакція на температурні подразники болюча і тривала. Перкусія 46 зуба безболісна. Поставте первинний діагноз.

- A. Гострий вогнищевий пульпіт.
- B. Хронічний фіброзний пульпіт.
- C. Хронічний гангренозний пульпіт.
- D. Хронічний гіпертрофічний пульпіт.
- E. Гострий дифузний пульпіт.

16. Хвора 16 років скаржиться на відчуття важкості в зубі, біль від гарячого, неприємний запах з рота. Об'єктивно: коронка 46 зуба сірого кольору, глибока каріозна порожнина з'єднується з порожниною зуба. Поверхнєве зондування – безболісне, глибоке – болісне. Перкусія 46 зуба дещо болюча. Який найбільш імовірний діагноз?

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

17. Дитина 13 років скаржиться на відчуття важкості в зубі, біль від гарячого, неприємний запах з рота. Об'єктивно: 16 зуб сірого кольору, на жувальній поверхні є глибока каріозна порожнина, з'єднана з порожниною зуба. Поверхнєве зондування безболісне, глибоке – різко болісне. Перкусія 16 зуба безболісна. Слизова оболонка ясен ділянки 16 зуба без видимих патологічних змін. Поставте попередній діагноз.

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

18. Хвора 16 років скаржиться на відчуття важкості в зубі і біль від гарячого, неприємний запах з рота. Об'єктивно: коронка 46 зуба брудно-сірого кольору, глибока каріозна порожнина з'єднана з порожниною зуба. Поверхнєве зондування безболісне, глибоке болісне. Перкусія 46 зуба дещо болісна, слизова оболонка в ділянці проекції коренів 46 зуба без патологічних змін. Поставте попередній діагноз.

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

19. Дівчинка 14 років скаржиться на нападopodobний біль, що тривав цілу ніч. Під час огляду на жувальній поверхні 16 зуба виявлена каріозна порожнина. Порожнина розташована в межах навколо пульпарного дентину, заповнена розм'якшеним дентином.

Зондування порожнини болісне по всьому дні. Реакція на холодну воду болісна, довготривала. Перкусія 16 зуба слабо болісна. Оберіть попередній діагноз.

- A. Гострий вогнищевий пульпіт.
- B. Гострий серозний пульпіт.
- C. Гострий дифузний пульпіт.
- D. Гострий гнійний періодонтит.
- E. Гострий гнійний пульпіт.

20. Дівчинка 15 років скаржиться на гострий самочинний біль на верхній щелепі зліва. Біль триває дві доби, посилюється вночі, носить пульсуючий характер. Об'єктивно: в 25 зубі глибока каріозна порожнина в межах парапульпарного дентину. Дентин брудно-сірого кольору, розм'якшений. Зондування болісне по всьому дні каріозної порожнини, перкусія 25 зуба безболісна. Оберіть можливий діагноз.

- A. Пульпіт, ускладнений періодонтитом.
- B. Гострий дифузний пульпіт.
- C. Гострий вогнищевий пульпіт.
- D. Загострення хронічного періодонтиту.
- E. Гострий гнійний пульпіт.

21. Хворий 16 років звернувся до стоматолога зі скаргами на біль від гарячого в зубі, відчуття важкості в ньому, неприємний запах з рота. Під час огляду в 13 зубі виявлена каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба. Глибоке зондування порожнини викликає тривалий біль. Коронка 13 зуба сірого кольору. Оберіть імовірний діагноз.

- A. Хронічний гангренозний пульпіт.
- B. Хронічний фіброзний пульпіт.
- C. Гострий гнійний пульпіт.
- D. Хронічний конкрементозний пульпіт.
- E. Хронічний гіпертрофічний пульпіт.

22. Дівчинка 13 років звернулася до стоматолога зі скаргами на постійні болі ниючого характеру в ділянці 16 зуба. З анамнезу відомо, що місяць тому дівчинка зверталася до стоматолога зі скаргами на наявність каріозної порожнини в 16 зубі. Лікарем був поставлений діагноз – гострий середній карієс 16 зуба. В перше відвідування стоматолог поставив в 16 зубі пломбу з композиту хімічного твердіння без прокладки. Яка причина виникнення даної клінічної картини?

- A. Токсична дія пломбувального матеріалу.
- B. Порушення правил антисептики під час лікування.
- C. Активізація анаеробної флори.
- D. Невірно поставлений в перше відвідування діагноз.
- E. Причину визначити неможливо.

23. Хворий 15 років скаржиться на гострий самочинний біль в зубі верхньої щелепи справа. Біль триває три доби практично постійно. Біль іррадіює в вухо. Об'єктивно: в 25 зубі глибока каріозна порожнина з м'яким дном. Порожнина розташована в межах парапульпарного дентину. Зондування болюче по всьому дну, вертикальна перкусія 25 зуба позитивна. Холодовий подразник дещо зменшує інтенсивність болю. ЕОД – 50 мкА. Встановіть діагноз.

- А. Гострий гнійний періодонтит.
- В. Гострий гнійний пульпіт.
- С. Гострий дифузний пульпіт.
- Д. Гострий вогнищевий пульпіт.
- Е. Загострення хронічного періодонтиту.

24. Хлопець 13 років звернувся до стоматолога зі скаргами на відлам коронки 11 зуба внаслідок падіння на уроці фізкультури. З моменту падіння пройшло 5 годин. Під час обстеження виявлено відсутність медіального кута 11 зуба, під лінією зламу просвічується пульпа. Зондування в цій точці різко болюче, перкусія 11 зуба безболісна, ЕОД – 25 мкА. Визначте імовірний діагноз.

- А. Гострий травматичний пульпіт.
- В. Хронічний фіброзний пульпіт
- С. Гіперемія пульпи.
- Д. Гострий дифузний пульпіт.
- Е. Гострий гнійний періодонтит

25. У дівчини 16 років впродовж останньої ночі відмічались напади болю в правій половині обличчя. Біль пульсуючий, різкий, майже постійний. Від полоскання теплою водою біль різко посилюється. Об'єктивно: в 17 зубі обширна пломба в пришийковій ділянці. Перкусія 17 зуба болісна. Під дією холодної води біль повільно заспокоюється. Визначте попередній діагноз.

- А. Гострий гнійний пульпіт.
- В. Гострий дифузний пульпіт.
- С. Гайморит.
- Д. Загострення хронічного пульпіту.
- Е. Гострий гнійний періодонтит.

26. Дівчинка 11 років скаржиться на біль в 46 зубі та кровотечу з нього під час вживання їжі. З анамнезу відомо, що зуб турбував дитину і в минулому, але за стоматологічною допомогою вона не зверталась. Об'єктивно: в 46 зубі глибока каріозна порожнина 11 класу за Блеком. Порожнина сполучається з порожниною зуба, заповнена проліфе-ративною тканиною червоного кольору, доторкання до якої болісне і супроводжується кровотечею. Яке додаткове дослідження треба провести для постановки діагнозу?

- А. Рентгенографію.
- В. Забарвлення метиленовим синім.



- C. Забарвлення розчином Шиллера-Писарева.
- D. Термопробу.
- E. Електрооднотометрію.

27. Хлопчик 8,5 років скаржиться на біль у 46 зубі під час їди. Об'єктивно: у 46 зубі є каріозна порожнина, заповнена розм'якшеним дентином і не сполучена з порожниною зуба. Зондування дна болюче, температурні подразники викликають тривалий біль. Перкусія не болюча. Дитина належить до III групи здоров'я. Виберіть матеріал для довготривалої тимчасової obturaції корневих каналів.

- A. Кальційгидроксидвмісна паста.
- B. Тимолова паста.
- C. Йодоформна паста.
- D. Резорцин-формалінова паста.
- E. Формокрезолова паста.

28. Дитина 15 років скаржиться на біль від термічних подразників в зубі на верхній щелепі зліва. Об'єктивно: 26 зуб не змінений в кольорі, каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину, порожнина зуба відкрита, глибоке зондування болюче. Виберіть оптимальний метод лікування.

- A. Девітальна екстирпація
- B. Вітальна екстирпація
- C. Біологічний метод
- D. Вітальна ампутація
- E. Девітальна екстирпація

29. Хлопчик 8 років скаржиться на біль в зубі під час їжі. Об'єктивно: в 55 на апроксимальній поверхні глибока каріозна порожнина, яка сполучається з порожниною зуба, зондування сполучення різко болісне, відмічається кровоточивість, перкусія безболісна. Яку пасту необхідно накласти в перше відвідування?

- A. Кальційвмісну.
- B. Параформальдегідну
- C. Миш'яковисту.
- D. Резорцин-формалінову.
- E. Тимолову.

30. У хлопчика 12 років в ділянці 36 виникає тривалий біль від прийому гарячої їжі. Об'єктивно: коронка 36 зуба брудно-сірого кольору, глибока каріозна порожнина виповнена розм'якшеним дентином. Є сполучення з пульповою камерою, глибоке зондування болюче. Тепловий подразник викликає біль, який повільно стихає. Перкусія 36 безболісна. Який метод лікування доцільно застосувати?

- A. Вітальну екстирпацію
- B. Девітальну ампутацію

- C. Екстракцію зуба
- D. Девітальну екстирпацію
- E. Вітальну ампутацію

#### **Література:**

1. Терапевтическая стоматология детского возраста – Под редакцией проф. Л.А.Хоменко, проф.Л.П. Кисельниковой- Киев – “Книга плюс”, 2013.
2. Терапевтична стоматологія дитячого віку – За редакцією проф. Л.О.Хоменко - Київ– “Книга плюс”, 2001. – С. 242 – 281.
3. Дитяча стоматологія / О.В. Удовицька, А.Б. лепорська. Т.М.Спірідонова та ін. – К.: Здоров'я, 2000. – 296 с.

#### **Практичне заняття №5.**

**Тема:** Клініка, діагностика та диференційна діагностика періодонтиту в тимчасових і постійних зубах у дітей. Сучасний ендодонтичний інструментарій, особливості ендодонтичних втручань в тимчасових і постійних зубах з несформованими коренями. Прогноз лікування.

**Мета:** Навчити студентів діагностувати різні форми періодонтиту молочних і постійних зубів у дітей. Ознайомити студентів з основними етапами ендодонтичного лікування у дітей, вибором ендодонтичного інструментарію та сучасних пломбувальних матеріалів для кореневих каналів зубів.

#### **Контроль початкового рівня знань:**

1. Особливості будови періодонту в дітей на різних стадіях розвитку кореня зуба і періодонтальних тканин.
2. Функції періодонту.
3. Розміщення колагенових волокон та клітинний склад періодонту.

4. Типи та види резорбції коренів молочних і постійних зубів.
5. Яка ширина періодонтальної щілини у різних ділянках сформованого кореня?
6. Кровопостачання та інервація періодонту.
7. Класифікація ендодонтичного інструментарію.
8. Препарати для медикаментозної обробки кореневих каналів.
9. Етапи ендодонтичного втручання.
10. Класифікація матеріалів для obturaції кореневих каналів.

#### **Зміст заняття:**

Найчастіше причиною періодонтиту молочних і постійних зубів є мікрофлора, яка проникає з каріозної порожнини, або поширюється гематогенним шляхом. Важлива роль у розвитку періодонтиту належить також токсинам мікроорганізмів і біогенним амінам, які утворюються внаслідок розвитку запального процесу в пульпі. Більш ніж 30% хронічних періодонтитів настають внаслідок неправильного лікування пульпітів, біля 38% є результатом нелікованого карієсу і біля 30% мають травматичне походження.

У тимчасових зубах найбільш поширеним є хронічний перебіг періодонтиту або його загострення. Хронічний періодонтит інфекційного походження в тимчасових зубах може розвиватися як первинно-хронічний процес, минувши стадію гострого запалення. Це пов'язано з анатомо-морфологічними особливостями молочних зубів і альвеолярної кістки, відсутністю стабільності структури періодонту, а також з особливостями функціонування імунної системи у дітей молодшого віку.

В тимчасових зубах діагностується переважно *хронічний гранулюючий періодонтит*, який в більшості випадків характеризується відсутністю больової симптоматики. Дитина скаржиться переважно на наявність нориці з можливим виділенням гною, а також каріозної порожнини і зміну кольору зуба. При відсутності нориці слизова оболонка ясен в ділянці причинного зуба пастозна, має ціанотичний відтінок. Симптом вазопарезу Лукомського позитивний: при натисканні тупим інструментом на яснах лишається втиснута ділянка білуватого кольору, яка з часом набуває яскраво-червоного кольору. Рентгенологічно в ділянці біфуркації молярів і в апікальній частині коренів спостерігається деструкція кортикальної пластинки альвеоли і вогнище просвітлення кісткової тканини з нечіткими контурами. При розповсюдженні патологічного процесу на зачаток постійного зуба відмічається деструкція кортикальної пластинки його фолікула.

Хронічний гранулюючий періодонтит тимчасових зубів може викликати розвиток ускладнень, ступінь важкості яких залежить від поширення запального процесу і термінів інфікування фолікула постійного зуба (загибель зародка зуба, місцеву гіпоплазію емалі, секвестрацію, тортоаномалію, передчасне прорізування постійного зуба, ретенцію постійного зуба, фолікулярну кисту).

*Загостренню хронічного періодонтиту* сприяє зниження імунологічної резистентності організму дитини в результаті переохолодження, перенесення гострих інфекційних захворювань, хвороб органів і систем, які супроводжуються дефіцитом системного імунітету. Це захворювання займає друге місце по частоті виникнення. Серозна фаза запалення протягом доби переростає в гнійну. Особливості анатомічної будови щелеп у дітей (низька ступінь мінералізації кісткової тканини, тонкі трабекули губчатої речовини і широкі кістково-мозкові простори, широкі фолькмановські і гаверсові

канали) сприяють розповсюдженню ексудату під окістя, формуванню абсцесу і флегмони. Загальний стан пацієнта швидко погіршується у зв'язку з підвищенням температури тіла і появою ознак інтоксикації. Пацієнт скаржиться на постійний ниючий біль, який посилюється при накушуванні. Слизова оболонка ясен в ділянці ураження яскраво гіперемійована, набрякла, болюча при пальпації. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, щільні, болючі при пальпації.

*Гострий періодонтит* тимчасових зубів діагностується рідко і має здебільшого токсичне, травматичне, рідше інфекційне походження.

*Хронічний фіброзний періодонтит* в тимчасових зубах практично не діагностується, а *хронічний гранулематозний періодонтит* зустрічається рідко і здебільшого в період стабілізації коренів.

Визначальне значення в правильній діагностиці різних форм періодонтиту має рентгенологічний метод дослідження. Рентгенологічну картину хронічного гранулюючого періодонтиту постійних зубів з незавершеним формуванням коренів необхідно диференціювати із зоною росту в інтактних зубах із несформованими коренями. Цілісність кортикальної пластинки альвеоли, яка оточує зону росту (вогнище просвітлення кісткової тканини), а також рівномірنا ширина періодонтальної щілини біля сформованої частини кореня, свідчать про відсутність патологічного процесу в цій ділянці.

*Хронічний періодонтит постійних зубів* інфекційного генезу в дітей по частоті займає перше місце. Найбільш поширеною його формою є гранулююча, особливо в період формування коренів. Захворювання найчастіше протікає без больової симптоматики і діагностується на підставі даних клінічного обстеження (наявність нориці з вибухаючими грануляціями і гнійними виділеннями на фоні набряклої, застійно гіперемійованої слизової оболонки ясен) і результатів рентгенологічного обстеження (деструкція кортикальної пластинки альвеоли і вогнище резорбції кісткової тканини нечіткими границями).

*Хронічний гранулематозний періодонтит* постійних зубів у дітей діагностується переважно тоді, коли їх корені і періодонт вже повністю сформовані. Рентгенологічно в ділянці верхівки кореня ураженого зуба спостерігається деструкція кортикальної пластинки альвеоли і вогнище розрідження кісткової тканини круглої або овальної форми з чіткими контурами, діаметр якого не перевищує 5 мм. Хронічне запалення може виникнути як наслідок гострого, хоча в зубах з незавершеним ростом кореня спостерігається первинно-хронічний розвиток процесу.

*Фібозна форма хронічного періодонтиту* діагностується рідко. Вона характеризується утворенням в апікальній частині кореня грубоволокнистої сполучної тканини, яка замінює собою періодонт.

*Гострий періодонтит* постійних зубів найчастіше виникає внаслідок удару або падіння дитини, помилок при лікуванні пульпіту під час ендодонтичного втручання. Причиною гострого токсичного періодонтиту, особливо в зубах із незавершеним формуванням коренів, є використання для девіталізації пульпи паст, які містять миш'яковистий ангідрид, а також застосування для антисептичної обробки і пломбування коренів препаратів, що мають цитотоксичні властивості: фенолу, ферезолу, формаліну, резорцину, трикризолу, камфорофенолу.

Слід також відзначити, що при гострому періодонтиті постійних зубів у дітей процес швидко набуває дифузного характеру. При *гострому серозному періодонтиті* хворі

скаржаться на постійно зростаючий біль в причинному зубі, а також відчуття зуба, що “виріс”. Діти практично не користуються ураженою ділянкою під час їди. Загальний стан пацієнта практично не змінюється, рентгенологічні зміни відсутні. Процес швидко набуває дифузного характеру, серозна фаза запалення протягом доби переходить в гнійну.

Клінічна картина *гострого гнійного періодонтиту* характеризується постійним інтенсивним пульсуючим болем. Навіть незначне доторкування до зуба язиком чи зубом-антагоністом провокує різку больову реакцію, тому хворі тримають рот привідкритим, спостерігається рухомість зуба через скупчення гнійного ексудату в періодонтальній щілині. Загальний стан погіршується, спостерігається загальна слабкість, головний біль, порушення сну і апетиту.

Студенти повинні знати, що гострий крайовий (маргінальний) періодонтит розвивається внаслідок механічного ушкодження ясенного краю і колової зв'язки зуба з наступним проникненням інфекції, а також під дією хімічних речовин, девіталізуючих паст, нависаючих країв пломб.

Студентам важливо знати, що сформований кореневий канал умовно ділиться на коронкову, середню і верхівкову (апикальну) третини. В апікальній частині канал завершується звуженням (фізіологічний верхівковий отвір), розміщеним зазвичай на відстані 0,5-1,0 мм від рентгенологічної верхівки. Крайньою точкою ендодонтичного втручання має бути якраз це фізіологічне звуження, оскільки тут тканини пульпи переходять в тканини періодонту. Ще до початку ендодонтичного лікування потрібно виявити можливі варіанти кількості, довжини і форми корневих каналів. Особливу увагу студентів акцентується на тому, що молочні зуби мають цілий ряд відмінностей від постійних зубів, що важливо при ендодонтичному лікуванні.

При виборі ендодонтичного інструментарію зручно користуватися стандартом ISO 3630, який передбачає основні параметри інструментів для обробки корневих каналів: форму, профіль, довжину, розмір, механічну пружність, кольорове кодування.

Слід також відзначити, що ендодонтичну обробку корневих каналів молочних зубів проводять набагато рідше, ніж постійних, переважно на стадії стабілізації кореня. На етапі сформованого кореня молочного зуба у всіх випадках рекомендується його повноцінна ендодонтична терапія.

Інструментальну обробку каналів тимчасових зубів слід проводити особливо обережно через наявність тонких стінок каналу, меншої ступені мінералізації дентину і широкого верхівкового отвору. Ірригацію каналу здійснюють ощадно, без тиску, щоб виключити можливість проштовхування розчину через широкий апікальний отвір. В якості розчину для промивання каналу можна використовувати стерильний ізотонічний розчин натрію хлориду, натрію гіпохлориту (0.5-1.0 %).

Вимоги до матеріалів для obturaції корневих каналів тимчасових зубів відрізняються від вимог до матеріалів для obturaції корневих каналів постійних зубів тим, що вони повинні бути нетоксичні по відношенню до зачатка постійного зуба і розсмоктуватися разом з коренем. Зазвичай застосовують цинк оксид-евгенолову та йодоформну пасту, йодоформ-кальційгідроксидвмісні препарати.

При ендодонтичному лікуванні постійних зубів з незавершеним формуванням кореня одним із основних завдань є забезпечення можливості завершити його формування, тому при вірогідності життєздатності кореневої пульпи рекомендується ампутаційна техніка лікування пульпіту з подальшим покриттям культі пульпи нетвердіючим

препаратом на основі гідроксиду кальцію. Після закінчення формування кореня при потребі здійснюється повноцінне ендодонтичне лікування зуба.

Успішним завершенням лікуванням постійного зуба з незавершеним формуванням верхівки є утворення щільного бар'єру верхівки кореня, яке називається апексифікацією. Ріст кореня в довжину, який спостерігається у випадку збереження функціональної активності зони росту, називається апексогенезом. Техніка obturaції широких (тубулярних) каналів з тонкими стінками після апексифікації передбачає застосування гутаперчевих конусів або спеціально приготовлених штифтів. Після введення основного штифта вводять додаткові з застосуванням техніки латеральної конденсації. Розроблена також техніка obturaції тубулярних каналів з закритою верхівкою. Вона полягає в заповненні каналу теплим розм'якшеним гутаперчевим штифтом з послідуєчим проштовхуванням гутаперчі плагером до верхівки і її конденсації. Після охолодження гутаперчі плагер нагрівають і конденсують його до повного заповнення каналу. Використовуються також методики вертикальної конденсації розігрітої гутаперчі і термомеханічного ущільнення гутаперчі.

Викладач звертає увагу студентів на важливості точного виміру робочої довжини кореневого каналу, зупиняється на недоліках та перевагах тактильного і рентгенологічного методів, та методі електронної апекс локації.

Методи лікування періодонтиту молочних зубів поділяються на консервативний і хірургічний.

При лікуванні періодонтиту постійних зубів у дітей перевага надається консервативному методу. Постійні зуби підлягають видаленню якщо вони є джерелом гострого одонтогенного остеомієліту щелепи, при неможливості проведення консервативного чи оперативно-консервативного лікування, при значному руйнуванні коронкової частини зуба і корінь не можна використати для протезування.

При лікуванні періодонтиту тимчасових і постійних зубів слід застосовувати фізіотерапевтичні методи: внутрішньоканальний електрофорез, депофорез, електричне поле УВЧ, вакуумну терапію, озонотерапію, магніто-лазерну терапію, ендогальванізацію та інші. Потрібно враховувати, що у дітей реакції у відповідь і результати лікування відбуваються швидше, при менших дозах дії і меншій тривалості курсу лікування.

