

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. М.І. ПИРОГОВА**

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Голова методичної ради стоматологічного
факультету

Протокол засідання

№ 8 від «26» 03 2025 р.

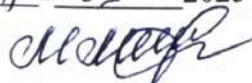


Сергій ШУВАЛОВ

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Голова екзаменаційної
комісії №4

«27» 03 2025 р.



Марія ШІНКАРУК-ДИКОВИЦЬКА

ЕКЗАМЕНАЦІЙНІ МАТЕРІАЛИ

**№2 ОСНОВНІ ПАТОЛОГІЧНІ СТАНИ В КЛІНІЦІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ
СТОМАТОЛОГІЇ: ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ (З ПРАКТИЧНИМИ
НАВИЧКАМИ) ОСП(К)І**

СПЕЦІАЛЬНІСТЬ

Стоматологія

ОСВІТНЯ ПРОГРАМА

Стоматологія»

ФАКУЛЬТЕТ

Стоматологічний факультет

Вінниця - 2025

ДОДАТКИ ЕКЗАМЕНАЦІЙНИХ МАТЕРІАЛІВ

1. Інструкція роботи студентів на станції (додаток 1)
2. Перелік практичних навичок (додаток 2)
3. Алгоритми виконання практичних навичок (додаток 3)
4. Зразок завдання (додаток 4)
5. Нормативні документи (додаток 5)

Додаток 1

ІНСТРУКЦІЯ РОБОТИ СТУДЕНТІВ НА СТАНЦІЇ №2 «ОСНОВНІ ПАТОЛОГІЧНІ СТАНИ В КЛІНІЦІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ: ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ (З ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ)»

Здобувач вищої освіти (ВО) повинен привітатись та пред'явити екзаменатору ідентифікаційний номер, який був присвоєний під час реєстрації на ОСП(К)І. На станції проводиться відеозапис відповіді здобувача. Здобувач ВО отримує клінічну ситуацію, де передбачено спілкування з пацієнтом, опитування скарг та анамнестичних даних, проведення необхідних діагностичних процедур, визначення тактики і лікування пацієнта, профілактики захворювання.

Компетентності, які оцінюються:

Комунікативні: вміння представити себе, пояснити мету спілкування, отримати згоду пацієнта на проведення опитування та обстеження, вміння вислухати пацієнта та спілкуватись зрозумілою для нього мовою .

Фізикальні:

1. Навики проводити обстеження стоматологічного хворого;
2. Навики обґрунтовувати і формулювати попередній діагноз;
3. Навики аналізувати результати обстеження стоматологічного хворого;
4. Навики ставити клінічний діагноз основних захворювань зубів, пародонту, слизової оболонки порожнини рота;
5. Навики проведення стоматологічних лікувальних і діагностичних маніпуляцій:
 - Ампутація пульпи постійних зубів
 - Визначення кислотостійкості емалі зубів
 - Діагностичне використання барвників
 - Екстирпація пульпи постійних зубів
 - Електроодонтодіагностика
 - Медикаментозна обробка уражених ділянок слизової оболонки порожнини рота та пародонта
 - Накладання на видалення тимчасових пломб і герметичних пов'язок прилікуванні карієсу, пульпіту, періодонтиту
 - Пломбування каріозних порожнин постійних зубів різними пломбувальними матеріалами
 - Пломбування кореневих каналів постійних зубів різними матеріалами
 - Інструментальна та медикаментозна обробка кореневих каналів постійних зубів
 - Препарування каріозних порожнин з урахуванням виду пломбувального матеріалу
 - Проведення професійної гігієни порожнини рота
 - Шліфування та полірування пломб з усіх видів пломбувальних матеріалів

Когнітивні:

- Клінічні особливості анатомо-гістологічної будови зубів, пародонта, слизової оболонки та органів порожнини рота
- Класифікації хвороб зубів, пародонта, слизової оболонки порожнини рота

- Основні методи обстеження стоматологічних хворих
- Клінічні ознаки стоматологічних захворювань
- Принципи та етапи лікування стоматологічних хворих
- Види, рівні та заходи профілактики хвороб зубів, пародонта та слизової оболонки порожнини рота

Етичні та легальні: вміння пояснити пацієнту мету і хід процедури, значимість отриманих результатів.

Перелік захворювань:

1. Карієс та його ускладнення (пульпіт, періодонтит). Некаріозні ураження твердих тканин зубів (гіперестезія, гіпоплазія емалі, гіперплазія емалі, флюороз, ерозія твердих тканин зуба, клиноподібний дефект, патологічне стирання зубів, некроз твердих тканин зуба, дисколорити, травматичні ушкодження зубів)
2. Захворювання пародонта (папіліт, гінгівіт, пародонтит, пародонтоз, ідіопатичні захворювання пародонта)
3. Захворювання слизової оболонки порожнини рота (травматичні ураження, аутоінфекційні захворювання СОПР, вторинні бактеріальні захворювання, захворювання СОПР при дерматозах з аутоімунним компонентом, зміни СОПР при алергійних ураженнях, зміни СОПР при інтоксикаціях солями важких металів, симптоматичні вірусні захворювання, симптоматичні прояви на СОПР захворювань внутрішніх органів і систем, захворювання язика та губ)

Матеріально-технічне забезпечення станції: стоматологічні установки, інструменти для обстеження ротової порожнини та пародонтального скринінгу, пульпестер, матеріали та медикаменти, що застосовуються в клініці терапевтичної стоматології, карієс-маркери, холодний спрей, інструменти для препарування і пломбування каріозних порожнин, ендодонтичні інструменти, аксесуари стоматологічні, результати додаткових і лабораторних методів дослідження, чек-листи.

Клінічна ситуація передбачає роботу з стандартизованим пацієнтом та виконання завдань, вказаних в умові.

При роботі з стандартизованим пацієнтом:

1. Здобувач ВО повинен привітатись, представитись.
2. Спитати у пацієнта, як можна до нього звертатись.
3. Отримавши інформацію про ім'я пацієнта, повідомити, що має опитати пацієнта та оглянути. Запитати дозвіл на опитування.
4. Спитати вік пацієнта
5. Опитати скарги (пацієнт повідомляє провідну скаргу, яка потребує деталізації за алгоритмом).
6. Провести деталізацію скарг за наведеним алгоритмом
7. Перед проведенням об'єктивного обстеження пацієнту потрібно пояснити мету процедури. Наприклад, визначити глибину каріозної порожнини.
8. Пояснити пацієнту хід процедури: буде проведено зондування каріозної порожнини. Попередити пацієнта про можливі відчуття під час обстеження.
9. Якщо в процесі проведення дослідження необхідно, щоб пацієнт вас проінформував про свої відчуття – поясніть це пацієнту (наприклад під час визначення ЕОД пацієнт повинен подати сигнал, коли в нього виникнуть тактильні відчуття в зубі)
10. Отримати згоду пацієнта на проведення об'єктивного обстеження або додаткових методів діагностики.
11. Одягнути рукавички, маску.

12. Провести об'єктивне обстеження або додаткові методи дослідження.
13. Перед завершенням спілкування з пацієнтом потрібно надати рекомендації щодо особливостей лікування або профілактики даного захворювання.

При виконанні завдань, вказаних в умові клінічної ситуації, потрібно буде провести діагностичну навичку (на пацієнтові) або лікувальну навичку (на фантомі).

Після виконання завдання або закінчення часу перебування на станції повернути завдання викладачу, дочекатись сигналу про закінчення часу перебування на станції, покинути станцію. Після закінчення часу перебування на станції екзаменатор відповідь не приймає. Екзаменатор є спостерігачем ваших дій і не надає інструкції, не коментує і не опитує.

Після проходження першої станції здобувач ВО має перейти на іншу станцію згідно маршрутного листка.

Тривалість станції та розподіл часу:

№	Дії	Розподіл часу (орієнтовно)
1.	Ознайомлення з завданням	1 хв.
2.	Виконання завдання	7 хв.
	Всього:	8 хв.

