

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ)

ЛЕЙКЕДЕМА

Москва 2013

Клинические рекомендации (протокол лечения) при заболевании слизистой оболочки рта «Лейкоплакия» разработаны Федеральным государственным бюджетным учреждением "Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии" Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ "ЦНИИС и ЧЛХ" Минздрава России) (Вагнер В.Д., Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Смирнова Л.Е., Селиверстова Е.А.) и Государственным бюджетным образовательным учреждением «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России) (Кузьмина Э.М., Максимовская Л.Н., Мальй А.Ю., Эктова А.И., Цицкишвили В.Т.).

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Клинические рекомендации (протокол лечения) при заболевании слизистой оболочки рта «Лейкедема» предназначены для применения в системе здравоохранения Российской Федерации.

II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем протоколе использованы ссылки на следующие документы:

- Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).
- Постановление Правительства Российской Федерации «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» от 05.11.97 г. № 1387 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).
- Постановление Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» от 22 октября 2012 г. № 1074 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, №44, ст.6021).
- Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» от 27 декабря 2011г. №1664н.

· Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» от 7 декабря 2011 г. № 1496н.

III. ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящем протоколе использованы следующие обозначения и сокращения:

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра.

МКБ-С – Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10.

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения.

СОР – Слизистая оболочка рта.

ФДТ – Фотодинамическая терапия.

IV. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Клинические рекомендации (протокол лечения) при заболевании слизистой оболочки рта «Лейкедема» разработаны для решения следующих задач:

— установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных с лейкедемой;

— унификация разработки базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным с лейкедемой;

— обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинской организации.

В настоящем документе используется шкала убедительности доказательств данных:

А) Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению.

В) Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение.

С) Достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

Д) Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения в определенных условиях данного лекарственного средства, метода, технологии.

Е) Веские отрицательные доказательства: имеются достаточно убедительные

доказательства того, чтобы исключить лекарственное средство, метод, технологию из рекомендаций.

V. ВЕДЕНИЕ ПРОТОКОЛА

Ведение Протокола при заболевании слизистой оболочки рта «Лейкедема» осуществляется ФГБУ "ЦНИИС и ЧЛХ" Минздрава России и ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России. Система ведения предусматривает взаимодействие ФГБУ "ЦНИИС и ЧЛХ" Минздрава России и ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России со всеми заинтересованными организациями.

VI. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

В общей структуре оказания медицинской помощи больным в стоматологических медицинских организациях лейкодема возникает преимущественно в молодом возрасте, от 12 до 45 лет, в основном у лиц мужского пола, хотя болеют и женщины. Она протекает без особых субъективных ощущений. Возможны жалобы на шероховатость слизистой оболочки, шелушение, чувство утолщенной «лишней» ткани, понижение температурной и вкусовой чувствительности. Скусывая систематически поверхностные выступающие участки слизистой оболочки, больные не ощущают боли. Кусание слизистой оболочки является привычкой, наблюдаемой у большинства больных.

Гистологическое исследование позволяет дать наиболее объективную и достоверную информацию о структурных изменениях ткани - патологического процесса на субклеточном уровне. При данной патологии отмечается утолщение эпителия, выраженное набухание клеток шиповатого слоя без признаков воспаления.

Лейкедема онкологической настороженности не представляет.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Лейкедема – заболевание слизистой оболочки рта (СОР), проявляющееся в виде опалесцирующего участка молочно-белого или серого цвета, слегка возвышающегося над уровнем слизистой оболочки, без признаков воспаления окружающей ткани.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Причина развития лейкодемы окончательно не установлена. Основными предрасполагающими и отягощающими течение данного заболевания факторами служат эмоциональные перегрузки, нервно-психические травмы, длительное переутомление, невротическая депрессия и др. У некоторых пациентов выявлены вредные привычки в виде длительного курения крепких сортов табака, привычного закусывания зубами слизистой оболочки, употребления горячего чая и кофе вместе с алкогольными напитками. Часто у этой категории больных выявлялась плохая гигиена рта с наличием большого количества кариозных зубов, зубных отложений, болезней тканей пародонта, что поддерживало патологическое состояние слизистой оболочки рта.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЛЕЙКЕДЕМЫ

Признаки заболевания характеризуются очагами ороговения слизистой оболочки. Кератоз бывает ограниченным (чаще всего на слизистой оболочке щек и по линии смыкания зубов) или диффузным на слизистой оболочке щек, губ. Участок ороговения обычно белого цвета, слегка возвышающийся над уровнем слизистой оболочки, самые поверхностные участки удаётся снять шпателем. Подлежащая и окружающая слизистая оболочка обычно без признаков воспаления. Заболевание стабильно по своему течению и может быть представлено двумя клиническими формами: типичной (очаговой, диффузной) и атипичной. Клинические наблюдения установили возможность перехода одной формы лейкодемы другую.

Типичная (а именно, очаговая) форма наиболее распространена.

Жалобы больного сводятся к ощущению сухости на ограниченных участках.

При осмотре выявляются очаги гиперплазии и десквамации эпителия. Локализуются очаги на слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов, у углов рта, на нижней губе, боковых поверхностях языка, на слизистой оболочке неба, дна рта, деснах. При типичной диффузной форме больной жалуется на шероховатость, сухость слизистой оболочки рта. Иногда отмечает, что измененные участки мешают во время разговора, приема пищи. Наблюдается понижение температурной и вкусовой чувствительности. При осмотре обнаруживается поражение слизистой оболочки губ, щек, боковых поверхностей языка, дна рта одновременно. Участки разрыхлены, пористы, гипертрофированны. Иногда слизистая оболочка походит на «мочалку».

Особенностью при диффузной форме является то, что в процесс вовлекаются губы. Основное проявление заболевания выражается полосой тонких чешуек на границе красной каймы и слизистой оболочки губ в зоне Клейна. Локализуется на обеих губах, реже — только на нижней. Сухость губ проявляется чешуйками, которые прозрачны и удерживаются одной только стороной, другая — свободна. Обострений заболевания не отмечается.

Основной отличительной особенностью атипичной формы является отсутствие выраженного шелушения. Жалоб со стороны больных обычно не бывает. При осмотре можно установить участок диффузнопомутненной слизистой оболочки на щеках или губах. Иногда эта форма представлена только возвышающейся над слизистой оболочкой опалесцирующей полосой по линии смыкания зубов. При атипичной форме красная кайма губ не поражается.

Характерным признаком лейкодемы служит выраженное уменьшение или исчезновение белизны поражённого участка при растягивании слизистой оболочки.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЙКЕДЕМЫ по МКБ-С:

КЛАСС XI: БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

K13.2 ЛЕЙКОПЛАКИЯ И ДРУГИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭПИТЕЛИЯ ПОЛОСТИ РТА, ВКЛЮЧАЯ ЯЗЫК

К13.23 Лейкедема;

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ЛЕЙКЕДЕМЫ.

Диагностика лейкедемы проводится путем сбора анамнеза, клинического осмотра, проведения дополнительных методов обследования; направлена на определение состояния тканей СОР и показаний к лечению, а также на выявление в анамнезе факторов, способствующих ухудшению состояния и препятствующих немедленному началу лечения. Такими факторами могут быть:

- непереносимость лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
- неадекватное психо-эмоциональное состояние пациента перед лечением;
- угрожающее жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения и т.п), развившееся менее чем за 6 месяцев до момента обращения за данной стоматологической помощью;
- отказ от лечения.

Гистологическое исследование позволяет дать наиболее объективную и достоверную информацию о структурных изменениях ткани - патологического процесса на субклеточном уровне. При данной патологии отмечается незначительное утолщение эпителия, слабо выраженное набухание клеток шиповатого слоя без признаков воспаления.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЛЕЙКЕДЕМЫ

Принципы лечения больных с лейкедемой предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- предупреждение травмирования СОР, вызванного дефектами в зубных рядах, острыми краями разрушенных зубов и зубными протезами, курением, а также защита от действия неблагоприятных метеорологических факторов;
- устранение очага лейкедемы;
- повышение общей резистентности организма;
- повышение качества жизни пациента;
- проведение профилактических осмотров населения с целью санации и проведение индивидуальной санитарно-просветительной работы;
- обязательное диспансерное наблюдение за больными лейкедемой у врача-стоматолога 2-3 раза в год с оценкой состояния зубо - челюстной системы и зубных протезов при их наличии;

- при подозрении на наличие соматических заболеваний консультация и/или лечение у специалистов соответствующего профиля;

Лечение лейкедемы включает:

- составление плана лечения;
- при необходимости выполнение биопсии и гистологическое исследования;
- санацию рта;
- обучение пациентов гигиене, тщательному уходу за ртом и мотивация к отказу от вредных привычек, особенно важен отказ от курения;
- лекарственная терапия.

При лечении лейкедемы применяются только те лекарственные средства, которые разрешены к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЛЕЙКЕДЕМОЙ

Лечение пациентов с лейкедемой проводится в стоматологических медицинских организациях в амбулаторно-поликлинических условиях, в стоматологических кабинетах, оснащенных в соответствии с приложением 1.

Оказание помощи больным с лейкедемой осуществляется в основном врачами-стоматологами общей практики, врачами-стоматологами-терапевтами, врачами-стоматологами-хирургами, врачами-стоматологами-ортопедами, зубными врачами, врачами – физиотерапевтами. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал.

VII. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ ПРОТОКОЛА

7.1. Модель пациента

Нозологическая форма: лейкедема

Стадия: типичная очаговая

Фаза: стабильное течение

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-С: K13.23

7.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

1. Из анамнеза, имеется вредная привычка скусывать слизистую оболочку щек, губ; чередование разных температур при приеме пищи, употребление крепкого кофе, чая, спиртных напитков, очень острой пищи, в некоторых случаях на фоне психоневрологического статуса.
2. Локализация: слизистая оболочка губ, щек, реже дна рта.
3. Клинически проявляется набуханием СОР, шелушением, мацерацией. Очаги поражения мягкие, губчатые, мутные, рыхлые, не имеют четких границ.
4. Эпителий имеет бахромистый вид, как бы «изъеденный молью».
5. Поверхностный слой эпителия соскабливается шпателем с образованием поверхностной мацерации без признаков воспаления.
6. Гистологически отмечается утолщение эпителия, выраженное набухание клеток шиповатого слоя без признаков воспаления.

7.1.2. Порядок включения пациента в протокол

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.1.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	По потребности
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничение подвижности нижней челюсти	По потребности
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	По потребности
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	По потребности
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	По потребности
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности

A08.07.002	Гистологическое исследование препарата тканей рта	По потребности
A11.07.001	Биопсия слизистой оболочки рта	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	1
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности
V01.027.001	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный	По потребности
V01.047.01	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	По потребности
V01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	По потребности
V04.004.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога	По потребности
V01.033.001	Прием (осмотр, консультация) врача-профпатолога первичный	По потребности
V01.008.001	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	По потребности
V01.066.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-ортопеда первичный	По потребности
V01.058.001	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	По потребности
V04.023.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога	По потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.1.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза жизни выясняют профессию пациента, профессиональные вредности, вредные привычки, характер питания, аллергологический анамнез, наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания. Отмечают наличие у пациентов соматических заболеваний.

При сборе анамнеза заболевания уточняют, когда появились первые симптомы, лечился ли ранее (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение).

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре оценивают конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Проводится пальпация лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи. Исследование лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного или онкологического процесса.

После внешнего осмотра приступают к осмотру рта. Детально обследуют СОР по схеме, предложенной ВОЗ в 1997 году (приложение 2), выявляют элементы поражения СОР (приложение 3). Результаты обследования могут быть отражены на схеме - топограмме (приложение 4).

После обследования СОР, приступают к определению прикуса, выявлению аномалий положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем.

Обследованию подлежат все зубы. Начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании. Тщательно обследуют апроксимальные поверхности зубов.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта с заполнением пародонтограммы (приложение 5).

При оценке уровня гигиены рта учитывают: когда и сколько раз чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет, использует ли межзубные средства гигиены. Контроль качества чистки зубов проводят с помощью индексов гигиены (индекс Greene- Vermillion, индекс Silness-Loe). Индексы гигиены рта определяют до лечения и после обучения гигиене рта с целью контроля. Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтального индекса Muhlemann (приложение 6).

Из дополнительных методов обследования используют гистологическое исследование.

7.1.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

В01.003.004.002	Проводниковая анестезия	По потребности
В01.003.004.004	Аппликационная анестезия	По потребности
В01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	По потребности

A16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами)	По потребности
A16.07.025	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	По потребности
A13.30.007	Обучение гигиене рта	По потребности
A16.07.051	Профессиональная гигиена рта и зубов	По потребности
A16.07.053	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	Согласно алгоритму
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях рта и зубов	1
A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях рта и зубов	1
V01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	По потребности
V01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	По потребности
V04.004.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога	По потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.1.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на устранение этиологических факторов болезней СОР: обучение пациентов гигиене рта, проведение контролируемой чистки зубов, санация рта с проведением профессиональной гигиены (приложение 7), удаление зубного камня, шлифование острых краев зубов, замена металлических пломб и протезов из разнородных металлов, ортопедической коррекции, включающей рациональное протезирование (временные коронки из гипоаллергенного материала с учетом аллергологического статуса пациента, беспаячные, цельнолитые конструкции протезов, использование благородных металлов, съемные пластиночные протезы из бесцветной пластмассы и др.). При изготовлении съемных пластиночных протезов следует обращать внимание на правильность изготовления кламмеров. Зубные протезы у таких больных должны быть тщательно отполированы. Необходимо удалять зубной налет, над- и поддесневой зубной камень. Очень важно своевременно выявить и устранить гальваноз рта, обусловленный пломбами из амальгамы или разнородными металлами зубных протезов.

7.1.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Витаминотерапия (витамины А, Е)	По потребности
Гипосенсибилизирующая терапия	По потребности

Кератопластические средства	1
Антисептические средства	1
Седативные	По потребности

7.1.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Необходим тщательный уход за слизистыми оболочками: полоскание рта растворами антисептиков, отварами цветков ромашки, липового цвета.

Больным назначается прием препаратов общего воздействия – витаминов группы А, Е, микроэлементы. Витамин А назначается внутрь, 3 раза в день, в течении 1 месяца, Витамин Е (100 М.Е., 200 М.Е., 300 М.Е., 400 М.Е.), в течении 1 месяца. Кератопластики апплицируют на СОР на элементы поражения или в виде ротовых ванночек, полоскания по 1-2 мин., 2-3р. в день, 14 дней; витамин Е, оливковое масло в виде аппликации на марлевой салфетке, на элементы поражения, 2-3 р. в день, 14 дней.

При необходимости назначают седативные препараты.

Прижигающие средства использовать категорически нельзя, так как они раздражают СОР и способствуют переходу болезни в злокачественную форму.

7.1.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Специальных требований нет.

7.1.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.1.11. Требования к диетическим назначениям

Необходимо ограничение употребления острой, горячей, кислой, соленой, пряной пищи. Больным лейкедемой рекомендуется употреблять в пищу продукты, богатые витамином А, В, С и микроэлементами.

7.1.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Протокола (приложение 8).

7.1.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи (приложение 9).

7.1.14. Правила изменения требований при выполнении Протокола и прекращение действия требований Протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в протокол лечения, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и

лечебных мероприятий, наряду с признаками лейкедемы, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела протокола лечения, соответствующего ведению «лейкедема»;
- б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

7.1.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Стабилизация	35%	Отсутствие отрицательной динамики	После лечения	Профилактический осмотр не реже 2 раз в год
Выздоровление	35%	Восстановление внешнего вида COP	После лечения	Динамическое наблюдение
Развитие ятрогенных осложнений	25%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	0			

7.1.16. Стоимостные характеристики Протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.2. Модель пациента

Нозологическая форма: лейкедема

Стадия: типичная диффузная

Фаза: стабильное течение

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-С: K13.23

7.2.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

1. Из анамнеза, имеется вредная привычка скусывать слизистую оболочку щек, губ; чередование разных температур при приеме пищи, употребление крепкого кофе, чая, спиртных напитков, очень острой пищи.
2. Основной морфологический элемент- чешуйка.
3. Локализация: по линии смыкания зубов, на слизистой оболочке губы и реже дна рта.
4. Клинически проявляется набуханием СОР, шелушением, мацерацией. Очаги поражения мягкие, губчатые, мутные, рыхлые, не имеют четких границ.
5. Эпителий имеет бахромистый вид, как бы «изъеденный молью», поверхностный слой эпителия соскабливается шпателем без образования эрозий и без признаков воспаления.
6. Гистологически отмечается утолщение эпителия, выраженное набухание клеток шиповатого слоя без признаков воспаления.

7.2.2. Порядок включения пациента в протокол

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.2.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	По потребности
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничение подвижности нижней челюсти	По потребности
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	1
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	По потребности
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A02.07.006	Определение прикуса	1

A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	По потребности
A08.07.002	Гистологическое исследование препарата тканей рта	По потребности
A11.07.001	Биопсия слизистой оболочки рта	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	1
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности
B01.027.001	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный	По потребности
B01.047.01	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	По потребности
B01.065.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога - терапевта первичный	1
B01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	По потребности
B04.004.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога	По потребности
B01.033.001	Прием (осмотр, консультация) врача-профпатолога первичный	По потребности
B01.008.001	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	По потребности
B01.058.001	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	По потребности
B04.023.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога	По потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.2.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза жизни выясняют профессию пациента, профессиональные вредности, вредные привычки, характер питания, аллергологический анамнез, наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания. Отмечают наличие у пациентов соматических заболеваний.

При сборе анамнеза заболевания уточняют, когда появились первые симптомы, лечился ли ранее (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без

улучшения или ухудшение).

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре оценивают конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Проводится пальпация лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи. Исследование лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного или онкологического процесса.

После внешнего осмотра приступают к осмотру рта. Детально обследуют СОР по схеме, предложенной ВОЗ в 1997 году (приложение 2), выявляют элементы поражения СОР (приложение 3). Результаты обследования могут быть отражены на схеме - топограмме (приложение 4).

После обследования СОР, приступают к определению прикуса, выявлению аномалий положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем.

Обследованию подлежат все зубы. Начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании. Тщательно обследуют апроксимальные поверхности зубов.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта с заполнением пародонтограммы (приложение 5).

При оценке уровня гигиены рта учитывают: когда и сколько раз чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет, использует ли межзубные средства гигиены. Контроль качества чистки зубов проводят с помощью индексов гигиены (индекс Greene- Vermillion, индекс Silness-Loe). Индексы гигиены рта определяют до лечения и после обучения гигиене рта с целью контроля. Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтального индекса Muhlemann (приложение 6).

Из дополнительных методов обследования используют гистологическое исследование.

7.2.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

B01.003.004.002	Проводниковая анестезия	По потребности
B01.003.004.004	Аппликационная анестезия	По потребности
B01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	По потребности
A16.07.025	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	По потребности
A13.30.007	Обучение гигиене рта	По потребности
A16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами)	По потребности
A16.07.051	Профессиональная гигиена рта и зубов	По потребности
A16.07.053	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	По потребности
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых зубных отложений	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	По потребности
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях рта и зубов	1
A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях рта и зубов	1
B01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	По потребности
B01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	По потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.2.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на устранение этиологических факторов болезней СОР: обучение пациентов гигиене рта, проведение контролируемой чистки зубов, санация рта с проведением профессиональной гигиены (приложение 7), удаление зубного камня, шлифование острых краев зубов, замена металлических пломб и протезов из разнородных металлов, ортопедической коррекции, включающей рациональное протезирование (временные коронки из гипоаллергенного материала с учетом аллергологического статуса пациента, безопасные, цельнолитые конструкции протезов, использование благородных металлов, съемные пластиночные протезы из бесцветной пластмассы и др.). При изготовлении съемных пластиночных протезов следует обращать

внимание на правильность изготовления кламмеров. Зубные протезы у таких больных должны быть тщательно отполированы. Необходимо удалять зубной налет, над- и поддесневой зубной камень. Очень важно своевременно выявить и устранить гальваноз рта, обусловленный пломбами из амальгамы или разнородными металлами зубных протезов.

7.2.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Витаминотерапия (Витамины А, Е)	По потребности
Гипосенсибилизирующая терапия	По потребности
Кератопластические средства	1
Антисептические средства	1
Седативные средства	По потребности

7.2.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Необходим тщательный уход за слизистыми оболочками: полоскание рта растворами антисептиков, отварами цветков ромашки, липового цвета.

Больным назначается прием препаратов общего воздействия – витаминов группы А, Е, микроэлементы. Витамин А назначается внутрь, 3 раза в день, в течении 1 месяца, Витамин Е (100 М.Е., 200 М.Е., 300 М.Е., 400 М.Е.), в течении 1 месяца. Кератопластики апплицируют на СОР на элементы поражения или в виде ротовых ванночек, полоскания по 1-2 мин., 2-3р. в день, 14 дней; витамин Е, оливковое масло в виде аппликации на марлевой салфетке, на элементы поражения, 2-3 р. в день, 14 дней.

При необходимости назначают седативные препараты.

Прижигающие средства использовать категорически нельзя, так как они раздражают СОР и способствуют переходу болезни в злокачественную форму.

7.2.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Специальных требований нет.

7.2.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.2.11. Требования к диетическим назначениям

Необходимо ограничение употребления острой, горячей, кислой, соленой, пряной пищи. Больным лейкедемой рекомендуется употреблять в пищу продукты, богатые витамином А, В, С и микроэлементами.

7.2.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Протокола (приложение 8).

7.2.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи (приложение 9).

7.2.14. Правила изменения требований при выполнении Протокола и прекращение действия требований Протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в протокол лечения, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками лейкодемы, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела протокола лечения больных, соответствующего ведению «лейкедема слизистой оболочки рта»;
- б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

7.2.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преемственность и этапность оказания медицинской помощи
Стабилизация	35%	Отсутствие отрицательной динамики	После лечения	Профилактический осмотр не реже 2 раз в год
Выздоровление	35%	Восстановление внешнего вида СОР	После лечения	Динамическое наблюдение
Развитие ятрогенных осложнений	25%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	0			

7.2.16. Стоимостные характеристики Протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.3. Модель пациента

Нозологическая форма: лейкедема

Стадия: атипичная

Фаза: стабильное течение

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-С: K13.23

7.3.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

1. Имеется вредная привычка скусывать слизистую оболочку щек, губ.
2. Основной морфологический элемент- чешуйка, бляшка.
3. Локализация: по линии смыкания зубов, на слизистой оболочке губ и реже дна рта.
4. Отсутствие выраженного шелушения.
5. Клинически проявляется набуханием СОР, шелушением, мацерацией. Очаги поражения мягкие, губчатые, мутные, рыхлые, не имеют четких границ. Характерно помутнение слизистой оболочки щек, губ; белая опалесцирующая полоска или бляшка на уровне смыкания зубов. Эпителий имеет бахромистый вид, как бы «изъеденный молью».
6. Поверхностный слой эпителия соскабливается шпателем при усилении без признаков воспаления.
7. Гистологически - незначительное утолщение эпителия, слабо выраженное набухание клеток шиповатого слоя без признаков воспаления.

7.3.2. Порядок включения пациента в протокол

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.3.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1

A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	По потребности
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничение подвижности нижней челюсти	По потребности
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	По потребности
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	По потребности
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	По потребности
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A08.07.002	Гистологическое исследование препарата тканей рта	По потребности
A11.07.001	Биопсия слизистой оболочки рта	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	1
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности
B01.027.001	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный	По потребности
B01.047.01	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	По потребности
B01.065.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта первичный	1
B01.066.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-ортопеда первичный	По потребности
B01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	По потребности
B04.004.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога	По потребности
B01.033.001	Прием (осмотр, консультация) врача-профпатолога первичный	По потребности
B01.008.001	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	По потребности
B01.058.001	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	По потребности
B04.023.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога	По потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.3.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза жизни выясняют профессию пациента, профессиональные вредности, вредные привычки, характер питания, аллергологический анамнез, наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания. Отмечают наличие у пациентов соматических заболеваний.

При сборе анамнеза заболевания уточняют, когда появились первые симптомы, лечился ли ранее (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение).

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре оценивают конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Проводится пальпация лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи. Исследование лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного или онкологического процесса.

После внешнего осмотра приступают к осмотру рта. Детально обследуют СОР по схеме, предложенной ВОЗ в 1997 году (приложение 2), выявляют элементы поражения СОР (приложение 3). Результаты обследования могут быть отражены на схеме - топограмме (приложение 4).

После обследования СОР, приступают к определению прикуса, выявлению аномалий положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем.

Обследованию подлежат все зубы. Начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании. Тщательно обследуют апроксимальные поверхности зубов.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта с заполнением пародонтограммы (приложение 5).

При оценке уровня гигиены рта учитывают: когда и сколько раз чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет, использует ли межзубные средства гигиены. Контроль качества чистки зубов проводят с помощью индексов гигиены (индекс Greene- Vermillion, индекс Silness-Loe). Индексы гигиены рта определяют до лечения и после обучения гигиене рта с целью контроля. Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтального индекса Muhlemann (приложение 6).

Из дополнительных методов обследования используют гистологическое исследование пораженной области и биопсию.

7.3.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

V01.003.004.002	Проводниковая анестезия	По потребности
V01.003.004.004	Аппликационная анестезия	По потребности
V01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	По потребности
A16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами)	По потребности
A13.30.007	Обучение гигиене рта	По потребности
A16.07.025	Избирательное пришлифовывание твердых тканей зубов	По потребности
A16.07.051	Профессиональная гигиена рта и зубов	По потребности
A16.07.053	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	По потребности
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых зубных отложений	По потребности
V01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	Согласно алгоритму
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях рта и зубов	1
A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях рта и зубов	1
V01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	По потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.3.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на устранение этиологических факторов болезней СОР: обучение пациентов гигиене рта, проведение контролируемой чистки зубов, санация рта с проведением профессиональной гигиены (приложение 7), удаление зубного камня,

пришлифование острых краев зубов, замена металлических пломб и протезов из разнородных металлов, ортопедической коррекции, включающей рациональное протезирование (временные коронки из гипоаллергенного материала с учетом аллергологического статуса пациента, беспаячные, цельнолитые конструкции протезов, использование благородных металлов, съемные пластиночные протезы из бесцветной пластмассы и др.). При изготовлении съемных пластиночных протезов следует обращать внимание на правильность изготовления кламмеров. Зубные протезы у таких больных должны быть тщательно отполированы. Необходимо удалять зубной налет, над- и поддесневой зубной камень. Очень важно своевременно выявить и устранить гальваноз рта, обусловленный пломбами из амальгамы или разнородными металлами зубных протезов.

7.3.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Витаминотерапия (Витамины А, Е)	По потребности
Гипосенсибилизирующая терапия	По потребности
Кератопластические средства	1
Антисептические средства	1
Седативные средства	По потребности

7.3.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Необходим тщательный уход за слизистыми оболочками: полоскание рта растворами антисептиков, отварами цветков ромашки, липового цвета.

Больным назначается прием препаратов общего воздействия – витаминов группы А, Е, микроэлементы. Витамин А назначается внутрь, 3 раза в день, в течении 1 месяца, Витамин Е (100 М.Е., 200 М.Е., 300 М.Е., 400 М.Е.), в течении 1 месяца. Кератопластики апплицируют на СОР на элементы поражения или в виде ротовых ванночек, полоскания по 1-2 мин., 2-3р. в день, 14 дней; витамин Е, оливковое масло в виде аппликации на марлевой салфетке, на элементы поражения, 2-3 р. в день, 14 дней.

При необходимости назначают седативные препараты.

Прижигающие средства использовать категорически нельзя, так как они раздражают СОР и способствуют переходу болезни в злокачественную форму.

7.3.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Специальных требований нет.

7.3.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.3.11. Требования к диетическим назначениям

Необходимо ограничение употребления острой, горячей, кислой, соленой, пряной пищи. Больным лейкедемой рекомендуется употреблять в пищу продукты, богатые витамином А, В, С и микроэлементами.

7.3.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Протокола (приложение 8).

7.3.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

(приложение 9).

7.3.14. Правила изменения требований при выполнении Протокола и прекращение действия требований Протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в протокол лечения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками лейкедемы, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела протокола лечения больных, соответствующего ведению «лейкедема»;
- б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

7.3.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Стабилизация	35%	Отсутствие отрицательной динамики	После лечения	Профилактический осмотр не реже 2 раз в год
Выздоровление	35%	Восстановление внешнего вида СОР	После лечения	Динамическое наблюдение
Развитие ятрогенных осложнений	25%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие	0			

нового заболевания, связанного с основным				
--	--	--	--	--

7.3.16. Стоимостные характеристики Протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

VIII. ГРАФИЧЕСКОЕ, СХЕМАТИЧЕСКОЕ И ТАБЛИЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ПРОТОКОЛА

Не требуется.

IX. МОНИТОРИРОВАНИЕ

Критерии и методология мониторинга и оценки эффективности выполнения протокола

Мониторинг проводится на всей территории Российской Федерации.

Перечень медицинских учреждений, в которых проводится мониторинг данного документа, определяется ежегодно учреждением,

ответственным за мониторинг. Медицинская организация информируется о включении в перечень по мониторингу протокола письменно.

Мониторинг включает в себя:

- сбор информации: о ведении пациентов с лейкедемией в лечебно-профилактических учреждениях всех уровней;
- анализ полученных данных;
- составление отчета о результатах проведенного анализа;
- представление отчета группе разработчиков Протокола .

Исходными данными при мониторинге являются:

- медицинская документация - медицинская карта стоматологического больного (форма 043/у);
- тарифы на медицинские услуги;
- тарифы на стоматологические материалы и лекарственные средства.

При необходимости при мониторинге Протокола могут быть использованы иные

документы.

В лечебно-профилактических учреждениях, определенных перечнем по мониторингованию, раз в полгода на основании медицинской документации составляется карта пациента о лечении пациентов с лейкедемой, соответствующих моделям пациента в данном протоколе.

В анализируемые в процессе мониторинга показатели входят: критерии включения и исключения из Протокола, перечни медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортимента, перечни лекарственных средств обязательного и дополнительного ассортимента, исходы заболевания, стоимость выполнения медицинской помощи по Протоколу и др.

ПРИНЦИПЫ РАНДОМИЗАЦИИ

В данном Протоколе рандомизация (лечебных учреждений, пациентов и т. д.) не предусмотрена.

ПОРЯДОК ОЦЕНКИ И ДОКУМЕНТИРОВАНИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ И РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ

Информация о побочных эффектах и осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения больных, регистрируется в карте пациента.

ПОРЯДОК ИСКЛЮЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА ИЗ МОНИТОРИРОВАНИЯ

Пациент считается включенным в мониторингование при заполнении на него Карты пациента. Исключение из мониторингования проводится в случае невозможности продолжения заполнения Карты (например, неявка на врачебный прием). В этом случае Карта направляется в учреждение, ответственное за мониторингование, с отметкой о причине исключения пациента из Протокола.

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ОЦЕНКА И ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРОТОКОЛ

Оценка выполнения Протокола проводится один раз в год по результатам анализа сведений, полученных при мониторинговании.

Внесение изменений в Протокол проводится в случае получения информации:

- а) о наличии в Протоколе требований, наносящих урон здоровью пациентов,
- б) при получении убедительных данных о необходимости изменений требований Протокола обязательного уровня.

Решение об изменениях принимается группой разработчиков. Введение изменений требований Протокола в действие осуществляется Министерством здравоохранения Российской Федерации в установленном порядке.

ПАРАМЕТРЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПРОТОКОЛА

Для оценки качества жизни пациента с лейкедемией, соответствующей моделям протокола, используют аналоговую шкалу.

ОЦЕНКА СТОИМОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОТОКОЛА И ЦЕНЫ КАЧЕСТВА

Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

При мониторинговании Протокола ежегодно проводится сравнение результатов выполнения его требований, статистических данных, показателей деятельности лечебно-профилактических учреждений.

ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ ОТЧЕТА

В ежегодный отчет о результатах мониторингования включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, предложения по актуализации Протокола.

Отчет представляется в Министерство здравоохранения Российской Федерации учреждением, ответственным за мониторингование данного Протокола. Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати.

Приложение 1

Перечень стоматологических материалов, инструментов и оборудования, необходимых для работы врача

Обязательный ассортимент:

1. Автоклав (стерилизатор паровой),
2. Аквадистиллятор (медицинский),
3. Автоклав для наконечников (стерилизатор паровой настольный)
4. Аппарат воздушно-абразивный для снятия зубных отложений;
5. Аппарат для снятия зубных отложений ультразвуковой (скейлер);
6. Аспиратор (отсасыватель) хирургический,

7. Биксы (коробка стерилизационная для хранения стерильных инструментов и материала)

8. Инструменты стоматологические (мелкие):

- боры,

- полиры,

- финиры;

9. Инкубатор для проведения микробиологических тестов (СО₂ инкубатор для выращивания культур клеток и тканей)

10. Изделия одноразового применения:

- шприцы и иглы для инъекций,

- маски,

- перчатки смотровые, диагностические, хирургические,

- бумажные нагрудные салфетки для пациентов,

- полотенца для рук в контейнере,

- салфетки гигиенические,

- слюноотсосы,

- стаканы пластиковые

11. Инъектор стоматологический, для карпульной анестезии;

12. Камеры для хранения стерильных инструментов

13. Компрессор стоматологический (безмасляный);

14. Кресло стоматологическое;

15. Крючки хирургические, зубчатые разных размеров;

16. Лампа (облучатель) бактерицидная для помещений;

17. Машина упаковочная (аппарат для предстерилизационной упаковки инструментария);

18. Место рабочее (комплект оборудования) для врача-стоматолога:

19. Набор аппаратов, инструментов, медикаментов, методических материалов и документов

для оказания экстренной медицинской помощи при состояниях, угрожающих жизни (укладка-аптечка для оказания экстренной помощи при общесоматических осложнениях в условиях стоматологических кабинетов);

20. Набор (инструменты, щетки, диски, пасты) для шлифования и полирования пломб и зубных протезов;

21. Набор инструментов для осмотра рта (базовый):

- лоток медицинский стоматологический,

- зеркало стоматологическое,

- зонд стоматологический угловой,

- пинцет зубохирургический,

- экскаваторы зубные,

- гладилка широкая двухсторонняя,

- гладилка-штопфер,

- шпатель зубохирургический;

22. Набор инструментов в ассортименте для снятия зубных отложений:

- экскаваторы,

- крючки для снятия зубного камня

23. Набор инструментов для трахеотомии;

24. Набор инструментов, игл и шовного материала не менее 2 видов;

25. Набор медикаментов для индивидуальной профилактики парентеральных инфекций (аптечка "анти-СПИД")

26. Набор реактивов для контроля (индикаторы) дезинфекции и стерилизации;

27. Наборы микробиологические (реагенты, реактивы для бактериологических исследований) для проведения тестов на кислотообразующую микрофлору при использовании инкубатора для проведения микробиологических тестов;

28. Наконечник стоматологический механический прямой;

29. Наконечник стоматологический механический угловой;

30. Наконечник стоматологический турбинный;
31. Ножницы в ассортименте не менее 3 на рабочее место врача
32. Отсасыватель пыли (стоматологический пылесос)
33. Отсасыватель слюны (стоматологический слюноотсос)
34. Очиститель ультразвуковой (устройство ультразвуковой очистки и дезинфекции инструментов и изделий);
35. Очки защитные;
36. Пинцеты;
37. Прибор и средства для очистки и смазки наконечников;
38. Прибор (установка) для утилизации шприцев;
39. Скальпели (держатели) и одноразовые лезвия в ассортименте
40. Средства и емкости-контейнеры для дезинфекции инструментов в соответствии с СанПиН
41. Стерилизатор стоматологический для мелкого инструментария;
42. Стерилизатор суховоздушный;
43. Щитки защитные (от механического повреждения глаз)
44. Наборы диагностические для проведения тестов на выявление новообразований (скрининг) и контроля за лечением новообразований

Приложение 2

Алгоритм визуального осмотра СОР, рекомендуемый ВОЗ(1997 год).

Осмотр СОР начинают с кожных покровов околоротовой области, красной каймы губ при открытом и закрытом рте, обращая внимание на цвет, блеск, консистенцию. При осмотре слизистой оболочки губ, переходной складки учитывают цвет, влажность, глубину преддверия рта, характер прикрепления уздечек, наличие тяжей; на слизистой оболочке губ, особенно нижней, в норме иногда обнаруживаются небольшие возвышения за счет наличия малых слюнных желез, что не является патологией.

Далее осматривают слизистую оболочку щек (правой, затем левой) от угла рта до небной миндалины, замечая наличие или отсутствие пигментаций, изменений ее цвета.

По линии смыкания зубов, чаще ближе к углу рта располагаются гранулы Фордайса. Эти бледно-желтые узелки, диаметром 1-2 мм не возвышаются над СОР, являются вариантом нормы. Нужно также помнить, что на уровне 17 и 27 зубов имеются сосочки, на которых открывается выводной проток околоушной слюнной железы, иногда принимаемой за отклонение.

Обращают внимание на десны и альвеолярный край. Сначала осматривают щечную и губную область десны, начиная с правого верхнего заднего участка, и затем перемещаются по дуге влево. Опускаются на нижнюю челюсть слева сзади и перемещаются вправо по дуге. Затем обследуют язычную и нёбную области дёсен: справа налево на верхней челюсти и слева направо вдоль нижней челюсти. На десне могут встречаться изменения цвета, опухоли и отечность различной формы и консистенции. По переходной складке исследуют свищевые ходы, которые возникают чаще всего в результате хронического воспалительного процесса в верхушечном периодонте.

Далее осматривают язык, оценивая все виды сосочков языка, характер прикрепления уздечки. Регистрируют изменение цвета, сосудистого рисунка, рельефа дна рта.

Небо осматривают при широко открытом рте и откинутой назад голове. Широким шпателем осторожно прижимают корень языка. С помощью зубоврачебного зеркала осматривают твердое и затем мягкое небо.

Приложение 3

Элементы поражения кожи и слизистой оболочки

В диагностике предраковых заболеваний определяющее значение имеет оценка морфологических элементов поражения кожи и слизистой оболочки, которые проявляются изменениями окраски и нарушениями рельефа поверхности.

Пятно (macula) – наиболее распространенный элемент поражения, связанный с изменением окраски. Различают пятна воспалительной (до 1,5 см в диаметре – розеола, большего диаметра – эритема) и не воспалительной природы (пигментное пятно).

Пигментные пятна, в свою очередь, бывают врожденные – невусы, и приобретенные – связанные с введением красителей под эпителиальный слой, возникшие при приеме препаратов висмута, а также вследствие поступления в организм свинца.

Узелок (nodus, papula) – бесполостной элемент, возвышающийся над уровнем неизменной слизистой или кожи, белесоватого или перламутрового оттенка (на слизистой), синевато-коричневый (на коже), размером 0,1-0,5 мм. Слияние папул приводит к образованию **бляшки** (размер более 0,5 мм).

Узел (nodus) – плотное инфильтративное образование значительной величины (с орех),

развивающееся в коже и слизистой оболочке. Определяется в виде возвышения кожи синюшно-коричневого цвета и гиперемированной слизистой оболочки. Завершается размягчением и изъязвлением. В некоторых случаях может быть обратное развитие без образования рубца.

Бугорок (tuberculum) – бесполостное инфильтративное образование, размером 0,2 – 5,0 мм, локализующееся в коже или захватывающее все слои слизистой оболочки и имеющее склонность к распаду с образованием язвы и последующим рубцеванием.

Язва (ulcus) – дефект кожи или слизистой оболочки и подлежащих тканей. Заживает с образованием рубца. Дно и края язвы характеризуются различными особенностями, что имеет определенное дифференциально-диагностическое значение в разграничении неспецифических и специфических поражений и злокачественных опухолей.

Трещина (rhagades) – линейный дефект, возникающий при потере тканями эластичности на фоне острого или хронического воспалительного процесса. Различают трещины поверхностные (повреждение только эпителиального слоя) и глубокие (повреждены все слои слизистой и подлежащие ткани).

Чешуйка (squama) – отделяющийся конгломерат пластов ороговевших клеток. Цвет чешуек на коже белый, серый, буроватый, на красной кайме губ – светло-серый.

Корка (crusta) – засохшее отделяемое язв, эрозий. Особенно часто образуется при поражении красной каймы губ.

Эрозия (erozia) – образуется после отпадения корки. Дно эрозии – эпителий или сосочковый слой соединительнотканной основы слизистой оболочки. Заживает, не оставляя следа. Однако в приротовой области иногда после заживления эрозии может иметь место пигментация.

Нарушение процессов ороговения при предраковых поражениях.

В основе ороговения (кератинизации) лежат процессы формирования в клетках комплекса кератогиалин+тонофибриллы с образованием кератиновых фибрилл. Образующееся при этом роговое вещество состоит из кератина, кератогиалина и жирных кислот.

Различают физиологическое и патологическое ороговение. Первое происходит в эпидермисе и выполняет защитную функцию. Образующийся при этом роговой слой состоит из большого количества рядов плоских безъядерных клеток – роговых чешуек. Ороговение клеток эпидермиса протекает постепенно – начинается с базальных эпидермиоцитов и заканчивается образованием полностью ороговевших клеток рогового слоя. Физиологическое ороговение эпидермиса происходит постоянно и сопровождается постоянным отторжением ороговевших поверхностных чешуек.

Патологическое ороговение проявляется в виде дис-, гипер- и паракератоза, а также наблюдается там, где роговой слой в норме не образуется. Склонность слизистой рта к повышенному ороговению объясняется ее происхождением из эктодермы.

Кератозы – группа заболеваний кожи и слизистых оболочек не воспалительного характера, характеризующиеся утолщением ороговевающего и образованием рогового слоя.

Дискератоз – нарушение процесса ороговения, выражающееся патологической кератинизацией отдельных эпидермальных клеток, лишенных межклеточных контактов и хаотично расположенных во всех отделах эпидермиса.

Гиперкератоз – чрезмерное утолщение рогового слоя эпидермиса, в результате избыточного образования кератина.

Паракератоз – нарушение процесса ороговения, связанное с потерей способности клеток эпидермиса вырабатывать кератогиалин. При этом отмечается утолщение рогового и частичное или полное исчезновение зернистого слоя.

Акантоз – утолщение эпидермиса кожи и эпителия слизистой оболочки за счет усиления пролиферации базальных и шиповидных клеток.

Приложение 4

Схема-топограмма СОПР (Roed-Petersen & Renstrup, 1969) для топографирования зон локализации элементов поражения в модификации Гилевой О.С. и соавт. (РП № 2436 от 22.02.08) с цветовой кодировкой зон поражения по ТК ВОЗ.

Приложение 5

Дополнение к карте для определения пародонтологического статуса пациента

Приложение 6

Алгоритмы определения индексов

Индекс гигиены Грин – Вермиллиона.

Представляет собой двойной индекс, т.е. состоящий из двух компонент:

первая компонента-это индекс зубного налета **(DI-S)**

вторая компонента-это индекс зубного камня **(CI-S)**

Метод: Исследования проводят на вестибулярной поверхности зубов 16 11 26 31 и язычной поверхности зубов 36 и 46 с помощью стоматологического зонда и применения красителей. (флуоресцин натрия, эритрозин, синий цвет, флоксин В).

Критерии оценки DI-S:

0-нет налета

1-налет покрывает не более 1\3 поверхности зуба

2-налет покрывает от 1\3 до 2\3 поверхности зуба

3-налет покрывает более 2\3 поверхности зуба

Формула:

DI-S=сумма баллов/6

Критерии оценки CI-S:

0-нет камня

1-наддесневой камень покрывает менее 1\3 поверхности зуба

2-наддесневой камень покрывает от 1\3 до 2\3 поверхности зуба или имеются отдельные частицы поддесневого камня

3-наддесневой камень покрывает более 2\3 поверхности зуба

Формула:

CI-S=сумма баллов/6

OHI-S=DI-S+CI-S

Критерии оценки:

0,0-0,6 низкий (гигиена хорошая)

0,7-1,6 средний (гигиена удовлетворительная)

1,7-2,5 высокий (гигиена неудовлетворительная)

2,6-6,0 очень высокий(гигиена плохая)

Индекс гигиены Силнесс-Лое.

Определяют толщину зубного налета в придесневой области зуба.

Метод:

1. Окрашивать зубной налет не требуется. После высушивания зуба воздухом для выявления

зубного налета используют стоматологическое зеркало и зонд.

2. Для определения индекса можно осмотреть все зубы или только 6 индексных зубов:

		16					21			24					
			44			41						36			

3. В области каждого зуба осматривают 4 участка:

- дистально-вестибулярный
- вестибулярный
- медиально-вестибулярный
- язычный

Коды и критерии:

0 - нет налета.

1 - небольшое количество налета, выявляется только зондом

Применение: несмотря на то, что в исходной трактовке индекса окрашивающий раствор не применяли, его можно использовать, особенно для выявления данного кода.

2 - умеренный слой зубного налета в десневой области, видимый невооруженным глазом

3 - обильный налет, заполняющий нишу, образованную десневым краем и поверхностью зуба, а также межзубной промежутки

4 - интенсивное отложение зубного налета в области десневого кармана и/ или на десневом крае и прилегающей поверхности зуба.

ФОРМУЛА=(сумма баллов)/(число обследованных поверхностей «4»)- значение для одного зуба.

Формула=(сумма балла всех зубов)/(на количество исследованных зубов) Значение для всех зубов.

Индекс кровоточивости Мюлеманна (в модификации Коуэла).

Используют для определения воспаления в тканях пародонта. Метод показателен при гингивите и пародонтите. В области «зубов Рамфьерда»,(16,21,24,36,41,44) с щечной и язычной (небной) сторон кончик пародонтального зонда без давления прижимают к стенке бороздки и медленно ведут от медиальной к дистальной стороне зуба.

Оценочная шкала следующая:

0- если после этого кровоточивость отсутствует;

1-если кровоточивость появляется не раньше, чем через 30с;

2-если кровоточивость возникает или сразу после проведения кончиком зонда по стенке бороздки, или в пределах 30с.

3-если кровоточивость пациент отмечает при приеме пищи или чистке зубов.

Значение индекса = сумма показателей всех зубов /число зубов.

Контролируемая чистка зубов

С целью выработки у пациента навыков ухода за ртом (чистки зубов) и максимально эффективного удаления мягкого зубного налета с поверхностей зубов обучают пациента приемам гигиены рта. Технику чистки зубов демонстрируют на моделях. Индивидуально подбирают средства гигиены рта. Обучение навыкам гигиены рта способствует предупреждению развития воспалительных заболеваний пародонта (уровень убедительности доказательств В).

Контролируемая чистка зубов - чистка зубов, которую пациент осуществляет самостоятельно в присутствии специалиста (врача-стоматолога, гигиениста стоматологического) в стоматологическом кабинете или комнате гигиены рта, при наличии необходимых средств гигиены и наглядных пособий. Цель данного мероприятия — коррекция недостатков техники чистки зубов. Контролируемая чистка зубов позволяет добиться эффективного поддержания уровня гигиены рта (уровень убедительности доказательств В).

Профессиональная гигиена рта включает удаление с поверхности зуба мягких и твердых зубных отложений и позволяет предотвратить развитие воспалительных заболеваний пародонта (уровень убедительности доказательств А).

Алгоритм обучения гигиене рта

Врач-стоматолог или гигиенист стоматологический определяет гигиенический индекс, затем демонстрирует пациенту технику чистки зубов зубной щеткой, межзубными ершиками и зубными нитями, используя модели зубных рядов, или другие демонстрационные средства.

Существуют разные методы чистки зубов, основанные на круговых, вибрирующих, горизонтальных и вертикальных движениях. Однако важна не сама техника, а эффективность очищения, последовательность процедуры и отсутствие вредного воздействия.

Чистку зубов начинают с участка в области верхних правых жевательных зубов, последовательно переходя от сегмента к сегменту. В таком же порядке проводят чистку зубов на нижней челюсти.

Следует обращать внимание на то, что рабочая часть зубной щетки должна располагаться под углом 45° к зубу, производить очищающие движения от десны к зубу, одновременно удаляя налет с зубов и десен. Жевательные поверхности зубов очищают горизонтальными (возвратно-поступательными) движениями так, чтобы волокна щетки проникали глубоко в фиссуры и межзубные промежутки. Вестибулярную поверхность фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей очищать такими же движениями, как моляры и премоляры. При чистке оральной поверхности ручку щетки располагают перпендикулярно к окклюзионной плоскости зубов, при этом волокна должны находиться под острым углом к зубам и захватывать не только зубы, но и десну. Завершают чистку круговыми движениями зубной щетки при сомкнутых челюстях, осуществляя массаж десен.

Для качественной чистки контактных поверхностей зубов необходимо использовать межзубные ершики и зубные нити.

Индивидуальный подбор средств гигиены рта осуществляется с учетом стоматологического статуса пациента (состояния твердых тканей зубов и тканей пародонта, наличия зубочелюстных аномалий, съемных и несъемных ортодонтических и ортопедических конструкций).

С целью закрепления полученных навыков проводят контроль индивидуальной гигиены рта (контролируемая чистка зубов).

Алгоритм контролируемой чистки зубов

Контролируемая чистка зубов - это чистка зубов, которую пациент осуществляет самостоятельно в присутствии врача-стоматолога или гигиениста стоматологического.

Первое посещение

— Обработка зубов пациента окрашивающим средством, определение гигиенического индекса, демонстрация пациенту с помощью зеркала мест наибольшего скопления зубного налета.

— Чистка зубов пациентом в его обычной манере.

— Повторное определение гигиенического индекса, оценка эффективности чистки зубов (сравнение показателей индекса гигиены до и после чистки зубов), демонстрация пациенту с помощью зеркала окрашенных участков, где зубной налет не был удален при чистке.

— Демонстрация правильной техники чистки зубов на моделях, рекомендации пациенту по коррекции недостатков гигиенического ухода за ртом, использованию зубных нитей и дополнительных средств гигиены (специальных зубных щеток, зубных ершиков, монопучковых щеток, ирригаторов — по показаниям).

Следующее посещение

Определение гигиенического индекса, при неудовлетворительном уровне гигиены рта — повторение процедуры. Пациента информируют о необходимости являться на профилактический осмотр к врачу при возникновении кровоточивости десен, но не реже 1 раза в год.

Алгоритм профессиональной гигиены рта и зубов

Этапы профессиональной гигиены:

- обучение пациента индивидуальной гигиене рта;
- контролируемая чистка зубов;
- удаление зубных отложений;
- полирование поверхностей зубов;
- устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета;
- аппликации реминерализирующих и фторидсодержащих средств;
- мотивация пациента к профилактике и лечению стоматологических заболеваний.

При удалении зубных отложений (зубной камень, мягкий зубной налет) следует соблюдать ряд условий:

— провести обработку рта раствором антисептика;

— при выраженной гиперестезии зубов и отсутствии общих противопоказаний удаление зубных отложений нужно проводить под местным обезболиванием;

Для удаления налета и полирования поверхностей зубов используют резиновые колпачки, для жевательных поверхностей — вращающиеся щеточки, для контактных поверхностей — вращающиеся ершики, резиновые конусы, суперфлоссы, флоссы и абразивные штрипсы. Полировочную пасту следует использовать, начиная с крупнодисперсной и заканчивая мелкодисперсной. При обработке поверхностей имплантатов следует использовать мелкодисперсные полировочные пасты и резиновые колпачки

Необходимо устранить факторы, способствующие скоплению зубного налета: удалить нависающие края пломб и неправильно изготовленные ортопедические конструкции, провести повторное полирование пломб.

Периодичность проведения профессиональной гигиены рта и зубов зависит от стоматологического статуса пациента (гигиенического состояния рта, интенсивности кариеса зубов, состояния тканей пародонта, наличия несъемной ортодонтической аппаратуры и стоматологических имплантатов). Минимальная периодичность проведения профессиональной гигиены — 2 раза в год.

Форма добровольного информированного согласия пациента при выполнении протокола приложение к медицинской карте № _____

Пациент (законный представитель пациента) информирован о результатах обследования, диагнозе, о цели медицинского вмешательства и его последствиях, применяемых и альтернативных методах лечения, предполагаемых результатах лечения, ознакомлен с комплексным планом лечения, предупрежден о возможных осложнениях во время и после лечения и дает добровольное согласие на медицинское вмешательство.

При этом пациент понимает, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество оказываемой медицинской помощи. Повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья.

ФИО пациента (законный представитель пациента) _____

ФИО врача _____

« ____ » _____ 20__ г.