#### **Контроль рівня засвоєння знань:**

1. Особливості клінічного перебігу та лікування хронічного гранулюючого періодонтиту тимчасових зубів та його загострення.
2. Особливості клінічного перебігу та лікування гострих періодонтитів постійних зубів.
3. Особливості клінічного перебігу та лікування хронічних періодонтитів постійних зубів.
4. Можливі ускладнення при періодонтитах молочних зубів.
5. Від чого залежить вибір тактики і методу лікування періодонтитів у дітей?
6. Вплив періодонтитів на загальний стан організму у дітей.
7. Застосування фізіотерапевтичних методів при лікуванні періодонтитів у дітей.
8. Покази до видалення тимчасових зубів.

#### **Орієнтовані тестові завдання:**

1. Під час санації порожнини рота в дитини 6 років у 75 зубі була виявлена каріозна порожнина в межах парапульпарного дентину, яка не сполучалась з порожниною зуба. Об'єктивно: порожнина виповнена розм'якшеним дентином, зондування дна і стінок її безболісне, реакція на температурні подразники відсутня, перкусія злегка болюча. На слизовій оболонці ясен у місці проекції коренів 75 зуба слід від нориці. Вкажіть найбільш імовірний діагноз.

- A. Хронічний гранулюючий періодонтит
- B. Загострення хронічного гранулюючого періодонтиту
- C. Гострий травматичний періодонтит
- D. Хронічний фіброзний періодонтит
- E. Загострення хронічного гранулематозного періодонтиту

2. Яку із запропонованих паст доцільно використовувати для obturaції кореневого каналу 11 зуба, пролікованого з приводу хронічного гранулюючого періодонтиту в дитини 8 років.

- A. Кальційвмісну
- B. Евгенолову
- C. Тимолову
- D. Йодоформну
- E. Резорцин-формалінову

3. Батьки 9 річної дитини звернулися до лікаря зі скаргами на темний колір 36 зуба та наявність нориці з виділенням гною, іноді неприємні відчуття при натисканні на зуб. Об'єктивно: в 36 зубі глибока каріозна порожнина. Зондування дна каріозної порожнини безболісне, реакція на температурний показник відсутня, перкусія – негативна. Каріозна порожнина сполучена з порожниною зуба, зондування безболісне. Рентгенологічно: вогнище розрідження кістки біля верхівок коренів 36 зуба з нечіткими обрисами. Який найбільш ймовірний діагноз?

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

4. Хлопчик 9 років скаржить на біль, що виник вчора у постійному молярі на нижній щелепі зліва і посилюється при накушуванні. Присутнє відчуття “зуба, що виріс”, зуб раніше не лікувався. Об'єктивно: коронка зуба змінена в кольорі, незначно зруйнована. Перкусія різко болісна. Слизова оболонка в ділянці проекції верхівок зуба гіперемійована, болісна при пальпації. Назвіть найбільш вірогідний діагноз?

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

5. У дівчинки 14 років скарги на різкий біль при накушуванні на 15 зуб. Анамнез: 2 тижні

тому зуб лікувався з приводу гострого дифузного пульпіту методом вітальної екстирпації. Кореневий канал 15 зуба запломбований гутаперчевим штифтом з цинк-евгеноловою пастою. На рентгенограмі: в 15 зубі канал запломбований до рентгенологічної верхівки, патологічних змін в навколоверхівкових тканинах немає. Об'єктивно: 15 зуб запломбований; перкусія різко болюча. Слизова оболонка в ділянці 15 зуба дещо гіперемійована. Про яке ускладнення щодо 15 зуба йде мова?

- A. Гострий верхівковий періодонтит
- B. Загострення хронічного періодонтиту
- C. Гострий маргінальний періодонтит
- D. Гострий дифузний пульпіт
- E. Гострий серозний періостит

6. Дівчинка 14 років скаржиться на наявність каріозної порожнини. Об'єктивно: в 26 зубі глибока каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба, відмічається реакція на холод та зондування, перкусія безболісна, слизова оболонка без змін. На рентгенограмі – розширення періодонтальної щілини в ділянці верхівки піднебінного кореня. Визначте діагноз.

- A. Хронічний фіброзний періодонтит.
- B. Хронічний гранулюючий періодонтит.
- C. Хронічний гранулематозний періодонтит.
- D. Загострення хронічного фіброзного періодонтиту.
- E. Загострення хронічного гранулюючого періодонтиту.

7. Дитина 10,5 років скаржиться на постійний біль у 21зубі протягом доби. Зуб був запломбований рік тому з приводу глибокого карієсу. Об'єктивно: 21 зуб змінений у кольорі, перкусія – різко болюча. Слизова оболонка альвеолярного відростка у цій ділянці дещо набрякла, гіперемійована, болісна при пальпації. Визначте попередній діагноз.

- A. Загострення хронічного періодонтиту
- B. Гострий серозний періодонтит
- C. Гострий гнійний періодонтит
- D. Пульпіт ускладнений періодонтитом
- E. Гострий гнійний пульпіт

8. Хлопчик 7 років скаржиться на наявність зруйнованого зуба на нижній щелепі. Об'єктивно: коронка 75 зруйнована на 2/3, каріозна порожнина сполучається з порожниною зуба, відмічається реакція на холод, зондування та перкусія – безболісні. На слизовій оболонці в ділянці проекції кореня рубець від нориці. На рентгенограмі – ділянка деструкції в ділянці біфуркації з нечіткими контурами. Визначте діагноз.

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

9. Батьки хлопчика 5 років звернулися до стоматолога з метою санації дитини. При клінічному обстеженні порожнини рота в 65 зубі виявлена каріозна порожнина в межах біляпульпарного дентину. Порожнина зуба закрита, зондування не болюче, реакція на



термічні подразники негативна, перкусія безболісна. Спостерігається симптом вазопарезу. На рентгенограмі в периапікальній ділянці резорбція кісткової тканини з нечіткими контурами. Визначте діагноз.

- A. Хронічний гранулюючий періодонтит
- B. Хронічний фіброзний періодонтит
- C. Хронічний гранулюючий остит
- D. Хронічний гранулематозний періодонтит
- E. Радикулярна киста

10. Дівчинка 13 років скаржиться на наявність порожнини в зубі. Зуб раніше лікувався. Об'єктивно: у 26 глибока каріозна порожнина, яка сполучається з порожниною зуба. Реакція на холодний подразник, зондування та перкусія – безболісні. На рентгенограмі відмічається розширення періодонтальної щілини. Визначте діагноз.

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

10. Хлопчик 13 років скаржиться на наявність порожнини в зубі. Об'єктивно: у 26 зубі глибока каріозна порожнина, яка сполучається з порожниною зуба, реакція на термічні подразники, зондування та перкусію – негативна. Стоматолог визначив діагноз: хронічний періодонтит. Який додатковий метод обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу?

- A. Рентгенографію
- B. ЕОД
- C. Термометрію
- D. Реографію
- E. Міотонометрію

11. Дитина 8 років скаржиться на постійний ниючий біль в 46 зубі, який з'явився вчора та посилюється при накушуванні. Раніше був біль від холодного. Об'єктивно: в 46 зубі на жувальній поверхні глибока каріозна порожнина, зондування і реакція на температурні подразники безболісні, перкусія болюча, відзначається незначна рухомість, порожнина зуба закрита. Ясна в ділянці 46 гіперемійовані, набряклі, пальпація болюча. На R-грамі біля верхівок несформованих коренів змін немає. Ваш попередній діагноз ?

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

12. Дитині 8 років встановлено діагноз: хронічний фіброзний пульпіт 11 зуба, ускладнений періодонтитом, і проведено лікування методом вітальної екстирпації. Який матеріал

доцільно використати для завершення апексогенезу?

- A. Пасту на основі гідроксиду кальцію
- B. Гутаперчеві штифти
- C. Матеріали на основі штучних смол
- D. Резорцин-формалінову пасту
- E. Цинкоксид-евгенолову пасту

13. Дитина 14,5 років скаржиться на руйнування лівого кутнього зуба верхньої щелепи. Об'єктивно: на медіально-контактній і жувальній поверхні 26 зуба виявлена каріозна порожнина у межах навколопульпарного дентину, що сполучається з порожниною зуба. Зондування і перкусія безболісні. На рентгенограмі 26 зуба біля верхівок коренів визначається вогнище розрідження кісткової тканини з чіткими обрисами. Визначте найбільш імовірний діагноз.

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

14. Дитина 13 років скаржиться на гострий біль на верхній щелепі справа, що посилюється при накушуванні. Об'єктивно: на апроксимально-дистальній поверхні 16 зуба глибока каріозна порожнина, що не сполучається з порожниною зуба, відмічається реакція на термічні подразники, зондування безболісне, перкусія різко болюча, зуб рухомий, слизова в ділянці 16 зуба гіперемійована, набрякла. Після некректомії розкрита порожнина зуба з отриманням краплі гною. На рентгенограмі – змін в періодонті не виявлено. Ваш попередній діагноз ?

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

15. Під час санації порожнини рота у дитини 4 років в 64 зубі виявлена каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину, виповнена розм'якшеним дентином, яка не сполучається з порожниною зуба. Зондування дна каріозної порожнини безболісне. Реакція на термічні подразники та на перкусію відсутня. На слизовій оболонці ясен у проекції верхівок коренів 64 зуба присутній слід від нориці. Вкажіть ймовірний діагноз.

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

16. Хлопчик 13 років скаржиться на зміну кольору та неприємні відчуття під час надавлювання на зуб нижньої щелепи зліва. Об'єктивно: в 36 зубі каріозна порожнина,

виповнена пломбою. Після її видалення – зондування дна каріозної порожнини безболісне. Реакція зуба на термічні подразники та перкусію відсутня. При рентгенологічному дослідженні в ділянці верхівок 36 зуба відмічається вогнище розрідження кісткової тканини круглої форми з чіткими обрисами, діаметр якого – 4мм. Вкажіть ймовірний діагноз.

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

17. Дитина 9 років скаржиться на ниючий біль в зубі, що посилюється при надавлюванні. Місяць тому зуб лікувався з приводу пульпіту. Об'єктивно: в 36 зубі наявна пломба, перкусія різко болюча, слизова оболонка гіперемійована, набрякла. На рентгенограмі змін немає. Який найбільш імовірний діагноз?

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

18. Хлопчик 12 років скаржиться на постійний інтенсивний пульсуючий біль в зубі, що посилюється при накушуванні. Об'єктивно: лице асиметричне за рахунок колатерального набряку м'яких тканин, підщелепні лімфовузли збільшені, болісні при пальпації. У 26 зубі глибока каріозна порожнина, яка не сполучається з порожниною зуба. Реакція на термічні подразники, зондування безболісні, перкусія різко болюча, зуб рухомий. На рентгенограмі 26 зуба змін у періодонті немає. Визначте діагноз.

- A. Гострий гнійний періодонтит
- B. Гострий серозний періодонтит
- C. Загострення хронічного періодонтиту
- D. Гострий гнійний пульпіт
- E. Пульпіт, ускладнений періодонтитом

19. Дівчинка 6 років з'явилася до лікаря-стоматолога з метою завершення лікування 75 зуба з приводу загострення хронічного гранулюючого періодонтиту. Скарги відсутні. Об'єктивно: герметична пов'язка в 75 зубі збережена, перкусія безболісна, слизова оболонка в ділянці 75 без патологічних змін, безболісна при пальпації. Який матеріал доцільно використати для пломбування кореневих каналів у даному випадку?

- A. Цинкоксид-евгенолову пасту
- B. Сілер із гутаперчевим штифтом
- C. Кальційвмісну пасту
- D. Склоіономерний цемент
- E. Йодоформну пасту

20. При плановій санації порожнини рота у хворого С. 15 років на дистальній жувальній поверхні 45 зуба виявлено каріозну порожнину, на дні залишки пломбувального матеріалу. Перкусія 45 безболісна, на слизовій оболонці ясен – нориця. На рентгенограмі навколо верхівки кореня 45 – вогнище деструкції кісткової тканини у вигляді язиків полум'я, кореневий канал запломбований на 2/3 довжини. Поставте найбільш вірогідний діагноз:

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

21. Хвора А. 12 років звернулася до стоматолога зі скаргами на постійний пульсуючий біль, що триває 4 доби, біль посилюється при накушуванні. При огляді каріозна порожнина на жувальній поверхні 26 зуба з порожниною зуба не сполучається, зондування дна безболісне, вертикальна та горизонтальна перкусії різко болючі, зуб рухомий. На рентгенограмі змін в тканинах періодонту немає. Поставте найбільш вірогідний діагноз.

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

22. Хворий П. 13 років звернувся до лікаря-стоматолога з метою санації порожнини рота. При обстеженні в 46 зубі виявлено каріозну порожнину в межах навколопульпарного дентину, зуб сірого кольору. Який з додаткових методів обстеження допоможе встановити діагноз?

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

23. Дівчині 17 років запломбовано кореневий канал 15 зуба з приводу хронічного фіброзного періодонтиту. Через добу з'явився біль в ділянці 15, що підсилюється при накушуванні. На рентгенограмі: кореневий канал 15 запломбовано до фізіологічної верхівки. Яке лікування потрібно призначити?

- A. Фізіотерапевтичні процедури
- B. Анальгетики
- C. Зробити інфільтраційну анестезію
- D. Зробити розтин по перехідній складці
- E. Призначити полоскання порожнини рота гіпертонічними розчинами

24. Пацієнт К. 14 років звернувся до стоматолога зі скаргами на відчуття дискомфорту у ділянці 36 зуба. Об'єктивно: на жувальній поверхні 36 зуба каріозна порожнина, що сполучається з порожниною зуба, зондування та термопроба безболісні, перкусія позитивна. Який поріг електробудливості цього зуба?

- A. Більше 100 мкА
- B. 2-6 мкА
- C. 18-25 мкА
- D. 30-60 мкА
- E. 0-90 мкА

25. Хворий 16 р. скаржиться на ниючий біль в ділянці 26 зуба протягом 2-х діб. На дистальній поверхні 26 зуба каріозна порожнина в межах навколопульпарного дентину, зондування дна безболісне, вертикальна перкусія позитивна, слизова оболонка навколо 26 зуба гіперемійована. Електрозбудливість – 115 мкА. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Гострий серозний періодонтит
- B. Гострий гнійний пульпіт
- C. Гострий гнійний періодонтит
- D. Загострення хронічного періодонтиту
- E. Гострий локалізований пародонтит.

26. Пацієнт А. 15 років, скаржиться на наростаючий пульсуючий біль 16 зуба. Об'єктивно: 16 зуб – каріозна порожнина великих розмірів, виповнена розм'якшеним дентином, порожнина зуба закрита, зондування дна безболісне, перкусія різко болюча. Рухомість зуба II ступеня. Пальпація в проекції верхівок коренів 16 зуба – болюча. Рентгенологічно змін не виявлено. Який найвірогідніший діагноз?

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

27. Студентка 18 років скаржиться на наявність каріозної порожнини в 22 зубі. Пломба випала 2 місяці тому. Зуб раніше лікувався з приводу пульпіту. Об'єктивно: в 22 зубі на медіальній поверхні визначається глибока каріозна порожнина, частково виповнена пломбою. Коронка брудно-рожевого кольору. На рентгенограмі: кореневий канал заповнений пломбувальним матеріалом на 1/2 довжини кореня, в ділянці верхівки кореня – вогнище деструкції кісткової тканини з чіткими рівними контурами, розміром 0,3x0,3 см. Який найбільш ймовірний діагноз?

- A. Хронічний гранулематозний періодонтит
- B. Залишковий пульпіт
- C. Радикулярна кіста
- D. Хронічний фіброзний періодонтит
- E. Хронічний гранулюючий періодонтит

28. Хворий А. 16 років, скаржиться на дискомфорт в 27 зубі, виникнення ниючого болю при накушуванні. Із анамнезу стало відомо, що при переохолодженні на яснах відкривається нориця. Об'єктивно: коронка 27 змінена в кольорі, пломба на жувальній поверхні, на слизовій оболонці в ділянці зуба рубець від нориці. Ваш попередній діагноз?

- A. Хронічний гранулюючий періодонтит.

- В. Хронічний гангренозний пульпіт
- С. Хронічний фіброзний періодонтит.
- Д. Хронічний гранулематозний періодонтит.
- Е. Хронічний фіброзний пульпіт.

29. У хворого С. 12 років під час санації порожнини рота в 36 зубі виявлено каріозну порожнину з залишками пломби. Колір зуба змінений. Порожнина зуба відкрита, зондування та перкусія – безболісні. На рентгенограмі в проекції верхівки медіального кореня – деструкція кісткової тканини з чіткими межами 0,3-0,3 см. Встановіть діагноз.

- А. Хронічний гранулематозний періодонтит
- В. Хронічний гранулюючий періодонтит
- С. Хронічний фіброзний періодонтит
- Д. Хронічний гангренозний пульпіт
- Е. Загострення хронічного періодонтиту

30. Лікар-стоматолог проводить лікування 36 зуба з приводу хронічного періодонтиту у хлопця 16 років. Рентгенологічно: медіальні кореневі канали вигнуті, в ділянці верхівки медіального кореня визначається вогнище деструкції кісткової тканини з нерівними контурами розміром 0,2x0,2 см. Який із перерахованих лікарських засобів є оптимальним для проведення внутрішньоканального електрофорезу?

- А. 10 % р-н йодиду калію
- В. 1 % р-н декаметоксину
- С. 1 % р-н новокаїну
- Д. 3 % р-н сульфату міді
- Е. 0,1 % р-н трипсину

#### **Література:**

1. Терапевтическая стоматология детского возраста / Под ред. Л.А. Хоменко. – Киев, «Книга плюс», 2007. Стор. 412-447.
2. Курякина Н.В. Терапевтическая стоматология детского возраста. - М., 2004. - С. 323-346.

### **Практичне заняття №6-7.**

**Тема:** Захворювання пародонта у дітей. Гінгівіт, пародонтит, пародонтальний синдром. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, диференційна діагностика. Основні принципи лікування. Вибір лікарських засобів.

**Мета:** Вивчити зі студентами причини виникнення гінгівітів, пародонтитів та пародонтального синдрому у дітей, їх клінічні форми та диференційну діагностику.

### **Контроль початкового рівня знань :**

1. Будова тканин пародонта.
2. Анатомо-фізіологічні особливості будови пародонта у дітей в різні вікові періоди.
3. Рентгенологічна картина здорового пародонту у дітей.
4. Роль місцевих та загальних факторів у розвитку захворювань пародонта у дітей.
5. Методи діагностики захворювань пародонта у дітей.
6. Індексна оцінка стану тканин пародонта у дітей.

### **Зміст заняття:**

Патологія тканин пародонта в дітей залишається однією з найбільш важливих та складних проблем дитячої стоматології. Поширеність даної патології серед дитячого населення складає від 60 до 80%. Найбільш частим захворюванням пародонта у дітей є гінгівіт.

**Гінгівіт** – це запальне ураження ясен, зумовлене несприятливим впливом місцевих і загальних чинників, перебіг якого не супроводжується порушенням цілісності зубоясенного з'єднання.

*Катаральний гінгівіт* у дітей найчастіше має хронічний перебіг. Гострий катаральний гінгівіт виникає на тлі гострих інфекційних хвороб (кору, скарлатини, дифтерії, ГРВХ та ін.). За локалізацією він поділяється на локалізований і генералізований.

При хронічному катаральному гінгівіті діти скаржаться на незначні больові відчуття в яснах, їх набряк і напруженість, кровоточивість під час вживання твердої їжі і чищення зубів щіткою.

Об'єктивно у хворих на хронічний катаральний гінгівіт виявляються набряк, гіперемія ясен з ціанотичним відтінком. Спостерігається зміна рельєфу ясенного краю у вигляді валикоподібного стовщення.

Першим етапом лікування катарального гінгівіту є проведення професійної гігієни порожнини рота. Професійну гігієну порожнини рота слід поєднувати з антисептичною обробкою (хлоргексидин, триклозан, мірамістин та ін.) у вигляді полоскань, ірригацій ясенних кишень і порожнини рота.

При гострому перебігу запального процесу місцеве лікування направлено на зменшення набряку, гіперемії, кровоточивості ясен. З цією метою застосовуються засоби рослинного походження, що мають протизапальну і антисептичну дію (листя шалфея, квітки ромашки або ромазулан, трава звіробою, кореневище зміїовика та ін.) у вигляді полоскань зрошень і ротових ванночок.

Якщо запалення не блокується, необхідно додатково використати НВЗП – мефенаміна натрієву сіль (1% паста, 0,1-0,2% водний розчин), диклофенак-натрій (1% желе «Диклоран», 1% емульгель «Вольтарен»), піроксикам (1% крем) та ін.

При лікуванні дітей з хронічним катаральним гінгівітом, особливо при генералізованому ураженні, в комплексі з антисептиками бажано призначати похідні нітроїмідазолу – метронідазол. Даний препарат має антибактеральні властивості щодо анаеробних пародонтопатогенних мікроорганізмів.

З фізіотерапевтичних методів для лікування хронічного катарального гінгівіту застосовують електрофорез 1% розчину галаскорбіну або 5% розчин аскорбінової кислоти в поєднанні з 1% розчином нікотинової кислоти. Курс лікування складає 10 сеансів.

Наявність рентгенологічної симптоматики при тривалому перебігу хронічного катарального гінгівіту є показом до призначення електрофорезу з препаратами кальцію і фтору.

*Гіпертрофічний гінгівіт* – хронічний проліферативний процес, який супроводжується розростанням волокнистих елементів сполучнотканинної основи ясен і проліферацією базального шару епітелію. Розрізняють дві клінічні форми гіпертрофічного гінгівіту: фіброзну і гранулюючу. Остання в підлітковому віці діагностується найчастіше. У виникненні даної форми гінгівіту важливу роль відіграють порушення функції статевих залоз в препубертатному і пубертатному періоді, особливо у дівчат.

Диференційну діагностику хронічного гіпертрофічного гінгівіту слід проводити з хронічним катаральним гінгівітом, фіброматозом ясен і лейкоемічними інфільтратами в слизовій оболонці ясен при захворюваннях крові.

Лікування хронічного гіпертрофічного гінгівіту залежить від етіологічних факторів, клінічної форми і перебігу процесу, а також ступеня гіперплазії слизової оболонки ясен.

Лікування гранулюючої форми гіпертрофічного гінгівіту передбачає, в першу чергу, видалення немінералізованих і мінералізованих зубних відкладень. Для антибактеріальної дії застосовують різні антисептики, в основному хлорвмісні (хлоргексидин, гекситидин), похідні нітроїмідазолу (метронідазол), а також їх комплексні препарати (гель «Метрогіл-дента»). Також широко використовують антибактеріальні засоби природного походження: ромазулан, новоіманін, хлорфіліпт, сальвін, уснінат натрію, настоянку календули, евкالیпту.