ЗАБОРОНЕНО спілкуватись з екзаменатором, використовувати навчальні та допоміжні матеріали, користуватися гаджетами, передавати, копіювати, та розповсюджувати будь-яку інформацію, яка стосується іспиту і не є загальнодоступною.. При порушенні вище зазначених норм здобувачем ВО складання ним іспиту припиняється, оцінка за складання іспиту виставляється «не склав» (порушення правил академічної доброчесності).

МАТИ ІЗ СОБОЮ рукавички, маску

Додаток 2

ПЕРЕЛІК ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК НА СТАНЦІЇ

Розділ	Назва розділу
Розділ 1.	Загальностоматологічні
1.1.	Комунікація з пацієнтом
1.2.	Збір скарг, анамнезу
1.3.	Об'єктивне обстеження пацієнта
1.4.	Діагностика типових захворювань
1.5.	Тактика ведення пацієнта
1.6.	Лікування типових захворювань
1.7.	Профілактика типових захворювань
1.8.	Етичні аспекти
Розділ 2.	Терапевтична стоматологія
2.1.	Клінічне обстеження зубів, зубних рядів, тканин пародонту і слизової оболонки порожнини рота;
2.2.	Індексна оцінка стану гігієни порожнини рота
2.3.	Пародонтологічний скринінг (рельєф ясен, глибина пародонтальної кишені, кровоточивість, рухомість зубів, пародонтальні індекси)
2.4.	Функціональна діагностика стану порожнини рота (холодовий тест, електроодонтодіагностика, діагностичне використання барвників,

	інтерпретація результатів променевої діагностики органів ротової порожнини).
2.5	Підготовка пацієнта і проведення забору мазків для бактеріоскопічного, бактеріологічного, цитологічного дослідження тканин ротової порожнини;
2.6	Аналіз основних лабораторних показників пацієнта (загальний і біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, результати імунологічних, алергологічних, мікробіологічних, цитологічних досліджень при стоматологічних захворюваннях)
2.7	Проведення професійної гігієни ротової порожнини при різних стоматологічних захворюваннях з урахуванням загальносоматичного статусу пацієнта
2.8	Підбір предметів і засобів гігієни порожнини рота, гігієнічне навчання пацієнта, складання індивідуального плану профілактики
2.9	Покриття зубів лікувальними та профілактичними лаками, гелями
2.10	Місцеве знеболювання при лікуванні стоматологічних захворювань різними методами (аплікаційне, інфільтраційне, провідникове)
2.11	Препарування каріозних порожнин постійних зубів з урахуванням топографії каріозного процесу та виду пломбувального матеріалу
2.12	Пломбування каріозних порожнин постійних зубів різними пломбувальними матеріалами
2.13	Шліфування та полірування пломб з усіх видів пломбувальних матеріалів
2.14	Ампутація та екстирпація пульпи постійних зубів
2.15	Інструментальна та медикаментозна обробка кореневих каналів постійних зубів
2.16	Пломбування кореневих каналів постійних зубів різними матеріалами та методиками
2.17	Накладання та видалення тимчасових пломб і герметичних пов'язок при лікуванні карієсу, пульпіту, періодонтиту

ПЕРЕЛІК ЗАВДАНЬ ТА ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК ДЛЯ СКЛАДАННЯ ОСП(К)І ПО СТАНЦІЇ №1

№	Діагноз	Скарги, анамнез (0,75 бали)	Об'єктивне обстеження (1,5 бали)	Маніпуляція (3,0 бали)	Тактика і лікування (0,3 бали)	Профілактика (0,45 бали)
	Карієс – початковий, поверхневий, середній, глибокий (гострий і хронічний)	Опитати про біль, наявність каріозної порожнини / естетичний дефект. Провести деталізацію скарг. Зібрати анамнез захворювання. Опитати про дотримання гігієни	Основні методи діагностики (огляд, зондування, перкусія, пальпація – оцінка глибини каріозної порожнини, консистенції тканин зуба).	Покриття зубів лікувальними та профілактичними лаками, гелями. Препарування каріозних порожнин I-V класу під різні пломбувальні матеріали.	В залежності від стадії процесу: Ремінералізація терапія. Інфільтраційні методики лікування. Препарування і пломбування	Надати рекомендації пацієнту щодо індивідуальної. Дієтотерапія. Призначити повторний профілактичний огляд.

		порожнини рота. Опитати про наявність загальносоматичної патології		Пломбування каріозних порожнин I-V класу різними пломбувальними матеріалами	я каріозної порожнини	
	Пульпіт – гострий (гіперемія пульпи, обмежений, дифузний, гнійний, травматичний) та хронічний (фіброзний, гіпертрофічний, гангренозний, конкрементозний)	Визначити характеристик у больового синдрому, тривалість світлих проміжків, чинники, які зменшують біль. Зібрати анамнез захворювання. Опитати про наявність супутньої патології	Основні методи діагностики (огляд, зондування, перкусія, пальпація – оцінка глибини каріозної порожнини, консистенції тканин зуба).	Визначення робочої довжини кореневого каналу. Інструментальна обробка кореневого каналу. Іригація кореневої системи. Пломбування кореневих каналів – тимчасове і постійне	В залежності від стадії процесу та умов завдання. Біологічний метод лікування. Вітальна ампутація. Вітальна та девітальна екстирпація.	Надати рекомендації пацієнту в залежності від обраного методу. Надати рекомендації пацієнту щодо санації порожнини рота. Призначити повторний профілактичний огляд.
	Періодонтит – гострий (серозний, гнійний) та хронічний (фіброзний, гранулюючий, гранулематозний)	Визначити характеристик у больового синдрому, чинники, які провокують та зменшують біль. Зібрати анамнез захворювання. Опитати про наявність супутньої патології	Основні методи діагностики (огляд, зондування каріозної порожнини, перкусія, пальпація)	Визначення робочої довжини кореневого каналу. Інструментальна обробка кореневого каналу. Іригація кореневої системи. Пломбування кореневих каналів – тимчасове і постійне	В залежності від діагнозу та умов завдання. Ендодонтичне лікування у 1-2-3 відвідування.	Надати рекомендації пацієнту у найближчі терміни після лікування. Надати рекомендації пацієнту щодо санації порожнини рота. Призначити повторний профілактичний огляд.
	Захворювання пародонту: Гінгівіт – катаральний, гіпертрофічний,	Опитати про кровоточивість ясен, біль в яснах. Опитати по дотримання	Пародонтальний скринінг (огляд, обстеження пародонталь	Діагностичні маніпуляції: Проведення гінгівальних і пародонтальних індексів,	Професійна гігієна. Усунення травмуючих чинників. Місцева	Лікування супутньої патології. Надати рекомендації пацієнту

	виразково-некротичний Пародонтит – локалізований, генералізований (початковий, I, II, III ступінь)	гігієни порожнини рота. Зібрати анамнез захворювання. Опитати про наявність загальносоматичної патології	ної кишені, ступінь кровоточивості, ступінь рухомості, визначення над – і під'ясенного зубного каменю)	індексу кровоточивості за Мюллеман, інтерпретація результатів рентгенологічного обстеження Лікувальні навички: Зняття зубних відкладень ручним і ультразвуковим методом	медикаментозна терапія в залежності від діагнозу та активності процесу. Хірургічне і ортопедичне лікування при потребі	щодо індивідуальної та професійної гігієни. Дієтотерапія. Призначити повторний профілактичний огляд.
	Ураження слизової оболонки порожнини рота при дерматозах з аутоімунним компонентом	Виявити основні скарги, провести їх деталізацію. Виявити фактори сприяння розвитку захворювання. Зібрати анамнез захворювання. Опитати про наявність загальносоматичної патології	Провести огляд слизової оболонки порожнини рота та червоної кайми губ. Виявити первинні та вторинні елементи ураження (по клінічному фото). Провести пальпацію лімфатичних вузлів та слизової оболонки порожнини рота.	Діагностичні навички: Збір матеріалу для лабораторних досліджень, оцінювання результатів	Направлення до дерматолога, симптоми лікування	Регулярний проф.огляд, санація ротової порожнини

Додаток 3

АЛГОРИТМИ ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК

1. Збір скарг (з деталізацією) та анамнез

Біль в зубі

1. Біль виникає від якихось подразників чи самовільно, без причини?