Приложение 9

Дополнительная информация для пациента

1. В острый период заболевания зубы необходимо чистить мягкой зубной щеткой с пастой два раза в день. После еды следует полоскать рот для удаления остатков пищи.
2. При возникновении кровоточивости при чистке зубов нельзя прекращать гигиенические процедуры. Если кровоточивость не проходит в течение 3-х дней, необходимо обратиться к врачу.
3. Профессиональная гигиена (удаление назубных отложений) должна проводиться не реже 1 раза в 6 месяцев у лечащего врача-стоматолога.
4. Если после проведения профессиональной гигиены появилась повышенная чувствительность твердых тканей зубов, использовать специальные зубные пасты для снижения чувствительности зубов и обратиться к своему лечащему врачу-стоматологу.
5. Обязательно посещать плановые осмотры.
6. Необходимо полноценное и своевременное восстановление дефектов зубов и зубных рядов.

7. Устранение или нейтрализация действия профессиональных вредных факторов на пародонт.

8. Оздоровление условий труда, отдыха, питания и здоровый образ жизни.

Приложение 10

Анкета пациента

ФИО _____ Дата заполнения

Как Вы оцениваете Ваше общее самочувствие на сегодняшний день?

Отметьте, пожалуйста, на шкале значение, соответствующее состоянию Вашего здоровья.

Список литературы:

1. Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Ломиашвили Л.М. Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ. / Учебное пособие, - М. –Медицинская книга

2008, издательство «Стоматология» г.Омск -С.

2. Банченко Г.В., Рыбаков А.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта /Монография. М., «Медицина», 1978, С. -175-179.
3. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – 3-е изд., перераб и доп. – М. Медицинская литература, 2007. – 417 с.: ил.
4. Борк К. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение. Атлас и руководство: пер. с нем./Борк К., Бургдорф В., Хеде Н. - М.: Мед. лит., 2011. – 448 стр.: ил.
5. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология /Учебник, МИА –М.2007. С. -626-631, -641-643.
6. Гилева О.С., Смирнова Е.Н., Позднякова А.А. и др. Структура, факторы риска и клинические особенности заболеваний слизистой полости рта (по данным лечебно-консультативного приема). Пермский медицинский журнал. – 2012. - №6, том 29. – с.18-24.
7. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта. /Учебное пособие, ОАО «Стоматология», Москва, 2001.- 271 с., ил.
8. Дмитриева Л.А., Максимовский Ю.М. Терапевтическая стоматология: национальное руководство. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 912 с. – (Серия «Национальные руководства»).
9. Елькова Н.Л., Л.Н. Максимовская «Синдромные заболевания с поражением слизистой оболочки рта и кожи: диагностика, лечение, предупреждение осложнений», Воронеж, 2006.
10. Ксембаев С.С., Нестеров О.В. Предраки слизистой оболочки рта, красной каймы губ и кожи лица. – изд. 2-е дополненное. – Казань: Издательство «Отечество», 2011. – 112 с.
11. Ласкарис Д. Лечение заболеваний слизистой оболочки рта: Руководство для врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. С. -118-120, -299.
12. Машкиллейсон А.Л., Расулов М.М. Клиника, диагностика, лечение и профилактика лейкоплакии слизистой оболочки полости рта. /Методические рекомендации Москва, 1978,С. - 3-11. ГЦНБ 01-48793.
13. Машкиллейсон А.Л. Совершенствование лечения лейкоплакий слизистой оболочки рта / Методические рекомендации 1985, М. С. -3-6. ГЦНБ М/10269.
14. Морозова С.И., Савельева Н.А. Заболевания слизистой оболочки рта. /Атлас. Москва-МИА 2012 С. -62-71, -87-95.
15. Островский А.Д. Диссертация «Возможности оптической когерентной томографии в диагностики процесса пара- и гиперкератоза СОПР», 2008г.

16. Поражения слизистой оболочки ротовой полости белого цвета (лейкоплакия, плоский лишай) : учеб.-метод. пособие / Л.Н. Дедова [и др.]. – Минск: БГМУ, 2010. – 43с.
17. Рабинович И.М., Рабинович О.Ф., Островский А.Д., Новые возможности диагностики лейкоплакии слизистой оболочки полости рта. // Стоматология. -2007. – Спецвыпуск. – с. 37-40.
18. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Разживина Н.В., Банченко Г.В. – М., 2008. -14 с.
19. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология / Учебник, - 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ОАО Издательство «Медицина», 2010. – 688с.: ил.
20. Рыбаков А.И., Банченко Г.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта М., «Медицина», 1978, 232 с., ил.
21. Сильвермен С. Заболевания полости рта / Сол Сильвермен, Л. Рой Эверсоул, Эдмонд Л. Трулав ; пер. с англ. – М. : МЕДпресс-информ, 2010. – 472 с. : ил.
22. Стоматологическая документация на специализированном приеме больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта: Методические рекомендации для врачей - стоматологов. – Пермь, 2008. – 18 с. (Гилева О.С., Новиков А.Ю., Белева Н.С. и др.).
23. Фомина Ю.В., Гажва С.И. Оптическая когерентная томография в диагностике заболеваний слизистой оболочке рта / Нижегородский медицинский журнал – приложение «Стоматология». – 2003. – с.122-124.
24. Шебеко Л.В., Н.Э. Кедич Роль врача-стоматолога в профилактике онкологических заболеваний / УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, 2011г.
25. Vanoczy J. Oral leukoplakia. Akademia i Kiado, Budapest, 1982, 231 p

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ)

ЛЕЙКОПЛАКИЯ

Москва 2013

Клинические рекомендации (протокол лечения) при заболевании слизистой оболочки рта «Лейкоплакия» разработаны Федеральным государственным бюджетным учреждением "Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии" Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ "ЦНИИС и ЧЛХ" Минздрава России) (Вагнер В.Д., Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Смирнова Л.Е., Селиверстова Е.А.) и Государственным бюджетным образовательным учреждением «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России) (Кузьмина Э.М., Максимовская Л.Н., Мальный А.Ю., Эктова А.И.).

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Протокол лечения больных при заболевании слизистой оболочки рта «Лейкоплакия» предназначен для применения в системе здравоохранения Российской Федерации.

II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем протоколе использованы ссылки на следующие документы:

- Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).
- Постановление Правительства Российской Федерации «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» от 05.11.97 г. № 1387 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).
- Постановление Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» от 22 октября 2012 г. № 1074 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, №44, ст.6021).
- Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» от 27 декабря 2011г. №1664н.

· Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» от 7 декабря 2011 г. № 1496н.

III. ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящем протоколе использованы следующие обозначения и сокращения:

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра.

МКБ-С – Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10.

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения.

СОР – Слизистая оболочка рта.

ОКТ – Оптическая когерентная томография.

ФДТ – Фотодинамическая терапия.

IV. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Протокол лечения больных при заболевании слизистой оболочки рта «Лейкоплакия» разработан для решения следующих задач:

— установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных с лейкоплакией;

— унификация разработки базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным с лейкоплакией;

— обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинской организации.

В настоящем документе используется шкала убедительности доказательств данных:

А) Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению.

В) Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение.

С) Достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

Д) Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения в определенных условиях данного лекарственного средства, метода, технологии.

Е) Веские отрицательные доказательства: имеются достаточно убедительные доказательства того, чтобы исключить лекарственное средство, метод, технологию из рекомендаций.

V. ВЕДЕНИЕ ПРОТОКОЛА

Ведение Протокола при заболевании слизистой оболочки рта «Лейкедема» осуществляется ФГБУ "ЦНИИС и ЧЛХ" Минздрава России и ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России. Система ведения предусматривает взаимодействие ФГБУ "ЦНИИС и ЧЛХ" Минздрава России и ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России со всеми заинтересованными организациями.

VI. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

В общей структуре оказания медицинской помощи больным в стоматологических медицинских организациях лейкоплакия встречается в возрастной группе пациентов от 30 до 70 лет, преимущественно у мужчин (4,3% по сравнению с 1,9% у женщин). На 100% случаев обращающихся с лейкоплакией рта приходится 5,6% предраковых состояний и 4,87% случаев раннего рака. Это пациенты с веррукозной и эрозивно-язвенной формой лейкоплакии, у которых состояние предрака может трансформироваться в инвазивный плоскоклеточный рак. Начинаясь или прогрессирующая карцинома слизистой оболочки рта из-за усиленного ороговения может имитировать лейкоплакию. Поэтому любой случай лейкоплакии, который не поддается четкому определению и не является однозначно доброкачественным требует гистологического и других исследований, чтобы вовремя диагностировать предраковое состояние или рак.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Лейкоплакия – заболевание слизистой оболочки рта (СОР), в основе которого лежит хроническое воспаление, сопровождающееся нарушением ороговения, включая гиперкератоз и паракератоз.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Причина развития лейкоплакии окончательно не установлена. Основными предрасполагающими и отягощающими течение данного заболевания факторами являются курение, злоупотребление алкоголем, вирус папилломы человека (ВПЧ), *Candida albicans*, а также другие факторы: механическая травма СОР, губ; острые края кариозных зубов, нависающие края пломб; патологический прикус; некачественно изготовленные протезы; гальванизм; чрезмерное употребление острой, горячей пищи. При локализации лейкоплакии на красной кайме губ важное значение в ее возникновении имеют хроническая травма мундштуком курительной трубки, сигары, систематическое прижигание красной каймы при «докурировании» сигареты, а также неблагоприятные метеорологические условия. Отмечено возникновение лейкоплакии у лиц, имеющих профессиональную вредность (электрики, шахтеры, нефтяники и др.). Важная роль в возникновении и развитии лейкоплакии принадлежит заболеваниям желудочно-кишечного тракта, которые ослабляют

резистентность СОР к внешним раздражителям и могут привести к нарушению усвоения витамина А, регулирующего процессы кератинизации. Сахарный диабет, нарушение обмена холестерина, наследственная предрасположенность к возникновению нарушений ороговения, также могут играть роль в патогенезе лейкоплакии.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЛЕЙКОПЛАКИИ

Клиническая картина и прогноз лейкоплакии во многом определяется локализацией. Частая локализация: углы рта, щеки, язык, губы, слизистая оболочка твердого и мягкого неба, дно рта.

Как правило, лейкоплакия начинается с помутнения СОР. Его очаги типичны для курильщиков (лейкоплакия курильщиков Таппейнера). Наиболее часто встречается простая или плоская лейкоплакия. Эта форма, как правило, не вызывает субъективных ощущений и обычно обнаруживается при осмотре. Простая лейкоплакия при благоприятных обстоятельствах может длительно не прогрессировать.

Основным признаком веррукозной лейкоплакии является выраженное ороговение с возвышением над уровнем окружающей СОР, в связи с этим появляется чувство шероховатости и стянутости, больные жалуются на жжение во рту и боль при приеме пищи, особенно острой.

Эрозивно-язвенная форма лейкоплакии является обычно осложнением простой или веррукозной лейкоплакии. Появляются жалобы на боль, усиливающуюся от действия всех видов раздражителей. На фоне очагов простой или веррукозной лейкоплакии возникают одиночные эрозии, язвы, которые плохо эпителизируются и часто рецидивируют. Эрозивно-язвенная форма подвергается малигнизации в 21, 4% случаев. Наиболее опасные в плане озлокачествления зоны СОР: подъязычная область, боковая поверхность языка, мягкое небо.

Кандидозная лейкоплакия (*candidal leukoplakia*) включает лейкоплакию с присоединением или длительным существованием хронической кандидозной инфекции. Инфекции, вызванная *Candida albicans*, способствует развитию диспластических изменений в эпителии. Примерно в 10-40% случаев происходит малигнизация, что выше, чем при других формах идиопатической лейкоплакии.

Волосатая лейкоплакия – предраковое диспластическое заболевание, вызываемое вирусом Эпштейн-Барра у лиц, с выраженным нарушением иммунной системы, у больных ВИЧ - инфекцией и СПИДом, у больных на фоне приема иммуносупрессивных препаратов при пересадке органов. Представляет собой возвышающиеся участки серовато-белого цвета размером до 2-3 см. Границы очага поражения четкие, поверхность шероховатая, неровная, ворсинчатая. Излюбленная локализация – боковая поверхность языка.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ по МКБ-С:

КЛАСС XI: БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

K13.2 ЛЕЙКОПЛАКИЯ И ДРУГИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭПИТЕЛИЯ ПОЛОСТИ РТА,

ВКЛЮЧАЯ ЯЗЫК

К13.20 Лейкоплакия идиопатическая;

К13.21 Лейкоплакия, связанная с употреблением табака;

К13.24 Небо курильщика [никотиновый лейкокератоз неба] [никотиновый стоматит];

К13.3 ВОЛОСАТАЯ ЛЕЙКОПЛАКИЯ

КЛАСС I: НЕКОТОРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

В37.0 КАНДИДОЗНЫЙ СТОМАТИТ

В37.02 Кандидозная лейкоплакия.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ЛЕЙКОПЛАКИИ.

Диагностика лейкоплакии проводится путем сбора анамнеза, клинического осмотра, проведения дополнительных методов обследования; направлена на определение состояния тканей СОР и показаний к лечению, а также на выявление в анамнезе факторов, способствующих ухудшению состояния и препятствующих немедленному началу лечения. Такими факторами могут быть:

- непереносимость лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
- неадекватное психо-эмоциональное состояние пациента перед лечением;
- угрожающее жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения и т.п), развившееся менее чем за 6 месяцев до момента обращения за стоматологической помощью;
- отказ от лечения.

В зависимости от поставленного диагноза составляют комплексный план лечения заболевания. Клиническая картина лейкоплакии находится в зависимости от ее формы. Зачастую проведение более тщательной диагностики требует привлечения специалистов общего лечебного профиля.

Для диагностики используют дополнительные методы исследования.

Люминесцентное исследование — метод наблюдения вторичного свечения тканей при облучении ультрафиолетом с длиной волны 365 нм с помощью фотодиагностоскопа. В зависимости от вида и степени поражения наблюдают различной окраски и интенсивности цветные картины на слизистой оболочке. Это позволяет получать более детальную

информацию об очаге поражения, особенно при различных кератозах. Здоровая СОР отвечает бледным синевато-фиолетовым цветом.

Морфологическое исследование может быть проведено двумя методами - цитологическим и гистологическим.

ОКТ (оптическая когерентная томография) - метод локации микронеоднородностей сильно рассеивающих сред. Данная методика позволяет дифференцировать ороговевшую и неороговевшую слизистую оболочку, различать поверхностные (сосочки) и подповерхностные (кровеносные сосуды, железы) структуры слизистой оболочки рта; устанавливать структурные нарушения в результате развития патологии.

Электронно-микроскопическое исследование – метод морфологического исследования объектов с помощью потока электронов, позволяющих изучить структуру этих объектов на микромолекулярном и субклеточном уровнях.

Микробиологическое исследование – это метод исследования, позволяющий определить количественное и качественное содержимое микроорганизмов на слизистой оболочке рта, в слюне и соскобе.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЛЕЙКОПЛАКИИ

Принципы лечения больных с лейкоплакией рта и красной каймы губ предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- предупреждение травмирования красной каймы губ и СОР, вызванного дефектами в зубных рядах, острыми краями разрушенных зубов и зубными протезами, курением, а также защита от действия неблагоприятных метеорологических факторов;
- устранение или уменьшение очага лейкоплакии;
- повышение общей резистентности организма;
- повышение качества жизни пациента;
- проведение профилактических осмотров населения с целью санации и проведение индивидуальной санитарно-просветительной работы;
- обязательное диспансерное наблюдение за больными лейкоплакией у врача-стоматолога 2-3 раза в год с оценкой состояния зубо - челюстной системы и зубных протезов при их наличии;
- при подозрении на наличие соматических заболеваний консультация и/или лечение у специалистов соответствующего профиля.

Лечение лейкоплакии включает:

- составление плана лечения, учитывая модель пациента, размер и локализацию лейкоплакии;
- обучение пациентов гигиене, тщательному уходу за ртом и мотивация к отказу от вредных привычек, особенно важен отказ от курения;
- санацию рта;
- терапевтическое лечение с использованием лекарственных средств;
- хирургическое лечение по потребности;
- физиотерапевтические процедуры по потребности.

При лечении лейкоплакии применяются только те лекарственные средства, которые разрешены к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЛЕЙКОПЛАКИЕЙ

Лечение пациентов с лейкоплакией проводится в стоматологических медицинских организациях в амбулаторно-поликлинических условиях, стоматологических кабинетах, оснащенных в соответствии с приложением 1.

Оказание помощи больным с лейкоплакией осуществляется в основном врачами-стоматологами общей практики, врачами-стоматологами-терапевтами, врачами-стоматологами-хирургами, врачами-стоматологами-ортопедами, зубными врачами, врачами – физиотерапевтами, а также другими специалистами по показанию. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал.

VII. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ ПРОТОКОЛА

7.1. Модель пациента

Нозологическая форма: лейкоплакия идиопатическая

Стадия: плоская

Фаза: стабильное течение

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-С: K13.20

7.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

1. Основной морфологический элемент - бляшка серовато-белого цвета, с четкими краями,

перламутровым блеском, на видимо не измененной СОР, которая представляет собой неравномерное помутнение эпителия.

2. Не выступает над уровнем окружающих участков СОР.
3. Не снимается при поскабливании.
4. Слизистая оболочка на участках поражения берется в складку.
5. Гистологически - явления гиперкератоза, слабо выраженного акантоза.
6. При люминесцентном исследовании голубое свечение участка поражения.
7. При ОКТ – исследовании изображение слоистое, дифференцируются два горизонтально ориентированных слоя.
8. Может существовать годами.

7.1.2. Порядок включения пациента в протокол

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.1.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничение подвижности нижней челюсти	По потребности
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	По потребности
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	По потребности
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности	По потребности

	зубов	
A08.07.002	Гистологическое исследование препарата тканей рта	По потребности
A11.07.001	Биопсия слизистой оболочки рта	По потребности
A08.07.001	Цитологическое исследование препарата тканей рта	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	1
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности
V01.008.001	Прием (осмотр, консультация) врача -дерматовенеролога первичный	По потребности
V01.033.001	Прием (осмотр, консультация) врача -профпатолога первичный	По потребности
V01.047.01	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	По потребности
V01.058.001	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	По потребности
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности
V01.066.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-ортопеда первичный	По потребности
V04.004.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога	По потребности
V01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	По потребности
V04.023.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога	По потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.1.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза жизни выясняют профессию пациента, профессиональные вредности, вредные привычки, характер питания, аллергологический анамнез, наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания. Отмечают наличие у пациентов соматических

заболеваний.

При сборе анамнеза заболевания уточняют, когда появились первые симптомы, лечился ли ранее (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение).

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре оценивают конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Проводится пальпация лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного или онкологического процесса.

После внешнего осмотра приступают к осмотру рта. Детально обследуют СОР по схеме, предложенной ВОЗ в 1997 году (приложение 2), выявляют элементы поражения СОР (приложение 3). Результаты обследования могут быть отражены на схеме - топограмме (приложение 4).

Далее приступают к осмотру зубов, зубных рядов, определению прикуса, выявляют аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем. Обследованию подлежат все зубы. Начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами. Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании. Тщательно обследуют апроксимальные поверхности зубов.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта с заполнением пародонтограммы (приложение 5).

При оценке уровня гигиены рта учитывают: когда и сколько раз чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет, использует ли межзубные средства гигиены. Контроль качества чистки зубов проводят с помощью индексов гигиены (индекс Greene- Vermillion, индекс Silness- Loe). Индексы гигиены рта определяют до лечения и с целью контроля после обучения гигиене рта. Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтального индекса Muhlemann (приложение 6).

Из дополнительных методов обследования используют гистологическое, люминесцентное исследование, ОКТ пораженной области (приложение 7).

Люминесцентное исследование - голубое свечение участка поражения.

Гистологическое исследование - явления паракератоза и гиперкератоза, слабо выраженный акантоз.

ОКТ - изображение слоистое, дифференцируются два горизонтально ориентированных слоя. Нижний слой ярче верхнего; граница между слоями контрастная, ровная и непрерывная; верхняя граница изображения ровная; верхний слой неоднородный, соответствует многослойному плоскому эпителию; яркость выше, чем в норме, поверхность особенно яркая; высота увеличена по сравнению с нормой; нижний слой неоднородный, высокой яркости, соответствует соединительно-тканной строме; глубина информативного изображения в большинстве областей более 1,5 мм.

7.1.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

V01.003.004.002	Проводниковая анестезия	По потребности
V01.003.004.004	Аппликационная анестезия	По потребности
V01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	По потребности
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта	По потребности
A16.07.051	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	По потребности
A16.07.025	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	По потребности
A16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами)	По потребности
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых зубных отложений	По потребности
A16.07.053	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	Согласно алгоритму
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях рта и зубов	1
A22.30.013	Лазерная хирургия при новообразованиях мягких тканей	По потребности
A22.08.012	Фотодинамическая терапия при злокачественных новообразованиях рта	По потребности
A16.01.031.006	Иссечение новообразований мягких тканей под местной анестезией	По потребности
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	По потребности
A22.07.003	Лазерная физиотерапия челюстно-лицевой области	По потребности

A24.01.004	Криодеструкция	По потребности
B01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	По потребности
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности
B01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	По потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.1.6.1. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на устранение этиологических факторов болезней СОР: обучение пациентов гигиене рта, проведение контролируемой чистки зубов, санация рта с проведением профессиональной гигиены (приложение 9), удаление зубного камня, шлифование острых краев зубов, замена металлических пломб и протезов из разнородных металлов, ортопедической коррекции, включающей рациональное протезирование (временные коронки из гипоаллергенного материала с учетом аллергологического статуса пациента, беспаячные, цельнолитые конструкции протезов, использование благородных металлов, съемные пластиночные протезы из бесцветной пластмассы и др.). При изготовлении съемных пластиночных протезов следует обращать внимание на правильность изготовления кламмеров, чтобы они не травмировали очаг лейкоплакии. Зубные протезы у таких больных должны быть тщательно отполированы. Необходимо удалять зубной налет, над- и поддесневой зубной камень. Очень важно своевременно выявить и устранить гальваноз рта, обусловленный пломбами из амальгамы или разнородными металлами зубных протезов.

7.1.6.2. Физиотерапевтическое лечение

Физиотерапевтическим местным лечением данного состояния также является методика, заключающаяся в устранении участков гиперкератоза (диатермокоагуляция, криодеструкция). Методика проведения диатермокоагуляции прерывистая до полной коагуляции участков гиперкератоза. Заживление происходит за 5-10 дней.

Криодеструкция в настоящее время широко применяется в комплексном лечении предраковых заболеваний. Противопоказаний для ее использования практически нет. У больных с тяжелыми соматическими и системными заболеваниями криодеструкция является методом выбора. При проведении криодеструкции с целью последующего замещения зоны некроза рубцовой тканью, применяют контактное замораживание в пределах собственно СОР, где оперативное вмешательство затруднено. Оптимальная температура 160-190°С, в течение 1,0-1,5 мин. Оттаивание происходит в течение 2-3 мин., заживление 6-10 дней.

ФДТ – один из современных методов лечения плоской лейкоплакии, который заключается в аппликации фотосенсибилизатора на очаг поражения. При его облучении светом определенной длиной волны, соответствующей пику поглощения красителем, на молекулах

красителя концентрируется энергия, при высвобождении которой молекулярный кислород окружающей среды переходит в более активные короткоживущие формы, в том числе синглетный кислород, разрушающий бактериальную клетку.

7.1.6.3. Хирургическое лечение

Методом хирургического лечения очага поражения данного заболевания, получившим широкое применение в стоматологической практике при заболеваниях СОР является иссечение.

Наиболее современным и используемым методом хирургического лечения лейкоплакии является лазерная абляция. Это метод удаления вещества с поверхности лазерным импульсом. При низкой мощности лазера вещество испаряется или сублимируется в виде свободных молекул, атомов и ионов, то есть над облучаемой поверхностью образуется слабая плазма, обычно в данном случае тёмная, не светящаяся.

7.1.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Витаминотерапия (Витамины А, Е)	1
Гипосенсибилизирующая терапия	По потребности
Кератопластические средства	1
Антисептические средства	1
Обезболивающие средства	По потребности
Иммуномодуляторы	По потребности

7.1.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Необходим тщательный уход за слизистыми оболочками: полоскание рта растворами антисептиков, отварами цветков ромашки, липового цвета. Назначают внутрь ретинол, токоферола ацетат (масляные растворы их перед глотанием задерживают на некоторое время во рту), витамины группы В (рибофлавин и др.), внутрь по 0,25 г 2 раза в день (3—4 нед.); общеукрепляющие средства, биогенные стимуляторы.

Местно назначают кератопластические средства, витамины, препараты, улучшающие трофику тканей.

При необходимости используют обезболивающие, гипосенсибилизирующие препараты, микроэлементы.

Прижигающие средства использовать категорически нельзя, так как они раздражают СОР и способствуют переходу болезни в злокачественную форму.

7.1.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Специальных требований нет.

После проведения лечения необходимо проводить мероприятия по профилактике воспалительных заболеваний СОР не реже 2 раз в год.

7.1.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.1.11. Требования к диетическим назначениям

Необходимо ограничение употребления острой, горячей, кислой, соленой, пряной пищи. Больным лейкоплакией рекомендуется употреблять в пищу продукты, богатые витамином А, В, С, микроэлементами.

7.1.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Протокола (приложение 10).

7.1.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи (приложение 11).

7.1.14. Правила изменения требований при выполнении Протокола и прекращение действия требований Протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в протокол ведения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками лейкоплакии, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела протокола лечения больных, соответствующего ведению «лейкоплакия»;
- б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

7.1.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Стабилизация	15%	Отсутствие отрицательной динамики	После лечения	Профилактический осмотр не реже 2 раз в год
Компенсация	60%	Восстановление	После лечения	Динамическое

		внешнего вида СОР		наблюдение
Развитие ятрогенных осложнений	20%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	5%	Переход в эрозивно-язвенную форму	Через 6 мес после окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.1.16. Стоимостные характеристики Протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.2. Модель пациента

Нозологическая форма: лейкоплакия идиопатическая

Стадия: веррукозная бляшечная

Фаза: стабильное течение

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-С: K13.20

7.2.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

1. Основной морфологический элемент бляшка, перламутрово-белого или мелоподобного цвета с четкими зубчатыми или размытыми границами.
2. Элемент незначительно возвышается над уровнем СОР.
3. Наиболее частая локализация - слизистая оболочка языка, углы рта, эпителий альвеолярного отростка.
4. Имеет шероховатую поверхность, напоминающую оmozоленность.
5. Гистологически определяется мощный гиперкератоз, редко сочетающийся с паракератозом, гранулез, минимальный акантоз и небольшая инфильтрация стромы.
6. При люминесцентном исследовании мало интенсивное свечение с желтоватым оттенком с

переходом в фиолетовый.

7. При ОКТ – исследовании (оптическая когерентная томография) изображение слоистое, визуализируются три горизонтально ориентированных слоя.

7.2.2. Порядок включения пациента в протокол

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.2.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	По потребности
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничение подвижности нижней челюсти	По потребности
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	По потребности
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	По потребности
A03.07.001	Люминесцентная стоматоскопия	По потребности
A08.07.002	Гистологическое исследование препарата тканей рта	1
A11.07.001	Биопсия слизистой оболочки рта	1
A08.07.001	Цитологическое исследование препарата тканей рта	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	1
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности
A26.06.048	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	По потребности
В01.008.001	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	По потребности

В01.033.001	Прием (осмотр, консультация) врача-профпатолога первичный	По потребности
В01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности
В01.058.001	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	По потребности
В01.066.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-ортопеда первичный	По потребности
В01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	По потребности
В04.004.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача - гастроэнтеролога	По потребности

**«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)*

7.2.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза жизни выясняют профессию пациента, профессиональные вредности, вредные привычки, характер питания, аллергологический анамнез, наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания. Отмечают наличие у пациентов соматических заболеваний.

При сборе анамнеза заболевания уточняют, когда появились первые симптомы, лечился ли ранее (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение).

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре оценивают конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Проводится пальпация лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально,

сравнивая правую и левую половины лица и шеи. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного или онкологического процесса.

После внешнего осмотра приступают к осмотру рта. Детально обследуют СОР по схеме, предложенной ВОЗ в 1997 году (приложение 2), выявляют элементы поражения СОР (приложение 3). Результаты обследования могут быть отражены на схеме - топограмме (приложение 4).

Далее приступают к осмотру зубов, зубных рядов, определению прикуса, выявляют аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем. Обследованию подлежат все зубы. Начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами. Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании. Тщательно обследуют апроксимальные поверхности зубов.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта с заполнением пародонтограммы (приложение 5).

При оценке уровня гигиены рта учитывают: когда и сколько раз чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет, использует ли межзубные средства гигиены. Контроль качества чистки зубов проводят с помощью индексов гигиены (индекс Greene- Vermillion, индекс Silness- Loe). Индексы гигиены рта определяют до лечения и с целью контроля после обучения гигиене рта. Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтального индекса Muhlemann (приложение 6).

Из дополнительных методов обследования используют гистологическое, люминисцентное исследование, ОКТ пораженной области (приложение 7).

Люминисцентное исследование — свечение с желтоватым оттенком с переходом в фиолетовый.

Гистологическое исследование – мощный гиперкератоз, редко сочетающийся с паракератозом, гранулез, минимальный акантоз и небольшая инфильтрация стромы.

ОКТ - метод изображения слоистое, дифференцируются три горизонтально ориентированных слоя.

7.2.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

В01.003.004.002	Проводниковая анестезия	По потребности
В01.003.004.004	Аппликационная анестезия	По потребности

V01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	По потребности
A16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами)	По потребности
A16.07.025	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	По потребности
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта	По потребности
A16.07.051	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	По потребности
A16.07.053	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	По потребности
A16.07.025	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	Согласно алгоритму
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях рта и зубов	1
A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях рта и зубов	1
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	По потребности
A22.07.003	Лазерная физиотерапия челюстно-лицевой области	По потребности
A16.01.031.006	Иссечение новообразований мягких тканей под местной анестезией	По потребности
A24.01.004	Криодеструкция	По потребности
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности
V01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	По потребности
V01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	По потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.2.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на устранение этиологических факторов болезней СОР: обучение пациентов гигиене рта, проведение контролируемой чистки зубов, санация рта с проведением профессиональной гигиены (приложение 9), удаление зубного камня, шлифование острых краев зубов, замена металлических пломб и протезов из разнородных металлов, ортопедической коррекции, включающей рациональное

протезирование (временные коронки из гипоаллергенного материала с учетом аллергологического статуса пациента, безопасные, цельнолитые конструкции протезов, использование благородных металлов, съемные пластиночные протезы из бесцветной пластмассы и др.). При изготовлении съемных пластиночных протезов следует обращать внимание на правильность изготовления кламмеров, чтобы они не травмировали очаг лейкоплакии. Зубные протезы у таких больных должны быть тщательно отполированы. Необходимо удалять зубной налет, над- и поддесневой зубной камень. Очень важно своевременно выявить и устранить гальваноз рта, обусловленный пломбами из амальгамы или разнородными металлами зубных протезов.

7.2.6.1. Физиотерапевтическое лечение

Физиотерапевтическим местным лечением данного состояния также является методика, заключающаяся в устранении участков гиперкератоза (диатермокоагуляция, криодеструкция). Методика проведения диатермокоагуляции прерывистая до полной коагуляции участков гиперкератоза. Заживление происходит за 5-10 дней.

Криодеструкция в настоящее время широко применяется в комплексном лечении предраковых заболеваний. Противопоказаний для ее использования практически нет. У больных с тяжелыми соматическими и системными заболеваниями криодеструкция является методом выбора. При проведении криодеструкции с целью последующего замещения зоны некроза рубцовой тканью, применяют контактное замораживание в пределах собственно СОР, где оперативное вмешательство затруднено. Оптимальная температура 160-190°C, в течение 1,0-1,5 мин. Оттаивание происходит в течение 2-3 мин., заживление 6-10 дней.

ФДТ – один из современных методов лечения лейкоплакии, который заключается в аппликации фотосенсибилизатора на очаг поражения. При его облучении светом определенной длины волны, соответствующей пику поглощения красителем, на молекулах красителя концентрируется энергия, при высвобождении которой молекулярный кислород окружающей среды переходит в более активные короткоживущие формы, в том числе синглетный кислород, разрушающий бактериальную клетку.

7.2.6.2. Хирургическое лечение

Методом хирургического лечения очага поражения данного заболевания, получившим широкое применение в стоматологической практике при заболеваниях СОР иссечение.

Наиболее современным и используемым методом хирургического лечения данной формы лейкоплакии, практически вытеснив метод электрокоагуляции, является лазерная абляция. При лазерном воздействии в тканях возникают изменения, подобные электрокоагуляционному некрозу. Это метод удаления вещества с поверхности лазерным импульсом. При низкой мощности лазера вещество испаряется или сублимируется в виде свободных молекул, атомов и ионов, то есть над облучаемой поверхностью образуется слабая плазма, обычно в данном случае темная, не светящаяся.

Большая плотность излучения, строгая направленность, возможность фокусировки пучка

позволяют использовать лазеры (оптические квантовые генераторы) для хирургического лечения предракового состояния.

7.2.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Витаминотерапия (Витамины А, Е)	1
Гипосенсибилизирующая терапия	По потребности
Кератопластические средства	По потребности
Антисептические средства	1
Иммуномодуляторы	По потребности
Обезболивающие средства	По потребности

7.2.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Необходим тщательный уход за слизистыми оболочками: полоскание рта растворами антисептиков, отварами цветков ромашки, липового цвета. Назначают внутрь ретинол, токоферола ацетат (масляные растворы их перед глотанием задерживают на некоторое время во рту), витамины группы В (рибофлавин и др.), внутрь по 0,25 г 2 раза в день (3—4 нед.); общеукрепляющие средства, биогенные стимуляторы.

Местно назначают кератопластические средства, витамины, препараты, улучшающие трофику тканей.

При необходимости используют обезболивающие, гипосенсибилизирующие препараты, микроэлементы.

Прижигающие средства использовать категорически нельзя, так как они раздражают СОР и способствуют переходу болезни в злокачественную форму.

7.2.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Специальных требований нет.

После проведения лечения необходимо проводить мероприятия по профилактике воспалительных заболеваний СОР не реже 2 раз в год.

7.2.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.2.11. Требования к диетическим назначениям

Необходимо ограничение употребления острой, горячей, кислой, соленой, пряной пищи. Больным лейкоплакией рекомендуется употреблять в пищу продукты, богатые витамином А, В, С, микроэлементами.

7.2.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Протокола (приложение 10).

7.2.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи (приложение 11).

7.2.14. Правила изменения требований при выполнении Протокола и прекращение действия требований Протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в протокол лечения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками лейкоплакии, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела протокола лечения больных, соответствующего ведению «лейкоплакия»;
- б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

7.2.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Часто-та разви-тия %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Стабилиза-ция	35%	Отсутствие отрицательной динамики	После лечения	Профилактиче-ский осмотр не реже 2 раз в год
Компенса-ция	15%	Восстановление внешнего вида СОР	После лечения	Динамическое наблюдение
Развитие ятрогенных осложнений	20%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	30%	Переход в эрозивно-язвенную форму	Через 6 мес после окон-чания лечения при отсутствии динамического	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего

7.2.16. Стоимостные характеристики Протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.3. Модель пациента

Нозологическая форма: лейкоплакия идиопатическая

Стадия: веррукозная бородавчатая

Фаза: стабильное течение

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-С: K13.20

7.3.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

1. Основной морфологический элемент множественные сгруппированные бляшки. Очаг поражения в виде плотных бугристых образований или бородавчатых разрастаний (вследствие папилломатозно-экзофитной или папилломатозно-эндофитной формы роста) типа бородавки, с широким основанием, безболезненных, не спаянных с подлежащей слизистой оболочкой. 2. Элемент резко возвышается над уровнем нормальной СОР.

3. Поверхность шершавая на ощупь.

4. При люминисцентном исследовании - фиолетовое свечение участка поражения.

5. Гистологически обнаруживается гиперкератоз или перемежающийся тип ороговения, мощный акантоз с удлинением и утолщением эпителиальных отростков, иногда с явлениями дискомплексации клеток.

6. При иммунно-гистохимическом исследовании могут выявляться клетки с повышенной митотической активностью, свидетельствующие о возможной малигнизации.

7. Электронно-микроскопическое исследование указывает на истончение базальной мембраны и признаки значительного омоложения клеток шиповатого и базального слоев эпителиального пласта.

8. Наиболее частая локализация: слизистая оболочка щек по линии смыкания зубов, углы рта.

9. Склонность к рецидивам.

7.3.2. Порядок включения пациента в протокол

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.3.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничение подвижности нижней челюсти	По потребности
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	По потребности
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	По потребности
A02.07.006	Определение прикуса	1
A08.07.002	Гистологическое исследование препарата тканей рта	1
A08.30.013	Иммуногистохимическое исследование материала	По потребности
A09.07.001	Цитологическое исследование отделяемого полости рта	По потребности
A11.07.001	Биопсия слизистой оболочки рта	1
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	1
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности
A26.06.048	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	1
V03.027.003	Комплекс исследований для диагностики злокачественных новообразований органов рта и ротоглотки	По потребности
V01.008.001	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	По потребности
V01.027.001	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный	По потребности
V01.033.001	Прием (осмотр, консультация) врача-профпатолога	По потребности

	первичный	
В01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности
В01.058.001	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	По потребности
В01.066.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-ортопеда первичный	По потребности
В01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	По потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.3.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза жизни выясняют профессию пациента, профессиональные вредности, вредные привычки, характер питания, аллергологический анамнез, наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания. Отмечают наличие у пациентов соматических заболеваний.

При сборе анамнеза заболевания уточняют, когда появились первые симптомы, лечился ли ранее (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение).

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре оценивают конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Проводится пальпация лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного или онкологического процесса.

После внешнего осмотра приступают к осмотру рта. Детально обследуют СОР по схеме, предложенной ВОЗ в 1997 году (приложение 2), выявляют элементы поражения СОР (приложение 3). Результаты обследования могут быть отражены на схеме - топограмме (приложение 4).

Далее приступают к осмотру зубов, зубных рядов, определению прикуса, выявляют аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем. Обследованию подлежат все зубы. Начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами. Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании. Тщательно обследуют апроксимальные поверхности зубов.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта с заполнением пародонтограммы (приложение 5).

При оценке уровня гигиены рта учитывают: когда и сколько раз чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет, использует ли межзубные средства гигиены. Контроль качества чистки зубов проводят с помощью индексов гигиены (индекс Greene- Vermillion, индекс Silness- Loe). Индексы гигиены рта определяют до лечения и с целью контроля после обучения гигиене рта. Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтального индекса Muhlemann (приложение 6).

Из дополнительных методов обследования используют люминисцентное, гистологическое, иммуногистохимическое, электронно-микроскопическое исследование, ОКТ пораженной области (приложение 7).

Люминисцентное исследование — фиолетовое свечение участка поражения.

Гистологическое исследование - паракератоз или перемежающийся тип ороговения, мощный акантоз с удлинением и утолщением эпителиальных отростков, тяжи могут прорастать в подлежащую соединительную ткань.

Признаки дисплазии отсутствуют.

Иммуногистохимическое исследование – могут выявляться клетки с повышенной митотической активностью, свидетельствующие о возможной малигнизации.

Электронно-микроскопическое исследование – истончение базальной мембраны и признаки значительного омоложения клеток шиповатого и базального слоев эпителиального пласта.

7.3.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

V01.003.004.002	Проводниковая анестезия	По потребности
V01.003.004.004	Аппликационная анестезия	По потребности
V01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	По потребности
A16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами)	По потребности
A16.07.025	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	По потребности
A13.30.007	Обучение гигиене рта	По потребности
A16.07.051	Профессиональная гигиена рта и зубов	1
A16.07.053	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	По потребности
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых зубных отложений	1
A22.30.013	Лазерная хирургия при новообразованиях мягких тканей	По потребности
A22.08.012	Фотодинамическая терапия при злокачественных новообразованиях рта	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	Согласно алгоритму
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях рта и зубов	1
A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях рта и зубов	1
A16.01.031.006	Иссечение новообразований мягких тканей под местной анестезией	По потребности
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	По потребности
A22.07.003	Лазерная физиотерапия челюстно-лицевой области	По потребности
A24.01.004	Криодеструкция	По потребности
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности
V01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	По потребности
V01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	По потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.3.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на устранение этиологических факторов болезней СОР: обучение пациентов гигиене рта, проведение контролируемой чистки зубов, санация рта с проведением профессиональной гигиены (приложение 9), с целью удаления зубного камня, шлифование острых краев зубов, замена металлических пломб и протезов из разнородных металлов, ортопедической коррекции, включающей рациональное протезирование (временные коронки из гипоаллергенного материала с учетом аллергологического статуса пациента, беспаячные, цельнолитые конструкции протезов, использование благородных металлов, съемные пластиночные протезы из бесцветной пластмассы и др.). При изготовлении съемных пластиночных протезов следует обращать внимание на правильность изготовления кламмеров, чтобы они не травмировали очаг лейкоплакии. Зубные протезы у таких больных должны быть тщательно отполированы. Необходимо систематически удалять зубной налет, над- и поддесневой зубной камень. Очень важно своевременно выявить и устранить гальваноз рта, обусловленный пломбами из амальгамы или разнородными металлами зубных протезов.

7.3.6.1. Физиотерапевтическое лечение

ФДТ – один из современных методов лечения лейкоплакии, который заключается в аппликации фотосенсибилизатора на очаг поражения. При его облучении светом определенной длины волны, соответствующей пику поглощения красителем, на молекулах красителя концентрируется энергия, при высвобождении которой молекулярный кислород окружающей среды переходит в более активные короткоживущие формы, в том числе синглетный кислород, разрушающий бактериальную клетку.

Физиотерапевтическим местным лечением данного состояния также является методика, заключающаяся в устранении участков гиперкератоза (диатермокоагуляция, криодеструкция). Методика проведения диатермокоагуляции прерывистая до полной коагуляции участков гиперкератоза. Заживление происходит за 5-10 дней.

Криодеструкция в настоящее время широко применяется в комплексном лечении предраковых заболеваний. Противопоказаний для ее использования практически нет. У больных с тяжелыми соматическими и системными заболеваниями криодеструкция является методом выбора. При проведении криодеструкции с целью последующего замещения зоны некроза рубцовой тканью, применяют контактное замораживание в пределах собственно СОР, где оперативное вмешательство затруднено. Оптимальная температура 160-190°C, в течение 1,0-1,5 мин. Оттаивание происходит в течение 2-3 мин., заживление 6-10 дней.

7.3.6.2. Хирургическое лечение

Методом хирургического лечения данного заболевания, получившим широкое применение в стоматологической практике при заболеваниях СОР является иссечение.

Наиболее современным и используемым методом хирургического лечения данной лейкоплакии, практически вытеснив метод электрокоагуляции, является лазерная абляция. При лазерном воздействии в тканях возникают изменения, подобные электрокоагуляционному некрозу. Это метод удаления вещества с поверхности лазерным

импульсом. При низкой мощности лазера вещество испаряется или сублимируется в виде свободных молекул, атомов и ионов, то есть над облучаемой поверхностью образуется слабая плазма, обычно в данном случае тёмная, не светящаяся.

Большая плотность излучения, строгая направленность, возможность фокусировки пучка позволяют использовать лазеры (оптические квантовые генераторы) для хирургического лечения предракового состояния.

7.3.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Витаминотерапия (Витамины А, Е)	1
Гипосенсибилизирующая терапия	По потребности
Кератопластические средства	1
Антисептические средства	1
Иммуномодуляторы	По потребности
Обезболивающие средства	По потребности

7.3.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Необходим тщательный уход за слизистыми оболочками: полоскание рта растворами антисептиков, отварами цветков ромашки, липового цвета. Назначают внутрь ретинол, токоферола ацетат (масляные растворы их перед глотанием задерживают на некоторое время во рту), витамины группы В (рибофлавин и др.), внутрь по 0,25 г 2 раза в день (3—4 нед.); общеукрепляющие средства, биогенные стимуляторы.

Местно назначают кератопластические средства, витамины, препараты, улучшающие трофику тканей.

При необходимости используют обезболивающие, гипосенсибилизирующие препараты, микроэлементы.

Прижигающие средства использовать категорически нельзя, так как они раздражают СОР и способствуют переходу болезни в злокачественную форму.

7.3.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Специальных требований нет.

После проведения лечения необходимо проводить мероприятия по профилактике воспалительных заболеваний СОР не реже 2 раз в год.

7.3.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.3.11. Требования к диетическим назначениям

Необходимо ограничение употребления острой, горячей, кислой, соленой, пряной пищи. Больным лейкоплакией рекомендуется употреблять в пищу продукты, богатые витамином А, В, С, микроэлементами.

7.3.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Протокола (приложение 10).

7.3.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи (приложение 11).

7.3.14. Правила изменения требований при выполнении Протокола и прекращение действия требований Протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в протокол лечения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками лейкоплакии, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

а) раздела протокола лечения больных, соответствующего ведению «лейкоплакия»;

б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

7.3.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Часто-та развития %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Стабилизация	35%	Отсутствие отрицательной динамики	После лечения	Профилактический осмотр не реже 2 раз в год
Компенсация	15	Восстановление внешнего вида СОР	После лечения	Динамическое наблюдение
Развитие ятрогенных осложнений	20%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу

		проводимой терапией (например, аллергические реакции)		соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	30%	Переход в эрозивно-язвенную форму	Через 6 мес после окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.3.16. Стоимостные характеристики Протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.4. Модель пациента

Нозологическая форма: лейкоплакия идиопатическая

Стадия: эрозивно-язвенная

Фаза: стабильное течение

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-С: K13.20

7.4.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

1. Жалобы на самопроизвольные боли, усиливающиеся от действия всех видов раздражителей.
2. Наличие эрозии или язвы в очаге поражения, не склонной к заживлению.
3. Поверхность очага шершавая на ощупь.
4. Гистологически - выраженный гиперкератоз и паракератоз, нарушение целостности СОР в виде поражения базальной мембраны, иногда даже с ее прорывом и признаками клеточной воспалительной реакции. Инфильтрация стромы данной формы достигает максимума. Явление дисконфлексации клеток.
5. При люминисцентном исследовании наблюдается коричневое свечение участка поражения.

7.4.2. Порядок включения пациента в протокол

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели

пациента.

7.4.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничение подвижности нижней челюсти	По потребности
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	По потребности
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	По потребности
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	По потребности
A03.07.001	Люминисцентная стоматоскопия	По потребности
A08.07.002	Гистологическое исследование препарата тканей рта	1
A08.30.013	Иммуногистохимическое исследование материала	По потребности
A09.07.001	Цитологическое исследование отделяемого полости рта	По потребности
A11.07.001	Биопсия слизистой оболочки рта	1
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	1
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности
V01.027.001	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный	По потребности
V01.033.001	Прием (осмотр, консультация) врача-профпатолога первичный	По потребности
V01.047.01	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	По потребности
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности
V01.058.001	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	По потребности

В01.066.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-ортопеда первичный	По потребности
В01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	По потребности
В03.027.003	Комплекс исследований для диагностики злокачественных новообразований органов рта и ротоглотки	По потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.4.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений и возможности приступить к лечению.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза жизни выясняют профессию пациента, профессиональные вредности, вредные привычки, характер питания, аллергологический анамнез, наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания. Отмечают наличие у пациентов соматических заболеваний.

При сборе анамнеза заболевания уточняют, когда появились первые симптомы, лечился ли ранее (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение).

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре оценивают конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Проводится пальпация лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного или онкологического процесса.

После внешнего осмотра приступают к осмотру рта. Детально обследуют СОР по схеме, предложенной ВОЗ в 1997 году (приложение 2), выявляют элементы поражения СОР (приложение 3). Результаты обследования могут быть отражены на схеме - топограмме

(приложение 4).

Далее приступают к осмотру зубов, зубных рядов, определению прикуса, выявляют аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем. Обследованию подлежат все зубы. Начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами. Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченной дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании. Тщательно обследуют апроксимальные поверхности зубов.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта с заполнением пародонтограммы (приложение 5).

При оценке уровня гигиены рта учитывают: когда и сколько раз чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет, использует ли межзубные средства гигиены. Контроль качества чистки зубов проводят с помощью индексов гигиены (индекс Greene- Vermillion, индекс Silness- Loe). Индексы гигиены рта определяют до лечения и с целью контроля после обучения гигиене рта. Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтального индекса Muhlemann (приложение 6).

Из дополнительных методов обследования используют люминисцентное, гистологическое, иммуногистохимическое (приложение 7).

Люминисцентное исследование — коричневое свечение участка поражения.

Гистологическое исследование - гиперкератоз и нарушение целостности СОР в виде поражения базальной мембраны, иногда даже с ее прорывом и признаками клеточной воспалительной реакции. Инфильтрация стромы данной формы достигает максимума. Явление дисконфлексии клеток.

Иммуногистохимическое исследование – могут выявляться клетки с повышенной митотической активностью, свидетельствующие о возможной малигнизации.

7.4.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

В01.003.004.002	Проводниковая анестезия	По потребности
В01.003.004.004	Аппликационная анестезия	По потребности
В01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	По потребности
А16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами)	По потребности
А16.07.025	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	По потребности

A16.07.051	Профессиональная гигиена рта и зубов	По потребности
A13.30.007	Обучение гигиене рта	По потребности
A16.07.053	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	По потребности
A22.30.013	Лазерная хирургия при новообразованиях мягких тканей	По потребности
A22.08.012	Фотодинамическая терапия при злокачественных новообразованиях рта	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	Согласно алгоритму
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях рта и зубов	1
A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях рта и зубов	1
A16.01.031.006	Иссечение новообразований мягких тканей под местной анестезией	По потребности
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	По потребности
A22.07.003	Лазерная физиотерапия челюстно-лицевой области	По потребности
A24.01.004	Криодеструкция	По потребности
V01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	По потребности
V01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	По потребности
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.4.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на устранение этиологических факторов болезней СОР: обучение пациентов гигиене рта, проведение контролируемой чистки зубов, санация рта с проведением профессиональной гигиены (приложение 9), с целью удаления зубного камня, шлифование острых краев зубов, замена металлических пломб и протезов из разнородных металлов, ортопедической коррекции, включающей рациональное протезирование (временные коронки из гипоаллергенного материала с учетом аллергологического статуса пациента, безопасные, цельнолитые конструкции протезов, использование благородных металлов, съемные пластиночные протезы из бесцветной пластмассы и др.). При изготовлении съемных пластиночных протезов следует обращать внимание на правильность изготовления кламмеров, чтобы они не травмировали очаг

лейкоплакии. Зубные протезы у таких больных должны быть тщательно отполированы. Необходимо удалять зубной налет, над- и поддесневой зубной камень. Очень важно своевременно выявить и устранить гальваноз рта, обусловленный пломбами из амальгамы или разнородными металлами зубных протезов.

7.4.6.1. Физиотерапевтическое лечение

Физиотерапевтическим местным лечением данного состояния является методика, заключающаяся в устранении участков гиперкератоза (диатермокоагуляция, криодеструкция). Методика проведения диатермокоагуляции прерывистая до полной коагуляции участков гиперкератоза. Заживление происходит за 5-10 дней.

Криодеструкция в настоящее время широко применяется в комплексном лечении предраковых заболеваний. Противопоказаний для ее использования практически нет. У больных с тяжелыми соматическими и системными заболеваниями криодеструкция является методом выбора.

При проведении криодеструкции с целью последующего замещения зоны некроза рубцовой тканью, применяют контактное замораживание в пределах собственно СОР, где оперативное вмешательство затруднено. Оптимальная температура 160-190°С, в течение 1,0-1,5 мин. Оттаивание происходит в течение 2-3 мин., заживление 6-10 дней.

ФДТ – один из современных методов лечения лейкоплакии, который заключается в аппликации фотосенсибилизатора на очаг поражения. При его облучении светом определенной длины волны, соответствующей пику поглощения красителем, на молекулах красителя концентрируется энергия, при высвобождении которой молекулярный кислород окружающей среды переходит в более активные короткоживущие формы, в том числе синглетный кислород, разрушающий бактериальную клетку.

7.4.6.2. Хирургическое лечение

Методом хирургического лечения данного заболевания, получившим широкое применение в стоматологической практике при заболеваниях СОР является иссечение.

Наиболее современным и используемым методом хирургического лечения данной формы лейкоплакии является лазерная абляция. Это метод удаления вещества с поверхности лазерным импульсом. При низкой мощности лазера вещество испаряется или сублимируется в виде свободных молекул, атомов и ионов, то есть над облучаемой поверхностью образуется слабая плазма, обычно в данном случае темная, не светящаяся.

7.4.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Витаминотерапия	1

(Витамины А, Е)	
Гипосенсибилизирующая терапия	По потребности
Кератопластические средства	1
Антисептические средства	1
Иммуномодуляторы	По потребности
Обезболивающие средства	По потребности

7.4.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Необходим тщательный уход за слизистыми оболочками: полоскание рта растворами антисептиков, отварами цветков ромашки, липового цвета. Назначают внутрь ретинол, токоферола ацетат (масляные растворы их перед глотанием задерживают на некоторое время во рту), витамины группы В (рибофлавин и др.), внутрь по 0,25 г 2 раза в день (3—4 нед.); общеукрепляющие средства, биогенные стимуляторы.

