

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**Класифікація та номенклатура хвороб пародонту.
Обстеження пацієнтів із захворюванням тканин пародонту.
Фази лікування**

Методичні рекомендації
для підготовки до лекцій лікарів-спеціалістів стоматологів з дисципліни
«Спеціалізація лікарів-стоматологів за фахом «Пародонтологія»»

Електронний ресурс

Харків - 2025

Рецензенти:

Є. М. Рябоконь – доктор медичних наук, професор кафедри стоматології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна;

Н. Ю. Ємельянова – доктор медичних наук, провідний науковий співробітник відділу вивчення процесів старіння та профілактики метаболічно-асоційованих захворювань ДУ «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України».

*Затверджено до розміщення в мережі Інтернет рішенням Науково-методичної ради
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
(протокол № 1 від 23 жовтня 2025 року)*

Класифікація та номенклатура хвороб пародонту. Обстеження пацієнтів із
К 47 захворюванням тканин пародонту. Фази лікування : методичні рекомендації для підготовки до лекцій лікарів-спеціалістів стоматологів з дисципліни «Спеціалізація лікарів-стоматологів за фахом «Пародонтологія»» [Електронний ресурс] / уклад. А. Ю. Ніконов, О. О. Кольба, О. В. Іскоростенська. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2025. – (PDF 38 с.)

Методичні рекомендації розроблені колективом викладачів кафедри стоматології ІІ медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Методичні рекомендації охоплюють базові поняття, необхідні для розуміння фундаментів пародонтології як окремої спеціальності в стоматології. Важливою частиною є сучасна класифікація хвороб пародонту. Розглянуто основи діагностики, фазовість терапії та міждисциплінарний підхід.

УДК 616.314.17-07(072)

© Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2025

© Ніконов А. Ю., Кольба О. О.,
Іскоростенська О. В., 2025

ЗМІСТ

1.	БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ:	
	Слухач повинен ЗНАТИ	
	Слухач повинен ВМІТИ	
2.	ВСТУП	
	ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМ ТКАНИН ПАРОДОНТУ	
	КЛАСИФІКАЦІЯ ТА НОМЕНКЛАТУРА ХВОРОБ ПАРОДОНТУ.	
	ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТКАНИН ПАРОДОНТУ: ПАПЛІТ, ГІНГІВІТ, ЛОКАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ	
	ДИСТРОФІЧНО-ЗАПАЛЬНІ ТА ДИСТРОФІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПАРОДОНТУ	
	ФАЗИ ЛІКУВАННЯ	
	ПЕРША ФАЗА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ (ЕТИОТРОПНА, АНТИІНФЕКЦІЙНА)	
	МІСЦЕВА ФАРМАКОЛОГІЯ У ПАРОДОНТОЛОГІЇ. ІНТЕРДЕНТАЛЬНА ГІГІЄНА	
	ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ В ПАРОДОНТОЛОГІЇ	
	ДРУГА ФАЗА ЛІКУВАННЯ. КОРЕКЦІЙНЕ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ. ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ	
	ТРЕТЯ ФАЗА ЛІКУВАННЯ. ПІДТРИМУЮЧА ТЕРАПІЯ ТА СПОСТЕРЕЖЕННЯ	
	СТРУКТУРА ПРЕЗЕНТАЦІЇ ЛЕКЦІЇ	
	ТЕСТОВІ ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ	
	КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ	
	РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА	
	ПОСИЛАННЯ НА ІНФОРМАЦІЙНІ РЕСУРСИ В ІНТЕРНЕТІ, ВІДЕО-ЛЕКЦІЇ, ІНШІ МЕТОДИЧНІ ВИДАННЯ	

Розділ охоплює базові поняття, необхідні для розуміння фундаментів пародонтології як окремої спеціальності в стоматології. Включає організаційні, морфофункціональні та клінічні аспекти. Важливою частиною є сучасна класифікація хвороб пародонту, а також структури, що визначають клінічну картину захворювань і логіку їх лікування. Розглянуто основи діагностики, фазовість терапії та міждисциплінарний підхід.

Мета та основні завдання роботи

Сформувати у слухачів цілісне уявлення про анатомію, фізіологію пародонту, сучасну класифікацію пародонтологічних захворювань та принципи їх лікування.

Слухач повинен знати:

Класифікацію і номенклатуру хвороб пародонту.

- Анатомічні та фізіологічні особливості пародонту.
- Основи організації пародонтологічної допомоги.

- Принципи етапного лікування.
- Перелік медичної документації

Слухач повинен вміти:

- Класифікувати основні форми пародонтологічних захворювань.
- Розпізнавати клінічні ознаки патологій пародонту.
- Визначати етапи лікування відповідно до діагнозу.
- Використовувати знання з морфології та функцій пародонту в практиці.
- Заповнювати медичну документацію пацієнта з захворюванням пародонту.

Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми
(Міждисциплінарна інтеграція)

Попередні дисципліни	Знати	Вміти
Анатомія людини	Будову щелеп, зубів, м'язів, судин і нервів щелепно-лицьової ділянки	Визначати топографію структур пародонту на моделях, рентгенограмах
Гістологія	Мікробудову тканин пародонту	Інтерпретувати гістозміни при патологіях пародонту
Фізіологія	Функції пародонту, принципи гомеостазу	Пояснювати адаптацію до навантаження
Патологічна анатомія	Морфозміни тканин пародонту при запаленні	Розпізнавати деструктивні ознаки
Мікробіологія	Патогенна мікрофлора порожнини рота	Обґрунтовувати санацію порожнини рота
Фармакологія	Препарати в пародонтології	Обирати лікарські засоби з урахуванням стану пацієнта
Рентгенологія	Рентген-ознаки змін у пародонті	Аналізувати рентгенограми
Пропедевтика стоматології	Огляд порожнини рота, анатомія пародонту	Виконувати пародонтальний огляд

ВСТУП

Пародонтологія — це спеціалізований напрямок стоматології, що вивчає анатомо-фізіологічні особливості пародонту, патогенез його уражень, методи діагностики, профілактики та лікування захворювань тканин, які оточують та утримують зуб. За останні десятиліття проблема захворювань пародонту набула особливої актуальності через високу поширеність, хронічний перебіг та значний вплив на якість життя пацієнтів.

Захворювання тканин пародонту становлять серйозну медико-соціальну проблему в усьому світі. Вони трапляються у понад 70% дорослого населення і часто виявляються вже на стадії значного ураження, що

призводить до втрати зубів, порушення функції жування, мовлення, змін зовнішності, зниження самооцінки та якості життя. У розвинених країнах пародонтит є другою за поширеністю причиною втрати зубів після карієсу, а в осіб старших вікових груп — навіть першою.

Клінічний перебіг пародонтологічних захворювань, зазвичай, є хронічним, з періодами загострення та ремісії. Своєчасне виявлення, об'єктивне обстеження і правильна тактика лікування значною мірою залежать від обізнаності лікаря-стоматолога з нозологічною класифікацією, структурною та функціональною організацією пародонту, а також із принципами міждисциплінарного підходу до лікування.

ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМ ТКАНИН ПАРОДОНТУ

Ефективне лікування пародонтологічного пацієнта починається не з інструмента, а з обстеження — ретельного, поетапного, з дотриманням клінічного протоколу. Лікар повинен не тільки побачити зовнішні прояви, а й зрозуміти загальний стан тканин, глибину ураження, системні фактори ризику.

Якісна діагностика дозволяє:

- Встановити повний клінічний діагноз згідно з сучасною класифікацією;
- Скласти індивідуальний план лікування;
- прогнозувати результат і запобігати ускладненням.

2. Етапи обстеження пацієнта

2.1. Збір анамнезу

• Загальний стан: хронічні захворювання (цукровий діабет, серцево-судинні, гормональні), алергії, шкідливі звички.

- Скарги: кровоточивість, рухомість зубів, неприємний запах, чутливість.
- Анамнез захворювання: з якого часу, як прогресує, лікувався раніше чи ні.

• Соціальні фактори: гігієнічні звички, харчування, стреси.

2.2. Клінічний огляд

• Візуальний: колір, форма, контури ясен, рецесії, гній, гіперплазії, рубцювання.

- Пальпація: болючість, консистенція.
- Функціональні проби: реакція на зондування, перевірка оклюзії.
- Визначення рухомості зубів за шкалою Міллера.

2.3. Пародонтальне зондування

Проводиться за допомогою пародонтального зонда (UNC-15, WHO-зонд):

- Глибина пародонтальних кишень у 6 точках навколо кожного зуба.
- Кровоточивість при зондуванні (BOR).
- Кров'яна або гнійна рідина при натисканні.

- Рівень рецесії ясен.

Результати зондування записуються в пародонтограму — графічну схему, яка візуалізує стан усіх зубів.