Якщо біль виникає від подразників

- Які подразники викликають біль? (при потребі можна уточнити – біль від солодкого, холодного, гарячого, при накушуванні, при потраплянні їжі в каріозну порожнину)
- Яка інтенсивність болю при дії подразників? (при потребі можна уточнити – біль сильний, інтенсивний або біль слабкий, ниючий або неприємні відчуття)
- Скільки триває біль після усунення подразника? (при потребі можна уточнити – проходить одразу, триває декілька хвилин, триває довго, понад 5-10 хвилин)
- Який характер болю при дії подразників? (при потребі можна уточнити – рвучий, пульсуючий, ниючий, тягнучий, неприємні відчуття)
- Чи можете ви вказати, який саме зуб болить?
- Якщо пацієнт вказує на сильний, інтенсивний біль – чи намагались ви зняти такий біль самостійно? (при потребі можна уточнити – чи вживали ви анальгетики / знеболюючі, чи проводили ви якісь полоскання зуба тощо)

Якщо біль самовільний

- Біль має постійний чи нападopodobний характер?
- Скільки триває напад болю? (при потребі можна уточнити – більше 1-2 хвилин, більше 5-10 хвилин, більше 30 хвилин, майже постійний)
- Скільки тривають міжбольові періоди? (при потребі можна уточнити – кілька годин, до однієї години, майже відсутні)
- Чи є якісь фактори, які посилюють біль? (при потребі можна уточнити – біль посилюється від холодного чи гарячого, чи при накушуванні)
- Який характер болю? (при потребі можна уточнити – рвучий, пульсуючий, стріляючий, ниючий, тягнучий)
- Чи можете ви вказати, який саме зуб болить?
- Чи є якісь фактори, які зменшують біль? (при потребі можна уточнити – зменшується від холодного, зменшується від теплого, зменшується при стисканні зубів тощо)
- Якщо пацієнт вказує на сильний, інтенсивний біль – чи намагались ви зняти такий біль самостійно? (при потребі можна уточнити – чи вживали ви анальгетики / знеболюючі, чи проводили ви якісь полоскання зуба тощо)

Анамнез

- Коли вперше виник такий біль?
- Як змінився характер болю від моменту його початку?
- Чи виникав подібний біль раніше?
- Чи намагались ви зняти цей біль самостійно?
- Чи проводилось раніше лікування цього зуба? Чи можете ви пригадати, яке саме лікування проводилось?

Наявність каріозної порожнини / естетичного дефекту

- Як давно помітили дефект?
- Чи бувають в зубі больові відчуття?
- Чи були раніше больові відчуття?
- Чи проводилось раніше лікування цього зуба? Чи можете ви пригадати, яке саме лікування проводилось?

Гіперестезія зубів

- Від яких подразників виникає біль? (розрізняють 3 ступені гіперестезії: при I ступені зуб реагує переважно на температурні подразники, при II ступені – додається біль від хімічних подразників, при III – біль від усіх видів подразників – температурних, хімічних та від дотику)

- Біль має локалізований чи генералізований характер?
- Як давно турбує підвищена чутливість?
- Після чого з'явилась підвищена чутливість? (причиною може бути наявність дефекту твердих тканин, патологічне стирання, підготовка зуба під ортопедичну конструкцію, оголення шийок і коренів зубів, загальносоматична патологія)
- Чи проводилось раніше лікування? Яка була ефективність?

Кровоточивість ясен

- Від яких подразників виникає кровоточивість? (розрізняють 3 ступені кровоточивості: при I ступені кровоточивість виникає при чищенні зубів, при II ступені – при вживанні їжі, при III бувають спонтанні кровотечі)
- Як давно турбує кровоточивість?
- Чи є в яснах больові відчуття?
- Як ви дотримуетесь гігієни порожнини рота? Яку зубну щітку використовуєте? Які зубні пасти?
- Як давно ви проводили професійну гігієну?
- Чи є у вас шкідливі звички? (паління, вживання алкоголю, вживання психотропних засобів тощо)
- Чи є у вас захворювання внутрішніх органів? Які саме? Як давно ви були на консультації у відповідних спеціалістів?
- Чи приймаєте ви якісь медикаментозні засоби?

Біль в яснах / в ділянці слизової оболонки порожнини рота

- Від яких подразників виникає біль?
- Який характер болю? (при потребі можна уточнити – рвучий, пульсуючий, ниючий, тягнучий, неприємні відчуття)
- Яка інтенсивність болю? (при потребі можна уточнити – біль сильний, інтенсивний або біль слабкий, ниючий або неприємні відчуття)
- Біль локалізований чи розповсюджується на інші ділянки?
- Чи супроводжується біль підвищенням температури тіла, нездужанням?
- Як давно турбує біль?
- Чи можете ви пригадати, що передувало появі болю?
- Чи був подібний біль раніше?
- Чи виконували ви якісь дії, щоб зменшити біль? (медикаментозні засоби, полоскання порожнини рота тощо)

Під час збору анамнезу у всіх пацієнтів уточнити:

- Вік пацієнта, професія, наявність або відсутність професійних шкідливостей, характер харчування, перенесені хвороби, стресові стани, екологічні, соціальні, побутові умови життя
- Як ви дотримуетесь гігієни порожнини рота? Яку зубну щітку використовуєте? Які зубні пасти?
- Як давно ви проводили професійну гігієну?
- Чи є у вас шкідливі звички? (паління, вживання алкоголю, вживання психотропних засобів тощо)
- Чи є у вас захворювання внутрішніх органів? Які саме? Як давно ви були на консультації у відповідних спеціалістів?
- Чи приймаєте ви якісь медикаментозні засоби?
- Чи є у вас схильність до алергічних реакцій?

2. Зовнішньоротовий огляд обличчя пацієнта, пальпація лімфатичних вузлів.

- Надайте пацієнту ергономічного положення для огляду

- Коротко поясніть пацієнту суть маніпуляції. Попередьте, що під час пальпації шкіри або лімфатичних вузлів може спостерігатись больова реакція або неприємні відчуття.
- Одягніть рукавички та маску
- Проведіть зовнішньоротовий огляд обличчя пацієнта: оцініть пропорційність, симетричність; наявність набряку або новоутворень; колір; наявність елементів ураження; вираженість носогубних і підборідно-губних складок; характер червоної кайми губ.
- Проведіть пальпацію лімфатичних вузлів: оцініть консистенцію; рухомість; болючість; розмір; зв'язок з оточуючими тканинами.

3. Клінічне обстеження пацієнта з одонтопатологією

- Коротко поясніть пацієнту суть маніпуляції. Попередьте пацієнта, що при зондуванні, перкусії, пальпації можуть спостерігатись неприємні або больові відчуття.
- Проведіть огляд причинного зуба, оцініть наявність каріозної порожнини або пломби
- Огляд зубів здійснюють за допомогою стоматологічного дзеркала і зонда. Огляд починають з правого верхнього останнього в ряду зуба, оглядають всі зуби верхньої щелепи, спускаються до нижнього лівого останнього зуба і закінчують огляд останнім зубом на правій половині нижньої щелепи. При огляді визначають: кількість зубів; розташування в зубній дузі; рухомість; колір, форму, розмір; наявність вогнищ ураження.
- Оцінка стану пломб:
 - Крайове прилягання (зондування): а) видимої щілини немає; б) видима щілина; в) видні дентин і прокладка; г) дефект пломби, відломи, рухомість, випадіння.
 - Стан контактного пункту.
 - Ступінь стирання.
 - Наявність вторинного карієсу.
 - Кольоростійкість.
 - Анатомічна форма пломби.
 - Зміна кольору між пломбою і стінкою зуба.
 - Відповідність кольору пломби тканинам зуба (колір, прозорість).
- Проведіть зондування причинного зуба, оцініть глибину каріозної порожнини, консистенцію твердих тканин, болючість і наявність сполучення каріозної порожнини з пульповою камерою
- Проведіть вертикальну, горизонтальну і порівняльну перкусію
- Проведіть пальпацію слизової оболонки альвеолярного паростка в ділянці проекції верхівки кореня.