Важливим етапом лікування є ліквідація запального процесу, його ексудативного компоненту. З цією метою застосовують НПЗП (мефенамінову пасту, желе «Диклоран», емульгель «Вольтарен», крем «Пер-оксифер») та засоби рослинного походження: листя шалфею, траву звіробою, квітки арніки, кору дуба і ін. При кровоточивості ясен рекомендується використовувати водний розчин кропиви і тисячолістника.



Тільки після зменшення ознак запалення здійснюється наступний етап лікування – склерозуюча терапія. При гіпертрофії I-II ступеня застосовують засоби рослинного походження (чистотіл, мараславін) і біогенні препарати (бефунгін). Ефективним є застосування 10% розчину кальцію хлориду у вигляді електрофорезу. Кількість сеансів – 8-10. При II і III ступенях гіпертрофії доцільно застосувати електрофорез з ферментними препаратами, частіше з лідазою в буферному розчині (рН 5,2). При гіпертрофічному гінгівіті III ступеня важкості необхідно застосовувати деструктивні методи: кріодеструкцію, діатермокоагуляцію.

Лікування фіброзної форми гіпертрофічного гінгівіту включає наступні етапи: професійна гігієна порожнини рота; антисептична обробка порожнини рота; склерозуюча терапія; фізіотерапія; навчання правилам гігієни ротової порожнини; санація порожнини рота; ортодонтичне лікування (по показам). Внаслідок відсутності запальних явищ при фіброзній формі гіпертрофічного гінгівіту протизапальну терапію не проводять. При гіпертрофії I ступеня застосовують препарати, що мають склерозуючу дію, при II і III ступенях важкості показано хірургічне лікування.

*Виразково-некротичний гінгівіт* – характеризується запаленням ясен із переважанням альтеративного компонента, порушенням цілісності і некрозом тканин.

В етіології захворювання провідна роль належить фузоспірилярному симбіозу: фузобактеріям – грамвід'ємним анаеробним паличкам і спірохетам. Гострий виразково-некротичний гінгівіт розвивається, як правило, на фоні зниження імунологічної реактивності організму внаслідок перенесених гострих респіраторно-вірусних захворювань, інфекційних захворювань бактеріальної етіології, при гострому герпетичному стоматиті, а також при дефіциті аскорбінової кислоти.

Діти скаржаться на біль і кровоточивість ясен, яка посилюється при прийомі їжі, гнилісний запах з рота, а також на підвищення температури тіла.

Початок захворювання проявляється ураженням слизової оболонки ясен в ділянці одного-трьох зубів, що відповідає легкому ступеню важкості. На поверхні ясен на фоні набряку і гіперемії спостерігається брудно-сірий некротичний наліт. Після його видалення оголюється різко болюча ерозивна поверхня, що кровоточить. Ясенні сосочки втрачають конічну форму, внаслідок чого маргінальний край має стає нерівномірно зрізаним. Спостерігається велика кількість зубних відкладень.

Середній ступінь важкості захворювання характеризується дифузним поширенням процесу вздовж ясенного краю, підйомом температури (від 37,5 до 39°C) і наростанням явищ інтоксикації. При прогресуванні процесу міжзубні сосочки можуть повністю некротизуватися.

Важкий перебіг гострого виразково-некротичного гінгівіту спостерігається, як правило, в ослаблених дітей. Некроз може поширюватися на альвеолярну частину ясен та інші ділянки слизової оболонки ротової порожнини – щоки, язик, піднебіння. Іноді захворювання починається з ураження ретромолярних ділянок і піднебінних мигдаликів (ангіна Венсана).

При цитологічному дослідженні матеріалу з уражених ділянок визначаються фузобактерії, спірохети, кокова флора, велика кількість нейтрофільних лейкоцитів, поодинокі лімфоцити, плазматичні клітини і гістіоцити.

Гострий виразковий гінгівіт необхідно диференціювати з некротичними змінами слизової оболонки ясен при ідіопатичних хворобах з прогресуючим лізісом тканин

пародонта (спадковій нейтропенії, гістіоцитозах), а також при захворюваннях крові (лейкозах).

Лікування залежить від важкості клінічного перебігу, віку дитини, патогенезу хвороби. При легкому ступені важкості гострого виразкового гінгівіту для зняття явищ інтоксикації в домашніх умовах рекомендується вживати велику кількість вітамінізованої і обволокуючої рідини (морквяно-яблучний сік, ягідні або молочні киселі, морс). Їжа має бути енергетично повноцінною, м'якої консистенції, не подразнювати слизову оболонку (гречана, геркулесова каші). Всередину призначають комплексні вітамінні препарати, що містять аскорбінову кислоту, вітаміни А, Р, Е і групи В («Декамевіт», «Макровіт», «Вітрум» та ін.)

Якщо температура тіла перевищує 38,3-38,5°C, необхідно призначити НПЗП всередину у віковій дозі (парацетамол», німегезік та ін.)

При середньоважкому перебігу захворювання призначають всередину похідні нітроїмідазолу: метронідазол або тріхопол, або тинідазол, або метрогіл впродовж 5-10 днів у віковому дозуванні.

При важкому перебігу гострого виразкового гінгівіту лікування проводять в умовах стаціонару разом з педіатром. Таким пацієнтам проводять дезінтоксикаційну терапію з використанням сольових і плазмозамінних розчинів (натрію хлорид, реополіглюкін, неогемодез). Парантерально або перорально призначають препарати групи нітроїмідазолу, антибіотики широкого спектру дії та ін.

Профілактика гінгівітів полягає у своєчасній санації порожнини рота, раціональному гігієнічному догляді за нею, ліквідації аномалій прикусу, а також лікуванні хронічних загальносоматичних захворювань.

Пародонтит – це хвороба, за якої запалення поширюється з ясен на інші тканини пародонта. За поширеністю розрізняють локалізований та генералізований пародонтит.

Локалізований пародонтит характеризується обмеженою прогресуючою деструкцією періодонту і кісткової тканини міжзубних перегородок; локалізується в ділянці окремих або групи зубів (частіше фронтальної).

За етіологією чинники хвороб пародонта поділяють на місцеві та загальні. Але цей розподіл є умовним, оскільки етіологічні чинники тісно пов'язані між собою та організмом дитини.

Важкість патологічного стану у тканинах пародонту у певній мірі залежить від наявності загальносоматичних захворювань (ендокринні порушення, нервово-трофічні розлади, хвороби шлунково-кишкового тракту, серцево-судинні хвороби), фізіологічних та патологічних змін в загальному стані організму дитини (порушення обміну речовин; гормональні дисфункції в пубертатний період; гіповітаміноз вітамінів групи В, аскорбінової кислоти, токоферолу, ретинолу, кальциферолів).

Клінічна картина *локалізованого пародонтиту* зумовлена проявами цієї форми гінгівіту, що супроводжує пародонтит і є початком його розвитку. Найчастіше, у 58% випадків, локалізований пародонтит виникає у дітей з катаральним гінгівітом. Якщо запальний процес прогресує, то поступово формуються дистрофічні зміни в тканинах пародонту – порушення цілості зубоясенного сполучення, формування пародонтальної кишені, остеокластичної резорбції коміркового відростка.

Перебіг: гострий, хронічний, загострення, абсцес, ремісія.

Місцеве лікування локалізованого пародонтиту починають із нормалізації порушених функцій, навчання методиці клінічного догляду за ротовою порожниною. Потрібно видалити зубні відкладення, провести симптоматичне лікування гінгівіту. Зміни в кістковій тканині пародонта зумовлюють призначення електрофорезу 2,5% розчину кальцію гліцерофосфату, 5% розчину кальцію хлориду, 1-2% розчину натрію флориду. Електрофорез цих препаратів поліпшує мінеральний обмін, зменшує остеопороз кісткової тканини.

*Генералізований пародонтит* у дітей виникає як наслідок довготривалого хронічного перебігу гінгівіту, а також на тлі соматичних захворювань – цукровий діабет, спадкова нейтропенія, гістіоцитоз, долонно-підшвенний дискератоз, хронічна анемія (Т.Ф.Виноградова, 1987; Л.О. Хоменко, 2007) .

При генералізованому пародонтиті проявляються такі ознаки як симптоматичний гінгівіт, пародонтальні кишень, прогресуюча резорбція коміркового відростка, травматична оклюзія. Вираженість цих ознак залежить від перебігу патологічного процесу.

В залежності від перебігу патологічного процесу виділяють легкий, середньотяжкий та тяжкий ступінь захворювання; хронічний та загострений його перебіг.

Лікування генералізованого пародонтиту має бути комплексним і включати загальні та місцеві його види. Загальне лікування залежить від наявності соматичного захворювання у дитини, тому проводиться спільно з педіатром, ендокринологом, імунологом та іншими спеціалістами. Місцеве лікування полягає: в усуненні місцевих подразників (зубні нащарування, каріозні порожнини, травматична оклюзія, патологія прикусу, аномальне прикріплення м'яких тканин ротової порожнини); проведенні антибактеріальної терапії; протизапальної терапії; фізіотерапії; підтримуючої терапії кожні 3-6 міс.

Пародонтальні синдроми ПС (ідіопатичні захворювання пародонта, пародонтоліз) ¶ це синдроми, яким притаманний генетичний характер. Загальними особливостями змін у пародонті є прогресуючий перебіг гінгівіту, з швидким переходом у генералізований пародонтит, швидке формування пародонтальних кишень, патологічна рухомість зубів, схильність до утворення абсцесів, остеоліз кісткової тканини з утворенням кісткових кишень, лакун та швидке розсмоктування кістки. При виявленні ідіопатичних уражень тканин пародонта дитину необхідно обстежити у педіатра, гематолога, ендокринолога та інших спеціалістів.

До пародонтальних синдромів належать пародонтальний синдром при некомпенсованому інсулінозалежному цукровому діабеті, Пародонтальний синдром при спадковій нейтропенії, пародонтальний синдром при гістіоцитозах (еозинофільна гранульома (хвороба Таратинова), хвороба Хенда-Шюллера-Крісчена, хвороба Леттерера-Сіве, хвороба Гоше, хвороба Німанна-Піка), синдром Папійона-Лефевра, пародонтальний синдром при гіпоімуноглобулінемії.

При розгляді даної теми викладач звертає увагу студентів на особливості клінічного перебігу пародонтальних синдромів, на вмінні проводити диференційну діагностику синдромів з самостійними формами патології пародонту та між собою. Наголошує на важливості раннього виявлення даної патології і тісної співпраці лікаря-стоматолога з іншими спеціалістами (гематологами, ендокринологами), адже нерідко перші ознаки захворювання можуть проявлятися в порожнині рота. Так, при некомпенсованому цукровому діабеті одною з перших ознак є симптом гінгівіту чи пародонтиту. При

нейтропенії прорізування тимчасових зубів супроводжується виникненням виразково-некротичного гінгівіту. При частих запальних захворюваннях ЛОР-органів, частих ГРВІ, гнійничкових ураженнях шкіри, можна запідозрити нейтропенію або імунодефіцитні стани. При чому діагностувати лабораторно циклічну нейтропенію можна лише в період нейтропенічного кризу. Остаточо поставити діагноз можна лише на основі певних лабораторних досліджень крові, сечі, Rtg-знімків, гістологічних досліджень.

На занятті необхідно розібрати тактику лікаря-стоматолога при лікуванні дитини з даною патологією. Лікування має бути комплексним. Етіологічне лікування проводять педіатр, гематолог, ендокринолог, психоневролог, а лікар-стоматолог проводить симптоматичне лікування. Без етіологічного лікування, симптоматичне не має сенсу. Припинити повністю деструктивний процес при даній патології не вдається, але систематичне лікування у стоматолога дає суб'єктивне покращення. По мірі втрати зубів показане знімне протезування.

### **Контроль рівня засвоєння знань:**

1. Класифікація захворювань тканин пародонта.
2. Катаральний гінгівіт. Клініка. Диференційна діагностика. Лікування.
3. Гіпертрофічний гінгівіт. Клініка. Диференційна діагностика. Лікування.
4. Виразково-некротичний гінгівіт. Клініка. Диференційна діагностика. Лікування.
5. Локалізований пародонтит. Клініка. Диференційна діагностика. Лікування.
6. Генералізований пародонтит. Клініка. Диференційна діагностика. Лікування.
7. Профілактика захворювань пародонта.
8. Що включає пародонтальний синдром?
9. Пародонтальний синдром при некомпенсованому цукровому діабеті.
10. Клінічний перебіг пародонтального синдрому при спадковій нейтропенії.
11. Хвороба Таратінова. Клініка. Діагностика. Рентгенологічна діагностика.
12. Хвороба Хенда-Шюллера-Крісчена. Клініка. Діагностика. Рентгенологічна діагностика.
13. Хвороба Леттерер-Сіве. Клініка. Діагностика.
14. Синдром Папійона-Лефевра. Клініка. Діагностика.
15. Пародонтальний синдром при гіпоімунглобулінемії. Клініка. Діагностика.
16. Загальні принципи лікування патологічних процесів у пародонті.

### **Орієнтовані тестові завдання:**

1. Юнак 17 років скаржить на кровоточивість та болючість ясен під час чищення зубів. Об'єктивно: поверхня більшості зубів обох щелеп вкрита масивним м'яким нальотом. Маргінальний край ясен яскраво червоний. При дотику – кровоточивість ясен. Яка тактика лікаря доцільна у перше відвідування?
  - A. Професійна гігієна ротової порожнини, гігієнічне навчання
  - B. Екзогенне застосування фторвмісних препаратів
  - C. Призначення фізіотерапевтичних методів
  - D. Призначення протизапальних середників

Е. Санація порожнини рота

2. Хлопчик 14 років. Скарги на біль та кровоточивість ясен під час чищення зубів. Об'єктивно: ясна в ділянці всіх зубів гіперемійовані, набряклі, РМА=67%, гігієнічний індекс Грін-Вермільона - 2,5. Попередній діагноз: загострення хронічного генералізованого катарального гінгівіту. З яким активним компонентом рекомендують зубну пасту в даному випадку?

- А. Хлоргексидин
- В. Гліцерофосфат кальцію
- С. Монофторфосфат
- Д. Вітаміни А, Д, Е
- Е. Комплекс мікроелементів

3. Дитина 13 років скаржиться на кровоточивість ясен під час чищення зубів протягом 4 місяців. Об'єктивно: ясна гіперемійовані, із ціанотичним відтінком. Гігієнічний індекс Федорова-Володкіної – 4,5 бала, проба Шиллера-Писарева позитивна, РМА – 25%. Рентгенологічна картина альвеолярного відростка без змін. Який найбільш ймовірний діагноз?

- А. Хронічний катаральний гінгівіт
- В. Виразковий гінгівіт
- С. Гіпертрофічний гінгівіт
- Д. Гострий катаральний гінгівіт
- Е. Локалізований пародонтит

4. Дитина 15 років звернулась до стоматолога зі скаргами на кровоточивість ясен, неприємний запах з рота. Зі слів пацієнта симптоми з'явилися пів року тому. Об'єктивно: слизова оболонка ясен гіперемійована, пастозна, відзначається кровоточивість при дотику. Проба Шиллера-Писарева позитивна. Індекс РМА становить 70%. Індекс Федорова-Володкіної дорівнює 3 бала. На рентгенограмі фронтального відділу щелеп кортикальна пластинка збережена. Ймовірний діагноз?

- А. Хронічний генералізований катаральний гінгівіт
- В. Хронічний генералізований гіпертрофічний гінгівіт
- С. Гострий генералізований катаральний гінгівіт
- Д. Хронічний генералізований пародонтит
- Е. Загострення хронічного генералізованого пародонтиту

5. У дівчинки 14 років скарги на естетичний дефект через наростання ясен на зуби. Турбує впродовж двох років. Під час огляду: коронки зубів верхньої та нижньої щелеп на 1/3 вкриті яснами, кровоточать при дотику. Визначаються ясенні кишені до 4 мм. Гігієнічний стан порожнини рота незадовільний, прикус ортогнатичний, на рентгенограмі патологічних змін в альвеолярній кістці не виявлено. Ваш попередній діагноз?

- А. Гіпертрофічний гінгівіт.
- В. Хронічний катаральний гінгівіт.
- С. Генералізований пародонтит.
- Д. Локалізований пародонтит.

Е. Фіброматоз ясен.

6. Дівчинка 12 років з'явилась до лікаря-стоматолога з метою профілактичного огляду. Об'єктивно: зуби інтактні, прикус відкритий, слизова оболонка в ділянці папілярно-маргінального краю ясен гіперемійована з ціанотичним відтінком, відмічається збільшення ясенних сосочків, які закривають 1/3 висоти коронки фронтальних зубів верхньої щелепи, форма ясенних сосочків округла. Визначте попередній діагноз.

- А. Гіпертрофічний гінгівіт.
- В. Хронічний катаральний гінгівіт.
- С. Гострий катаральний гінгівіт.
- Д. Фіброматоз ясен.
- Е. Локалізований пародонтит.

7. Дівчинці 15 років; скаржитися на розростання ясен в ділянці фронтальних зубів. Спостерігаються несправжні кишень, ясна пухкі, кровоточать. Встановлено попередній діагноз – гіпертрофічний гінгівіт. З чим найчастіше пов'язані проліферативні процеси в яснах дівчинки?

- А. Горманальною дисфункцією.
- В. Ендокринними порушеннями.
- С. Гіповітамінозом.
- Д. Нервово-трофічними змінами.
- Е. Захворюваннями органів травлення.

8. Хворий 15 років звернувся зі скаргами на розростання ясен, їх кровоточивість і біль при прийомі їжі. Об'єктивно: в ділянці фронтальних зубів верхньої та нижньої щелепи ясенні сосочки гіпертрофовані, перебивають коронки зубів на 1/3, кровоточать при дотику, болючі при пальпації. Встановлено діагноз: гіпертрофічний гінгівіт. Який препарат для місцевого застосування склерозуючої дії слід призначити в комплексі лікувальних заходів?

- А. Ваготіл
- В. Бефунгін
- С. Бісептол
- Д. Ромазулан
- Е. Гепарин

9. У хлопчика 14 років діагностовано локалізований гіпертрофічний гінгівіт в ділянці фронтальних зубів верхньої та нижньої щелеп, гранулююча форма. Прикус ортогнатичний. Глибина присінку порожнини рота 9 мм. Гігієнічний індекс за Федоровим-Володкіною - 3. Дихання носове, шкідливих звичок не виявлено. Лікар-стоматолог провів професійну гігієну порожнини рота, місцеву антимікробну та протизапальну терапію. Яке місцеве лікування потрібно провести в подальшому?

- А. Склерозуюча терапія.
- В. Кюретаж кишень.
- С. Гінгівотомія.
- Д. Фізіотерапія.
- Е. Вестибулопластика.

10. Дівчинці 10 років було встановлено діагноз – гіпертрофічний гінгівіт середньої тяжкості (гранулююча форма). Прийом яких лікарських препаратів може викликати гіперплазію ясен?

- A. Протисудомні (дифеніл).
- B. Знеболюючі (анальгін).
- C. Вітаміни (аскорбінова кислота).
- D. Дисенсибілізуючі (димедрол).
- E. Антибактеріальні (пеніцилін).

11. Дитина 13 років скаржиться на розростання ясен. Об'єктивно: ясенні сосочки у ділянці нижніх і верхніх фронтальних зубів гіперемійовані, набряклі, вкривають 1/3 висоти коронок зубів, кровоточать при дотику. На рентгенограмі змін кістки альвеолярного відростка не виявлено. Аналіз крові у нормі. Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Гіпертрофічний гінгівіт, гранулююча форма, I ступінь.
- B. Хронічний катаральний гінгівіт.
- C. Генералізований пародонтит, початковий ступінь.
- D. Гіпертрофічний гінгівіт, гранулююча форма, II ступінь.
- E. Локалізований пародонтит.

12. Дівчинка 13 років скаржиться на розростання ясен, їх свербіж, кровоточивість і біль, що посилюється під час вживання їжі. Об'єктивно: ясенні сосочки у ділянці нижніх і верхніх фронтальних зубів гіперемійовані, набряклі, вкривають на 2/3 висоти коронок зубів, ясенні кишені, з яких виділяється екссудат, зубоясенне з'єднання не порушене. Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Гіпертрофічний гінгівіт, гранулююча форма, III ступінь.
- B. Гіпертрофічний гінгівіт, гранулююча форма, II ступінь.
- C. Генералізований пародонтит, II ступінь.
- D. Хронічний генералізований пародонтит, III ступінь.
- E. Локалізований пародонтит, II ступінь.

13. Дитина 14 років протягом півроку скаржиться на біль і кровоточивість ясен під час чищення зубів і вживання їжі. Об'єктивно: скупченість зубів у фронтальній ділянці нижньої щелепи, слизова оболонка ясен набрякла, інтенсивно гіперемійована, легко кровоточить при інструментальному дослідженні. Стан гігієни ротової порожнини - поганий. Зубну щітку якої жорсткості слід рекомендувати для індивідуальної гігієни порожнини рота цьому пацієнту?

- A. М'яку.
- B. Середньої жорсткості.
- C. Жорстку.
- D. Дуже м'яку.
- E. Дуже жорстку.

14. У дитини 14 років на підставі скарг та результатів об'єктивного обстеження був поставлений попередній діагноз – гострий виразково-некротичний гінгівіт. Взято мазок-

відбиток з ураженої ділянки для мікробіологічного дослідження. Яка патогенна мікрофлора найбільш ймовірно буде висіяна під час дослідження?

- A. Фузоспірилярний симбіоз.
- B. Бліда трепонема.
- C. Туберкульозна паличка.
- D. Гриби роду *Candida*.
- E. Стрепто-стафілококові асоціації.

15. У дитини 15 років діагностовано виразково-некротичний гінгівіт. Який препарат для місцевого застосування у гострому періоді захворювання обрати?

- A. Метрогіл-дента.
- B. Мазь "Мефенат".
- C. Еритроміцинова мазь.
- D. Мазь "Герпевір".
- E. Солкосерил

16. Дівчинка 13 років звернулася зі скаргами на болючість та кровоточивість ясен. Захворіла 2 дні тому. Об'єктивно: дитина бліда, температура тіла 38,5°C. Підщелепні лімфовузли зліва збільшені і болючі, не спаяні з підлеглими тканинами. Ясенні сосочки і крайова частина ясен у ділянці 33, 34, 35, 36, 37 зубів гіперемійовані, з виразкуваннями, вкриті некротичним нальотом. На зубах відкладення м'якого зубного нальоту. Встановіть попередній діагноз.