2.4. Оцінка гігієнічного стану

Індекси:

- API (Approximal Plaque Index) — виявлення нальоту в міжзубних проміжках;
- OHI-S (Green-Vermillion) — загальна кількість м'якого і твердого нальоту;
- РМА — стан ясен (гігієнічний індекс папіл, краю, альвеолярного відростка);
- КПП (комплексний пародонтальний індекс) — сумарна оцінка запалення, каменю, глибини кишень, рухомості.

3. Інструментальні та додаткові методи дослідження

3.1. Рентгенологічна діагностика

- Панорамна ортопантограма (ОПТГ) — для оцінки кісткового рівня.
- Прицільні знімки — для глибокої оцінки в зоні 1–2 зубів.
- Рентгенографія з паралельною технікою — стандарт у пародонтології.

Рентген-дослідження дозволяє:

- побачити резорбцію кістки;
- оцінити співвідношення кореня і кістки;
- виявити супутні періодонтальні ураження.

3.2. Проби на функцію оклюзії та травматичний фактор

- Перевірка суперконтактів;
- Зубо-альвеолярне навантаження;
- Зв'язок із рецесіями, рухомістю, міграцією.

3.3. Біоматеріали

- Гінгівальна рідина: кількість, рН, цитокіни.
- Мікробіологічні проби (за потреби): PCR або культуральні методи — для визначення пародонтопатогенів.

4. Документування обстеження

Вся інформація повинна бути чітко задокументована:

- Пародонтограма — щелепа зверху і знизу, усі зуби з позначенням глибини кишень, рухомості, рецесій.
- Форма інформованої згоди на обстеження і лікування.
- Фотопротокол — клінічні фото до/після для контролю стану.
- Етапний діагноз — з класифікацією (AAP 2018): тип, стадія, градація, локалізація.

КЛАСИФІКАЦІЯ ТА НОМЕНКЛАТУРА ХВОРОБ ПАРОДОНТУ

Класифікація хвороб пародонту — це систематизований підхід до діагностики, що дозволяє лікарю чітко:

- визначити форму захворювання;

- оцінити ступінь ураження;
- сформулювати діагноз за єдиним стандартом;
- вибрати правильну тактику лікування;
- спрогнозувати перебіг хвороби.

Без класифікації пародонтологічна допомога втрачає чіткість і порівнюваність результатів. Саме тому в усьому світі використовують міжнародну систему, затверджену у 2018 році.

2. Історичний розвиток класифікацій

До 1999 року використовувалися класифікації, що ділили хвороби лише на гінгівіти та пародонтити з додаванням окремих форм (юнацький, генералізований, хронічний тощо).

Проте клінічна практика та наукові дослідження виявили недоліки цих систем:

- відсутність врахування втрати прикріплення;
- відсутність прогностичної оцінки;
- недостатній зв'язок із системними чинниками.

Тому у 2017–2018 рр. ААР (Американська академія пародонтології) та EFP (Європейська федерація пародонтології) розробили оновлену міжнародну класифікацію, яка сьогодні є золотим стандартом.

3. Загальна структура класифікації ААР/EFP 2018

Класифікація включає такі основні групи:

1. Пародонтальне здоров'я, гінгівіт і стани стабілізації після пародонтиту
Здоров'я ясен на інтактному та зруйнованому пародонті.

Гінгівіт, спричинений зубним нальотом (на інтактному пародонті / після пародонтиту).

2. Пародонтит

Один діагноз: «Пародонтит», який уточнюється за:

- Стадією (stage I–IV) — визначає тяжкість і складність лікування.
- Грейдом (grade A–C) — визначає швидкість прогресування.

3. Інші стани, що впливають на пародонту

- Пародонтальні абсцеси;
 - Некротизуючі захворювання;
 - Хвороби, пов'язані з системними порушеннями;
 - Ураження, викликані травмою, ятрогенними факторами.
4. Захворювання та стани періімплантних тканин
 - Періімплантне здоров'я;
 - Періімплантний мукозит;
 - Періімплантит.

. Стадіювання пародонтиту (Stage I–IV)

Стадія — це розмір ураження та складність лікування:

Стадія	Ознаки
I	Втрата прикріплення $\leq 1-2$ мм, кісткова втрата до 15%, без

Стадія	Ознаки
(початкова)	втрати зубів.
II (помірна)	Втрата прикріплення 3–4 мм, до 30% кістки, не більше 1 втрати зуба.
III (важка)	Втрата прикріплення ≥ 5 мм, вертикальна резорбція, ≥ 4 мм кишені, рухомість, втрати ≥ 4 зубів.
IV (дуже важка)	Всі ознаки Stage III + складність жування, патологічна міграція, глибокі дефекти.

5. Грейдування (Grade A–C): оцінка швидкості прогресії

Грейд — це динамічний компонент діагнозу, що показує, як швидко хвороба розвивається і наскільки впливають системні чинники.

Грейд	Ознаки
A	Повільне прогресування, немає втрати прикріплення за 5 років, відсутні системні чинники.
B	Середнє прогресування, типові клінічні ураження, поодинокі фактори ризику.
C	Швидке прогресування, виражена втрата прикріплення, значні фактори ризику (паління, діабет).

6. Приклади повного діагнозу за новою системою

Пародонтит, стадія II, грейд B, генералізований.

Пародонтит, стадія IV, грейд C, локалізований, з втратою 5 зубів, у пацієнта-курця.

Стабілізований пародонтит на фоні підтримуючої терапії.

7. Практична користь класифікації

Нова класифікація дає лікарю:

- уніфіковану мову для діагностики;
- можливість врахувати всі аспекти: тяжкість, фактори ризику, ускладнення;
- основу для індивідуального плану лікування;
- аргументовану інформацію для пацієнта;
- можливість прогнозу перебігу хвороби.

Також ця класифікація адаптована до періімплантних станів, що важливо в умовах поширеності імплантаційної терапії.

ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТКАНИН ПАРОДОНТУ: ПАПІЛІТ, ГІНГІВІТ, ЛОКАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

Запальні захворювання тканин пародонту: папіліт, гінгівіт, локалізований пародонтит

Папіліт

– запалення міжзубного ясеневого сосочка, яке часто є початковим проявом гінгівіту.

Причини: залишки їжі, зубний наліт, неякісні пломби, травматичний прикус.

Симптоми: почервоніння, набряк, болючість при зондуванні, кровоточивість.

Лікування: професійна гігієна, корекція факторів, локальні антисептики.

Гінгівіт

– запалення ясен без порушення прикріплення (тобто без втрати кісткової тканини чи утворення кишень).

Може бути:

- катаральним,
- гіпертрофічним,
- виразковим,
- медикаментозно-індукованим,
- гінгівітом вагітних тощо.

Симптоми: набряк, гіперемія, ВОР (кровоточивість при зондуванні), неприємний запах, свербіж.

Лікування: усунення зубного нальоту, інструктаж з гігієни, іноді – антисептики або протизапальні засоби.

Локалізований пародонтит

– інфекційно-запальне захворювання з руйнуванням зв'язки та кісткової тканини в певній ділянці.

Симптоми:

- наявність пародонтальних кишень (>3 мм),
- рухомість зуба,
- рецесія ясен,
- патологічна міграція,
- гнійне виділення.

Причини: відкладення м'якого та твердого нальоту, пародонтопатогени, порушення оклюзії, системні чинники.

Діагностика:

- зондування (глибина кишень),
- рентгенографія,
- пародонтограма,
- індекси КПП, РМА, ВОР.

Лікування: залежить від стадії.

Починається з фази мотивації та гігієнічного втручання, далі – кюретаж, місцеве або системне лікування, підтримуюча терапія.

ДИСТРОФІЧНО-ЗАПАЛЬНІ ТА ДИСТРОФІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПАРОДОНТУ

У структурі захворювань пародонту дистрофічно-запальні та дистрофічні стани мають особливе місце. Вони виникають не лише внаслідок інфекційного чинника, як гострі запалення, а переважно через порушення живлення, метаболізму та регенерації тканин.

Це повільно прогресуючі хронічні ураження, які часто мають мало симптомів на ранніх етапах, але поступово призводять до втрати прикріплення, кісткової тканини й, зрештою, — зубів.

2. Класифікація дистрофічних і дистрофічно-запальних уражень

За клінічним перебігом і патогенезом виділяють:

Хронічний генералізований пародонтит

– форма, де запалення та дистрофія поєднуються; виникає поступово, на фоні вікових або системних змін.

Пародонтоз - дистрофічне неінфекційне захворювання пародонту, що проявляється прогресуючою атрофією альвеолярної кістки, рецесією ясен, але без яскравих ознак запалення.

Атрофічний гінгівіт— стан ясен з ознаками стоншення, блідості, відсутності набряку, але зі зниженням захисних функцій.

Пародонтопатії на фоні соматичних захворювань

– наприклад, при діабеті, остеопорозі, ендокринних дисфункціях — виникає метаболічна дегенерація тканин пародонту.