Местно назначают кератопластические средства, витамины, препараты, улучшающие трофику тканей.

При необходимости используют обезболивающие, гипосенсибилизирующие препараты, микроэлементы.

Прижигающие средства использовать категорически нельзя, так как они раздражают СОР и способствуют переходу болезни в злокачественную форму.

7.4.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Специальных требований нет.

После проведения лечения необходимо проводить мероприятия по профилактике воспалительных заболеваний СОР не реже 2 раз в год.

7.4.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.4.11. Требования к диетическим назначениям

Необходимо ограничение употребления острой, горячей, кислой, соленой, пряной пищи. Больным лейкоплакией рекомендуется употреблять в пищу продукты, богатые витамином А, В, С, микроэлементами.

7.4.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении

Протокола (приложение 10).

7.4.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

(приложение 11).

7.4.14. Правила изменения требований при выполнении Протокола и прекращение действия требований Протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в протокол лечения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками лейкоплакии, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела протокола лечения больных, соответствующего ведению «лейкоплакия»;
- б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

7.4.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Часто-та развития %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Стабилизация	20%	Отсутствие отрицательной динамики	После лечения	Профилактический осмотр не реже 2 раз в год
Компенсация	10%	Восстановление внешнего вида СОР	После лечения	Динамическое наблюдение
Развитие ятрогенных осложнений	20%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания,	50%	Рецидив заболевания	Через 6 мес после окончания лечения при отсутствии	Оказание медицинской помощи по

связанного с основным			динамического наблюдения	протоколу соответствующего заболевания
-----------------------	--	--	--------------------------	--

7.4.16. Стоимостные характеристики Протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.5. Модель пациента

Нозологическая форма: лейкоплакия, связанная с употреблением табака

Стадия: любая

Фаза: стабильное течение

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-С: K13.21

7.5.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

1. Основной морфологический элемент белесоватое пятно с наличием мелких красных точек (наблюдаются зияющие устья выводных протоков малых слюнных желез в задней части твердого неба и примыкающего к нему мягкого неба). Слизистая оболочка твердого неба белесоватого или серо-белого цвета без выраженного гиперкератоза.

2. Поверхность гладкая, не блестящая.

4. Гистологически - паракератоз с незначительным гиперкератозом.

5. Локализация: поражается слизистая оболочка твердого неба, спинка языка, губ, дна рта у злостных курильщиков, а также процесс повышенной кератинизации распространяется на слизистую оболочку щек и альвеолярного отростка с формированием очагов в передних отделах в виде треугольника, расположенного основанием к углу рта.

6. Исчезает при прекращении курения.

7.5.2. Порядок включения пациента в протокол

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.5.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничение подвижности нижней челюсти	По потребности
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	По потребности
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	По потребности
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	По потребности
A08.07.002	Гистологическое исследование препарата тканей рта	По потребности
A11.07.001	Биопсия слизистой оболочки рта	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	1
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности
V01.027.001	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный	По потребности
V01.047.01	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	По потребности
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности
V01.066.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-ортопеда первичный	По потребности
V01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	По потребности
V04.004.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача - гастроэнтеролога	По потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.5.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза жизни выясняют профессию пациента, профессиональные вредности, вредные привычки, характер питания, аллергологический анамнез, наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания **и их лекарственное сопровождение, наличие профессиональных вредностей**. Отмечают наличие у пациентов соматических заболеваний.

При сборе анамнеза заболевания уточняют, когда появились первые симптомы, лечился ли ранее (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение).

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре оценивают конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Проводится пальпация лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного или онкологического процесса.

После внешнего осмотра приступают к осмотру рта. Детально обследуют СОР по схеме, предложенной ВОЗ в 1997 году (приложение 2), выявляют элементы поражения СОР (приложение 3). Результаты обследования могут быть отражены на схеме - топограмме (приложение 4).

Далее приступают к осмотру зубов, зубных рядов, определению прикуса, выявляют аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем. Обследованию подлежат все зубы. Начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами. Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании. Тщательно обследуют апроксимальные поверхности зубов.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта с заполнением пародонтограммы (приложение 5).

При оценке уровня гигиены рта учитывают: когда и сколько раз чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет, использует ли межзубные средства гигиены. Контроль качества чистки зубов проводят с помощью индексов гигиены (индекс Greene- Vermillion, индекс Silness- Loe). Индексы гигиены рта определяют до лечения и с целью контроля после обучения гигиене рта. Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтального индекса Muhlemann (приложение 6).

Из дополнительных методов обследования используют гистологическое исследование (приложение 7), при котором выявляется незначительный паракератоз без признаков гиперкератоза.

7.5.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

V01.003.004.002	Проводниковая анестезия	По потребности
V01.003.004.004	Аппликационная анестезия	По потребности
V01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	По потребности
A16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами)	По потребности
A16.07.025	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	По потребности
A13.30.007	Обучение гигиене рта	По потребности
A16.07.051	Профессиональная гигиена рта и зубов	По потребности
A16.07.053	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	По потребности
A22.30.013	Лазерная хирургия при новообразованиях мягких тканей	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	1
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях рта и зубов	1
A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях рта и зубов	1
A16.01.031.006	Иссечение новообразований мягких тканей под местной	По

	анестезией	потребности
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	По потребности
A22.07.003	Лазерная физиотерапия челюстно-лицевой области	По потребности
A24.01.004	Криодеструкция	По потребности
B01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	По потребности
B01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	По потребности
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.5.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на устранение этиологических факторов болезней СОР: обучение пациентов гигиене рта, проведение контролируемой чистки зубов, санация рта с проведением профессиональной гигиены (приложение 9), с целью удаления зубного камня, шлифование острых краев зубов, замена металлических пломб и протезов из разнородных металлов, ортопедической коррекции, включающей рациональное протезирование (временные коронки из гипоаллергенного материала с учетом аллергологического статуса пациента, безопасные, цельнолитые конструкции протезов, использование благородных металлов, съемные пластиночные протезы из бесцветной пластмассы и др.). При изготовлении съемных пластиночных протезов следует обращать внимание на правильность изготовления кламмеров, чтобы они не травмировали очаг лейкоплакии. Зубные протезы у таких больных должны быть тщательно отполированы. Необходимо удалять зубной налет, над- и поддесневой зубной камень. Очень важно своевременно выявить и устранить гальваноз рта, обусловленный пломбами из амальгамы или разнородными металлами зубных протезов.

7.5.6.1. Физиотерапевтическое лечение

Физиотерапевтическим местным лечением данного состояния является методика, заключающаяся в устранении участков гиперкератоза (диатермокоагуляция, криодеструкция). Методика проведения диатермокоагуляции прерывистая до полной коагуляции участков гиперкератоза. Заживление происходит за 5-10 дней.

Криодеструкция в настоящее время широко применяется в комплексном лечении предраковых заболеваний. Противопоказаний для ее использования практически нет. У больных с тяжелыми соматическими и системными заболеваниями криодеструкция является

методом выбора. При проведении криодеструкции с целью последующего замещения зоны некроза рубцовой тканью, применяют контактное замораживание в пределах собственно СОР, где оперативное вмешательство затруднено. Оптимальная температура 160-190°С, в течение 1,0-1,5 мин. Оттаивание происходит в течение 2-3 мин., заживление 6-10 дней.

7.5.6.2. Хирургическое лечение

Методом хирургического лечения заболевания, получившим широкое применение в стоматологической практике при заболеваниях СОР является иссечение.

Наиболее современным и используемым методом хирургического лечения лейкоплакии является лазерная абляция. Это метод удаления вещества с поверхности лазерным импульсом. При низкой мощности лазера вещество испаряется или сублимируется в виде свободных молекул, атомов и ионов, то есть над облучаемой поверхностью образуется слабая плазма, обычно в данном случае тёмная, не светящаяся.

7.5.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Витаминотерапия (Витамины А, Е)	1
Гипосенсибилизирующая терапия	По потребности
Кератопластические средства	1
Антисептические средства	1
Обезболивающие средства	
Иммуномодуляторы	По потребности

7.5.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Необходим тщательный уход за слизистыми оболочками: полоскание рта растворами антисептиков, отварами цветков ромашки, липового цвета. Назначают внутрь ретинол, токоферола ацетат (масляные растворы их перед глотанием задерживают на некоторое время во рту), витамины группы В (рибофлавин и др.), внутрь по 0,25 г 2 раза в день (3—4 нед.); общеукрепляющие средства, биогенные стимуляторы.

Местно назначают кератопластические средства, витамины, препараты, улучшающие трофику тканей.

При необходимости используют обезболивающие, гипосенсибилизирующие препараты, микроэлементы.

Прижигающие средства использовать категорически нельзя, так как они раздражают СОР и способствуют переходу болезни в злокачественную форму.

7.5.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Специальных требований нет.

Полный отказ от курения – залог успешного лечения лейкоплакии.

После проведения лечения необходимо проводить мероприятия по профилактике воспалительных заболеваний СОР не реже 2 раз в год.

7.5.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.5.11. Требования к диетическим назначениям

Необходимо ограничение употребления острой, горячей, кислой, соленой, пряной пищи. Больным лейкоплакией рекомендуется употреблять в пищу продукты, богатые витамином А, В, С, микроэлементами.

7.5.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Протокола (приложение 10).

7.5.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи (приложение 11).

7.5.14. Правила изменения требований при выполнении Протокола и прекращение действия требований Протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в протокол лечения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками лейкоплакии, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела протокола лечения больных, соответствующего ведению «лейкоплакия»;
- б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

7.5.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Часто-та развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преемственность и этапность оказания меди-цинской помощи

	%			
Стабилизация	20%	Отсутствие отрицательной динамики	После лечения	Профилактический осмотр не реже 2 раз в год
Компенсация	55%	Восстановление внешнего вида СОР	После лечения	Динамическое наблюдение
Развитие ятрогенных осложнений	20%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	5%	Переход в эрозивно-язвенную, кандидозную формы, озлокачествление	Через 6 мес после окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.5.16. Стоимостные характеристики Протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.6. Модель пациента

Нозологическая форма: кандидозная лейкоплакия

Стадия: любая

Фаза: стабильное течение

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-С: V37.02

7.6.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

1. В анамнезе длительный прием антибиотиков, глюкокортикостероидов, цитостатиков, иммунодепрессантов, наличие иммунодефицитной системной патологии.

2. Налет расположен на поверхности бляшки, частично снимается при соскабливании.

3. В соскобе при микробиологическом исследовании обнаруживают грибы рода *Candida*, особенно при наличии участков хронического воспаления. Инфекция, вызванная *Candida albicans*, способствует развитию диспластических изменений в эпителии.

4. При микробиологическом посеве выявляется значительный рост грибов рода *Candida* при подсчете колоний на питательной среде.

5. Гистологически - паракератоз и гиперкератоз.

7.6.2. Порядок включения пациента в протокол

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.6.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничение подвижности нижней челюсти	По потребности
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	По потребности
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	По потребности
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	По потребности
A08.07.002	Гистологическое исследование препарата тканей рта	По потребности
A11.07.001	Биопсия слизистой оболочки рта	По потребности
A26.02.004	Микологическое исследование раневого отделяемого на грибы рода кандиды (<i>Candida spp.</i>)	По потребности
A26.06.048	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу	1

	иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	1
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности
B01.027.001	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный	По потребности
B01.047.01	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	По потребности
B01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	По потребности
B01.066.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-ортопеда первичный	По потребности
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности
B04.004.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога	По потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.6.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза жизни выясняют профессию пациента, профессиональные вредности, вредные привычки, характер питания, аллергологический анамнез, наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания, их лекарственное сопровождение. Отмечают наличие у пациентов соматических заболеваний.

При сборе анамнеза заболевания уточняют, когда появились первые симптомы, лечился ли ранее (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение).

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре оценивают конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Проводится пальпация лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного или онкологического процесса.

После внешнего осмотра приступают к осмотру рта. Детально обследуют СОР по схеме, предложенной ВОЗ в 1997 году (приложение 2), выявляют элементы поражения СОР (приложение 3). Результаты обследования могут быть отражены на схеме - топограмме (приложение 4).

Далее приступают к осмотру зубов, зубных рядов, определению прикуса, выявляют аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем. Обследованию подлежат все зубы. Начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами. Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании. Тщательно обследуют апроксимальные поверхности зубов.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта с заполнением пародонтограммы (приложение 5).

При оценке уровня гигиены рта учитывают: когда и сколько раз чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет, использует ли межзубные средства гигиены. Контроль качества чистки зубов проводят с помощью индексов гигиены (индекс Greene- Vermillion, индекс Silness- Loe). Индексы гигиены рта определяют до лечения и с целью контроля после обучения гигиене рта. Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтального индекса Muhlemann (приложение 6).

Из дополнительных методов обследования используют гистологическое и микробиологическое исследование (приложение 7).

7.6.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

В01.003.004.002	Проводниковая анестезия	По потребности
В01.003.004.004	Аппликационная анестезия	По потребности
В01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	По потребности
А16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами)	По потребности
А16.07.025	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	По потребности
А16.07.051	Профессиональная гигиена рта и зубов	По потребности

A16.07.053	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	По потребности
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых зубных отложений	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	Согласно алгоритму
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях рта и зубов	1
A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях рта и зубов	1
A22.30.013	Лазерная хирургия при новообразованиях мягких тканей	По потребности
A16.01.031.006	Иссечение новообразований мягких тканей под местной анестезией	По потребности
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	По потребности
A22.07.003	Лазерная физиотерапия челюстно-лицевой области	По потребности
A24.01.004	Криодеструкция	По потребности
B01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	По потребности
B01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	По потребности
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности

**«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)*

7.6.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на устранение этиологических факторов болезней СОР: обучение пациентов гигиене рта, проведение контролируемой чистки зубов, санация рта с проведением профессиональной гигиены (приложение 9), с целью удаления зубного камня, шлифование острых краев зубов, замена металлических пломб и протезов из разнородных металлов, ортопедической коррекции, включающей рациональное протезирование (временные коронки из гипоаллергенного материала с учетом аллергологического статуса пациента, безопасные, цельнолитые конструкции протезов, использование благородных металлов, съемные пластиночные протезы из бесцветной пластмассы и др.). При изготовлении съемных пластиночных протезов следует обращать внимание на правильность изготовления кламмеров, чтобы они не травмировали очаг лейкоплакии. Зубные протезы у таких больных должны быть тщательно отполированы.

Необходимо удалять зубной налет, над- и поддесневой зубной камень. Очень важно своевременно выявить и устранить гальваноз рта, обусловленный пломбами из амальгамы или разнородными металлами зубных протезов.

7.6.6.1. Физиотерапевтическое лечение

Физиотерапевтическим местным лечением данного состояния является методика, заключающаяся в устранении участков гиперкератоза (диатермокоагуляция, криодеструкция). Методика проведения диатермокоагуляции прерывистая до полной коагуляции участков гиперкератоза. Заживление происходит за 5-10 дней.

Криодеструкция в настоящее время широко применяется в комплексном лечении предраковых заболеваний. Противопоказаний для ее использования практически нет. У больных с тяжелыми соматическими и системными заболеваниями криодеструкция является методом выбора. При проведении криодеструкции с целью последующего замещения зоны некроза рубцовой тканью, применяют контактное замораживание в пределах собственно СОР, где оперативное вмешательство затруднено. Оптимальная температура 160-190°C, в течение 1,0-1,5 мин. Оттаивание происходит в течение 2-3 мин., заживление 6-10 дней.

7.6.6.2. Хирургическое лечение

Методом хирургического лечения заболевания, получившим широкое применение в стоматологической практике при заболеваниях СОР является иссечение.

Наиболее современным и используемым методом хирургического лечения лейкоплакии является лазерная абляция. Это метод удаления вещества с поверхности лазерным импульсом. При низкой мощности лазера вещество испаряется или сублимируется в виде свободных молекул, атомов и ионов, то есть над облучаемой поверхностью образуется слабая плазма, обычно в данном случае темная, не светящаяся.

7.6.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Витаминотерапия (Витамины А, Е)	1
Гипосенсибилизирующая терапия	По потребности
Кератопластические средства	
Антисептические средства	1
Иммуномодуляторы	По потребности

Обезболивающие средства	По потребности
Противогрибковые препараты	Согласно алгоритму

7.6.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Назначение противогрибковых препаратов внутрь и местно.

Необходим тщательный уход за слизистыми оболочками: полоскание рта растворами антисептиков, отварами цветков ромашки, липового цвета. Назначают внутрь ретинол, токоферола ацетат (масляные растворы их перед глотанием задерживают на некоторое время во рту), витамины группы В (рибофлавин и др.), внутрь по 0,25 г 2 раза в день (3—4 нед.); общеукрепляющие средства, биогенные стимуляторы.

Местно назначают кератопластические средства, витамины, препараты, улучшающие трофику тканей.

При необходимости используют обезболивающие, гипосенсибилизирующие препараты, микроэлементы.

Прижигающие средства использовать категорически нельзя, так как они раздражают СОР и способствуют переходу болезни в злокачественную форму.

7.6.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Специальных требований нет.

После проведения лечения необходимо проводить мероприятия по профилактике воспалительных заболеваний СОР не реже 2 раз в год.

7.6.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.6.11. Требования к диетическим назначениям

Необходимо ограничение употребления острой, горячей, кислой, соленой, пряной пищи. Больным лейкоплакией рекомендуется употреблять в пищу продукты, богатые витамином А, В, С, микроэлементами.

7.6.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Протокола (приложение 10).

7.6.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи (приложение 11).

7.6.14. Правила изменения требований при выполнении Протокола и прекращение действия требований Протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения

подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в протокол лечения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками лейкоплакии, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела протокола лечения больных, соответствующего ведению «лейкоплакия»;
- б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

7.6.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Часто-та развития %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Стабилизация	50%	Отсутствие отрицательной динамики	После лечения	Профилактический осмотр не реже 2 раз в год
Компенса-ция	20%	Восстановле-ние внешнего вида СОР	После лечения	Динамическое наблюдение
Развитие ятрогенных осложнений	20%	Появление новых поражений или осложнений, обусловлен-ных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	10%	Переход в эрозивно-язвенную форму	Через 6 мес после окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.6.16. Стоимостные характеристики Протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.7. Модель пациента

Нозологическая форма: волосатая лейкоплакия

Стадия: любая

Фаза: стабильное течение

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-С: K13.3

7.7.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

1. Вызывается вирусом Эпштейн-Барра (EBV) у лиц с выраженным нарушением иммунной системы, у ВИЧ - инфицированных и на фоне приема иммуносупрессивных препаратов при пересадке органов.
2. Элемент поражения - бляшка продольной, узкой формы размером до 2-3 см в длину с преимущественной локализацией на границе перехода с боковой поверхности языка на нижнюю. Участки серовато-белого цвета, при усилении ороговения приобретают опалово-белый цвет. Границы очага поражения не всегда четкие.
3. Участки ороговения могут быть возвышенными или на уровне СОР.
4. Поверхность гладкая, в редких случаях шероховатая, не отслаивающееся мягкое утолщение слизистой оболочки на краю языка в средней или задней его трети. При наличии СПИДа может быть идущее вертикально сбоку языка рифление (по типу «стиральной доски») с наличием параллельно друг другу расположенных мелких волосистых папиллом. У больных ВИЧ (СПИД) бляшки представлены мелкими вертикально ориентированными, расположенными на боковой поверхности языка параллельно друг другу волосистыми папилломами, напоминающими рифление стиральной доски. Может спонтанно исчезать на фоне приема антиретровирусных препаратов.
5. При гистологическом исследовании обнаруживают гиперкератоз, паракератоз, акантоз, вакуоли в клетках верхнего эпителиального слоя, нитеподобные кератиновые образования, блюдцеобразные клетки (как показатель вирусной инфекции). Вследствии очаговой пролиферации эпителия слизистая оболочка утолщается.
6. У 83% ВИЧ - инфицированных пациентов с волосатой лейкоплакией рта в течение определенного времени развивается полная картина СПИДа.

7.7.2. Порядок включения пациента в протокол

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.7.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
------------	-----------------	-----------------------------

A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничение подвижности нижней челюсти	По потребности
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	По потребности
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	По потребности
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	По потребности
A08.07.002	Гистологическое исследование препарата тканей рта	По потребности
A11.07.001	Биопсия слизистой оболочки рта	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	1
A26.06.048	Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови	1
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности
V01.008.001	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	По потребности
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности
V01.058.001	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	По потребности
V01.066.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-ортопеда первичный	По потребности
V01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	1
V01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	По потребности
V03.027.003	Комплекс исследований для диагностики злокачественных новообразований органов рта и ротоглотки	По потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.7.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза жизни выясняют профессию пациента, профессиональные вредности, вредные привычки, характер питания, аллергологический анамнез, наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания и их лекарственное сопровождение. Выясняют наличие иммунодефицита, стадию ВИЧ (СПИД), пути инфицирования, назначение и тип антиретровирусной терапии; длительность и схемы назначения иммунодепрессантов. Отмечают наличие у пациентов соматических заболеваний.

При сборе анамнеза заболевания уточняют, когда появились первые симптомы, лечился ли ранее (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение).

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре оценивают конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Проводится пальпация лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного или онкологического процесса.

После внешнего осмотра приступают к осмотру рта. Детально обследуют СОР по схеме, предложенной ВОЗ в 1997 году (приложение 2), выявляют элементы поражения СОР (приложение 3). Результаты обследования могут быть отражены на схеме - топограмме (приложение 4).

Далее приступают к осмотру зубов, зубных рядов, определению прикуса, выявляют аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем. Обследованию подлежат все зубы. Начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами. Детально обследуют все поверхности каждого

зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании. Тщательно обследуют аппроксимальные поверхности зубов.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта с заполнением пародонтограммы (приложение 5).

При оценке уровня гигиены рта учитывают: когда и сколько раз чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет, использует ли межзубные средства гигиены. Контроль качества чистки зубов проводят с помощью индексов гигиены (индекс Greene- Vermillion, индекс Silness- Loe). Индексы гигиены рта определяют до лечения и с целью контроля после обучения гигиене рта. Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтального индекса Muhlemann (приложение 6).

Из дополнительных методов обследования используют лабораторные методы исследования крови на ВИЧ- инфекцию и гистологическое исследование (приложение 7).

7.7.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

V01.003.004.002	Проводниковая анестезия	По потребности
V01.003.004.004	Аппликационная анестезия	По потребности
V01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	По потребности
A13.30.007	Обучение гигиене рта	По потребности
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	По потребности
A16.07.020	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	По потребности
A16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами)	По потребности
A16.07.025	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	По потребности
A16.07.051	Профессиональная гигиена рта и зубов	По потребности
A16.07.053	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	По потребности
A22.08.011	Лазерная хирургия при злокачественных новообразованиях рта	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	Согласно алгоритму
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях рта и зубов	1

A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях рта и зубов	1
A16.01.031.006	Иссечение новообразований мягких тканей под местной анестезией	По потребности
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	По потребности
A24.01.004	Криодеструкция	По потребности
B01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	По потребности
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности
B01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	По потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.7.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на устранение этиологических факторов болезней СОР: обучение пациентов гигиене рта, проведение контролируемой чистки зубов, санация рта с проведением профессиональной гигиены (приложение 9), с целью удаления зубного камня, шлифование острых краев зубов, замена металлических пломб и протезов из разнородных металлов, ортопедической коррекции, включающей рациональное протезирование (временные коронки из гипоаллергенного материала с учетом аллергологического статуса пациента, безопасные, цельнолитые конструкции протезов, использование благородных металлов, съемные пластиночные протезы из бесцветной пластмассы и др.). При изготовлении съемных пластиночных протезов следует обращать внимание на правильность изготовления кламмеров, чтобы они не травмировали очаг лейкоплакии. Зубные протезы у таких больных должны быть тщательно отполированы. Необходимо удалять зубной налет, над- и поддесневой зубной камень. Очень важно своевременно выявить и устранить гальваноз во рту, обусловленный пломбами из амальгамы или разнородными металлами зубных протезов.

Перед назначением средств общего воздействия больному необходимо проконсультироваться с врачом-инфекционистом, гастроэнтерологом, дерматологом, эндокринологом, онкологом, терапевтом по показаниям.

7.7.6.1. Физиотерапевтическое лечение

Физиотерапевтическим местным лечением данного состояния является методика, заключающаяся в устранении участков гиперкератоза (диатермокоагуляция, криодеструкция). Методика проведения диатермокоагуляции прерывистая до полной коагуляции участков гиперкератоза. Заживление происходит за 5-10 дней.

Криодеструкция в настоящее время широко применяется в комплексном лечении предраковых заболеваний. Противопоказаний для ее использования практически нет. У больных с тяжелыми соматическими и системными заболеваниями криодеструкция является методом выбора. При проведении криодеструкции с целью последующего замещения зоны некроза рубцовой тканью, применяют контактное замораживание в пределах собственно СОР, где оперативное вмешательство затруднено. Оптимальная температура 160-190°С, в течение 1,0-1,5 мин. Оттаивание происходит в течение 2-3 мин., заживление 6-10 дней.

7.7.6.2. Хирургическое лечение

Методом хирургического лечения заболевания, получившим широкое применение в стоматологической практике при заболеваниях СОР является иссечение.

Наиболее современным и используемым методом хирургического лечения лейкоплакии является лазерная абляция. Это метод удаления вещества с поверхности лазерным импульсом. При низкой мощности лазера вещество испаряется или сублимируется в виде свободных молекул, атомов и ионов, то есть над облучаемой поверхностью образуется слабая плазма, обычно в данном случае темная, не светящаяся.

7.7.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Витаминотерапия (Витамины А, Е)	1
Гипосенсибилизирующая терапия	По потребности
Кератопластические средства	1
Антисептические средства	1
Иммуномодуляторы	По потребности
Обезболивающие средства	По потребности

7.7.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Необходим тщательный уход за слизистыми оболочками: полоскание рта растворами антисептиков, отварами цветков ромашки, липового цвета. Назначают внутрь ретинол, токоферола ацетат (масляные растворы их перед глотанием задерживают на некоторое время во рту), витамины группы В (рибофлавин и др.), внутрь по 0,25 г 2 раза в день (3—4 нед.); общеукрепляющие средства, биогенные стимуляторы.

Местно назначают кератопластические средства, витамины, препараты, улучшающие трофику тканей.

При необходимости используют обезболивающие, гипосенсибилизирующие препараты,

микроэлементы.

Прижигающие средства использовать категорически нельзя, так как они раздражают СОР и способствуют переходу болезни в злокачественную форму.

7.7.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Специальных требований нет.

После проведения лечения необходимо проводить мероприятия по профилактике воспалительных заболеваний СОР не реже 2 раз в год.

7.7.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.7.11. Требования к диетическим назначениям

Необходимо ограничение употребления острой, горячей, кислой, соленой, пряной пищи. Больным лейкоплакией рекомендуется употреблять в пищу продукты, богатые витамином А, В, С, микроэлементами.

7.7.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Протокола (приложение 10).

7.7.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи(приложение 11).

7.7.14. Правила изменения требований при выполнении Протокола и прекращение действия требований Протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в протокол лечения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками лейкоплакии, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела протокола лечения больных, соответствующего ведению «лейкоплакия»;
- б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

7.7.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование	Часто-та	Критерии и	Ориентировочное	Преимственность и
--------------	----------	------------	-----------------	-------------------

исхода	разви-тия %	признаки	время достижения исхода	этапность оказания медицинской помощи
Стабилиза-ция	50%	Отсутствие отрицательной динамики	После лечения	Профилактиче-ский осмотр не реже 2 раз в год
Компенса-ция	0	Восстановле-ние внешнего вида СОР	После лечения	Динамическое наблюдение
Развитие ятрогенных осложнений	49%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	1%	Рецидив заболевания	Через 6 мес после окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.7.16. Стоимостные характеристики Протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.8. Модель пациента

Нозологическая форма: Небо курильщика [никотиновый лейкокератоз неба] [никотиновый стоматит];

Стадия: любая

Фаза: стабильное течение

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-С: K13.24

7.8.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

1. Основной морфологический элемент белесоватое пятно с наличием мелких красных точек

(наблюдаются зияющие устья выводных протоков малых слюнных желез в задней части твердого неба и примыкающего к нему мягкого неба). Слизистая оболочка твердого неба белесоватого или серо-белого цвета без выраженного гиперкератоза.

2. Поверхность гладкая, не блестящая.

4. Гистологически - паракератоз с незначительными явлениями гиперкератоза.

5. Локализация: поражается слизистая оболочка твердого с переходом на мягкое небо.

6. Возможно исчезновение при прекращении курения.

7.8.2. Порядок включения пациента в протокол

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.8.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	По потребности
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничение подвижности нижней челюсти	По потребности
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	По потребности
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	По потребности
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	По потребности
A08.07.002	Гистологическое исследование препарата тканей рта	По потребности
A11.07.001	Биопсия слизистой оболочки рта	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	1

A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности
B01.047.01	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	По потребности
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности
B01.066.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-ортопеда первичный	По потребности
B01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	По потребности
B04.004.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) - врача-гастроэнтеролога	По потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.8.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза жизни выясняют профессию пациента, профессиональные вредности, вредные привычки, характер питания, аллергологический анамнез, наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания. Отмечают наличие у пациентов соматических заболеваний.

При сборе анамнеза заболевания уточняют, когда появились первые симптомы, лечился ли ранее (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение).

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре оценивают конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Проводится пальпация лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного или онкологического

процесса.

После внешнего осмотра приступают к осмотру рта. Детально обследуют СОР по схеме, предложенной ВОЗ в 1997 году (приложение 2), выявляют элементы поражения СОР (приложение 3). Результаты обследования могут быть отражены на схеме - топограмме (приложение 4).

Далее приступают к осмотру зубов, зубных рядов, определению прикуса, выявляют аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем. Обследованию подлежат все зубы. Начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами. Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании. Тщательно обследуют апроксимальные поверхности зубов.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта с заполнением пародонтограммы (приложение 5).

При оценке уровня гигиены рта учитывают: когда и сколько раз чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет, использует ли межзубные средства гигиены. Контроль качества чистки зубов проводят с помощью индексов гигиены (индекс Greene- Vermillion, индекс Silness- Loe). Индексы гигиены рта определяют до лечения и с целью контроля после обучения гигиене рта. Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтального индекса Muhlemann (приложение 6).

Из дополнительных методов обследования используют гистологическое (приложение 7).

7.8.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

В01.003.004.002	Проводниковая анестезия	По потребности
В01.003.004.004	Аппликационная анестезия	По потребности
В01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	По потребности
А16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами)	По потребности
А13.30.007	Обучение гигиене рта	По потребности
А16.07.025	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	По потребности
А16.07.051	Профессиональная гигиена рта и зубов	По потребности
А16.07.053	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
А16.07.004	Восстановление зуба коронкой	По потребности

A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых зубных отложений	По потребности
A22.08.011	Лазерная хирургия при злокачественных новообразованиях рта	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	Согласно алгоритму
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях рта и зубов	1
A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях рта и зубов	1
A16.01.031.006	Иссечение новообразований мягких тканей под местной анестезией	По потребности
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	По потребности
A22.07.003	Лазерная физиотерапия челюстно-лицевой области	По потребности
A24.01.004	Криодеструкция	По потребности
V01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	По потребности
V01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	По потребности
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.8.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на устранение этиологических факторов болезней СОР: обучение пациентов гигиене рта, проведение контролируемой чистки зубов, санация рта с проведением профессиональной гигиены (приложение 9), с целью удаления зубного камня, шлифование острых краев зубов, замена металлических пломб и протезов из разнородных металлов, ортопедической коррекции, включающей рациональное протезирование (временные коронки из гипоаллергенного материала с учетом аллергологического статуса пациента, безопасные, цельнолитые конструкции протезов, использование благородных металлов, съемные пластиночные протезы из бесцветной пластмассы и др.). При изготовлении съемных пластиночных протезов следует обращать внимание на правильность изготовления кламмеров, чтобы они не травмировали очаг лейкоплакии. Зубные протезы у таких больных должны быть тщательно отполированы. Необходимо удалять зубной налет, над- и поддесневой зубной камень. Очень важно своевременно выявить и устранить гальваноз рта, обусловленный пломбами из амальгамы или разнородными металлами зубных протезов.

7.8.6.1. Физиотерапевтическое лечение

Физиотерапевтическим местным лечением данного состояния является методика, заключающаяся в устранении участков гиперкератоза (диатермокоагуляция, криодеструкция). Методика проведения диатермокоагуляции прерывистая до полной коагуляции участков гиперкератоза. Заживление происходит за 5-10 дней.

Криодеструкция в настоящее время широко применяется в комплексном лечении предраковых заболеваний. Противопоказаний для ее использования практически нет. У больных с тяжелыми соматическими и системными заболеваниями криодеструкция является методом выбора. При проведении криодеструкции с целью последующего замещения зоны некроза рубцовой тканью, применяют контактное замораживание в пределах собственно СОР, где оперативное вмешательство затруднено. Оптимальная температура 160-190°С, в течение 1,0-1,5 мин. Оттаивание происходит в течение 2-3 мин., заживление 6-10 дней.

7.8.6.2. Хирургическое лечение

Методом хирургического лечения заболевания, получившим широкое применение в стоматологической практике при заболеваниях СОР является иссечение.

Наиболее современным и используемым методом хирургического лечения лейкоплакии является лазерная абляция. Это метод удаления вещества с поверхности лазерным импульсом. При низкой мощности лазера вещество испаряется или сублимируется в виде свободных молекул, атомов и ионов, то есть над облучаемой поверхностью образуется слабая плазма, обычно в данном случае темная, не светящаяся.

7.8.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Витаминотерапия (Витамины А, Е)	1
Гипосенсибилизирующая терапия	По потребности
Кератопластические средства	1
Антисептические средства	1
Иммуномодуляторы	По потребности
Обезболивающие средства	По потребности

7.8.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Необходим тщательный уход за слизистыми оболочками: полоскание рта растворами антисептиков, отварами цветков ромашки, липового цвета. Назначают внутрь ретинол, токоферола ацетат (масляные растворы их перед глотанием задерживают на некоторое время во рту), витамины группы В (рибофлавин и др.), внутрь по 0,25 г 2 раза в день (3—4 нед.); общеукрепляющие средства, биогенные стимуляторы.

Местно назначают кератопластические средства, витамины, препараты, улучшающие трофику тканей.

При необходимости используют обезболивающие, гипосенсибилизирующие препараты, микроэлементы.

Прижигающие средства использовать категорически нельзя, так как они раздражают СОР и способствуют переходу болезни в злокачественную форму.

7.8.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Специальных требований нет.

Полный отказ от курения – залог успешного лечения лейкоплакии

После проведения лечения необходимо проводить мероприятия по профилактике воспалительных заболеваний СОР не реже 2 раз в год.

7.8.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.8.11. Требования к диетическим назначениям

Необходимо ограничение употребления острой, горячей, кислой, соленой, пряной пищи. Больным лейкоплакией рекомендуется употреблять в пищу продукты, богатые витамином А, В, С, микроэлементами.

7.8.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Протокола (приложение 10).

7.8.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи (приложение 11).

7.8.14. Правила изменения требований при выполнении Протокола и прекращение действия требований Протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в протокол лечения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками лейкоплакии, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела протокола лечения больных, соответствующего ведению «лейкоплакия»;
- б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

7.8.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Часто-та развития %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Стабилизация	18%	Отсутствие отрицательной динамики	После лечения	Профилактический осмотр не реже 2 раз в год
Компенса-ция	60%	Восстановление внешнего вида COP	После лечения	Динамическое наблюдение
Развитие ятрогенных осложнений	20%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	2%	Переход в эрозивно-язвенную форму	Через 6 мес после окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.8.16. Стоимостные характеристики Протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

VIII. ГРАФИЧЕСКОЕ, СХЕМАТИЧЕСКОЕ И ТАБЛИЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ПРОТОКОЛА

Не требуется.

IX. МОНИТОРИРОВАНИЕ

Критерии и методология мониторинга и оценки эффективности выполнения протокола

Мониторинг проводится на всей территории Российской Федерации.

Перечень медицинских учреждений, в которых проводится мониторинг данного документа, определяется ежегодно учреждением,

ответственным за мониторинг. Медицинская организация информируется о включении

в перечень по мониторингованию протокола письменно.

Мониторирование включает в себя:

-сбор информации: о ведении пациентов с лейкоплакией в лечебно-профилактических учреждениях всех уровней;

-анализ полученных данных;

-составление отчета о результатах проведенного анализа;

-представление отчета группе разработчиков Протокола .

Исходными данными при мониторинговании являются:

- медицинская документация - медицинская карта стоматологического больного (форма 043/у);

- тарифы на медицинские услуги;

- тарифы на стоматологические материалы и лекарственные средства.

При необходимости при мониторинговании Протокола могут быть использованы иные документы.

В лечебно-профилактических учреждениях, определенных перечнем по мониторингованию, раз в полгода на основании медицинской документации составляется карта пациента о лечении пациентов с лейкоплакией, соответствующих моделям пациента в данном протоколе.

В анализируемые в процессе мониторинга показатели входят: критерии включения и исключения из Протокола, перечни медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортимента, перечни лекарственных средств обязательного и дополнительного ассортимента, исходы заболевания, стоимость выполнения медицинской помощи по Протоколу и др.

ПРИНЦИПЫ РАНДОМИЗАЦИИ

В данном Протоколе рандомизация (лечебных учреждений, пациентов и т. д.) не предусмотрена.

ПОРЯДОК ОЦЕНКИ И ДОКУМЕНТИРОВАНИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ И РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ

Информация о побочных эффектах и осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения больных, регистрируется в карте пациента.

ПОРЯДОК ИСКЛЮЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА ИЗ МОНИТОРИРОВАНИЯ

Пациент считается включенным в мониторинг при заполнении на него Карты пациента. Исключение из мониторинга проводится в случае невозможности продолжения заполнения Карты (например, неявка на врачебный прием). В этом случае Карта направляется в учреждение, ответственное за мониторинг, с отметкой о причине исключения пациента из Протокола.

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ОЦЕНКА И ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРОТОКОЛ

Оценка выполнения Протокола проводится один раз в год по результатам анализа сведений, полученных при мониторинге.

Внесение изменений в Протокол проводится в случае получения информации:

- а) о наличии в Протоколе требований, наносящих урон здоровью пациентов,
- б) при получении убедительных данных о необходимости изменений требований Протокола обязательного уровня.

Решение об изменениях принимается группой разработчиков. Введение изменений требований Протокола в действие осуществляется Министерством здравоохранения Российской Федерации в установленном порядке.

ПАРАМЕТРЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПРОТОКОЛА

Для оценки качества жизни пациента с лейкоплакией, соответствующей моделям протокола, используют аналоговую шкалу.

ОЦЕНКА СТОИМОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОТОКОЛА И ЦЕНЫ КАЧЕСТВА

Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

При мониторинге Протокола ежегодно проводится сравнение результатов выполнения его требований, статистических данных, показателей деятельности лечебно-профилактических учреждений.

ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ ОТЧЕТА

В ежегодный отчет о результатах мониторинга включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, предложения по актуализации Протокола.

Отчет представляется в Министерство здравоохранения Российской Федерации

учреждением, ответственным за мониторинг данного Протокола. Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати.

Приложение 1

Перечень стоматологических материалов, инструментов и оборудования, необходимых для работы врача:

Обязательный ассортимент:

1. Автоклав (стерилизатор паровой),
2. Аквадистиллятор (медицинский),
3. Автоклав для наконечников (стерилизатор паровой настольный)
4. Аппарат воздушно-абразивный для снятия зубных отложений;
5. Аппарат для снятия зубных отложений ультразвуковой (скейлер);
6. Аспиратор (отсасыватель) хирургический,
7. Биксы (коробка стерилизационная для хранения стерильных инструментов и материала)
8. Диатермокоагулятор;
9. Инструменты стоматологические (мелкие):
 - боры,
 - полиры,
 - финиры;
10. Инкубатор для проведения микробиологических тестов (СО₂ инкубатор для выращивания культур клеток и тканей)
11. Изделия одноразового применения:
 - шприцы и иглы для инъекций,
 - скальпели в ассортименте,
 - маски,

- перчатки смотровые, диагностические, хирургические,
- бумажные нагрудные салфетки для пациентов,
- полотенца для рук в контейнере,
- салфетки гигиенические,
- медицинское белье для медицинского персонала,
- перевязочные средства,
- слюноотсосы,
- стаканы пластиковые

12. Инъектор стоматологический, для карпульной анестезии;

13. Камеры для хранения стерильных инструментов

14. Компрессор стоматологический (безмасляный);

15. Кресло стоматологическое;

16. Крючки хирургические, зубчатые разных размеров;

17. Лампа (облучатель) бактерицидная для помещений;

18. Машина упаковочная (аппарат для предстерилизационной упаковки инструментария);

19. Место рабочее (комплект оборудования) для врача-стоматолога:

20. Набор аппаратов, инструментов, медикаментов, методических материалов и документов для оказания экстренной медицинской помощи при состояниях, угрожающих жизни (укладка-аптечка для оказания экстренной помощи при общесоматических осложнениях в условиях стоматологических кабинетов);

21. Набор (инструменты, щетки, диски, пасты) для шлифования и полирования пломб и зубных протезов;

22. Набор инструментов для осмотра рта (базовый):

- лоток медицинский стоматологический,
- зеркало стоматологическое,
- зонд стоматологический угловой,

- пинцет зубохирургический,
- экскаваторы зубные,
- гладилка широкая двухсторонняя,
- гладилка-штопфер,
- шпатель зубохирургический;

23. Набор инструментов в ассортименте для снятия зубных отложений:

- экскаваторы,
- крючки для снятия зубного камня

24. Набор инструментов для трахеотомии;

25. Набор инструментов, игл и шовного материала не менее 2 видов;

26. Набор медикаментов для индивидуальной профилактики парентеральных инфекций (аптечка "анти-СПИД")

27. Набор реактивов для контроля (индикаторы) дезинфекции и стерилизации;

28. Наборы микробиологические (реагенты, реактивы для бактериологических исследований) для проведения тестов на кислотообразующую микрофлору при использовании инкубатора для проведения микробиологических тестов;

29. Наконечник стоматологический механический прямой;

30. Наконечник стоматологический механический угловой;

31. Наконечник стоматологический турбинный;

32. Ножницы в ассортименте не менее 3 на рабочее место врача

33. Отсасыватель пыли (стоматологический пылесос)

34. Отсасыватель слюны (стоматологический слюноотсос)

35. Очиститель ультразвуковой (устройство ультразвуковой очистки и дезинфекции инструментов и изделий);

36. Очки защитные;

37. Пинцеты;

38. Прибор и средства для очистки и смазки наконечников;
39. Прибор (установка) для утилизации шприцев;
40. Скальпели (держатели) и одноразовые лезвия в ассортименте
41. Средства и емкости-контейнеры для дезинфекции инструментов в соответствии с СанПиН
42. Стерилизатор стоматологический для мелкого инструментария;
43. Стерилизатор суховоздушный;
44. Щитки защитные (от механического повреждения глаз)
45. Наборы диагностические для проведения тестов на выявление новообразований (скрининг) и контроля за лечением новообразований.

Приложение 2

Алгоритм визуального осмотра СОР, рекомендуемый ВОЗ (1997 год).

Осмотр СОР начинают с кожных покровов околоротовой области, красной каймы губ при открытом и закрытом рте, обращая внимание на цвет, блеск, консистенцию. При осмотре слизистой оболочку губ, переходной складки учитывают цвет, влажность, глубину преддверия рта, характер прикрепления уздечек, наличие тяжей; на слизистой оболочке губ, особенно нижней, в норме иногда обнаруживаются небольшие возвышения за счет наличия малых слюнных желез, что не является патологией.

Далее осматривают слизистую оболочку щек (правой, затем левой) от угла рта до небной миндалины, замечая наличие или отсутствие пигментаций, изменений ее цвета.

По линии смыкания зубов, чаще ближе к углу рта располагаются гранулы Фордайса. Эти бледно-желтые узелки, диаметром 1-2 мм не возвышаются над СОР, являются вариантом нормы. Нужно также помнить, что на уровне 17 и 27 зубов имеются сосочки, на которых открывается выводной проток околоушной железы, иногда принимаемой за отклонение.

Обращают внимание на десны и альвеолярный край. Сначала осматривают щечную и губную область десны, начиная с правого верхнего заднего участка, и затем перемещаются по дуге влево. Опускаются на нижнюю челюсть слева сзади и перемещаются вправо по дуге. Затем обследуют язычную и небную области десен: справа налево на верхней челюсти и слева направо вдоль нижней челюсти. На десне могут встречаться изменения цвета, опухоли и отечность различной формы и консистенции. По переходной складке исследуют свищевые ходы, которые возникают чаще всего в результате хронического воспалительного процесса в верхушечном периодонте.

Далее осматривают язык, оценивая все виды сосочков языка, характер прикрепления уздечки. Регистрируют изменение цвета, сосудистого рисунка, рельефа дна рта.

Небо осматривают при широко открытом рте и откинутой назад голове. Широким шпателем осторожно прижимают корень языка. С помощью зубоврачебного зеркала осматривают твердое и затем мягкое небо.

После осмотра, при обнаружении элементов представляющих онконастороженность, необходима пальпация патологического очага. Это важный прием обследования больного предраковым заболеванием. Отмечают все неровности, уплотнения и другие патологические изменения. Особое внимание обращается на консистенцию патологического очага (мягкая, плотно-эластическая, плотная), размеры, характер его поверхности (ровная, бугристая), подвижность.

Приложение 3

Элементы поражения кожи и слизистой оболочки

В диагностике предраковых заболеваний определяющее значение имеет оценка морфологических элементов поражения кожи и слизистой оболочки, которые проявляются изменениями окраски и нарушениями рельефа поверхности.

Пятно (macula) – наиболее распространенный элемент поражения, связанный с изменением окраски. Различают пятна воспалительной (до 1,5 см в диаметре – розеола, большего диаметра – эритема) и не воспалительной природы (пигментное пятно).

Пигментные пятна, в свою очередь, бывают врожденные – невусы, и приобретенные – связанные с введением красителей под эпителиальный слой, возникшие при приеме препаратов висмута, а также вследствие поступления в организм свинца.

Узелок (nodus, papula) – бесполостной элемент, возвышающийся над уровнем неизменной слизистой или кожи, белесоватого или перламутрового оттенка (на слизистой), синевато-коричневый (на коже), размером 0,1-0,5 мм. Слияние папул приводит к образованию **бляшки** (размер более 0,5 мм).

Узел (nodus) – плотное инфильтративное образование значительной величины (с орех), развивающееся в коже и слизистой оболочке. Определяется в виде возвышения кожи синюшно-коричневого цвета и гиперемированной слизистой оболочки. Завершается размягчением и изъязвлением. В некоторых случаях может быть обратное развитие без образования рубца.

Бугорок (tuberculum) – бесполостное инфильтративное образование, размером 0,2 – 5,0 мм, локализующееся в коже или захватывающее все слои слизистой оболочки и имеющее

склонность к распаду с образованием язвы и последующим рубцеванием.

Язва (ulcus) – дефект кожи или слизистой оболочки и подлежащих тканей. Заживает с образованием рубца. Дно и края язвы характеризуются различными особенностями, что имеет определенное дифференциально-диагностическое значение в разграничении неспецифических и специфических поражений и злокачественных опухолей.

Трещина (rhagades) – линейный дефект, возникающий при потере тканями эластичности на фоне острого или хронического воспалительного процесса. Различают трещины поверхностные (повреждение только эпителиального слоя) и глубокие (повреждены все слои слизистой и подлежащие ткани).

Чешуйка (squama) – отделяющийся конгломерат пластов ороговевших клеток. Цвет чешуек на коже белый, серый, буроватый, на красной кайме губ – светло-серый.

Корка (crusta) – засохшее отделяемое язв, эрозий. Особенно часто образуется при поражении красной каймы губ.

Эрозия (erozia) – образуется после отпадения корки. Дно эрозии – эпителий или сосочковый слой соединительнотканной основы слизистой оболочки. Заживает, не оставляя следа. Однако в приротовой области иногда после заживления эрозии может иметь место пигментация.

Нарушение процессов ороговения при предраковых поражениях.

В основе ороговения (кератинизации) лежат процессы формирования в клетках комплекса кератогиалин+тонофибриллы с образованием кератиновых фибрилл. Образующееся при этом роговое вещество состоит из кератина, кератогиалина и жирных кислот.

Различают физиологическое и патологическое ороговение. Первое происходит в эпидермисе и выполняет защитную функцию. Образующийся при этом роговой слой состоит из большого количества рядов плоских безъядерных клеток – роговых чешуек. Ороговение клеток эпидермиса протекает постепенно – начинается с базальных эпидермиоцитов и заканчивается образованием полностью ороговевших клеток рогового слоя.

Физиологическое ороговение эпидермиса происходит постоянно и сопровождается постоянным отторжением ороговевших поверхностных чешуек.

Патологическое ороговение проявляется в виде дис-, гипер- и паракератоза, а также наблюдается там, где роговой слой в норме не образуется. Склонность слизистой рта к повышенному ороговению объясняется ее происхождением из эктодермы.

Кератозы – группа заболеваний кожи и слизистых оболочек не воспалительного характера, характеризующиеся утолщением ороговевшего и образованием рогового слоя.

Дискератоз – нарушение процесса ороговения, выражающееся патологической кератинизацией отдельных эпидермальных клеток, лишенных межклеточных контактов и хаотично расположенных во всех отделах эпидермиса.

Гиперкератоз – чрезмерное утолщение рогового слоя эпидермиса, в результате избыточного образования кератина.

Паракератоз – нарушение процесса ороговения, связанное с потерей способности клеток эпидермиса вырабатывать кератогиалин. При этом отмечается утолщение рогового и частичное или полное исчезновение зернистого слоя.

Акантоз – утолщение эпидермиса кожи и эпителия слизистой оболочки за счет усиления пролиферации базальных и шиповидных клеток.

Приложение 4

Схема-топограмма СОПР (Roed-Petersen & Renstrup, 1969) для топографирования зон локализации элементов поражения в модификации Гилевой О.С. и соавт. (РП № 2436 от 22.02.08) с цветовой кодировкой зон поражения по ТК ВОЗ.

Приложение 5

Дополнение к карте для определения пародонтологического статуса пациента

Приложение 6

Алгоритмы определения индексов.

Индекс гигиены Грин – Вермиллиона.

Представляет собой двойной индекс, т.е. состоящий из двух компонент:

первая компонента-это индекс зубного налета (**DI-S**)

вторая компонента-это индекс зубного камня (**CI-S**)

Метод: Исследования проводят на вестибулярной поверхности зубов 16 11 26 31 и язычной поверхности зубов 36 и 46 с помощью стоматологического зонда и применения красителей. (флуоресцин натрия, эритрозин, синий цвет, флоксин В).

Критерии оценки DI-S:

0-нет налета

1-налет покрывает не более $\frac{1}{3}$ поверхности зуба

2-налет покрывает от $\frac{1}{3}$ до $\frac{2}{3}$ поверхности зуба

2-если кровоточивость возникает или сразу после проведения кончиком зонда по стенке бороздки, или в пределах 30с.

3-если кровоточивость пациент отмечает при приеме пищи или чистке зубов.

Значение индекса = сумма показателей всех зубов /число зубов.

Приложение 7

Специальные методы исследования СОР и красной каймы губ.

Стоматоскопия и хейлоскопия используются для диагностики поражений слизистой оболочки и красной каймы губ. Для этих целей используются кольпоскопы и фотодиагностоскопы. В последнем случае можно проводить фотосъемку. Применяется простая и расширенная стоматоскопия. При расширенной стоматоскопии для получения большей четкости рисунка применяют тот или иной способ витальной окраски.

Люминесцентное исследование — метод наблюдения вторичного свечения тканей при облучении ультрафиолетом с длиной волны 365 нм с помощью фотодиагностоскопа. В зависимости от вида и степени поражения наблюдают различной окраски и интенсивности цветные картины на слизистой оболочке. В этом плане перспективным для использования в диагностике предраковых заболеваний челюстно-лицевой области является метод трансиллюминации или трансиллюмоскопии, основанный на просвечивании тканей и оценке тенеобразований, возникающих при прохождении светового потока через объект исследования.