4. Пародонтальний скринінг

- Надайте пацієнту ергономічного положення для огляду
- Коротко поясніть пацієнту суть маніпуляції. Попередьте пацієнта, що при проведенні обстеження можуть спостерігатись неприємні або больові відчуття.
- Одягніть рукавички та маску
- Проведіть огляд ясен, оцініть колір, характер поверхні, рельєф, наявність гіпертрофії або рецесії ясен, наявність пародонтальних кишень.
- З використанням пародонтального зонда та експлорера оцініть цілісність зубо-епітеліального прикріплення.
- При наявності пародонтальної кишені проведіть визначення її глибини:
 - Зуби ізолюйте від слини ватними валиками, висушіть.

- Пародонтальний зонд введіть в патологічну кишеню вздовж вертикальної осі зуба до появи відчуття легкого упору. Рухи здійснюйте виключно перпендикулярно до ясенного краю, притискуючи робочу частину зонда до поверхні зуба.
- Проведіть вимірювання пародонтальної кишені з чотирьох сторін зуба: медіальної, вестибулярної, дистальної, оральної. Оцініть розмір і конфігурацію кишені з вестибулярної і оральної сторін зуба, провівши щонайменше по три вимірювання з кожної сторони: одне – в центральній частині кишені і два – по його периферії.
- При аналізі отриманих результатів вимірювань враховуйте максимальну глибину кишені в найглибшому її місці.
- При наявності гіпертрофії ясен глибину кишені визначаєте від рівня емалево-цементного з'єднання.

5. Клінічне обстеження пацієнта з захворюванням слизової оболонки порожнини рота

- Надайте пацієнту ергономічного положення для огляду
- Коротко поясніть пацієнту суть маніпуляції. Попередьте пацієнта, що при проведенні обстеження можуть спостерігатись неприємні або больові відчуття.
- Одягніть рукавички та маску
- Проведіть огляд слизової оболонки порожнини рота, оцініть колір, рельєф, наявність патологічних елементів. Огляд проводиться у такій послідовності:
 - присінок порожнини рота (глибина, колір);
 - вуздечки губ (місце прикріплення, щільність);
 - вуздечка язика (місце прикріплення, щільність).
 - огляд слизової оболонки власне порожнини рота і язика (колір, блиск, рельєф, тургор, судинний малюнок, наявність елементів ураження, нальоту, відбитки зубів).
- Проведіть пальпацію слизової оболонки порожнини рота, оцініть консистенцію тканин, болючість, наявність виділень з патологічних елементів.
- Визначте первинні елементи ураження на слизовій оболонці порожнини рота. До первинних елементів висипу відносять пляму, вузлик (папулу), вузол, горбик, гнояк (пустулу), кісту, пухир, пухирець, абсцес.
- Визначте вторинні елементи ураження на слизовій оболонці порожнини рота. До вторинних елементів висипу відносять ерозію; афту; виразку; тріщину; рубець; наліт; лусочку; кірку, екскоріацію, ліхеніфікацію.
- Оцінюючи вторинні елементи ураження, зверніть увагу на такі параметри: топографію; розмір; форму; колір; стадію розвитку; характер виділень; дно і глибину дефектів; консистенцію тканин; болючість; вигляд оточуючих тканин; наявність інших елементів ураження

6. Проба Шиллера-Писарева

- Надайте пацієнту ергономічного положення для огляду
- Коротко поясніть пацієнту суть маніпуляції – визначення ознак запалення ясен або слизової оболонки порожнини рота.
- Запитайте, чи немає у пацієнта алергічної реакції на йод.
- Одягніть рукавички та маску
- Ватним тампоном, змоченим розчином Шиллера-Писарева, змастіть ясна.
- За інтенсивністю зафарбовування ясен оцініть пробу:
 - негативна – світло-жовте забарвлення;
 - позитивна – темно-коричнєве забарвлення.

7. Індекс кровоточивості сосочків (PBI) по Saxer і Muhlemann

- Надайте пацієнту ергономічного положення для огляду
- Коротко поясніть пацієнту суть маніпуляції – визначення ступеню кровоточивості ясен. Попередьте пацієнта, що при проведенні обстеження можуть спостерігатись больові відчуття.
- Одягніть рукавички та маску
- Ізолюйте зубний ряд від слини за допомогою ватних валиків, висухіть поверхню ясен.
- За допомогою пародонтального зонду проведіть обережне зондування ясенного сосочка та визначте виникнення кровоточивості сосочків після маніпуляції. Зондування проведіть на язикових поверхнях першого і третього квадрантів і на вестибулярних поверхнях другого і четвертого квадрантів. Зонд під кутом 45^0 введіть в зубо-ясенну борозну на глибину до 5мм і поступово проведіть вздовж дистальної і медіальної її частини.
- Оцініть результати :
 - 0 ступінь: кровоточивість відсутня
 - 1 ступінь: поява окремих точкових кровотеч
 - 2 ступінь: наявність численних точкових кровотеч або лінійної кровотечі;
 - 3 ступінь: заповнення кров'ю міжзубного ясенного трикутника;
 - 4 ступінь: після зондування з'являється інтенсивна кровоточивість; кров тече по зубу або яснам
- Значення індексу обрахуйте окремо для кожного квадранта, а потім обрахуйте середнє значення для всього прикусу.

8. Оцінка результатів рентгенологічного обстеження

1. Оцініть якість рентгенограми

Роздивіться прицільний знімок чи ортопантограму пацієнта. Визначте якість рентгенограми і доцільність її використання: знімок повинен бути контрастний, чіткий, структурний, без проекційних перекручувань.

2. Оцініть зубні ряди та оточуючі кісткові анатомічні утворення

- Оцініть цілісність зубних рядів, положення окремих зубів, наявність ортопедичних чи ортодонтичних конструкцій
- Оцініть оточуючі анатомічні утворення. На рентгенограмах верхньої щелепи проектується дно носової порожнини, носова перегородка, нижні носові ходи, передня носова ость, міжщелепний шов і різцевий отвір, дно верхньощелепної пазухи, вилична кістка. На рентгенограмах нижньої щелепи у передньому відділі проектується тільки підборідний горбок і в бічному відділі — три утворення: підборідний отвір, нижньощелепний канал і зовнішня коса лінія
- Оцініть стан кісткової тканини альвеолярного паростку:
 - При *хронічному пародонтиті* визначте деструкцію кортикальної пластинки в ділянці вершин міжальвеолярних перетинок, ділянки остеопору в альвеолярній кістці, крупнопетлистий її малюнок. Виявіть нерівномірну резорбцію альвеолярного паростка (вертикальний і горизонтальний тип резорбції), наявність кісткових кишень, розширення періодонтальної щілини.
 - При *пародонтозі* виявіть порушення цілісності кортикальної пластинки альвеолярного паростка, ділянки остеосклерозу губчастої речовини, рівномірне зниження висоти міжальвеолярних перетинок (горизонтальний тип резорбції альвеолярної кістки), дрібнопетлистий малюнок кістки, гіперцементоз біля верхівок коренів, склерозування порожнин зубів, утворення дентиклів.
- Визначте величину резорбції міжзубних перетинок для визначення ступеня важкості захворювання пародонту:

- При *початковому ступеню* визначається остеопороз верхівкової частини міжзубних перетинок, деструкцію їх компактної пластинки, незначну їх резорбцію.
 - При *I ступеню* величина резорбції міжзубних перетинок становить до 1/3 довжини коренів зубів.
 - При *II ступеню* величина резорбції міжзубних перетинок становить 1/3-2/3 довжини коренів зубів.
 - При *III ступеню* величина резорбції міжзубних перетинок становить більше 2/3 довжини коренів зубів.
3. Оцініть зміни періапикальної ділянки кожного зуба:
- При *хронічному фіброзному періодонтиті* виявляється розширення періодонтальної щілини в ділянці верхівки кореня, її деформація зі збереженням чітких контурів компактної пластинки альвеолярної кістки.
 - При *хронічному гранулюючому періодонтиті* виявляється розрідження періапикальних тканин без чітких меж у вигляді “язиків полум’я”, резорбція цементу і дентину кореня зуба.
 - При *хронічному гранулематозному періодонтиті* виявляється вогнище деструкції кісткової тканини округлої форми розміром до 0,5 см в діаметрі, по периферії оточене ущільненою губчастою речовиною.