. Етіологія і патогенез

Основні механізми розвитку:

- Порушення трофіки тканин через зменшення мікроциркуляції.
- Зниження активності остеобластів, підвищення остеокластичної активності → резорбція кістки.
- Зниження імунної реактивності — ясен не здатні ефективно протистояти нальоту.
- Нейрогенна чи ендокринна регуляція змінює обмін речовин у тканинах.
- Участь системних захворювань: цукровий діабет, гіпотиреоз, остеопороз, атеросклероз, анемія.

При пародонтозі виявляється генералізована резорбція альвеолярної кістки у вигляді рівномірного зниження її висоти без запального інфільтрату.

4. Клінічні прояви

Хронічний генералізований пародонтит:

- набряк і кровоточивість ясен;
- рухомість зубів;
- глибокі кишені з гнійним ексудатом;
- рентгенологічна резорбція міжзубних перегородок;

- системні фактори погіршують перебіг.

Пародонтоз:

- відсутність вираженого запалення;
- ясна бліді, тонкі, не кровлять;
- рецесія ясен у всіх ділянках;
- зуби довгі візуально, рухомість з'являється пізно;
- больовий синдром — відсутній;
- часто виявляється випадково на рентгені.

Атрофічний гінгівіт:

- ясна бліді, сплюснені;
- може поєднуватись із гіповітамінозом, атрофією слизової рота;
- слабка реакція на подразники.

5. Діагностика включає:

- клінічний огляд;
- пародонтограма (кишені зазвичай неглибокі при пародонтозі);
- рентгенографія (дифузна, горизонтальна резорбція кістки без ознак деструкції);
- лабораторна оцінка загального стану пацієнта (глюкоза, гормони, кальцій, D3);
- виключення інших форм пародонтиту.

6. Лікування та ведення

Загальні принципи:

- усунення травматичних чинників;
- корекція загального стану пацієнта;
- покращення гігієни, але без агресії;
- стимулююча терапія: вітаміни, мікроелементи, препарати кальцію, антиоксиданти;
- фізіотерапія (дарсонвалізація, лазеротерапія);
- гігієнічна підтримка без агресивного зондування;
- у разі ускладнень — шини, протезування, імплантація з остеопластикою.

При пародонтозі важливо не "лікувати запалення", як зазвичай, а підтримувати стабільність та сповільнювати атрофію.

ФАЗИ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ: СИСТЕМНА ТА ПОПЕРЕДНЯ ФАЗИ

Лікування захворювань пародонту — це етапний, структурований процес, який включає кілька послідовних фаз. Кожна з них має свої завдання, методи і критерії ефективності.

Цей підхід дозволяє:

- досягти стабілізації процесу;
- уникнути рецидивів;

- побудувати довгостроковий прогноз для кожного зуба і всієї щелепної системи.

Першими в алгоритмі йдуть системна фаза та попередня фаза (мотиваційна, гігієнічна) — від них залежить результат усієї терапії.

2. Системна фаза лікування

Це етап, що передуює будь-якому втручанню в ротовій порожнині, спрямований на оцінку і корекцію загального стану організму, що може впливати на перебіг пародонтиту.

Завдання системної фази:

- виявити соматичні захворювання (цукровий діабет, остеопороз, гормональні дисфункції);
- стабілізувати ендокринні, імунні, обмінні порушення;
- призначити або узгодити лікування з іншими фахівцями;
- скасувати або замінити медикаменти, що можуть викликати гіперплазію ясен (циклоспорин, фенітоїн, амлодипін);
- при необхідності — призначити додаткові лабораторні дослідження: рівень глюкози, вітаміну D, гормонів щитоподібної залози, С-реактивного білка тощо.

При виявленні неконтрольованого діабету або гіповітамінозу D активна фаза лікування відкладається до стабілізації стану.

3. Попередня (мотиваційно-гігієнічна) фаза

Це ключовий етап, з якого починається реальне лікування у ротовій порожнині.

Метою є зменшення бактеріального навантаження і створення умов для подальшої регенерації тканин.

Основні компоненти:

3.1. Мотивація пацієнта

- пояснення суті захворювання;
- демонстрація знімків, пародонтограми;
- розбір ролі домашньої гігієни;
- формування довіри до лікаря та співпраці.

3.2. Навчання гігієні

- підбір індивідуальних засобів: щітки, міжзубні йоршики, нитка, ополіскувачі;

- техніка чищення (Bass, Stillman);
- інструкція з використання іригатора.

3.3. Професійна гігієна порожнини рота

- зняття м'якого і твердого зубного нальоту (ультразвук, ручні інструменти);
- полірування зубів;
- антисептичне полоскання (0,12–0,2% хлоргексидин, ефірні олії, триклозан);
- за потреби — локальні протизапальні засоби (гелі з метронидазолом, хлоргексидином).

3.4. Корекція факторів, що ускладнюють гігієну

- пломбування нависаючих країв;
- шліфування реставрацій;
- усунення травматичних контактів;
- зняття погано адаптованих протезів.

4. Критерії ефективності попередньої фази

Через 7–14 днів після професійного чищення оцінюють:

- зниження кровоточивості (ВОР);
- зменшення гіперемії та набряку ясен;
- глибини кишень (частково можуть зменшитися);
- покращення гігієнічних індексів (API, OHI-S);
- мотивацію пацієнта та готовність до подальшої терапії.

У разі низької гігієни — фаза повторюється.

5. Важливість цих фаз у загальному плані лікування

Якщо системну і гігієнічну фазу пропустити або скоротити:

- хірургічні втручання стають неефективними;
- ризик рецидиву значно зростає;
- підтримуюча терапія втрачає сенс.

Ці дві фази є фундаментом усієї терапії. Вони дозволяють запустити механізми загоєння без агресивного втручання і перевести хронічний процес у контрольовану фазу.

ПЕРША ФАЗА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ (ЕТІОТРОПНА, АНТИІНФЕКЦІЙНА)

1. Суть першої фази лікування: усунення причин

Пародонтит — хронічне інфекційно-запальне захворювання, тому перша фаза лікування має на меті усунення етіологічного чинника — бактеріального біоплівкового комплексу.

Ця фаза також називається:

- антиінфекційна,
- етіотропна,
- нехірургічна,
- або фаза початкової терапії.

Вона є обов'язковою для всіх пацієнтів із пародонтитом, незалежно від ступеня ураження.

2. Завдання першої фази лікування

- Усунення м'якого та твердого зубного нальоту;
- Зниження мікробного навантаження;
- Створення умов для загоєння тканин;
- Формування гігієнічної дисципліни у пацієнта;
- Оцінка реакції на лікування для планування подальших етапів.

Якщо не провести цю фазу — жодне хірургічне або медикаментозне лікування не буде ефективним.

3. Основні етапи першої фази

3.1. Професійна механічна обробка кореневих поверхонь (SRP – Scaling and

Scaling (скейлінг) — видалення над'ясеневого і під'ясенного зубного каменю ультразвуковими або ручними інструментами (кюрети, скейлери); planing (плейнінг) — згладжування кореня після видалення інфікованого цементу;

- Виконується під місцевою анестезією (при глибоких кишнях);
- Проводиться сегментовано або квадрантно з інтервалами 1–2 дні.

Мета — видалити джерело інфекції, не травмуючи навколишні тканини.

3.2. Антисептична підтримка

- Полоскання: хлоргексидин 0,12–0,2%, ефірні олії;
- Аплікації гелів: метронідазол, хлоргексидин, фітоекстракти;
- Індивідуальний підбір ополіскувачів.

3.3. Локальна або системна антибіотикотерапія (за показаннями)

Показана при:

- генералізованому тяжкому пародонтиті;
- агресивних формах (особливо у молодих пацієнтів);
- неефективності SRP після 4 тижнів.

Типові схеми:

- Амоксицилін + Метронідазол;
- Азитроміцин 500 мг/3 дні;
- Доксидиклін 100 мг/7–10 днів.

3.4. Корекція факторів у ротовій порожнині

- Шліфування пломб;
- Усунення нависаючих країв;
- Тимчасове фіксування рухомих зубів;
- Вилучення безнадійних зубів (якщо вони погіршують прогноз сусідніх).

4. Оцінка результатів першої фази

Через 4–6 тижнів після завершення терапії проводиться реобстеження:

- Зондування кишень;
- Визначення індексів (ВОР, КПІ, API);
- Аналіз суб'єктивного стану пацієнта;
- Повторна пародонтограма;
- Фотозвіт до/після.

Успішна перша фаза характеризується:

- зменшення глибини кишень на 1–2 мм;
- зникнення кровоточивості;
- покращення кольору та структури ясен;
- відсутність нових скарг.

5. Значення для подальшого плану лікування

Якщо перша фаза успішна:

- легкі форми захворювання переходять у стадію підтримуючої терапії;

- при середньому та тяжкому пародонтиті — пацієнт переходить у другу (хірургічну) фазу;

- стає можливим ортопедичне або ортодонтичне втручання.

Якщо ефект незадовільний — переглядається гігієнічна мотивація, додається медикаментозна підтримка або вдаються до хірургії.