- A. Виразково-некротичний гінгівіт.
- B. Гострий катаральний гінгівіт.
- C. Гіпертрофічний гінгівіт.
- D. Хронічний катаральний гінгівіт.
- E. Пародонтит.

17. Дитина 12 років скаржиться на біль в яснах та їх кровоточивість під час чищення зубів і вживання їжі, неприємний запах з рота. Протягом останнього тижня дитина хворіла на грип. Об'єктивно: слизова оболонка ясен в ділянці передніх зубів нижньої щелепи набрякла, гіперемійована, кровоточить при дотику. Ясенні сосочки вкриті брудно-сірим нальотом, виразкуваті. Прикус глибокий. Відзначаються значні нашарування м'якого зубного нальоту. Визначте попередній діагноз.

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

18. Батьки дівчинки 6 років скаржаться на сильний біль під час жування, утруднене вживання їжі, гнилісний запах з рота, загальну слабкість, головний біль. Температура тіла 37,9°C. Об'єктивно: масивні відкладення м'якого зубного нальоту, контури ясенного краю порушені, ясенний край покритий сірим, з неприємним запахом, нальотом. Діагноз:



виразково-некротичний гінгівіт. Переважання яких мікроорганізмів при мікробіологічному дослідженні буде визначальним при диференційній діагностиці?

- A. Фузобактерії.
- B. Стрептококи.
- C. Стафілококи.
- D. Актиноміцети.
- E. Пневмококи.

19. Після об'єктивного обстеження ротової порожнини дитини віком 14 років стоматолог попередньо діагностував генералізований пародонтит. Які, на Вашу думку, основні ознаки цього захворювання бачив лікар?

- A. Симптоматичний гінгівіт, наявність пародонтальної кишені, горизонтальна та вертикальна резорбція альвеолярного відростку, травматична оклюзія, рухомість зубів.
- B. Симптоматичний гінгівіт, рухомість зубів, горизонтальна деструкція кістки альвеолярного паростку.
- C. Кровоточивість ясен, остеопороз і вертикальна деструкція альвеолярної кістки, рухомість зубів, травматична оклюзія.
- D. Симптоматичний гінгівіт, остеопороз і вертикальна резорбція альвеолярної кістки.
- E. Кровоточивість ясен, наявність пародонтальної кишені, горизонтальна та вертикальна резорбція міжзубних перегородок, піорея.

20. Дитина 13 років скаржиться на кровоточивість ясен під час чищення зубів упродовж кількох років. Слизова оболонка ясен на нижній щелепі слабо гіперемійована, ціанотична, набрякла. Прикус глибокий. На рентгенограмі в ділянці 33, 32, 31, 41, 42, 43 зубів на верхівках міжзубних перегородок виявляється порушення чіткості міжзубних перегородок та їх початкова резорбція. Поставте діагноз.

- A. Хронічний локалізований пародонтит.
- B. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт.
- C. Хронічний катаральний гінгівіт.
- D. Хронічний генералізований пародонтит.
- E. Загострення катарального гінгівіту.

21. Дитина 13 років скаржиться на оголення шийок передніх зубів нижньої щелепи і кровоточивість ясен при чищенні зубів упродовж кількох років. Об'єктивно: ясенний край в ділянці 31 і 41 зубів набряклий, гіперемійований, з ціанотичним відтінком. Спостерігається вкорочення вуздечки нижньої губи. Рентгенологічно у цій ділянці визначається остеопороз верхівки міжзубної перегородки і деструкція кортикальної пластинки альвеоли. Поставте діагноз.

- A. Хронічний локалізований пародонтит.
- B. Хронічний катаральний гінгівіт.
- C. Хронічний атрофічний гінгівіт.
- D. Хронічний гіпертрофічний гінгівіт.
- E. Хронічний генералізований пародонтит.

22. Ідіопатичні хвороби – це хвороби, що характеризуються прогресуючим швидким руйнуванням усіх тканин пародонта та виникають:

- A. Розвиваються без видимих причин.
- B. На тлі захворювань ШКТ.
- C. Розвиваються як алергічна реакція.
- D. Виникають у хворих на ГРВІ.
- E. На тлі зниженого імунітету.

23. Вкажіть захворювання, що характеризується зниженою кількістю нейтрофільних гранулоцитів у кістковому мозку та у периферичній крові.

- A. Спадкова нейтропенія.
- B. Хвороба Гоше.
- C. Хвороба Німанна-Піка.
- D. Еозинофільна гранульома.
- E. Хвороба Леттерера-Сіве.

24. До лікаря-стоматолога звернулись батьки трирічної дитини зі скаргами на випадіння у неї усіх зубів. При додатковому обстеженні у крові було виявлено повну відсутність нейтрофільних гранулоцитів при нормі загальної кількості лейкоцитів та незначному збільшенні еритроцитів та тромбоцитів. Для якого захворювання характерні дані результати обстеження?

- A. Постійна нейтропенія.
- B. Циклічна нейтропенія.
- C. Хвороба Таратинова.
- D. Хвороба Хенда-Шюллера-Крісчена.
- E. Хвороба Леттерера-Сіве.

25. Вкажіть захворювання, при якому у кістковому мозку відбувається розростання ретикулоендотеліоцитів і руйнування внутрішньоклітинних ферментативних процесів.

- A. Хвороба Таратинова.
- B. Хвороба Хенда-Шюллера-Крісчена.
- C. Хвороба Гоше.
- D. Хвороба Німанна-Піка.
- E. Хвороба Папійона-Лефевра.

26. Назвіть захворювання, в основі якого лежить порушення холестеринового обміну, що характеризується утворенням у шкірі, лімфатичних вузлах, кістковому мозку і внутрішніх органах вогнищ проліферації клітин, в цитоплазмі яких збільшений вміст ліпідів.

- A. Хвороба Хенда-Шюллера-Крісчена.
- B. Хвороба Німанна-Піка.
- C. Хвороба Леттерера-Сіве.
- D. Хвороба Гоше.
- E. Хвороба Таратинова.

27. При рентгенологічному обстеженні пацієнта 12 років виявлено резорбцію кісткової тканини міжзубних перегородок з чіткими контурами, яка не розповсюджується на тіло щелепи. В основі захворювання лежить спадковий дефіцит ферментів, що відповідають за нормальне дозрівання елементів нейтрофільного ряду. Яке захворювання можна запідозрити в описаному випадку?

- A. Спадкова нейтропенія.
- B. Еозинофільна гранульома.
- C. Некомпенсований цукровий діабет.
- D. Гіпоімуноглобулінемія.
- E. Хвороба Німанна-Піка.

28. У пацієнта 12 років діагностовано захворювання з аутосомно-рецесивним типом спадкування, яке характеризується порушенням триптофанового обміну. При огляді ротової порожнини виявлено генералізований пародонтит. Про яке захворювання йде мова?

- A. Синдром Папійона-Лефевра.
- B. Хвороба Гоше.
- C. Еозинофільна гранульома.
- D. Хвороба Німанна-Піка.
- E. Хвороба Леттерера-Сіве.

29. Назвіть хворобу, яка зумовлена дефіцитом одного або кількох класів імуноглобулінів та має набутий або природжений характер.

- A. Гіпоімуноглобулінемія.
- B. Хвороба Гоше.
- C. Синдром Папійона-Лефевра.
- D. Хвороба Німанна-Піка.
- E. Хвороба Хенда-Шюллера-Крісчена.

30. У хлопчика 9 років у порожнині рота виявлено виразковий гінгівіт, пародонтальні кишені, патологічну рухомість всіх зубів, оголення коренів зубів. На ортопантограмі виявлено деструкцію альвеолярного відростка лакунарного типу. Клінічно: нецукровий діабет, гепатоспленомегалія, екзофтальм; рентгенологічно: осередкова деструкція плоских кісток. Поставте найбільш вірогідний діагноз.

- A. Хронічний гістіоцитоз.
- B. Циклічна нейтропенія.
- C. Постійна нейтропенія.
- D. Синдром Папійона-Лефевра.
- E. Гіпоімуноглобулінемія.

#### **Література :**

1. Хоменко Л.О. и соавт. Терапевтическая стоматология детского возраста. – Киев, 2010.- С. 586-607.
2. Данилевський М.Ф. та співав. Терапевтична стоматологія. Том 3. –Київ: «Медицина», 2008.- С. 164-196.

3. Данилевський Н.Ф., Вишняк Г.Н., Политун А.М. Пародонтологія дитячого віку.- Київ: Здоров'я, 1981.
4. Мельничук Г.М., Рожко М.М., Нейко Н.В. Гінгівіт, пародонтит, пародонтоз: особливості лікування: Навчальний посібник. - Івано-Франківськ, 2004. - С. 92-118.

**Тема:** Диференційна діагностика захворювань слизової оболонки порожнини рота (СОПР) і губ у дітей (вірусної, бактеріальної, травматичної, алергічної природи та при соматичних захворюваннях).

**Мета:** Вивчити особливості диференційної діагностики захворювань СОПР і губ у дітей (вірусної, бактеріальної, травматичної, алергічної природи та при соматичних захворюваннях).

**Контроль початкового рівня знань:**

- 1.Анатомо-фізіологічні особливості будови СОПР у дітей.
- 2.Вплив анатомо-фізіологічних особливостей СОПР у дітей на перебіг патологічних процесів.
- 3.Морфологічні та функціональні особливості губ у дітей різного віку.
- 4.Первинні елементи ураження на слизовій оболонці порожнини рота губ у дітей (вірусної, бактеріальної, травматичної, алергічної природи та при соматичних захворюваннях).
- 5.Вторинні елементи ураження на слизовій оболонці порожнини рота губ у дітей (вірусної, бактеріальної, травматичної, алергічної природи та при соматичних захворюваннях).
6. Основні та додаткові методи обстеження.
7. Лабораторні методи обстеження СОПР.
8. Що таке алергія?
9. Класифікація алергенів.
10. Стадії, типи та механізм розвитку алергічних реакцій.

**Зміст заняття:**

**Гострий герпетичний стоматит (ГГС)** є одним із найпоширеніших захворювань СОПР у дітей. Збудником ГГС є вірус простого герпесу (*Herpes simplex*), який є ДНК-вмісним і належить до групи нейротропних. Найчастіше хворіють діти віком від 6 місяців до 3 років. Зараження проходить при прямому контакті з хворим на герпес чи вірусоносієм - контактний або повітряно-крапельний шлях інфікування. Виникненню хвороби сприяє травма покривних тканин. Первинний елемент ураження СОПР – пухирець.

Діагноз ГГС встановлюється на основі аналізу клінічних проявів, анамнезу щодо епідеміологічного оточення, результатів вірусологічного, серологічного, цитологічного та імунофлуоресцентного досліджень. При цитологічному дослідженні для стадії дегенерації характерні величезні багатоядерні клітини Пирогова-Лангханса округлої форми з цитоплазмою блакитного кольору, з кількістю ядер 2 та більше.

**Рецидивуючий герпетичний стоматит (РГС)** є хронічним захворюванням вірусної етіології, що спричиняється ДНК-вмісним нейротропним вірусом звичайного герпесу. Передача інфекції відбувається контактним та повітряно-крапельним шляхами. Виникнення рецидивів відбувається найчастіше у весняно-осінній період при гострих респіраторних захворюваннях, загостренні хронічних хвороб дихальних шляхів тощо. Нерідко у дитячих колективах виникають епідемічні спалахи, що пояснюється інкубаційним періодом хвороби (2-6 днів).

Після перенесеної первинної герпетичної інфекції вірус залишається в організмі людини, очевидно, протягом усього її життя, і захворювання переходить у латентну фазу тривалого вірусоносійства, яка часто супроводжується рецидивами (рецидивна форма).

Рецидивуючий герпес СОПР частіше локалізується на твердому піднебінні, щоках, язичі і виникає здебільшого внаслідок дії зазначених вище провокуючих чинників. У більшості випадків РГС висип обмежений, з типовою динамікою процесу: пухирці з'являються групою, зливаються, тріскають, утворюючи ерозію з поліциклічними обрисами.

Діагностика герпетичних уражень СОПР ґрунтується на їх клінічній характеристиці та даних лабораторних досліджень.

Діагностуючи первинну герпетичну інфекцію, необхідно враховувати 5 ознак: 1) відсутність даних про попередні герпетичні ураження якої-небудь частини тіла; 2) контакт з хворим на герпес; 3) пересічна тривалість інкубаційного періоду 5 днів; 4) наявність характерних уражень; 5) регіонарна лімфаденія і системні прояви.

Відсоток позитивних результатів збільшується, якщо матеріал для імунофлюорисцентного дослідження отримують у перші дні висипання в порожнині рота.

Диференційна діагностика проводиться із захворюваннями, які супроводжуються пухирцево-пухирними, ерозивними чи афтоподібними елементами (пухирчатка, багатоформна ексудативна еритема, ерозивний стоматит, хронічний рецидивуючий афтозний стоматит, герпангіна).

- пухирчатка - виникає переважно у людей старшого віку, що супроводжується мономорфним висипом, пухирі тонкостінні, ареактивність оточуючих тканин, позитивний симптом Нікольського, млява епітелізація тканин. Особливе значення в диференційній діагностиці має цитологічне дослідження матеріалу, при якому виявляються характерні акантолітичні клітини пухирчатки або клітини Тцанка;

- багатоформна ексудативна еритема - для ББЕ характерним є поліморфізм висипу (еритема, папула, ерозія, пухирець, пухир), крім СОПР уражається шкіра певних ділянок тіла, на яких утворюються характерні елементи ураження ("кокарди");

- ерозивний стоматит - відсутність в анамнезі пухирців, значної болючості, нальоту на поверхні ерозій та евелкі їх розміри. Можливе знаходження диплокока в зіскрібках з поверхні ерозії;

- хронічний рецидивуючий афтозний стоматит – характеризується виникненням на СОПР болючої афти, в анамнезі наявність супутньої загальносоматичної патології;

- герпангіна - потрібно врахувати вік хворих, сезонність. При герпангії немає герпетичних висипань на шкірі та гінгівіту. Збудник захворювання належить до ентеровірусів.

Збудниками **грибкової інфекції** порожнини рота є гриби роду *Candida* (*Candida albicans*, *Candida pseudotropicalis*, *Candida tropicalis*). Частіше серед них уражає слизову оболонку *Candida albicans*. У разі зниження захисних сил організму та бар'єрної функції СОПР і розвитку дисбактеріозу ці гриби стають патогенними. Особливо слід відзначити роль у патогенезі кандидозу антибіотиків, сульфаніламідних препаратів, кортикостероїдів. Важливою передумовою виникнення кандидозу СОПР є також певний стан ротової порожнини: зволоженість, температура, негігієнічне утримання ротової порожнини, вуглеводний характер харчування, несанована ротова порожнина, наявність каріозних порожнин, пародонтальних кишень та хронічних захворювань СОПР.

Клініко-морфологічна класифікація поділяє кандидози за перебігом на гострий (псевдомембранозний і атрофічний) та хронічний (гіперпластичний і атрофічний).

При хронічному перебігу у дітей залежно від локалізації найчастіше є прояви глоситу, тому диференційну діагностику кандидозу проводять з десквамативним глоситом, екзематозним, а також з актинічним, ексфоліативним хейлітом, стрептококовим чи стафілококовим ангулярним хейлітом. На язиці наліт жовтого або світло-коричневого кольору, щільно з'єднаний з тканиною язика. Наявні хронічні мікотичні заїди. У таких дітей часто спостерігається декомпенсована форма карієсу, патологічно форма прикусу. Шкіра гіперімевана, з проявами мацерації. При мікроскопічному дослідженні виявлено колонії гриба, його клітини та псевдо міцелій.

**Хейліт**—це запальний процес червоної облямівки, слизової оболонки та шкіри губ. У дитячому віці це досить поширена патологія, для діагностики і лікування якої необхідно враховувати морфо-функціональні особливості та зрілість тканин, що утворюють губи. Залежно від етіології хейліти поділяють на самостійні та симптоматичні. За перебігом хейліти бувають гострі і хронічні.

Диференційна діагностика хейлітів проводиться між різними формами хейлітів. Ексудативну форму **ексфоліативного хейліту** слід розмежовувати з ексудативною формою актинічного хейліту та абразивним прекарценозним хейлітом Манганотті, листовидною формою пухирчатки, ерозивно-виразковою формою ЧВ і ЧПЛ. Сушу форму ексфоліативного хейліту диференціюють від сухої форми актинічного хейліту метеорологічного хейліту, контактного алергічного хейліту, а також від червоного вовчака губ без клінічно вираженого гіперкератозу й атрофії.

Диференційна діагностика серозної та гнійної форми гландулярного хейліту не викликає труднощів, оскільки клінічна картина цих форм надто своєрідна. Однак їх слід відрізнити від вторинного гландулярного хейліту, причиною якого є запальні захворювання губ.

Основним диференційним критерієм контактного алергічного хейліту є гострий початок і причинний зв'язок з хімічними речовинами.

**Анафілактичний шок** –гостра, генералізована алергічна реакція негайного типу. Предвісником анафілактичного шоку є поява одразу ж після введення препарату або й під час його введення загальної слабкості, сильного головного болю, гострого болю за грудиною, в животі, раптового різкого поблідіння. Диференційну діагностику проводять з **набряком Квінке** при якому виникає локальний набряк шкіри, підшкірної клітковини, який супроводжується набряком слизових оболонок в поєднанні з кропивницею або без неї. Набрякання підшкірної клітковини часто відбувається на тильній стороні кистей рук, ступнів. При локалізації набряку на обличчі в першу чергу він проявляється на шкірі губ, повік. Однак, набряк може розвиватися налюбій частині тіла. Місця набряку не болючі, при натисканні ямка не утворюється. Якщо в процес втягнута слизова, типова локалізація – губи, язик, гортань. Характерні скарги на відчуття оніміння, розпирання, свербіж виражений значно слабше в порівнянні з **кропивницею**, яка супроводжується дуже швидким розвитком набряку з появою свербіння та висипань на шкірі. Кропивниця починається раптово, безпосередньо після вживання ліків, а іноді і через декілька хвилин або й годин. Захворювання починається з сильного свербіння, загального недомагання, підвищення температури тіла до 38-39°C, головного болю. На шкірі проявляються еритема, макули, папули, починається набряк обличчя, слизової оболонки. З'являються

кашель, інспіраторна, а надалі – інспіраторно-експіраторна задишка, шумне дихання, асмаптичні явища.

**Алергічні медикаментозні ураження СОПР** у дітей диференціюють з виразково- некротичним стоматитом Венсана, агранулоцитозом, лейкозом, ГГС, багатоформною ексудативною еритемою.

Важливим діагностичним показником є усунення гострих явищ після відміни лікарських препаратів, які стали причиною захворювання.

**Багатоформна ексудативна еритема** – гостра запальна хвороба, для якої характерні поліморфний висип на шкірі та слизових оболонках, циклічність перебігу і схильність до рецидиву, особливо восени і навесні. Виділяють дві форми багатоформної ексудативної еритеми – інфекційно-алергічну і токсико-алергічну.

При діагностиці БЕЕ, як і інших алергічних захворювань, велике значення має алергологічний анамнез. Крім того, використовуються специфічні і неспецифічні тести. Зокрема, шкірні алергічні проби (аплікаційні, скарифікаційні, внутрішньошкірні) та пробіркові реакції (реакція бласттрансформації лімфоцитів, тест альтерації нейтрофілів, показник ушкодження нейтрофілів). Диференційну діагностику БЕЕ проводять з іншими проявами алергії в ротовій порожнині, а також з гострим герпетичним стоматитом, пухирчаткою, хворобою Дюрінга:

- хвороба Дюрінга рідко розвивається на СОПР, а якщо й трапляється, то елементи ураження мономорфні (пухирі, пухирці), найчастіше локалізуються на незмінній СО піднебіння, щік, язика, рідше на губах, тим часом як при БЕЕ поліморфні елементи висипають на набряклій і гіперемійованій СО;

- **синдром Стівенса-Джонсона** розглядають як важку форму БЕЕ, при якій одночасно уражається слизова оболонка очей, носа, сечостатевої системи та шлунково-кишкового тракту. Для синдрому Стівенса-Джонсона характерним є: гострий початок, швидке прогресування, важкий загальний стан, висока температура тіла (40°C), інтоксикація. В порожнині рота та на рівні сполучення шкірної частини губ із слизовою оболонкою з'являються еритемо-папульозні або везикуло-бульозні висипання, після вскриття яких утворюються значні, іноді кровоточиві, ерозивні поверхні, вкриті фібринозним нальотом. Спостерігається гіперсаливація та неприємний запах з рота. Наведені прояви супроводжуються запаленням слизової оболонки трахеї, бронхів, сечостатевої системи, шлунка та кишківника. При діагностиці синдрому Стівенса-Джонсона, як і інших алергічних захворювань, значення має алергологічний анамнез. Крім того, використовуються специфічні і неспецифічні тести, зокрема шкірні алергічні проби (аплікаційні, скарифікаційні, внутрішньошкірні) та пробіркові реакції.

**Гострі механічні пошкодження СОПР** виникають внаслідок дії ріжучих предметів тощо. У ділянці пошкодження виникає гіперемія, десквамація, ерозивне чи виразкове порушення глибших шарів. Найчастіше ушкоджується слизова оболонка язика, губ та щік по лінії змикання губ. При цьому спочатку з'являється біль, в місці травми може утворитись гематома, екскоріація, ерозія або виразка. Виникнення травматичних виразок супроводжується підвищеним слиновиділенням.

**Хронічне механічне пошкодження** тканин спостерігається частіше. Причинами є тривале травмування слизової оболонки гострими краями зубів, ортодонтичними апаратами тощо. Характеризується виникненням пролежневої ерозії, різної глибини та розмірів. Дно вкрите блідо-жовтим нальотом. Окрему форму хронічного механічного



пошкодження у дітей до 1 року становлять афти Беднара. Вони виникають, як правило, при використанні неправильно підібраних сосок. Клінічно на межі твердого і м'якого піднебіння виникають круглі чи овальні з чіткими краями виразки «крила метелика». Внаслідок болючості дитина відмовляється від їжі.