9. Препарування каріозних порожнин I-V класів за Блекум

1. Підготувати необхідний інструментарій для проведення кожного етапу препарування каріозної порожнини
 - Розкриття і розширення каріозної порожнини проводиться за допомогою турбінного наконечника та алмазних борів циліндричної або кулястої форми
 - Некректомію проводять гострим екскаватором або кулястим бором відповідного розміру для механічного наконечника
 - Формування каріозної порожнини під цементу і амальгаму передбачає формування каріозної порожнини ящикоподібної форми з прямим кутом між дном і стінками. Для цього використовують циліндричний бор. Під композиційні матеріали формування відбувається кулястим бором в довільній формі
 - Формування емалевого краю (фінірування, фальц) проводять дрібнозернистим алмазним бором циліндричної або конічної форми
2. Провести розкриття і розширення каріозної порожнини
 - Розкриття і розширення каріозної порожнини проводиться за допомогою турбінного наконечника та алмазних борів циліндричної або кулястої. Кулястий бор ввести в каріозну порожнину і преривчастими рухами видалити навислу емаль. При роботі фісурним бором його бічними гранями видаляють навислі краї емалі, доки стінки каріозної порожнини не стануть прямовисними. *Критерії контролю:* Вся патологічно змінена емаль видалена, каріозна порожнина розширена до здорової тканини. Відсутні навислі краї емалі. Каріозна порожнина доступна для візуального огляду.
3. Провести некректомію і формування каріозної порожнини
 - Некректомію проводять гострим екскаватором або кулястим бором відповідного розміру для механічного наконечника. Видаляють каріозно змінений дентин зі стінок та дна каріозної порожнини повністю. У випадку розташування каріозної порожнини в межах глибоких шарів припульпарного дентину, препарування здійснюють дуже обережно. Щоб не пошкодити ріг пульпи. Промивання каріозної порожнини водою. *Критерії контролю:* Візуально визначається блиск поверхні дентину, відсутність пігментації. При зондуванні стінок і дна каріозної

порожнини визначається щільна поверхня дентину. Тест з барвниками вказує на відсутність ділянок демінералізації.

- Формування каріозної порожнини під цементу і амальгаму передбачає формування каріозної порожнини ящикоподібної форми з прямим кутом між дном і стінками. Для цього циліндричним бором вирівняти стінки порожнини, дно створити у вигляді валикоподібного виступу з урахуванням анатомічної будови коронкової частини порожнини зуба. *Критерії контролю:* каріозна порожнина ящикоподібної форми.
 - При використанні композиційного пломбувального матеріалу формування каріозної порожнини проводять у довільній формі. Кут між дном і стінками каріозної порожнини не формують, перехід має бути заокругленим. *Критерії контролю:* Каріозна порожнина довільної форми.
4. Провести обробку країв відпрепарованої каріозної порожнини
- Формування емалевого краю (фінірування, фальц) проводять дрібнозернистим алмазним бором циліндричної або конічної форми під кутом на всю глибину емалі. *Критерії контролю:* Емалевий край оброблений під кутом 40–45° по поверхні емалі. Ширина фальца 1,5–2 мм. Краї емалі згладжені.

10. Пломбування каріозної порожнини композиційним матеріалом світлового затвердіння

1. Підібрати колір матеріалу за шкалою VITA
 - Якщо це можливо, визначайте відтінок при денному освітленні або лампах денного освітлення, а не при звичайному освітленні в приміщенні.
 - Пацієнтів слід попросити прибрати помаду або будь-яку косметику, яка може вплинути на відтінок. Одяг яскравого кольору повинен бути накритий тканиною у сірих тонах.
 - Робіть вибір швидко; ваше перше рішення найвірніше, так як очі починають втомлюватися після 5 - 7 секунд.
 - Потримайте колірну шкалу на відстані витягнутої руки біля рота пацієнта.
 - Зробити свій вибір без коливань шляхом порівняння відтінків зразків групи А - D з природним відтінком зуба.
 - Дезинфікуйте шкалу після кожної процедури.
 - Якщо вибір робиться за ступенем яскравості зуба, Vita рекомендує, щоб зразки відтінків стояли в наступній послідовності: B1 . A1 . B2 . D2 . A2 . C1 . C2 . D4 . A3 . D3 . B3 . A3,5 . B4 . C3 . A4 . C4
2. Підібрати інструментарій та аксесуари для маніпуляції
 - набір інструментів для обстеження і лікування зубів;
 - ватні (паперові) валики або кофердамі;
 - стерильні ватні кульки;
 - розчини антисептиків (0,05% розчин хлоргексидину);
 - ретракційна нитка;
 - матриці целулоїдні; клинці світлопровідні;
 - композиційний пломбувальний матеріал світлового затвердіння;
 - фотополімеризатор;
 - захисні окуляри для лікаря;
 - артикуляційний папір;
 - фінішні діамантові бори з червоним і жовтим маркуванням полум'яподібної форми;
 - гумові фініри і поліри зворотньоконусної форми; штрипси;
 - полірувальні пасти.
3. Провести пломбування каріозної порожнини, дотримуючись всіх етапів роботи з композиційним матеріалом світлового затвердіння

- За допомогою стоматологічного пінцета і стерильних ватних кульок обробити каріозну порожнину розчином антисептика, залишок видалити з порожнини сухою ватною кулькою. Висушити каріозну порожнину струменем повітря.
- Провести тотальне протравлювання: внести в каріозну порожнину травильний гель на 30 с на емаль і на 15 с на дентин. Видалити гель, промити порожнину протягом 60 с. струменем води, спрямованим на емаль, злегка просушити, оброблена поверхня ледь волога, крейдоподібна.
- Нанести адгезивну систему: пензликом з комплекту матеріалу нанести праймер на емаль і дентин, через 15-30 с продути по порожнині струменем повітря, полімеризувати світлом протягом 10-20 с. Нанести тонкий шар бонд-системи на оброблену поверхню, розподілити по порожнині слабким струменем повітря, полімеризувати протягом 20-30 с. Контроль – стінки каріозної порожнини мають блискучий вигляд.
- Провести пломбування. Порцію пломбувального матеріалу перенести на пластикову пластинку. Гладилкою внести невелику порцію матеріалу в каріозну порожнину, штопфером провести конденсацію матеріалу. Товщина шару – не більше 2 мм. Провести полімеризацію матеріалу протягом 30-40 с, причому перші 15-20 с освітлювати з боку, до якого планується найбільше прикріплення матеріалу, а потім – перпендикулярно до матеріалу. За вказаним принципом внести наступні шари матеріалу товщиною не більше 2 мм до заповнення каріозної порожнини. Видалити матрицю і ретракційну нитку з міжзубного проміжку. Контроль – пломба відновлює анатомічну форму зуба і контактний пункт.
- 4. Провести відновлення контактної точки
 - ввести в міжзубний проміжок 2 см ретракційної нитки, зафіксувати матрицю за допомогою світлопровідних клинців
- 5. Провести кінцеву обробку пломби з композиційного матеріалу світлового затвердіння
 - на жувальну поверхню запломбованого зуба накласти корекційний папір і перевірити прикус. Бором з червоним маркуванням зішліфувати ділянку пломби, яка завищує прикус. Повторно перевірити прикус за допомогою артикуляційного паперу. Видалити поверхневий шар композиту і остаточно відшліфувати пломбу борами з червоним, а потім з жовтим маркуванням. Поверхню пломби привести до блиску за допомогою гумових фінірів і полірів при частоті обертання 2-3 об/хв. за допомогою полірувальної паст. Провести заключну перевірку прикусу артикуляційним папером. Апроксимальну поверхню шліфувати і полірувати за допомогою штрипсів різного ступеню абразивності. Контроль – рівномірний контакт з антагоністами.