Методика трансиллюмоскопии. Световод осветителя ОС-150 с пучком «холодного» света (источник света — галогенная лампа накаливания 24 В, 150 В - А) подводят со стороны кожи в области проекции исследуемого патологического очага, а трансиллюминационные картины оценивают со стороны слизистой оболочки рта или красной каймы губ. Были определены возможности трансиллюмоскопии в исследовании состояния мягких тканей губ, щеки и языка. При этом обнаруживались теневые изображения патологических очагов (рака, папиллом, гемангиом, веррукозной лейкоплакии). Наряду с теневым рисунком очага выявлялись прилежащие сосуды.

Оптическая когерентная томография используется для диагностики предраковых состояний слизистой оболочки рта. В частности установлено, что данное исследование позволяет дифференцировать ороговеющую и неороговеющую слизистую оболочку, различать поверхностные (сосочки) и подповерхностные (кровеносные сосуды, железы) структуры слизистой оболочки рта позволяет улавливать структурные нарушения в результате развития патологии.

Радиоизотопное исследование используется для своевременного выявления начала малигнизации предопухолевых процессов (атипичные клетки интенсивно поглощают радиофармацевтические препараты).

Морфологическое исследование осуществляется цитологическим и гистологическим методами.

Цитологический метод диагностики предусматривает определение тонкой морфологической структуры клеток и их групп. Материал для исследования получают путем отпечатка, соскоба с эрозивной, язвенной поверхности или из свищевого хода, а также при помощи пункции из более глубоко расположенных опухолей, лимфатических узлов, кистозных и других полостей и из внутрикостных новообразований.

Гистологический метод основан на изучении тонкой морфологической структуры клеточного строения тканей организма. Материалом для исследования являются кусочки тканей, взятые оперативным путем специально для установления диагноза или удаленные во время оперативного лечения.

Иммуногистохимическое исследование выявляет клетки с повышенной митотической активностью, свидетельствующие о возможной малигнизации, позволяет определить иммунофенотип опухоли, исследовать ее биологические свойства, определить молекулярно-биологические факторы прогноза.

Приложение 8

Методика взятия биопсийного материала с участка слизистой оболочки рта

Биопсия — метод получения ткани живого организма для морфологического исследования с диагностической целью.

Существует несколько способов диагностических биопсий, используемых в стоматологии:

- **при инцизионной биопсии** иссекается только часть новообразования (при этом размеры иссекаемого фрагмента должны быть не меньше 1,0 x 1,0 см, иначе возникают трудности в трактовке морфологической картины для патологоанатома);
- **эксцизионная биопсия** – хирургическая операция, при которой для исследования удаляется полностью патологический очаг, примером может служить удаление папиллом, фибром, кист, смешанных опухолей, при этом в большинстве случаев диагностика и лечение проводятся одновременно;
- **трепанобиопсия** предполагает забор патологического материала из кости с помощью трепана;
- **пункционная биопсия** выполняется специальными иглами (например, игла Пятницкого), позволяющими получить столбик ткани. Применяется она при глубоко расположенных новообразованиях. Этот вид биопсии можно использовать для морфологического исследования увеличенных лимфатических узлов.

Материал, заготовленный для гистологического исследования, погружают в 10% раствор формалина. Количество фиксирующей жидкости должно быть достаточно большим и превосходить кусочек ткани в 10 раз и более. Погружение ткани в формалин необходимо производить сразу после забора материала, не допуская его подсыхания. Целесообразно использовать свежий раствор формалина; хранение его на свету приводит к снижению фиксирующих свойств. Фиксированный в формалине материал немедленно маркируется с указанием фамилии имени и отчества больного, фамилии врача, выполнившего биопсию, даты ее выполнения и направляется в морфологическую лабораторию, где производится его дальнейшая обработка.

Приложение 9

Контролируемая чистка зубов

С целью выработки у пациента навыков ухода за ртом (чистки зубов) и максимально эффективного удаления мягкого зубного налета с поверхностей зубов обучают пациента приемам гигиены рта. Технику чистки зубов демонстрируют на моделях. Индивидуально подбирают средства гигиены рта. Обучение навыкам гигиены рта способствует предупреждению развития воспалительных заболеваний пародонта (уровень убедительности доказательств В).

Контролируемая чистка зубов - чистка зубов, которую пациент осуществляет самостоятельно в присутствии специалиста (врача-стоматолога, гигиениста стоматологического) в стоматологическом кабинете или комнате гигиены рта, при наличии необходимых средств гигиены и наглядных пособий. Цель данного мероприятия — коррекция недостатков техники чистки зубов. Контролируемая чистка зубов позволяет добиться эффективного поддержания уровня гигиены рта (уровень убедительности доказательств В).

Профессиональная гигиена рта включает удаление с поверхности зуба мягких и твердых зубных отложений и позволяет предотвратить развитие воспалительных заболеваний пародонта (уровень убедительности доказательства).

Алгоритм обучения гигиене рта

Врач-стоматолог или гигиенист стоматологический определяет гигиенический индекс, затем демонстрирует пациенту технику чистки зубов зубной щеткой, межзубными ершиками и зубными нитями, используя модели зубных рядов, или другие демонстрационные средства.

Существуют разные методы чистки зубов, основанные на круговых, вибрирующих, горизонтальных и вертикальных движениях. Однако важна не сама техника, а эффективность очищения, последовательность процедуры и отсутствие вредного воздействия. Пациентам с хроническими заболеваниями СОР рекомендуются мануальные зубные щетки средней (в стадии ремиссии) жесткости или мягкие зубные щетки из искусственной щетины (при

обострении), а также электрические зубные щетки.

Чистку зубов начинают с участка в области верхних правых жевательных зубов, последовательно переходя от сегмента к сегменту. В таком же порядке проводят чистку зубов на нижней челюсти.

Следует обращать внимание на то, что рабочая часть зубной щетки должна располагаться под углом 45° к зубу, производить очищающие движения от десны к зубу, одновременно удаляя налет с зубов и десен. Жевательные поверхности зубов очищают горизонтальными (возвратно-поступательными) движениями так, чтобы волокна щетки проникали глубоко в фиссуры и межзубные промежутки. Вестибулярную поверхность фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей очищать такими же движениями, как моляры и премоляры. При чистке оральной поверхности ручку щетки располагают перпендикулярно к окклюзионной плоскости зубов, при этом волокна должны находиться под острым углом к зубам и захватывать не только зубы, но и десну. Завершают чистку круговыми движениями зубной щетки при сомкнутых челюстях, осуществляя массаж десен. Выбор зубной пасты (лечебной, лечебно-профилактической или профилактической) определяется состоянием пародонта и стадией патологии СОР. При обострении процесса не рекомендуется использование зубных паст высокой степени абразивности или содержащих лаурилсульфат натрия в концентрации выше 1,5%; при сочетанных воспалительных заболеваниях пародонта рекомендуются зубные пасты с антимикробными компонентами (триклозан, фторид олова и др.)

Для качественной чистки контактных поверхностей зубов необходимо использовать межзубные ершики и зубные нити, для очищения поверхности языка – специальные зубные щетки с подушечкой для чистки языка, скребки для языка. По показаниям рекомендуется использование ополаскивателей, не содержащих спирт, ирригаторов для очищения труднодоступных участков слизистой полости рта.

Индивидуальный подбор средств гигиены рта осуществляется с учетом стоматологического статуса пациента (состояния твердых тканей зубов и тканей пародонта, наличия зубочелюстных аномалий, съемных и несъемных ортодонтических и ортопедических конструкций).

С целью закрепления полученных навыков проводят контроль индивидуальной гигиены рта (контролируемая чистка зубов).

Алгоритм контролируемой чистки зубов

Контролируемая чистка зубов - это чистка зубов, которую пациент осуществляет самостоятельно в присутствии врача-стоматолога или гигиениста стоматологического.

Первое посещение

— Обработка зубов пациента окрашивающим средством, определение гигиенического индекса, демонстрация пациенту с помощью зеркала мест наибольшего скопления зубного налета.

— Чистка зубов пациентом в его обычной манере.

— Повторное определение гигиенического индекса, оценка эффективности чистки зубов (сравнение показателей индекса гигиены до и после чистки зубов), демонстрация пациенту с помощью зеркала окрашенных участков, где зубной налет не был удален при чистке.

— Демонстрация правильной техники чистки зубов на моделях, рекомендации пациенту по коррекции недостатков гигиенического ухода за ртом, использованию зубных нитей и дополнительных средств гигиены (специальных зубных щеток, зубных ершиков, монопучковых щеток, ирригаторов — по показаниям).

Следующее посещение

Определение гигиенического индекса, при неудовлетворительном уровне гигиены рта — повторение процедуры. Пациента информируют о необходимости являться на профилактический осмотр к врачу при возникновении кровоточивости десен, но не реже 1 раза в год.

Алгоритм профессиональной гигиены рта и зубов

Этапы профессиональной гигиены:

— обучение пациента индивидуальной гигиене рта;

— контролируемая чистка зубов;

— удаление зубных отложений;

— полирование поверхностей зубов;

— устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета;

— аппликации реминерализующих и фторидсодержащих средств;

— мотивация пациента к профилактике и лечению стоматологических заболеваний.

При удалении зубных отложений (зубной камень, мягкий зубной налет) следует соблюдать ряд условий:

— провести обработку рта раствором антисептика;

— при выраженной гиперестезии зубов и отсутствии общих противопоказаний удаление зубных отложений нужно проводить под местным обезболиванием;

Для удаления налета и полирования поверхностей зубов используют резиновые колпачки, для жевательных поверхностей — вращающиеся щеточки, для контактных поверхностей — вращающиеся ершики, резиновые конусы, суперфлоссы, флоссы и абразивные штрипсы.

Полировочную пасту следует использовать, начиная с крупнодисперсной и заканчивая мелкодисперсной. При обработке поверхностей имплантатов следует использовать мелкодисперсные полировочные пасты и резиновые колпачки

Необходимо устранить факторы, способствующие скоплению зубного налета: удалить нависающие края пломб и неправильно изготовленные ортопедические конструкции, провести повторное полирование пломб.

Периодичность проведения профессиональной гигиены полости рта и зубов зависит от стоматологического статуса пациента (гигиенического состояния полости рта, интенсивности кариеса зубов, состояния тканей пародонта, наличия несъемной ортодонтической аппаратуры и стоматологических имплантатов). Минимальная периодичность проведения профессиональной гигиены — 2 раза в год.

Приложение 10

Форма добровольного информированного согласия пациента при выполнении протокола приложение к медицинской карте № _____

Пациент (законный представитель пациента) информирован о результатах обследования, диагнозе, о цели медицинского вмешательства и его последствиях, применяемых и альтернативных методах лечения, предполагаемых результатах лечения, ознакомлен с комплексным планом лечения, предупрежден о возможных осложнениях во время и после лечения и дает добровольное согласие на медицинское вмешательство.

При этом пациент понимает, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество оказываемой медицинской помощи. Повлечет за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья.

ФИО пациента (законный представитель пациента) _____

ФИО врача _____

«___» _____ 20__ г.

Приложение 10

Дополнительная информация для пациента:

1. В острый период заболевания зубы необходимо чистить мягкой зубной щеткой с пастой

два раза в день. После еды следует полоскать рот для удаления остатков пищи.

2. При возникновении кровоточивости при чистке зубов нельзя прекращать гигиенические процедуры. Если кровоточивость не проходит в течение 3- дней, необходимо обратиться к врачу.

3. Профессиональная гигиена должна проводиться не реже 1 раза в 6 месяцев у лечащего врача-стоматолога.

4. Если после проведения профессиональной гигиены появилась повышенная чувствительность твердых тканей зубов, использовать специальные зубные пасты для снижения чувствительности зубов и обратиться к своему лечащему врачу-стоматологу.

5. Обязательно посещать плановые осмотры.

6. Необходимо полноценное и своевременное восстановление дефектов зубов и зубных рядов.

7. Устранение или нейтрализация действия профессиональных вредных факторов на пародонт.

8. Оздоровление условий труда, отдыха, питания и здоровый образ жизни.

Приложение 11

Анкета пациента

ФИО _____ Дата заполнения

Как Вы оцениваете Ваше общее самочувствие на сегодняшний день?

Отметьте, пожалуйста, на шкале значение, соответствующее состоянию Вашего здоровья.

Список литературы:

1. Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Ломиашвили Л.М. Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ. / Учебное пособие, Москва, Медицинская книга, издательство «Стоматология» г.Омск, - 2008. -194 с.: ил.
2. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.Медицинская литература, 2007. – 417 с.: ил.
3. Банченко Г.В., Рыбаков А.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта /Монография. М., «Медицина», 1978, 232 с., ил.
4. Борк К. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение. Атлас и руководство: пер. с нем./Борк К., Бургдорф В., Хеде Н. - М.: Мед. лит., 2011. – 448 стр.: ил.
5. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология /Учебник, МИА –М.2007. – 840 с.: ил.
6. Гилева О.С., Смирнова Е.Н., Позднякова А.А. и др. Структура, факторы риска и

- клинические особенности заболеваний слизистой полости рта (по данным лечебно-консультативного приема). Пермский медицинский журнал. – 2012. - №6, том 29. – с.18-24.
7. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта. /Учебное пособие, ОАО «Стоматология», Москва, 2001.- 271 с., ил.
8. Дмитриева Л.А., Максимовский Ю.М. Терапевтическая стоматология: национальное руководство. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 912 с. – (Серия «Национальные руководства»).
9. Ксембаев С.С., Нестеров О.В. Предраки слизистой оболочки рта, красной каймы губ и кожи лица. – изд. 2-е дополненное. – Казань: Издательство «Отечество», 2011. – 112 с.
10. Ласкарис Д. Лечение заболеваний слизистой оболочки рта: Руководство для врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 304 с.: ил.
11. Машкиллейсон А.Л., Расулов М.М. Клиника, диагностика, лечение и профилактика лейкоплакии слизистой оболочки полости рта. /Методические рекомендации Москва, 1978,- 11с.
12. Машкиллейсон А.Л. Совершенствование лечения лейкоплакий слизистой оболочки рта / Методические рекомендации 1985, М. С. -3-6.
13. Морозова С.И., Савельева Н.А. Заболевания слизистой оболочки рта. /Атлас. Москва-МИА 2012, - 272с.: ил.
14. Островский А.Д. Диссертация «Возможности оптической когерентной томографии в диагностики процесса пара- и гиперкератоза СОПР», 2008г.
15. Поддубная И.В. Онкология. Справочник практикующего врача. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 768с. ; ил.
16. Поражения слизистой оболочки ротовой полости белого цвета
(лейкоплакия, плоский лишай) : учеб.-метод. пособие / Л.Н. Дедова [и др.]. – Минск: БГМУ, 2010. – 43с.
17. Рабинович И.М., Рабинович О.Ф., Островский А.Д., Новые возможности диагностики лейкоплакии слизистой оболочки полости рта. // Стоматология. -2007. – Спецвыпуск. – с. 37-40.
18. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Разживина Н.В., Банченко Г.В. – М., 2008. -14 с.
19. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология / Учебник, - 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ОАО Издательство «Медицина», 2010. – 688с.: ил.
20. Рыбаков А.И., Банченко Г.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта М., «Медицина», 1978, 232 с., ил.

21. Сильвермен С. Заболевания полости рта / Сол Сильвермен, Л. Рой Эверсоул, Эдмонд Л. Трулав ; пер. с англ. – М. : МЕДпресс-информ, 2010. – 472 с. : ил.
22. Стоматологическая документация на специализированном приеме больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта: Методические рекомендации для врачей - стоматологов. – Пермь, 2008. – 18 с. (Гилева О.С., Новиков А.Ю., Белева Н.С. и др.).
23. Фомина Ю.В., Гажва С.И. Оптическая когерентная томография в диагностике заболеваний слизистой оболочки рта / Нижегородский медицинский журнал – приложение «Стоматология». – 2003. – с.122-124.
24. Шебеко Л.В., Н.Э. Кедич Роль врача-стоматолога в профилактике онкологических заболеваний / УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, 2011г.
25. Vanoczy J. Oral leukoplakia. Akademiai Kiado, Budapest, 1982, 231 p

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ)

ПРИ ДИАГНОЗЕ ПЕРИКОРОНИТ

*Утверждены Постановлением № 11
Совета Ассоциации общественных объединений
«Стоматологическая ассоциация России»
от 26 сентября 2017 года*

Клинические рекомендации (протоколы лечения) при заболевании «Перикоронит» разработаны Московским государственным медико-стоматологическим университетом имени А. И. Евдокимова» Минздрава РФ (Ревазова З.Э.), Центральным научно-исследовательским институтом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава РФ (Вагнер В.Д., Семкин В.А., Ашуев Ж.А., Смирнова Л.Е.).

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Перикоронит» предназначены для применения в системе здравоохранения Российской Федерации.

II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящих Клинических рекомендациях (протоколах лечения) использованы ссылки на следующие документы:

- Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.
- Постановление Правительства Российской Федерации «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» от 05 ноября 1997 г. № 1387 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).
- Постановление Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» от 26 октября 2012 г. № 1074.
- Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» от 07 декабря 2011 г. № 1496н.
- Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» от 27 декабря 2011 г. № 1664н.

III. ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящих Клинических рекомендациях (протоколах лечения) использованы следующие обозначения и сокращения:

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем Всемирной организации здравоохранения десятого пересмотра.

МКБ–С – Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10.

НПВС - Нестероидные противовоспалительные средства

АТХ - Анатомо-терапевтическо-химическая классификация

IV. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Перикоронит» разработаны для решения следующих задач:

- установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных с перикоронитом;
- унификация разработки базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным с перикоронитом;
- обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинской организации.

Область распространения настоящих Клинических рекомендаций (протоколов лечения) -- медицинские организации всех уровней и организационно-правовых форм, оказывающие медицинскую стоматологическую помощь.

В настоящем документе используется шкала убедительности доказательств данных:

1. **Доказательства убедительны:** есть веские доказательства предлагаемому утверждению.
2. **Относительная убедительность доказательств:** есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение.
3. **Достаточных доказательств нет:** имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендаций, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.
4. **Достаточно отрицательных доказательств:** имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения в определенных условиях данного лекарственного средства, материала, метода, технологии.
5. **Веские отрицательные доказательства:** имеются достаточно убедительные доказательства того, чтобы исключить лекарственное средство, метод, методику из рекомендаций.

Доказательства разделяются на несколько уровней:

А. Доказательства, полученные в проспективных, но не рандомизированных исследованиях.

В. Доказательства, полученные в больших проспективных, но не рандомизированных исследованиях.

С. Доказательства, полученные в ретроспективных не рандомизированных исследованиях на большой группе.

Д. Доказательства, полученные в исследованиях на ограниченном числе больных.

Е. Доказательства, полученные на отдельных больных.

V. ВЕДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ)

Ведение Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Перикоронит» осуществляется ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России и Московским государственным медико-стоматологическим университетом им. А. И. Евдокимова Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова Минздрава России). Система ведения предусматривает их взаимодействие со всеми заинтересованными организациями.

VI. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

В настоящее время перикоронит является распространенным заболеванием зубочелюстной системы. В общей структуре оказания медицинской помощи больным в стоматологических медицинских организациях это заболевание встречается до 60-80% случаев прорезывания третьего моляра на нижней челюсти. Перикоронит при несвоевременном или неправильном лечении может стать причиной развития периостита, абсцессов и флегмон в прилегающих околочелюстных мягких тканях, остеомиелита.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Перикоронит – это воспаление мягких тканей, окружающих коронку зуба при его неполном или затрудненном прорезывании, чаще развивается в области нижнего третьего моляра.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЕРИКОРОНИТА

По клиническому течению воспалительного процесса различают острый и хронический перикоронит. Острый перикоронит может быть катаральным и гнойным.

Катаральная форма острого перикоронита:

Общее состояние	Удовлетворительное, температура тела нормальная
Жалобы	Боль при жевании в области прорезывающегося нижнего третьего моляра
Внешний осмотр	Отека околочелюстных тканей нет. Открывание рта свободное, в полном объеме
Пальпация	Могут определяться увеличенные и болезненные лимфатические узлы в поднижнечелюстной области.
Осмотр рта	Нависающий край десны гиперемирован, отечен. Видны только один или

	несколько бугров зуба. В некоторых случаях вся коронка зуба находится под «капюшоном», из-под которого выделяется серозный экссудат, пальпация десны над «капюшоном» болезненная.
Рентгенограмма	На рентгенограмме боковой проекции нижней челюсти патологические изменения отсутствуют. Можно судить о положении зуба в окружающих тканях.
Исход	Протекает благоприятно и при своевременном лечении быстро купируется.

Гнойная форма острого перикоронита:

Общее состояние	Общее состояние больного ухудшается, температура тела повышается до 37, 5—38, 0°С.
Жалобы	Сильная постоянная боль за вторым моляром, усиливающаяся при жевании, иррадирующая в ухо, висок. Появляется боль при глотании.
Внешний осмотр	Открывание рта затрудненное, ограниченное, болезненное (воспалительная контрактура легкой степени до 3-4 см). Различают три степени воспалительной контрактуры. При первой степени открывание рта слабо ограничено и возможно в пределах 3—4 см между режущими поверхностями верхних и нижних центральных зубов; при второй — отмечается ограничение открывания рта в пределах 1—1, 5 см; при третьей — рот открывается менее чем на 1 см.
Пальпация	Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны при пальпации.
Осмотр рта	Слизистая оболочка вокруг нижнего третьего моляра и непосредственно «капюшона» гиперемирована, отечна. Гиперемия и отек слизистой оболочки распространяются на небно-язычные дужки, щеки, мягкое небо. Пальпация «капюшона» болезненна, из-под него выделяется гнойный экссудат.
Рентгенограмма	На нижней челюсти в боковой проекции может наблюдаться зона деструкции костной ткани с нечетким контуром в области зачатка или корней нижнего третьего моляра.
Исход	При своевременном лечении благоприятный. При распространении гнойной инфекции возможны осложнения от язвенного гингивита до околочелюстных флегмон.

Хронический перикоронит характеризуется повторными воспалительными изменениями

слизистой оболочки вокруг непрорезавшегося нижнего третьего моляра.

Общее состояние	Общее состояние удовлетворительное.
Жалобы	Затрудненное жевание на стороне поражения, болезненность

	«капюшона» над нижним третьим моляром, неприятный запах изо рта.
Внешний осмотр	Десна над «капюшоном» изъязвлена, имеются рубцовые изменения, может выделяться экссудат. Открывание рта затрудненное, ограниченное, болезненное.
Пальпация	Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны при пальпации.
Осмотр рта	Слизистая оболочка вокруг «капюшона» гиперемирована, отечна, болезненная при пальпации.
Рентгенограмма	Очаг разрежения имеет четкую полулунную форму. Деструкция кости от коронки зуба распространяется вдоль корня.
Исход	При своевременном лечении - благоприятный. При распространении гнойной инфекции возможны осложнения от язвенного гингивита до окологлазничных флегмон.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРИКРОНИТА

В классификации по МКБ-С перикоронит включен в рубрику К05 Гингивит и болезни пародонта.

К05.22 - Острый перикоронит

К05.32 - Хронический перикоронит

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИКРОНИТА

Диагностика перикоронита производится путем сбора анамнеза, клинического осмотра и дополнительных методов обследования.

Главная задача при диагностике заключается в определении формы клинического течения, распространенности, тяжести и характера течения перикоронита, выявлении эндогенных и экзогенных факторов. Кроме того, диагностика дополнительно должна быть направлена на выявление факторов, которые препятствуют немедленному началу амбулаторного лечения. Такими факторами могут быть:

- наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых для лечения;
- сопутствующие заболевания, отягощающие лечение;
- острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;
- угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения), развившиеся менее чем за 6 месяцев до момента обращения за стоматологической помощью и другие тяжелые общесоматические состояния;
- отказ пациента от лечения.

Дополнительным методом исследования является рентгенологическое исследование.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПЕРИКРОНИТА

Принципы лечения больных с перикоронитом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- устранение боли;
- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;
- сохранение и восстановление функциональной способности всей зубочелюстной системы;
- предупреждение развития острых одонтогенных воспалительных патологических процессов в околозубных и околочелюстных тканях;
- повышение качества жизни пациентов.

Комплекс лечебных мероприятий проводят преимущественно в условиях поликлиники. Принимают во внимание выраженность воспалительных явлений, общую и местную картину заболевания, а также рентгенологические данные.

В первую очередь необходимо ликвидировать острые воспалительные явления.

При лечении острого перикоронита (катаральная форма) достаточна только обработка пространства под «капюшоном» антисептическими растворами из шприца с затупленной иглой и наложение антисептических, болеутоляющих и кровоостанавливающих повязок или приподнимание и ретротранспозиция «капюшона» кзади полоской марли, смоченной йодоформной жидкостью. В случаях, когда места в позадимоллярной ямке недостаточно для прорезывания зуба или он смещен в какую-либо сторону, воспаление повторяется, тогда проводят операцию удаления нижнего третьего моляра.

При гнойном перикороните проводят операцию перикоронаротомии — рассечение «капюшона». Под рассеченный «капюшон» вводят небольшую тонкую полоску марли, пропитанной йодоформной жидкостью, турунду с препаратом, улучшающий трофику и регенерацию тканей.

Показан прием внутрь противовоспалительных и антигистаминных средств.

После стихания воспалительных явлений необходимо на основании клинических и рентгенологических данных решить вопрос о сохранении нижнего третьего зуба. Если для зуба в альвеолярной части челюсти достаточно места, то причиной затрудненного прорезывания является плотная слизистая оболочка, покрывающая его коронку. В этих случаях проводят полное иссечение «капюшона». Эту операцию осуществляют под инфильтрационной анестезией. Слизистую оболочку иссекают скальпелем или изогнутыми ножницами, можно использовать конхотом, лазерный скальпель, применить криодеструкцию.

При неправильном положении зуба, недостатке места в альвеолярной части челюсти, деструкции костной ткани у шейки зуба и по ходу корня, рецидивах воспалительного

процесса зуб подлежит удалению.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПЕРИКРОНИТОМ

Лечение пациентов с перикоронитом проводится в стоматологических медицинских организациях в амбулаторно-поликлинических условиях.

Перечень стоматологического оборудования, материалов и инструментов, необходимых для работы врача, представлены в Приложении 1.

Оказание помощи больным с перикоронитом осуществляется в врачами-стоматологами-хирургами и врачами-стоматологами общей практики или зубными врачами. В процессе оказания помощи принимают участие врачи-физиотерапевты и средний медицинский персонал.

VII. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ)

7.1. Модель пациента

Нозологическая форма: острый перикоронит

Стадия: любая

Фаза: острая

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-С: K05.22

7.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- боль при жевании;
- гиперемия и отек слизистой оболочки в области нижних третьих моляров и ретромолярной области;
- наличие экссудата: серозного при катаральной форме, гнойного при гнойной форме;
- увеличение регионарных лимфатических узлов;
- возможно затруднение открывания рта;
- повышение температуры тела, недомогание;
- изменение конфигурации лица за счет коллатерального отека мягких тканей в области причинного зуба.

7.1.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.1.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта	1
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
V01.064.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	1
V01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	1
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	1
A06.07.004	Ортопантомография	по потребности
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	по потребности
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	1
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	1
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	1
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	1

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.1.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые

исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб, аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний.

Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области нижнего третьего моляра, в ретромолярной области, их характер, сроки появления, когда пациент обратил внимание на появление дискомфорта. Выясняют - осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за ртом.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре челюстно-лицевой области обращают внимание на конфигурацию лица, наличие коллатерального отека. Может возникнуть отечность в области угла нижней челюсти на стороне причинного зуба, проводят пальпацию поднижнечелюстных лимфатических узлов, жевательных мышц, слюнных желез и височно-нижнечелюстного сустава. Оценивают степень открывания рта и болезненность.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов. Детально обследуют область третьих моляров, правильное или неправильное их расположение в альвеолярной части

челюсти; достаточно или недостаточно места для их прорезывания и их взаимодействие с зубами-антагонистами.

Оценивают состояние слизистой оболочки вокруг нижнего третьего моляра, который может быть покрыт гиперемированным и отечным «капюшоном».

Определяют гигиенический и пародонтологический индексы.

В качестве дополнительного метода исследования используют рентгенологический метод исследования.

7.1.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта	1
A15.07.002	Наложение повязки при операциях на органах полости рта	по потребности
A16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани	1

A16.07.001	Удаление зуба	по потребности
A16.07.024	Операция удаления непрорезавшегося, дистопированного или сверхкомплектного зуба	по потребности
A16.07.058	Лечение перикоронита (промывание, рассечение или иссечение капюшона)	по потребности
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов	по потребности
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	по потребности
A17.07.005	Магнитотерапия при патологии полости рта и зубов	по потребности
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта	по потребности
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	по потребности
A17.07.009	Воздействие электрическими полями (КВЧ) при патологии полости рта и зубов	по потребности
A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов	по потребности
A17.07.011	Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов	по потребности
A17.07.012	Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов	по потребности
A17.07.013	Воздействие магнитными полями при патологии полости рта и зубов	по потребности
V01.003.004.004	Аппликационная анестезия	1
V01.003.004.002	Проводниковая анестезия	по потребности
V01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	по потребности
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	по потребности
V01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	по потребности
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	по потребности
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления (рассечение капюшона)	по потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	по потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.1.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной

помощи

Немедикаментозная помощь при острых формах перикоронита предполагает проведение экстренных мероприятий, направленных на устранение или снижение воспаления (рассечение «капюшона»). Дальнейшее лечение в плановом порядке.

Характеристики алгоритмов и особенностей проведения хирургических вмешательств представлены в Приложении 2.

Алгоритм проведения физиотерапевтических процедур

Назначают тепловые процедуры: ванночки, полоскание рта, ингаляции, физические методы лечения: УВЧ, микроволновую терапию по 5-7 процедур, излучение гелий-неонового или инфракрасного лазера (5-7 сеансов). При отечности околочелюстных мягких тканей, лимфадените показано светолечение инфракрасной лампой, лазерное воздействие, наружные мазевые повязки. После стихания воспалительных явлений необходимо с учетом клинических и рентгенологических данных решить вопрос о сохранении нижнего третьего моляра.

7.1.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Частота назначения
Противомикробные: антибиотики, сульфаниламиды, производные нитрофурана, противовирусные препараты и т.д., антисептики (группа галогенов, окислители, кислоты и щелочи, спирты, фенолы, красители, дегти, смолы и т.д.).	по потребности
Местный анестетик	по потребности
Антигистаминные препараты	по потребности
Нестероидные противовоспалительные средства	по потребности
Органотропные средства Эубиотик	по потребности
Гормональные препараты	по потребности

7.1.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

По показаниям назначают антибактериальные, противовоспалительные и антигистаминные средства.

Органотропные средства

В случаях применения антибиотиков назначают органотропные средства, нормализующие микрофлору кишечника.

Антисептические средства

Антисептические средства используются в виде полоскания, ванночек (применяют 7-10 дней).

Анестетики, используемые для местной анестезии

Для каждого оперативного вмешательства выбирать тот анестетик, который показан больному с точки зрения функционального состояния его организма, наличия сопутствующих заболеваний и степени их компенсации, характера предстоящего вмешательства.

Противомикробные препараты для системного применения

Назначают при перикороните, сопровождающимся соматической патологией, агрессивным течением.

Нестероидные противовоспалительные препараты

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) в хирургической практике назначают как противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее действие и антиагрегантное.

7.1.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

В случае острого перикоронита или сложного удаления нижнего третьего моляра (затрудненное открывание рта) больному выдается листок нетрудоспособности. Необходимо наблюдение за пациентом до полного стихания воспалительного процесса в течение от 3 до 5 дней. Не перегревать организм. Исключить физические нагрузки.

7.1.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Пациенту после операции удаления нижнего третьего моляра в обязательном порядке явиться на следующий день для осмотра к врачу-стоматологу. В случае сохранения зуба посещение назначают минимум один раз в полгода для проведения профилактических осмотров и гигиенических мероприятий.

7.1.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

В день хирургического вмешательства не рекомендовано принимать пищу в течение двух часов после операции, также не следует жевать на прооперированной стороне, избегать приема грубой, горячей пищи.

7.1.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении

клинических рекомендаций (протоколов лечения) представлена в Приложении 3.

7.1.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

Подробные рекомендации приведены в алгоритмах к каждому виду вмешательства

7.1.14. Правила изменения требований при выполнении клинических рекомендаций (протоколов лечения) и прекращении действия их требований

При выявлении признаков другого заболевания наряду с перикоронитом, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего перикорониту;
- б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.1.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	70	Восстановление внешнего вида слизистой оболочки десневого края	После лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу перикоронита
Стабилизация	15	Отсутствие отрицательной динамики	После лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу перикоронита
Развитие осложнений	10	Появление новых поражений или осложнений, несмотря на проводимое лечение (например, рецидив, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	5	Воспалительный процесс распространяется на клетчатку и надкостницу позадиомолярной ямки,	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

		который может привести к любым осложнениям по тяжести (периостит, флегмона), требующим в обязательном порядке удаление нижнего третьего моляра.	
--	--	---	--

7.1.16. Стоимостные характеристики клинических рекомендаций (протоколов лечения)

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.2. Модель пациента

Нозологическая форма: хронический перикоронит

Стадия - любая

Фаза - стабильное течение

Осложнение - без осложнений

Код по МКБ-10: K05.32

7.2.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- боль при жевании;
- гиперемия и отек слизистой оболочки в области нижних третьих моляров и ретромолярной области;
- выделение гнойного содержимого;
- увеличение регионарных лимфатических узлов;
- затруднение открывания рта;
- повышение температуры тела, недомогание;
- изменение конфигурации лица за счет коллатерального отека мягких тканей в области причинного зуба;

7.2.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения).

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.2.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность
-----	----------	-----------

		выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта	1
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
V01.064.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	1
V01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	1
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	1
A06.07.004	Ортопантомография	по потребности
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	по потребности
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	1
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	1
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	1
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	1

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.2.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

При сборе анамнеза заболевания уточняют, когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания, выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение). Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за ртом. Обращают внимание на гигиенические навыки пациента по уходу за ртом: когда, сколько раз в день чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет. Для контроля качества чистки зубов используют индикаторы зубного налета и индексы гигиены.

Выясняют аллергологический анамнез, перенесенные и сопутствующие заболевания.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

Осмотр начинают с внешнего осмотра и пальпации регионарных лимфатических узлов, слюнных желез, жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, свободно или затруднено открывание рта.

При осмотре рта обращают внимание на положение зуба с учетом возможности дальнейшего его сохранения.

Оценивают состояние слизистой оболочки, ее цвет, степень отека, степень увлажненности, наличие морфологических элементов поражения, характер слюны.

Проводят оценку состояния твердых тканей зубов.

В качестве дополнительных методов обследования применяют рентгенологическое обследование.

7.2.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта	1
A15.07.002	Наложение повязки при операциях на органах полости рта	по потребности
A16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани	по потребности
A16.07.001	Удаление зуба	по потребности
A16.07.024	Операция удаления непрорезавшегося, дистопированного или сверхкомплектного зуба	по потребности
A16.07.058	Лечение перикоронита (промывание, рассечение или иссечение капюшона)	по потребности
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов	по потребности
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	по потребности
A17.07.005	Магнитотерапия при патологии полости рта и зубов	по потребности
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта	по потребности
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	по потребности
A17.07.009	Воздействие электрическими полями (КВЧ) при патологии полости рта и зубов	по потребности

A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов	по потребности
A17.07.011	Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов	по потребности
A17.07.012	Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов	по потребности
A17.07.013	Воздействие магнитными полями при патологии полости рта и зубов	по потребности
V01.003.004.004	Аппликационная анестезия	1
V01.003.004.002	Проводниковая анестезия	по потребности
V01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	по потребности
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	по потребности
V01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	по потребности
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	по потребности
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления (рассечение капюшона)	по потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	по потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.2.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь включает хирургическое лечение (иссечение «капюшона», удаление зуба), а также направлена на устранение микробного фактора. Алгоритм хирургического лечения представлен в Приложении 2.

7.2.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Частота назначения
Противомикробные: антибиотики, сульфаниламиды, производные нитрофурана, противовирусные препараты и т.д., антисептики (группа галогенов, окислители, кислоты и щелочи, спирты, фенолы, красители, дегти, смолы и т.д.).	по потребности
Местный анестетик	по потребности
Антигистаминные препараты	по

	потребности
Нестероидные противовоспалительные средства	по потребности
Органотропные средства Эубиотики	по потребности
Гормональные препараты	по потребности

7.2.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Органотропные средства

В случаях применения антибиотиков назначают органотропные средства, нормализующие микрофлору кишечника.

Антисептические средства

Антисептические средства используются в виде полоскания, ванночек (применяют 7-10 дней).

Анестетики, используемые для местной анестезии

Для каждого оперативного вмешательства выбирать тот анестетик, который показан больному с точки зрения функционального состояния его организма, наличия сопутствующих заболеваний и степени их компенсации, характера предстоящего вмешательства.

Противомикробные препараты для системного применения

Назначают при перикороните, сопровождающимся соматической патологией, агрессивным течением.

Нестероидные противовоспалительные препараты

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) в хирургической практике назначают как противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее действие и антиагрегантное.

7.2.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

В случае хронического перикоронита или сложного удаления нижнего третьего моляра (затрудненное открывание рта) больному выдается листок нетрудоспособности. Необходимо наблюдение за пациентом до полного стихания воспалительного процесса в течение от 3 до 5 дней. Не перегревать организм. Исключить физические нагрузки.

7.2.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Подробные рекомендации приведены в алгоритмах к каждому виду вмешательства.

7.2.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

В день хирургического вмешательства не рекомендовано принимать пищу в течение двух часов, также не следует жевать на прооперированной стороне, избегать приема грубой, горячей пищи. Запрещено в этот день посещать баню.

7.2.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении клинических рекомендаций (протоколов лечения) представлена в Приложение 3.

7.2.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

Подробные рекомендации приведены в алгоритмах к каждому виду вмешательства

7.2.14. Правила изменения требований при выполнении клинических рекомендаций (протоколов лечения) и прекращении действия их требований

При выявлении признаков другого заболевания наряду с перикоронитом, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего перикорониту;
- б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.2.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Час-года развития, %	Критерии и признаки	Ориентиро-вочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	80	Восстановление внешнего вида слизистой оболочки десневого края	После лечения	Динамическое наблюдение 2 раза в год
Стабилизация	10	Отсутствие отрицательной динамики	После лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие осложнений	5	Появление новых поражений или	На любом этапе	Оказание медицинской

		осложнений, несмотря на проводимое лечение (например, рецидив, аллергические реакции)		помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	5	Воспалительный процесс распространяется на клет-чатку и надкостницу позадиомолярной ямки, который может привести к любым осложнениям по тяжести (периостит, флегмона), требующим в обязательном порядке удаление нижнего третьего моляра.	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

VIII. ГРАФИЧЕСКОЕ, СХЕМАТИЧЕСКОЕ И ТАБЛИЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ)

Не требуется.

IX. МОНИТОРИРОВАНИЕ

КРИТЕРИИ И МЕТОДОЛОГИЯ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ

ВЫПОЛНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ)

Мониторирование проводится на всей территории Российской Федерации.

Перечень медицинских организаций, в которых проводится мониторинг данного документа, определяется ежегодно учреждением, ответственным за мониторинг. Медицинская организация информируется о включении в перечень по мониторингованию протокола письменно. Мониторирование включает в себя:

- сбор информации: о ведении пациентов с перикоронитом в стоматологических медицинских организациях;
- анализ полученных данных;
- составление отчета о результатах проведенного анализа;
- представление отчета группе разработчиков клинических рекомендаций (протоколов лечения);

Исходными данными при мониторинге являются:

- медицинская документация — медицинская карта стоматологического больного (форма 043/у);
- тарифы на медицинские услуги;
- тарифы на стоматологические материалы и лекарственные средства.

По необходимости при мониторинге могут быть использованы иные документы.

В стоматологических медицинских организациях, определенных перечнем по мониторингу, раз в полгода на основании медицинской документации составляется карта пациента (Приложение 4) о лечении пациентов с перикоронитом, соответствующих моделям пациента в данных Клинических рекомендациях (протоколах лечения).

В анализируемые в процессе мониторинга показатели входят: критерии включения и исключения из Клинических рекомендаций (протоколов лечения), перечни медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортимента, перечни лекарственных средств

обязательного и дополнительного ассортимента, исходы заболевания, стоимость выполнения медицинской помощи по клиническим рекомендациям (протоколам лечения) и др.

ПРИНЦИПЫ РАНДОМИЗАЦИИ

В данных Клинических рекомендаций (протоколов лечения) рандомизация (медицинских организаций, пациентов и т. д.) не предусмотрена.

ПОРЯДОК ОЦЕНКИ И ДОКУМЕНТИРОВАНИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ И РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ

Информация о побочных эффектах и осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения больных, регистрируется в карте пациента (Приложение 4).

ПОРЯДОК ИСКЛЮЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА ИЗ МОНИТОРИРОВАНИЯ

Пациент считается включенным в мониторинг при заполнении на него карты пациента. Исключение из мониторинга проводится в случае невозможности продолжения заполнения карты (например, неявка на врачебный прием). В этом случае карта направляется в учреждение, ответственное за мониторинг, с отметкой о причине исключения пациента из Протокола.

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ОЦЕНКА И ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ)

Оценка выполнения проводится один раз в год по результатам анализа сведений, полученных при мониторинге.

Внесение изменений в Клинические рекомендации (протоколы лечения) проводится в случае

получения информации:

а) о наличии в Клинических рекомендациях (протоколах лечения) требований, наносящих урон здоровью пациентов,

б) при получении убедительных данных о необходимости изменений требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения) обязательного уровня.

Решение об изменениях принимается группой разработчиков. Введение изменений

требований клинических рекомендаций (протоколов лечения) в действие осуществляется на основании решения Совета Стоматологической Ассоциации России.

ПАРАМЕТРЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ)

Для оценки качества жизни пациента с перикоронитом, соответствующей моделям Протокола, используют аналоговую шкалу (приложение 5).

ОЦЕНКА СТОИМОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ) И ЦЕНЫ КАЧЕСТВА

Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

При мониторинговании Клинических рекомендаций (протоколов лечения) ежегодно проводится сравнение результатов выполнения его требований, статистических данных, показателей деятельности медицинских организаций.

ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ ОТЧЕТА

В ежегодный отчет о результатах мониторингования включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, предложения по актуализации Клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Отчет представляется в Стоматологическую Ассоциацию России учреждением, ответственным за мониторингование данных Клинических рекомендаций (протоколов лечения). Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати.

Приложение 1

Стандарт оснащения отделения (кабинета) хирургической стоматологии стоматологической поликлиники

№ п/п	Наименование	Количество, шт.
1.	Автоклав (стерилизатор паровой) при отсутствии центральной стерилизационной	1 на отделение (кабинет)
2.	Аквадистиллятор (медицинский) при отсутствии центральной стерилизационной	1 на отделение (кабинет)
3.	Автоклав для наконечников (стерилизатор паровой настольный)	1 на кабинет
4.	Аппарат для снятия зубных отложений ультразвуковой (скейлер) при отсутствии в МРУ и УС	1 на кабинет
5.	Аспиратор (отсасыватель) хирургический при отсутствии в МРУ и УС	1 на рабочее место врача
6.	Биксы (коробка стерилизационная для хранения стерильных инструментов и материала)	по требованию
7.	Бормашина стоматологическая портативная при отсутствии МРУ и УС с микромотором	1 на кабинет
8.	Бормашина стоматологическая портативная с физиодиспенсером	1 на отделение
9.	Боры стоматологические для прямого и углового наконечника	по требованию не менее 10 наименований по 2 каждого наименования
10.	Диатермокоагулятор хирургический, стоматологический при отсутствии в МРУ и УС	1 на кабинет
11.	Долота и остеотомы медицинские в ассортименте	по требованию не менее 2 наименований по 2 каждого наименования
12.	Зажим кровоостанавливающий в ассортименте	не менее 3 наименований на рабочее место врача
13.	Инъектор стоматологический, для карпульной анестезии	не менее 5 на рабочее место врача
14.	Инъектор стоматологический универсальный, дозирующий, для карпульной анестезии	не менее 2 на кабинет
15.	Изделия одноразового применения: - шприцы и иглы для инъекций, - скальпели в ассортименте,	по требованию

	<ul style="list-style-type: none"> - маски, - перчатки смотровые, диагностические, хирургические, бумажные нагрудные салфетки для пациентов, - полотенца для рук в контейнере, - салфетки гигиенические, - медицинское белье для медицинского персонала, - перевязочные средства, - слюноотсосы, - стаканы пластиковые 	
16.	Камеры для хранения стерильных инструментов (при отсутствии системы пакетирования)	1 на кабинет
17.	Корцанг прямой	не менее 5 на кабинет
18.	Кресло стоматологическое при отсутствии в МРУ и УС	1 на 2 должности врача при двухсменной работе
19.	Крючки хирургические, зубчатые разных размеров	не менее 5 на кабинет
20.	Кюрета хирургическая разных размеров	по требованию не менее 5
21.	Лампа (облучатель) бактерицидная для помещений	по требованию
22.	Лампа (облучатель) бактерицидная для помещений передвижная	по требованию
23.	Ложки хирургические (костные), разных размеров	по требованию не менее 5 на рабочее место врача
24.	Лупа бинокулярная для врача	по требованию не менее 1 на кабинет
25.	Машина упаковочная (аппарат для предстерилизационной упаковки инструментария) при отсутствии центральной стерилизационной	1 на отделение
26.	Место рабочее (комплект оборудования) для врача-стоматолога: Установка стоматологическая (УС), включающая блок врача-стоматолога (бормашина), кресло стоматологическое, гидроблок стоматологический, светильник операционный стоматологический (данные части могут быть закреплены на единой несущей станине либо	1 комплект на 2 врачебные должности при двухсменном рабочем дне

	крепиться взаимно либо отдельно к несущим конструкциям (стене, мебели)) или Место рабочее универсальное врача-стоматолога (МРУ), включающее УС, оснащенную турбиной, микромотором, диатермокоагулятором, ультразвуковым скалером, пылесосом, негатоскопом	
27.	Микромотор стоматологический с оптикой или без оптики при отсутствии в МРУ и УС	1 на кабинет
28.	Набор аппаратов, инструментов, медикаментов, методических материалов и документов для оказания экстренной медицинской помощи при состояниях, угрожающих жизни (укладка-аптечка для оказания экстренной помощи при общесоматических осложнениях в условиях стоматологических кабинетов)	1 на кабинет
29.	Набор инструментов, игл и шовного материала	по требованию не менее двух видов
30.	Набор инструментов для осмотра рта (базовый): - лоток медицинский стоматологический, - зеркало стоматологическое, - зонд стоматологический угловой, - пинцет зубохирургический, - экскаваторы зубные, - гладилка широкая двухсторонняя	по требованию
31.	Набор инструментов для трахеотомии	1 на поликлинику
32.	Набор медикаментов для индивидуальной профилактики парентеральных инфекций (аптечка "анти-СПИД")	1 на кабинет
33.	Набор реактивов для контроля (индикаторы) дезинфекции и стерилизации	по требованию
34.	Наконечник механический прямой для микромотора при отсутствии в комплекте МРУ и УС	не менее 2 на рабочее место
35.	Наконечник механический угловой для микромотора при отсутствии в комплекте МРУ и УС	не менее 2 на рабочее место
36.	Негатоскоп при отсутствии в комплекте МРУ и УС	1 на кабинет
37.	Ножницы в ассортименте	по требованию не менее 5 на кабинет
38.	Отсасыватель слюны (стоматологический)	1 на рабочее место

	слюноотсос) при отсутствии в комплекте МРУ и УС	врача
39.	Очиститель ультразвуковой (устройство ультразвуковой очистки и дезинфекции инструментов и изделий)	1 на кабинет
40.	Пинцеты анатомические разных размеров	по требованию не менее 5 на кабинет
41.	Прибор (установка) для утилизации шприцев и игл при отсутствии централизованной утилизации	по требованию
42.	Программное обеспечение диагностического процесса, видеоархива и ведения компьютерной истории болезни, программа учета	1 на рабочее место врача
43.	Расходные стоматологические материалы и медикаментозные средства: -лечебные, -анестетики, - антисептические препараты	по требованию
44.	Радиовизиограф или рентген дентальный при отсутствии рентген-кабинета или договора на лучевую диагностику	1 на отделение
45.	Распаторы стоматологические	по требованию, не менее 2
46.	Светильник стоматологический при отсутствии в комплекте МРУ и УС	1 на рабочее место врача
47.	Система индивидуального кондиционирования и увлажнения воздуха в лечебных помещениях	согласно СанПиНа
48.	Скальпели (держатели) и одноразовые лезвия в ассортименте	не менее 3
49.	Средства индивидуальной защиты от ионизирующего излучения при наличии источника излучения	по требованию в соответствии с СанПиН
50.	Средства и емкости-контейнеры для дезинфекции инструментов	по требованию
51.	Стерилизатор суховоздушный при отсутствии центральной стерилизационной	1 на кабинет
52.	Стол письменный для врача	1 на рабочее место врача
53.	Столик стоматологический	1 на рабочее место

		врача
54.	Стул для ассистента врача при отсутствии в комплекте МРУ и УС	1 на рабочее место ассистента
55.	Стул для врача-стоматолога при отсутствии в комплекте МРУ и УС	1 на рабочее место врача
56.	Шкаф медицинский для хранения расходных материалов	не менее 1 на кабинет
57.	Шкаф медицинский для медикаментов	не менее 1 на кабинет
58.	Шкаф для медицинской одежды и белья	по требованию
59.	Штатив медицинский для длительных инфузионных вливаний	1 на кабинет
60.	Щипцы стоматологические для удаления зубов и корней зубов на верхней и нижней челюстях в ассортименте	по требованию, не менее 25 на рабочее место врача
61.	Щитки защитные (от механического повреждения глаз) для врача и ассистента	по требованию не менее 2
62.	Элеваторы стоматологические для удаления корней зубов на верхней и нижней челюстях в ассортименте	по требованию, не менее 15 на рабочее место врача
63.	Наборы диагностические для проведения тестов на выявление новообразований (скрининг) и контроля за лечением новообразований	не менее 1 на кабинет

Приложение 2

Алгоритм проведения операции вскрытия подслизистого очага воспаления (рассечение)

Под проводниковой и инфильтрационной анестезий (в некоторых случаях достаточно инфильтрационной анестезии) вскрывают очаг воспаления линейным разрезом до зуба в месте наибольшего выбухания инфильтрата длиной 1,5 см. Зажимом «москит» разводят края раны, промывают раствором антисептиков и вводят йодоформную турунду.

Послеоперационный уход:

- антибиотики (у ослабленных больных с низкой реактивностью организма, при тяжелом течении заболевания);
- нестероидные противовоспалительные препараты;
- антигистаминные препараты;
- антисептические ротовые ванночки;
- в день хирургического вмешательства воздержаться на 2-3 часа от приема пищи,

- избегать перегрева организма и воспаленной области, ограничить физические нагрузки;
- соблюдать гигиену рта.

Алгоритм проведения операции иссечения нависающего края десны «капюшона»

Иссечение капюшона целесообразно проводить в отсутствие острых воспалительных явлений. При острых воспалительных явлениях в области нижнего третьего моляра лечение заключается в создании максимального оттока гноя из-под капюшона путем промывания промежутка между нависающей слизистой оболочкой и коронкой зуба антисептическими растворами. Иссечение капюшона производят через 2-3 дня после стихания острых явлений. Зуб сохраняют при правильном расположении в кости и прорезывание его после лечебных мероприятий не вызывает сомнений.

Основные этапы иссечения капюшона:

1. Медикаментозная обработка операционного поля антисептическим раствором.
2. Обезболивание (как правило, это местная анестезия).
3. **Иссечение П-образного участка слизистой оболочки, покрывающей коронку нижнего третьего моляра.**
4. **Гемостаз.**
5. Послеоперационный уход:

- воздержаться от приема пищи в течение 2-3 часов после операции;
- не принимать горячую ванну, не посещать сауну в день операции, избегать перегревания организма;
- ограничить физические нагрузки;
- не прикладывать согревающие компрессы;
- воздержаться от приема алкоголя и курения;
- ротовые ванночки с антисептическим раствором 3 раза в день по 3-5 минут;
- медикаментозное лечение: через трое суток для ускорения заживления можно использовать кератопластические препараты;
- при возникновении припухлости, сильной боли или других необычных ощущений обязательно обратиться в клинику для осмотра ранее назначенного времени.

Алгоритм проведения операции удаления причинного зуба

Под проводниковой (мандибулярной или торусальной) и инфильтрационной анестезией в ретромоларной ямке над нижним третьим моляром до середины второго моляра делают разрез, который продляют вниз до переходной складки, после чего отслаивают с помощью распатора слизисто-надкостничный лоскут. Если коронка зуба видна из кости, то удаляют с помощью прямого элеватора или щипцов.