Перша фаза — це ключ до довгострокового успіху лікування пародонтиту. Вона потребує:

- ретельного технічного виконання;
- активної участі пацієнта;
- регулярного моніторингу результатів.

Саме в цей період формуються навички гігієни, дисципліна, довіра до лікаря, і саме тут пацієнт вперше бачить відчутне покращення — що є найкращою мотивацією до подальшого лікування.

МІСЦЕВА ФАРМАКОЛОГІЯ У ПАРОДОНТОЛОГІЇ. ІНТЕРДЕНТАЛЬНА ГІГІЄНА

Місцева фармакотерапія — це один із ключових компонентів комплексного лікування пародонтиту, який доповнює механічну обробку, підсилює ефект антибіотиків і дозволяє діяти точково, мінімізуючи побічні ефекти.

З іншого боку, інтердентальна гігієна — це базова навичка пацієнта, без якої неможливо досягти стабільного результату навіть після найефективнішого лікування.

2. Основні групи місцевих препаратів у пародонтології

2.1. Антисептики

- Хлоргексидин (0,05–0,2%) — «золотий стандарт» місцевої терапії; ефективний проти грампозитивних і грамнегативних бактерій.

Форми:

- ополіскувачі;
- гелі (наприклад, Eludril, Curasept, Paroex);
- аплікації та просочені тампони;
- лаки (для тривалого ефекту).
- Ефірні олії (Listerine) — мають менш виражену дію, але гарно переносяться при довгостроковому використанні.
- Йодовмісні препарати (йодинол) — використовуються обережно, через можливі алергічні реакції.
- Оксидайзерні засоби (перекис водню 3%) — короткочасно при гострих формах.

2.2. Антибіотики та протимікробні препарати

- Метронідазол — гель, крем, аплікації; активний проти анаеробної флори.
- Доксидиклін — гелі/аплікації (наприклад, Atridox);
- Хлоргексидин + Метронідазол — комбіновані засоби (Метрогіл Дента);

- Фітопрепарати — календула, шавлія, кора дуба, прополіс — як доповнення.

Важливо: не застосовувати місцеві антибіотики довше, ніж рекомендовано (звичайно до 10 днів), щоб уникнути резистентності.

3. Форми застосування місцевих препаратів

- Полоскання — як фонове лікування (2–3 р/день);
- Аплікації — при локалізованому ураженні;
- Лаки, гелі, фільми — для тривалого впливу;
- Ін'єкції в пародонтальні кишені (у складних випадках);
- Імпрегновані нитки або фітофітопрепарати для міжзубного простору.

Місцева терапія може застосовуватись на усіх етапах лікування — від гігієнічної фази до підтримуючої.

4. Інтердентальна гігієна: ключ до стабілізації стану

Понад 80% нальоту накопичується в міжзубних проміжках, де звичайна щітка не діє.

Невикористання інтердентальних засобів — одна з головних причин рецидивів пародонтиту.

Засоби інтердентальної гігієни:

- Зубна нитка (флос) — для тісно розташованих зубів;
- Інтердентальні йоршики — для пацієнтів із рецесіями, коронками, імплантатами;
- Монощітки — для ділянок з одиночними глибокими кишенями;
- Іригатор — водяний пристрій, що вимиває залишки їжі, наліт, мікроби.

Підбір засобів:

- індивідуальний — залежно від анатомії, наявності реставрацій, імплантів;
- демонстрація в кабінеті — із дзеркалом;
- створення інструкції вдома з графіком чищення.

5. Роль лікаря у формуванні гігієнічних навичок

Лікар повинен:

- виявити слабкі місця гігієни;
- підібрати адекватні засоби;
- навчити користуватись кожним;
- контролювати результат через API, BOP, фото;
- не переходити до наступної фази без стабільної гігієни.

Місцева фармакотерапія та інтердентальна гігієна — це не допоміжні засоби, а повноцінні компоненти терапії пародонтиту, які:

- дозволяють досягти ремісії без хірургії (у легких формах);
- підтримують ефект після скейлінгу чи кюретажу;
- попереджують рецидиви;

формують довгострокову відповідальність пацієнта за своє здоров'я.

ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ В ПАРОДОНТОЛОГІЇ

1. Суть фізіотерапії у стоматології

Фізіотерапія — це методи впливу на організм через фізичні фактори (світло, тепло, електричні імпульси, магнітне поле тощо), які застосовуються як доповнення до основного лікування в стоматології, зокрема в пародонтології.

Мета фізіотерапії:

- зменшення запалення;
- покращення кровообігу;
- стимуляція обміну речовин у тканинах;
- прискорення загоєння;
- зниження чутливості.

Фізіотерапія може використовуватись як на етапі активного лікування, так і в підтримуючій фазі або реабілітаційному періоді після хірургії.

2. Основні фізіотерапевтичні методи, що використовуються в пародонтології

2.1. Дарсонвалізація

- Високочастотний імпульсний струм.
- Покращує мікроциркуляцію, має протизапальний і знеболювальний ефект.
- Електрод накладається на область ясен або проходить над ними безконтактно.

Застосовується при:

- гінгівітах, пародонтитах;
- післяопераційній реабілітації;
- як частина домашньої терапії (портативні апарати).

2.2.Електрофорез

Введення лікарських речовин через слизову під дією слабого постійного струму.

Препарати:

- кальцій хлорид (при кровоточивості);
- цинк (антисептик);
- новокаїн (знеболення);
- гепарин (при набряках).

Метод сприяє:

- глибокому проникненню медикаментів;
- тривалій локальній дії;
- покращенню тону судин.

2.3. Лазеротерапія

- Використання низькоінтенсивного лазерного випромінювання (червоний або інфрачервоний спектр).

Ефекти:

- антисептичний;
- біостимулюючий (прискорює загоєння тканин);
- знеболювальний;
- зменшує набряк.

Часто застосовується після:

- кюретажу;
- клаптевих операцій;
- імплантації.

2.4. Ультразвукова терапія

Високочастотні коливання стимулюють мікроциркуляцію, підвищують проникність мембран.

У пародонтології:

- використовується як метод додаткової санації кишень;
- зменшує запалення та набряк ясен;
- комбінується з медикаментами (фонофорез).

2.5. Магнітотерапія

Постійне або змінне магнітне поле. Дія:

- протизапальна;
- анальгетична;
- трофічна.

Може застосовуватись як навіть у фазі загострення, без контакту з ураженою ділянкою.

Покази та протипокази до фізіотерапії

Покази:

- хронічний гінгівіт і пародонтит;
- кровоточивість, набряк, болючість ясен;
- післяопераційний період;
- рецесії;
- гіперчутливість.

Протипокази:

- гострі інфекційні захворювання;
- пухлини або підозра на них;
- вагітність (для деяких методів);
- епілепсія;
- порушення серцевого ритму (для електротерапії);
- наявність кардіостимулятора.

4. Практичне використання

Фізіотерапія призначається курсами:

- 7–10 процедур, щодня або через день.
- Часто комбінується: лазер + дарсонваль або електрофорез + ультразвук.
- Можна проводити як в клініці, так і вдома, якщо є спеціальні апарати.

Результат оцінюється за:

- зменшенням симптомів (набряк, кровоточивість);
- покращенням гігієнічних індексів;

- динамікою загоєння (на фото / зондом / пародонтограмою).

Фізіотерапія — це м'який, безболісний і ефективний метод, що:

- покращує результат основного лікування;
- скорочує час відновлення;
- знижує потребу в медикаментах;
- підвищує задоволеність пацієнта терапією.

Для майбутнього лікаря важливо вміти раціонально інтегрувати фізіотерапію в загальний план, адаптуючи її до клінічної ситуації кожного пацієнта.

ДРУГА ФАЗА ЛІКУВАННЯ. КОРЕКЦІЙНЕ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ. ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ

1. Вступ: навіщо потрібна друга (корекційна) фаза

Після проведення першої фази (механічного чищення, гігієни, мотивації) у більшості пацієнтів відзначається зменшення симптомів.

Але при помірному і тяжкому пародонтиті залишаються глибокі кишені (>5 мм), внутрішньокісткові дефекти, деформація тканин, що не усуваються неінвазивними методами.

Саме тоді застосовується друга фаза лікування — корекційна, або хірургічна, яка дозволяє:

- усунути залишкові інфіковані ділянки;
- створити умови для загоєння та регенерації;
- відновити анатомічну цілісність ясен і кістки;
- забезпечити довготривалу стабільність результату.

2. Показання до хірургічного лікування

залишкові пародонтальні кишені >5–6 мм після першої фази;

- вертикальні кісткові дефекти (1–3 стінки);

міжзубні проміжки з ураженням фуркацій;

неефективність консервативної терапії;

- необхідність підготовки до протезування або імплантації.

Усі хірургічні втручання проводяться після досягнення контролю запалення та гігієни!

3. Класифікація хірургічних втручань у пародонтології

3.1. Клаптеві операції

- найпоширеніша категорія;
- дозволяє отримати доступ до коренів і кістки, очистити поверхні, змінити контури тканин.