11. Забір матеріалу з ротової порожнини для лабораторних досліджень

1. Провести підготовку пацієнта до дослідження
 - Пояснити коротко мету і хід процедури.
 - Запитати пацієнта, чи прийшов зранку, натще, не проводив гігієну порожнини рота
 - Промити порожнину рота фізіологічним розчином для видалення залишків їжі і слизу. Стерильним вологим ватним тампоном звільнити поверхню ураження від некротичних плівок. Підготувати предметне скло.
2. Провести забір матеріалу зі слизової оболонки порожнини рота для цитологічного і мікроскопічного дослідження методом відбитку:
 - стерильний гумовий маркер прикласти до досліджуваної ділянки, перенести відбиток на предметне скло;

- повторити забір матеріалу з тієї ж ділянки для цитологічного дослідження більш глибоких шарів ураження.
- 3. Провести забір матеріалу зі слизової оболонки порожнини рота для цитологічного і мікроскопічного дослідження методом зішкрябу:
 - стерильним зуболікарським шпателем провести зіскоб матеріалу з досліджуваної ділянки слизової оболонки порожнини рота, нанести його тонким шаром на предметне скло.
- 4. Провести забір матеріалу зі слизової оболонки порожнини рота для цитологічного і мікроскопічного дослідження методом мазку:
 - Правою рукою витягти тампон із пробірки та обережно ввести його у ротову порожнину, не торкаючись здорових тканин
 - Зробити мазок по поверхні слизової оболонки на межі здорової і ураженої ділянок, кілька разів обертаючи тампон
 - Вийняти тампон із порожнини рота та обережно помістити отриманий матеріал у стерильну пробірку, не торкаючись її горловини
 - виписати направлення в лабораторію, доставити матеріал протягом 72 годин
- 5. Провести аналіз отриманих результатів
Проаналізувати фото цитологічного дослідження, дати характеристику клітин.

12. Іригація кореневої системи

1. Підібрати необхідні інструменти, аксесуари для іригації кореневої системи. Підібрати медикаментозні засоби для дезинфекції і розширення корневих каналів
 - Обрати ендодонтичні інструменти і аксесуари, які будуть необхідні для проведення маніпуляції і визначити їх розміри – К-римери і К-файли, ендодонтичний шприц, ендодонтична голка, піни або кореневі турунди, гутаперчеві штифти.
 - Підібрати необхідні антисептичні засоби для іригації під час маніпуляції. Для іригації корневих каналів можуть використовуватися наступні антисептики:
 - галогеновмісні препарати (розчини гіпохлориту натрію, хлораміну, йодинолу); – похідні четвертинних амонієвих сполук (розчини хлоргексидину, декаміну, декаметоксину);
 - окислювачі (розчин перекису водню, сечовина);
 - хелатні сполуки.
 - Підібрати необхідні медикаментозні засоби для розширення корневих каналів і видалення змазаного шару дентину. З цією метою найчастіше використовуються хелатні сполуки – 15% розчин ЕДТА, розчини 10%-50% лимонної і 7% maleїнової кислот.
2. Провести іригацію іригацію за допомогою ендодонтичного шприца при неінфікованих корневих каналах
 - Протокол іригації корневих каналів з запаленою пульпою передбачає по чергове промивання корневих каналів розчином гіпохлориту натрію 5,25% і 17% розчином ЕДТА, між медикаментами кореневий канал промивається дистильованою водою. Після останнього промивання канал висушується паперовим піном.
3. Провести іригацію іригацію за допомогою ендодонтичного шприца при інфікованих корневих каналах
 - Протокол іригації корневих каналів з некротизованою пульпою передбачає по чергове промивання корневих каналів розчином гіпохлориту натрію 5,25% і 17% розчином ЕДТА, потім в кореновому каналі на 5-10 хв залишається розчин Гіполориту натрію. Після цього кореневий канал ретельно промивається дистильованою водою і видаляється змазаний шар розчином ЕДТА. Після цього кореневий канал ретельно промивається дистильованою водою і на 1 хв

вноситься розчин хлоргексидину 2%. Кореневий канал висушується паперовим піном.

- Провести іригацію кореневого каналу за допомогою ендодонтичного шприца:
 - Ендодонтичний шприц заповнити розчином гіпохлориту натрію і зафіксувати на ньому ендодонтичну голку. На голку одягнути стопорний диск для контролю глибини занурення в кореневий канал.
 - Взяти шприц за циліндр усіма пальцями правої руки, упираючи щиток поршня в середину долоні.
 - Ввести голку в кореневий канал не більше ніж на 2/3 його довжини і, здійснюючи голкою в кореновому каналі зворотньо-поступальні рухи, повільно притискати шприц до долоні, стежачи за переміщенням поршня в циліндрі.
 - Розчин антисептика вводиться в канал під невеликим тиском. Для промивання одного кореневого каналу необхідно 10-20 мл антисептичного розчину
 - Повторити зрошення після інструментації кореневого каналу.
 - Перевірити якість іригації за витіканням прозорого розчину гіпохлориту натрію з кореневого каналу.

13. Тимчасове пломбування кореневих каналів

1. Підібрати інструментарій для проведення тимчасового пломбування кореневого каналу
 - Обрати ендодонтичні інструменти і аксесуари, які будуть необхідні для проведення маніпуляцій: набір стоматологічних інструментів (дзеркало, пінцет, зонд, металевий шпатель, екскаватор, штопфер-гладилка, скло для замішування матеріалів) та інструменти і аксесуари для obturaції кореневих каналів (механічний наконечник з регулюванням швидкості обертання, машинний каналонаповнювач, кореневі голки, паперові штифти).
2. Підібрати пломбувальні матеріали для тимчасового пломбування кореневого каналу
 - Обрати матеріал для тимчасового пломбування кореневих каналів в залежності від показань:
 - у випадку вираженого запального процесу в періодонті – обрати пасти на основі антибіотиків та кортикостероїдних препаратів (Септоміксин форте, Ледермікс, Пульпосептин)
 - для тимчасового пломбування сильно інфікованих кореневих каналів з анаеробною інфекцією – обрати пасти на основі метронідазолу (Гріназол)
 - у випадку сильно інфікованих кореневих каналів у зубах з хронічними формами періодонтиту, які погано витримують пробу на герметизм – обрати пасти на основі антисептиків тривалої дії («Темпофор», «Йодент», «Йодекс», «Крезодент», «Pulpispad», «Gangripulpe»)
 - при деструктивних формах періодонтиту або у випадку, коли неможливо завершити ендодонтичне лікування в одне відвідування – обрати препарати на основі гідроксиду кальцію («Каласепт», «Sealapex», «Multi-Cal», «Tempkanal», «Endokal», «Vitapex», «Metapex», «Ultra Cal», «Biocalex»).
3. Провести тимчасове пломбування кореневого каналу за допомогою ендоканюлі
 - При необхідності – замішати пломбувальний матеріал на склі для замішування до однорідної маси консистенції рідкої сметани.
 - Внести матеріал в ендоканюлю.
 - Канюлю з матеріалом ввести в кореневий канал на робочу глибину і ввести необхідну кількість матеріалу.
 - Таким чином, декількома порціями заповнити весь кореневий канал.