Диференційну діагностику хронічної травми проводять з кандидозом (відсутність грибів у цитологічному дослідженні). Також слід відрізнити від ракових, трофічних, туберкульозних та сифілітичних виразок:

- ракова виразка відрізняється від травматичної більшою щільністю країв і основи, наявністю розростання по краях. Після усунення подразника загоєння не відбувається. Вирішальним у діагностиці є цитологічне та гістологічне дослідження;

- виразкові ураження при міліарному туберкульозі характеризуються болючістю, підритими краями; дно їх зернисте і жовтувате. Вони не епітелізуються після усунення подразника. При цитологічному дослідженні виявляють епітеліоїдні клітини і гігантські клітини Лангганса;

- твердий шанкр характеризується появою щільного інфільтрату, що оточує виразку, рівними краями, гладеньким дном м'ясо-червоного кольору. Оточуюча СОПР без змін. Регіональні лімфатичні вузли збільшені, не болючі, ущільнені. Діагноз уточнюють знаходженням блідої трепонеми;

- трофічна виразка характеризується тривалим існуванням, млявим перебігом, мало вираженими ознаками запалення, наявністю у хворого супутніх захворювань.

**Хімічні пошкодження** є наслідком потрапляння у ротову порожнину побутових хімічних чи лікарських речовин. Характеризується інтенсивним болем, утрудненим вживанням їжі, гіперсаливацією, набряком, гіперемією. Опік кислотою характеризується коагуляційним (сухим) некрозом, а опік лугом - колікваційним (вологим).

**Термічні пошкодження** виникають внаслідок дії низьких або високих температур на СОПР. У разі легких опіків спостерігається гіперемія, тяжкі опіки супроводжуються утворенням пухирів або злуцненням епітелію великими шарами, а пізніше утворенням ерозій та виразок. Приєднання вторинної інфекції ускладнює перебіг стоматиту і сповільнює епітелізацію ділянок ураження. З впливом низьких температур лікар зустрічається, в основному, при кріотерапії. При цьому в осередку кріовтручання одразу виникає різке локальне катаральне запалення, яке пізніше переходить в некроз.

**Променеве пошкодження** найчастіше виникає як ускладнення променевої терапії. Реакція СОПР дістала назву променевого мукозиту. Особлива чутлива до опромінення ділянка м'якого піднебіння.

#### **Контроль рівня засвоєння знань:**

1. Основні та додаткові методи обстеження хворого на ГГС та РГС?
2. Диференційна діагностика ГГС та РГС.
3. Основні та додаткові методи обстеження хворого на грибкові захворювання СОПР у дітей?
4. Диференційна діагностика грибкових уражень СОПР у дітей.
5. Диференційна діагностика хейлітів у дітей.
6. Алергічні реакції негайного та сповільненого типу.
7. Анафілактичний шок, діагностика.
8. Набряк Квінке, діагностика.

9. Кропивниця, діагностика.
10. Диференційна діагностика алергічних реакцій негайного типу.
11. Діагностика та диференційна діагностика медикаментозної алергії на СОПР.
12. Діагностика та диференційна діагностика БЕЕ..
13. Діагностика та диференційна діагностика Синдром Стівенса-Джонсона.
14. Гострі механічні травми СОПР дітей, діагностика.
15. Афта Беднара. Діагностика, диференційна діагностика.
16. Декубітальна виразка. Діагностика, диференційна діагностика.
17. Термічні, хімічні та променеві травми. Діагностика. Диференційна діагностика.

#### **Орієнтовані тестові завдання:**

1. До лікаря-стоматолога звернулись батьки 1,5 річної дитини зі скаргами на неспокійну поведінку дитини, підвищення температури тіла до 39°C, поганий сон, неприємний запах з рота. Дитина хворіє протягом 4 днів. При об'єктивному обстеженні виявлено: слизова оболонка порожнини рота гіперемійована, ясна набряклі, легко кровоточать. Слизова оболонка губ, щік, твердого піднебіння вкрита ерозіями. Який ймовірний діагноз?
  - A. Гострий герпетичний стоматит.
  - B. Гострий кандидозний стоматит.
  - C. Хронічний афтозний стоматит.
  - D. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит.
  - E. Коксаківірусний стоматит.
  
2. За скеруванням лікаря-педіатра на консультацію до стоматолога привели дівчинку 3 років, яка хворіє 2 дні. Температура тіла 37,8°C, кашель, нежить; дитина відмовляється від їжі. Об'єктивно: слизова оболонка ясен гіперемійована, набрякла, кровоточить під час дотику, підщелепні лімфовузли збільшені, рухомі, болісні, на слизовій оболонці щік поодинокі ерозії округлої форми. Який найбільш вірогідний діагноз?
  - A. Гострий герпетичний стоматит.
  - B. Гіпертрофічний гінгівіт.
  - C. Кандидозний стоматит.
  - D. Багатоформна ексудативна еритема.
  - E. Виразковий гінгівіт.
  
3. Дитина 3 років на прийомі у стоматолога з приводу болючості при прийомі їжі та висипань, які появились день тому. З анамнезу відомо, що кілька днів тому дитина перебувала в контакті з хворою ГГС. Об'єктивно: температура тіла 37,5°C, шкірні покриви чисті, підщелепні лімфовузли болісні. У порожнині рота на слизовій оболонці губ і язичці ерозії округлої форми, діаметром 1-3 мм, болісні, вкриті білуватим нальотом. Ясна на верхній та нижній щелепах гіперемійовані, набряклі, кровоточать при дотику. Яка найбільш ймовірна причина розвитку захворювання?
  - A. Вірусна інфекція
  - B. Стрептококова інфекція
  - C. Алергічна реакція
  - D. Стафілококова інфекція
  - E. Механічна травма

4. Дівчинка 2-х років хворіє 2-й день. Температура тіла 38°C, відмовляється від їжі, вередує. Підщелепні лімфовузли болісні, дещо збільшені. В порожнині рота на слизовій губ, щік, м'якого піднебіння численні ерозії, які в окремих ділянках зливаються. Ерозії вкриті білуватим нальотом. Визначаються симптоми катарального гінгівіту. Вкажіть попередній діагноз.

- A. Гострий герпетичний стоматит.
- B. Рецидивуючий герпес.
- C. Багатоформна ексудативна еритема.
- D. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит.
- E. Гострий кандидозний стоматит

5. Дитина 1,5 років хворіє протягом двох днів, відмовляється від їжі, неспокійна. Батьки відзначають підвищення температури тіла до 38,5°C, появу болісних виразок у ротовій порожнині. Об'єктивно: на слизовій оболонці м'якого і твердого піднебіння визначається 5-7 афт овальної форми, вкритих фібринозним нальотом. Регіонарні лімфатичні вузли дещо збільшені, болісні при пальпації. Визначається набряк, гіперемія і кровоточивість ясен. Визначте найбільш ймовірний діагноз.

- A. Гострий герпетичний стоматит.
- B. Герпетична ангіна.
- C. Інфекційний мононуклеоз.
- D. Багатоформна ексудативна еритема.
- E. Гострий кандидозний стоматит.

6. На консультацію до стоматолога принесли 3-х тижневу дитину. Зі слів матері дитина неспокійна, погано спить, плаче. Об'єктивно: на слизовій оболонці губ, щік, язика міститься білий наліт, що нагадує зсіле молоко, дещо підвищується над рівнем гіперемійованої слизової оболонки, погано знімається. Вкажіть діагноз.

- A. Пліснявка.
- B. Хронічний кандидозний стоматит.
- C. Дифтерія.
- D. Гострий герпетичний стоматит.
- E. М'яка лейкоплакія.

7. У хлопчика 6 років на слизовій оболонці щік, язика з'явився білий наліт, який легко знімається. Після зняття нальоту – гіперемійована поверхня слизової. Температура тіла не підвищена, регіонарні лімфовузли збільшені, не спаяні з оточуючими тканинами. Недавно дитина пройшла курс лікування з приводу пневмонії. Який Ваш діагноз?

- A. Гострий кандидозний стоматит.
- B. Гострий герпетичний стоматит.
- C. Хронічний кандидозний стоматит.
- D. Хронічний афтозний стоматит.
- E. Багатоформна ексудативна еритема.

8. Батьки дитини 5 місяців скаржаться на наявність у неї білого нальоту в порожнині рота. Дитина капризна, погано їсть. Загальний стан задовільний, температура тіла нормальна. Об'єктивно: на слизовій оболонці щік, губ і на язиці відмічається білий сироподібний наліт, що легко знімається. Слизова оболонка під ним гіперемійована, набрякла. Проти якого збудника необхідно призначити лікування?

- A. Гриби роду *Candida*.
- B. Стрептококи.
- C. Паличка Леффлера.
- D. Вірус простого герпесу.
- E. Паличка Борде-Жангу.

9. Батьки дитини 6 місяців скаржаться на наявність у нього нальоту в порожнині рота. Хлопчик неспокійний, капризує під час їди. Об'єктивно: на слизовій оболонці язика на тлі гіперемії і набряку спостерігається наліт білого кольору, який нагадує зсіле молоко і легко знімається. Виберіть препарати для етіотропного лікування.

- A. Протигрибкові.
- B. Антигістамінні.
- C. Противірусні.
- D. Кератопластики.
- E. Антибактеріальні.

10. Батьки 6-місячної дитини скаржаться на відмову дитини від їжі, наявність білуватих нашарувань в порожнині рота. Дитина неспокійна. Об'єктивно: на набряклій, гіперемійованій слизовій оболонці губ, щік, язика сироподібний наліт сірувато-білого кольору, що легко знімається, після його видалення ерозій немає. Виберіть найбільш ймовірний діагноз ?

- A. Гострий кандидозний стоматит.
- B. Гострий герпетичний стоматит.
- C. Червоний плескатий лишай.
- D. М'яка форма лейкоплакії.
- E. Багатоформна ексудативна еритема.

11. Батьки дитини 4 місяців скаржаться на неспокійну поведінку дитини, відмову від їжі та появу в порожнині рота нальоту білого нальоту. Об'єктивно: загальний стан дитини задовільний, температура тіла 37,1 С. На слизовій оболонці щік, губ, твердого піднебіння білий наліт, який легко знімається. Який додатковий метод дослідження підтвердить діагноз?

- A. Мікробіологічний.
- B. Цитологічний.
- C. Імунологічний.
- D. Імунофлюоресцентний.
- E. Вірусологічний.

11. У новонародженої дитини мати помітила білий наліт на слизовій губ. Загальний стан дитини не порушений. Під час огляду на слизовій оболонці губ та язика виявлено наліт

білого кольору, нагадує молоко, що згорнулося. Тампоном наліт знімається лише частково. Який найбільш ймовірний діагноз?

- A. Грибковий стоматит.
- B. Дифтерія.
- C. Медикаментозний стоматит.
- D. Хімічний опік.
- E. Герпетичний стоматит.

12. Батьки дитини 6 місяців скаржаться на наявність нальоту в порожнині рота у дитини. Об'єктивно: слизова оболонка порожнини рота гіперемійована, вкрита білим нальотом, що нагадує зсіле молоко, наліт легко знімається. Що є збудником даного захворювання?

- A. *Candida albicans*.
- B. *Herpes simplex*.
- C. *Streptococcus pyogenes*.
- D. *Coxsackievirus*.
- E. *Varicella-zoster virus*.

13. Дитина 13 років скаржиться на сухість і лущення губ, які непокоять впродовж 1,5 року. По допомогу звернулася вперше. Об'єктивно: на межі червоної облямівки і слизової оболонки губ є численні сухі напівпрозорі лусочки, трохи припідняті по краях. Після їх усунення оголюється яскраво-червона гладенька поверхня. Шкіра і кути рота не пошкоджені. Поставте діагноз.

- A. Ексфоліативний хейліт, суха форма.
- B. Гландулярний хейліт.
- C. Ексфоліативний хейліт, ексудативна форма.
- D. Актинічний хейліт.
- E. Екзематозний хейліт.

14. Дитина 6 років скаржиться на болючість і сухість губ, які виникли після тривалого перебування на відкритому повітрі. Під час огляду виявлені сухість, незначні набряк, гіперемія та інфільтрація губ. На червоній облямівці багато лусочок. Який попередній діагноз?

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

15. Дитина 8 років скаржиться на біль і відчуття печії в кутах рота, що утруднює його відкривання. Об'єктивно: у кутах рота є тріщини та ерозії з інфільтрованими краями, вкриті сірувато-білим нальотом, а також гіперемія та мацерація шкіри. Прикус глибокий. В анамнезі дисбактеріоз кишечника. Поставте попередній діагноз.

- A. Мікробний хейліт.
- B. Ексфоліативний хейліт.
- C. Актинічний хейліт.

- D. Екзематозний хейліт.
- E. Алергічний хейліт.

16. Для якого з хейлітів характерна тріада: макрохейліт, борозенчастий язик, парез лицевого нерва?

- A. Синдром Мелькерсона-Розенталя.
- B. Алергічний хейліт.
- C. Атопічний хейліт.
- D. Екзематозний хейліт.
- E. Актинічний хейліт.

17. Дівчинка 10 років скаржиться на біль під час вживання їжі. Об'єктивно: на набряклій та гіперемійованій червоній облямівці нижньої губи в зоні Клейна – кірочки коричневатого кольору на всьому протязі аж до кутів рота. Після зняття кірочок оголюється яскраво-червона гладка поверхня. Слизова оболонка порожнини рота без патологічних змін. Підщелепові лімфатичні вузли дещо збільшені, рухомі, неболючі при пальпації. Ваш діагноз.

- A. Ексфоліативний хейліт, ексудативна форма.
- B. Метеорологічний хейліт.
- C. Контактний алергічний хейліт.
- D. Гландулярний хейліт.
- E. Ексфоліативний хейліт, суха форма.

18. Дитина 14 років скаржиться на сухість і лущення губ, особливо в осінньо-зимовий період. Об'єктивно: червона облямівка губ суха, інфільтрована, вкрита численними лусочками. Шкіра губ ущільнена, пігментована, визначається посилення її малюнка, лущення, радіальні тріщини. Окрім того, є сухість, ліхенізація та екскоріація шкіри обличчя. Поставте попередній діагноз.

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

19. Підліток 15 років скаржиться на періодичне потовщення нижньої губи, яке утримується кілька днів. Об'єктивно: нижня губа майже вдвічі збільшена в об'ємі, її червона облямівка суха і вкрита лусочками; шкіра в ураженій ділянці бліда; пальпаторно виявляється м'яка консистенція. Який попередній діагноз?

- A. Макрохейліт.
- B. Контактний алергічний хейліт.
- C. Метеорологічний хейліт.
- D. Гландулярний хейліт.
- E. Атопічний хейліт.

20. До лікаря-стоматолога по термінову допомогу звернулась мати дівчинки 8 років. Дитина гралася у дворі, де росли квіти, і раптом відчула печію, різкий миттєвий біль у

правій щоці. Мати, яка була поруч з'ясувала, що доньку вкусила комаха. За кілька хвилин мати помітила, що щока дівчинки різко збільшилася в розмірі без почервоніння, контури правого ока перетворилися на щілину. У такому стані мати привела дитину до стоматолога. Об'єктивно: обмежений набряк правої щічної та підорбітальної ділянки із напруженням тканин, колір шкіри не змінений, пальпація набряклої ділянки не болісна. Встановіть діагноз.

- A. Ангіоневротичний набряк Квінке.
- B. Рожисте запалення щоки.
- C. Лімфостаз.
- D. Гострий періостит верхньої щелепи.
- E. Гостра травма обличчя.

21. Батьки дитини 9 років скаржаться на біль в ротовій порожнині у дитини, загальну слабкість, підвищення температури тіла до 39-40°. Дитина хворіє другий день. Декілька днів тому хлопчик приймав антибіотики. При огляді: загальний стан важкий. Губи набряклі, покриті масивними кров'янистими кірками. На слизовій оболонці щік, язика, губ – обширні ерозії, вкриті білуватим нальотом. Кров'яністі кірочки в носових ходах, кон'юнктивіт правого ока. На шкірі передпліччя наявні "кокарди" (синьо-червоні еритематозні плями з міхурцями в центрі) Встановіть діагноз.

- A. Синдром Стівенса-Джонсона.
- B. Гострий герпетичний стоматит.
- C. Алергічний стоматит.
- D. Синдром Лайела.
- E. Багатоформна ексудативна еритема.

22. Хвора 16-ти років звернулась до стоматолога для видалення 27 зуба. Після проведення анестезії 2% розчином лідокаїну вона поскаржилась на пульсуючий головний біль, шум у вухах, нудоту, свербіж шкіри. Відмічались задишка, падіння артеріального тиску, тахікардія, ниткоподібний пульс. Який найбільш ймовірний діагноз?

- A. Анафілактичний шок.
- B. Гіперглікемічна кома.
- C. Гіпертонічний криз.
- D. Набряк Квінке.
- E. Кропивниця.

23. Дівчинка 12 років скаржиться на підвищення температури тіла до 38,8°C, головний біль, наявність болючих виразок в порожнині рота. З анамнезу – пройшла курс антибіотикотерапії. Об'єктивно: на гіперемійованій набряклій слизовій оболонці губ, щік, язика виявлені ерозії, вкриті фібринозним нальотом. На червоній облямівці губ спостерігаються тріщини та кров'яністі нашарування. Спостерігаються ураження слизової оболонки трахеї та сечо-статевої системи. Який найбільш ймовірний діагноз?

- A. Синдром Стівенса-Джонсона.
- B. Рецидивуючий герпетичний стоматит.
- C. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит.
- D. Виразково-некротичний стоматит.

Е. Багатоформна ексудативна еритема.

24. Хворий 17 років звернувся до стоматолога із загостренням хронічного періодонтиту 24 зуба. Під окістя в ділянці 24 зуба було введено 1мл 30% розчину лінкоміцину. Через декілька хвилин хворий відчув утруднення під час ковтання та дихання, голос став сиплим, швидко почали наростати ядуха, набряк губ,язика, з'явився ціаноз обличчя та шиї. АТ – 100/75 мм.рт.ст. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Набряк Квінке.
- В. Колапс.
- С. Кропивниця.
- Д. Обтураційна асфіксія.
- Е. Анафілактичний шок.

25. Хлопчик 12 років скаржиться на біль в порожнині рота, який з'явився 2 доби тому, головний біль, підвищення температури тіла до 39°C. Об'єктивно: на шкірі рук визначаються плями, папули та пухирі. Спостерігається катаральний кон'юнктивіт та риніт. Червона облямівка губ набрякла, вкрита кров'янистими кірками. На слизовій оболонці порожнини рота на тлі набряку та гіперемії виявлені значні болючі ерозії, вкриті сіро-білим нальотом з уривками покришок пухирів по краям. Встановіть попередній діагноз.

- А. Синдром Стівенса-Джонсона.
- В. Рецидивуючий герпетичний стоматит.
- С. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит.
- Д. Синдром Лайєлла.
- Е. Багатоформна ексудативна еритема.

26. Дівчинка 16-ти років звернулася до лікаря-стоматолога для видалення 16 зуба. Після проведення анестезії 2% розчином лідокаїну вона поскаржилась на пульсуючий головний біль, шум у вухах, нудоту, свербіж шкіри. Відмічались задишка, падіння артеріального тиску, тахікардія, ниткоподібний пульс. Встановлено діагноз – анафілактичний шок. Які можливі причини смерті при анафілактичному шоці?

- А. Всі відповіді вірні.
- В. Гостра дихальна недостатність.
- С. Набряк мозку.
- Д. Гостра ниркова недостатність.
- Е. Гостра серцева недостатність.

27. Дівчинка 12 років знаходиться на диспансерному спостереженні в лікаря гастроентеролога з приводу дискінезії жовчних шляхів. До стоматолога звернулася зі скаргами на біль при прийомі їжі, наявність висипань на слизовій оболонці порожнини рота. При об'єктивному обстеженні на слизовій оболонці ротової порожнини виявлені ерозії, червона облямівка губ вкрита геморагічними кірками. Шкіра передпліч вкрита синюшними папулами з впалим міхурцем у центрі. Поставте попередній діагноз.

- А. Багатоформна ексудативна еритема, інфекційно-алергічна форма.
- В. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит, важка форма.



- С. Гострий герпетичний стоматит, важка форма.
- Д. Багатоформна ексудативна еритема, токсикоз-алергічна форма.
- Е. Синдром Стівенса-Джонсона.

28. До лікаря–стоматолога звернулись батьки 3-місячної дитини зі скаргами на неспокійну поведінку, плаксивість, відмову від прийому їжі. Зі слів батьків дитина народилась недоношеною. Знаходиться на штучному вигодовуванні. Об'єктивно: на межі твердого і м'якого піднебіння – виразка округлої форми з чіткими краями . Слизова навколо виразки гіперемійована, набрякла. Поверхня виразки вкрита жовто-сірим нальотом. Який найбільш ймовірний діагноз?

- А. Афта Беднара
- В. Декубітальна виразка
- С. Туберкульозна виразка
- Д. Сифілітична виразка
- Е. Рецидивуюча афта

29. Пацієнт 16 років скаржиться на появу на протязі місяця виразки на язиці поруч із зруйнованим зубом. Було поставлено діагноз: декубітальна виразка. Яке дослідження необхідно провести для диференційної діагностики декубітальної виразки від ракової?

- А. Гістологічне
- В. Серологічне
- С. Бактеріологічне
- Д. Люмінесцентне
- Е. Імунологічне

30. Встановлено, що дитина отримала хімічний опік побутовою хімією, до складу якої входила сірчана кислота. Яку речовину необхідно застосувати для попередньої обробки?

- А. Луг
- В. Антисептик
- С. Спирт
- Д. Проточну воду
- Е. Кислоту

31. Мати 4-місячної дитини скаржаться на відмову дитини від їжі, наявність виразки на піднебінні. Дитина народилась недоношеною і знаходиться на штучному вигодовуванні. Об'єктивно: на межі твердого і м'якого піднебіння виразка овальної форми з чіткими краями, обмежена гіперемійованим валиком. Яка найбільш ймовірна причина виникнення захворювання?

- А. Механічна травма
- В. Стрептококова інфекція
- С. Стафілококова інфекція
- Д. Алергічна реакція
- Е. Вірусна інфекція

32. Дівчинка 14 років звернулася зі скаргами на неприємні відчуття на слизовій оболонці щік, які вона пов'язує з появою у ротовій порожнині ортодонтичного апарату. Об'єктивно: поодинокі виразки, болючі при дотику, оточені запальним інфільтратом. Дно вкрито фібринозним нальотом. Який найбільш ймовірний попередній діагноз ?