Види:

- модифікована клаптева операція Widman — максимальне збереження тканин;
- апікально зміщений клапоть — для подовження клінічної коронки;
- коронально зміщений клапоть — при рецесіях.

Після операції кишені зменшуються, полегшується гігієна, створюється стабільне середовище.

3.2. Кюретаж (відкритий / закритий)

- закритий — без розсічення ясен (на першій фазі);
- відкритий — під час клаптевої операції для кращої візуалізації та повного видалення інфікованих тканин.

3.3. Регенеративні втручання застосовуються при вертикальних дефектах та включають:

- наповнення дефекту остеопластичними матеріалами; (напрявлена тканинна регенерація — GTR);
- біоактивні гелі, фактори росту.

Мета — відновлення зв'язки, цементу, кістки.

3.4 Резекційні операції

- при значній втраті кістки або глибоких кишенях у зонах фуркацій;
- остеопластика — згладжування нерівностей;
- остеотомія — усунення нависаючих стінок кістки;
- гінгівопластика, гінгивектомія — при надмірному рості ясен.

3.5. Комбіновані втручання

- поєднання різних технік: клаптева операція + резекція + імплантація;
- застосовується при складних клінічних випадках.

4. Етапи хірургічного втручання

1. Премедикація, анестезія;
2. Розтин ясен, формування клаптя;
3. Очищення коренів і кісткових дефектів;
4. Регенерація або резекція (за показаннями);
5. Промивання, накладання швів;
6. Післяопераційна терапія (антисептики, знеболення, гігієна, шви на 7–10 день).

5. Прогноз та ускладнення

Позитивні результати:

- зменшення глибини кишень;
- стабілізація зубів;
- покращення гігієнічного доступу;
- зменшення інфекції.

Ускладнення:

- післяопераційний біль, набряк;
- відкриття коренів (чутливість, естетичний дефект);
- рецесія ясен;
- рубцеві зміни;
- недостатня регенерація.

Після кожної операції обов'язково — підтримуюча терапія (3–6 місяців, далі індивідуально).

Друга (хірургічна) фаза — це етап, що дозволяє досягти стабільної ремісії при середньо- і тяжкому пародонтиті. Вона вимагає:

- точного планування;
 - доброго володіння хірургічною технікою;
 - розуміння показань і прогнозу.
- Пародонтолог повинен:
- вміти визначати, коли потрібне хірургічне втручання;
 - знати види операцій;
 - обирати оптимальний підхід до конкретної клінічної ситуації.

ТРЕТЯ ФАЗА ЛІКУВАННЯ. ПІДТРИМУЮЧА ТЕРАПІЯ ТА СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Підтримуюча терапія — ключовий етап пародонтологічного лікування, що слідує після етіологічної та коригувальної фаз. Її мета — не допустити рецидиву хвороби, стабілізувати результати лікування і зберегти здоров'я тканин пародонта у довгостроковій перспективі.

Підтримуюча терапія — це не “додаток”, а невід’ємна складова лікувального плану. Вона включає регулярні клінічні візити, професійне чищення, оцінку стану ясен, індекси, рентген-контроль, мотивацію пацієнта.

Ефективна підтримуюча терапія передбачає індивідуальний підхід, урахування системних факторів ризику, корекцію гігієни та психологічну підтримку.

Третя фаза лікування — це, по суті, “спільна робота” лікаря і пацієнта, без якої навіть найуспішніші хірургічні втручання втратять ефект.

Підтримуюча терапія - це не менш важлива частина лікування, ніж хірургія чи скейлінг. Саме вона забезпечує тривалу стабільність результатів, попереджає рецидив і втрату зубів, а також формує довірливі та ефективні стосунки між лікарем і пацієнтом. Без підтримки - жодна навіть найуспішніша терапія не має шансів зберегтися у часі.

СТРУКТУРА ПРЕЗЕНТАЦІЇ ЛЕКЦІЇ

Слайд 1. Організація допомоги в пародонтології, інфекційний контроль, запальні захворювання тканин пародонту

Мета: Ознайомити з системою надання пародонтологічної допомоги, принципами інфекційного контролю та основними запальними захворюваннями тканин пародонту

Слайд 2. Організація пародонтологічної допомоги населенню

- На первинному рівні: стоматологи загальної практики
- На вторинному: спеціалізовані пародонтологічні кабінети
- Напрями допомоги: профілактика, діагностика, лікування, диспансеризація
- Взаємодія з гігієністами та іншими фахівцями

Слайд 3. Інфекційний контроль у стоматології

- Принципи асептики та антисептики
- Обробка інструментів (предстерилізаційна, стерилізація, зберігання)
- Засоби індивідуального захисту (маски, рукавички, окуляри)
- Дезінфекція поверхонь, знезараження повітря

Слайд 4. Основні вимоги до безпеки при роботі з пацієнтом

- Захист від гепатитів, ВІЛ, туберкульозу
- Робота з кров'ю та біологічними рідинами
- Поводження з відходами класу Б та В
- Журнал обліку дезінфекції та стерилізації

Слайд 5. Класифікація захворювань пародонту

- За Міжнародною класифікацією (AAP/EFP 2018)
- Гінгівіти: індуковані нальотом / неіндуковані
- Пародонтити: стадії та ступені
- Інші стани: мукогінгівальні, системні асоційовані, травматичні ураження

Слайд 6. Номенклатура хвороб пародонту (МОЗ/клінічні протоколи)

- Коды МКХ (K05.0 – гінгівіт, K05.2 – пародонтит)
- Поширені назви в документах МОЗ
- Відображення в медичній карті, звітності

Слайд 7. Папіліт: клініка та діагностика

- Запалення міжзубного сосочка
- Почервоніння, кровоточивість, іноді болючість
- Причини: травма, наліт, неправильно підібрана нитка
- Лікування: гігієна, місцева терапія, усунення травми

Слайд 8. Гінгівіт: форми та прояви

- Катаральний, гіпертрофічний, виразковий
- Кровоточивість, набряк, почервоніння ясен
- Причини: наліт, гормональні зміни, медикаменти
- Тактика: гігієнічна чистка, антисептики, навчання пацієнта

Слайд 9. Локалізований пародонтит

- Ураження одного або кількох зубів
- Поглиблення ясенних кишень, втрата прикріплення, рухомість
- Важливість зондування, рентгенологічної діагностики
- Етапне лікування: гігієна, кюретаж, антисептики, стабілізація

Слайд 10. Методи клінічного та додаткового обстеження

пародонтологічного пацієнта

Слайд 11. Збір анамнезу

- Загальний стан здоров'я пацієнта (супутні хвороби, прийом ліків, алергії)
- Скарги: кровоточивість, неприємний запах, рухомість зубів, болючість
- Гігієнічні навички, шкідливі звички, спадковість

Слайд 12. Візуальний огляд

- Колір, консистенція, форма ясен
- Наявність гіперплазії, рецесії
- Зубний наліт, зубний камінь

- Ознаки травматичної оклюзії

Слайд 13. Пародонтальне зондування

- Визначення глибини пародонтальної кишені
- Кровоточивість при зондуванні
- Рівень прикріплення (Clinical Attachment Level)
- Індекси: КПП, РМА, IGI, API тощо

Слайд 14. Перкусія та перевірка рухомості зубів

- Ступені рухомості (I–III)
- Горизонтальна / вертикальна
- Визначення оклюзійного травматизму
- Роль в плануванні шинирування

Слайд 15. Інструментальні методи діагностики

- Рентгенографія (панорамна, прицільна, 3D-КТ)
- Визначення ступеня резорбції кістки
- Візуалізація пародонтальних кишень
- Фотографування для моніторингу

Слайд 16. Лабораторні методи (за показами)

- Мікробіологічні дослідження (ПЛР, культуральні)
- Цитологія (мазок- відбиток)
- Біохімія слини/рідин із кишень
- Маркери запалення (ІЛ-1, ММП)

Слайд 17. Визначення індексів і шкал

- Пародонтальний індекс Russell

Пародонтальний скринінговий індекс (PSI, PSR)

- Індекс кровоточивості за Mühlemann & Son
- Індекс нальоту (Silness–Löe)

Слайд 18. Формування діагнозу

- Врахування клінічних і рентгенологічних даних
- Формула діагнозу (тип + локалізація + стадія + ступінь)
- Встановлення показань до лікування
- Визначення прогнозу

Слайд 19. Систематизація захворювань пародонту: сучасні класифікації та номенклатура

Слайд 20. Навіщо потрібна класифікація?