- Після пломбування матеріал ущільнити над каналом за допомогою тугої ватної кульки.
- Накласти тимчасову пломбу

14. Пломбування корневих каналів методом холодної латеральної конденсації гутаперчі

1. Підібрати інструментарій для проведення пломбування корневих каналів методом холодної латеральної конденсації гутаперчі
 - набір інструментів для обстеження і лікування зубів;
 - фантом для ендодонтичних втручань;
 - ватні валики і кульки;
 - пломбувальний матеріал для корневих каналів (“Endofil”, “Endometason”, “Віедент”, «АН+»тощо);
 - гутаперчеві штифти в асортименті;
 - каналонаповнювач; пальцеві спредери;
2. Підібрати гутаперчеві штифти для проведення маніпуляції
 - Підібрати розмір центрального штифта: взяти гутаперчевий штифт, який відповідає розміру останнього інструменту (максимального діаметра), яким обробляли кореневий канал на всю довжину; зробити на ньому мітку, яка відповідає робочій довжині зуба; ввести гутаперчевий штифт в кореневий канал до упору (якщо робоча довжина його не досягнута, замінюють на штифт меншого розміру, а при його глибокому проникненні — більшого розміру); провести рентгенологічний контроль якості припасування центрального штифта; штифт достати з кореневого каналу. *Критерії контролю:* Штифт встановлений відповідно до визначеної робочої довжини. На знімку штифт розташований в кореновому каналі, не доходячи на 1–1,5 мм до верхівки кореня
 - Вибрати відповідного розміру спредер (довжина на 1–2 мм коротша від робочої довжини, діаметр такий самий, як розмір майстер-файла або на один розмір більший)
3. Підібрати і приготувати силер
 - При необхідності – замішати силер на паперовій пластинці до консистенції рідкої сметани
4. Провести пломбування корневих каналів методом холодної латеральної конденсації гутаперчі
 - Внести приготовану пасти в кореневий канал так, щоб вона рівномірно покривала стінки кореневого каналу
 - Кінчик центрального штифта змочити пломбувальним матеріалом і ввести його в кореневий канал до упору.
 - Ввести спредер в кореневий канал до упору, притиснути спредером центральний штифт до стінки каналу і утримувати його в такому стані протягом 15–20 с
 - Підібрати додатковий штифт відповідного розміру (на 1–2мм коротший основного)
 - Кінчик додаткового штифта змочити пломбувальним матеріалом і ввести його в утворений проміжок між стінкою кореневого каналу і центральним штифтом
 - Спредером провести конденсацію додаткового штифта до центрального
 - В утворений проміжок ввести наступний штифт (попередньо змочивши його пломбувальним матеріалом) і спредером провести конденсацію до попередніх. Латеральне ущільнення продовжують доти, доки спредер не перестане входити в кореневий канал
 - Надлишок гутаперчі зрізати або видалити розігрітим металевим інструментом

- Провести вертикальну конденсацію гутаперчі плаггером або штопфером
- Провести рентгенологічний контроль якості пломбування кореневого каналу. Спостерігається рівномірне заповнення кореневого каналу рентгеноконтрастним матеріалом в межах фізіологічної верхівки.

15. Видалення зубних відкладень інструментальним методом

1. Вибір інструментів та медикаментозних засобів для проведення маніпуляції
 - набір інструментів для обстеження і лікування зубів;
 - комплект ручних інструментів для видалення зубного каменя (ручні скелери, універсальні та зоноспецифічні кюрети);
 - барвник для виявлення зубних відкладень (6% розчин фуксину основного, 4-5% розчин еритрозину, розчин йодиду калію, 3% розчин йоду спиртовий);
 - засіб для аплікаційної або інфільтраційної анестезії (2-10% розчин лідокаїну гідрохлориду, Ксилонор – розчин, гель, аерозоль, Убістезін);
 - розчин антисептика (Гівалекс, Стоматидин, розчин фурациліну, мараславину, сальвіну, 0,05% розчин хлоргексидину, 3% розчин перекису водню);
 - шприц для іригації з затупленою голкою;
 - ватні валики, кульки;
 - полірувальні пасти та щітки;
 - протизапальна паста (Холісал, Парагель, Мефенат тощо).
2. Провести видалення над'ясенних зубних відкладень інструментальним методом
 - Провести аплікаційне знеболення.
 - Провести зрошування порожнини рота розчином антисептика з шприца.
 - Ясна ізолювати ватними валиками від слини.
 - Змочити ватну кульку 3% розчином йоду, віджати, обробити ним ясенний край біля поверхні зубів. Також обробити поверхню зубів барвником для кращої візуалізації зубних відкладень.
 - Взяти інструмент для видалення зубного каменя в праву руку в позиції “пишучого пера”, а щелепу і зуб, з поверхні якого видаляють зубний камінь, зафіксувати пальцями лівої руки. Робочу частину інструмента підвести під нижній край зубного каменя, а потім рычагоподібним рухом відколоти з поверхні зуба. Спочатку видалити над'ясенний зубний камінь.
 - Для кожної поверхні зуба слід обирати відповідний інструмент, виконуючи сколюючі, підриваючі рухи. Час від часу зрошувати порожнину рота розчином антисептика.
 - Провести ретельне видалення зубного каменя з 6-8 зубів.
3. Провести видалення під'ясенних зубних відкладень інструментальним методом
 - Аналогічними рухами, але ще більш обережними, видалити під'ясенний зубний камінь.
 - Після ретельного видалення над- і під'ясенного зубного каменя провести полірування поверхні зубів за допомогою щіток і полірувальних паст.
 - Нанести на поверхню ясен протизапальну пасту
4. Оцінити ефективність проведеної маніпуляції
 - Контроль якості видалення зубного каменя візуальний (за допомогою стоматологічного дзеркала) та інструментальний (за допомогою зонда) – поверхня кореня і коронки зуба гладенька, блискуча.

16. Визначити робочу довжину кореневого каналу за допомогою апекс-локатора

- перевірте надійність з'єднання всіх деталей приладу
- ретельно ізолюйте зуб від слини, але не пересушуйте кореневий канал – він має бути злегка зволожений, при потребі внесіть паперовий пін, змочений дистильованою водою

- прикріпіть гачок із нержавіючої сталі (загубник) на один із куточків рота.
- зафіксуйте ендодонтичний інструмент (ридер або файл), який є тест-електродом
- повільно введіть тест-електрод в кореневий канал, уникаючи контакту зі слизовою оболонкою, яснами або іншими анатомічними утвореннями
- при наближенні до апікальної констрикції прилад буде подавати звуковий або світловий сигнал
- при контакті з тканинами періодонту сигнал буде безперервним. якщо це сталося, витягніть електрод на 1-1,5 мм
- зафіксуйте робочу довжину стопером на ендодонтичному інструменті

17. Провести обробку кореневого каналу технікою «Step-back»

- За допомогою ендодонтичної лінійки на К-файлах №10 і №15 виставити стопери на робочу довжину зуба. На кожному наступному номері файла робочу довжину зменшувати на 1 мм (№25 – 2 мм, №30 – 3 мм, №35 – 4 мм, №40 – 5 мм).
- Ввести в пульпову камеру декілька краплин 3% розчину гіпохлориту натрію. Для полегшення проходження корневих каналів можна використовувати ендолубриканти (гелеві форми ЕДТА).
- Ввести в кореневий канал К-файл №10, поєднуючи поступовий рух вглибину каналу з обертальними рухами в секторі 90°, пройти канал на робочу довжину зуба, повернено-поступальними рухами файла розширити кореневий канал до вільного пересування інструмента.
- Повторити аналогічні дії з файлом №15.
- Подальше розширення кореневого каналу проводити файлами зростаючих розмірів, використовуючи ту саму методику і зменшуючи глибину проходження відповідно до попередньо виставлених стоперів.
- Після файла №25 для видалення дентинних стружок з каналу повернутися до файла №20. Послідовність використання файлів: 10-15-20—25-20-30—25-35-30—40.
- Повернено-поступальними рухами Н-файлів №25 і №30 зрівняти сходінкоподібні уступи на стінках верхівкової частини кореневого каналу.
- Контроль якості - кореневий канал має конусоподібну форму, звужуючись до верхівкового отвору, гладенькі стінки і апікальний уступ.

Додаток 4.