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

33. Дитина тривалий час хворіє гастритом. Звернулася зі скаргами на наявність болючих „виразкових утворень”, що ускладнюють розмову, вживання їжі, pojawiaються періодично (навесні і восени). Об'єктивно: слизова оболонка рота бліда, набрякла. На слизовій щік і бокових поверхнях язика виявлено афти овальної форми (5 мм), покриті фіброзним нальотом, різко болючі, м'які при пальпації. Поставте попередній діагноз

- A. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит
- B. Синдром Бехчета
- C. Декубітальні виразки
- D. Афти Беднара
- E. Хронічний рецидивуючий герпес

34. За скеруванням лікаря-педіатра на консультацію до стоматолога привели дівчинку 3 років, яка хворіє 2 дні. Мати відмічає сезонність висипань - весна-осінь. Температура тіла не має, дитина відмовляється від їжі. Об'єктивно: слизова оболонка ясен гіперемійована, набрякла, кровоточить під час дотику. На слизовій щік і бокових поверхнях язика виявлено афти овальної форми (5 мм), покриті фіброзним нальотом, різко болючі, м'які при пальпації. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит
- B. Гострий герпетичний стоматит
- C. Кандидозний стоматит
- D. Багатоформна ексудативна еритема
- E. Виразковий гінгівіт

### Література:

1. Анисимова И.В. Заболевания слизистой оболочки рта и губ (клиника, диагностика) / И.В. Анисимова, В.Б. Недосенко, Л.М. Ломиашвили. - СПб.: ООО «Мед. издательство», 2005. – 92 с.
2. Данилевський М.Ф. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / М.Ф. Данилевський, О.Ф. Несин, Ж.І. Рахній. – Київ: Здоров'я, 1998. - С.78-90.
3. Калюжна Л.Д. Хвороби шкіри обличчя, слизової оболонки ротової порожнини та червоної облямівки губ: навчальний посібник / Л.Д.Калюжна, Г.Ф. Білоклицька. – К.: Грамота, 2007. – С.186-197.
4. Курякина Н.В. Терапевтическая стоматология детского возраста / Н.В.Курякина. - Н. Новгород: Издательство НГМА, 2001 – С. 533-550.

5. Основные заболевания слизистой оболочки полости рта у детей / В.М. Елизарова, С.Ю. Страхова, Л.Н. Дроботько; под ред. проф., д.м.н. Л.П.Кисельниковой. – Москва, 2008. – С. 18-39.
6. Терапевтическая стоматология детского возраста / Под редакцией проф. Л.А. Хоменко.- К.: Книга плюс. - 2007. - С. 660-668.

### **Практичне заняття №9.**

**Тема:** Основні принципи лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота у дітей. Вибір лікарських препаратів. Механізм їх дії.

**Мета:** Вивчити із студентами основні принципи і методи лікування захворювань СОПР у дітей.

### **Контроль початкового рівня знань:**

1. Первинні і вторинні елементи ураження СОПР.
2. Класифікація захворювань СОПР.
3. Травматичні ураження СОПР.
4. Вірусні захворювання слизової оболонки порожнини рота у дітей (ГГС, РГС, герпетична ангіна).

5. Особливості клінічних проявів в порожнині рота при гострих вірусних та інфекційних захворюваннях у дітей (кір, вітряна віспа, кашлюк, дифтерія, інфекційний мононуклеоз, скарлатина).
6. Прояви в порожнині рота при грибкових захворюваннях СОПР у дітей.
7. Прояви в порожнині рота при алергічних захворюваннях у дітей (ХРАС, БЕЕ).
8. Хейліти та глосити. Особливості клінічного перебігу у дітей.
9. Прояви в порожнині рота при захворюваннях ендокринної системи, хворобах шлунково-кишкового тракту та системи крові.
10. Основні групи лікарських засобів та їх фармакодинаміка.

### **Зміст заняття:**

Слизова оболонка порожнини рота знаходиться під постійним впливом зовнішніх і внутрішніх факторів, а тому є місцем прояву різноманітних захворювань. Встановлено тісний зв'язок більшості патологічних процесів на СОПР з захворюваннями різних органів і систем організму, зміною імунного статусу. Тому проблеми патології СОПР у дітей можуть бути вирішеними лише спільними зусиллями стоматологів, педіатрів, гематологів, дерматологів, імунологів, гастроентерологів та інших спеціалістів. Успіх лікування захворювань СОПР забезпечується за умови проведення комплексної терапії, метою якої є поєднання впливу на причинний фактор, патогенетичні механізми розвитку захворювання та вжиття заходів щодо усунення його симптомів. В основу лікування потрібно покласти основний принцип терапії: **ЛІКУВАННЯ НЕ ОРГАНУ, А ОРГАНІЗМУ В ЦІЛОМУ**. Він передбачає строгу індивідуальну послідовність методів і засобів, виходячи з тяжкості захворювання і стану дитини. Правильна послідовність застосування різних лікарських препаратів у відповідному до віку дозуванні і аргументований вибір їх для місцевого і загального лікування, а також вміння оцінити ефективність проведеного лікування забезпечують максимальний терапевтичний успіх.

Отже, лікування захворювань СОПР повинно бути комплексним (етіотропним, патогенетичним і симптоматичним). Досягнути цього можна лише при умові загального впливу на організм та місцевому лікуванні. У більшості хворих ураження СОПР потребує амбулаторного лікування і всі призначення, у тому числі й загально-терапевтичні, виконує лікар-стоматолог. Проте, у випадку тяжкого перебігу хвороби або погіршення самопочуття пацієнта в процесі лікування, лікар-стоматолог повинен домогтися негайної госпіталізації.

Важливою ланкою лікування захворювань СОПР є харчування. Їжа має бути не лише раціональною і збалансованою, а й приготованою з урахуванням необхідності механічного, хімічного і термічного захисту слизової оболонки.

Невід'ємним складником лікарських засобів є фізичні методи терапії. Широке застосування у стоматології мають: дарсонвалізація, УВЧ-терапія, електрофорез, фонофорез, УФО, лазерна терапія, інфрачервоне випромінювання, аерозольна терапія, гідротерапія, вакуум-масаж, кріотерапія, магнітотерапія. Здебільшого їх призначають після санації ротової порожнини, проте інколи таке призначення можливе на самому початку лікування (гідротерапія, аерозольні зрошення, лазерна терапія). Фізичні чинники не тільки безпосередньо впливають на клітини і тканини, а й подразнюючи багате рецептурне поле СОПР, зумовлюють рефлекторно-позитивний вплив на нервову систему, гемодинаміку,

внаслідок чого покращується лімфообіг, трофіка тканин, обмін речовин, зменшуються запальні явища (зменшується судинна проникність, стимулюється відтік ексудату), поліпшуються умови для репаративних процесів. Однак, є низка протипоказів до застосування фізичних методів лікування: захворювання серцево-судинної системи в стадії декомпенсації, новоутворення, активна форма туберкульозу, інфекційні хвороби, захворювання крові, виразки СОПР, наявність гною в пародонтальних кишнях, індивідуальна непереносимість.

Проте, основним при лікуванні захворювань СОПР залишається використання медикаментозних засобів, що було б неможливим без обізнаності лікаря з широким арсеналом сучасних препаратів та їх фармакотерапевтичних властивостями.

При самостійних захворюваннях СОПР місцева терапія має часом вирішальне значення, оскільки вона проводиться з урахуванням етіологічного чинника, патогенезу та певної симптоматики. Важливою умовою місцевої терапії є усунення впливу різних подразників. У першу чергу вона передбачає проведення санації порожнини рота у найкоротший термін, обсяг якої залежить від тяжкості захворювання СОПР.

Важливе значення має гігієнічний догляд за ротовою порожниною в період захворювання, бо саме в цей час, особливо за наявності виразкових та ерозивних уражень, хворі часто уникають користування гігієнічними засобами. Лікування карієсу та його ускладнень, хвороб пародонту проводять паралельно з лікуванням захворювань СОПР, якщо такі втручання не обтяжують стан хворого. У випадку погіршення стану хворого доцільно на декілька днів відкласти лікування. Проте, гострі краї каріозних порожнин, гострі краї коренів зубів, нависаючі краї пломб, дефекти ортодонтичних та ортопедичних конструкцій потрібно усунути негайно. Також слід вирішити питання про доцільність збереження зубів із зруйнованими коронками та за необхідності розпочати лікування ортодонтичної та ортопедичної патології.

Лікарями-стоматологами опрацьовані схеми, медикаментозного лікування захворювань СОПР, які зазвичай є лише певним напрямком лікування, проте у кожному клінічному випадку стоматолог обирає план лікування відповідно до конкретних симптомів захворювання, його форми, перебігу та загального стану хворого.

#### Етапи лікування катарального стоматиту:

1. Антисептична обробка порожнини рота.
2. Знеболення.
3. Протизапальна терапія – застосування протизапальних та антибактеріальних препаратів.
4. Стимулювання процесів репаративної регенерації.

#### Етапи лікування ерозивно-виразкових уражень СОПР:

1. Антисептична обробка порожнини рота.
2. Знеболення.
3. Некректомія – видалення некротичних тканин з поверхні виразки (при необхідності).
4. Протизапальна терапія – застосування протизапальних та антибактеріальних препаратів.
5. Стимулювання процесів репаративної регенерації.

## 6. Стимулювання епітелізації.

**Антисептичні засоби** різних груп широко застосовують на всіх етапах лікування захворювань СОПР. Місцеве лікування захворювань СОПР розпочинають з рясних полоскань і ретельного зрошення (іригації) порожнини рота, що сприяє зниженню вмісту мікроорганізмів у порожнині рота, видаленню слизу, залишків їжі, частково м'якого зубного нальоту із зубів, поліпшують гігієнічний стан і практично являють собою підготовку операційного поля.

Для впливу на мікрофлору застосовують кілька груп антисептиків:

- Похідні бігуаніду (хлоргексидин, мірамістин) □ мають протимікробний вплив на більшість грампозитивних і грамнегативних бактерій, дріжджоподібні гриби, дерматофіти, деякі віруси.
- Оксигенувальні агенти (водню пероксид, калію перманганат) □ виділювальний кисень забезпечує антисептичну та дезодорувальну дію, при цьому вимиваються часточки гною, кров'яні згустки.
- Галогенумісні засоби (йодинол, калію йодид, розчин Люголя, бетадин, похідні хлору тощо,) □ мають протимікробну, фунгіцидну, протизапальну дію. Розчин Люголя сприяє розсмоктуванню інфільтрату; бетадин □ антисептик широкого спектру дії, на місці застосування якого утворюється тонкий забарвлений шар, що зберігається до повного вивільнення йоду із нього.
- Четвертинні амонієві сполуки (етоній, димексид). Етоній □ має протимікробну активність щодо стафіло- та стрептококів, стимулює процеси регенерації. Застосовують при лікуванні БЕЕ, катарального та афтозного стоматитів, трофічних виразок та променевих уражень СОПР (для зрошень та аплікацій □ 0,25-0,5% розчин, для змащування 0,5% і 1% мазі та 0,5% емульсія на ваніліні). Димексид □ має протимікробні, неспецифічні протизапальні та місцевоанестезувальні властивості, здатний проникати через неуражену шкіру і посилювати проникнення інших лікарських засобів в глибше розташовані тканини. Для посилення протизапального ефекту до 25-0% розчину на 1 мг додають: 0,25г анальгін, 0,00075 г гідрокортизону або 2500 ОД гепарину. Застосовують при лікуванні екзематозного хейліту, виразково-некротичного стоматиту, запальних набряків.
- Слабкі кислоти (цигерол, борна та бензойна кислоти) □ мають антисептичну протигрибкову дію. Застосовують при хейлітах та мікотичних заїдах (мазі, присипки), при неприємному запаху з рота у вигляді полоскань. Цигерол □ сприяє очищенню ураженої поверхні від некротичних тканин, гною, стимулює епітелізацію при опіках, виразково-некротичних ураженнях СОПР і шкіри обличчя.
- Слабкі основи (натрію тетраборат, бікарбонат) □ мають протигрибкову та протимікробну дію, здатні розчиняти муцин і очищати слизову оболонку від слизу.
- Сполуки важких металів (срібла нітрат, міді сульфат, цинку оксид). Срібла нітрат місцево у невеликих концентраціях виконує в'язучу, протизапальну та бактерицидну дію, у великих концентраціях □ припікає, некротизує тканини.
- Барвники (метиленовий синій, діамантовий зелений, резорцин, етакридину лактат). Метиленовий синій застосовують 0,05-2% водний розчин 1-2 рази на день для тушування ерозії, афт, виразок у фазі епітелізації. Діамантовий зелений застосовують

0,1-0,2% водний розчин для лікування піодермії, гнійних процесів на шкірі обличчя та губ, а також виразково-некротичних уражень СОПР і губ.

Для антисептичної обробки СОПР застосовують препарати рослинного походження, що мають протизапальну, протимікробну та протибактеріальну дії. Серед таких слід відмітити наступні засоби: сальвін-препарат із шавлії, новоіманін – препарат із звіробою, хлорофіліпт – з листя евкаліпту, настоянка з нагідок, настоянка софори японської та інші.

При ураженнях СОПР, що супроводжуються утворенням ерозій та виразок, при відчутті болю застосовують **обволікальні засоби**. Зазвичай це рослинні слизи, що захищають СОПР від дії різних подразників і сприяють нормалізації нервово-трофічних порушень у вогнищі ураження. З цією метою застосовують відвар кореня алтеї, настій мальви лісової, відвар кореня живокосту, слиз насіння льону, крохмаль.

Широке застосування у лікуванні уражень СОПР мають **в'яжучі засоби**. Особливістю механізму дії яких є те, що вони сполучаючись з клітинними білками, утворюють колоїдні комплекси, що захищають нервові закінчення СОПР від подразнень, дають місцевоанестезувальний ефект, гальмують явища ексудації, знижують проникність судин, стабілізують клітинні мембрани, зменшують запальні реакції. Застосовують в'яжучі засоби при хронічних запальних процесах., а в період дегідратації – при ерозивно-виразкових ураженнях, опіках, тріщинах, при отруєнні солями важких металів, неприємному запаху з рота. В'яжучу дію мають кора дуба, трава звіробою, листя шавлії, кореневище зміїовика, плоди чорниці, корінь айру та інші. Їх використовують у вигляді настоянок, відварів, настоїв для полоскань, зрошень і ротових ванночок. В'яжучу дію також мають ротокан, ромазулан, танін, галаскорбін.

Важливим етапом лікування захворювань СОПР є **ЗНЕБОЛЕННЯ**, застосування якого необхідне перед лікарськими втручаннями та для тамування відчуття печіння, болю при ураженнях слизової оболонки різної етіології. Найбільш ефективним є аплікаційне знеболювання, при якому діючі речовини безпосередньо впливають на нервові закінчення, порушують проникність мембран і блокують сприйняття і проведення нервових імпульсів. Дія місцевоанестезувальних засобів залежить від рН середовища (якщо рН нижче 7,4, то ефективність більшості засобів втрачається). Висока всмоктувальна здатність СОПР та наявність її дефектів (ерозії, виразки) дозволяють застосовувати з анестезувальною метою не лише анестетики, але і протизапальні препарати, препарати рослинного походження, похідні вітамінів (цитраль).

Анестетики. Анестезин (порошок) – забезпечує повну тривалу анестезію СО та шкіри, знімає свербіж. Застосовують 5% олійний розчин, 5-10% присипку з крохмалем у співвідношенні 3:1, або мазь); дикаїн (порошок) 0,5% розчин має сильну і тривалу (до 20-40 хв) місцевоанестезувальну дію, для посилення ефекту додають 0,1% розчин адреналіну – 1 крапля на 5 мл розчину (дітям до 10 років не застосовують); лідокаїн – 1-2% розчин, 10% аерозольні балони; тримекаїн – 5% розчин; піромекаїн – 0,5%, 1%, 2% розчини, мазь у тубах, лідохлор гель, холісал, гель „Камістад”, „Бєбі-дєнт”.

Протизапальні препарати (мефенаміну натрієва сіль, цитраль).

Препарати рослинного походження і продукти бджільництва (прополіс – 4 краплі на 10 крапель олії, „Пропосол”, „Пропоцеум”), ПДД (прополіс-дикаїн-диметилсульфоксид у співвідношенні 1:1:1), листя м'яти перцевої – для ротових ванночок.

Після усунення місцевих подразнювальних чинників виконують обережну **некректомію**. Хірургічну обробку проводять інструментами, ватними кульками, турундами обережно і ретельно, застосовуючи знеболення та рясні зрошення розчинами антисептиків. Для полегшення відторгнення некротичних тканин застосовують протеолітичні ферменти (трипсин, хімотрипсин), які розщеплюють білки лише мертвих клітин. Їх використовують *ex tempore* у вигляді аплікацій свіжоприготовлених розчинів – 1 мг ферменту на 1 мл розчину антисептика, або іншого сумісного препарату. Крім протеолітичних ферментів застосовують нуклеази – ферменти, що розщеплюють нуклеїнові кислоти; ферменти, які розщеплюють глікозаміноглікани тощо. Доцільно застосовувати піноутворювальні речовини, які сприяють вимиванню некротичних тканин. Широко застосовують лізоцим (стійкий у кислому середовищі), який посилює дію антибіотиків, має протизапальну, гіпосенсибілізуювальну та гемостатичну активність, посилює імунобіологічну властивість СОПР (аплікації та аерозоль). Також застосовують штучно виготовлений (з курячого яйця) лізоцим. При виразках, що тривалий час не загоюються застосовують ронідазу розчинену у пеніциліні. При утворенні рубцевої тканини методом електрофорезу застосовують лідазу. Показником правильного використання некректомії є чиста виразкова поверхня.

Значна частина захворювань СОПР у своєму патогенезі має запальну реакцію. У випадку розвитку гострого запалення СОПР (особливо при тяжких формах виразково-некротичного герпетичного афтозного стоматиту, БЕЕ, деяких симптоматичних ураженнях СОПР при грипі, кору тощо) доцільним є застосування **протизапальних препаратів**. Більшість протизапальних засобів проявляють активність у різних фазах запального процесу, тому їх можна застосовувати протягом усього періоду запалення. Однак у ранніх стадіях гострого запалення доцільним є застосування:

- *препаратів, здатних перешкоджати утворенню медіаторів запалення* (похідні мефенамінової, саліцилової кислот);
- *інгібіторів гідролітичних ферментів* (трасилол, контрикал, амінокапронова кислота тощо);
- *антигістамінних препаратів*, що пригнічують дію медіаторів запалення (димедрол, цетрин, кларитин, телфаст, еріус тощо);
- *препаратів, що стимулюють утворення протизапальних агентів* (аскорбінову і мефенамінову кислоти, кальцію пантотенат, рутин, тіаміну бромід тощо).

На ранніх етапах гострої запальної реакції необхідна регуляція порушень мікроциркуляції, що досягається за допомогою засобів, котрі знижують в'язкість крові, прискорюють кровообіг, знижують підвищену проникність судин (гепарин, фібролізін, мефенамінова кислота, рутин, аскорбінова кислота тощо).

Для стимулювання та підтримки природних захисних механізмів СОПР призначають:

- *препарати, які підвищують фагоцитоз* (лізоцим, галаскорбін, метилурацил тощо);
- *речовини з дезінтоксикаційною дією* (антибактеріальні препарати, протеолітичні ферменти – хімотрипсин, трипсин, сорбенти);
- *засоби, які нормалізують фізико-хімічні процеси в запалених тканинах* (ізотонічний та гіпертонічний розчини натрію хлориду, натрію гідрокарбонату).



Разом з тим важливо нормалізувати порушені в ділянці запалення процеси обміну та трофіки. Для цього потрібно поліпшити транспорт поживних речовин у вогнище запалення (лідаза, ронідаза тощо), зменшити в ділянці запалення інтенсивність обміну речовин і енергетичні витрати (саліцилати, натрію мефенамінат), підвищити оксигенацію речовин (екзогенне введення кисню, гіпербарична оксигенація). Нерідко гострий перебіг захворювання супроводжується гіперергічною реакцією та загальною інтоксикацією організму. Для пригнічення гіперергічної реакції рекомендують антигістамінні та ненаркотичні анальгетичні препарати, а тяжко хворим – гангліоблокатори. Показаним є ендогенне введення протизапальних засобів та антибактеріальних препаратів, препаратів кальцію тощо. У разі тяжкого перебігу захворювання (особливо в ослаблених дітей) необхідно призначити дезінтоксикаційні препарати (гемодез, глюкоза).

У репаративній фазі запальної реакції, показане використання засобів, що стимулюють процеси відновлення та усувають залишкові ознаки запалення: метацил – 5-10% мазь з антибіотиками; 0,1% розчин мефенаміну натрієвої солі з фурациліном; вітамінні препарати (аевіт, ретинол, токоферол); в'яжучі засоби, препарати лікарських рослин (звіробой, шавлії, ромашки, кори дуба); фітоцидні препарати (фітодонт, гербадонт, сальвін, сік каланхое); ефірні олії (олія обліпихи, шипшини).

**Протизапальні засоби** застосовуються у разі гострого запалення СОПР (особливо при тяжких формах ГГС, БЕЕ, афтозного стоматиту, деяких ураженнях СОПР при грипі, кору та ін.). З-поміж цих засобів найширше використовують препарати стероїдної та нестероїдної природи, вибір яких проводять диференційовано з урахуванням клінічних проявів та патоморфологічної суті захворювання.

До нестероїдних протизапальних засобів (НПЗ) належать:

- похідні піразолону (анальгін, пенталгін, амідоріпін, бутадіон тощо) – знижують проникність судин, підвищують їх резистентність, гальмують запальну реакцію, діють гемотоксично. Протипоказані при захворюваннях крові та схильності до алергічних захворювань.
- похідні саліцилової кислоти (цитрамон, седалгін тощо) мають протизапальну, знеболювальну та жарознижувальну дію. Протипоказано застосовувати при хворобах крові, хронічних кровотечах, захворюваннях ШКТ (гастрити, виразкова хвороба), хворобі печінки.
- похідні антранілової кислоти (мефенамінова кислота, індометацин) – гальмують утворення та вивільнення медіаторів запалення, знижують судинно-тканинну проникність, гальмують проліферацію та перебіг алергічних реакцій, підвищують резистентність клітин, стимулюють загоєння ран, діють жарознижувально, мають сильну анальгезувальну дію, стимулюють інтерфероноутворення в організмі, ефективні при вірусних захворюваннях.