Если зуб находится в толще кости, то с помощью бормашины (на малых оборотах с охлаждающим стерильным физиологическим раствором), снимают костную ткань над зубом, затем удаляют с помощью прямого элеватора. Если зуб находится в горизонтальном

положении, то отпиливают коронку зуба от его корней, а затем прямым элеватором извлекают из альвеолы последовательно частями.

С помощью фрезы сглаживают края лунки. Проводят ревизию мягких тканей десны с иссечением патологических тканей.

Слизисто-надкостничный лоскут мобилизуют, укладывают на место и ушивают узловыми, сближающими швами.

Приложение 3

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

(Приказ Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» от 20 декабря 2012 г. N№ 1177н)

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев,

предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

«_____» _____ г.

(дата оформления)

Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.

4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Форма информированного добровольного согласия пациента на
_____ (приложение к медицинской карте № _____)

вид медицинского вмешательства

Пациент (законный представитель пациента) информирован о результатах обследования, диагнозе, о цели медицинского вмешательства и его последствиях, применяемых и альтернативных методах лечения, предполагаемых результатах лечения, ознакомлен с комплексным планом лечения, который может меняться в процессе лечения, предупрежден о возможных осложнениях во время и после лечения и дает добровольное согласие на медицинское вмешательство.

При этом пациент понимает, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество оказываемой медицинской помощи. Повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья.

ФИО пациента (законный представитель пациента) _____

ФИО врача _____

« _____ » _____ 20 _____ г.

Приложение 4

КАРТА ПАЦИЕНТА

История болезни № _____

Наименование учреждения _____

Дата: начало наблюдения _____ окончание наблюдения _____

Ф.И.О. _____ возраст _____

Диагноз основной _____

_____ Сопутствующие
заболевания: _____

Модель пациента: _____

Объем оказанной нелекарственной медицинской помощи: _____

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта	
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	
B01.064.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	
B01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	
A02.07.006	Определение прикуса	
A02.07.007	Перкуссия зубов	
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	
A06.07.004	Ортопантомография	
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	

A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	
Код	Название	Кратность выполнения
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта	
A15.07.002	Наложение повязки при операциях на органах полости рта	
A16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани	
A16.07.001	Удаление зуба	
A16.07.024	Операция удаления непрорезавшегося, дистопированного или сверхкомплектного зуба	
A16.07.058	Лечение перикоронита (промывание, рассечение или иссечение капюшона)	
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов	
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	
A17.07.005	Магнитотерапия при патологии полости рта и зубов	
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта	
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	
A17.07.009	Воздействие электрическими полями (КВЧ) при патологии полости рта и зубов	
A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов	
A17.07.011	Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов	
A17.07.012	Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов	
A17.07.013	Воздействие магнитными полями при патологии полости рта и зубов	
V01.003.004.004	Аппликационная анестезия	
V01.054.001	Осмотр врача-физиотерапевта	
V01.003.004.002	Проводниковая анестезия	

V01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	
V01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления (рассечение капюшона)	
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	

Лекарственная помощь (указать применяемый препарат):

Осложнения лекарственной терапии (указать проявления):

Наименование препарата, их вызвавшего:

Исход (по классификатору исходов):

Информация о пациенте передана в учреждение, мониторирующее Протокол:

(название учреждения) (дата)

	Полнота выполнения обязательного перечня немедикаментозной помощи	да нет	ПРИМЕЧАНИЕ
	Выполнение сроков оказания медицинских услуг	да нет	
	Полнота выполнения обязательного перечня лекарственного ассортимента	да нет	
	Соответствие лечения требованиям протокола по срокам/продолжительности	да нет	
	Комментарии:		
ЗАКЛЮЧЕНИЕ			

(дата)		(подпись)	

Подпись лица, ответственного за мониторинг протокола в медицинском учреждении:

Приложение 5

Критерии оценки качества оказания медицинской помощи к Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Перикоронит»

1	Событийные (смысловые, содержательные, процессные) критерии качества		
	Проводилось ли при постановки диагноза: сбор жалоб и анамнеза, визуальный осмотр, пальпация ЧЛЮ, перкуссия зубов, определение прикуса, пародонтальных и индексов гигиены, степени подвижности зубов	Да	Нет
	Соответствует ли план лечения поставленному диагнозу	Да	Нет
	Проводились ли мероприятия по устранению факторов, обусловивших возникновение заболевания	Да	Нет
	Обучение гигиене рта	Да	Нет
2	Временные критерии качества		
	Отсутствие осложнений после хирургических вмешательств	Да	Нет
	Динамическое наблюдение каждые полгода	Да	Нет
	Профилактическая гигиена рта 2 раза в год	Да	Нет
3	Результативные критерии качества		
	Восстановление функций зубочелюстной системы	Да	Нет
	Улучшение качества жизни	Да	Нет
4	Правильность и полнота заполнения медицинской документации		
	Правильность и полнота заполнения медицинской документации	Да	Нет

Приложение 6

Анкета пациента

ФИО _____ Дата заполнения

Как Вы оцениваете Ваше общее самочувствие на сегодняшний день?

Отметьте, пожалуйста, на шкале значение, соответствующее состоянию Вашего здоровья.

Список использованной литературы:

1. Артюшкевич А.С. Воспалительные заболевания и травмы челюстно-лицевой области. Минск, Беларусь, 2001 г.
2. Аснина С.А. Сравнительная характеристика послеоперационного течения у больных после удаления ретенированных третьих моляров/ С.А. Аснина, Н.В.Шишкова, Л.Г. Мазур, Н.М. Лазарихина, А.Ю. Дробышев// Стоматология для всех/-2015.-№3.-С.24-26.
3. Афанасьев А.А. Хирургическая стоматология/В.В. Афанасьев.-Изд-во «ГЭОТАР-МЕДИА», 2015.-880с.11ё
4. В.М. Безрукова, Т. Г. Робустова Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, том 1. Москва, «Медицина», 2000 г.
5. Васильев Г.А., Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология.-1981.
6. Кулаков А.А., Робустова Т.Г., Неробеев А.И. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: национальное руководство.-2010.
7. Леус П.А., Горегляд А.А., Чудакова И.О. Заболевание зубов и полости рта.-1998.
8. Нагих, А.В. Эффективность электрохирургии в лечении перикоронита и гиперпластических образований слизистой оболочки полости рта: дисс. ...канд. Мед. наук: 14.00.21 / Нагих А.В.- Омск, 2007.- 124 с.
9. Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 56034-2014"Клинические рекомендации (протоколы лечения). Общие положения"(утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии Российской Федерации от 04.06.2014 г. N 503-ст).-М:Стандартформ, 2014.-17с.
- 10.Постановление Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» от 26.10.2012 г. № 1074.
- 11.Постановление Правительства Российской Федерации «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» от 05.ноября 1997 г. № 1387 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).
- 12.Приказ Миинздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» от 07.12.2011 г.№1496н.
- 13.Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» от 27. декабря 2011 г. № 1664н.

- 14.Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология.-2001.
- 15.Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология.-2010.
- 16.Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии.-2007.
- 17.Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст. 6724).
- 18.Шалумов А.З. Лечение контрактуры височно-нижнечелюстного сустава, развившейся вследствие сочетанной черепно-лицевой травмы/ А.З. Шалумов, А.Э. Талыпов //Нейрохирургия, № 1, 2015.-№1.-С.87-89.
- 19.Шевела Т.В., Чижик Т. А. Хирургические методы лечения хронического перикоронита на амбулаторном приеме //Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области.- 2016.- № 1 (12).-Том 1.- С.52-54

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ) ПРИ ДИАГНОЗЕ БОЛЕЗНИ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ

*Утверждены Постановлением № 18 Совета Ассоциации общественных объединений
«Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года,
актуализированы 02 августа 2018 года*

Клинические рекомендации (протоколы лечения) "Болезни периапикальных тканей" разработаны Московским Государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И.Евдокимова Минздрава РФ (Кузьмина Э.М., Максимовский Ю.М., Малый А.Ю., Эктова А.И., Волков А.Г.), Центральным научно-исследовательским институтом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Минздрава РФ (Боровский Е.В., Вагнер В.Д., Смирнова Л.Е.).

I. Область применения

Клинические рекомендации (протоколы лечения) "Болезни периапикальных тканей" предназначены для применения в системе здравоохранения Российской Федерации.

II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящих Клинических рекомендациях использованы ссылки на следующие документы:

- Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.97 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).
- Приказ Минздравсоцразвития России №1664н от 27 декабря 2011г. Об утверждении номенклатуры медицинских услуг.
- Федеральный закон от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).

III. ОБОЗНАЧЕНИЯ и сокращения

В настоящих Клинических рекомендациях используются следующие обозначения и сокращения:

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем Всемирной организации здравоохранения десятого пересмотра.

МКБ-С – Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10.

IV. общие положения

Клинические рекомендации (протоколы лечения) "Болезни периапикальных тканей" разработаны для решения следующих задач:

- установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных с периодонтитом;
- унификация разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным с периодонтитом;
- обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинской организации.

Область распространения настоящих Клинических рекомендаций — стоматологические медицинские организации.

В настоящих Клинических рекомендациях используется шкала убедительности доказательств данных:

А. Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению.

В. Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение.

С. Достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендаций, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

Д. Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения в определенных условиях данного лекарственного средства, **материала, метода, технологии.**

Е. Веские отрицательные доказательства: имеются достаточно убедительные доказательства того, чтобы исключить лекарственное средство, **метод, методику** из рекомендаций.

Доказательства разделяются на несколько уровней:

А. Доказательства, полученные в проспективных рандомизированных исследованиях.

В. Доказательства, полученные в больших проспективных, но не рандомизированных исследованиях.

С. Доказательства, полученные в ретроспективных не рандомизированных исследованиях на большой группе.

Д. Доказательства, полученные в исследованиях на ограниченном числе больных.

Е. Доказательства, полученные на отдельных больных.

V. ВЕДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ)

Ведение Клинических рекомендаций (протоколов лечения) "Болезни периапикальных тканей" осуществляется Московским государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова Минздрава России). Система ведения предусматривает взаимодействие Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова со всеми заинтересованными организациями.

VI. Общие вопросы

В настоящее время заболевания периапикальных тканей являются распространенным заболеванием зубочелюстной системы. В общей структуре оказания медицинской помощи больным в медицинских организациях стоматологического профиля это заболевание встречается во всех возрастных группах пациентов и составляет 25–30% от общего числа обращений. Пародонтит при несвоевременном и/или неправильном лечении и прогрессировании процесса может стать причиной потери зубов, развития гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Зубы с хроническими формами пародонтита представляют собой очаги интоксикации и инфекционной сенсибилизации организма.

Несвоевременное лечение пародонтита приводит к развитию патологических процессов и как следствие к удалению зубов, что в свою очередь обуславливает возникновение вторичных деформаций зубных рядов и патологии височно-нижнечелюстного сустава. Болезни пародонта непосредственным образом влияют на здоровье и качество жизни пациента.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Пародонтит (K04.4 – K04.9 по МКБ-10) – это воспаление пародонта.

Пародонт – сложное анатомическое образование соединительнотканного происхождения, расположенное между компактной пластинкой зубной ячейки и цементом корня зуба. (Терапевтическая стоматология/ Под ред. Ю.М. Максимовского. – М: Медицина, 2002).

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Воспалительный процесс в пародонте зуба является результатом его реакции на различные раздражители. Наиболее часто причиной воспаления в пародонте являются микроорганизмы и их токсины, попадающие в пародонт в следствие гибели пульпы из

кариозной полости через канал зуба и дентинные трубочки, из инфицированных пародонтальных карманов или с крово- и лимфотоком при острых и хронических воспалительных заболеваниях. Этиологическими факторами, вызывающими периодонтит, могут быть микроорганизмы кариозной полости, химические вещества (ингредиенты пломбирочных материалов, мышьяковистая паста), механические воздействия (острая или хроническая травма зуба, перемещение зубов при ортодонтическом лечении).

Основными возбудителями периодонтита являются стрептококки: гемолитические – 12% и негемолитические – 62%. Обнаруживаются так же грамположительные палочки, фузоспирохеты и грибы.

Воспалительный процесс в периодонте, как и в других соединительных тканях организма, протекает по общим закономерностям.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЕРИОДОНТИТА

Клиническая картина острого периодонтита проявляется прогрессирующими воспалительными явлениями с быстрой сменой одних симптомов другими. В анамнезе могут быть самопроизвольные боли. Острый периодонтит характеризуется болями, которые продолжаются от 2–3 сут до 2 нед. Боли, как правило, постоянные, пациент может указать на причинный зуб. При осмотре возможна глубокая кариозная полость, перкуссия зуба резко болезненна в вертикальном, а затем в любом направлении, появляется симптом «выросшего зуба». Хронические формы периодонтита могут протекать бессимптомно, иногда отмечаются ноющие боли, образование свищевого хода, боли при приеме горячей или твердой пищи. При осмотре могут выявляться глубокая кариозная полость, обширная пломба, подвижность зуба, зуб покрыт коронкой. Чаще всего хронические формы периодонтита выявляются при рентгенологическом исследовании.

При проведении электродонтометрии определяется снижение электровозбудимости пульпы свыше 100 мкА, при этом на ток реагируют рецепторы периодонта. При наличии периапикальных изменений электровозбудимость может полностью отсутствовать.

Хронический периодонтит сопровождается изменениями в костной ткани.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРИОДОНТИТА

В классификации ВОЗ (10й пересмотр) периодонтит выделен в отдельную рубрикацию.

Классификация периодонтита (МКБ-10)

- К 04.4 – острый апикальный периодонтит
- К 04.5 – хронический апикальный периодонтит
- К 04.6 – периапикальный абсцесс со свищом

- К 04.7 – периапикальный абсцесс без свища
К 04.8 – корневая киста апикальная и боковая
К 04.8 – корневая киста периапикальная

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИОДОНТИТА

Диагностика периодонтита производится путем сбора анамнеза, клинического осмотра, дополнительных методов обследования и направлена на определение состояния периапикальных тканей и показаний к лечению, а также на выявление в анамнезе факторов, которые препятствуют немедленному началу лечения. Такими факторами могут быть:

- наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
- неадекватное психо–эмоциональное состояние пациента перед лечением;
- острые поражения слизистой оболочки рта и красной каймы губ;
- острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;
- угрожающие жизни острые состояние/заболевание или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения и т.п.), развившиеся менее чем за 6 мес до момента обращения за данной стоматологической помощью;
- отказ от лечения.

На рентгенологическое исследование возлагается основная нагрузка при постановке правильного диагноза и дифференциальной диагностике с другими заболеваниями с аналогичной симптоматикой.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПЕРИОДОНТИТА

Принципы лечения больных с периодонтитом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;
- сохранение и восстановление анатомической формы пораженного зуба и функциональной способности всей зубочелюстной системы;
- повышение качества жизни пациентов.

Лечение периодонтита включает:

- проведение местной анестезии (при необходимости и при отсутствии общих противопоказаний);
- создание доступа к полости зуба;
- раскрытие полости зуба;

- создание прямого доступа к корневым каналам;
- прохождение канала или его распломбирование в ранее депульпированных зубах;
- определение рабочей длины корневого канала;
- обработку корневых каналов (механическую и медикаментозную);
- применение физических методов (по потребности);
- пломбирование корневых каналов временными и/или постоянными пломбировочными материалами;
- рентгенологический контроль на этапах лечения;
- реставрацию зубов после эндодонтического лечения.

Рабочая длина канала – это длина канала до апикального сужения. При сохраненной коронковой части определяется (с обязательным рентгенологическим контролем) у фронтальных зубов от режущего края, у жевательных зубов – от бугра, при разрушенной коронковой части – от устья канала. Рабочая длина канала необходима для контроля глубины проникновения инструментов при обработке и при пломбировании канала.

В случае безуспешного консервативного лечения или его невозможности рассматривается вопрос о консервативно-хирургических или хирургических методах лечения: резекция верхушки зуба, гемисекция зуба, коронарно-радикулярная сепарация, удаление зуба.

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы:

- ♦ анатомическое строение зуба (значительно изогнутые или атипичные по строению корни представляют значительную проблему);
- ♦ патологическое состояние зуба (выраженная облитерация каналов, внутренняя или наружная резорбция корневых каналов, горизонтальные и вертикальные переломы корней);
- ♦ последствия проведенного ранее вмешательства на данном зубе;
- ♦ изоляция, доступ и возможность выполнения лечения (возможность качественно изолировать рабочее поле, степень открывания рта пациентом, сопутствующая патология);
- ♦ функциональная ценность зуба;
- ♦ возможность последующего восстановления анатомической формы коронковой части зуба.

Лечение периодонтита в настоящее время предпочтительнее проводить под местной анестезией при отсутствии противопоказаний.

Выбор метода лечения периодонтита зависит от клинической картины, проявлений и

симптомов, диагноза и может быть разным – от динамического наблюдения до удаления зуба.

Основным принципом лечения периодонтита является выявление и устранение причин, приведших к данному заболеванию.

При **медикаментозном периодонтите** следует удалить препарат, явившийся причиной развития воспаления, промыть операционное поле растворами антисептиков и/или ферментами; если есть возможность применить антидот и/или препарат, оказывающий выраженное противоэкссудативное действие, и закрыть полость временной герметичной повязкой.

При **травматическом** периодонтите удаляется причина, приведшая к развитию патологического процесса (пломба, коронка, вкладка).

При **инфекционном**, медикаментозном и травматическом периодонтите проводят некрэктомию – удаление всех некротизированных тканей.

Лечение начинается с создания доступа к операционному полю, так как очень важна прямая видимость устьев корневых каналов. Проводится полное удаление всех кариозных тканей, дефектных реставраций и коронок. В то же время необходимо максимально сохранить коронковую часть зуба, чтобы не ослабить стенки. Вскрытие полости зуба проводят шаровидным бором, а для ее расширения (раскрытия) лучше воспользоваться цилиндрическими борами с закругленным концом. Для исключения перфорации зондом исследуют дно полости зуба

Препарирование корневого канала можно разделить на три этапа. Эти этапы взаимосвязаны и направлены на:

- первичную обработку канала для удаления измененных тканей или инородных веществ;
- удаление дентинных опилок и начальное формирование канала;
- формирование устьевого, средней трети и околоверхушечной (апикальной) части канала для окончательной обработки и трехмерной obturation.

После удаления содержимого корневых каналов проводится их механическая и медикаментозная обработка. Этому этапу следует уделять особое значение, так как он является залогом к успешному лечению данного заболевания.

Далее следует принятие решения о временном пломбировании канала или оставлении его открытым на несколько дней для создания оттока экссудата через корневой канал.

Следующий этап лечения – формирование корневого канала. Обращать особое внимание на предотвращение выхода инструмента за апикальное отверстие.

Придание формы корневым каналам имеет несколько целей:

- формирование конусности канала на всю его рабочую длину,
- обработка всех поверхностей канала,
- адекватная элиминация (отток) промывающих растворов,
- сохранение адекватного размера апикального отверстия и физиологического сужения.

В случае положительной динамики лечения проводят окончательную обработку и пломбирование корневых каналов под рентгенологическим контролем. Процесс лечения периодонтита завершается рекомендациями пациенту по срокам повторного обращения и профилактике.

Лечение проводится для каждого пораженного зуба независимо от степени поражения и проведенного лечения других зубов.

Для оказания помощи можно использовать только те материалы и лекарственные средства, которые допущены к применению в установленном порядке.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПЕРИОДОНТИТОМ

Лечение пациентов с периодонтитом проводится в стоматологических медицинских организациях. Как правило, лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

Оказание помощи больным с периодонтитом осуществляется в основном врачами-стоматологами общей практики, врачами стоматологами – терапевтами, врачами стоматологами – хирургами, врачами стоматологами – ортопедами, зубными врачами, врачами – физиотерапевтами. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал, в том числе зубные техники и гигиенисты стоматологические.

VII. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

7.1 Модель пациента

Нозологическая форма: острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения

Стадия – любая

Фаза – стабилизация процесса

Осложнения – без осложнений

Код по МКБ-С: K04.4

7.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- пациенты с постоянными зубами;
- зубы с хорошо проходимыми каналами;
- локализованная боль постоянного характера;
- возможен симптом «выросшего зуба»;
- увеличение регионарных лимфатических узлов;
- возможна подвижность зуба;
- болезненность при перкуссии зуба;
- слизистая оболочка переходной складки гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации;
- возможны изменения в периапикальных тканях на рентгенограмме.

7.1.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.1.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения *
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A02.07.001	Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование зубов с использованием стоматологического зонда	1
A02.07.005	Термодиагностика зуба	1
A02.07.006	Определение прикуса	1

A02.07.007	Перкуссия зубов	1
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	1
A05.07.001	Электроодонтометрия	По потребности
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	Согласно алгоритму
A06.07.004	Ортопантомография	По потребности
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	Согласно алгоритму
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности

*«1» – если 1 раз; «согласно алгоритму» – если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.1.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043.У).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб от различных раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний.

Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области конкретного зуба, их характер, сроки появления, когда пациент обратил внимание на появление дискомфорта.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре оценивают форму и конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Необходимо проводить пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, который проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного и онкологического процесса.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

Обследованию подлежат все зубы; начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Стоматологическим зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности. Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зуба, обследование тканей пародонта. Определяют характер болей на температурные раздражители, проводят электроодонтодиагностику, при необходимости рентгенографию.

Индексы гигиены рта определяют до лечения и после обучения гигиене рта с целью контроля

См. Приложение № 8.

7.1.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения
A16.07.055	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	1
A13.31.007	Обучение гигиене полости рта	1
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	1
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	Согласно алгоритму
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	Согласно алгоритму
A11.07.012	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	Согласно алгоритму
A16.07.034	Инструментальная и медикаментозная обработка корневого канала	Согласно алгоритму
A16.07.008	Пломбирование корневого канала зуба	Согласно

		алгоритму
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	По потребности
A16.07.035	Восстановление зуба пломбировочными материалами с использованием анкерных штифтов	По потребности
A16.07.036	Восстановление зуба коронкой с использованием композитной культевой вкладки на анкерном штифте	По потребности
A16.07.037	Восстановление зуба коронкой с использованием цельнолитой культевой вкладки	По потребности
A16.07.056	Восстановление зубов штифтовыми зубами	По потребности
A16.07.003	Восстановление зуба вкладкой, виниром, полукоронкой	По потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	По потребности
A17.07.001	Электрофорез лекарственных средств при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.002	Физиотерапевтическое воздействие на челюстно-лицевую область	По потребности
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.004	Ионофорез при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.005	Воздействие магнитными полями при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.006	Депозитивная корневая терапия	По потребности
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.009	Воздействие электрическими полями (КВЧ) при патологии полости рта и зубов	По потребности
A22.07.003	Лазерная физиотерапия челюстно-лицевой области	По потребности
A22.07.004	Ультразвуковое расширение корневого канала	По потребности
A22.07.005	Ультрафиолетовое облучение ротоглотки	По потребности
A22.07.006	Воздействие ультразвуком на область десен	По потребности
A22.07.007	Ультрафонофорез лекарственных препаратов на область десен	По потребности
A22.07.008	Воздействие лазерным низкоинтенсивным излучением на область десен	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму

*«1» – если 1 раз; «согласно алгоритму» – если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.1.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на:

- купирование воспалительного процесса;
- проведение обработки корневых каналов под контролем рентгенограммы;
- достижение obturации корневых каналов до уровня анатомической верхушки, проводится под контролем методов лучевой визуализации;
- предупреждение развития осложнений;
- восстановление анатомической формы коронковой части зуба;
- восстановление эстетики зубного ряда.

После диагностических исследований и принятия решения на том же приеме приступают к лечению.

7.1.6.1. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения обработки корневых каналов

Этапы проведения инструментальной и антисептической обработки корневых каналов:

- ◆ проведение местной анестезии по потребности;
- ◆ создание доступа к полости зуба;
- ◆ раскрытие полости зуба;
- ◆ создание прямого доступа к корневым каналам;
- ◆ прохождение канала или его распломбирование в ранее депульпированных зубах;
- ◆ определение рабочей длины корневого канала;
- ◆ обработка корневых каналов (механическая и медикаментозная);
- ◆ применение физических методов (по потребности);
- ◆ пломбирование корневых каналов временными и/или постоянными пломбировочными материалами;
- ◆ рентгенологический контроль на этапах лечения;
- ◆ восстановление анатомической формы зубов после эндодонтического лечения.

Инструментальная и антисептическая обработка корневых каналов при лечении данной формы периодонтита проводится с использованием различных методик и направлена на достижение первичной очистки канала от измененных тканей, удаление дентинных опилок и формирование канала для окончательной очистки и obturации. Первичная очистка канала подразумевает удаление остатков некротизированных тканей, а также продуктов тканевого распада и микроорганизмов.

Для определения рабочей длины канала используют электрометрический метод с применением различных электронных приборов (апекслокаторов), а так же рентгенологический контроль с применением эндодонтических инструментов и/или

гуттаперчевого штифта в качестве маркера длины канала.

Следующий этап – формирование корневого канала. Корневой канал после обработки должен соответствовать следующим требованиям:

- ♦ сохранять свое направление;
- ♦ иметь форму конуса;
- ♦ завершаться апикальным сужением;
- ♦ не иметь неровностей на стенках;
- ♦ иметь достаточный диаметр на всем протяжении до апикального сужения для obturation.

На данном этапе необходимо соблюдать следующие правила: проводить все манипуляции в пределах канала, не допускать проталкивание дентинных опилок и инфицированных тканей за верхушку корня. Необходимо точно определить рабочую длину канала и придать каналу достаточный диаметр для обеспечения полноценной антисептической обработки. Обращать особое внимание на предотвращение излишнего выхода инструмента за апикальное отверстие.

Для выполнения инструментальной обработки корневых каналов используют различные методики.

См. Приложение № 1.

7.1.6.2. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения физиотерапевтических процедур

Физиотерапевтические процедуры позволяют купировать воспаление, нормализовать трофику тканей, стимулируют процессы регенерации, при этом применяют постоянный электрический ток; импульсные токи низкой, средней и высокой частоты; электрические и магнитные поля; светолечение; ультразвук и т.д. Кроме того, физические методы используют с диагностической целью. Электроодонтометрия дает возможность оценить состояние пульпы зуба, апекслокация – определить рабочую длину канала.

При эндодонтическом лечении широко применяются трансканальные воздействия постоянным током, которые обеспечивают возможность введения лекарственных веществ в труднодоступную часть корневого канала.

Включение физиотерапии в комплекс лечебных мероприятий способствует повышению эффективности и качества лечения, уменьшает количество как ближайших, так и отдаленных осложнений. Особое внимание перед назначением и проведением физиотерапевтических процедур следует обращать на наличие противопоказаний.

См. Приложение № 2.

7.1.6.3. Характеристики алгоритмов и особенностей пломбирования корневых каналов

Целью пломбирования является достижение obturации канала до апикального отверстия или физиологического сужения корня и предотвращение повторного инфицирования канала микроорганизмами. Пломбировать корневой канал можно в том случае, если отсутствуют болевые симптомы, выделение экссудата, чувствительность при перкуссии. Предварительно необходимо изолировать зуб от слюны.

Материал для пломбирования корневых каналов должен обладать следующими свойствами:

- легко поддаваться манипулированию в течение достаточно долгого рабочего времени;
- обладать пространственной стабильностью, не давать усадки и не менять форму после введения в канал;
- заполнять канал, повторяя его контуры;
- не раздражать периапикальные ткани;
- быть влагоустойчивым, непористым;
- быть рентгеноконтрастным,
- не изменять цвет зуба;
- при необходимости легко удаляться из корневого канала.

Критерии качества obturации корневых каналов:

- ♦ Равномерная плотность материала на всем протяжении.
- ♦ Герметичность obturации.
- ♦ Obturация канала на всем протяжении до анатомической верхушки корня.

Для достижения данных результатов применяют методики пломбирования корневых каналов с использованием гуттаперчи в технике латеральной и вертикальной конденсации, термофилы, а так же пасты для пломбирования одним (центральным) штифтом. Не рекомендуется пломбирование корневых каналов с использованием только пасты без гуттаперчевых штифтов. Возможно проведение obturации корневого канала без использования штифтов в случае применения материалов, не предназначенных для проведения перечисленных методов.

См. Приложение № 3.

После obturации канала (каналов) необходимо проведение рентгенологического контроля пломбирования.

7.1.6.4. Восстановление анатомической формы коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба после эндодонтического лечения может проводиться пломбированием и/или протезированием (изготовление вкладки, искусственной коронки, штифтовой конструкции). Для выбора метода восстановления анатомической формы коронковой части зуба необходимо оценить степень разрушения коронковой части зуба. Используют индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) по В.Ю. Миликевичу.

См. Приложение № 4.

7.1.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Антигистаминные средства	Согласно алгоритму
Сульфаниламидные препараты	Согласно алгоритму
Антибиотики и другие противомикробные средства	Согласно алгоритму
Витаминные препараты	Согласно алгоритму
Иммуностимуляторы	Согласно алгоритму
Ненаркотические анальгетики	Согласно алгоритму
Противовоспалительные средства	Согласно алгоритму
Анестетики местные	Согласно алгоритму
Производные нитрофурана	Согласно алгоритму
Антидоты мышьяка	Согласно алгоритму
Ферментные препараты	Согласно алгоритму
Гипохлорит натрия	Согласно алгоритму
Кровоостанавливающие препараты	По потребности
Пасты для пломбирования корневых каналов (на основе эвгенола, эпоксидных смол, акриловые, полиэтиленовые и поливиниловые смолы, на основе резорцин – формальдегида, с гидроксидом кальция, с трикальцийфосфатом и йодоформом, гуттаперчевые штифты, поликарбоксилатные цементы).	Согласно алгоритму

7.1.8. Характеристики алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед препарированием проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая) по показаниям.

Наряду с механической обработкой корневого канала выполняют его тщательное промывание антисептическими растворами.

Наиболее частыми в применении растворами для обработки корневых каналов

являются гипохлорит натрия в концентрации от 2,5 до 3%, 0,05 % хлоргексидин, 3% раствор перекиси водорода, мирамистин. Растворы в систему корневого канала вводят с помощью шприцев с эндодонтическими иглами. При использовании ирригантов следует помнить, что их применение должно быть ограничено пространством канала. Попадание этих растворов за пределы канала, особенно под давлением, может привести к сильному токсическому воздействию, повреждению периапикальных тканей.

Еще одной группой химических веществ, используемых для обработки корневых каналов, являются комплексоны (хелаты), в первую очередь этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА). Препарат состоит из ЭДТА и перекиси мочевины на органической водорастворимой основе и действует как окислитель и как смазка для канала. Он эффективно размягчает дентин, что облегчает прохождение, очистку и формирование канала.

При возникновении болевой реакции назначают анальгетические лекарственные средства. При возникновении выраженных воспалительных явлений возможно назначение лекарственных препаратов с антибактериальным и противовоспалительным действием.

7.1.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

После проведения лечения необходимо динамическое наблюдение за зубом в течение 2 лет. Рентгенологическое исследование следует проводить не ранее 3 месяцев и не позднее 1 года после пломбирования.

7.1.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.1.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Специальных требований нет.

7.1.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

См. Приложение № 6.

7.1.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение № 7.

7.1.14. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни периапикальных тканей» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующие выявленным заболеваниям и

осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками начального периодонтита медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего ведению начального пульпита

б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.1.15. Возможные исходы и их характеристики

Исход	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	60	Восстановление функции	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение 2 раза в год
Стабилизация	20	Отсутствие рецидива и осложнений	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение 2 раза в год
Развитие ятрогенных осложнений	10	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции)	На этапе лечения зуба	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	10	Развитие хронического периодонтита	Через 6 мес после окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.1.16. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни периапикальных тканей»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.2. Модель пациента

Нозологическая форма – хронический апикальный периодонтит
(апикальная гранулема)

Стадия – любая

Фаза – стабилизация процесса

Осложнения – без осложнений

Код по МКБ-С: K04.5

7.2.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- пациенты с постоянными зубами;
- зубы с хорошо проходимыми каналами;
- наличие боли в анамнез;
- возможно изменение в цвете коронковой части зуба;
- отсутствие болезненности при перкуссии зуба;
- снижение электровозбудимости;
- изменения в периапикальных тканях на рентгенограмме в виде ограниченного или диффузного расширения периодонтальной щели.

7.2.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.2.2. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической:

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование зубов с использованием стоматологического зонда	1
A02.07.005	Термодиагностика зуба	1
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной	По

	системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	потребности
A05.07.001	Электроодонтометрия	1
A06.07.003	Прицельная внутривидовая контактная рентгенография	Согласно алгоритму
A06.07.004	Ортопантомография	По потребности
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	Согласно алгоритму
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности

*«1» – если 1 раз; «согласно алгоритму» – если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.2.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043.У).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб от различных раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний.

Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области конкретного зуба, их характер, сроки появления, когда пациент обратил внимание на появление дискомфорта.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре оценивают форму и конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Необходимо проводить пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, которая проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии воспалительного,

инфекционного и онкологического процесса.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

Обследованию подлежат все зубы; начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Стоматологическим зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зуба, обследование тканей пародонта. Определяют характер болей на температурные раздражители, проводят электроодонтодиагностику, при необходимости рентгенографию.

Индексы гигиены рта определяют до лечения и после обучения гигиене рта с целью контроля.

См. Приложение № 8.

7.2.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения
A16.07.055	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	1
A13.31.007	Обучение гигиене полости рта	1
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	1
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	Согласно алгоритму
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	Согласно алгоритму
A16.07.034	Инструментальная и медикаментозная обработка корневого канала	Согласно алгоритму
A11.07.012	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	Согласно алгоритму
A16.07.008	Пломбирование корневого канала зуба	Согласно алгоритму
A16.07.007	Резекция верхушки корня	По потребности
A16.07.063	Гемисекция	По потребности
A16.07.064	Коронарно-радикулярная сепарация	По потребности
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	По потребности

A16.07.035	Восстановление зуба пломбировочными материалами с использованием анкерных штифтов	По потребности
A16.07.036	Восстановление зуба коронкой с использованием композитной культевой вкладки на анкерном штифте	По потребности
A16.07.037	Восстановление зуба коронкой с использованием цельнолитой культевой вкладки	По потребности
A16.07.056	Восстановление зубов штифтовыми зубами	По потребности
A16.07.003	Восстановление зуба вкладкой, виниром, полукоронкой	По потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	По потребности
A17.07.002	Физиотерапевтическое воздействие на челюстно-лицевую область	По потребности
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.005	Воздействие магнитными полями при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.006	Депозиторез корневого канала зуба	По потребности
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.009	Воздействие электрическими полями (КВЧ) при патологии полости рта и зубов	По потребности
A22.07.003	Лазерная физиотерапия челюстно-лицевой области	По потребности
A22.07.004	Ультразвуковое расширение корневого канала	По потребности
A22.07.005	Ультрафиолетовое облучение ротоглотки	По потребности
A22.07.006	Воздействие ультразвуком на область десен	По потребности
A22.07.007	Ультрафонофорез лекарственных препаратов на область десен	По потребности
A22.07.008	Воздействие лазерным низкоинтенсивным излучением на область десен	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму

*«1» – если 1 раз; «согласно алгоритму» – если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.2.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на:

- купирование воспалительного процесса;
- проведение обработки корневых каналов под контролем рентгенограммы;
- достижение obturации корневых каналов до уровня анатомической верхушки, проводится под контролем методов лучевой визуализации;

- предупреждение развития осложнений;
- восстановление анатомической формы коронковой части зуба;
- восстановление эстетики зубного ряда.

После диагностических исследований и принятия решения на том же приеме приступают к лечению.

7.2.6.1. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения обработки корневых каналов

Этапы проведения инструментальной и антисептической обработки корневых каналов:

- ◆ проведение местной анестезии по потребности;
- ◆ создание доступа к полости зуба;
- ◆ раскрытие полости зуба;
- ◆ создание прямого доступа к корневым каналам;
- ◆ прохождение канала или его распломбирование в ранее депульпированных зубах;
- ◆ определение рабочей длины корневого канала;
- ◆ обработка корневых каналов (механическая и медикаментозная);
- ◆ применение физических методов (по потребности);
- ◆ пломбирование корневых каналов временными и/или постоянными пломбировочными материалами;
- ◆ рентгенологический контроль на этапах лечения;
- ◆ реставрация зубов после эндодонтического лечения.

Инструментальная и антисептическая обработка корневых каналов при лечении данной формы периодонтита проводится с использованием различных методик и направлена на достижение первичной очистки канала от измененных тканей, удаление дентинных опилок и формирование канала для окончательной очистки и obturation. Первичная очистка канала подразумевает удаление остатков некротизированных тканей, а также продуктов тканевого распада и микроорганизмов.

Для определения рабочей длины канала используют электрометрический метод с применением различных электронных приборов (апекслокаторов), а так же рентгенологический контроль с применением эндодонтических инструментов и/или гуттаперчевого штифта в качестве маркера длины канала.

Следующий этап – формирование корневого канала. Корневой канал после обработки должен соответствовать следующим требованиям:

- ◆ Сохранять свое направление.
- ◆ Иметь форму конуса.
- ◆ Завершаться апикальным сужением.

- ♦ Не иметь неровностей на стенках.
- ♦ Иметь достаточный диаметр на всем протяжении до апикального сужения для obturation.

На данном этапе необходимо соблюдать следующие правила: проводить все манипуляции в пределах канала, не допускать проталкивание дентинных опилок и инфицированных тканей за верхушку корня. Необходимо точно определить рабочую длину канала и придать каналу достаточный диаметр для обеспечения полноценной антисептической обработки. Обращать особое внимание на предотвращение излишнего выхода инструмента за апикальное отверстие.

Для выполнения инструментальной обработки корневых каналов используют различные методики.

См. Приложение № 1.

7.2.6.2. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения физиотерапевтических процедур

Физиотерапевтические процедуры позволяют купировать воспаление, нормализовать трофику тканей, стимулируют процессы регенерации, при этом применяют постоянный электрический ток; импульсные токи низкой, средней и высокой частоты; электрические и магнитные поля; светолечение; ультразвук и т.д. Кроме того, физические методы используют с диагностической целью. Электроодонтометрия дает возможность оценить состояние пульпы зуба, апекслокация – определить рабочую длину канала.

При эндодонтическом лечении широко применяются трансканальные воздействия постоянным током, которые обеспечивают возможность введения лекарственных веществ в труднодоступную часть корневого канала.

Включение физиотерапии в комплекс лечебных мероприятий способствует повышению эффективности и качества лечения, уменьшает количество как ближайших, так и отдаленных осложнений. Особое внимание перед назначением и проведением физиотерапевтических процедур следует обращать на наличие противопоказаний.

См. Приложение № 2.

7.2.6.3. Характеристики алгоритмов и особенностей пломбирования корневых каналов

Целью пломбирования является достижение obturation канала до апикального отверстия или физиологического сужения корня и предотвращение повторного инфицирования канала микроорганизмами. Пломбировать корневой канал можно в том случае, если отсутствуют

болевые симптомы, выделение экссудата, чувствительность при перкуссии. Предварительно необходимо изолировать зуб от слюны.

Материал для пломбирования корневых каналов должен обладать следующими свойствами:

- легко поддаваться манипулированию в течение достаточно долгого рабочего времени;
- обладать пространственной стабильностью, не давать усадки и не менять форму после введения в канал;
- заполнять канал, повторяя его контуры;
- не раздражать периапикальные ткани;
- быть влагоустойчивым, непористым;
- быть рентгеноконтрастным, легко определяться на снимках;
- не изменять цвет зуба;
- при необходимости легко удаляться из корневого канала.

Критерии качества obturation корневых каналов:

- ♦ Равномерная плотность материала на всем протяжении.
- ♦ Герметичность obturation.
- ♦ Obturation канала на всем протяжении до анатомической верхушки корня.

Для достижения данных результатов применяют методики пломбирования корневых каналов с использованием гуттаперчи в технике латеральной и вертикальной конденсации, термофилы, а так же пасты для пломбирования одним (центральным) штифтом. Не рекомендуется пломбирование корневых каналов с использованием только пасты без гуттаперчевых штифтов. Возможно проведение obturation корневого канала без использования штифтов в случае применения материалов, не предназначенных для проведения перечисленных методов.

См. Приложение № 3.

После obturation канала (каналов) необходимо проведение рентгенологического контроля пломбирования.

7.2.6.4. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения хирургических вмешательств

Оперативное лечение хронических периодонтитов применяют при патологических процессах в зубах и околозубных тканях, не подлежащих или не поддающихся терапевтическому лечению. Хирургические вмешательства позволяют сохранить весь зуб или часть его, создать условия для функционирования зуба. Выделяют следующие методы хирургического лечения периодонтитов: резекцию верхушки корня, гемисекцию и

ампутацию корня, коронарно–радикулярную сепарацию, удаление зуба. На первом этапе проведения этих методов во всех каналах зуба обязательно осуществляют эндодонтическое лечение, а затем хирургическое вмешательство на корнях.

См. Приложение № 5.

7.2.6.5. Восстановление анатомической формы коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба после эндодонтического лечения может проводиться пломбированием и/или протезированием (изготовление вкладки, искусственной коронки, штифтовой конструкции). Для выбора метода восстановления анатомической формы коронковой части зуба необходимо оценить степень разрушения коронковой части зуба. Используют индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) по В.Ю. Миликевичу.

См. Приложение № 4.

7.2.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
<i>Антигистаминные средства</i>	Согласно алгоритму
<i>Сульфаниламидные препараты</i>	Согласно алгоритму
<i>Антибиотики и другие противомикробные средства</i>	Согласно алгоритму
<i>Витаминные препараты</i>	Согласно алгоритму
<i>Иммуностимуляторы</i>	Согласно алгоритму
<i>Ненаркотические анальгетики</i>	Согласно алгоритму
<i>Противовоспалительные средства</i>	Согласно алгоритму
<i>Анестетики местные</i>	Согласно алгоритму
<i>Производные нитрофурана</i>	Согласно алгоритму
<i>Антидоты мышьяка</i>	Согласно алгоритму
<i>Ферментные препараты</i>	Согласно алгоритму
<i>Гипохлорит натрия</i>	Согласно алгоритму
<i>Кровоостанавливающие препараты</i>	По потребности
<i>Пасты для пломбирования корневых каналов (на основе эвгенола, эпоксидных смол, акриловые, полиэтиленовые и поливиниловые смолы, на основе резорцин – формальдегида, с гидроксидом кальция, с трикальцийфосфатом и йодоформом, гуттаперчевые штифты, поликарбоксилатные цементы)</i>	Согласно алгоритму

7.2.8. Характеристики алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед препарированием проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая) по показаниям.

Наряду с механической обработкой корневого канала выполняют его тщательное промывание антисептическими растворами.

Наиболее частыми в применении растворами для обработки корневых каналов являются гипохлорит натрия в концентрации от 2,5 до 3%, 0,05 % хлоргексидин, 3% раствор перекиси водорода, мирамистин. Растворы в систему корневого канала вводят с помощью шприцев с эндодонтическими иглами. При использовании ирригантов следует помнить, что их применение должно быть ограничено пространством канала. Попадание этих растворов за пределы канала, особенно под давлением, может привести к сильному токсическому воздействию, повреждению периапикальных тканей.

Еще одной группой химических веществ, используемых для обработки корневых каналов, являются комплексоны (хелаты), в первую очередь этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА). Препарат состоит из ЭДТА и перекиси мочевины на органической водорастворимой основе и действует как окислитель и как смазка для канала. Он эффективно размягчает дентин, что облегчает прохождение, очистку и формирование канала.

При возникновении болевой реакции назначают анальгетические лекарственные средства. При возникновении выраженных воспалительных явлений возможно назначение лекарственных препаратов с антибактериальным и противовоспалительным действием.

7.2.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

После проведения лечения необходимо динамическое наблюдение за зубом в течение 2 лет. Рентгенологическое исследование следует проводить не ранее 3 месяцев и не позднее 1 года после пломбирования.

7.2.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.2.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Специальных требований нет.

7.2.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

См. Приложение № 6.

7.2.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение № 7.

7.2.14. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни периапикальных тканей» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками острого пульпита медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующих ведению острого пульпита

б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.2.15. Возможные исходы и их характеристики

Исход	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	60	Восстановление функции	Непосредственно после лечения	Динамическое наблюдение 2 раза в год
Стабилизация	20	Отсутствие рецидива и осложнений	Непосредственно после лечения	Динамическое наблюдение 2 раза в год
Развитие ятрогенных осложнений	10	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На этапе лечения зуба	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	10		После окончания лечения и при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.2.16. *Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни периапикальных тканей»*

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.3. Модель пациента

Нозологическая форма – периапикальный абсцесс со свищом

Стадия – любая

Фаза – стабильное течение

Осложнения – без осложнений

Код по МКБ-С: K04.6

7.3.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- пациенты с постоянными зубами;
- зубы с хорошо проходимыми каналами;
- наличие свищевого хода;
- возможно изменение в цвете коронковой части зуба;
- возможна болезненность при перкуссии зуба;
- снижение электровозбудимости;
- возможны изменения в периапикальных тканях на рентгенограмме в виде очага разрежения костной ткани в области верхушки корня.

7.3.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.3.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической:

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование зубов с использованием стоматологического зонда	1
A02.07.005	Термодиагностика зуба	1
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств	По потребности

	лучевой визуализации	
A05.07.001	Электроодонтометрия	1
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	Согласно алгоритму
A06.07.004	Ортопантомография	По потребности
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	Согласно алгоритму
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности

*«1» – если 1 раз; «согласно алгоритму» – если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.3.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043.У).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб от различных раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний.

Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области конкретного зуба, их характер, сроки появления, когда пациент обратил внимание на появление дискомфорта.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре оценивают форму и конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Необходимо проводить пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, которая проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

Обследованию подлежат все зубы; начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зуба, обследование тканей пародонта. Определяют характер болей на температурные раздражители, проводят электроодонтодиагностику, при необходимости рентгенографию.

Индексы гигиены рта определяют до лечения и после обучения гигиене рта с целью контроля.

См. Приложение № 8.

7.3.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения
A16.07.055	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	1
A13.31.007	Обучение гигиене полости рта	1
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	1
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	Согласно алгоритму
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	Согласно алгоритму
A11.07.012	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	Согласно алгоритму
A16.07.034	Инструментальная и медикаментозная обработка корневого канала	Согласно алгоритму
A16.07.008	Пломбирование корневого канала зуба	Согласно алгоритму
A16.07.007	Резекция верхушки корня	По потребности
A16.07.063	Гемисекция	По потребности
A16.07.064	Коронарно-радикулярная сепарация	По потребности
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	По потребности
A16.07.035	Восстановление зуба пломбировочными материалами с использованием анкерных штифтов	По потребности

A16.07.036	Восстановление зуба коронкой с использованием композитной культевой вкладки на анкерном штифте	По потребности
A16.07.037	Восстановление зуба коронкой с использованием цельнолитой культевой вкладки	По потребности
A16.07.056	Восстановление зубов штифтовыми зубами	По потребности
A16.07.003	Восстановление зуба вкладкой, виниром, полукоронкой	По потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	По потребности
A17.07.002	Физиотерапевтическое воздействие на челюстно-лицевую область	По потребности
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.004	Ионофорез при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.005	Воздействие магнитными полями при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.006	Депозифорез корневого канала зуба	По потребности
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.009	Воздействие электрическими полями (КВЧ) при патологии полости рта и зубов	По потребности
A22.07.003	Лазерная физиотерапия челюстно-лицевой области	По потребности
A22.07.004	Ультразвуковое расширение корневого канала	По потребности
A22.07.005	Ультрафиолетовое облучение ротоглотки	По потребности
A22.07.006	Воздействие ультразвуком на область десен	По потребности
A22.07.007	Ультрафонофорез лекарственных препаратов на область десен	По потребности
A22.07.008	Воздействие лазерным низкоинтенсивным излучением на область десен	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму

*«1» – если 1 раз; «согласно алгоритму» – если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.3.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на:

- купирование воспалительного процесса;
- проведение обработки корневых каналов под контролем рентгенограммы;
- достижение obturации корневых каналов до уровня анатомической верхушки; проводится под контролем методов лучевой визуализации;
- предупреждение развития осложнений;

- восстановление анатомической формы коронковой части зуба;
- восстановление эстетики зубного ряда.

После диагностических исследований и принятия решения на том же приеме приступают к лечению.

7.3.6.1. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения обработки корневых каналов

Этапы проведения инструментальной и антисептической обработки корневых каналов:

- ◆ проведение местной анестезии по потребности,
- ◆ создание доступа к полости зуба,
- ◆ раскрытие полости зуба,
- ◆ создание прямого доступа к корневым каналам,
- ◆ прохождение канала или его распломбирование в ранее депульпированных зубах,
- ◆ определение рабочей длины корневого канала,
- ◆ обработка корневых каналов (механическая и медикаментозная),
- ◆ применение физических методов (по потребности),
- ◆ пломбирование корневых каналов временными и/или постоянными пломбировочными материалами,
- ◆ рентгенологический контроль на этапах лечения,
- ◆ реставрация зубов после эндодонтического лечения.

Инструментальная и антисептическая обработка корневых каналов при лечении данной формы периодонтита проводится с использованием различных методик и направлена на достижение *первичной очистки* канала от измененных тканей, удаление дентинных опилок и формирование канала для окончательной очистки и obturation. Первичная очистка канала подразумевает удаление остатков некротизированных тканей, а также продуктов тканевого распада и микроорганизмов.

Для определения рабочей длины канала используют электрометрический метод с применением различных электронных приборов (апекслокаторов), а так же рентгенологический контроль с применением эндодонтических инструментов и/или гуттаперчевого штифта в качестве маркера длины канала.

Следующий этап – формирование корневого канала. Корневой канал после обработки должен соответствовать следующим требованиям:

- ◆ Сохранять свое направление.
- ◆ Иметь форму конуса.
- ◆ Завершаться апикальным сужением.

- ♦ Не иметь неровностей на стенках.
- ♦ Иметь достаточный диаметр на всем протяжении до апикального сужения для obturation.

На данном этапе необходимо соблюдать следующие правила: проводить все манипуляции в пределах канала, не допускать проталкивание дентинных опилок и инфицированных тканей за верхушку корня. Необходимо точно определить рабочую длину канала и придать каналу достаточный диаметр для обеспечения полноценной антисептической обработки. Обращать особое внимание на предотвращение излишнего выхода инструмента за апикальное отверстие.

Для выполнения инструментальной обработки корневых каналов используют различные методики.

См. Приложение № 1.

7.3.6.2. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения физиотерапевтических процедур

Физиотерапевтические процедуры позволяют купировать воспаление, нормализовать трофику тканей, стимулируют процессы регенерации, при этом применяют постоянный электрический ток; импульсные токи низкой, средней и высокой частоты; электрические и магнитные поля; светолечение; ультразвук и т.д. Кроме того, физические методы используют с диагностической целью. Электроодонтометрия дает возможность оценить состояние пульпы зуба, апекслокация – определить рабочую длину канала.

При эндодонтическом лечении широко применяются трансканальные воздействия постоянным током, которые обеспечивают возможность введения лекарственных веществ в труднодоступную часть корневого канала.

Включение физиотерапии в комплекс лечебных мероприятий способствует повышению эффективности и качества лечения, уменьшает количество как ближайших, так и отдаленных осложнений. Особое внимание перед назначением и проведением физиотерапевтических процедур следует обращать на наличие противопоказаний.

См. Приложение № 2.

7.3.6.3. Характеристики алгоритмов и особенностей пломбирования корневых каналов

Целью пломбирования является достижение obturation канала до апикального отверстия или физиологического сужения корня и предотвращение повторного инфицирования канала микроорганизмами. Пломбировать корневой канал можно в том случае, если отсутствуют болевые симптомы, выделение экссудата, чувствительность при

перкуссии. Предварительно необходимо изолировать зуб от слюны.

Материал для пломбирования корневых каналов должен обладать следующими свойствами:

- легко поддаваться манипулированию в течение достаточно долгого рабочего времени;
- обладать пространственной стабильностью, не давать усадки и не менять форму после введения в канал;
- заполнять канал, повторяя его контуры;
- не раздражать периапикальные ткани;
- быть влагоустойчивым, непористым;
- быть рентгеноконтрастным, легко определяться на снимках;
- не изменять цвет зуба;
- при необходимости легко удаляться из корневого канала.

Критерии качества obturation корневых каналов:

- ♦ Равномерная плотность материала на всем протяжении.
- ♦ Герметичность obturation.
- ♦ Obturation канала на всем протяжении до анатомической верхушки корня.

Для достижения данных результатов применяют методики пломбирования корневых каналов с использованием гуттаперчи в технике латеральной и вертикальной конденсации, термофилы, а так же пасты для пломбирования одним (центральным) штифтом. Не рекомендуется пломбирование корневых каналов с использованием только пасты без гуттаперчевых штифтов. Возможно проведение obturation корневого канала без использования штифтов в случае применения материалов, не предназначенных для проведения перечисленных методов.