ЗРАЗОК ЗАВДАНЬ

Станція №2 «Основні патологічні стани в клініці терапевтичної стоматології: діагностика, лікування (з практичними навичками)»

КЛІНІЧНА СИТУАЦІЯ ДЛЯ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ № 1

Ви – лікар-стоматолог на ендодонтичному прийомі, здійснюєте лікування гострого гнійного пульпіту.

Завдання – продіагностувати дану патологію у пацієнта і провести лікувальну маніпуляцію – іригацію кореневої системи.

Матеріальне забезпечення: На столику лікаря знаходиться лоток з інструментами для обстеження ротової порожнини, ендодонтичні інструменти та аксесуари, ендодонтичний шприц, медикаментозні засоби, ендодонтичний фантом.

Завдання до клінічної ситуації №1:

1. Проведіть опитування пацієнта, з'ясуйте характеристику больового синдрому.

2. Проведіть основні методи об'єктивного обстеження, які підтверджують діагноз.
3. Вкажіть найбільш раціональний метод лікування для даного пацієнта.
4. Маніпуляція 1. Підібрати необхідні інструменти та аксесуари для іригації кореневої системи. Підібрати медикаментозні засоби для дезінфекції і розширення корневих каналів
5. Маніпуляція 2. Провести іригацію кореневої системи за допомогою ендодонтичного шприца (продемонструвати техніку маніпуляції на ендодонтичному фантомі, вказати критерії якісно виконаної маніпуляції)
6. Надайте рекомендації пацієнту щодо профілактики даного захворювання.

КЛІНІЧНА СИТУАЦІЯ №1 СЦЕНАРІЙ ДЛЯ СТАНДАРТИЗОВАНОГО ПАЦІЄНТА

Ви імітуєте пацієнта 31 років з гострим гнійним пульпітом в 35 зубі. Відповіді даєте лише на ті питання, які задає здобувач вищої освіти, на питання поза сценарієм відповідаєте «я не знаю» або «я не пам'ятаю».

Питання, які задає здобувач освіти	Відповіді тьютора
Які у вас скарги?	Сильний пульсуючий біль в зубах на нижній щелепі зліва
Чи можете ви вказати, який саме зуб болить?	Ні, болить майже половина щелепи
Цей біль з'являється самовільно чи під дією якоїсь причини?	І самостійно, і під дією теплого
Біль має постійний чи нападopodobний характер?	Спочатку були напади болю, але сьогодні вже майже постійний, тільки трохи послаблюється, потім посилюється
Який характер болю ?	Сильний, пульсуючий
Чи пробували ви зняти біль самостійно?	Так, два дні приймаю знеболюючі (кетанов), а ще помітив, що вчора холодна вода стала зменшувати біль
Коли вперше з'явився біль?	Чотири дні тому вночі і постійно посилюється
Чи був раніше подібний біль?	Ні, так болить вперше
Чи проводилось раніше лікування цього зуба?	Ні
Чи маєте якісь захворювання внутрішніх органів?	Ні, мене нічого не турбує

Під час клінічного обстеження біль посилюється при зондуванні і вертикальній перкусії 35 зуба. Пальпація ясен безболісна.

КОНТРОЛЬНИЙ ЛИСТ

оцінювання навичок на станції ОСП(К)І

Станція №2 «Основні патологічні стани в клініці терапевтичної стоматології: діагностика, лікування (з практичними навичками)»

Клінічна ситуація № 1

№ з/п	Практичні навички	Кількість балів за навичку	Кількість балів здобувача
1	Збір скарг та анамнезу	0,75	
1.1	Виявив постійний сильний пульсуючий біль в зубі ірадіюючого характеру	0,3	
1.2	Виявив, що біль зменшується від	0,3	

	холодного		
1.3	Виявив, що зуб заболів вперше 4 дні тому	0,15	
2	Об'єктивне обстеження	1,5	
2.1	Виявив, що слизова оболонка альвеолярного паростка в ділянці причинного зуба без патологічних змін	0,3	
2.2	Виявив глибоку каріозну порожнину, яка не сполучається з пульповою камерою.	0,3	
2.3	Виявив, що під час зондування дна каріозної порожнини біль посилюється	0,3	
2.4	Виявив, що під час вертикальної перкусії біль посилюється	0,3	
2.5	Виявив, що під час пальпації ясен біль не виникає	0,3	
3	Тактика і лікування	0,3	
3.1	Вітальна екстирпація пульпи з подальшим відновленням анатомічної форми зуба	0,3	
4	Маніпуляція 1	1,5	
4.1	Обрав ендодонтичний шприц з голкою	0,3	
4.2	Обрав розчин ЕДТА 15%	0,3	
4.3	Обрав розчин гіпохлориту натрію 5,25%	0,3	
4.4	Обрав розчин хлоргексидину 2%	0,3	
4.5	Обрав дистильовану воду	0,3	
5	Маніпуляція 2	1,5	
5.1	Вказав, на яку глибину вводиться ендодонтичний шприц з голкою	0,3	
5.2	Продемонстрував іригацію корневих каналів на ендодонтичному фантомі	1,0	
5.3	Перевірив, що паперові піни сухі, чисті	0,2	
6	Профілактика	0,45	
6.1	Надав рекомендації прийняти знеболюючий засіб у випадку розвитку болю після завершення лікування	0,3	
6.2	Надав рекомендації пацієнту щодо індивідуальної гігієни порожнини рота	0,3	
6.3	Порекомендував провести санацію порожнини рота	0,15	
	Максимальна кількість балів за станцію	6,0	####
	Сума балів, яку набрав студент	####	

**НОРМАТИВНІ ДОКУМЕНТИ НА ПІДСТАВІ ЯКИХ СТВОРЕНІ КЛІНІЧНІ КЕЙСИ
(за останні 5 років)**

1. [Стандарт медичної допомоги «Анестезіологічне забезпечення в амбулаторній стоматології»](#) (Наказ Міністерства охорони здоров'я України 27 березня 2025 року № 555)
2. [Клінічна настанова, заснована на доказах «Анестезіологічне забезпечення в амбулаторній стоматології»](#) (Наказ Міністерства охорони здоров'я України 27 березня 2025 року № 555)
3. [Стандарт медичної допомоги «Карієс зубів»](#) (Наказ Міністерства охорони здоров'я України 23 травня 2024 року № 869)
4. [Клінічна настанова, заснована на доказах «Карієс зубів»](#) (Наказ Міністерства охорони здоров'я України 23 травня 2024 року № 869)
5. [Стандарти медичної допомоги «Дентоальвеолярна травма»](#) (Наказ Міністерства охорони здоров'я України 17 лютого 2023 року № 314)
6. [Стандарт медичної допомоги «Раціональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою»](#) (Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.08.2023 № 1513)
7. Терапевтична стоматологія : підручник : у 4 т. Т. 1. Пропедевтика терапевтичної стоматології / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, Л.Ф. Сідельнікова та ін. ; за ред. А.В. Борисенка. — 4-е вид., переробл. та допов. - К. : ВСВ “Медицина”, 2020. - 456 с.
8. Терапевтична стоматологія: У 4-х т. — Т. 2. Карієс. Пульпіт. Періодонтит. Ротовий сепсис: Підручник для студ. стомат. ф-тів. мед. ЗВО. — 3-тє вид. Рекомендовано МОЗ / За ред. А.В. Борисенка. — К., 2020. — 592 с.
9. Терапевтична стоматологія: у 4 томах. Том 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота: підручник / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, О.Ф. Несин та ін. — 2-е видання. — К. «Медицина». — 2021. — 640 с.
10. Клінічна пародонтологія та імплантологія за Ньюманом і Каррансою: 14-е видання: в 2-х томах / Майкл Г. Ньюман, Перрі Р. Клоккевольд, Сатіш Елангован та ін. — К. «Медицина». — 2024. — 1280 с.
11. Практична пародонтологія: 2-е видання / Кеннет Ітон, Філіп Овер. — К. «Медицина». — 2023. — 335 с