Також широко застосовують натрію диклофенак, ібупрофен, амізон, німесулід („Найз”), кеторол. Нестероїдні протизапальні засоби приймають в основному перорально, по 1 табл. 2-6 разів на добу після їди. Проте 0,25-0,5% водний розчин мефенаміну натрієвої солі застосовують у вигляді аплікацій та ротових ванночок. Їх tempore на ізотонічному розчині або на олії (в період епітелізації) готують пасту такого складу: мефенаміну натрієва сіль – 0,075 г, фуразолідон – 0,025 г, біла глина – до 25 г. При запальних та ерозивно-виразкових ураженнях СОПР застосовують пасти на основі

піримідину (5 г), білої глини (94 г) та фурагіну (1 г) замішані на 30% олійному розчині токоферолу ацетату. При запальних процесах губ та шкіри обличчя застосовують 10% мазь індометацину.

**Стероїдні протизапальні засоби** – це потужні сучасні засоби фармакотерапії, що мають протизапальну, антиалергійну, вазоконстрикторну, місцевознеболювальну дію. Застосовують дані препарати при тяжких та середнього ступеня тяжкості алергійних захворюваннях (анафілактичний шок, синдром Стівенса-Джонсона, синдром Лайєла) та лікуванні інфекційного мононуклеозу, Аддісонової хвороби тощо. Лікування кортикостероїдами слід проводити під контролем АТ, ЕКГ, клінічного і біохімічного аналізу крові, маси тіла, діурезу, згортання крові, враховуючи вік дитини.

Тривале застосування може зумовити утворення виразок травного каналу, розвитку синдрому Іценко-Кушінга, ожиріння, остеопороз, шлункові кровотечі, тому кортикостероїди протипоказані при цукровому діабеті, вірусних захворюваннях, виразковій хворобі шлунка, туберкульозі, сифілісі, вагітності.

Залежно від ступеня активності препарати для місцевого застосування поділяють на 4 групи:

I – препарати ультрасильної дії (клобетазал, протіонат, галіцинонід, дифлюкорталон валерат);

II – препарати сильної дії (тріамцінолону ацетонід, бетаметазон валерат, мометазон фуроат, гідрокортизон бутират);

III – препарати середньої дії (бетаметазон валерат, флюоцинолон ацетонід, алкометазон дипропіонат, дезоксиметазон);

IV – препарати слабкої дії (гідрокортизон, гідрокортизон ацетат). Уведення в молекулу гідрокортизону фтору дало змогу підвищити його активність (фторокорт, лоринден, локартен, синафлан, флуцинар).

Місцеве застосування кортикостероїдів протипоказане при всіх дерматозах мікробного походження (фурункули, піодермія), грибкових, вірусних (герпес) ураженнях, при іхтіозі, кератозах, травматичних виразках СОПР, також у підлітків.

**Антибіотики.** У випадку, якщо ураження СОПР зумовлене або ускладнене мікрофлорою і набуває септичного характеру (БЕЕ, виразково-некротичний, гострий афтозний стоматит), а також при порушенні загального стану організму показане парантеральне введення антибіотиків. Вибір антибіотиків зумовлений характером патологічного процесу, ступенем його тяжкості, імунологічним станом організму, біологічними властивостями мікроорганізмів та переносимістю антибіотиків організмом хворого. Труднощі антибіотикотерапії та раціонального вибору антибіотиків зумовлені характером мікрофлори, яка переважає у вогнищах ураження. Для впливу на грампозитивну аеробну мікрофлору ефективними є антибіотики групи беталактамів: пеніциліни, цефалоспарини. Найефективнішим щодо анаеробної мікрофлори є антибіотики групи лінкозамідів (кліндаміцин, лінкоміцин), макролідів (еритроміцин, азитроміцин), тетрациклінів (доксидиклін), феніколи (левоміцетин). Перспективним є застосування макролідних антибіотиків із метронідазолом, унаслідок чого ефективніше пригнічується анаеробна мікрофлора. Для місцевого використання доцільно обирати ті антибіотики, на активність яких, не впливає реакція середовищ та секретів: левоміцетин, поліміксину М-сульфат, у вигляді зрошень, аплікацій. Широко застосовують готові мазі („Гіоксизон”, лінімент синтоміцину, 1% мазь еритроміцину та інші). Також ефективними є

балони для розпилювання: левовінізол, легразол тощо. З метою запобігання розвитку дисбактеріозу призначають **протектори протигрибкової дії**.

Серед препаратів **протикандидозної дії** виділяють такі, що впливають тільки на гриби (мікосептин, амфотерицин В) та препарати, що діють на мікробні асоціації: гриби стрептококи та стафілококи (клотримазл, декамін), гриби-трихомонади (леворин), змішану мікрофлору (тімафуцин). Дані препарати застосовують паралельно по таблетці або капсулі 2 рази на добу протягом від 10 днів до 3 тижнів. Для місцевого лікування захворювань СОПР застосовують готові офіційні мазі та лініменти (мазь ністатинова, мазь леворінова, „Мікосептин”, „Пропоцеум”, „Клотримазол” тощо). Їх наносять тонким шаром на очищену від нашарування поверхню шкіри чи слизову оболонку 3-4 рази на добу.

Сульфаніламідні препарати (етазол, бісептол, сульфацил-натрію) пригнічують ріст і розмноження мікроорганізмів, знижують інтоксикацію, мають жарознижувальний ефект. Для досягнення бактеріостатичного ефекту при пероральному застосуванні потрібно призначати на початку курсу лікування ударні дози, з подальшим постійним підтриманням високих концентрацій сульфаніламідних засобів у крові. Приймають їх натще протягом 6-7 днів, запиваючи лужним розчином. Місцево використовують у формі присипок, зрошень, мазей при опіках, тяжких гнійно-запальних процесах СОПР.

При місцевому лікуванні СОПР широко застосовують препарати **нітрофуранового** ряду (фурацилін 0,02%, фурагін (1:13000), фурадокін (1:30000)) оскільки за протибактеріальною активністю вони переважають низку поширених антибіотиків та сульфаніламідних засобів. Похідні нітрофурану мають бактеріостатичну активність щодо грампозитивних та грамнегативних бактерій, найпростіших, деяких вірусів. Резистентні до них штами мікроорганізмів виникають рідко і розвиваються повільно. Ці препарати дають низький відсоток побічних алергійних реакцій.

У випадках, коли патологічний процес СОПР спричинений або підтримується найпростішими чи анаеробами, доцільно використовувати **антипротозойні засоби** (ваготіл, метронідазол, „Метрогіл Дента”, „Юглон”) у вигляді зрошень та аплікацій. „Юглон” окрім протимікробної дії, пригнічує життєдіяльність кокової мікрофлори та найпростіших, сприяє очищенню та загоєнню ран. Також застосовують для лікування проліферативних папіломатозних уражень СОПР.

Для профілактики вірусних захворювань та лікування вірусних бородавок, ГГС, рецидивного герпесу та оперізувального лишая, а також симптоматичних уражень СОПР при грипі, кору, ящурі тощо застосовують **противірусні препарати**, як місцево, так і перорально. Всі противірусні препарати можна розділити на чотири групи:

1-а група о здатні втрутитися у репродукцію вірусів (цитозар, віроптин, рибовірин);

2-а група о здатні руйнувати віруси, розміщені поза клітиною (госипол, оксолін, бонафтон, теброфен, флореналь та інші);

3-а група о препарати, активні відносно вірусів розміщених всередині клітини (ацикловір, валацикловір);

4-а група о препарати з подвійним ефектом о противірусним та імуномодулюючим (інтерферони, інтерфероногени о лаферон, циклоферон та інші).

В стоматологічній практиці місцево найчастіше застосовують препарати 2, 3 та 4 груп у вигляді аплікацій та змащувань СОПР.

**Засоби сорбційно-дезінтоксикаційної терапії.** При захворюваннях СОПР, перебіг яких супроводжується значною інтоксикацією організму (БЕЕ, виразково-некротичний, герпетичний та гангренозний стоматит, синдром Стівенса-Джонсона тощо), показана дезінтоксикаційна терапія. Деінтоксикаційний ефект препаратів ґрунтується на властивості утворювати з токсичними речовинами полімерні комплекси, що виводяться, зменшуючи токсичність плазми крові. Швидкість виведення залежить від молекулярної маси, чим вона нижча, тим швидше ці препарати виводяться. Найефективнішими є: гемодез, неогемодез, глюконеодез, реопаліглюкін.

Сорбенти. До препаратів цієї групи належать сферичні та волокнисті вуглецеві сорбенти, кремнійорганічні сорбенти, магнітосорбенти. Останній часом, як самостійний метод дезінтоксикації організму набула поширення ентеросорбція (пероральна, зондова, трансректальна). Ентеросорбенти забезпечують сорбційний, антиоксидантний ефект, зменшують надходження токсичних речовин у печінку, сприяють поліпшенню біохімічних показників її функції, знижують рівень автоінтоксикації організму.

Для місцевого лікування захворювань СОПР ефективним є застосування засобів сорбційно-аплікаційної терапії, сутністю яких є сорбція із біологічних середовищ організму і патологічних вогнищ патогенних мікроорганізмів, токсинів, ранової рідини й інших шкідливих речовин. Також забезпечення безперервного і пролонгованого введення лікарських засобів у визначене місце. Для цього застосовують білу глину, вуглесорбційні пов'язки, до складу яких входять зернисті сорбенти, тканини, волокна, нитки та деякі синтетичні сполуки з високими сорбційними властивостями.

**Гіпосенсибілізувальні препарати.** Для пригнічення механізмів розвитку алергійних реакцій застосовують антигістамінні препарати, глюкокортикоїди, деякі вітамінні препарати (аскорбінову й ніотинову кислоти, рутин), ферменти (лізоцим), дезінтоксикаційні засоби, сорбенти, засоби народної медицини та гомеопатії. Найширше з цією метою застосовуються антигістамінні засоби, препарати кальцію, деякі імунні препарати, лікарські рослини.

Антигістамінні препарати призначають протягом 1 місяця: кожен препарат по 5-7 діб. Для антигістамінних препаратів I покоління (димедрол, супрастин, тавегіл, діазолін, фенкарол) характерний короткочасний термін дії, седативний ефект, до них швидко (7-12 діб) виникає звикання пацієнта. Антигістамінні засоби II покоління (klarитин, лоратадин, цетиризин тощо) та III покоління (телфаст, алтіва), деслоратадин (еріус) не справляють вираженої седативної дії, мають тривалий термін дії, не викликають звикання організму.

Препарати кальцію нормалізують функції клітинних мембран, проникність судин, діють кровоспинно при кровотечах та геморагічних діатезах, активізують систему макрофагів, підвищують опірність організму.

Серед лікарських рослин гіпосенсибілізуючу дію мають: череда, суниця лісова, фіалка триколірна.

### **Стимуляція процесів репаративної регенерації**

При гіпоімунному перебігу хвороби застосовують імуномодулятори та імуностимулятори. Призначати імунокорегуючі засоби треба індивідуально, зважаючи на загальний стан організму, рівень його захисноприспосувальних сил та періодично проводити клініко-лабораторний контроль (гемограма, імунологічні тести). **Імуномодулятори** прискорюють процеси клінічної регенерації, загоєння ран, стимулюють клітинні і гуморальні фактори захисту, володіють протизапальною дією. Проте, залежно

від дози можуть мати й імунодепресивну дію. До імуномодуляторів належать: імунал, імудон, левамизол, тималін, продигіозан, метилурацил, пентоксил та інші.

**Біогенні стимулятори** – імунокоригуючі препарати неспецифічної дії, які мають імунотропну активність та в терапевтичних дозах відновлюють функції імунної системи. Сюди відносять препарати рослинного походження (екстракт алое, сік каланхое, фітовіт, біосед), тваринного походження (склисте тіло, плазмол, лізоцим, прополіс, солкосерил, апілак), мінерального походження (ФІБС, гумізоль), нестероїдні анаболічні середники (метилурацил, пентоксил, калію оротат), мікробні полісахариди (пірогенал, рибомуніл, продигіозан). Як ефективний стимулювальний засіб при пониженій функції кровотворних органів використовують аутогемотерапію (10 переливань).

У період одужання та реабілітації після пережитих тяжких уражень СОПР, що тривалий час супроводжувались гарячкою, доцільно призначити анаболічні стероїди (ретаболіл, рибоксин, нероболіл, силаболін), що мають стимулювальну дію на кісткову систему, поліпшують обмін кальцію і фосфору, стимулюють синтез білка, прискорюють репаративні процеси.

**Вітамінні препарати** беруть безпосередню участь у процесах обміну речовин. При патологічних процесах потреби організму у вітамінах значно зростають, тому їх лікувальні дози перевищують профілактичні в 2-2,5 рази. Вітаміни призначають в таких випадках:

- а) за необхідності проведення патогенетичної та замісної терапії;
- б) з метою поліпшення процесів обміну та регуляції функціонального стану окремих органів і систем;
- в) для отримання неспецифічного фармакодинамічного ефекту з урахуванням фонової патології.

Суттєве значення мають правильний підбір співвідношень вітамінів (можливі синергізм вітамінів С-Р, В<sub>1</sub>-В<sub>2</sub>, А-Д і антагонізм вітамінів А-С, В<sub>1</sub>-В<sub>6</sub>, В<sub>1</sub>-В<sub>12</sub>, В<sub>1</sub>-В<sub>3</sub>), урахування їх взаємодії з мікроелементами, гормонами, БАР та фармакологічними засобами при одночасному ендогенному введенні.

#### **Стимуляція епітелізації**

При ерозивно-виразкових ураженнях, опіках, тріщинах губ, трофічних виразках та при інших ураженнях СОПР для поліпшення регенерації доцільно застосувати кератопластичні препарати (вітаміни А, Е, аевіт, цитраль, олія шипшини, олія обліпихи, вінізол, каротолін та інші) у вигляді аплікацій, змащувань, пов'язок.

#### **Контроль рівня засвоєння знань**

1. Загальні принципи лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота.
2. Назвіть основні етапи місцевого лікування катарального стоматиту.
3. Назвіть основні етапи місцевого лікування ерозивних уражень СОПР.
4. Основні принципи лікування травматичних уражень СОПР різної етіології.
5. Які медикаментозні засоби використовують для антисептичного обробки слизової оболонки порожнини рота?
6. Назвіть медикаментозні засоби, які використовують для знеболювання слизової оболонки порожнини рота?

7. Які медикаментозні засоби використовують для некретомії виразкових уражень СОПР?
8. Назвіть протизапальні засоби місцевої дії, що використовуються для лікування захворювань СОПР.
9. Назвіть препарати рослинного походження, що використовуються як протизапальні засоби для лікування захворювань СОПР.
10. Назвіть антибіотики, які використовують для лікування захворювань СОПР.
11. Дайте характеристику противірусних препаратів, що використовуються для лікування захворювань СОПР.
12. Назвіть основні протикандидозні препарати для лікування захворювань СОПР.
13. Надайте класифікацію антигістамінних препаратів.
14. Дайте характеристику лікарських препаратів для стимулювання епітелізації уражень СОПР.

### **Орієнтовані тестові завдання**

1. Хворий віком 16 років після переохолодження скаржить на загальну слабкість, підвищення температури тіла до 38,5°C, кашель, нежить, біль в горлі під час ковтання. Об'єктивно: на набряклій та гіперемійованій слизовій оболонці порожнини рота спостерігається посилений судинний малюнок, виявлені геморагії і наліт на язиці, численні пухирці, що містять прозорий ексудат. Встановлений діагноз: гострий герпетичний стоматит. Які з перелічених препаратів належить до етіотропних?
  - A. Противірусні препарати
  - B. Антигістамінні препарати
  - C. Антибіотики
  - D. Сульфаніламідні препарати
  - E. Анальгетики
  
2. До лікаря-стоматолога звернулась дівчина 12 років зі скаргами на сухість та печіння червоної облямівки губ і кутів рота. З 8 років хворіє на цукровий діабет. Об'єктивно: червона облямівка губ суха, застійно гіперемійована, вкрита лусочками. У кутах рота спостерігаються тріщини, вкриті білим нальотом. Встановлено діагноз: кандидозний хейліт. Яку мазь потрібно рекомендувати даній пацієнтці для змазування червоної облямівки губ?
  - A. Мазь, що містить клотрималоз
  - B. Інтерферонову мазь
  - C. Ланолінову мазь
  - D. Еритроміцинову мазь
  - E. Преднізолонову мазь
  
3. Під час профілактичного огляду у хворого віком 16 років виявлені ділянки десквамації, які розміщені на спинці язика і нагадують географічну карту. Зі слів пацієнта язик має такий вигляд з дитинства. Періодично виникає печіння язика. Що можна рекомендувати пацієнту за наявності таких суб'єктивних відчуттів у язиці?
  - A. Кератопластичні засоби

- В. Протигрибкові засоби
- С. Кортикостероїдні мазі
- Д. Кератолітичні засоби
- Е. Ферментативні препарати

4. У дитини 2,5 роки напередодні ввечері з'явився біль у порожнині рота під час вживання їжі й підвищилася температура до 38<sup>0</sup>С. Під час огляду на гіперемійованій слизовій оболонці спинки язика виявлено кілька ерозій округлої форми 1-3 мм у діаметрі вкритих сірувато-білим нальотом. Ясна на обох щелепах гіперемійовані, набряклі. Підщелепний лімфаденіт. Встановлений діагноз: гострий герпетичний стоматит. Які препарати слід призначити дитині в першу чергу?

- А. Противірусні
- В. Протигрибкові
- С. Протизапальні
- Д. Антисептичні
- Е. Кератоластики

5. Після перенесеного ГРЗ хворий звернувся зі скаргами на болі в яснах, неприємний запах з рота, неможливість вживати їжу, загальну слабкість. Об'єктивно: ясна гіперемійовані, набряклі, вкриті фібринозним нальотом, при знятті якого виникає кровоточивість. Мікробіологічне дослідження тканин ясен виявило велику кількість коків, паличок, спірохет та фузобактерій. Визначте препарат для етіотропного лікування.

- А. Метронідазол
- В. Трипсин
- С. Перманганат калію
- Д. Кератолін
- Е. Галаскорбін

6. Пацієнту віком 18 років постановлено діагноз: виразково-некротичний стоматит. Під час обробки поверхонь виразок некротизований наліт видаляється важко. Які медикаментозні препарати доцільно використати першочергово в даній ситуації?

- А. Протеолітичні ферменти
- В. Кератоластики
- С. Антисептики
- Д. Антибіотики
- Е. Противірусні препарати

7. Пацієнту віком 17 років після ретельного обстеження був поставлений діагноз: волосатий (чорний) язик. Які лікарські засоби, на вашу думку, необхідно призначити даному пацієнту?

- А. Кератолітичні препарати
- В. Вітаміни
- С. Кератопластичні засоби
- Д. Противірусні препарати
- Е. Антисептики

8. Пацієнт віком 16 років скаржиться на обкладення язика, яке з'явилося тиждень тому. Протягом місяця хлопець лікувався у стаціонарі з приводу запалення легень. Об'єктивно: на середній і задній третині язика ниткоподібні сосочки видовжені до 0,5 см темно-коричневого кольору. У мазку зі спинки язика виявлено значну кількість дріжджоподібних грибів. Аналіз крові в нормі. Які препарати могли призвести до таких змін язика у даного пацієнта?

- A. Антибіотики
- B. Протигрибкові препарати
- C. Противірусні препарати
- D. Антигістамінні препарати
- E. Вітаміни групи B

9. Пацієнт віком 18 років скаржиться на біль язика під час вживання їжі та при розмові. Захворів 2 тижні тому. Об'єктивно: на слизовій оболонці бічної поверхні язика справа виявлено виразку неправильної форми, вкриту некротизованим нальотом. Краї виразки гіперемійовані, їх пальпація болюча. Коронки зубів 46 та 47 зруйновані, з гострими краями. Які першочергові дії лікаря-стоматолога?

- A. Усунення травмівних чинників
- B. Знеболювання вогнища ураження
- C. Застосування протизапальних засобів
- D. Хірургічне лікування
- E. Застосування кератопластичних засобів

10. Дівчина 17 років скаржиться на сухість та печіння спинки язика, які виникли тиждень тому. Печіння посилюється при споживанні гострої та кислої їжі. Два тижні тому хворіла на пневмонію та отримувала потужну антибіотикотерапію. Об'єктивно: слизова оболонка язика гіперемійована та набрякла, в його складках виявлений крихто-подібний сіро-білий наліт. На бічних поверхнях язика є ділянки десквамації. Встановлений діагноз: гострий псевдомембранозний кандидоз. Виберіть найефективніший комплекс препаратів для місцевого лікування.

- A. Полоскання розчином натрію гідрокарбонату та пімафуцин
- B. Фурацилін та гідрокортизонова мазь
- C. Фурацилін та метиленовий синій
- D. Солкосерил та хлоргексидин
- E. Полоскання розчином натрію гідрокарбонату та гідрокортизонова мазь

11. До лікаря-стоматолога звернувся пацієнт 17 років зі скаргами на болючість і тріщину нижньої губи. З анамнезу стало відомо, що тріщина з'явилася півроку тому і погано загоюється. Об'єктивно: у центральній частині нижньої губи виявлена глибока тріщина, яка поширюється і на червону облямівку. Тріщина вкрита коричневими лусочками, краї ущільнені. Встановлено діагноз: хронічна рецидивна тріщина губи. Яку лікувальну тактику повинен обрати лікар?

- A. Висікання тріщини
- B. Антибіотики
- C. Кортикостероїди



- D. Протеолітичні ферменти
- E. Кератопластичні засоби

12. До лікаря-стоматолога звернулася дівчина 18 років зі скаргами на різке збільшення губ, свербіж, відчуття розпирання в губах, яке пов'язує з використанням нової помади. Об'єктивно: губи різко набряклі, щільно еластичної консистенції, напружені, пальпація безболісна. Регіональні лімфатичні вузли не збільшені. Встановлений діагноз: контактний алергічний хейліт. Які із запропонованих препаратів доцільно застосувати для загального лікування цього захворювання?

- A. Антигістамінні
- B. Антибактеріальні
- C. Нестероїдні протизапальні
- D. Протигрибкові
- E. Кератопластичні

13. До лікаря-стоматолога звернулися батьки з 2-річною дитиною зі скаргами на те, що дитина через необережність могла ковтнути 6% оцет. Під час огляду лікар виявив наступне: на набряклій гіперемійованій слизовій оболонці язика та піднебіння щільну сірувато-білу плівку та підтвердив здогади батьків. Чим потрібно обробити уражені ділянки порожнини рота щоб нейтралізувати дію кислоти?

- A. 1% розчином гідрокарбонату натрію
- B. Перевареною водою
- C. Оливковою олією
- D. 3% розчином перекису водню
- E. 1% розчином метиленового синього

14. Під час процедури сріблення зубів дитині 2 років, крапля 4% розчину нітрату срібла випадково потрапила на слизову оболонку ясен в ділянці зубів 71 та 81. Чим потрібно обробити уражені ділянки ясен щоб зменшити всмоктування срібла?