См. Приложение № 3.

После obturation канала (каналов) необходимо проведение рентгенологического контроля пломбирования.

7.3.6.4. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения хирургических вмешательств

Оперативное лечение хронических периодонтитов применяют при патологических процессах в зубах и околозубных тканях, не подлежащих или не поддающихся терапевтическому лечению. Хирургические вмешательства позволяют сохранить весь зуб или часть его, создать условия для функционирования зуба. Выделяют следующие методы хирургического лечения периодонтитов: резекцию верхушки корня, гемисекцию и

ампутацию корня, коронарно–радикулярную сепарацию. На первом этапе проведения этих методов во всех каналах зуба обязательно осуществляют эндодонтическое лечение, а затем хирургическое вмешательство на корнях.

См. Приложение № 5.

7.3.6.5. Восстановление анатомической формы коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба после эндодонтического лечения может проводиться пломбированием и/или протезированием (изготовление вкладки, искусственной коронки, штифтовой конструкции). Для выбора метода восстановления анатомической формы коронковой части зуба необходимо оценить степень разрушения коронковой части зуба. Используют индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) по В.Ю. Миликевичу.

См. Приложение № 4.

7.3.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
<i>Антигистаминные средства</i>	Согласно алгоритму
<i>Сульфаниламидные препараты</i>	Согласно алгоритму
<i>Антибиотики и другие противомикробные средства</i>	Согласно алгоритму
<i>Витаминные препараты</i>	Согласно алгоритму
<i>Иммуностимуляторы</i>	Согласно алгоритму
<i>Ненаркотические анальгетики</i>	Согласно алгоритму
<i>Противовоспалительные средства</i>	Согласно алгоритму
<i>Анестетики местные</i>	Согласно алгоритму
<i>Производные нитрофурана</i>	Согласно алгоритму
<i>Антидоты мышьяка</i>	Согласно алгоритму
<i>Ферментные препараты</i>	Согласно алгоритму
<i>Гипохлорит натрия</i>	Согласно алгоритму
<i>Кровоостанавливающие препараты</i>	По потребности
<i>Пасты для пломбирования корневых каналов (на основе эвгенола, эпоксидных смол, акриловые, полиэтиленовые и поливиниловые смолы, на основе резорцин – формальдегида, с гидроксидом кальция, с трикальцийфосфатом и йодоформом, гуттаперчивые штифты, поликарбоксилатные цементы)</i>	Согласно алгоритму

7.3.8. Характеристики алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед препарированием проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая) по показаниям.

Наряду с механической обработкой корневого канала выполняют его тщательное промывание антисептическими растворами.

Наиболее частыми в применении растворами для обработки корневых каналов являются гипохлорит натрия в концентрации от 2,5 до 3%, 0,05 % хлоргексидин, 3% раствор перекиси водорода, мирамистин. Растворы в систему корневого канала вводят с помощью шприцев с эндодонтическими иглами. При использовании ирригантов следует помнить, что их применение должно быть ограничено пространством канала. Попадание этих растворов за пределы канала, особенно под давлением, может привести к сильному токсическому воздействию, повреждению периапикальных тканей.

Еще одной группой химических веществ, используемых для обработки корневых каналов, являются комплексоны (хелаты), в первую очередь этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА). Препарат состоит из ЭДТА и перекиси мочевины на органической водорастворимой основе и действует как окислитель и как смазка для канала. Он эффективно размягчает дентин, что облегчает прохождение, очистку и формирование канала.

При возникновении болевой реакции назначают анальгетические лекарственные средства. При возникновении выраженных воспалительных явлений возможно назначение лекарственных препаратов с антибактериальным и противовоспалительным действием.

7.3.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

После проведения лечения необходимо динамическое наблюдение за зубом в течение 2 лет. Рентгенологическое исследование следует проводить не ранее 3 месяцев и не позднее 1 года после пломбирования.

7.3.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.3.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Специальных требований нет.

7.3.12. Форма добровольного информированного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

См. Приложение № 6.

7.3.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение № 7.

7.3.14. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций

(протоколов лечения) «Болезни периапикальных тканей» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками гнойного пульпита медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего ведению гнойного пульпита

б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.3.15. Возможные исходы и их характеристики

Исход	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	60	Восстановление функции	Непосредственно после лечения	Динамическое наблюдение 2 раза в год
Стабилизация	20	Отсутствие рецидива и осложнений	Непосредственно после лечения	Динамическое наблюдение 2 раза в год
Развитие ятрогенных осложнений	10	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На этапе лечения зуба	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	10		После окончания лечения и при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.3.16. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни периапикальных тканей»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.4. Модель пациента

Нозологическая форма: периапикальный абсцесс без свища

Стадия – любая

Фаза — стабильное течение

Осложнения — без осложнений

Код по МКБ-С: K04.7

7.4.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- пациенты с постоянными зубами;
- зубы с хорошо проходимыми каналами;
- наличие боли на момент осмотра и в анамнезе;
- болезненность при накусывании на зуб;
- возможно повышение температуры тела;
- возможен симптом «выросшего зуба»;
- возможно изменение в цвете коронковой части зуба;
- резкая болезненность при перкуссии зуба;
- снижение электровозбудимости;
- изменения в периапикальных тканях на рентгенограмме в виде очага разрежения костной ткани в области верхушки зуба.

7.4.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.4.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование зубов с использованием стоматологического зонда	1
A02.07.005	Термодиагностика зуба	1
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1

A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A05.07.001	Электроодонтометрия	1
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	Согласно алгоритму
A06.07.004	Ортопантомография	По потребности
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	Согласно алгоритму
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности

*«1» – если 1 раз; «согласно алгоритму» – если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.4.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043.У).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб от различных раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний.

Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области конкретного зуба, их характер, сроки появления, когда пациент обратил внимание на появление дискомфорта.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре оценивают форму и конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Необходимо проводить пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, которая проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи.–

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

Обследованию подлежат все зубы; начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зуба, обследование тканей пародонта. Определяют характер болей на температурные раздражители, проводят электроодонтодиагностику, при необходимости рентгенографию.

Индексы гигиены рта определяют до лечения и после обучения гигиене рта с целью контроля.

См. Приложение № 8.

7.4.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения
A16.07.055	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	1
A13.31.007	Обучение гигиене полости рта	1
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	1
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	Согласно алгоритму
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	Согласно алгоритму
A16.07.034	Инструментальная и медикаментозная обработка корневого канала	Согласно алгоритму
A11.07.012	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	Согласно алгоритму
A16.07.008	Пломбирование корневого канала зуба	Согласно алгоритму
A16.07.007	Резекция верхушки корня	По потребности
A16.07.063	Гемисекция	По потребности
A16.07.064	Коронарно-радикулярная сепарация	По потребности
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	По потребности
A16.07.035	Восстановление зуба пломбировочными материалами с использованием анкерных штифтов	По потребности

A16.07.036	Восстановление зуба коронкой с использованием композитной культевой вкладки на анкерном штифте	По потребности
A16.07.037	Восстановление зуба коронкой с использованием цельнолитой культевой вкладки	По потребности
A16.07.056	Восстановление зубов штифтовыми зубами	По потребности
A16.07.003	Восстановление зуба вкладкой, виниром, полукоронкой	По потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	По потребности
A17.07.002	Физиотерапевтическое воздействие на челюстно-лицевую область	По потребности
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.004	Ионофорез при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.005	Воздействие магнитными полями при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.006	Депозифорез корневого канала зуба	По потребности
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.009	Воздействие электрическими полями (КВЧ) при патологии полости рта и зубов	По потребности
A22.07.003	Лазерная физиотерапия челюстно-лицевой области	По потребности
A22.07.004	Ультразвуковое расширение корневого канала	По потребности
A22.07.005	Ультрафиолетовое облучение ротоглотки	По потребности
A22.07.006	Воздействие ультразвуком на область десен	По потребности
A22.07.007	Ультрафонофорез лекарственных препаратов на область десен	По потребности
A22.07.008	Воздействие лазерным низкоинтенсивным излучением на область десен	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму

*«1» – если 1 раз; «согласно алгоритму» – если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.4.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на:

- купирование воспалительного процесса;
- проведение обработки корневых каналов под контролем рентгенограммы;
- достижение obturации корневых каналов до уровня анатомической верхушки; проводится под контролем методов лучевой визуализации;
- предупреждение развития осложнений;
- восстановление анатомической формы коронковой части зуба;

- восстановление эстетики зубного ряда.

После диагностических исследований и принятия решения на том же приеме приступают к лечению.

7.4.6.1. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения обработки корневых каналов

Этапы проведения инструментальной и антисептической обработки корневых каналов:

- ◆ проведение местной анестезии по потребности;
- ◆ создание доступа к полости зуба;
- ◆ раскрытие полости зуба;
- ◆ создание прямого доступа к корневым каналам;
- ◆ прохождение канала или его распломбирование в ранее депульпированных зубах;
- ◆ определение рабочей длины корневого канала;
- ◆ обработка корневых каналов (механическая и медикаментозная);
- ◆ применение физических методов (по потребности);
- ◆ пломбирование корневых каналов временными и/или постоянными пломбировочными материалами;
- ◆ рентгенологический контроль на этапах лечения;
- ◆ реставрация зубов после эндодонтического лечения.

Инструментальная и антисептическая обработка корневых каналов при лечении данной формы периодонтита проводится с использованием различных методик и направлена на достижение *первичной очистки* канала от измененных тканей, удаление дентинных опилок и формирование канала для окончательной очистки и obturation. Первичная очистка канала подразумевает удаление остатков некротизированных тканей, а также продуктов тканевого распада и микроорганизмов.

Для определения рабочей длины канала используют электрометрический метод с применением различных электронных приборов (апекслокаторов), а так же рентгенологический контроль с применением эндодонтических инструментов и/или гуттаперчевого штифта в качестве маркера длины канала.

Следующий этап – формирование корневого канала. Корневой канал после обработки должен соответствовать следующим требованиям:

- ◆ Сохранять свое направление.
- ◆ Иметь форму конуса.
- ◆ Завершаться апикальным сужением.
- ◆ Не иметь неровностей на стенках.

- ♦ Иметь достаточный диаметр на всем протяжении до апикального сужения для obturation.

На данном этапе необходимо соблюдать следующие правила: проводить все манипуляции в пределах канала, не допускать проталкивание дентинных опилок и инфицированных тканей за верхушку корня. Необходимо точно определить рабочую длину канала и придать каналу достаточный диаметр для обеспечения полноценной антисептической обработки. Обращать особое внимание на предотвращение излишнего выхода инструмента за апикальное отверстие.

Для выполнения инструментальной обработки корневых каналов используют различные методики.

См. Приложение № 1.

7.4.6.2. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения физиотерапевтических процедур

Физиотерапевтические процедуры позволяют купировать воспаление, нормализовать трофику тканей, стимулируют процессы регенерации, при этом применяют постоянный электрический ток; импульсные токи низкой, средней и высокой частоты; электрические и магнитные поля; светолечение; ультразвук и т.д. Кроме того, физические методы используют с диагностической целью. Электроодонтометрия дает возможность оценить состояние пульпы зуба, апекслокация – определить рабочую длину канала.

При эндодонтическом лечении широко применяются трансканальные воздействия постоянным током, которые обеспечивают возможность введения лекарственных веществ в труднодоступную часть корневого канала.

Включение физиотерапии в комплекс лечебных мероприятий способствует повышению эффективности и качества лечения, уменьшает количество как ближайших, так и отдаленных осложнений. Особое внимание перед назначением и проведением физиотерапевтических процедур следует обращать на наличие противопоказаний.

См. Приложение № 2.

7.4.6.3. Характеристики алгоритмов и особенностей пломбирования корневых каналов.

Целью пломбирования является достижение obturation канала до апикального отверстия или физиологического сужения корня и предотвращение повторного инфицирования канала микроорганизмами. Пломбировать корневой канал можно в том случае, если отсутствуют болевые симптомы, выделение экссудата, чувствительность при перкуссии. Предварительно

необходимо изолировать зуб от слюны.

Материал для пломбирования корневых каналов должен обладать следующими свойствами:

- легко поддаваться манипулированию в течение достаточно долгого рабочего времени;
- обладать пространственной стабильностью, не давать усадки и не менять форму после введения в канал;
- заполнять канал латерально и апикально, повторяя его контуры;
- не раздражать периапикальные ткани;
- быть влагоустойчивым, непористым;
- быть рентгеноконтрастным, легко определяться на снимках;
- не изменять цвет зуба;
- при необходимости легко удаляться из корневого канала.

Критерии качества obturation корневых каналов:

- ♦ Равномерная плотность материала на всем протяжении.
- ♦ Герметичность obturation.
- ♦ Obturation канала на всем протяжении до анатомической верхушки корня.

Для достижения данных результатов применяют методики пломбирования корневых каналов с использованием гуттаперчи в технике латеральной и вертикальной конденсации, термофилы, а так же пасты для пломбирования одним (центральным) штифтом. Не рекомендуется пломбирование корневых каналов с использованием только пасты без гуттаперчевых штифтов. Возможно проведение obturation корневого канала без использования штифтов в случае применения материалов, не предназначенных для проведения перечисленных методов.

См. Приложение № 3.

После obturation канала (каналов) необходимо проведение рентгенологического контроля пломбирования.

7.4.6.4. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения хирургических вмешательств

Оперативное лечение хронических периодонтитов применяют при патологических процессах в зубах и околозубных тканях, не подлежащих или не поддающихся терапевтическому лечению. Хирургические вмешательства позволяют сохранить весь зуб или часть его, создать условия для функционирования зуба. Выделяют следующие методы

хирургического лечения периодонтитов: резекцию верхушки корня, гемисекцию и ампутацию корня, коронарно–радикулярную сепарацию. На первом этапе проведения этих методов во всех каналах зуба обязательно осуществляют эндодонтическое лечение, а затем хирургическое вмешательство на корнях.

См. Приложение № 5.

7.4.6.5. Восстановление анатомической формы коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба после эндодонтического лечения может проводиться пломбированием и/или протезированием (изготовление вкладки, искусственной коронки, штифтовой конструкции). Для выбора метода восстановления анатомической формы коронковой части зуба необходимо оценить степень разрушения коронковой части зуба. Используют индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) по В.Ю. Миликевичу.

См. Приложение № 4.

7.4.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
<i>Антигистаминные средства</i>	Согласно алгоритму
<i>Сульфаниламидные препараты</i>	Согласно алгоритму
<i>Антибиотики и другие противомикробные средства</i>	Согласно алгоритму
<i>Витаминные препараты</i>	Согласно алгоритму
<i>Иммуностимуляторы</i>	Согласно алгоритму
<i>Ненаркотические анальгетики</i>	Согласно алгоритму
<i>Противовоспалительные средства</i>	Согласно алгоритму
<i>Анестетики местные</i>	Согласно алгоритму
<i>Производные нитрофурана</i>	Согласно алгоритму
<i>Антидоты мышьяка</i>	Согласно алгоритму
<i>Ферментные препараты</i>	Согласно алгоритму
<i>Гипохлорит натрия</i>	Согласно алгоритму
<i>Кровоостанавливающие препараты</i>	По потребности
<i>Пасты для пломбирования корневых каналов (на основе эвгенола, эпоксидных смол, акриловые, полиэтиленовые и поливиниловые смолы, на основе резорцин – формальдегида, с гидроксидом кальция, с трикальцийфосфатом и йодоформом, гуттаперчевые штифты, поликарбоксилатные цементы)</i>	Согласно алгоритму

7.4.8. Характеристики алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед препарированием проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая) по показаниям.

Наряду с механической обработкой корневого канала выполняют его тщательное промывание антисептическими растворами.

Наиболее частыми в применении растворами для обработки корневых каналов являются гипохлорит натрия в концентрации от 2,5 до 3%, 0,05 % хлоргексидин, 3% раствор перекиси водорода, мирамистин. Растворы в систему корневого канала вводят с помощью шприцев с эндодонтическими иглами. При использовании ирригантов следует помнить, что их применение должно быть ограничено пространством канала. Попадание этих растворов за пределы канала, особенно под давлением, может привести к сильному токсическому воздействию, повреждению периапикальных тканей.

Еще одной группой химических веществ, используемых для обработки корневых каналов, являются комплексоны (хелаты), в первую очередь этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА). Препарат состоит из ЭДТА и перекиси мочевины на органической водорастворимой основе и действует как окислитель и как смазка для канала. Он эффективно размягчает дентин, что облегчает прохождение, очистку и формирование канала.

При возникновении болевой реакции назначают анальгетические лекарственные средства. При возникновении выраженных воспалительных явлений возможно назначение лекарственных препаратов с антибактериальным и противовоспалительным действием.

7.4.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

После проведения лечения необходимо динамическое наблюдение за зубом в течение 2 лет. Рентгенологическое исследование следует проводить не ранее 3 месяцев и не позднее 1 года после пломбирования.

7.4.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.4.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Специальных требований нет.

7.4.12. Форма добровольного информированного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

См. Приложение № 6.

7.4.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение № 7.

7.4.14. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни периапикальных тканей» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками гнойного пульпита медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего ведению гнойного пульпита
- б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.4.15. Возможные исходы и их характеристики

Исход	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	60	Восстановление функции	Непосредственно после лечения	Динамическое наблюдение 2 раза в год
Стабилизация	20	Отсутствие рецидива и осложнений	Непосредственно после лечения	Динамическое наблюдение 2 раза в год
Развитие ятрогенных осложнений	10	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На этапе лечения зуба	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	10		После окончания лечения и при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.4.16. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни периапикальных тканей»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.5 . Модель пациента

Нозологическая форма: корневая киста периапикальная

Стадия – любая

Фаза — стабильное течение

Осложнения — без осложнений

Код по МКБ-С: K04.8

7.5.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- пациенты с постоянными зубами;
- зубы с хорошо проходимыми каналами;
- возможно отсутствие субъективных проявлений;
- наличие боли в анамнезе;
- возможно изменение в цвете коронковой части зуба;
- возможна болезненность при перкуссии зуба;
- снижение электровозбудимости;
- изменения в периапикальных тканях на рентгенограмме в виде очага разрежения костной ткани с четкими границами.

7.5.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.5.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование зубов с использованием стоматологического зонда	1
A02.07.005	Термодиагностика зуба	1
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств	По потребности

	лучевой визуализации	
A05.07.001	Электроодонтометрия	1
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	Согласно алгоритму
A06.07.004	Ортопантомография	По потребности
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	Согласно алгоритму
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности

*«1» – если 1 раз; «согласно алгоритму» – если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.5.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043.У).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб от различных раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний.

Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области конкретного зуба, их характер, сроки появления, когда пациент обратил внимание на появление дискомфорта.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре оценивают форму и конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Необходимо проводить пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, которая проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

Обследованию подлежат все зубы; начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зуба, обследование тканей пародонта. Определяют характер болей на температурные раздражители, проводят электроодонтодиагностику, при необходимости рентгенографию.

Индексы гигиены рта определяют до лечения и после обучения гигиене полости рта с целью контроля.

См. Приложение № 8.

7.5.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения
A16.07.055	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	1
A13.31.007	Обучение гигиене полости рта	1
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	1
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	Согласно алгоритму
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	Согласно алгоритму
A16.07.034	Инструментальная и медикаментозная обработка корневого канала	Согласно алгоритму
A11.07.012	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	Согласно алгоритму
A16.07.008	Пломбирование корневого канала зуба	Согласно алгоритму
A16.07.007	Резекция верхушки корня	По потребности
A16.07.063	Гемисекция	По потребности
A16.07.064	Коронарно-радикулярная сепарация	По потребности
A16.07.018	Цистотомия или цистэктомия	По потребности
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	По потребности
A16.07.035	Восстановление зуба пломбировочными материалами с использованием анкерных штифтов	По потребности

A16.07.036	Восстановление зуба коронкой с использованием культевой вкладки на анкерном штифте	По потребности
A16.07.037	Восстановление зуба коронкой с использованием цельнолитой культевой вкладки	По потребности
A16.07.056	Восстановление зубов штифтовыми зубами	По потребности
A16.07.003	Восстановление зуба вкладкой, виниром, полукоронкой	По потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	По потребности
A17.07.002	Физиотерапевтическое воздействие на челюстно-лицевую область	По потребности
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.004	Ионофорез при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.005	Воздействие магнитными полями при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.006	Депозифорез корневого канала зуба	По потребности
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.009	Воздействие электрическими полями (КВЧ) при патологии полости рта и зубов	По потребности
A22.07.003	Лазерная физиотерапия челюстно-лицевой области	По потребности
A22.07.004	Ультразвуковое расширение корневого канала	По потребности
A22.07.005	Ультрафиолетовое облучение ротоглотки	По потребности
A22.07.006	Воздействие ультразвуком на область десен	По потребности
A22.07.007	Ультрафонофорез лекарственных препаратов на область десен	По потребности
A22.07.008	Воздействие лазерным низкоинтенсивным излучением на область десен	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму

*«1» – если 1 раз; «согласно алгоритму» – если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.5.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на:

- купирование воспалительного процесса;
- проведение обработки корневых каналов под контролем рентгенограммы;
- достижение obturации корневых каналов до уровня анатомической верхушки; проводится под контролем методов лучевой визуализации;
- предупреждение развития осложнений;
- восстановление анатомической формы коронковой части зуба;

- восстановление эстетики зубного ряда.

После диагностических исследований и принятия решения на том же приеме приступают к лечению.

7.5.6.1. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения обработки корневых каналов

Этапы проведения инструментальной и антисептической обработки корневых каналов:

- ◆ проведение местной анестезии по потребности;
- ◆ создание доступа к полости зуба;
- ◆ раскрытие полости зуба;
- ◆ создание прямого доступа к корневым каналам;
- ◆ прохождение канала или его распломбирование в ранее депульпированных зубах;
- ◆ определение рабочей длины корневого канала;
- ◆ обработка корневых каналов (механическая и медикаментозная);
- ◆ применение физических методов (по потребности);
- ◆ пломбирование корневых каналов временными и/или постоянными пломбировочными материалами;
- ◆ рентгенологический контроль на этапах лечения;
- ◆ реставрация зубов после эндодонтического лечения.

Инструментальная и антисептическая обработка корневых каналов при лечении данной формы периодонтита проводится с использованием различных методик и направлена на достижение очистки канала от измененных тканей, удаление дентинных опилок и формирование канала для окончательной очистки и obturation.

Для определения рабочей длины канала используют электрометрический метод с применением различных электронных приборов (апекслокаторов), а так же рентгенологический контроль с применением эндодонтических инструментов и/или гуттаперчевого штифта в качестве маркера длины канала.

Следующий этап – формирование корневого канала. Корневой канал после обработки должен соответствовать следующим требованиям:

- ◆ Сохранять свое направление.
- ◆ Иметь форму конуса.
- ◆ Завершаться апикальным сужением.
- ◆ Не иметь неровностей на стенках.
- ◆ Иметь достаточный диаметр на всем протяжении до апикального сужения для obturation.

На данном этапе необходимо соблюдать следующие правила: проводить все манипуляции в пределах канала, не допускать проталкивание дентинных опилок и инфицированных тканей за верхушку корня. Необходимо точно определить рабочую длину канала и придать каналу достаточный диаметр для обеспечения полноценной антисептической обработки. Обращать особое внимание на предотвращение излишнего выхода инструмента за апикальное отверстие.

Для выполнения инструментальной обработки корневых каналов используют различные методики.

См. Приложение № 1.

7.5.6.2. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения физиотерапевтических процедур

Физиотерапевтические процедуры позволяют купировать воспаление, нормализовать трофику тканей, стимулируют процессы регенерации, при этом применяют постоянный электрический ток; импульсные токи низкой, средней и высокой частоты; электрические и магнитные поля; светолечение; ультразвук и т.д. Кроме того, физические методы используют с диагностической целью. Электроодонтометрия дает возможность оценить состояние пульпы зуба, апекслокация—определить рабочую длину канала.

При эндодонтическом лечении широко применяются трансканальные воздействия постоянным током, которые обеспечивают возможность введения лекарственных веществ в труднодоступную часть корневого канала.

Включение физиотерапии в комплекс лечебных мероприятий способствует повышению эффективности и качества лечения, уменьшает количество как ближайших так и отдаленных осложнений. Особое внимание перед назначением и проведением физиотерапевтических процедур следует обращать на наличие противопоказаний.

См. Приложение № 2.

7.5.6.3. Характеристики алгоритмов и особенностей пломбирования корневых каналов

Целью пломбирования является достижение obturации канала до апикального отверстия или физиологического сужения корня и предотвращение повторного инфицирования канала микроорганизмами. Пломбировать корневой канал можно в том случае, если отсутствуют болевые симптомы, выделение экссудата, чувствительность при перкуссии. Предварительно необходимо изолировать зуб от слюны.

Материал для пломбирования корневых каналов должен обладать следующими

свойствами:

- легко поддаваться манипулированию в течение достаточно долгого рабочего времени;
- обладать пространственной стабильностью, не давать усадки и не менять форму после введения в канал;
- заполнять канал латерально и апикально, повторяя его контуры;
- не раздражать периапикальные ткани;
- быть влагоустойчивым, непористым;
- быть рентгеноконтрастным, легко определяться на снимках;
- не изменять цвет зуба;
- при необходимости легко удаляться из корневого канала.

Критерии качества obturation корневых каналов:

- ♦ Равномерная плотность материала на всем протяжении.
- ♦ Герметичность obturation.
- ♦ Obturation канала на всем протяжении до анатомической верхушки корня.

Для достижения данных результатов применяют методики пломбирования корневых каналов с использованием гуттаперчи в технике латеральной и вертикальной конденсации, термофилы, а так же пасты для пломбирования одним (центральным) штифтом. Не рекомендуется пломбирование корневых каналов с использованием только пасты без гуттаперчевых штифтов. Возможно проведение obturation корневого канала без штифтов в случае использования материалов, не предназначенных для проведения перечисленных методов.

См. Приложение № 3.

После obturation канала (каналов) необходимо проведение рентгенологического контроля пломбирования.

7.5.6.4. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения хирургических вмешательств

Оперативное лечение хронических периодонтитов применяют при патологических процессах в зубах и околозубных тканях, не подлежащих или не поддающихся терапевтическому лечению. Хирургические вмешательства позволяют сохранить весь зуб или часть его, создать условия для функционирования зуба. Выделяют следующие методы хирургического лечения периодонтитов: резекцию верхушки корня, гемисекцию и ампутацию корня, коронарно–радикулярную сепарацию, цистотомия, цистэктомия. На

первом этапе проведения этих методов во всех каналах зуба обязательно осуществляют эндодонтическое лечение, а затем хирургическое вмешательство на корнях.

См. Приложение № 5.

7.5.6.5. Восстановление анатомической формы коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба после эндодонтического лечения может проводиться пломбированием и/или протезированием (изготовление вкладки, искусственной коронки, штифтовой конструкции). Для выбора метода восстановления анатомической формы коронковой части зуба необходимо оценить степень разрушения коронковой части зуба. Используют индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) по В.Ю. Миликевичу.

См. Приложение № 4.

7.5.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
<i>Антигистаминные средства</i>	Согласно алгоритму
<i>Сульфаниламидные препараты</i>	Согласно алгоритму
<i>Антибиотики и другие противомикробные средства</i>	Согласно алгоритму
<i>Витаминные препараты</i>	Согласно алгоритму
<i>Иммуностимуляторы</i>	Согласно алгоритму
<i>Ненаркотические анальгетики</i>	Согласно алгоритму
<i>Противовоспалительные средства</i>	Согласно алгоритму
<i>Анестетики местные</i>	Согласно алгоритму
<i>Производные нитрофурана</i>	Согласно алгоритму
<i>Антидоты мышьяка</i>	Согласно алгоритму
<i>Ферментные препараты</i>	Согласно алгоритму
<i>Гипохлорит натрия</i>	Согласно алгоритму
<i>Кровоостанавливающие препараты</i>	По потребности
<i>Пасты для пломбирования корневых каналов (на основе эвгенола, эпоксидных смол, акриловые, полиэтиленовые и поливиниловые смолы, на основе резорцин – формальдегида, с гидроксидом кальция, с трикальцийфосфатом и йодоформом, гуттаперчевые штифты, поликарбоксилатные цементы)</i>	Согласно алгоритму

7.5.8. Характеристики алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед препарированием проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная,

проводниковая) по показаниям.

Наряду с механической обработкой корневого канала выполняют его тщательное промывание антисептическими растворами.

Наиболее частыми в применении растворами для обработки корневых каналов являются гипохлорит натрия в концентрации от 2,5 до 3%, 0,05% хлоргексидин, 3% раствор перекиси водорода, мирамистин. Растворы в систему корневого канала вводят с помощью шприцев с эндодонтическими иглами. При использовании ирригантов следует помнить, что их применение должно быть ограничено пространством канала. Попадание этих растворов за пределы канала, особенно под давлением, может привести к сильному токсическому воздействию, повреждению периапикальных тканей.

Еще одной группой химических веществ, используемых для обработки корневых каналов, являются комплексоны (хелаты), в первую очередь этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА). Препарат состоит из ЭДТА и перекиси мочевины на органической водорастворимой основе и действует как окислитель и как смазка для канала. Он эффективно размягчает дентин, что облегчает прохождение, очистку и формирование канала.

При возникновении болевой реакции назначают анальгетические лекарственные средства. При возникновении выраженных воспалительных явлений возможно назначение лекарственных препаратов с антибактериальным и противовоспалительным действием.

7.5.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

После проведения лечения необходимо динамическое наблюдение за зубом в течение 2 лет. Рентгенологическое исследование следует проводить не ранее 3 месяцев и не позднее 1 года после пломбирования.

7.5.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.5.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Специальных требований нет.

7.5.12. Форма добровольного информированного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

См. Приложение № 6.

7.5.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение № 7.

7.5.14. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни периапикальных тканей» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в **Клинические рекомендации (протоколы лечения)**, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками гнойного пульпита медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего ведению гнойного пульпита
- б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.5.15. Возможные исходы и их характеристики

Исход	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	60	Восстановление функции	Непосредственно после лечения	Динамическое наблюдение 2 раза в год
Стабилизация	20	Отсутствие рецидива и осложнений	Непосредственно после лечения	Динамическое наблюдение 2 раза в год
Развитие ятрогенных осложнений	10	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На этапе лечения зуба	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	10		После окончания лечения и при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.5.16. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни периапикальных тканей»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.6. Модель пациента

Нозологическая форма: корневая киста апикальная и боковая

Стадия – любая

Фаза – стабильное течение

Осложнения – без осложнений

Код по МКБ-С: K04.80

7.6.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- пациенты с постоянными зубами;
- зубы с хорошо проходимыми каналами;
- возможно отсутствие субъективных проявлений;
- наличие боли в анамнезе;
- возможна болезненность при перкуссии зуба;
- изменения в периапикальных тканях на рентгенограмме.

7.6.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.6.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование зубов с использованием стоматологического зонда	1
A02.07.005	Термодиагностика зуба	1
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A05.07.001	Электроодонтометрия	1

A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	Согласно алгоритму
A06.07.004	Ортопантомография	По потребности
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	Согласно алгоритму
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности

*«1» – если 1 раз; «согласно алгоритму» – если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.6.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043.У).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб от различных раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний.

Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области конкретного зуба, их характер, сроки появления, когда пациент обратил внимание на появление дискомфорта.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре оценивают форму и конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Необходимо проводить пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, которая проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

Обследованию подлежат все зубы; начинают осмотр с правых верхних моляров и

заканчивают правыми нижними молярами.

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зуба, обследование тканей пародонта. Определяют характер болей на температурные раздражители, проводят электроодонтодиагностику, при необходимости рентгенографию.

Индексы гигиены рта определяют до лечения и после обучения гигиене полости рта с целью контроля.

См. Приложение № 8.

7.6.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения
A16.07.055	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	1
A13.31.007	Обучение гигиене полости рта	1
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	1
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	Согласно алгоритму
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	Согласно алгоритму
A16.07.034	Инструментальная и медикаментозная обработка корневого канала	Согласно алгоритму
A11.07.012	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	Согласно алгоритму
A16.07.008	Пломбирование корневого канала зуба	Согласно алгоритму
A16.07.007	Резекция верхушки корня	По потребности
A16.07.063	Гемисекция	По потребности
A16.07.064	Коронарно-радикулярная сепарация	По потребности
A16.07.018	Цистотомия или цистэктомия	По потребности
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	По потребности
A16.07.035	Восстановление зуба пломбировочными материалами с использованием анкерных штифтов	По потребности
A16.07.036	Восстановление зуба коронкой с использованием культевой вкладки на анкерном штифте	По потребности
A16.07.037	Восстановление зуба коронкой с использованием	По потребности

	цельнолитой культевой вкладки	
A16.07.056	Восстановление зубов штифтовыми зубами	По потребности
A16.07.003	Восстановление зуба вкладкой, виниром, полукоронкой	По потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	По потребности
A17.07.002	Физиотерапевтическое воздействие на челюстно-лицевую область	По потребности
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.004	Ионофорез при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.005	Воздействие магнитными полями при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.006	Депозитивная корневая терапия	По потребности
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.009	Воздействие электрическими полями (КВЧ) при патологии полости рта и зубов	По потребности
A22.07.003	Лазерная физиотерапия челюстно-лицевой области	По потребности
A22.07.004	Ультразвуковое расширение корневого канала	По потребности
A22.07.005	Ультрафиолетовое облучение ротоглотки	По потребности
A22.07.006	Воздействие ультразвуком на область десен	По потребности
A22.07.007	Ультрафонофорез лекарственных препаратов на область десен	По потребности
A22.07.008	Воздействие лазерным низкоинтенсивным излучением на область десен	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму

*«1» – если 1 раз; «согласно алгоритму» – если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.6.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на:

- купирование воспалительного процесса;
- проведение обработки корневых каналов под контролем рентгенограммы;
- достижение obturation корневых каналов до уровня анатомической верхушки; проводится под контролем методов лучевой визуализации;
- предупреждение развития осложнений;
- восстановление анатомической формы коронковой части зуба;
- восстановление эстетики зубного ряда.

После диагностических исследований и принятия решения на том же приеме приступают к

лечению.

7.6.6.1. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения обработки корневых каналов

Этапы проведения инструментальной и антисептической обработки корневых каналов:

- ◆ проведение местной анестезии по потребности;
- ◆ создание доступа к полости зуба;
- ◆ раскрытие полости зуба;
- ◆ создание прямого доступа к корневым каналам;
- ◆ прохождение канала или его распломбирование в ранее депульпированных зубах;
- ◆ определение рабочей длины корневого канала;
- ◆ обработка корневых каналов (механическая и медикаментозная);
- ◆ применение физических методов (по потребности);
- ◆ пломбирование корневых каналов временными и/или постоянными пломбировочными материалами;
- ◆ рентгенологический контроль на этапах лечения;
- ◆ реставрация зубов после эндодонтического лечения.

Инструментальная и антисептическая обработка корневых каналов при лечении данной формы периодонтита проводится с использованием различных методик и направлена на достижение первичной очистки канала от измененных тканей, удаление дентинных опилок и формирование канала для окончательной очистки и obturации. Первичная очистка канала подразумевает удаление остатков некротизированных тканей, а также продуктов тканевого распада и микроорганизмов.

Для определения рабочей длины канала используют электрометрический метод с применением различных электронных приборов (апекслокаторов), а так же рентгенологический контроль с применением эндодонтических инструментов и/или гуттаперчевого штифта в качестве маркера длины канала.

Следующий этап – формирование корневого канала. Корневой канал после обработки должен соответствовать следующим требованиям:

- ◆ Сохранять свое направление.
- ◆ Иметь форму конуса.
- ◆ Завершаться апикальным сужением.
- ◆ Не иметь неровностей на стенках.
- ◆ Иметь достаточный диаметр на всем протяжении до апикального сужения для obturации.

На данном этапе необходимо соблюдать следующие правила: проводить все манипуляции в пределах канала, не допускать проталкивание дентинных опилок и инфицированных тканей за верхушку корня. Необходимо точно определить рабочую длину канала и придать каналу достаточный диаметр для обеспечения полноценной антисептической обработки. Обращать особое внимание на предотвращение излишнего выхода инструмента за апикальное отверстие.

Для выполнения инструментальной обработки корневых каналов используют различные методики.

См. Приложение № 1.

7.6.6.2. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения физиотерапевтических процедур

Физиотерапевтические процедуры позволяют купировать воспаление, нормализовать трофику тканей, стимулируют процессы регенерации, при этом применяют постоянный электрический ток; импульсные токи низкой, средней и высокой частоты; электрические и магнитные поля; светолечение; ультразвук и т.д. Кроме того, физические методы используют с диагностической целью. Электроодонтометрия дает возможность оценить состояние пульпы зуба, апекслокация—определить рабочую длину канала.

При эндодонтическом лечении широко применяются трансканальные воздействия постоянным током, которые обеспечивают возможность введения лекарственных веществ в труднодоступную часть корневого канала.

Включение физиотерапии в комплекс лечебных мероприятий способствует повышению эффективности и качества лечения, уменьшает количество как ближайших, так и отдаленных осложнений. Особое внимание перед назначением и проведением физиотерапевтических процедур следует обращать на наличие противопоказаний.

См. Приложение № 2.

7.6.6.3. Характеристики алгоритмов и особенностей пломбирования корневых каналов

Целью пломбирования является достижение obturации канала до апикального отверстия или физиологического сужения корня и предотвращение повторного инфицирования канала микроорганизмами. Пломбировать корневой канал можно в том случае, если отсутствуют болевые симптомы, выделение экссудата, чувствительность при перкуссии. Предварительно необходимо изолировать зуб от слюны.

Материал для пломбирования корневых каналов должен обладать следующими свойствами:

- легко поддаваться манипулированию в течение достаточно долгого рабочего времени;
- обладать пространственной стабильностью, не давать усадки и не менять форму после введения в канал;
- заполнять канал латерально и апикально, повторяя его контуры;
- не раздражать периапикальные ткани;
- быть влагоустойчивым, непористым;
- быть рентгеноконтрастным, легко определяться на снимках;
- не изменять цвет зуба;
- при необходимости легко удаляться из корневого канала.

Критерии качества obturation корневых каналов:

- ♦ Равномерная плотность материала на всем протяжении.
- ♦ Герметичность obturation.
- ♦ Obturation канала на всем протяжении до анатомической верхушки корня.

Для достижения данных результатов применяют методики пломбирования корневых каналов с использованием гуттаперчи в технике латеральной и вертикальной конденсации, термофилы, а так же пасты с методом пломбирования одним (центральным) штифтом. Не рекомендуется пломбирование корневых каналов с использованием только пасты без гуттаперчевых штифтов. Возможно проведение obturation корневого канала без штифтов в случае использования материалов, не предназначенных для проведения вышеперечисленных методов.

См. Приложение № 3.

После obturation канала (каналов) необходимо проведение рентгенологического контроля пломбирования.

7.6.6.4. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения хирургических вмешательств

Оперативное лечение хронических периодонтитов применяют при патологических процессах в зубах и околозубных тканях, не подлежащих или не поддающихся терапевтическому лечению. Хирургические вмешательства позволяют сохранить весь зуб или часть его, создать условия для функционирования зуба. Выделяют следующие методы хирургического лечения периодонтитов: резекцию верхушки корня, гемисекцию и

ампутацию корня, коронаро-радикулярную сепарацию, цистотомию, цистэктомию. На первом этапе проведения этих методов во всех каналах зуба обязательно осуществляют эндодонтическое лечение, а затем хирургическое вмешательство на корнях.

См. Приложение № 5.

7.6.6.5. Восстановление анатомической формы коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба после эндодонтического лечения может проводиться пломбированием и/или протезированием (изготовление вкладки, изготовление искусственной коронки, изготовление штифтовой конструкции). Для выбора метода восстановления анатомической формы коронковой части зуба необходимо оценить степень разрушения коронковой части зуба. Используют индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) по В.Ю. Миликевичу.

См. Приложение № 4.

7.6.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
<i>Антигистаминные средства</i>	Согласно алгоритму
<i>Сульфаниламидные препараты</i>	Согласно алгоритму
<i>Антибиотики и другие противомикробные средства</i>	Согласно алгоритму
<i>Витаминные препараты</i>	Согласно алгоритму
<i>Иммуностимуляторы</i>	Согласно алгоритму
<i>Ненаркотические анальгетики</i>	Согласно алгоритму
<i>Противовоспалительные средства</i>	Согласно алгоритму
<i>Анестетики местные</i>	Согласно алгоритму
<i>Производные нитрофурана</i>	Согласно алгоритму
<i>Антидоты мышьяка</i>	Согласно алгоритму
<i>Ферментные препараты</i>	Согласно алгоритму
<i>Гипохлорит натрия</i>	Согласно алгоритму
<i>Кровоостанавливающие препараты</i>	По потребности
<i>Пасты для пломбирования корневых каналов (на основе эвгенола, эпоксидных смол, акриловые, полиэтиленовые и поливиниловые смолы, на основе резорцин – формальдегида, с гидроксидом кальция, с трикальцийфосфатом и йодоформом, гуттаперчевые штифты, поликарбоксилатные цементы)</i>	Согласно алгоритму

7.6.8. Характеристики алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед препарированием проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая) по показаниям.

Наряду с механической обработкой корневого канала выполняют его тщательное промывание антисептическими растворами.

Наиболее частыми в применении растворами для обработки корневых каналов являются гипохлорит натрия в концентрации от 2,5 до 3%, 0,05% хлоргексидин, 3% раствор перекиси водорода, мирамистин. Растворы в систему корневого канала вводят с помощью шприцев с эндодонтическими иглами. При использовании ирригантов следует помнить, что их применение должно быть ограничено пространством канала. Попадание этих растворов за пределы канала, особенно под давлением, может привести к сильному токсическому воздействию, повреждению периапикальных тканей.

Еще одной группой химических веществ, используемых для обработки корневых каналов, являются комплексоны (хелаты), в первую очередь этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА). Препарат состоит из ЭДТА и перекиси мочевины на органической водорастворимой основе и действует как окислитель и как смазка для канала. Он эффективно размягчает дентин, что облегчает прохождение, очистку и формирование канала.

При возникновении болевой реакции назначают анальгетические лекарственные средства. При возникновении выраженных воспалительных явлений возможно назначение лекарственных препаратов с антибактериальным и противовоспалительным действием.

7.6.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

После проведения лечения необходимо динамическое наблюдение за зубом в течение 2 лет. Рентгенологическое исследование следует проводить не ранее 3 месяцев и не позднее 1 года после пломбирования.

7.6.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.6.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Специальных требований нет.

7.6.12. Форма добровольного информированного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

См. Приложение № 6.

7.6.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение № 7.

7.6.14. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни периапикальных тканей» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками гнойного пульпита медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего ведению гнойного пульпита
- б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.6.15. Возможные исходы и их характеристики

Исход	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	60	Восстановление функции	Непосредственно после лечения	Динамическое наблюдение 2 раза в год
Стабилизация	20	Отсутствие рецидива и осложнений	Непосредственно после лечения	Динамическое наблюдение 2 раза в год
Развитие ятрогенных осложнений	10	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На этапе лечения зуба	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	10		После окончания лечения и при отсутствии динамического	Оказание медицинской помощи по протоколу

			наблюдения	соответствующег о заболевания
--	--	--	------------	----------------------------------

7.6.16. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни периапикальных тканей»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

VIII. ГРАФИЧЕСКОЕ, СХЕМАТИЧЕСКОЕ И ТАБЛИЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ) «БОЛЕЗНИ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ»

Не требуется

IX. МОНИТОРИРОВАНИЕ

Критерии и методология мониторинга и оценки эффективности выполнения Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни периапикальных тканей»

Мониторинг проводится на всей территории Российской Федерации.

Перечень медицинских организаций, в которых проводится мониторинг данного документа, определяется ежегодно организацией, ответственной за мониторинг. Медицинская организация информируется о включении в перечень по мониторингу Клинических рекомендаций (протоколов лечения) письменно.

Мониторинг включает в себя:

- сбор информации: о ведении пациентов с кариесом зубов в стоматологических медицинских организациях;
- анализ полученных данных;
- составление отчета о результатах проведенного анализа;
- представление отчета группе разработчиков данных Клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Исходными данными при мониторинге являются:

- медицинская документация - медицинская карта стоматологического больного (форма 043/у);
- тарифы на медицинские услуги;
- тарифы на стоматологические материалы и лекарственные средства.

При необходимости при мониторинге Клинических рекомендаций (протокола лечения) могут быть использованы иные документы.

В стоматологических медицинских организациях, определенных перечнем по мониторингу, раз в полгода на основании медицинской документации составляется карта пациента (см. приложение №11) о лечении пациентов с заболеванием пульпы зуба, соответствующих моделям пациента в данных Клинических рекомендациях (протоколов лечения).

В анализируемые, в процессе мониторинга, показатели входят: критерии включения и исключения из Клинических рекомендаций (протоколов лечения), перечни медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортимента, перечни лекарственных средств обязательного и дополнительного ассортимента, исходы заболевания, стоимость выполнения медицинской помощи по Клиническим рекомендациям (протоколов лечения) и др.

Принципы рандомизации

В данных Клинических рекомендациях (протоколов лечения) рандомизация (лечебных организаций, пациентов и т. д.) не предусмотрена.

Порядок оценки и документирования побочных эффектов и развития осложнений

Информация о побочных эффектах и осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения больных, регистрируется в карте пациента (см. приложение №11).

Порядок исключения пациента из мониторингования

Пациент считается включенным в мониторингование при заполнении на него Карты пациента. Исключение из мониторингования проводится в случае невозможности продолжения заполнения Карты (например, неявка на врачебный прием) (см. приложение №11). В этом случае Карта направляется в организацию, ответственное за мониторингование, с отметкой о причине исключения пациента из Клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Промежуточная оценка и внесение изменений в клинические рекомендации (протоколы лечения)

Оценка выполнения Клинических рекомендаций (протоколов лечения) проводится один раз в год по результатам анализа сведений, полученных при мониторинговании.

Внесение изменений в Клинические рекомендации (протоколы лечения) проводится в случае получения информации:

- а) о наличии в Клинических рекомендаций (протоколов лечения) требований, наносящих урон здоровью пациентов,
- б) при получении убедительных данных о необходимости изменений требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения) обязательного уровня. Решение об изменениях принимается группой разработчиков.

Параметры оценки качества жизни при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

Для оценки качества жизни пациента с заболеванием периапикальных тканей, соответствующей моделям Клинических рекомендаций (протоколов лечения), используют аналоговую шкалу (см. приложение №10).

Оценка стоимости выполнения Клинических рекомендаций (протоколов лечения) и оценки качества

Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

Сравнение результатов

При мониторинговании Клинических рекомендаций (протоколов лечения) ежегодно проводится сравнение результатов выполнения его требований, статистических данных, показателей деятельности медицинских организаций.

Порядок формирования отчета

В ежегодный отчет о результатах мониторингования включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы,

предложения по актуализации Клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Отчет представляется в группу разработчиков данных клинических рекомендаций.
Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати

Приложение № 1

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Болезни периапикальных тканей»

Методика «Step-back» («шаг назад»). Обращают внимание на формирование апикального упора с использованием инструментов, позволяющих избежать попадания дентинных опилок в периапикальные ткани и предотвратить раздражение периодонта.

По данной методике вначале обрабатывают апикальную часть канала, а затем коронковую.

Техника «Crown-down» («Step-down», «шаг вниз»). Проводят расширение корневого канала от устья к апикальной части с последовательной сменой инструментов от большого размера к меньшему.

Для работы в корневых каналах предпочтительнее применять инструменты из никель-титанового сплава. Эти инструменты имеют большую конусность, значительную гибкость и предназначены как для ручной, так и для машинной обработки каналов с использованием эндодонтических наконечников.

Ультразвуковые системы

Обработка корневого канала ультразвуковыми системами производится после предварительного прохождения и расширения корневого канала до анатомической верхушки и состоит из четырех взаимосвязанных и взаимозависимых фаз: механическое удаление твердых и мягких тканей, химическая очистка, дезинфекция и окончательное формирование канала.

Ультразвуковой файл для обработки канала выбирают на размер меньше, чем последний файл, используемый для механической обработки.

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Болезни периапикальных тканей»

ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ ПЕРИОДОНТИТЕ

Физиотерапия позволяет купировать воспаление, нормализовать трофику тканей, стимулирует процессы регенерации, при этом применяют постоянный электрический ток; импульсные токи низкой, средней и высокой частоты; электрические и магнитные поля; светолечение; ультразвук и т.д.

Включение физиотерапии в комплекс лечебных мероприятий способствует повышению эффективности и качества лечения, уменьшает количество как ближайших, так и отдаленных осложнений.

Электроодонтометрия

Зуб изолируют от слюны и тщательно высушивают ватными шариками. Пассивный электрод располагают в руке больного. При исследовании интактных зубов, а так же зубов, покрытых пломбами, активный электрод помещают на чувствительные точки зуба: середина режущего края – на фронтальных зубах, вершина щечного бугра – у премоляров, вершина переднего щечного бугра – у моляров. В кариозных зубах активный электрод помещают на дно кариозной полости. Перед проведением исследования должен быть удален размягченный дентин. Исследование проводят в 3 разных точках кариозной полости, учитывают минимальное полученное значение. В тех случаях, когда электроодонтометрию проводят со дна полости зуба, активный электрод помещают по очереди на устье (проекцию устья) каждого корневого канала. При проведении электроодонтометрии непосредственно из корневого канала в корневой канал вводят корневую иглу или эндодонтический файл, к которому прикасаются активным электродом. Подается минимальная сила тока, вызывающая ощущение легкого укола, толчка, легкой болезненности.

Электровозбудимость интактных зубов со сформированными корнями составляет 2–6 мкА. Реакция на ток до 2 мкА свидетельствует о повышении электровозбудимости пульпы, выше 6 мкА – о понижении. При поражении коронковой пульпы электровозбудимость составляет 7–60 мкА. Незначительное снижение электровозбудимости до 20–25 мкА при соответствующей клинике свидетельствует об изменениях обратимого характера. Выраженное понижение электровозбудимости (25–60 мкА) говорит о распространенности процесса в коронковой пульпе. Реакция 61–100 мкА указывает на гибель коронковой пульпы и на переход воспаления на корневую. 101–200 мкА соответствует полной гибели пульпы, при этом на ток реагируют рецепторы периодонта. При наличии выраженных периапикальных изменений (периодонтит, радикулярная киста) электровозбудимость может

полностью отсутствовать.

Физиотерапия при:

- остром апикальном периодонтите;
- периапикальном абсцессе без свища;
- периапикальном абсцессе со свищём.

При наличии выраженного отека окружающих мягких тканей применяется:

УВЧ-терапия

Применяется поперечное, под углом и продольное расположение конденсаторных пластин по отношению к пораженному зубу. Используют нетепловую дозу воздействия при мощности до 20 Вт. Курс лечения составляет 3–5 процедур продолжительностью до 10 мин, ежедневно.

Инфракрасно-лазеромангито терапия

Воздействие проводят наружно, на кожу щеки или губы в проекции пораженного зуба. Мощность излучения до 10 Вт в импульсе, при частоте следования импульсов 50 – 3000 Гц. Продолжительность процедуры 5–10 мин, интенсивность магнитного поля до 50 мТл. Курс лечения 3–5 процедур, ежедневно.

Магнитотерапия

Воздействуют постоянным или переменным низкочастотным магнитным полем. Индуктор помещают на кожу щеки или губы в проекции пораженного зуба. Интенсивность магнитного поля до 50 мТл. Продолжительность процедуры 10 мин. Курс лечения 3–5 процедур, ежедневно или через день.

Лазеротерапия (красный лазер)

Воздействие наружное или ротовое (облучают кожу или слизистую оболочку в проекции корня зуба). Методика может быть стабильной или лабильной. Мощность излучения до 20 мВт. Курс лечения до 5 процедур, продолжительность воздействия до 10 мин, ежедневно или через день.

Ультрафиолетовое облучение (местное)

Облучают участок десны в проекции корня зуба. Дозирование: 1-й день — 2–3 биодозы, в последующие дни прибавляют по 0,5–1 биодозе. Курс 3–5 процедур.

При отсутствии выраженного отека окружающих мягких тканей применяется:

Трансканальная анодгальванизация с использованием медного электрода

Процедура позволяет снизить экссудацию, оказывает противовоспалительное, обезболивающее и бактерицидное действие, вызывает дегидратацию периодонта. За счет анодного растворения электрода обеспечивает проникновение соединений меди в систему корневого канала и дентин корня зуба.

Активную часть медного электрода – анода (+), освобождённую от изоляции, обернув ватным тампоном, смоченным водой, помещают на дно полости зуба, на устья корневых каналов. Зуб изолируют липким воском. Пассивный электрод (-) располагают продольно, на предплечье правой руки. Сила тока до 3 мА. Продолжительность процедуры 15 – 20 мин. Курс лечения в зависимости от скорости стихания воспаления составляет от 1 до 3–4 процедур. Процедуры проводят ежедневно.