- Уніфікація термінів у клінічній практиці
- Полегшення діагностики та вибору лікування
- Формування прогнозу
- Медична документація та звітність

Слайд 21. Історія класифікацій пародонтологічних захворювань

- WHO, AAR (1999), Європейська федерація пародонтології
- До 2017: класифікація включала гінгівіт, хронічний/агресивний

пародонтит

- Потреба в перегляді через нові дані

Слайд 22. Класифікація AAR/EFP (2018)

Основні групи:

1. Гінгівіти
2. Пародонтити
3. Інші стани, що впливають на пародонт
 - Уточнення: стадії (I–IV), ступені (A–C), поширеність

Слайд 23. Класифікація гінгівітів

- Індуковані зубним нальотом
- Неіндуковані (гормональні, медикаментозні, системні, вірусні, грибові, генетичні порушення)
- Тимчасові гінгівіти: у підлітків, вагітних

Слайд 24. Класифікація пародонтитів

- Єдина категорія (немає поділу на хронічний/агресивний)
- Стадії I–IV: від легкого до тяжкого з ускладненнями
- Ступені A–C: темп прогресування
- Врахування системних чинників і ризиків

Слайд 25. Інші стани, пов'язані з пародонтом

- Мукогінгівальні аномалії
- Захворювання, пов'язані з імплантами
- Системні хвороби, що впливають на пародонт
- Некласифіковані запальні ураження

Слайд 26. Номенклатура за МКХ-10

- K05.0 – Гінгівіт
- K05.1 – Гіпертрофічний гінгівіт
- K05.2 – Гострий пародонтит
- K05.3 – Хронічний пародонтит
- K05.6 – Інші ураження пародонту
- K05.9 – Невизначене захворювання пародонту

Слайд 27. Формулювання діагнозу

- Тип захворювання (гінгівіт / пародонтит)
- Стадія і ступінь
- Локалізація (локалізований / генералізований)
- Наявність ускладнень (рецесії, рухомість, патологічна іммобілізація)

Приклад: генералізований пародонтит, стадія II, ступінь B, з рецесією ясен та рухомістю зубів II ступеня

Слайд 28. Дистрофічні зміни в пародонті: етіологія, прояви, підходи до діагностики та лікування

Слайд 29. Що таке дистрофічні ураження пародонту?

- Хронічні незапальні або малоактивні процеси
- Прогресивна атрофія ясен і тканин пародонту
- Зменшення трофіки, живлення, порушення регенерації
- Можуть поєднуватися із запаленням

Слайд 30. Етіологія дистрофічних змін

- Системні хронічні хвороби (цукровий діабет, остеопороз)
- Нейроендокринні порушення, порушення обміну речовин

- Спадкові фактори
- Куріння, стрес, порушення кровообігу
- Вік, гормональні зміни

Слайд 31. Пародонтоз (істинне дистрофічне захворювання)

- Без вираженого запалення
- Симетричне, генералізоване ураження
- Зниження висоти альвеолярної кістки
- Відсутність пародонтальних кишень на ранніх етапах
- Повільна прогресія

Слайд 32. Клінічні ознаки пародонтозу

- Бліді, «бідні» на кровоносні судини ясна
- Рецесія ясен
- Шийки зубів оголені, гіперестезія
- Поступове розхитування зубів без кровоточивості
- Рентген: горизонтальна рівномірна резорбція кістки

Слайд 33. Дистрофічно-запальні форми (хронічний пародонтит)

- Поєднання атрофічних змін із запаленням
- Хронічний генералізований пародонтит
- Симптоми запалення: набряк, кровоточивість
- Одночасно — рецесії, втрата прикріплення

Слайд 34. Диференціальна діагностика

Ознака	Пародонтоз	Пародонтит
Запалення	Відсутнє/мінімальне	Виражене
Кровоточивість	Ні	Так
Кишені	Ні	Є
Біль	Рідко	Часто
Рецесії	Є	Є
Рентген	Рівномірна атрофія	Вогнищева резорбція

Слайд 35. Методи діагностики

- Зондування (глибина кишень)
- Рентгенографія
- Оцінка рівня прикріплення
- Мікроциркуляція та біохімічні показники (при потребі)

Слайд 36. Лікувальна тактика

Пародонтоз:

- Фізіотерапія (лазер, дарсонваль)
- Засоби, що покращують кровообіг і трофіку
- Вітаміни, антиоксиданти
- Механічне усунення рецесій (пластика ясен – при показах)

Хронічний пародонтит:

- Механічне очищення, антисептики
- Протизапальна терапія
- Контроль оклюзії, стабілізація зубів
- Регулярний нагляд

Слайд 37. Етапність лікування пародонтологічних пацієнтів: системна та попередня фази

Слайд 38. Загальні принципи лікування захворювань пародонту

- Лікування проводиться поетапно
- Комбінує місцеву та загальну терапію
- Орієнтація на індивідуальні фактори ризику
- Ціль — усунути причину, стабілізувати процес, відновити структури

Слайд 39. Основні фази лікування (за AAR, EFP)

1. Системна фаза
2. Попередня (етіотропна) фаза
3. Хірургічна фаза
4. Підтримувальна терапія (ретенційна)

Слайд 40. Системна фаза лікування

- Аналіз загального стану здоров'я пацієнта
- Корекція супутніх хвороб (цукровий діабет, імунні порушення)
- Відмова від куріння (робота з мотивацією)
- Взаємодія з лікарями інших спеціальностей
- Призначення вітамінів, антиоксидантів, нормалізація харчування

Слайд 41. Роль лікаря-стоматолога у системній фазі

- Виявлення факторів ризику під час збору анамнезу
- Пояснення пацієнту впливу загального стану на перебіг пародонтиту
- Направлення до терапевта, ендокринолога, кардіолога тощо
- Складання індивідуального плану підготовки до пародонтологічного

лікування

Слайд 42. Попередня (етіотропна) фаза лікування

- Усунення причин запалення: м'який наліт, камінь, гігієнічні порушення
- Проведення професійної гігієни: скейлінг, полірування
- Навчання пацієнта індивідуальній гігієні
- Антисептичні засоби (хлоргексидин, ефірні олії, фітотерапія)

Слайд 43. Оцінка гігієни та мотивація

- Визначення індексів (API, КПП, OHI-S)
- Демонстрація пацієнту зон із залишками нальоту
- Підбір засобів: щітка, флос, йоршики, іригатор
- Мотиваційна бесіда, фото "до/після", оцінка змін через 7–14 днів

Слайд 44. Місцева протизапальна терапія

- Аплікації: хлоргексидин, метронідазол, гелі (Метрогіл Дента, Холісал)
- Полоскання та іригації
- Вживання пробіотиків (за потреби)
- Використання фітозасобів (календула, шавлія, ромашка)

Слайд 45. Контроль ефективності попередньої фази

- Повторне зондування, перевірка індексів
- Візуальна оцінка ясен: колір, кровоточивість, набряк
- Визначення подальшої тактики:
 - Якщо стабілізація → перехід до хірургії
 - Якщо запалення зберігається → повторна санація

Слайд 46. Перша (етіотропна) фаза лікування пародонтологічного пацієнта.

Місце першої фази в загальному плані лікування

- 1-ша фаза - етіотропна
- Мета — усунення мікробного чинника, що викликає запалення
- Проводиться після системної фази, перед хірургічною (за потреби)
- Обов'язкова для всіх пацієнтів із гінгівітом і пародонтитом

Слайд 47. Основні завдання першої фази

- Навчання індивідуальній гігієні порожнини рота
- Усунення над'ясенних і під'ясенних відкладень
- Зниження мікробного навантаження
- Усунення місцевих подразнюючих чинників

Слайд 48. Навчання пацієнта гігієні

- Підбір індивідуальних засобів: зубна щітка, паста, флос, йоршики

Демонстрація методик чищення (Bass, Stillman, Fones)

- Мотивація через індекси (API, КПП)
- Фіксація динаміки через фото або гігієнічні карти

Слайд 49. Професійна гігієна порожнини рота

- Механічне видалення нальоту і зубного каменю (ультразвук, ручні інструменти)

- Полірування поверхонь зубів пастами
- Індиксація гігієни до і після
- Повторна гігієна через 1–2 тижні

Слайд 50. Антисептична підтримка

- Полоскання: хлоргексидин 0,12–0,2%, трав'яні відвари
- Аплікації гелів: Метрогіл Дента, Холісал
- Курси до 7–10 днів
- Можливе призначення пробіотиків

Слайд 51. Усунення місцевих подразників

- Пломби з нависаючими краями
- Незадовільні реставрації
- Травматичний прикус
- Гострі краї зубів або протезів
- Неправильне встановлення коронок у прикріплену ясну

Слайд 52. Контроль результатів першої фази

- Зондування (глибина кишень, кровоточивість)
- Переоцінка індексів (API, КПП, РМА)
- Суб'єктивна оцінка скарг (зменшення кровоточивості, болю)
- Прийняття рішення:

- стабільність → спостереження / перехід до хірургії
- запалення зберігається → повтор

Слайд 53. Помилки при проведенні 1-ї фази

- Недостатня гігієнічна мотивація
- Поверхнєве очищення без роботи під яснами
- Призначення антисептиків без санації
- Ігнорування чинників, що підтримують запалення (оклюзія, пломби)