- A. Розчином Люголя
- B. Розчином 1% перекису водню
- C. Розчином етилового спирту
- D. 1% розчином вапняної води
- E. 0,5% розчином лимонної кислоти

15. До лікаря-стоматолога звернулися батьки з 3-річною дитиною зі скаргами на випадкове заковтування дитиною миючого розчину. Під час огляду порожнини рота лікар виявив яскраво гіперемійовані, вологі, набряклі та без чітких обмежень глибоко уражені ділянки слизової оболонки губ, щік, язика, піднебіння, глотки. Ділянки ураження вкриті фібринозним нальотом, при знятті якого оголюються болючі ерозивні поверхні. Поставте попередній діагноз.

- A. Опік лугом
- B. Опік кислотою
- C. Опік спиртом
- D. Механічна травма

Е. Фізична травма

16. Батьки з 4-річною дитиною звернулися зі скаргами на випадкове заковтування дитиною м'якого розчину. Під час огляду порожнини рота лікар виявив глибокі ураження слизової оболонки губ, щік, язика, піднебіння та глотки вкриті фібринозним нальотом. Наліт важко знімається оголюючи болючі ерозивні поверхні. Чим на вашу думку потрібно нейтралізувати дію розчину, що спричинив дані ураження слизової оболонки порожнини рота?

- A. 0,5% розчином лимонної кислоти
- B. 1% розчином вапняної води
- C. 1% розчином хлоргексидину
- D. 0,1% розчином нашатирного спирту
- E. 3% розчином перекису водню

17. При лікуванні кандидозного стоматиту у дітей грудного віку всі предмети догляду за дитиною потребують спеціальної обробки, а саме:

- A. Кип'ятіння у 2% розчині гідрокарбонату натрію(соди)
- B. Кип'ятіння у підсоленій воді
- C. Промивання під проточною водою
- D. Замочування у мильному розчині
- E. Протирання спиртом

18. До лікаря-стоматолога звернувся пацієнт 18 років зі скаргами на підвищення температури тіла до 37,4°C, болючість губ та появу пухирців на них, що з'явилися 2 доби назад. З анамнезу відомо, що дані симптоми повторюються 3-4 рази на рік. Об'єктивно: на межі червоної облямівки і шкіри верхньої губи зліва виявлено згруповані пухирці із серозним вмістом. Лікар діагностував рецидивуючий герпетичний стоматит. Які лікарські препарати слід призначити в першу чергу?

- A. Протигерпетичну полівакцину
- B. Вітамінотерапію
- C. Препарати саліцилової кислоти
- D. Антибіотики широкого спектру дії
- E. Антигістамінні препарати

19. До лікаря-стоматолога звернулися батьки з 3-місячною дитиною зі скаргами на відмову дитини їсти з пляшечки та плач під час годування. З анамнезу відомо, що пологи були ускладненими, дитина народилася ослабленою у 37 тижнів з вагою тіла 2 кг 200 г, на грудному годуванні не перебувала. Об'єктивно: на межі м'якого та твердого піднебіння виявлені овальної форми ерозії з чіткими краями вкриті жовто-сірим нальотом. Встановлено діагноз: афта Беднара. Який засіб для знеболення доцільно використати в даній ситуації?

- A. Камістад-гель
- B. 10% -розчин лідокаїну в аерозолі
- C. В/в наркоз
- D. Ін'єкція 3%-розчином скандонесту на межі м'якого та твердого піднебіння
- C. Провідникову анестезію

20. Назвіть групу препаратів місцевої дії, що сприяють очищенню виразок вкритих некротичним нальотом.

- A. Протеолітичні ферменти
- B. Анестетики
- C. Антисептики
- D. Кератопластики
- E. Нестероїдні протизапальні

21. Яку речовину з перерахованих слід використовувати для пригнічення страху і внутрішнього напруження у хворого перед відвідуванням стоматолога?

- A. Екстракт валеріани
- B. Діазепам
- C. Анаферон
- D. Анальгін
- E. Екстракт кропиви

22. Кінцевим етапом місцевого лікування уражень слизової оболонки порожнини рота є застосування:

- A. Препаратів кератопластичної дії
- B. Препаратів-кератолітиків
- C. Кортикостероїдів
- D. Анальгетиків
- E. Антибіотиків

23. Назвіть захворювання, прояви яких у порожнині рота не є протипоказом до застосування фізичних методів лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота.

- A. Захворювання серцево-судинної системи, компенсована форма
- B. Інфекційні захворювання
- C. Хвороби крові
- D. Виразки СОПР
- E. Активна форма туберкульозу

24. У хлопчика 9-ти років зі скаргами на наявність в порожнині рота виразково-некротичних уражень та пухлино-подібних розростань ясен, лікар-стоматолог попередньо діагностував хронічний лейкоз. З метою профілактики вторинного кандидозного інфікування лікар призначив полоскання порожнини рота розчином:

- A. Що робить середовище порожнини рота лужним
- B. Що робить середовище порожнини рота кислим
- C. Що підсилює слиновиділення
- D. Що робить середовище порожнини рота стерильним
- E. Що підсушує слизову оболонку рота

25. До лікаря-стоматолога звернулася дівчинка 7-років зі скаргами на сухість та печіння губ. Хлопчик має звичку облизувати та обкусувати губи. Об'єктивно: лікар виявив неправильне змикання губ (не по зоні Клейна), на губах знаходяться лусочки сірувато-

коричневого кольору, при знятті яких залишається суха гіперемійована поверхня. Встановлено діагноз: ексfolіативний хейліт, суха форма. Які рекомендації повинен дати лікар по догляду за губами?

- A. Використовувати гігієнічну помаду
- B. Змазувати кремом, що містить кортикостероїди
- C. Змазувати кремом, що містить антибіотики
- D. Змазувати кремом, що містить сорбенти
- E. Не використовувати гігієнічну помаду

26. До лікаря-стоматолога зі скаргами на болючість, печіння губ та наявність на губах масивних сіро-коричневих лусочок звернувся хлопець 17-років. При огляді лікар виявив набряклі гіперемійовані губи вкриті масивними коричневими лусочками, при знятті яких, утворюється волога та гладка яскраво-червона поверхня. Встановлено діагноз: ексfolіативний хейліт, ексудативна форма. Що потрібно призначити для місцевого лікування в даному випадку у першу чергу?

- A. Короткотривалий курс аплікацій мазі з вмістом кортикостероїдів
- B. Змазування губ кремом, що містить анальгетики
- C. Змазування губ протигрибковим кремом
- D. Антибактеріальні пов'язки
- E. Обробка губ розчином метиленового синього

27. При об'єктивному обстеженні дитини 10-ти років лікар-стоматолог поставив діагноз: мікробний хейліт. Вкажіть препарат етіотропної дії.

- A. Крем, що містить антибіотики
- B. Крем, що містить анальгетики
- C. Крем, що містить кортикостероїди
- D. Крем, що містить вітаміни
- E. Крем, що містить кератопластики

28. Назвіть механізм дії гіпосенсибілізуючих препаратів.

- A. Пригнічення механізмів розвитку алергійних реакцій
- B. Зменшують активність мікроорганізмів
- C. Відновлюють функцію імунної системи
- D. Стимулюють регенерацію
- E. Сповільнюють регенерацію

## Рецепти

### Антисептики

Rp.: Sol. Chlorhexidini bigluconatis 0,5% 100 ml  
D.S. Для полоскання порожнини рота

Rp.: Sol. Jodi puri 1,0  
Kalii jodidi 2,0  
Gluceroni 94,0

Aa. destillatae 3 ml  
Ol. Menthae piperitae gttV  
M.D.S. Для аерозольних інгаляцій

Rp.: Sol. Hydrogenii peroxydi dilutae 50 ml  
D.S. Для полоскання порожнини рота (1 столову ложку на склянку води)

Rp.: Sol. Kalii permanganatis 1% 20 ml  
D.S. По 30-40 крапель на склянку води. Для полоскання рота.

Rp.: Sol. Glucosi 40% 50 ml  
Methyleni coerulei 1,0  
M.D.S. Для змащування уражених ділянок слизової оболонки порожнини рота.

---

### **Анестетики**

Rp.: Anaesthesini 2,0  
Ol. Persicorum 20,0  
M.D.S. Для змащування слизової оболонки порожнини рота

Rp.: Sol. Trimecaini 5% 50 ml  
D.S. Для аплікацій на слизову оболонку порожнини рота

Rp.: Sol. Dicaini 0,5% 5 ml  
Sol. Adrenalini hydrochloridi 0,1% gtt.1  
M.D.S. Для змащування слизової оболонки порожнини рота

Rp.: Sol. Lidocaini 2% 10 ml  
D.t.d. №10 in ampull  
S. Для аплікаційної анестезії слизової оболонки порожнини рота

---

### **Ферментні препарати**

Rp.: Trypsini crystallisati 0,03  
Monomycini 1,5  
Glycerini 7,5  
Ol. Vaselini 5,0  
Ladolini 2,5  
M.f.emulr.  
D.S. Для обробки виразок на поверхні СОПР

Rp.: Ribonuclearae 0,01  
D.t.d. №10  
S. Вміст флакона розчинити в 5 мл ізотонічного розчину натрію хлориду чи 0,5% розчину новокаїну. Для аплікацій, аерозольних інгаляцій, фонофорезу.

---

## **Ферменти**

Rp.: Ung. „Iruxolum” 30,0

D.S. Для змащування слизової оболонки порожнини рота

Rp.: Lyrozymi 0,1

D.S. Вміст флакона розчинити в 10 мл ізотонічного розчину натрію хлориду або 0,25% розчину новокаїну. Для аплікацій, аерозольних інгаляцій.

---

## **Нестероїдні протизапальні засоби**

Rp.: Sol. Natrii mephenaminatis 0,25% 200 ml

D.S. Для ротових ванночок

Rp.: Natrii mephenaminatis 0,075

Furazolidoni 0,025

Boli albae ad 25,0

Ol. Vaselini q.r.

M.f. pasta

D.S. Для аплікацій на ранову поверхню

Rp.: Sol. Ac. Salicylini spirituosac 1% 40 ml

D.S. Для змащування ділянок кератозу на слизовій оболонці порожнини рота

Rp.: Ac. Salicylini 1,0

Zinci oxydi

Amyli Triticici ad 12,5

Vaselini ad 50,0

M.F. pasta

D.S. Для змащування губ при хейліті

---

## **Стероїдні протизапальні**

Rp.: Ung. Hydrocortisoni acetatis 1% 10,0

D.S. для змащування уражених ділянок СОПР

Rp.: Ung. Prednisoloni 0,5% 10,0

D.S. Для змащування уражених ділянок СОПР

Rp.: Ung. Synaflani 0,025% 15,0

D.S. Для змащування СОПР

---

## **Антибіотики**

- Rp.: Microcidi 100 ml  
D.t.d. №2  
S. Для аплікацій на виразкові поверхні
- Rp.: Microcidi 100 ml  
D.S. Столову ложку препарату розчинити в склянці теплої води. Для полоскання, зрошення ротової порожнини, ротових ванночок.
- Rp.: Ung. „Hyoxysolum” 10,0  
D.S. Для змащування слизової оболонки порожнини рота
- Rp.: Охусорти 75,0  
D.S. Для обробки уражених ділянок СОПР
- Rp.: Benzylpenicillini-Kalii 50000 OD  
D.S. Розчинити в 3-5 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. Для аплікацій, аерозольних інгаляцій.
- Rp.: Охусцисоли 70,0  
D.S. Для обробки СОПР
- Rp.: Neomycini sulfatis 0,5  
D.t.d. №3  
S. Вміст флакона розчинити в 100 мл дистильованої води чи ізотонічного розчину натрію хлориду. Для промивання рота та аплікацій на слизову оболонку порожнини рота.
- Rp.: Ung. Neomycini sulfatis 2% 15,0  
D.S. Для змащування уражених ділянок СОПР
- Rp.: Kanamycini sulfatis 0,5  
D.t.d. №10  
S. Вміст флакона розчинити в 5 мл ізотонічного розчину натрію хлориду. Для аерозольних інгаляцій
- Rp.: Ung. Gentamycini sulfatis 0,1% 15,0  
D.S. Для змащування уражених ділянок СОПР.
- Rp.: Ung. Erythromycini 1% 15,0  
D.S. Для змащування уражених ділянок СОПР
- Rp.: Methyluracili 2,0  
Laevomycetini  
Tetracyclini aa 0,2

Boli albae 7,6

M.F. pulv.

D.S. Замішати на 0,5% розчині новокаїну. Для нанесення на уражені ділянки СОПР на 10-15 хв., введення в пародонтальну кишеню

Rp.: Laevovinisoli 60,0

D.S. Для обробки ділянок СОПР

Rp.: Lin. Synthomycini 1% (5-10%) 25,0

D.S. Для змащування уражених ділянок СОПР та аплікацій на них

Rp.: Furacilini 0,01

Tetracyclini hydrochloridi 0,3

Streptomycini hydrochloridi 0,3

Lin. Synthomycini 10% 10,0

M.D.S. Для аплікацій на ділянки виразок

Rp.: Ung. Polymyxini M sulfatis 2% 15,0

D.S. Нанести на уражені ділянки СОПР 2-3 рази на добу

Rp.: Polymyxini M sulfatis 250000 OD

Sol. Novocaini 0,5% 10 ml

M.D.S. Для аерозольних інгаляцій

Rp.: Sol. Gramicidini spirituosae 2% 5 ml

D.t.d. №6 in ampull

S. Вміст ампули розчинити в 500 мл дистильованої води. Для зрошення, аплікацій

Rp.: Sol. Gramicidini spirituosae 2% 5 ml

D.t.d. №3 in ampull

S. Вміст ампули змішати у 125-150 мл рицинової олії, ланоліну тощо. Для нанесення на уражені ділянки на 10-15 хв. 2-3 рази на добу.

Rp.: Pastae Gramicidini 30,0

D.S. Наносити на уражені ділянки

Rp.: Ung. Heliomycini 4% 10,0

D.S. тонким шаром наносити на уражені ділянки СОПР 1-2 рази на добу.

---

### Сульфаніламідні препарати

Rp.: Inhalupti 30,0

D.S. для аерозольних інгаляцій



Rp.: Aethozoli 0,5  
Ol. Riciniad 10,0  
M.D.S. Для змащування СОПР

Rp.: Sulfacyli-natrii 0,5  
D.t.d. №10  
S. По 0,5г 3 рази на добу. Для присипання ран

Rp.: Sol. Sulfacyli-natrii 30% 10 ml  
D.S. Розчинити в 30 мл теплої води. Для аплікацій

Rp.: Ung. Sulfacyli-natrii 30% 10,0  
D.S. Для змащування уражених ділянок СОПР

Rp.: Sol. Sulfapyridazini-natrii 10% 50 ml  
D.S. Для зрошення, аплікацій на уражені ділянки слизової оболонки, для інгаляцій

Rp.: Sulfapyridazini-natrii 1,0  
Ol. Ricini ad 10,0  
M.D.S. для змащування уражених ділянок

Rp.: Ung. Dermazinum 50,0  
D.S. Для змащування уражених ділянок шкіри і СОПР

Rp.: Ung. Dioxydini 5% 50,0  
D.S. Для змащування уражених ділянок СОПР

Rp.: Sol. Dioxydini 1% 10 ml  
D.t.d. №10 in ampull  
S. для аплікацій

---

#### **Похідні нітрофурану**

Rp.: Sol. Furacilini 0,02% 200 ml  
D.S. Для зрошення, полоскання рота

Rp.: Tab. Furacilini 0,02  
ad usum externum №10  
D.S. В 100 мл води розчинити 1 таблетку. Для полоскання

Rp.: Ung. Furacilini 0,2% 25,0  
D.S. Змащувати уражені ділянки СОПР і губ

Rp.: Sol. Furazolidini (1:25000) 100 ml  
Natrii mefenaminatis 0,1  
M.D.S. Для зрошення, полоскання рота

Rp.: Sol. Furadonini (1:30000) 50 ml  
D.S. Для зрошення, аплікацій, ротових ванночок

Rp.: Sol. Furagini (1:13000) 100 ml  
Natrii mefenaminatis 0,1  
M.D.S. Для зрошення, ротових ванночок, аплікацій на уражені ділянки СОПР

---

### Похідні оксихіноліну

Rp.: Ung. Chinosoli 10% 10,0  
D.S. Для змащування уражених ділянок СОПР

Rp.: Chinosoli 0,2  
Ol. Persicorum ad 20 ml  
M.D.S. Для аплікацій на уражені ділянки СОПР, введення в пародонтальні кишені

Rp.: Chinosoli 1,0  
Divcaini 0,2  
Parafini  
Vinylini aa 10,0  
M.D.S. Підіріти, нанести на ясна

---

### Антигрибкові засоби

Rp.: Ung. Clotrimazoli 1% 20,0  
D.S. Для змащування уражених ділянок СОПР

Rp.: Sol. Clotrimazoli 1% 15 ml  
D.S. Для аплікацій на СОПР, інгаляцій

Rp.: Ung. Decamini 0,5%, 11% 30,0  
D.S. Для змащування СОПР 2-3 рази на добу

Rp.: Ung. Levorini 30,0  
D.S. Для змащування СОПР

Rp.: Levorini-natrii 200000 OD  
D.t.d. №6  
S. Вміст флакона розчинити в 10 мл стерильної дистильованої води. Для аплікацій

Rp.: Amphotericini B 50000 OD  
D.t.d. №6  
S. Вміст флакона розчинити в 10 мл води для ін'єкцій. Для обробки СОПР

Rp.: Ung. Mусоheptini 30,0

D.S. Для змащування слизової оболонки порожнини рота, зубів, шкіри обличчя

Rp.: Ung. Nistatini 10,0

D.S. Для змащування слизової оболонки порожнини рота

---

### **Противірусні препарати**

Rp.: Ung. Oxolini 0,25% 10,0

D.S. Для змащування слизової оболонки порожнини рота

Rp.: Ung. Tebropheni 0,5% 10,0

D.S. Для змащування уражених ділянок слизової оболонки

Rp.: Ung. Bonaphtoni 0,05% 25,0

D.S. Для змащування уражених ділянок слизової оболонки порожнини рота і губ

Rp.: Interferoni 2 ml

D.t.d. №10 in ampull

S. Вміст 3 ампул розчинити в 10 мл теплої дистильованої води. Для аерозольних інгаляцій

Rp.: Poludani 0,0002

D.t.d. №6 in ampull

S. Вміст ампули розчинити в 2 мл води. Для аплікацій на слизову оболонку порожнини рота

---

### **Рослинні препарати**

Rp.: Ol. Rosae 100 ml

D.S. Для аплікацій на уражені ділянки слизової оболонки порожнини рота

Rp.: Flor Chamomillae 100,0

D.S. Столову ложку квіток замочити склянкою окропу, охолодити, процідити. Для полоскання порожнини рота

Rp.: Fructus Pruni racemosae 50,0

D.S. 2 чайні ложки плодів заварити 1 склянкою окропу, настояти, процідити. Полоскати ротову порожнину 3-4 рази на добу

Rp.: Rhiz. Tormentillae 50,0

D.S. Столову ложку подрібненого коріння заварити склянкою окропу, прокип'ятити 30 хв, охолодити

Rp.: Fol. Salviae 60,0

D.S. 1 столову ложку залити склянкою окропу, настояти 20 хв, процідити. Полоскати ротову порожнину

Rp.: Romasulani 100 ml

D.S. 1,5 столової ложки розчинити в 1 л води. Полоскати ротову порожнину

Rp.: Fructi Myrtilli 200,0

D.S. 1-2 чайні ложки плодів заварити в склянці окропу. Полоскати ротову порожнину

Rp.: Galascorbini 0,5

D.t.d. №20

S. Перед застосуванням 1 порошок розчинити в 50 мл дистильованої води. Для аплікацій і аерозольтерапії

Rp.: mf. Florer Calendule 100-200 ml

D.S. Полоскати ротову порожнину 2-3 рази на добу

Rp.: T-rae Sophorae japonicae 100 ml

D.S. 1 чайна ложка на склянку води. Для полоскань ротової порожнини

Rp.: Sol. Tannini 1% □ 100 ml

D.S. Для аплікацій на СОПР

Rp.: Tannini 1,0

Glycerini 10 ml

M.D.S. Для змазування ясен

Rp.: Dec. corticir Quercur 20,0-200 ml

D.S. Для полоскання порожнини рота

Rp.: Herbae Hyperici 30,0

D.S. 1 столову ложку трави залити склянкою окропу, проварити 10 хв, охолодити, процідити. Полоскати ротову порожнину 3 рази на добу

Rp.: Inf. Herbae Hyperici 10,0-200 ml

D.S. Для полоскання порожнини рота

Rp.: Inf. fol. Urticae 10,0-200 ml

D.S. Для полоскання порожнини рота

Rp.: Inf. herbae Millefolii 15,0-200 ml

D.S. Для полоскання порожнини рота

Rp.: Befungini 100 ml

D.S. Для аплікацій на слизову оболонку ясен

Rp.: Ol. Hipporheae 50,0

D.S. Для аплікацій на уражені ділянки СОПР

Rp.: Succı Kalanchoes 100 ml

D.S. Для аплікацій на уражені ділянки СОПР

Rp.: Ung. Linaetholi 5% □ 50,0

D.S. Змащувати уражені ділянки слизової оболонки порожнини рота 2-3 рази на добу

### **Література**

1. Терапевтическая стоматология детского возраста /Под ред. Л.А. Хоменко□ К.: Книга плюс, 2007.□ С. 653-757.
2. Терапевтична стоматологія: підручник у 4-ох томах. Т.4: Захворювання слизової оболонки порожнини рота /М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін.□ К.: Медицина, 2010.□ С. 473-565.
3. Данилевський М.Ф. Фармакотерапія захворювань слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонту /М.Ф. Данилевський, М.В. Мохорт, В.В. Мохорт.□ К.: Здоров'я, 1991.□ 264 с.
4. Данилевский Н.Ф. Фитотерапия в стоматологии /Н.Ф. Данилевский, Т.Д. Зинченко, Н.А. Кодола.□ К.: Здоров'я, 1984.□ 176 с.
5. Елизарова В.М. Основные заболевания слизистой оболочки полости рта у детей: учебное пособие. Издание второе, переработанное, дополненное /В.М. Елизарова, С.Ю. Страхова, Л.Н. Дратько.□ М., 2008.□ 84 с.