Микроволновая терапия

Излучатель располагают контактно на коже щеки или губы в проекции поражённого зуба, мощность 2-3 Вт, продолжительность процедуры 5–7 мин. Курс лечения до 5 процедур, ежедневно или через день.

Трансканальная лазерная терапия красным лазером

В корневой канал помещают световод диаметром 0,3–0,5 мм. Мощность излучения до 20 мВт. Продолжительность воздействия в каждом корневом канале 1–3 мин. Курс 3–4 процедуры, ежедневно.

Флюктуоризация

Электроды располагают поперечно. Форма тока № 1, доза малая, средняя. Курс лечения 1–5 процедур по 10 мин, ежедневно.

Ультратонтерапия

Стеклянный электрод, заполненный неоном, перемещают вдоль проекции корня с вестибулярной или язычной (небной) стороны альвеолярного отростка. Используют тихий разряд. Проводят 2–5 процедур по 3–4 мин, ежедневно. Применяется так же воздействие по ходу ветви тройничного нерва со стороны слизистой полости рта или наружно до 5 процедур по 10 мин, ежедневно.

Дарсонвализация

Стеклянный вакуумный электрод перемещают вдоль проекции корня с вестибулярной или язычной (небной) стороны альвеолярного отростка. Используют тихий разряд. Проводят 2–5 процедур по 3–4 мин, ежедневно. Применяется так же воздействие по ходу ветви тройничного нерва со стороны слизистой полости рта или наружно до 5 процедур по 10 мин, ежедневно.

Физиотерапия при хроническом периодонтите, а так же при всех других формах периодонтита при отсутствии или стихании острых явлений:

Апекс-форез с использованием внутриканального серебряно-медного электрода

Метод позволяет за счет анодного растворения серебряно-медного электрода заполнить соединениями серебра и меди систему корневого канала и дентина в апикальной части корня зуба. Оказывает бактерицидное и противовоспалительное действие, стимулирует процессы регенерации.

В корневой канал, предварительно расширенный до 20 размера файла по ISO не менее чем на 1/2 длины корня зуба и смоченный изотоническим раствором хлорида натрия, помещают внутриканальный серебряно-медный электрод – анод (+), максимально продвигая его активную рабочую часть к непроходимому апикальному участку. Второй электрод – катод (–) располагают продольно (на предплечье правой руки) или поперечно (на слизистую оболочку полости рта). Воздействие дозируют по количеству электричества, которое для каждого корневого канала должно находиться в диапазоне от 5 до 2,5 мАХмин. Проводится одна процедура для каждого корневого канала.

Депозифорез гидроокиси меди кальция

Процедура обеспечивает заполнение непроходимой части корневого канала соединениями меди, вызывает ощелачивание системы корневого канала, оказывает бактерицидное и противовоспалительное действие, стимулирует процессы регенерации.

В корневой канал, предварительно заполненный гидроокисью меди кальция, погружают эндодонтический файл, который подключают к минусу источника тока. Проводится по 3 процедуры в каждом корневом канале с интервалом 8–14 дней. В промежутке между процедурами полость зуба не закрывают временной пломбой. Процедуры дозируют по количеству электричества, которое для корневого канала во время каждой процедуры должно составлять 5 мАХмин.

Диатермокоагуляция содержимого корневого канала.

Зуб изолируют от слюны, высушивают полость зуба. Электрод — корневую иглу помещают на 1/3 длины корня, и подают ток 1–2 сек, ток отключают и корневую иглу продвигают еще на 1/3 длины корня и опять подают ток на 1–2 с. Манипуляции проводят до достижения физиологического апекса (Ступенчатая методика).

Трансканальная лазерная терапия красным лазером

В корневой канал помещают по проходимости световод диаметром 0,3–0,5 мм. Мощность излучения до 20 мВт. Продолжительность воздействия в каждом корневом канале 1–3 мин. Курс 3–4 процедуры, ежедневно.

Трансканальный электрофорез периодонта (ТЭП)

Наряду с действием вводимого лекарственного препарата процедура способствует снижению воспалительных явлений в периодонте вследствие повышения физиологической активности в тканях, изменения рН, стимулирует регенерацию костной ткани вследствие активации трофических процессов, образования депо лекарственного вещества в дентине корня зуба и периодонте.

Наиболее часто используют трансканальный электрофорез:

- йода из 10% раствора йодида калия (–);
- димексида (–), трипсина(–);
- террилитина (+), лизоцима (–);
- хонсурида (–).

На устья корневых каналов помещают тампон, смоченный лекарственным веществом, и соединяют его с активным электродом, представляющим собой одножильный провод в изоляционной оболочке. Полость зуба изолируют липким воском. При наличии свищевого хода пассивный электрод – ротовой, его накладывают на свищ. В остальных случаях пассивный электрод располагают на предплечье руки. Сила тока до 3 мА.

Продолжительность процедуры – 20 мин.

Курс лечения: при отсутствии периапикальных изменений – 1–2 процедуры; при разрежении не более 3 мм — 3–4 процедуры; при разрежении 3–5 мм — 5–6 процедур. (При наличии свищевого хода количество процедур увеличивают на две.).

После каждой процедуры зуб закрывают временной пломбой, оставляя на дне полости зуба тампон с тем лекарственным веществом, с каким проводили трансканальный электрофорез.

Процедуры проводят ежедневно.

Трансканальная анод-гальванизация с использованием медного электрода

За счет анодного растворения электрода процедура обеспечивает проникновение соединений меди в систему корневого канала и дентин корня зуба, оказывает бактерицидное и противовоспалительное действие, стимулирует процессы регенерации.

Активную часть медного электрода – анода (+), освобожденную от изоляции, обернув ватным тампоном, смоченным водой, помещают на дно полости зуба, на устья корневых каналов. Полость зуба изолируют липким воском. Пассивный электрод располагают продольно или поперечно. Сила тока до 3 мА. Курс лечения 1–2 процедуры продолжительностью по 15 – 20 мин.

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Болезни периапикальных тканей»

Латеральная конденсация гуттаперчи

В канал вводится небольшое количество пасты или герметика, затем вводится основной штифт после его припасовки с рентгенологическим контролем до физиологического сужения и прижимается к стенке канала специальным инструментом (спредером). Образовавшийся промежуток заполняется гуттаперчевыми штифтами аналогичным образом до достижения плотной obturации канала.

Вертикальная конденсация гуттаперчи

Метод предполагает использование разогретой гуттаперчи. Гуттаперчевые штифты припасовывают и укорачивают на 0,5 мм. В канал вводится небольшое количество пасты или герметика, затем штифты конденсируют в канале разогретыми плагерами различного диаметра, чтобы обеспечить трехмерную obturацию канала.

Использование термофилов

Используют стандартные гуттаперчевые штифты на носителях (термофилы). После предварительного определения размера (верификации) корневого канала подбирают соответствующий штифт, нагревают его, заполняют канал в один прием, предварительно обработав стенки канала пастой (силером).

Пломбирование корневого канала пастой с использованием одного (центрального) штифта

Метод основан на принципе совмещения пломбирования корневого канала пастой с одиночным штифтом с большой конусностью (04-06). Припасовка штифта для obturации осуществляется под контролем рентгенограммы. На контрольной рентгенограмме штифт должен доходить до апикального сужения, т. е. на рабочую длину. Пасту для obturации вносят в предварительно подготовленный канал вручную или при помощи каналонаполнителя, затем в канал вводят припасованный штифт и медленно продвигают его на рабочую длину, проверенную рентгенологически.

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Болезни периапикальных тканей»

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба пломбированием

При показателях ИРОПЗ 0,2 – 0,4 применяется метод пломбирования. После окончания эндодонтического лечения возможна постановка временной пломбы (повязки), если невозможно поставить постоянную пломбу в первое посещение или для предотвращения возможных осложнений. Постоянное пломбирование проводят в одно посещение.

Характеристики алгоритмов и особенностей пломбирования

После окончания эндодонтического лечения приступают к восстановлению анатомической формы зуба пломбированием. При необходимости возможна постановка временной пломбы (повязки). Проводят окончательное формирование полости, соблюдая общие требования, а именно:

- при необходимости – местное обезболивание;
- максимально возможное сохранение интактных тканей зуба;
- иссечение эмали, лишенной подлежащего дентина (по показаниям);
- формирование полости;
- финирирование краев эмали полости.

Необходимо обращать внимание на обработку краев полости для создания качественного краевого прилегания пломбы и предотвращения сколов эмали и пломбирочного материала. При пломбировании композитными материалами допускается щадящее препарирование полостей (уровень убедительности доказательств В).

Проверяют качество удаления пораженных тканей с помощью зонда и детектора кариеса.

В случае, если переустановка пломбы (расположенной в границах по «Модифицированной классификации кариозных поражений по локализации (по Блеку) - Класс I) происходит у пациента чаще, чем 1 раз в год, необходима консультация врача-стоматолога-ортопеда.

При пломбировании полостей класса II следует использовать матричные системы, матрицы, межзубные клинья. При обширных разрушениях коронковой части зуба необходимо использовать матрицедержатель. Правильно сформированная пломба на контактной поверхности должна иметь форму, близкую к сферической. Зона контакта между зубами

должна располагаться в области экватора и чуть выше – как в интактных зубах. Не следует моделировать контактный пункт на уровне краевых гребней зубов: в этом случае, помимо застревания пищи в межзубном промежутке, возможны сколы материала, из которого выполнена пломба. Как правило, эта погрешность связана с использованием плоской матрицы, не имеющей выпуклого контура в области экватора.

Формирование контактного ската краевого гребня осуществляется с помощью абразивных полосок (штрипсов) или дисков. Наличие ската краевого гребня предотвращает сколы материала в этой области и застревание пищи.

Следует обращать внимание на формирование плотного контакта между пломбой и соседним зубом, обеспечение оптимального прилегания материала к десневой стенке, предотвращение избыточного введения материала в область десневой стенки полости (избегая создания «нависающего края»).

При препарировании полости класса III предпочтительны язычный и небный доступы, так как это позволяет сохранить вестибулярную поверхность эмали и обеспечить более высокий функциональный эстетический уровень восстановления зуба. При препарировании контактную стенку полости иссекают эмалевым ножом или бором, предварительно защитив интактный соседний зуб металлической матрицей. Формируют полость, удаляя эмаль, лишенную подлежащего дентина, обрабатывают края финишными борами. Допускается сохранение вестибулярной эмали, лишенной подлежащего дентина, если она не имеет трещин и признаков деминерализации.

Особенностями препарирования полости класса IV являются создание скоса, формирование в некоторых случаях дополнительной площадки на язычной или небной поверхности. При препарировании предпочтительно создание ретенционной формы, так как адгезии композитных материалов часто бывает недостаточно.

При постановке пломбы обращать внимание на правильное формирование контактного пункта.

При пломбировании композитными материалами восстановление режущего края должно проводиться в два этапа:

- формирование язычного и небного фрагментов режущего края. Первое отсвечивание проводится через эмаль или ранее наложенный композит с вестибулярной стороны;
- формирование вестибулярного фрагмента режущего края; отсвечивание проводится через отвержденный язычный или небный фрагмент.

Для дополнительной ретенции пломбировочных материалов применяют анкерные штифты. Анкерные штифты – это стандартные конструкционные элементы, условно состоящие из двух частей : корневой и коронковой. Анкерные штифты бывают из стали, благородных сплавов, титана, стекловолокна, углерода. При установке анкерных штифтов

особое внимание уделяется по возможности более плотному прилеганию выступающей, широкой части штифта к устью корневого канала. Необходимо учитывать, что винтовые нарезки на некоторых штифтах предназначаются только для дополнительной ретенции, а не для завинчивания штифта в канал, – это может привести к расколу корня зуба. При необходимости штифт можно подогнать по длине корня зуба, укоротив (подточив) его корневую часть. Рекомендуется, чтобы длина корневой части анкерного штифта составляла $\frac{2}{3}$, минимум $\frac{1}{2}$ длины корня зуба. Анкерный штифт фиксируется в корневом канале на цемент. С помощью анкерных штифтов можно восстанавливать как однокорневые, так и многокорневые зубы.

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба протезированием

Показаниями к протезированию являются:

- убыль твердых тканей коронковой части зуба после препарирования:
 - для группы жевательных зубов при ИРОПЗ $> 0,4$ показано изготовление вкладок из металлов, керамики или композитных материалов. При ИРОПЗ $> 0,6$ показано изготовление искусственных коронок, при ИРОПЗ $> 0,8$ показано применение штифтовых конструкций с последующим изготовлением коронок,
- предупреждение развития деформаций зубочелюстной системы при наличии соседних зубов с пломбами, восстанавливающими более $\frac{1}{2}$ жевательной поверхности.

Вкладки, искусственные коронки, штифтовые конструкции позволяют восстановить анатомическую форму, функцию зуба, предупредить развитие патологического процесса, обеспечить эстетику зубного ряда.

Алгоритм и особенности изготовления вкладки

Вопрос о методе восстановления анатомической формы зуба после эндодонтического лечения вкладкой либо коронкой может решаться только после удаления всех некротизированных тканей. Показаниями к изготовлению вкладок чаще всего являются полости классов I и II по Блеку. Вкладки могут изготавливаться как из металлов, так и из керамики и композитных материалов. Вкладки позволяют восстановить анатомическую форму, функцию зуба, предупредить развитие патологического процесса, обеспечить эстетику зубного ряда.

Противопоказаниями к применению вкладок являются:

- поверхности зубов, малодоступные для формирования полостей под вкладки;
- зубы с неполноценной, хрупкой эмалью.

Вкладки изготавливают в несколько посещений.

Во время первого посещения проводится окончательное формирование полости. Полость под вкладку формируется после удаления всех некротизированных и пигментированных тканей и должна отвечать следующим требованиям:

- быть ящикообразной;
- дно и стенки полости должны выдерживать жевательное давление;
- форма полости должна обеспечивать удержание вкладки от смещения в любых направлениях;
- для точного краевого прилегания, обеспечивающего герметизм, следует формировать скос (фальц) в пределах эмали под углом 45° (при изготовлении цельнолитых вкладок).

После формирования полости производится моделирование вкладки в полости рта или получают оттиск.

При моделировании восковой модели вкладки обращают внимание на точность подгонки восковой модели по прикусу с учетом не только центральной окклюзии, но и всех движений нижней челюсти, на исключение возможности образования ретенционных участков, на придание внешним поверхностям восковой модели правильной анатомической формы. При моделировании вкладки в полости класса II используют матрицы для предотвращения повреждений межзубного десневого сосочка.

При изготовлении вкладок непрямой методом проводится получение оттисков. Получение оттиска после одонтопрепарирования на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта. Используют силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков.

В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма) нельзя применять для ретракции десны вспомогательные средства, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами).

При изготовлении керамических или композитных вкладок проводят определение цвета. После моделирования вкладки или получения оттисков для ее изготовления отпрепарированная полость зуба закрывается временной пломбой.

Следующее посещение

После изготовления вкладки в зуботехнической лаборатории производят припасовку вкладки. Обращают внимание на точность краевого прилегания, отсутствие зазоров, окклюзионные контакты с зубами – антагонистами, на апроксимальные контакты, на цвет вкладки. При необходимости проводят коррекцию.

При изготовлении цельнолитой вкладки после ее полировки, а при изготовлении керамической или композитной вкладок – после глазурования проводят фиксацию вкладки на постоянный цемент.

Пациента инструктируют по поводу правил пользования вкладкой и указывают на необходимость регулярного посещения врача 1 раз в полгода.

Алгоритм и особенности изготовления микропротезов (виниров)

Под винирами в целях данного протокола следует понимать фасеточные облицовки, изготавливаемые на фронтальные зубы верхней челюсти. Особенности изготовления виниров:

1. Виниры устанавливаются только на фронтальные зубы с целью восстановления эстетики зубного ряда.
2. Виниры изготавливаются из стоматологической керамики или композитных материалов.
3. При изготовлении виниров препарирование тканей зуба проводится только в пределах эмали, при этом сошлифовывают пигментированные участки.
4. Виниры изготавливаются с перекрытием режущего края зуба или без перекрытия.

Первое посещение.

При принятии решения об изготовлении винира на том же приеме приступают к лечению.

Препарирование опорных зубов

При препарировании следует обращать особое внимание на глубину: сошлифовывают 0,3-0,7 мм твердых тканей. Перед началом основного препарирования целесообразно провести ретракцию десны и маркировку глубины препарирования с использованием специального маркировочного бора (диска) размером 0,3-0,5 мм. Обращать внимание на сохранение апроксимальных контактов, избегать препарирования в пришеечной области.

Получение оттиска с отпрепарированного зуба проводится на том же приеме. Используют силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные массы, стандартные

оттисковые ложки.

Рекомендуется края ложек перед получением оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискового материала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков (точность отображения анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

Для фиксации правильного соотношения зубных рядов в положении центральной окклюзии применяются гипсовые или силиконовые блоки. Проводится определение цвета винира.

Следующее посещение

Наложение и припасовка винира

Особое внимание необходимо обращать на точность прилегания краев винира к твердым тканям зуба, проверяют отсутствие зазоров между виниром и зубом. Обращают внимание на апроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами. Особо тщательно выверяют контакты во время сагиттальных и трансверсальных движений нижней челюсти. При необходимости проводится коррекция.

Проводится фиксация винира на постоянный цемент или композитный материал для цементирования двойного отверждения. Обращать внимание на соответствие цвета цемента цвету винира. Проводят окончательную коррекцию, шлифовку и полировку винира.

Пациента инструктируют по поводу правил пользования виниром и указывают на необходимость регулярного посещения врача 1 раз в полгода.

Алгоритм изготовления искусственных коронок

Перед изготовлением искусственной коронки ставится постоянная пломба, при необходимости с применением анкерных штифтов. Показаниями к применению анкерных штифтов являются тонкие стенки коронковой части, разрушение более одной стенки коронки. Анкерные штифты – это стандартные конструкционные элементы, условно состоящие из двух частей: корневой и коронковой. Корневая часть располагается в корневом канале зуба, а коронковая служит для дополнительной ретенции пломбирочных материалов. Анкерные штифты изготавливают из стали, благородных сплавов, титана, стекловолокна, углерода. При установке анкерных штифтов особое внимание уделяется по возможности более плотному прилеганию выступающей, широкой части штифта к устью корневого канала. Необходимо учитывать, что винтовые нарезки на некоторых штифтах

предназначаются только для дополнительной ретенции, а не для завинчивания штифта в канал, – это может привести к расколу корня зуба. При необходимости штифт можно подогнать по длине корня зуба, укоротив (подточив) его корневую часть. Рекомендуется, чтобы длина корневой части анкерного штифта составляла $2/3$, минимум $1/2$ длины корня зуба. Анкерный штифт фиксируется в корневом канале на цемент. С помощью анкерных штифтов можно восстанавливать как однокорневые, так и многокорневые зубы.

Алгоритм и особенности изготовления цельнолитой коронки

Показанием к изготовлению коронок является значительное поражение окклюзионной или режущей поверхности зубов. Коронки изготавливают на зубы после проведения пломбирования. Цельнолитые коронки изготавливают на любые зубы для восстановления анатомической формы и функции, а также для предупреждения дальнейшего разрушения зуба. Коронки изготавливают в несколько посещений.

Особенности изготовления цельнолитых коронок

1. При протезировании моляров рекомендуется использование цельнолитой коронки или коронки с металлической окклюзионной поверхностью.
2. При изготовлении цельнолитой металлокерамической коронки моделируется оральная гирлянда (металлический кантик по краю коронки).
3. Пластмассовая (по потребности – керамическая) облицовка производится в области фронтальных зубов на верхней челюсти лишь до 5го зуба включительно и на нижней челюсти до 4го зуба включительно, далее – по потребности.
4. При изготовлении коронок на зубы-антагонисты необходимо соблюдать определенную последовательность:
 - первым этапом является одновременное изготовление временных капп на подлежащие протезированию зубы обеих челюстей с максимальным восстановлением окклюзионных соотношений и обязательным определением высоты нижнего отдела лица. Эти каппы должны как можно точнее воспроизводить конструкцию будущих коронок;
 - сначала изготавливают постоянные коронки на зубы верхней челюсти;
 - после фиксации коронок на зубы верхней челюсти изготавливают постоянные коронки на зубы нижней челюсти.

Первое посещение.

После необходимых подготовительных лечебных мероприятий и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

Подготовка к препарированию

Перед началом препарирования получают оттиски для изготовления временных пластмассовых коронок (капп).

Препарирование зубов под коронки

Вид препарирования выбирается в зависимости от вида будущих коронок и групповой принадлежности протезируемых зубов. При препарировании нескольких зубов следует обращать особое внимание на параллельность клинических осей культей зубов после препарирования.

Получение оттиска с отпрепарированных зубов на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта при препарировании. Используют силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттиска окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков.

В случае применения метода ретракции десны при получении оттиска уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма) нельзя применять для ретракции десны вспомогательные средства, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами).

Для фиксации правильного соотношения зубных рядов в положении центральной окклюзии применяются гипсовые или силиконовые блоки (регистраторы окклюзии).

При изготовленных временных капп проводится их припасовка, при необходимости – перебазировка и фиксация на временный цемент.

Для предотвращения развития воспалительных процессов в тканях краевого пародонта после препарирования назначается противовоспалительная регенерирующая терапия, включающая полоскания полости рта настойкой коры дуба, а также настоями ромашки и шалфея, при необходимости – аппликации масляным раствором витамина А или другими средствами, стимулирующими эпителизацию.

Следующее посещение.

Получение оттисков. При изготовлении цельнолитых коронок рекомендуется назначать больного на прием на следующий день или через день после препарирования для получения

рабочего двухслойного оттиска с отпрепарированных зубов и оттиска с зубов-антагонистов, если они не были получены в первое посещение.

Используют силиконовые двухслойные и альгинатные оттисковые массы, стандартные оттисковые ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискового материала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор).

В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма) нельзя применять для ретракции десны вспомогательные средства, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами).

Следующее посещение.

Наложение и припасовка каркаса цельнолитой коронки. Особое внимание необходимо обращать на точность прилегания каркаса в пришеечной области (краевое прилегание), проверяют отсутствие зазора между стенкой коронки и культей зуба. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель. Обращают внимание на апроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами. При необходимости проводится коррекция.

В случае если облицовка не предусмотрена, проводится полировка цельнолитой коронки и ее фиксация на временный или постоянный цемент. Для фиксации коронок следует применять временные и постоянные цементы.

Если предусмотрена керамическая или пластмассовая облицовка, проводится выбор цвета облицовки.

Коронки с облицовкой на верхней челюсти делают до 5го зуба включительно, на нижней – до 4го включительно. Облицовки жевательных поверхностей боковых зубов не показаны.

Следующее посещение.

Наложение и припасовка готовой цельнолитой коронки с облицовкой. Особое внимание следует обращать на точность прилегания коронки в пришеечной области (краевое прилегание), проверяют отсутствие зазора между стенкой коронки и культей зуба. Обращают

внимание на соответствие контура края коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель. Обращают внимание на апроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами. При необходимости проводится коррекция. При применении металлопластмассовой коронки после полировки, а при применении металлокерамической коронки – после глазурования проводится фиксация на временный (на 2 – 3 нед) или постоянный цемент. Особое внимание при фиксации на временный цемент необходимо обращать на удаление остатков цемента из межзубных промежутков.

Следующее посещение.

Фиксация на постоянный цемент. Особое внимание при фиксации на постоянный цемент следует обращать на удаление остатков цемента из межзубных промежутков.

Пациента инструктируют по поводу правил пользования коронкой и указывают на необходимость регулярного посещения врача 1 раз в полгода.

Алгоритм и особенности изготовления штампованной коронки

Штампованная коронка при правильном изготовлении полноценно восстанавливает анатомическую форму зуба и предотвращает развитие осложнений.

После диагностических исследований, необходимых подготовительных лечебных мероприятий и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

Препарирование зубов

При препарировании следует обращать внимание на параллельность стенок отпрепарированного зуба (форма цилиндра). При препарировании нескольких зубов следует обращать внимание на параллельность клинических осей культей зубов после препарирования.

Получение оттиска с отпрепарированных зубов на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта после препарирования. При изготовлении штампованных коронок применяют альгинатные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества.

Для фиксации правильного соотношения зубных рядов в положении центральной окклюзии применяют гипсовые или силиконовые блоки (регистраторы окклюзии).

В случае необходимости определения центрального соотношения челюстей изготавливают восковые базисы с окклюзионными валиками.

При изготовленных временных капп проводится их припасовка, при необходимости – перебазировка и фиксация на временный цемент.

Для предотвращения развития воспалительных процессов в тканях краевого пародонта, связанных с травмированием при препарировании, назначается противовоспалительная регенерирующая терапия, включающая полоскания полости рта настоем коры дуба, а также настоями ромашки и шалфея. При необходимости – аппликации масляным раствором витамина А или другими средствами, стимулирующими эпителизацию.

Следующее посещение.

Получение оттисков, если они не были получены в первое посещение.

Используют альгинатные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор).

Следующее посещение.

Примерка и припасовка штампованных коронок. Особое внимание следует обращать на точность прилегания коронки в пришеечной области (краевое прилегание), проверяют отсутствие давления коронки на ткани маргинального пародонта. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую борозду (максимум на 0,3–0,5 мм). Обращают внимание на апроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами. При необходимости проводится коррекция. При использовании комбинированных штампованных коронок (по Белкину) после припасовки коронки получают оттиск культи зуба с помощью воска, налитого внутрь коронки. Определяют цвет пластмассовой облицовки. Коронки с облицовкой на верхней челюсти делают лишь до 5го зуба включительно, на нижней – до 4го включительно. Облицовки жевательных поверхностей боковых зубов в принципе не показаны. После полировки производится фиксация на постоянный цемент.

Особое внимание при фиксации на постоянный цемент следует обращать на удаление остатков цемента из межзубных промежутков.

Пациента инструктируют по поводу правил пользования коронками и указывают на необходимость регулярного посещения врача 1 раз в полгода.

Алгоритм и особенности изготовления цельнокерамической коронки

Показанием к изготовлению цельнокерамических коронок является значительное поражение окклюзионной или режущей поверхности зубов. Цельнокерамические коронки могут изготавливать на любые зубы для восстановления анатомической формы и функции, а также для предупреждения дальнейшего разрушения зуба. Коронки изготавливают в несколько посещений.

Особенности изготовления цельнокерамических коронок

1. Главной особенностью является необходимость препарирования зуба с циркулярным прямоугольным уступом под углом 90° или полукруглым уступом.
2. При изготовлении коронок на зубы-антагонисты необходимо соблюдать определенную последовательность:
 - первым этапом является одновременное изготовление временных капп на подлежащие протезированию зубы обеих челюстей с максимальным восстановлением окклюзионных соотношений и обязательным определением высоты нижнего отдела лица. Эти каппы должны как можно точнее воспроизводить конструкцию будущих коронок;
 - сначала изготавливают постоянные коронки на зубы верхней челюсти;
 - после фиксации коронок на зубы верхней челюсти изготавливают постоянные коронки на зубы нижней челюсти.
3. При расположении уступа на уровне десневого края или ниже всегда необходимо применять ретракцию десны перед получением оттиска.

Первое посещение. После необходимых подготовительных лечебных мероприятий и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

Подготовка к препарированию

Перед началом препарирования получают оттиски для изготовления временных пластмассовых коронок (капп).

Препарирование зубов под цельнокерамические коронки

Всегда применяется препарирование с *прямоугольным* циркулярным уступом под

углом 90° или полукруглым уступом.

При препарировании нескольких зубов следует обращать особое внимание на параллельность клинических осей культей зубов после препарирования.

Получение оттиска с отпрепарированных зубов на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта при препарировании. Используют силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттиска окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков.

В случае применения метода ретракции десны при получении оттиска уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма) нельзя применять для ретракции десны вспомогательные средства, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами).

Для фиксации правильного соотношения зубных рядов в положении центральной окклюзии применяют гипсовые или силиконовые блоки (регистраторы окклюзии).

При изготовленных временных капш проводится их припасовка, при необходимости – перебазировка и фиксация на временный цемент.

Для предотвращения развития воспалительных процессов в тканях краевого пародонта после препарирования назначается противовоспалительная регенерирующая терапия, включающая полоскания полости рта настойкой коры дуба, а также настоями ромашки и шалфея, при необходимости – аппликации масляным раствором витамина А или другими средствами, стимулирующими эпителизацию. Проводится определение цвета будущей коронки.

Следующее посещение.

Получение оттисков. При изготовлении цельнокерамических коронок рекомендуется назначать больного на прием на следующий день или через день после препарирования для получения рабочего двухслойного оттиска с отпрепарированных зубов и оттиска с зубов-антагонистов, если они не были получены в первое посещение.

Используют силиконовые двухслойные и альгинатные оттисковые массы, стандартные оттисковые ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискового материала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор).

В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма) нельзя применять для ретракции десны вспомогательные средства, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами).

Следующее посещение.

Наложение и припасовка цельнокерамической коронки. Особое внимание необходимо обращать на точность прилегания коронки к уступу в пришеечной области (краевое прилегание), проверяют отсутствие зазора между стенкой коронки и культей зуба. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам края уступа, на апроксимальные контакты и окклюзионные контакты с зубами-антагонистами. При необходимости проводится коррекция. После глазурирования проводится фиксация на временный (на 2 – 3 нед) или постоянный цемент. Для фиксации коронок следует применять временные и постоянные цементы. Особое внимание при фиксации на временный цемент необходимо обращать на удаление остатков цемента из межзубных промежутков.

Следующее посещение. Фиксация на постоянный цемент.

Особое внимание при фиксации на постоянный цемент следует обращать на удаление остатков цемента из межзубных промежутков.

Пациента инструктируют по поводу правил пользования коронкой и указывают на необходимость регулярного посещения врача 1 раз в полгода.

Алгоритм и особенности изготовления штифтовых конструкций

При показателях ИРОПЗ $> 0,8$ показано изготовление штифтовых конструкций – собственно штифтовых зубов или штифтовых культевых вкладок с последующим изготовлением искусственных коронок. Простые штифтовые зубы – применяют в качестве временных конструкций, и с их помощью можно восстановить только одиночные однокорневые зубы. Культевые штифтовые конструкции – цельнолитые культевые вкладки и

культевые вкладки на анкерных штифтах применяются для восстановления однокорневых и многокорневых зубов. Цельнолитые культевые вкладки обладают высокой прочностью и позволяют восстанавливать даже зубы с полностью разрушенной коронковой частью.

Условия сохранения корней:

- корневой канал должен быть проходим на $\frac{2}{3}$ своей длины, но не менее чем на $\frac{1}{2}$ своей длины;
- стенки корня должны иметь достаточную толщину – около 1 мм;
- корневой канал должен быть запломбирован до верхушки;
- стенки корня не поражены патологическим процессом;
- отсутствие патологических изменений в периапикальных тканях;
- отсутствие патологической подвижности корня более I степени;
- необходимость дальнейшего протезирования.

С помощью культовых вкладок на *анкерных штифтах* можно восстанавливать коронковую часть зубов, у которых сохранена минимум одна стенка, так как соединение культы из композитного материала с металлическим анкерным штифтом не обеспечивает оптимальной прочности конструкции, которой обладают цельнолитые культевые вкладки. Все эти конструкции после их изготовления должны иметь форму отпрепарированной культы зуба для последующего изготовления искусственной коронки.

При изготовлении культовых штифтовых конструкций проводят распломбировку корневого канала на $\frac{2}{3}$ его длины, минимум до $\frac{1}{2}$. Если зуб многокорневой, то один канал, наиболее проходимый, распломбировывают на $\frac{1}{2}$ его длины. Остальные каналы могут быть распломбированы на меньшую длину; при невозможности распломбировки оставшихся каналов в их устьях создают углубления для дополнительной ретенции.

Культевые вкладки на анкерных штифтах

Анкерные штифты – это стандартные конструкционные элементы, условно состоящие из двух частей – корневой и коронковой. Корневая часть располагается в корневом канале зуба, а коронковая служит для дополнительной ретенции пломбировочных материалов. Изготовление культовых вкладок на анкерных штифтах проводят в одно посещение. Проводят формирование полости, максимально сохраняя твердые ткани зуба, за исключением размягченных, пораженных кариесом. Производят распломбировку канала. Следует обращать особое внимание на соответствие оси препарирования оси канала для предотвращения перфорации стенки корня. Желательно применение разверток – сверл соответствующих размеров. Это позволяет более точно подготовить корневой канал к

установке анкерного штифта. При установке штифта особое внимание уделяется по возможности более плотному прилеганию коронковой (широкой) части штифта к устью корневого канала. При восстановлении многокорневого зуба при использовании нескольких штифтов проверяют их взаимное расположение в корневых каналах. При необходимости штифт можно подогнать по длине корня зуба, укоротив (подточив) его внутрикорневую часть. Длина анкерного штифта должна составлять $\frac{2}{3}$, минимум $\frac{1}{2}$ длины корня зуба. Необходимо учитывать, что винтовые нарезки на некоторых штифтах предназначены только для дополнительной ретенции, а не для завинчивания штифта в канал, - это может привести к расколу корня зуба. Анкерный штифт фиксируется в корневом канале на цемент. Затем с помощью композитных материалов производится моделирование коронковой части культевой вкладки. После этого препарируют культю зуба вместе с вкладкой, придавая ей форму с учетом выбранной конструкции будущей искусственной коронки.

Цельнолитые культевые вкладки

Цельнолитые культевые вкладки изготавливают из сплавов металлов (кобальт – хромовые, никель–хромовые, серебряно-палладиевые, золото – платиновые).

Изготовление цельнолитых культевых вкладок проводят в два посещения.

Первое посещение

Проводят формирование полости, максимально сохраняя твердые ткани зуба, за исключением размягченных, пораженных кариесом. Производят распломбировку канала. Следует обращать особое внимание на соответствие оси препарирования оси канала для предотвращения перфорации стенки корня. Желательно применение разверток – сверл соответствующих размеров.

Для изготовления вкладок применяют два метода моделирования: прямой и непрямой.

Прямой метод предусматривает изготовление и припасовку внутрикорневого штифта. При моделировке культевой вкладки из воска применяют металлические штифты, изготовленные из кламмерной проволоки, реже стандартные анкерные или беззольные штифты. После припасовки штифта в корневом канале культевая вкладка моделируется из размягченного воска, после придания ей формы культы отпрепарированного зуба выводится из полости рта (из корневых каналов). Особое внимание следует обращать на предотвращение деформаций смоделированной вкладки при выведении, что возможно из-за мягкости воска, и на точное отображение контура корня.

При моделировке культевой вкладки из самотвердеющей пластмассы

внутрикорневой штифт изготавливается из той же пластмассы, другой пластмассы или применяются стандартные пластмассовые заготовки. Используют только беззольные пластмассы. После припасовки штифта в корневом канале по диаметру и длине корня он должен свободно входить в корневой канал на всем протяжении. Смазывают стенки канала вазелином, размешивают самотвердеющую пластмассу, в тестообразной стадии обмазывают штифт и отжимают. Особое внимание следует обращать на точное отображение контура корня. После затвердения пластмассы штифт с надкорневой частью извлекают из корневого канала, обрабатывают надкорневую часть смоделированной вкладки, придавая ей форму отпрепарированной культи зуба. При резко выраженной дивергенции (расхождении) корней и соответствующей дивергенции штифтов и, следовательно, невозможности установить будущую культевую вкладку, применяют составные вкладки, т. е. смоделированную вкладку распиливают на две части. После этого препарируют культю зуба вместе со смоделированной вкладкой, соблюдая все требования, предъявляемые к отпрепарированному зубу с учетом выбранной конструкции искусственной коронки.

Применение **непрямого метода** моделирования показано при восстановлении многокорневых зубов, если возникают трудности при большой дивергенции корней. После подготовки (распломбировки) корневых каналов получают двухслойный оттиск. Используют силиконовые двухслойные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор). В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма) нельзя применять для ретракции десны вспомогательные средства, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами).

Для получения более точного отображения корневого канала перед введением второго корригирующего слоя оттискного материала можно ввести в корневой канал пластмассовую заготовку внутрикорневого штифта, который останется в оттиске. Оттиск передается в зуботехническую лабораторию, где проводится моделировка культевой вкладки на гипсовой модели. При резко выраженной дивергенции корней и соответствующей дивергенции штифтов и, следовательно, невозможности установить будущую культевую вкладку,

применяют составные вкладки, т. е. смоделированную вкладку распиливают на две части. После этого отливают вкладку из металла.

Следующие посещение

Готовую отлитую из металла вкладку припасовывают в полости рта. Особое внимание необходимо обращать на точность прилегания вкладки к тканям корня зуба (краевое прилегание), зондом проверяют отсутствие зазора между краем вкладки и краем корня зуба. После припасовки вкладки проводится фиксация на постоянный цемент. После подготовки корня и самой вкладки к фиксации (обезжиривание, высушивание и т.д.) замешанный цемент вводится сначала в корневой канал с помощью каналонаполнителя и/или зонда, потом вкладка с цементом медленно вводится в корневой канал легкими возвратно-поступательными движениями. Быстрое введение вкладки в корневой канал может привести к попаданию пузырька воздуха в канал и как следствие – «недосаживанию» вкладки. После окончательного затвердевания цемента, но не ранее чем через 2 ч после фиксации, препарируют культю зуба вместе с вкладкой, соблюдая все требования, предъявляемые к препарированию зуба с учетом выбранной конструкции искусственной коронки (см. раздел 7.2.6.3.2 «Алгоритм изготовления искусственных коронок»).

Цельнолитой штифтовый зуб

При невозможности применения культевых вкладок и искусственных коронок, например из-за особенностей прикуса (отсутствует место), применяют цельнолитые штифтовые зубы.

Первое посещение

После подготовки (распломбировки) корневого канала получают двухслойный оттиск. Используют силиконовые двухслойные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор). В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма) нельзя применять для ретракции десны вспомогательные средства, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами).

Для получения более точного отображения корневого канала перед введением второго

корректирующего слоя оттискового материала можно ввести в корневой канал пластмассовую заготовку внутрикорневого штифта, который останется в оттиске. Оттиск передается в зуботехническую лабораторию, где проводится моделировка штифтового зуба на гипсовой модели. Возможно изготовление литого штифтового зуба и литого штифтового зуба с облицовкой (керамической или пластмассовой). Сам зуб отливают из металла.

Следующие посещение

Готовый отлитый из металла штифтовый зуб припасовывают в полости рта. Особое внимание необходимо обращать на точность прилегания штифтового зуба к тканям корня (краевое прилегание), зондом проверяют отсутствие зазора между краем штифтового зуба и краем корня. После припасовки штифтового зуба проводят коррекцию окклюзии. При использовании штифтового зуба с облицовкой (керамической или пластмассовой) после окончательной доработки в зуботехнической лаборатории проводится фиксация на постоянный цемент. После подготовки корня и самого штифтового зуба к фиксации (обезжиривание, высушивание и т.д.) замешанный цемент вводится сначала в корневой канал с помощью каналонаполнителя и/или зонда, потом штифтовый зуб с цементом медленно вводится в корневой канал легкими возвратно-поступательными движениями. Быстрое введение штифтовой части в корневой канал может привести к попаданию пузырька воздуха в канал и как следствие – «недосаживанию» зуба.

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Болезни периапикальных тканей»

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Резекция верхушки корня зуба

Операции предшествует механическая, медикаментозная обработка канала зуба и постоянное пломбирование канала.

Операцию выполняют под местной анестезией. Проводят разрез длиной 1,5 – 2 см через слизистую оболочку и надкостницу. Вершина разреза должна находиться на уровне середины проекции корня. Основание лоскута должно быть обращено к переходной складке. Слизисто-надкостничный лоскут отделяют распатором. Трепанацию и удаление костной стенки альвеолы производят долотами или специальными шаровидными борами (фрезами). Резекцию верхушки корня проводят на 1/3 его длины, перпендикулярно оси корня, используя для этого фиссурные боры или торцевую фрезу, и удаляют гранулему, кюретаж. В случае необходимости применяют ретроградное пломбирование. Для этого резекцию верхушки корня проводят не перпендикулярно оси корня, а под углом, создав на корне наклонную плоскость, которая обращена к вестибулярной (наружной) поверхности. После этого полость промывают растворами антисептиков, слизисто – надкостничный лоскут укладывают на место и фиксируют узловыми швами.

Ампутация корня

Операции предшествует механическая, медикаментозная обработка канала «остающегося» корня зуба с последующей постоянной пломбировкой.

Операцию проводят под местной анестезией. Отслаивают слизисто-надкостничный лоскут и иссекают костную стенку альвеолы. С помощью твердосплавного фиссурного бора отсекают корень на уровне фуркации и удаляют его, используя элеватор или щипцы. Острые края альвеолы сглаживают кусачками или с помощью конусовидной фрезы. После механической и антисептической обработки костной раны слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место и фиксируют узловыми швами.

Гемисекция зуба

Операции предшествует механическая, медикаментозная обработка канала «остающегося» корня зуба с последующей постоянной пломбировкой.

Операцию проводят под местной анестезией. С помощью алмазного бора распиливают коронковую часть и корень по фуркации, и удаляют его, используя элеватор или щипцы. Межкорневую перегородку и костную ткань, окружающую оставшийся корень, сохраняют. Далее проводят тщательную механическую и антисептическую обработку костной раны.

Коронорадикулярная сепарация

Данная операция используется только на молярах нижней челюсти. Операции предшествует механическая, медикаментозная обработка каналов зуба с последующей постоянной пломбировкой каналов.

Операцию проводят под местной анестезией. С помощью алмазного бора распиливают коронковую часть и корень по бифуркации. Далее проводят тщательную механическую и антисептическую обработку костной раны.

Цистотомия

Операции предшествует механическая, медикаментозная обработка канала зуба с последующей постоянной пломбировкой канала.

Операцию выполняют под местной анестезией. В области кисты со стороны преддверия рта производят полукруглый или трапециевидный разрез через слизистую оболочку и надкостницу. Основание лоскута обращено к переходной складке. Слизисто-надкостничный лоскут отсепааровывают распатором. Трепанацию и удаление наружной костной стенки альвеолы производят долотами или специальными шаровидными борами (фрезами). При необходимости резецируют корни зубов, обращенные в полость кисты, не более 1/3 длины; проводят ретроградное пломбирование; сглаживают острые края кости. Удаляют содержимое кисты. После высушивания полости слизисто-надкостничный лоскут укладывают в полость и плотно тампонируют йодоформным тампоном. Тампон удаляют на 5-6е сутки, полость промывают антисептическими растворами и вновь рыхло тампонируют или изготавливают obturator из быстротвердеющей пластмассы. Смену йодоформных тампонов производят каждые 4–5 дней.

Цистэктомия

Операции предшествует механическая, медикаментозная обработка канала зуба с последующей постоянной пломбировкой канала.

Операцию выполняют под местной анестезией. В области кисты со стороны

преддверия рта производят полукруглый или трапециевидный разрез через слизистую оболочку и надкостницу. Основание лоскута обращено к переходной складке. Слизисто-надкостничный лоскут отсепааровывают. Трепанацию и удаление наружной костной стенки альвеолы производят долотами или специальными шаровидными борами (фрезами). Сглаживают острые края. Удаляют содержимое кисты. Распатором отделяют кисту от кости. Удаляют целиком кисту, проводят кюретаж. В случае необходимости, если верхушки корней выступают в полость кисты, проводят резекцию верхушек корней и ретроградное пломбирование. После этого полость промывают растворами антисептиков, слизисто – надкостничный лоскут укладывают на место и фиксируют узловыми швами.

Приложение № 6.

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Болезни периапикальных тканей»

ФОРМА ДОБРОВОЛЬНОГО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПРОТОКОЛА*

Приложение к медицинской карте № _____

Пациент _____

(ф.,и.,о.)

получил разъяснения по поводу диагноза периодонтит,

получил информацию:

об особенностях течения заболевания __

о вероятной длительности лечения _____

о вероятном прогнозе _____.

Пациенту _____ предложен _____ план _____ обследования _____ и _____ лечения, включающий _____

Предложено изготовление на _____

из материалов _____

Примерная стоимость лечения составляет около _____. Пациенту известен прейскурант, принятый в клинике.

Таким образом, пациент получил разъяснения о цели лечения и информацию о планируемых методах диагностики и лечения.

Пациент извещен о необходимости подготовки к лечению:

.....

.....

Пациент извещен о необходимости в ходе лечения

.....

.....,

получил указания и рекомендации по уходу за полостью рта.

Пациент извещен, что несоблюдение им рекомендаций врача может отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Пациент получил информацию о типичных осложнениях, связанных с данным заболеванием, с необходимыми диагностическими процедурами и с лечением.

Пациент извещен о вероятном течении заболевания и его осложнениях при отказе от лечения.

Пациент имел возможность задать любые интересующие его вопросы касательно состояния его здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы.

Пациент получил информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Беседу провел врач _____ (подпись врача).

«__» _____ 20__ г.

Пациент согласился с предложенным планом лечения, в чем
расписался собственноручно _____ (подпись пациента)

или

расписался его законный представитель ____ (подпись законного представителя)

или

что удостоверяют присутствовавшие при беседе _____ (подпись врача)

_____ (подпись свидетеля)

Пациент не согласился с планом лечения (отказался от предложенного вида протеза), в чем
расписался собственноручно _____ (подпись пациента)

или

расписался его законный представитель _____ (подпись законного представителя)

или

что удостоверяют присутствовавшие при беседе _____ (подпись врача)

_____ (подпись свидетеля)

Пациент изъявил желание:

- дополнительно к предложенному лечению пройти обследование _____,
- получить дополнительную медицинскую услугу _____,
- вместо предложенного материала пломбы получить _____.

Пациент получил информацию об указанном методе обследования/лечения.

Поскольку данный метод обследования/лечения также показан пациенту, он внесен в план лечения.

«__» ____ 20__ г. _____ (подпись пациента)
_____ (подпись врача)

Поскольку данный метод обследования/лечения не показан пациенту, он не внесен в план лечения.

«__» ____ 20__ г. _____ (подпись пациента)
_____ (подпись врача)

Примечание*. В соответствии с «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», статья 32, информированное добровольное согласие гражданина (пациента) является необходимым (обязательным) предварительным условием медицинского вмешательства. Согласие может быть получено как в устной, так и в письменной форме. Отсутствие документированного (письменного) согласия не позволит врачу доказать в полной мере обоснованность своих действий. Вышеуказанная письменная форма добровольного информированного согласия пациента является рекомендательной, но не обязательной.

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Болезни периапикальных тканей»

Дополнительная информация для пациента

1. Запломбированные зубы необходимо чистить зубной щеткой с пастой так же, как естественные зубы – два раза в день. После еды следует полоскать рот для удаления остатков пищи.
2. Для чистки межзубных промежутков можно использовать зубные нити (флоссы) после обучения их применению и по рекомендации врача-стоматолога.
3. При возникновении кровоточивости при чистке зубов нельзя прекращать гигиенические процедуры. Если кровоточивость не проходит в течение 3–4 дней, необходимо обратиться к стоматологу – терапевту.
4. Если после пломбирования и окончания действия анестезии пломба мешает смыканию зубов, то необходимо в ближайшее время обратиться к лечащему врачу-стоматологу.
5. При пломбах из композитных материалов не следует принимать пищу, содержащую естественные и искусственные красители (например, чернику, чай, кофе и т.п.), в течение первых 2 суток после пломбирования зуба.
6. Возможно временное появление боли (повышенной чувствительности) в запломбированном зубе во время приема и пережевывании пищи. Если указанные симптомы не проходят в течение 1–2 нед, необходимо обратиться к лечащему стоматологу.
7. При возникновении в зубе резкой боли, необходимо как можно быстрее обратиться к лечащему стоматологу.
8. Во избежание сколов пломбы и прилегающих к пломбе твердых тканей зуба не рекомендуется принимать и пережевывать очень жесткую пищу (например, орехи, сухари), откусывать от больших кусков (например, от цельного яблока).
9. Раз в полгода следует посещать стоматолога для проведения профилактических осмотров и необходимых манипуляций (при пломбах из композитных материалов – для полировки пломбы, что увеличит срок ее службы).

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Болезни периапикальных тканей»

Общие рекомендации по подбору средств гигиены в зависимости от стоматологического статуса пациента

Контингент пациентов	Рекомендуемые средства гигиены
<p>Население районов с содержанием фторида в питьевой воде менее 1 мг/л.</p> <p>Наличие у пациента очагов деминерализации эмали, гипоплазии</p>	<p>Зубная щетка мягкая или средней жесткости, противокариозные зубные пасты – фторид- и кальцийсодержащие (соответственно возрасту), флоссы, фторидсодержащие ополаскиватели</p>
<p>Население районов с содержанием фторида в питьевой воде более 1 мг/л.</p> <p>Наличие у пациента проявлений флюороза</p>	<p>Зубная щетка мягкая или средней жесткости; зубные пасты, не содержащие фторид, кальцийсодержащие; флоссы не пропитанные фторидами; ополаскиватели, не содержащие фторид</p>
<p>Пациенты с воспалительными заболеваниями пародонта (в период обострения)</p>	<p>Зубная щетка с мягкой щетиной, противовоспалительные зубные пасты (с лекарственными травами, антисептиками*, солевыми добавками), флоссы, ополаскиватели с противовоспалительными компонентами</p> <p><i>*Примечание. Рекомендуемый курс использования зубных паст и ополаскивателей с антисептиками – 7–10 дней.</i></p>
<p>Наличие зубочелюстных аномалий (скученность, дистопия зубов)</p>	<p>Зубная щетка средней жесткости и лечебно-профилактическая зубная паста (соответственно возрасту), флоссы, зубные ершики, ополаскиватели</p>
<p>Наличие в полости рта брекет-систем</p>	<p>Зубная щетка ортодонтическая средней жесткости, противокариозные и противовоспалительные зубные пасты (чередование), зубные ершики, монопучковые щетки, суперфлоссы, ополаскиватели с</p>

	<p>противокариозными и противовоспалительными компонентами, ирригаторы</p>
<p>Наличие стоматологических имплантатов</p>	<p>Зубная щетка с различной высотой пучков щетины*, противокариозные и противовоспалительные зубные пасты (чередование), зубные ершики, монопучковые щетки, суперфлоссы, не содержащие спирта ополаскиватели с противокариозными и противовоспалительными компонентами, ирригаторы. Не следует использовать зубочистки и жевательные резинки.</p> <p><i>*Примечание.</i> Зубные щетки с ровной подстрижкой щетины использовать не рекомендуется вследствие их более низкой очищающей эффективности.</p>
<p>Уход за съёмными ортопедическими и ортодонтическими конструкциями</p>	<p>Зубная щетка для съёмных протезов (двусторонняя, с жесткой щетиной), таблетки для очищения съёмных протезов</p>
<p>Пациенты с повышенной чувствительностью зубов</p>	<p>Зубная щетка с мягкой щетиной, зубные пасты для снижения чувствительности зубов, содержащие хлорид стронция, нитрат калия, хлорид калия, гидроксиапатит, флоссы, ополаскиватели для чувствительных зубов</p>
<p>Пациенты с ксеростомией</p>	<p>Зубная щетка с очень мягкой щетиной, зубная паста с ферментными системами и низким пенообразованием, ополаскиватель без спирта, увлажняющий гель, флоссы</p>

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Болезни периапикальных тканей»

Перечень стоматологических материалов к разделу
«Формулярные статьи и описания материалов»
(к ПВБ «Болезни периапикальных тканей»)

Групповое наименование

Обязательный ассортимент

1. Набор инструментов стоматологических (лоток, зеркало, шпатель, пинцет стоматологический, зонд стоматологический, экскаваторы, гладилки, штопферы).
2. Стекла стоматологические для замешивания.
3. Набор инструментов для работы с амальгамами.
4. Набор инструментов для работы с композитами.
5. Артикуляционная бумага.
6. Турбинный наконечник.
7. Прямой наконечник.
8. Угловой наконечник.
9. Стальные боры для углового наконечника.
10. Алмазные боры для турбинного наконечника для препарирования твердых тканей зубов.
11. Алмазные боры для углового наконечника для препарирования твердых тканей зубов.
12. Твердосплавные боры для турбинного наконечника.
13. Твердосплавные боры для углового наконечника.
14. Дискдержатели для углового наконечника для полировочных дисков.
15. Резиновые полировочные головки.
16. Полировочные щеточки.
17. Полировочные диски.
18. Штрипсы металлические разной степени зернистости.
19. Штрипсы пластиковые.
20. Ретракционные нити.
21. Карборундовые головки для прямого наконечника.
22. Алмазные головки для прямого наконечника.
23. Алмазные диски.