Слайд 54. Роль місцевої терапії в лікуванні пародонтиту

- Діє безпосередньо в осередку ураження
- Менше системне навантаження
- Підсилює механічну обробку
- Показана в легких і середніх формах, а також у підтримувальній терапії

Слайд 55. Групи місцевих препаратів

1. Антисептики
2. Протизапальні засоби
3. Антибіотики (місцеві)
4. Засоби для прискорення загоєння
5. Фітотерапія

Слайд 56. Антисептики

- Хлоргексидин 0,05–0,2%: полоскання, гелі
- Цетилпіридиній, ефірні олії (Listerine)
- Перекис водню 3% (обережно)
- Правила застосування: курс 7–10 днів, обмеження через зміну мікрофлори і потемніння емалі

Слайд 57. Протизапальні та антибактеріальні гелі

- Метрогіл Дента метронідазол + хлоргексидин)
- Холісал (анестезуючий ефект + протизапальний)
- Пародонтоцид, Камістад, Елюгель
- Аплікації 2–3 рази на добу на уражені ділянки

Слайд 58. Місцеві антибіотики (за показами)

- А-тапс, Коллагель, Доксіциклін-мікрогелі
- Вводяться у пародонтальні кишені
- Застосовуються при глибоких ураженнях у комбінації з очищенням
- Не застосовуються без чітких показань

Слайд 59. Засоби для загоєння та регенерації

- Солкосерил-гель, Актовегін-гель
- Препарати з гіалуроновою кислотою
- Гелі з травами: шавлія, ромашка, календула
- Аплікації після чистки або хірургії

Слайд 60. Інтердентальна гігієна: значення

- Основне джерело запалення — міжзубний наліт
- Чищення зубів щіткою — лише 60% очищення
- Інтердентальна гігієна = щоденне використання додаткових засобів
- Зниження ризику гінгівіту та карієсу контактних поверхонь

Слайд 61. Засоби інтердентальної гігієни

- Зубна нитка (флос): для щільних контактів
- Інтердентальні йоршики: при рецесіях, брекетах, імплантах
- Іригатори: струмінь води очищає міжзубні проміжки, зручні для пацієнтів з обмеженими рухами
- Монощітки: для важкодоступних зон

Слайд 62. Мета фізіотерапії у пародонтології

- Зменшення запалення та болю
- Стимуляція кровообігу та регенерації
- Посилення метаболічних процесів у тканинах
- Підвищення ефективності основного лікування

Слайд 63. Показання до фізіотерапії

- Хронічні гінгівіти
- Хронічний генералізований пародонтит
- Рецесії ясен
- Дистрофічні захворювання (пародонтоз)
- Післяопераційний період

Слайд 64. Дарсонвалізація (ВЧ-імпульсні струми)

- Ефекти: покращення мікроциркуляції, знеболення, протизапальна дія
- Методика: 5–10 хв щоденно, курс 10–15 процедур
- Апарат: Дарсонваль, контактна або безконтактна техніка
- Протипоказання: епілепсія, кардіостимулятор

Слайд 65. Електрофорез (лікарські речовини + постійний струм)

- Введення кальцію, цинку, ферментів, антисептиків
- Ефекти: зменшення кровоточивості, зміцнення судин
- Методика: аплікації з прокладками, струм 1–5 мА, 10–15 хв
- Курс: 8–10 процедур

Слайд 66. Лазеротерапія (НЧ лазерне випромінювання)

- Покращення регенерації, зменшення набряку, антибактеріальна дія
- Використовується при пародонтиті, післяопераційних станах
- Методика: 1–2 хв на ділянку, 5–10 сеансів
- Типи: гелій-неоновий, діодний лазер

Слайд 67. Ультразвукова терапія

- Ефекти: мікромасаж, покращення обміну речовин, антисептична дія
- Застосування разом із медикаментами (фонофорез)
- Методика: 3–5 хв/ділянку, через прозорий гель
- Курс: 7–10 процедур

Слайд 68. Магнітотерапія

- Постійне або імпульсне магнітне поле
- Покращення мікроциркуляції, зменшення болю
- Методика: 10–15 хв на зону ясен
- Можна комбінувати з іншими методами

Слайд 69. Протипоказання до фізіотерапії

- Гострі гнійні процеси

- Онкозахворювання
- Вагітність (відносно)
- Порушення серцевого ритму, імплантований кардіостимулятор
- Епілесія, тяжкі психічні розлади

Слайд 70. Друга фаза лікування: загальна характеристика

- Назва: корекційна / хірургічна фаза
- Починається після стабілізації стану внаслідок етіотропного лікування
- Ціль — усунення залишкових пародонтальних кишень, формування

зручного для гігієни контуру ясен, відновлення прикріплення

Слайд 71. Показання до хірургічного лікування

- Пародонтальні кишені > 5 мм
- Горизонтальна та вертикальна резорбція кістки
- Фуркаційні ураження II–III ступеня
- Рецесії ясен, потреба в пластиці
- Недоступність кишень для інструментальної обробки

Слайд 72. Види хірургічного втручання

1. Клаптеві операції (відкритий кюретаж)
2. Гінгівектомія / гінгівопластика
3. Регенеративні операції з використанням мембран / матеріалів
4. Пластика рецесій (аутотрансплантати, тунельна техніка)
5. Шинування зубів

Слайд 73. Клаптеві операції (основа хірургії пародонту)

- Відшарування слизово-окісного клаптя
- Повний огляд коренів та дефектів кістки
- Кюретаж, згладжування кореня
- При необхідності — кісткова пластика
- Накладання швів, пов'язка

Слайд 74. Регенеративні хірургічні методики

- GTR (guided tissue regeneration): використання мембран
- Кісткова пластика: застосування синтетичних/аутогенних матеріалів
- Комбінуються з біоактивними факторами (PRF, емалеві матриксні білки)
- Ціль — відновлення втраченого прикріплення

Слайд 75. Гінгівектомія та гінгівопластика

- Видалення гіпертрофованих тканин ясен
- Вирівнювання гінгівального контуру
- Відкриття доступу до кишень або каріозних уражень
- Часто поєднується з формуванням «біологічної ширини»

Слайд 76. Пластика рецесій ясен

- Методи: коронарне зміщення клаптя, тунельна техніка, вільні трансплантати з піднебіння
- Покази: естетика, гіперестезія, профілактика прогресування
- Успіх залежить від гігієни, стабільності тканин, техніки

Слайд 77. Післяопераційне ведення пацієнта

- Знеболення, антисептики (ополіскування)
- Відмова від щітки на 7–10 днів у зоні втручання
- Контроль через 3, 7, 14 днів
- Видалення швів на 7–10 день
- Обов'язкове переведення до підтримувальної фази

Слайд 78. Третя фаза лікування. Підтримуюча терапія та спостереження

- Захист від рецидиву
- Подовження стабільності результату
- Виявлення ранніх ознак загострення
- Формування “відповідального пацієнта”

Слайд 79. Структура третьої фази лікування

1. Клінічна оцінка стану ясен
2. Контроль гігієни
3. Професійне чищення (депурація)
4. Оцінка глибини кишень
5. Рентгенологічна діагностика
6. Мотивація та навчання пацієнта

Слайд 80. Періодичність візитів

- Раз на 3–6 місяців (залежно від ризику)
- Високий ризик — кожні 3 міс
- Стабільні випадки — кожні 6 міс
- Використання таблиці контролю

Слайд 81. Методи оцінки ефективності терапії

- Індекси (PSI, BOP, GI, PI)
- Пародонтограма
- Рентген-контроль кісткових структур
- Оцінка рівня гігієни та мотивації

Слайд 82. Фактори ризику рецидиву

- Погана гігієна
- Паління
- Цукровий діабет
- Нерегулярні візити
- Некориговані реставрації або ортопедичні конструкції

Слайд 83. Роль пацієнта у підтримуючій терапії

- Щоденна гігієна
- Виконання рекомендацій
- Ведення “щоденника догляду”
- Своєчасна реакція на симптоми (кровоточивість, дискомфорт)

Слайд 84. Професійні методи догляду

- Механічне очищення над- і під'ясенних відкладень
- Полірування поверхонь
- Антисептична обробка
- Аплікації фтору, гелю хлоргексидину

Слайд 85. Клінічні приклади

- Випадки з рецидивом через відсутність підтримки
- Порівняння стабільних результатів у відповідальних пацієнтів
- Фото-прикладі супроводу протягом 1–3 років

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. До структур пародонту належать усі, крім:
А. Ясен
В. Періодонту
С. Дентину
D. Альвеолярної кістки
Е. Цементу
2. Яка структура забезпечує фіксацію зуба в альвеолі?
А. Пульпа
В. Періодонт
С. Емаль
D. Ясенна борозна
Е. М'язи дна порожнини рота
3. Який компонент пародонту відповідає за амортизацію жувального навантаження?
А. Цемент
В. Пульпа
С. Періодонт
D. Епітеліальне прикріплення
Е. Окістя
4. Яка тканина покриває корінь зуба?
А. Емаль
В. Цемент
С. Дентин
D. Пульпа
Е. Періодонт
5. Що забезпечує герметичність між зубом і яснами?
А. Ясенна борозна
В. Колагенові волокна
С. Епітеліальне прикріплення
D. Періодонтальні зв'язки
Е. Цемент
6. Який етап лікування пародонтиту передбачає хірургічну корекцію тканин?

- A. Етіотропна фаза
- B. Діагностичний етап
- C. Підтримуюча фаза
- D. Коригувальна фаза
- E. Паліативна фаза

7. Що є основною функцією цементу?

- A. Забезпечення естетики
- B. Захист пульпи
- C. Прикріплення волокон періодонту
- D. Живлення ясен
- E. Амортизація

8. У якому віці найбільш характерні вікові зміни пародонту?

- A. У підлітковому
- B. У молодому
- C. У дитячому
- D. У похилому
- E. У новонароджених

9. Яка ознака є визначальною для діагнозу “гінгівіт”?

- A. Рецесія ясен
- B. Втрата прикріплення
- C. Кровоточивість ясен
- D. Рухомість зубів
- E. Наявність гнійного ексудату

10. Хто є ініціаторами прийняття класифікації хвороб пародонту 2017 року?

- A. BOOЗ
- B. EFP та AAP
- C. ADA та CDC
- D. ADEA та FDI
- E. NIH та WHO

11. Який індекс дозволяє оцінити ступінь запалення ясен?

- A. КПУ
- B. РМА
- C. ІГ
- D. ІГ-Грін-Вермільйон
- E. PI (Plaque Index)

12. Який з перелічених факторів не входить до критеріїв градування в класифікації 2017 року?

- A. Рівень нікотинової залежності
- B. Кількість втрачених зубів
- C. Швидкість прогресування

D. Контроль над системними факторами

E. Відношення втрати прикріплення до віку

13. Що передбачає підтримуюча терапія при пародонтиті?

A. Професійне чищення, контроль гігієни

B. Хірургічне втручання

C. Видалення зубів

D. Встановлення імплантів

E. Антибіотикотерапію

14. Яке із визначень найбільш повно відображає поняття «стадія» у класифікації 2017 року?

A. Швидкість прогресії захворювання

B. Час виникнення симптомів

C. Важкість і розповсюдження уражень

D. Частота рецидивів

E. Рівень болю

15. Який метод дозволяє оцінити глибину пародонтальних кишень?

A. Пальпація

B. Перкусія

C. Зондування

D. Рентгенографія

E. Спірографія

Еталони відповідей

№ запитання	1	2	3	4	5	6	7	8
Правильна відповідь	C	B	C	B	C	D	C	D

№ запитання	9	10	11	12	13	4	15
Правильна відповідь	C	B	B	A	A		C

Контрольні питання:

1. Які є рівні надання пародонтологічної допомоги?
2. Назвіть базові правила інфекційного контролю в стоматології
3. Які основні класи захворювань пародонту?

4. Чим папіліт відрізняється від гінгівіту?
5. Як діагностується локалізований пародонтит?
6. Які основні етапи обстеження пацієнта з пародонтологічною патологією?
7. Що визначаємо при зондуванні?
8. Назвіть індекси, що використовуються в діагностиці пародонтиту
9. Які рентгенологічні методи застосовуються у практиці?
10. Як правильно сформулювати пародонтологічний діагноз?
11. Яка мета класифікації захворювань пародонту?
12. У чому різниця між стадією і ступенем пародонтиту?
13. Які типи гінгівіту виділяє класифікація 2018 року?
14. Що таке мукогінгівальні аномалії?
15. Як виглядає правильне формулювання діагнозу?
16. Що таке пародонтоз і чим він відрізняється від пародонтиту?
17. Назвіть причини дистрофічних змін у пародонті
18. Які основні симптоми пародонтозу?
19. У чому полягає диференціальна діагностика?
20. Яка тактика лікування при дистрофічно-запальних ураженнях?
21. Яка мета системної фази лікування?
22. Що входить у попередню (етіотропну) фазу?
23. Які антисептики застосовують при гінгівіті?
24. Як оцінити ефективність гігієнічного навчання?
25. Навіщо проводиться мотиваційна бесіда з пацієнтом?
26. Яка основна мета першої фази лікування?
27. Які маніпуляції входять до етапу професійної гігієни?
28. Які індекси використовують для оцінки ефективності гігієни?
29. Назвіть приклади місцевих подразнюючих факторів
30. Як оцінити результат першої фази?
31. Які переваги має місцева терапія при лікуванні пародонтиту?
32. Назвіть поширені антисептики для порожнини рота
33. Які гелі мають комбіновану дію при запаленні?
34. У яких випадках застосовують місцеві антибіотики?
35. Які засоби інтердентальної гігієни існують і коли вони показані?
36. Які основні цілі фізіотерапії в пародонтології?
37. У чому полягає дія дарсонвалізації?
38. Які речовини застосовують при електрофорезі?
39. Який метод покращує загоєння після операцій?
40. Назвіть абсолютні протипокази до фізіотерапії
41. Яка мета другої (хірургічної) фази лікування?
42. У яких випадках показана клаптева операція?
43. Що таке направлена тканинна регенерація (GTR)?
44. Назвіть методи пластики рецесій ясен
45. Які рекомендації даються пацієнту після хірургічного втручання?
46. У чому полягає мета третьої фази лікування?

47. Як часто мають проходити підтримуючі візити?
48. Які індекси використовуються для оцінки стану пародонта?
49. Назвіть основні фактори ризику рецидиву.
50. Яка роль пацієнта у довготривалому збереженні результатів?

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна література:

1. Білоклицька Г. Ф., Остапко О. І. Пародонтологія. – К.: Книга-плюс, 2021. – 344 с.
2. Данилевський М. Ф. Пропедевтика стоматологічних захворювань. – К.: Медицина, 2020. – 456 с.
3. Іваницький О. С., Рижова Ю. В. Захворювання пародонту: клініка, діагностика, лікування. – Харків: ХНМУ, 2019. – 288 с.
4. Поворознюк В. В., Бойко Ю. О. Основи клінічної пародонтології. – Вінниця: Нова книга, 2020. – 312 с.
5. Хоменко Л. О., Остапко О. І. Стоматологія. Підручник для студентів медичних факультетів. – К.: ВСВ «Медицина», 2022. – 576 с.

Додаткова література:

- олітун А. М., Шестаков В. С. Сучасні методи діагностики в стоматології. – Одеса: ОНМедУ, 2018. – 252 с.
2. D'Aiuto F., Graziani F., Genco R. Periodontal Diseases and Overall Health: A Clinician's Guide. – Springer, 2022. – 215 p.
3. Newman M. G., Takei H., Klokkevold P. R., Carranza F. A. Carranza's Clinical Periodontology. – 13th ed. – Elsevier, 2019. – 992 p.
4. Lang N. P., Bartold P. M. Periodontology at a Glance. – Wiley-Blackwell, 2018. – 144 p.
5. Eke P. I., Page R. C. Periodontal Disease Surveillance. – Journal of Dental Research, 2021.

ПОСИЛАННЯ НА ІНФОРМАЦІЙНІ РЕСУРСИ В ІНТЕРНЕТІ, ВІДЕО-ЛЕКЦІЇ, ІНШІ МЕТОДИЧНІ ВИДАННЯ

Професійні організації та протоколи

1. European Federation of Periodontology (EFP) <https://www.efp.org> – сучасна класифікація 2017 року, гайдлайни, протоколи лікування, освітні курси.
2. American Academy of Periodontology (AAP) <https://www.perio.org> – ресурси для клініцистів, стандарти діагностики, пацієнтські буклети.
3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) <https://www.nice.org.uk> – клінічні настанови щодо пародонтології у системі охорони здоров'я Великої Британії.

Наукові бібліотеки, журнали

1. PubMed – National Library of Medicine <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov> – пошук актуальних наукових статей з пародонтології.
2. Google Scholar <https://scholar.google.com> – база наукових статей, дисертацій і підручників.
3. UAPP – Українська академія пародонтології <https://uapp.org.ua> – освітні матеріали, відео, участь у конференціях.

Електронне навчальне видання комбінованого використання
Можна використовувати в локальному та мережному режимі

Ніконов Андрій Юрійович
Кольба Олександра Орестівна
Іскоростенська Ольга Володимирівна

Класифікація та номенклатура хвороб пародонту.
Обстеження пацієнтів із захворюванням тканин пародонту.
Фази лікування

Методичні рекомендації
для підготовки до лекцій лікарів-спеціалістів стоматологів з дисципліни
«Спеціалізація лікарів-стоматологів за фахом «Пародонтологія»»

В авторській редакції

Підписано до розміщення 23.10.2025. Гарнітура Times New Roman.
Ум. друк. арк. 1,95. Обсяг 0,526 Мб. Зам. № 350/25.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009
Видавництво ХНУ імені В. Н. Каразіна