24. Перчатки одноразовые.
25. Маски одноразовые.
26. Слюноотсосы одноразовые.
27. Стаканы одноразовые.
28. Очки для работы с гелио лампой.
29. Одноразовые шприцы.
30. Карпульный шприц.
31. Иглы к карпульному шприцу.
32. Цветовая шкала.
33. Материалы для повязок и временных пломб.
34. Силикатные цементы.
35. Фосфатные цементы.
36. Стеклоиономерные цементы.
37. Композитные материалы химического отверждения.
38. Композитные материалы светового отверждения.
39. Жидкотекучие композиты химического отверждения.
40. Жидкотекучие композиты светового отверждения.
41. Адгезивные системы для светоотверждаемых композитов.
42. Адгезивные системы для композитов химического отверждения.
43. Антисептики для медикаментозной обработки полости рта и кариозной полости.
44. Абразивные пасты, не содержащие фтор, для очищения поверхности зуба.
45. Пасты для полирования пломб и зубов.
46. Лампы для фотополимеризации композита.
47. Аппарат для электроодонтодиагностики.
48. Межзубные клинья деревянные.
49. Межзубные клинья прозрачные.
50. Матрицы металлические.
51. Матрицы стальные контурированные.
52. Матрицы прозрачные.
53. Матрицедержатель.
54. Матричная фиксирующая система.
55. Пистолет-апликатор для капсульных композитных материалов.
56. Апликаторы.
57. Средства для обучения пациента гигиене полости рта (зубные щетки, пасты, нити, держатели для зубных нитей).

58. Анкерные штифты.
59. Развертки к анкерным штифтам.
60. Гуттаперчевые штифты разных размеров.
61. Препараты для дезинфекции корневых каналов.
62. Материалы для пломбировки корневых каналов.
63. Микромотор.
64. Анестетики для карпульного шприца.
65. Бумажные штифты для работы в корневых каналах.
66. Материалы для химического расширения корневых каналов.
67. Эндодонтическая линейка для определения длины корневых каналов.
68. Стопперы.
69. Корневые иглы.
70. К-примеры.
71. К-файлы.
72. Н-файлы.
73. Корневые рашпили.
74. Канало-расширители (сверла).
75. Пульпэкстракторы.
76. Материалы (препараты) для обезжиривания и высушивания корневых каналов.
77. Карборундовые диски.
78. Дискдержатели для прямого наконечника.
79. Стандартные слепочные (оттискные) ложки.
80. Альгинатная слепочная (оттискная) масса.
81. Двухслойная силиконовая слепочная (оттискная) масса.
82. Базисный воск.
83. Моделировочный воск (лавакс).
84. Кламмерная проволока.
85. Полиры для прямого наконечника.
86. Гипс простой.
87. Шпатель для замешивания альгинатных слепочных (оттискных) материалов и гипса.
88. Чашка резиновая.
89. Цинкфосфатные цементы для постоянной фиксации несъемных конструкций.
90. Горелка газовая.

91. Цементы для временной фиксации несъемных протезов.
92. Щипцы крампонные.
93. Ножницы коронковые.
94. Щипцы коронковые.
95. Наковальня.
96. Молоточек стоматологический.
97. Коронкосбиватель.
98. Шприцы эндодонтические с иглами.
99. 2% раствор метиленового синего.
100. Градационная 10-балльная шкала различных оттенков синего цвета.
101. Лейкопластырь для обклеивания краев стандартной слепочной (оттисковой) ложки
102. Пародонтальный зонд.

Дополнительный ассортимент

1. Высокоскоростной наконечник (угловой) для турбинных боров.
2. Стерилизатор гласперленовый.
3. Аппарат ультразвуковой для очистки боров.
4. Стандартные ватные валики.
5. Бокс для стандартных ватных валиков.
6. Фартуки для пациента.
7. Бумажные блоки для замешивания.
8. Ватные шарики для высушивания кариозных полостей.
9. Квикдам (коффердам).
10. Материалы для лечебных и изолирующих прокладок.
11. Термофилы.
12. Апекслокатор.
13. Аппарат для ультразвуковой обработки корневых каналов.
14. Эндодонтический наконечник.
15. Эмалевый нож.
16. Триммеры десневого края.
17. Таблетки для окрашивания зубов при гигиенических мероприятиях (включить в

основной перечень).

18. Аппарат для диагностики кариеса.
19. Инструменты для создания контактных пунктов на молярах и премолярах.
20. Боры для фиссуротомии.
21. Типсы для изоляции протоков околоушных слюнных желез.
22. Защитные очки.
23. Защитный экран.
24. Супергипс.
25. Индивидуально настраиваемый артикулятор с лицевой дугой.
26. Стеклоиономерный цемент для фиксации несъемных конструкций.
27. Материал для изготовления временных капп в клинике.
28. Композиционный поверхностный герметик, постбондинг.
29. Профайлы.
30. Протейперы.
31. Самоотвердеющая пластмасса холодной полимеризации.
32. Самоотвердеющая пластмасса холодной полимеризации (беззольная) для моделировки культевых вкладок.
33. Стандартные пластмассовые штифты для самоотвердеющей пластмассы холодной полимеризации.
34. Клей для силиконовых слепочных (оттискных) масс.
35. Амальгамы в капсулах.
36. Двухкамерные капсулы для замешивания амальгамы.
37. Капсулосмеситель.

Оборудование для проведения физиотерапевтических процедур

1. Гальванизации: «Поток»-1, «ГЭ-5-03».
2. Электроодонтодиагностики: «ЭОМ-3», «Пульптест-Про».
3. Диадинамотерапии: «Тонус -2», «Модель –717», «ДТ 50-3 Биопульсатор».
4. Амплипульстерапии: «Амплипульс - 3», «Амплипульс - 4», «Амплипульс - 5», «Амплипульс - 6», «Амплипульс - 6МК4».
5. Флюктуоризации: ФС – 100.4, ФТ-5-03.
6. Электрообезболивание зубов: «ЭЛОЗ-1», «ИНААН –1».

7. Дарсонвализации: ИСКРА-2, ИСКРА-3, ИМПУЛЬС-1, КОРОНА-М.
8. Диатермокоагуляции: ДКС2М, ДКС3М, ДКМ.
9. Ультравысокочастотной терапии: УВЧ-30-2, «МИНИТЕРМ» (УВЧ-5-1), УВЧ-50 «Устье», УВЧ-80-01 «Ундатерм».
10. Электрод: ЭВТ-1.
11. СВЧ-терапия: «ЛУЧ - 3», «РОМАШКА-2», «ТЕРМА».
12. Магнитотерапия: «Полнос-101», «Полнос-2Д».
13. Звуковой и ультразвуковой терапии: «Витафон», «Ультрадент», «УЗТ-3.04С», «УЗТ-102».
14. Источники инфракрасных лучей: лампа «Соллюкс», ЛИК-5.
15. Облучатель ртутно-кварцевый ОКН-11М, ОН-82, УГН-1, «Солнышко», Облучатель коротковолновой ультрафиолетовой ОКУФ-5М, БОП-4.
16. Лазеротерапии: «Нарма», «Каскад», «Мустанг», «Мулат», «Муравей», «Милта» и др.
17. Биодозиметр для ультрафиолетового облучения.
18. Очки для защиты от ультрафиолетовых лучей и от лазерного воздействия.
19. Парафинонагреватель.
20. Аппарат для гидромассажа – АГМС.
21. Часы настольные – процедурные.
22. Комплект гидрофильных прокладок для гальванизации.
23. Свинец листовой.
24. Провод одно- и многожильный.
25. Спиртовки.

Инструменты и материалы для проведения хирургических вмешательств

1. Элеватор.
2. Щипцы.
3. Скальпель.

4. Долото.
5. Распатор.
6. Иглы.
7. Шовный материал.
8. Кюретажные ложки.
9. Зуботехническая фреза.
10. Хирургические ножницы.
11. Хирургические пинцеты.
12. Зажимы инструментальные.
13. Хирургические крючки.
14. Ретракторы.

Приложение №10

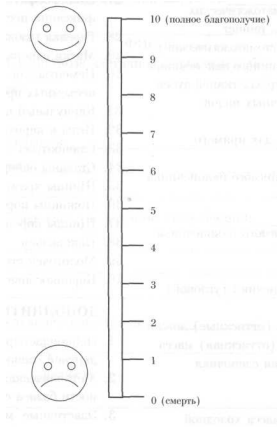
К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Болезни периапикальных тканей»

Анкета пациента

ФИО _____ Дата заполнения _____

Как Вы оцениваете Ваше общее самочувствие на сегодняшний день?

Отметьте, пожалуйста, на шкале значение, соответствующее состоянию Вашего здоровья.



Приложение №11

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Болезни периапикальных тканей»

КАРТА ПАЦИЕНТА

История болезни № _____
 Наименование учреждения _____
 Дата: начало наблюдения _____ окончание наблюдения _____
 Ф.И.О. _____ возраст _____
 Диагноз основной _____

 Сопутствующие заболевания: _____

 Модель пациента: _____
 Объем оказанной нелекарственной медицинской помощи: _____

Код	Наименование ПМУ	Отметка о выполнении и (кратность)
В процессе диагностики		
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	
A02.07.002	Исследование зубов с использованием стоматологического зонда	
A02.07.005	Термодиагностика зуба	
A02.07.006	Определение прикуса	
A02.07.007	Перкуссия зубов	
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	
A05.07.001	Электроодонтометрия	
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	
A06.07.004	Ортопантомография	
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	
В процессе лечения		
A16.07.055	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	
A13.31.007	Обучение гигиене полости рта	
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	

A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	
A16.07.034	Инструментальная и медикаментозная обработка корневого канала	
A11.07.012	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	
A16.07.008	Пломбирование корневого канала зуба	
A16.07.007	Резекция верхушки корня	
A16.07.063	Гемисекция	
A16.07.064	Коронарно-радикулярная сепарация	
A16.07.018	Цистотомия или цистэктомия	
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	
A16.07.035	Восстановление зуба пломбировочными материалами с использованием анкерных штифтов	
A16.07.036	Восстановление зуба коронкой с использованием культевой вкладки на анкерном штифте	
A16.07.037	Восстановление зуба коронкой с использованием цельнолитой культевой вкладки	
A16.07.056	Восстановление зубов штифтовыми зубами	
A16.07.003	Восстановление зуба вкладкой, виниром, полукоронкой	
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	
A17.07.002	Физиотерапевтическое воздействие на челюстно-лицевую область	
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	
A17.07.004	Ионофорез при патологии полости рта и зубов	
A17.07.005	Воздействие магнитными полями при патологии полости рта и зубов	
A17.07.006	Депозифорез корневого канала зуба	
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта и зубов	
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	
A17.07.009	Воздействие электрическими полями (КВЧ) при патологии полости рта и зубов	
A22.07.003	Лазерная физиотерапия челюстно-лицевой области	
A22.07.004	Ультразвуковое расширение корневого канала	
A22.07.005	Ультрафиолетовое облучение ротоглотки	
A22.07.006	Воздействие ультразвуком на область десен	
A22.07.007	Ультрафонофорез лекарственных препаратов на область десен	
A22.07.008	Воздействие лазерным низкоинтенсивным излучением на область десен	
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	

Лекарственная помощь (указать применяемый препарат):

Осложнения лекарственной терапии (указать проявления):

Наименование препарата, их вызвавшего:

Исход (по классификатору исходов):

Информация о пациенте передана в учреждение, мониторирующее Протокол:

(название учреждения)

(дата)

Подпись лица, ответственного за мониторирование протокола в медицинском учреждении:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРИ МОНИТОРИРОВАНИИ	Полнота выполнения обязательного перечня немедикаментозной помощи	да нет	ПРИМЕЧАНИЕ
	Выполнение сроков выполнения медицинских услуг	да нет	
	Полнота выполнения обязательного перечня лекарственного ассортимента	да нет	
	Соответствие лечения требованиям протокола по срокам/продолжительности	да нет	
	Комментарии: _____ _____ _____ _____ _____ _____		
_____ (дата)		_____ (подпись)	

Список литературы

- Альшиц А.М.* Пломбирование кариозных полостей вкладками. – М.,1969.
- Базин А. К.* Эпидемиология и комплексная профилактика кариеса зубов у детей аграрных и промышленных районов Новосибирской области : Автореф. дис.... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2003. – 17 с.
- Баянов Б., Христов Т.* Микропротезирование. – София, 1962.
- Базикян. Э.А.* Стоматологический инструментарий: Цветной атлас. – М.: ГРОТАР–Медиа, 2007. – 168 с.
- Биденко Н.В.* Стеклоиономерные цементы в стоматологии. – Киев: Книга плюс, 1999. – 120 с.
- Большаков Г.В.* Подготовка зубов к пломбированию и протезированию. - М.: Медицина, 1983. – 112 с.
- Борисенко А.В. , Неспрядько В.П.* Композиционные пломбировочные и облицовочные материалы в стоматологии.- Киев: Книга плюс, 2002. –200 с.
- Боровский Е.В.* Кариес зубов: препарирование и пломбирование. – М.: АО «Стоматология», 2001. – 144 с.
- Боровский Е.В., Леус П.А.* Кариес зубов. –М.: Медицина, 1979. –256 с.
- Вайнштейн Б.Р., Городецкий Ш.И.* Пломбирование зубов литыми вкладками. – М., 1961.
- Владимирова И.Ю.* Повышение эффективности лечения кариеса зубов у больных с сахарным диабетом с применением сверхэластичных материалов: Автореф. дис.... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2003. –21 с.
- Грохольский А.П., Центило Т.Д., Заноздра Л.Н., Гирина Е.В.* Реставрация разрушенных коронок зубов современными пломбировочными материалами. -Киев: УМК КМАПО, 2001. – 120 с.
- Грошиков М.И.* Профилактика и лечение кариеса зубов. – М.: Медицина, 1980. – 192 с.
- Дзюба О.Н.* Клинико-экспериментальное обоснование причин развития и профилактики гиперестезии при использовании композитных материалов: Автореф. дис.... канд. мед. наук. – Екатеринбург, 2003. –21 с.
- Золотова Л.Ю.* Оценка степени минерализации дентина и факторов, влияющих на этот процесс в динамике лечения кариеса у лиц с различным уровнем резистентности зубов: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Омск, 2003. – 22 с.
- Иоффе Е.* Здоровый дентин и бондинг. Краткое руководство по восстановлению зубов // Новое в стоматологии. Специальный выпуск. –1997. – № 3. –С. 139.
- Иоффе Е.* Срок службы адгезивов // Новое в стоматологии. –1998. –№ 1. – С.22.

- Копейкин В.Н., Миргазизов М.З., Малы́й А.Ю.* Ошибки в ортопедической стоматологии: Профессиональные и медико-правовые аспекты. – М., 2002. – 240 с.
- Кузьмина Э.М.* Профилактика стоматологических заболеваний: Учебное пособие. – «Поли Медиа Пресс», 2001. – 216 с.
- Ландинова Е.В.* Повышение эффективности лечения кариеса дентина у пациентов с декомпенсированной формой заболевания: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Омск, 2004. – 17 с.
- Леманн К.М., Хельви́г Э.* Основы терапевтической и ортопедической стоматологии: Пер. с нем. – Львов: ГалДент. – 1999. – 298 с.
- Леонтьев В.К., Шевыроногов В.З., Чекмезова И.В.* Влияние реминерализующей терапии на процессы минерализации и проницаемости эмали зуба // Стоматология, 1983. – № 5. – С.7–10.
- Лукиных Л.М.* Лечение и профилактика кариеса зубов. – Н. Новгород: НГМА. – 1999. – 168 с.
- Макеева И.М.* Восстановление зубов светоотверждаемыми композитными материалами. – М.: ОАО «Стоматология», 1997. – 72 с.
- Максимовский Ю. М., Фурлянд Д.Г.* Принципы формирования полости для реставрации зуба и методы препарирования. Обзор литературы // Новое в стоматологии. – 2001. – № 2. – С. 3–11.
- Малый А.Ю.* Медико-правовое обоснование врачебных стандартов оказания медицинской помощи в клинике ортопедической стоматологии: Дис... д-ра мед. наук. – М., 2001. – 272 с.
- Марусов И.В., Мишнев Л.М., Соловьева А.М.* Справочник врача-стоматолога по лекарственным препаратам. – 2002.
- Миликевич В.Ю.* Профилактика осложнений при дефектах коронок жевательных зубов и зубных рядов: Автореф. дис... д-ра мед. наук. – М., 1984. – 31 с.
- МКБ-С: Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10: Перевод с англ. / ВОЗ: Науч. ред. А.Г. Колесник. – 3-е изд. – М.: Медицина, 1997. – VIII, 248 с.
- Николишин А.К.* Современные композиционные пломбировочные материалы.- Полтава, 1996. –56 с.
- Номенклатура работ и услуг в здравоохранении. Утверждена Минздравсоцразвития 12 июля 2004 г. – М.: изд-во «Ньюдиамед», 2004. – 211 с.
- Овруцкий Г.Д., Леонтьев В.К.* Кариес зубов. – М.: Медицина, 1986. – 144 с.
- Пахомов Г.Н.* Первичная профилактика в стоматологии. – М.: Медицина, 1982. – 240 с.

- Протокол ведения больных «Кариес зубов». Утвержден 17 октября 2006 г.// Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. – № 6. – С. 33–80.
- Протокол ведения больных «Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия)». Утверждено Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации 16 сентября 2004 г.// Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2004. – № 11. – С. 44–58.
- Протокол ведения больных «Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия)». Утвержден Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации 16 сентября 2004 г.// Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2004. – № 12. – С. 116–177.
- Радлинский С.* Реставрационные конструкции передних и боковых зубов // ДентАрт. – 1996. – №4. – С.22-29.
- Радлинский С.* Реставрация передних зубов // ДентАрт. –1998. –№3. –С.29–40.
- Рубин Л.Р.* Электроодонтодиагностика. – М.: Медицина, 1976. – 136 с.
- Руководство по ортопедической стоматологии / Под ред. В.Н. Копейкина. – М., Медицина. –1993. – 496 с.
- Рыбаков А.И.* Ошибки и осложнения в терапевтической стоматологии. – М.: Медицина, 1966. – 152 с.
- Сальников А. Н.* Профилактика осложнений после протезирования концевых дефектов зубных рядов: Дис... канд. мед. наук. – М., 1991. – 164 с.
- Справочник по стоматологии / Под ред. В.М. Безрукова. – М.: Медицина, 1998. – 656 с.
- Стоматология: Руководство к практическим занятиям. /Под ред. проф. Е.В.Боровского. – М.: Медицина,1987. –528с.
- Стоматологическая заболеваемость населения России / Под ред. Э.М. Кузьминой. – М., 1999. – 228 с.
- Терапевтическая стоматология: Учебник/Под ред. Ю.М. Максимовского.– М.: Медицина, 2002. – 640 с.
- Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов/ Под ред. Е.В. Боровского. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 840 с.
- Ефанов О.И., Дзанагова Т.Ф.* Физиотерапия стоматологических заболеваний. – М., 1980.
- Физиотерапия периодонтита. /Под ред. О.И. Ефанова. – М., 1982.
- Практическое руководство «Техника и методика физиотерапевтических процедур»./ Под

ред. В.М. Боголюбова. – М., 2002.

Справочник по физиотерапии. /Под ред. В.Г. Ясногородского. – М., 1992.

Devis E.L., Jount R.B. Dentine adhesion iv smear layer-mediated dentin bonding agent//Dent. Res. – 1996–V. 65 – P. 149–156.

Duke E.S. Adhesion and its application with restorative materials.// Dent Clin. North Am.- 1993 – V.37. – P.329– 337.

Eick J.D., Robinson S.I. The dentinal surface its influence on dentinal adhesion. Part III. // Quintessence Int. – 1993. – V. 24. – P. 572– 579.

Fusayma T. Optimum cavity wall treatment for adhesive restorations // Ester. Dent/-1990. – V.2. – P.95-99.

Hugo B., Stassinakis A., Hotz P., Klaiber B. Разработка нового метода препарирования для лечения первичных апроксимальных поражений // Новое в стоматологии. – 2001. – №2. – С. 20– 26.

Hunt P. R. Micro-conservative restorations for approximal carious lesions // J. Am. Dent. Assoc. – 1990. – V. 120. – P.37.

Jenkins J. M. The physiology and biochemistry of the mouth. 4th ed. – Oxford, 1978. – 600 p.

Joffe E. Особенности восстановления дефектов IV и III класса// Новое в стоматологии. – 1995. – № 6. – С.24– 26.

Naricawa K., Naricawa K. Метод «сэндвича» // Стоматологический сборник. – 1994. – № 10– 11. – С. 17– 22.

Smith D.C. Стоматологические цементы // Квинтэссенция. – 1995. – № 5/6. – С.25– 44.

Злокачественные новообразования полости рта

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **C02.0, C02.1, C02.2, C02.3, C02.8, C02.9, C03, C04, C05.0, C06**

Год утверждения (частота пересмотра): **2020**

Возрастная категория: **Взрослые**

Пересмотр не позднее: **2022**

ID: **164**

Разработчик клинической рекомендации

- Ассоциация онкологов России
- Общероссийская общественная организация "Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Оглавление

- Список сокращений
- Термины и определения
- 1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)
- 1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем
- 1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики
- 2.1 Жалобы и анамнез
- 2.2 Физикальное обследование
- 2.3 Лабораторные диагностические исследования
- 2.4 Инструментальные диагностические исследования
- 2.5 Иные диагностические исследования
- 3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов

лечения

- 4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов
- 5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики
- 6. Организация оказания медицинской помощи
- 7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)
- Критерии оценки качества медицинской помощи
- Список литературы
- Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций
- Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций
- Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата
- Приложение Б. Алгоритмы действий врача
- Приложение В. Информация для пациента
- Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Список сокращений

БТ – брахитерапия

Гр - Грей

ДЛТ – дистанционная лучевая терапия

ЗНО – злокачественные новообразования

КТ – компьютерная томография

ЛТ – лучевая терапия

ЛУ – лимфатический узел

ЛФК – лечебная физическая культура

МРТ – магнитно-резонансная томография

НПФ – неблагоприятные прогностические факторы

ПХТ – полихимиотерапия

ПЭГ – чрескожная (перкутанная) эндоскопическая гастростома

ПЭТ-КТ – позитронно-эмиссионная компьютерная томография

УЗ – ультразвуковой

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФЛС - фиброларингоскопия

ХБС – хронический болевой синдром

ХЛТ – химиолучевая терапия

ХТ – химиотерапия

AUC* (area under the curve) – фармакокинетический параметр, определяющий концентрацию препарата. Необходим для расчета дозы препарата в зависимости от клиренса креатинина.

CTV – (Clinical Target Volume) клинический объем мишени

ECOG - шкала оценки общего состояния пациента, разработанная Восточной Кооперативной Группой Исследования Рака

ENE – экстранодальное распространение опухоли в лимфатических узлах (extranodalextension)

GTV – (Gross Tumor Volume) макроскопический объем опухоли

PTV – (Planning Target Volume) планируемый объем мишени

R – символ, означающий край резекции, R0 – чистый край резекции, R1 – опухоль по краю резекции

TNM – (аббревиатура от tumor, nodus и metastasis) международная классификация стадий развития раковых опухолей

Термины и определения

Пререабилитация (prehabilitation) – реабилитация с момента постановки диагноза до начала лечения (хирургического лечения/химиотерапии (ХТ)/лучевой терапии (ЛТ)).

I этап реабилитации – реабилитация в период специализированного лечения основного заболевания (включая хирургическое лечение/ХТ/ЛТ) в отделениях медицинских организаций по профилю основного заболевания.

II этап реабилитации – реабилитация в стационарных условиях медицинских организаций

(реабилитационных центров, отделений реабилитации) в ранний восстановительный период течения заболевания, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания.

III этап реабилитации – реабилитация в ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной терапии, психотерапии, медицинской психологии, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, дневных стационарах, а также выездными бригадами на дому (в том числе в условиях санаторно-курортных организаций), кабинетах логопеда (учителя-дефектолога).

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Рак слизистой оболочки полости рта – злокачественная опухоль, развивающаяся из элементов неороговевающего эпителия слизистой оболочки щек, нёба, десен, дна ротовой полости, языка [1].

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Среди этиологических факторов развития рака полости рта необходимо выделить следующие:

- вредные привычки: курение, особенно в сочетании с употреблением крепкого алкоголя, жевание различных смесей (орех бетель и т.д.).
- фоновые процессы: лейкоплакия, эритроплакия, хронические язвы и трещины губ, хейлиты.
- хроническая инфекция в полости рта;
- хроническая травматизация слизистой оболочки полости рта (разрушенными зубами и

их корнями, некачественно изготовленными протезами) [1–3].

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Стандартизованный показатель заболеваемости раком полости рта в России в 2019 г. среди мужчин составил 6,65 случая на 100 тыс. населения, среди женщин – 1,99 на 100 тыс. В 2019 г. в России было зарегистрировано 9287 новых случаев рака слизистой оболочки полости рта, при этом средний возраст заболевших составил 61 год [4, 5].

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Кодирование по МКБ 10

C02 Злокачественное новообразование других и неуточненных частей языка

- C02.0 спинки языка (передних 2/3 спинки языка)
- C02.1 боковой поверхности языка; кончика языка
- C02.2 нижней поверхности языка (передних 2/3 языка нижней поверхности)
- C02.3 передних 2/3 языка неуточненной части
- C02.8 поражение языка, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций
- C02.9 языка неуточненной части

C03 Злокачественное новообразование десны

- C03.0 десны верхней челюсти
- C03.1 десны нижней челюсти
- C03.9 десны неуточненной

C04 Злокачественное новообразование дна полости рта

- C04.0 передней части дна полости рта (передней части до контактного пункта клык-премоляр)
- C04.1 боковой части дна полости рта

- C04.8 поражение дна полости рта, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций
- C04.9 дна полости рта неуточненное

C05 Злокачественное новообразование нёба

- C05.0 твердого неба

C06 Злокачественное новообразование других и неуточненных отделов рта

- C06.0 слизистой оболочки щеки
- C06.1 преддверия рта
- C06.2 ретромолярной области
- C06.8 поражение рта, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций
- C06.9 Рта неуточненное

Кодирование по МКБ-0, 4-е издание, 2010 г.: опухоли полости рта

Злокачественные эпителиальные опухоли

- 8070/3 Плоскоклеточный рак, без дополнительного уточнения
- 8051/3 Бородавчатый рак, без дополнительного уточнения
- 8083/3 Базалоидный плоскоклеточный рак
- 8052/3 Папиллярный плоскоклеточный рак
- 8074/3 Плоскоклеточный рак, веретеночлеточный
- 8075/3 Плоскоклеточный рак, аденоидный
- 8560/3 Железисто-плоскоклеточный рак
- 8082/3 Лимфоэпителиальный рак

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В 97% случаев злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта представлены плоскоклеточным раком, реже аденокарциномой (из малых слюнных желез) и саркомами.

Степень распространенности эпителиальных злокачественных опухолей полости рта представлена в классификации стадий развития злокачественных опухолей (TNM) 8-е издание в редакции Американского объединенного комитета по изучению злокачественных опухолей (American Joint Committee on Cancer).

Клиническая классификация

Символ T содержит следующие градации

TX	Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
Tis	Карцинома in situ
T1	Опухоль до 2 см в наибольшем измерении
T2	Опухоль ≤ 2 см, ГИ > 5 мм и ≤ 10 мм или опухоль ≤ 4 см и ГИ ≤ 10 мм
T3	Опухоль > 4 см или ГИ > 10 мм, но ≤ 20 мм Умеренно местно-распространенный рак*.
T4a	Опухоль прорастает только прилежащие ткани (например, кортикальный слой кости, гайморову пазуху или кожу лица)* или большая опухоль с двусторонним поражением языка и/или ГИ > 20 мм Местно-распространенный рак.
T4b	Опухоль распространяется на жевательный аппарат, крыловидные отростки основной кости или основания черепа и/или охватывает сонную артерию

*Наличие только поверхностных эрозий кости/зубной лунки первичной опухолью десны недостаточно для ее классифицирования как стадии T4.

Символ cN указывает на наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах (ЛУ) по данным клинико-инструментальных исследований

NX	Недостаточно данных для оценки состояния регионарных ЛУ
N0	Нет признаков метастатического поражения регионарных ЛУ
N1	Метастазы в одном ЛУ на стороне поражения ≤ 3 см в наибольшем измерении, экстракапсулярная инвазия (ENE) отсутствует
N2	Метастазы в одном ЛУ на стороне поражения > 3 см, но не более 6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует, или метастазы в нескольких ЛУ шеи на стороне поражения, до 6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует, или с обеих сторон либо с противоположной стороны до 6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует
N2a	Метастазы в одном ЛУ на стороне поражения > 3 см, но не более 6 см в наибольшем измерении
N2b	Метастазы в нескольких ЛУ на стороне поражения до 6 см в наибольшем измерении
N2c	Метастазы в ЛУ с обеих сторон или с противоположной стороны до 6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует
N3	Метастазы в ЛУ > 6 см в наибольшем измерении и ENE

	отсутствует, или метастазы любого размера и ENE+
N3a	Метастазы в ЛУ >6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует
N3b	Метастазы любого размера и ENE+

Символ pN указывает на наличие или отсутствие метастазов в регионарных ЛУ по данным патолого-анатомического исследование операционного материала

NX	Недостаточно данных для оценки состояния регионарных ЛУ
N0	Нет признаков метастатического поражения регионарных ЛУ
N1	Метастазы в одном ЛУ на стороне поражения ≤ 3 см в наибольшем измерении, ENE отсутствует
N2	Метастазы в одном ЛУ на стороне поражения ≤ 3 см и ENE+, >3 см и <6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует, или метастазы в нескольких ЛУ шеи на стороне поражения, до 6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует, или с обеих сторон либо с противоположной стороны до 6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует
N2a	Метастазы в одном ЛУ на стороне поражения ≤ 3 см и ENE+, или >3 см, но <6 см в наибольшем измерении, ENE отсутствует
N2b	Метастазы в нескольких ЛУ на стороне поражения <6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует
N2c	Метастазы в ЛУ с обеих сторон или с противоположной стороны <6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует
N3	Метастазы в ЛУ >6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует, или в одном ипсилатеральном ЛУ и ENE+, или множественные ипсилатеральные, контралатеральные или билатеральные метастазы с ENE+, или единственный контралатеральный метастаз любых размеров и ENE+
N3a	Метастазы в ЛУ >6 см в наибольшем измерении и ENE отсутствует
N3b	Метастаз в одном ипсилатеральном ЛУ и ENE+, или множественные ипсилатеральные, контралатеральные или билатеральные метастазы с ENE+, или единственный контралатеральный метастаз любых размеров и ENE+

Символ M характеризует наличие или отсутствие отдаленных метастазов

M0 Отдаленных метастазов нет

M1 Наличие отдаленных метастазов

Таблица 1. Группировка по стадиям

Стадия	0	I	II	III				IVA					
T	<i>In situ</i>	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T4a	T4a	T4a
N	N0	N0	N0	N0	N1	N1	N1	N2	N2	N2	N0	N1	N2
M	M0	M0	N0	M0	M0	M0	M0	M0	M0	M0	M0	M0	M0

Стадия	IVB		IVC
T	любое T	T4b	любое T
N	N3	любое N	любое N
M	M0	M0	M1

Гистопатологическая дифференцировка

GX Степень дифференцировки не может быть установлена

G1 Высокая степень дифференцировки

G2 Средняя степень дифференцировки

G3 Низкая степень дифференцировки

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В начальном периоде наблюдаются безболезненные узелки, уплотнения, поверхностные язвы или трещины, которые не поддаются консервативному лечению. Также пациенты могут предъявлять жалобы на дискомфорт при приеме пищи в виде жжения или покальвания. В развитом периоде боль наблюдается практически в 100 % случаев и может иметь разную интенсивность, иррадиировать в ухо, височную область. Вследствие присоединения

вторичной инфекции и распада опухоли появляется зловонный запах изо рта. Опухоль характеризуется тремя формами роста: экзофитной, эндофитной (язвенная, инфильтративная или язвенно-инфильтративная) или смешанной. При экзофитной форме отмечаются грибовидные, бляшкообразные наросты на слизистой оболочке с четкими границами. При эндофитной форме язва может быть ограничена опухолевым валиком, а также опухоль может распространяться вглубь тканей в виде инфильтрата без четких границ. В запущенном периоде отмечается массивное разрушение окружающих тканей с вовлечением костных структур, преддверия рта, кожи, мышц [6].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Диагноз устанавливается на основании:

1. анамнестических данных, а именно наличие новообразования, не поддающегося консервативному лечению в течение 2–3 нед.;
2. физикального обследования, включающего тщательный клинический осмотр, пальпацию образования и прилежащих тканей и регионарных лимфатических узлов (ЛУ);
3. цитологического исследования соскоба, мазков, пунктата из первичной опухоли, пунктата из увеличенных или подозрительных ЛУ;
4. патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала;
5. инструментального обследований, включая ультразвуковое исследование (УЗИ) тканей полости рта, УЗИ шеи, компьютерную томографию (КТ)/ магнитно-резонансную томографию (МРТ), позитронно-эмиссионную компьютерную томографию (ПЭТ-КТ), фиброларингоскопию (ФЛС) по показаниям [7, 8].

2.1 Жалобы и анамнез

- Рекомендуется сбор жалоб и анамнеза у пациентов со злокачественными новообразованиями (ЗНО) полости рта перед началом лечения в целях выявления факторов, которые могут повлиять на выбор тактики лечения [1, 2, 5, 8, 9].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

2.2 Физикальное обследование

- Рекомендуется всем пациентам проводить физикальный осмотр, включающий осмотр

и пальпацию (бимануальную) очага поражения и регионарных ЛУ, оценку нутритивного статуса в целях определения распространенности опухолевого процесса и принятия решения о необходимости коррекции нутритивного статуса [1, 2, 5, 8, 9].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

2.3 Лабораторные диагностические исследования

- Рекомендуется всем пациентам со злокачественными новообразованиями полости рта перед началом лечения выполнять развернутые клинический и биохимический анализы крови, коагулограмму, общий анализ мочи, с целью выявления факторов, которые могут повлиять на тактику лечения [1].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется проводить патологоанатомическое исследование операционного материала хирургически удаленного опухолевого препарата с целью оценки прогностических факторов и планирования дальнейшей тактики лечения и наблюдения, при этом в морфологическом заключении рекомендуется отразить следующие параметры:
 1. размер и распространенность первичной опухоли;
 2. глубину инвазии первичной опухоли;
 3. гистологическое строение опухоли;
 4. степень дифференцировки опухоли;
 5. наличие периваскулярной, перилимфатической, периневральной инвазии (отрицательный результат также должен быть констатирован);
 6. статус регионарных ЛУ (pN) с указанием общего числа исследованных и пораженных ЛУ, признаков экстранодального распространения опухоли (ENE+/-);
 7. микроскопическую оценку краев резекции (статус) R0–1 (R0 – чистый край резекции, R1 – опухоль по краю резекции) с указанием расстояния до ближайшего края резекции в миллиметрах (мм)
 8. степень лечебного патоморфоза опухоли (TRG) (при ранее проведенном лечении) [1, 10, 11, 12, 13].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

2.4 Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендуются до начала лечения мазки-отпечатки, соскобы или биопсии с поверхности эрозий, изъязвлений, трещин, аспирация содержимого при

тонкоигольной аспирационной биопсии уплотнений мягких тканей полости рта без признаков изъязвлений и увеличенных шейных ЛУ под контролем УЗИ в целях верификации процесса. При неясности цитологического исследования необходима биопсия для патологоанатомического исследования (в том числе иммуногистохимического) для подтверждения диагноза [1, 2, 5, 8, 9].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: При положительном результате патолого-анатомического исследования биопсийного материала (злокачественная опухоль верифицирована) необходимо определить гистологический тип опухоли, при этом целесообразно установить степень дифференцировки опухоли. При сомнительном результате патолого-анатомического исследования биопсийного материала (диагноз новообразования не верифицирован) необходимо в обязательном порядке выполнить повторную биопсию новообразования в достаточном объеме для проведения дополнительных специальных методов прижизненного патолого-анатомического исследования (иммуногистохимическое типирование). При отрицательном результате патолого-анатомического исследования биопсийного материала повторная биопсия целесообразна при наличии убедительных клинических и/или рентгенологических признаков злокачественного новообразования.

- Рекомендуется выполнить всем пациентам с ЗНО полости рта УЗИ ЛУ шеи с пункцией пальпаторно не измененных ЛУ в целях исключения или подтверждения вовлечения регионарных лимфоколлекторов в опухолевый процесс [1, 8, 9].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется выполнение всем пациентам с ЗНО полости рта УЗИ тканей дна полости рта для предоперационного определения глубины инвазии первичной опухоли. Глубина инвазии по данным УЗИ определяется при технической возможности ультразвукового (УЗ) датчика и наличии УЗ отображения [7].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательства – 4)

- Рекомендуется выполнить УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства при распространенных стадиях ЗНО полости рта и подозрении на возможный метастатический процесс с целью исключения отдаленных проявлений болезни [1, 8, 9].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Всем пациентам с ЗНО полости рта рекомендуется выполнить рентгенографию органов грудной клетки с целью выявления факторов, которые могут повлиять на тактику лечения [1, 8, 9].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется всем пациентам со злокачественными новообразованиями полости рта

выполнить КТ и/или МРТ пораженной области с внутривенным контрастированием для оценки первичной распространенности глубины инвазии опухолевого процесса, наличия костной инвазии на нижнюю/верхнюю челюсть, основание черепа, в окружающие мягкие ткани. В случае отсутствия противопоказаний МРТ рекомендуется при планировании ЛТ/химиолучевой терапии (ХЛТ) [1, 8, 9].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется выполнить КТ органов грудной клетки с внутривенным контрастированием или без него при распространенном раке полости рта с поражением регионарных ЛУ в целях выявления отдаленных метастазов [8].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется выполнить ПЭТ/КТ с флуорезоксиглюкозой [18F] пациентам со стадиями III–IV ЗНО полости рта в целях исключения отдаленных метастазов и по индивидуальным показаниям, в том числе для подтверждения полной резорбции регионарных метастазов после ЛТ/ХЛТ и решения вопроса об отказе от лимфаденэктомии [8, 14].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).

2.5 Иные диагностические исследования

Информация отсутствует.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Назначение и применение лекарственных препаратов, указанных в клинических рекомендациях, направлено на обеспечение пациента клинически эффективной и безопасной медицинской помощи, в связи с чем их назначение и применение в конкретной клинической ситуации определяется в соответствии с инструкциями по применению конкретных лекарственных препаратов с реализацией представленных в инструкции мер предосторожности при их применении, также возможна коррекция доз с учетом состояния пациента.

3.1. Принципы хирургического лечения и тактики лечения с учетом стадии заболевания

Введение:

Оценка всех пациентов до лечения должна проводиться хирургом-онкологом, специализирующимся на опухолях головы и шеи, которому следует предпринять следующие действия: рассмотреть адекватность биопсийного материала, стадирования и визуализации опухолевого процесса (КТ, МРТ) для определения степени распространения опухоли, исключить наличие синхронной первичной опухоли, оценить текущий функциональный статус и возможность назначения потенциального хирургического лечения, если первичное лечение было нехирургическим, разработать проспективный план наблюдения, который будет включать адекватное обследование зубов, питания и здорового образа жизни, а также вмешательства и любые другие дополнительные исследования, которые необходимы для полной реабилитации. Для пациентов, которым выполняют плановые операции, необходимо проработать хирургическое вмешательство, края и план реконструкции для резекции клинически определяемой опухоли со свободными от опухоли хирургическими краями. Хирургическое вмешательство не следует модифицировать на основании клинического ответа, полученного до лечения, при настоящем осмотре (регрессии опухоли), за исключением случаев прогрессии опухоли, которая вынуждает проводить более обширную операцию для охвата всей опухоли во время окончательной резекции [8, 9].

- Хирургическое лечение пациентам с ЗНО полости рта не рекомендовано в следующих случаях: стадия Т4b, при непосредственном распространении опухоли из регионарных ЛУ на кожу, прямое распространение на структуры средостения предпозвоночную фасцию или шейные позвонки в связи с нерезектабельностью процесса, интра- и послеоперационными рисками, низкой эффективностью и низкой вероятностью радикального характера хирургического лечения [1, 2, 8, 9].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Удаление первичного очага.

- Рекомендуется выполнять удаление первичной опухоли у пациентов с ЗНО полости рта единым блоком для снижения риска рецидива опухоли [1, 2, 8, 9].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: *Необходимо планировать хирургическое удаление в зависимости от степени распространения первичной опухоли, установленной при клиническом исследовании, и тщательной интерпретации соответствующих радиографических снимков. В случае, если опухоль прилежит к двигательному или сенсорному нерву, не исключено наличие периневральной инвазии. В данной ситуации следует выделить нерв в проксимальном и дистальном направлениях и выполнить его резекцию для получения чистого края резекции. Адекватное вмешательство может потребовать выполнения краевой, плоскостной или*

сагиттальной резекции нижней челюсти при опухолях, поражающих надкостницу или прилежащих к ней. Сегментарная резекция показана при массивной инфильтрации опухолью надкостницы нижней челюсти (что определяется при фиксации к ней опухоли) или при обнаружении во время операции либо при полном дооперационном обследовании признаков прямого прорастания кости опухолью. Степень резекции нижней челюсти будет зависеть от степени поражения, оцениваемой клинически и во время операции

Края резекции.

- У пациентов с ЗНО полости рта, подлежащим хирургическому лечению, рекомендуется достигать статуса R0 при хирургическом лечении для снижения риска рецидива опухоли [1, 2, 8, 9, 15, 16].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: Адекватное удаление определяется как расстояние от края резекции до макроскопически видимой опухоли ≥ 2 см или отрицательный край замороженного среза. В целом оценку замороженных срезов обычно проводят интраоперационно. Если зона, макроскопически свободная от опухоли по краю резекции, составляет < 2 см, невозможно определить линию резекции в связи с нечеткой границей опухоли или имеется подозрение на наличие резидуальной опухоли. Необходимо включать подробное описание края резекции в операционный журнал. Край можно оценить по удаленному препарату или, как альтернатива, из ложа опухоли с правильным ориентированием. Чистый край определяется как расстояние от инвазивного края опухоли, который составляет ≥ 5 мм от края резекции. Близкий край определяется как расстояние от инвазивного края опухоли до края резекции, равное < 5 мм. Первичную опухоль следует помечать таким образом, чтобы патологоанатом мог адекватно оценить ориентацию препарата. Шейную диссекцию необходимо ориентировать или выполнять срезы по порядку для определения уровня ЛУ, включенных в зону диссекции. Устранение хирургических дефектов нужно проводить с использованием конвенциональной техники по усмотрению хирурга. По возможности рекомендуется первичное ушивание, но при этом не следует пренебрегать широкими краями резекции, свободными от опухоли. По усмотрению хирурга выполняется пластическое ушивание с применением местных/регионарных лоскутов, свободных лоскутов, расщепленного кожного лоскута или других лоскутов с реконструкцией нижней челюсти или без нее

Лимфодиссекции.

- У пациентов с опухолями полости рта (стадия cN0) при проведении профилактических лимфадиссекций рекомендуется удалять ЛУ 1–3 уровней с целью улучшения результатов лечения и выживаемости [8].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- У пациентов с ЗНО полости рта при наличии доказанных метастазов на шее cN+ показано удаление ЛУ 1–5 уровней с целью улучшения результатов лечения и

выживаемости [8].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано при толщине опухоли (по данным УЗИ/КТ) ≥ 4 мм, в особенности при локализации в области языка или дна полости рта, ввиду высокой вероятности микрометастазов в ЛУ шеи всем пациентам, подлежащим хирургическому лечению, выполнять профилактическую ипсилатеральную шейную лимфодиссекцию с целью улучшения результатов лечения и выживаемости [8].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- При локализации опухоли на срединной линии или переходе опухоли за срединную линию всем пациентам с ЗНО полости рта при выполнении шейной лимфодиссекции, рекомендована двусторонняя шейная лимфодиссекция с целью улучшения результатов лечения и выживаемости [8].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- При N1, N2a–b, N3 пациентам рекомендуется выполнение радикальной лимфодиссекции на стороне поражения (уровни 1–5) для улучшения результатов лечения и выживаемости пациентов [1, 3, 9, 10].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Пациентам с опухолями полости рта при N2c рекомендуется выполнение радикальной лимфодиссекции с двух сторон (уровни 1–5) для улучшения результатов лечения и выживаемости пациентов [1, 3, 9, 10].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- При плоскоклеточном раке полости рта с глубиной инвазии опухоли < 2 мм у пациентов, подлежащих хирургическому лечению, выполнение шейной диссекции не рекомендуется в связи с низким риском метастазирования опухоли в регионарные лимфатические узлы [8].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: при опухолях стадии T1 поражение ЛУ наблюдается в 40–44 % случаев, а при стадии T4 показатель возрастает до 70–85 %. Общепризнанными достоверными факторами, влияющими на риск метастазирования рака слизистой оболочки полости рта, являются толщина опухоли и глубина инвазии, при этом критическими значениями являются показатели 5 и 4 мм соответственно. Лимфодиссекция может быть заменена биопсией сторожевого ЛУ, что является адекватной методикой контроля зон регионарного метастазирования и выявления occultных метастазов.

- У пациентов с резектабельными злокачественными новообразованиями полости рта

рекомендуется рассматривать хирургическое вмешательство как основной метод радикального лечения пациентов раком слизистой оболочки полости рта на первом этапе для увеличения выживаемости пациентов [1, 10, 17].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- У пациентов с опухолями полости рта **T1–T2N0** хирургический метод рекомендуется в качестве основного метода лечения. В качестве альтернативной методики (при наличии абсолютных противопоказаний к оперативному вмешательству или отказе пациента) рекомендовано проведение дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) или брахитерапии (БТ) в самостоятельном варианте для увеличения выживаемости пациентов и уменьшения количества осложнений [1, 3, 8, 9, 10].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: *Дальнейшую тактику лечения проводят в зависимости от наличия/отсутствия неблагоприятных прогностических факторов (НПФ) по данным планового патологоанатомического исследования операционного материала. Отсутствие НПФ и pN0-статус не требуют дополнительного лечения, рекомендовано динамическое наблюдение. Показанием для проведения послеоперационной ДЛТ является наличие хотя бы одного из следующих НПФ: pT3–4, периневральная, периваскулярная, перилимфатическая инвазия, pN1–3a. При наличии только НПФ R1 показана резекция (если возможна), при невозможности – конкурентная ХЛТ. Наличие ENE+ (pN3b) изолированно или в комплексе с другими НПФ – показание для проведения конкурентной ХЛТ [1, 3, 9, 10, 18, 19, 20].*

- У пациентов с опухолями полости рта **T3–4aN0M0, T1–4aN1–3M0** в качестве основной методики лечения рекомендуется оперативное вмешательство на первичном очаге с шейной лимфодиссекцией на стороне поражения (при односторонней локализации первичной опухоли) и двусторонняя лимфодиссекция (при центральном расположении первичного очага или переходе за среднюю линию) для улучшения результатов лечения и выживаемости пациентов [1, 3, 9, 10].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- В качестве альтернативной методики лечения пациентам с опухолями полости рта **T3–4aN0M0, T1–4aN1–3M0** (при наличии абсолютных противопоказаний к оперативному вмешательству или отказе пациента) рекомендуется проведение ХЛТ для улучшения результатов лечения и выживаемости пациентов [1, 3, 9, 10, 21, 22, 23, 24].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: *в дальнейшем показано проведение ДЛТ или ХЛТ в зависимости от наличия НПФ по данным патологоанатомического исследования операционного материала. Показанием для проведения послеоперационной ДЛТ является отсутствие НПФ или наличие хотя бы одного и более из следующих НПФ: pT3–4, периневральная, периваскулярная, перилимфатическая инвазия, pN1–3a. При наличии НПФ R1 показана резекция (если возможна), с последующей ДЛТ, при невозможности резекции – проведение ХЛТ. Наличие*

ENE+ (pN3b) изолированно или в комплексе с другими НПФ – показание для проведения конкурентной ХЛТ [1, 3, 9; 10; 21; 22; 23; 24; 25].

- У пациентов с опухолями полости рта **T4bN0-3M0** или **нерезектабельные N+**, или **другие стадии при абсолютных противопоказаниях для хирургического лечения** рекомендуется выбор метода лечения в зависимости от общего состояния, оцененного по шкале оценки общего состояния пациента, разработанной Восточной Кооперативной Группой Исследования Рака для улучшения результатов лечения и снижения количества осложнений (ECOG) [1, 7, 8, 17]:

- ECOG 0–1 Проведение ХЛТ или индукционной полихимиотерапии (ПХТ) с последующей ДЛТ/ХЛТ с последующим рассмотрением вопроса о хирургическом вмешательстве.

- ECOG 2 Проведение ДЛТ +/- конкурентная ХТ (в зависимости от общего состояния)

- ECOG 3 Паллиативная ДЛТ, или монохимиотерапия, или паллиативная помощь.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- У пациентов с опухолями полости рта в случае **локального рецидива или остаточной опухоли без предшествующей ЛТ** при резектабельности опухоли полости рта рекомендовано выполнение хирургического вмешательства с достижением R0-статуса с обсуждением вопроса о повторной ЛТ либо конкурентной ХЛТ. При нерезектабельности опухоли рекомендована повторная ЛТ/конкурентная ХЛТ, либо лекарственная терапия, либо симптоматическое лечение для снижения риска рецидивов и уменьшении количества осложнений [1, 7, 8, 17].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: *дальнейшую тактику лечения после хирургического лечения проводят в зависимости от наличия/отсутствия НПФ по данным патологоанатомического исследования операционного материала. Отсутствие НПФ не требует дополнительного лечения, рекомендовано динамическое наблюдение. Наличие одного НПФ или в комбинации R1 и ENE+ – показание для проведения ХЛТ. Показанием для проведения послеоперационной ДЛТ является наличие хотя бы одного и более из следующих НПФ: pT3–4, периневральная, периваскулярная, перилимфатическая инвазия, pN1–3a. При ранее проведенной ДЛТ или наличии противопоказаний проводится ПХТ.*

- У пациентов с опухолями полости рта **при нерезектабельности** рекомендуется выбор метода лечения в зависимости от общего состояния (ECOG) для снижения риска рецидива и улучшения результатов лечения [1, 7, 8, 17]:

- ECOG 0–1 Проведение ХЛТ или индукционной ПХТ с последующей ДЛТ/ХЛТ с последующим рассмотрением вопроса о хирургическом вмешательстве.

- ECOG 2 Проведение ДЛТ +/- конкурентная ХТ (в зависимости от общего состояния)

- ECOG 3 Паллиативная ДЛТ, или монокимиотерапия, или паллиативная помощь.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- У пациентов с опухолями полости рта в случае **локального рецидива или остаточной опухоли после ЛТ** при резектабельности рекомендуется выполнение хирургического вмешательства с достижением R0-статуса, при возможности проведение повторного курса послеоперационной ДЛТ или ХЛТ. При нерезектабельности: проведение повторного курса ДЛТ/ХЛТ или ПХТ или паллиативная помощь для увеличения выживаемости пациентов и снижения риска осложнений [1, 2, 8].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Пациентам с любой T, любой N, M1 или локальным рецидивом/остаточной опухолью с отдаленными метастазами, отсутствием или присутствием рецидива/остаточной опухоли по первичному очагу и зонам регионарного метастазирования при наличии отдаленных метастазов рекомендуется выбор метода лечения в зависимости от общего состояния (ECOG) для увеличения выживаемости пациентов и снижения риска осложнений [1, 8]:
- ECOG 0–1 Комбинации ПХТ или монокимиотерапии. Возможно хирургическое лечение на отдаленных метастазах при возможности достижение R0 или ДЛТ/ХЛТ на область отдаленного метастазирования и при отсутствии рецидива/остаточной опухоли в области первичного очага и в зонах регионарного метастазирования. При невозможности – паллиативная помощь.
- ECOG 2 Монокимиотерапия или паллиативная помощь.
- ECOG 3 Паллиативная помощь.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

3.2. Принципы лучевой терапии

ДЛТ в самостоятельном варианте.

- Пациентам с ЗНО полости рта при противопоказаниях к хирургическому лечению, нерезектабельном опухолевом процессе или отказе от хирургического лечения и наличии показаний к ДЛТ в самостоятельном варианте, описанных в предшествующем разделе, рекомендуется ЛТ на первичный очаг и клинически определяемые регионарные метастазы в дозе 66–70 Грей (Гр) (1,8–2,0 Гр/фракция) ежедневно с понедельника по пятницу в течение 6–7 нед, на локорегионарную область, включая регионарные ЛУ, – 50–54 Гр (1,8–2,0 Гр/фракция) с целью повышения показателей выживаемости [1, 8, 9].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется брахитерапия в самостоятельном варианте в качестве альтернативы

ДЛТ пациентам с раком полости рта T1-3 и размером опухоли менее 4 см с целью повышения показателей выживаемости [26].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Суммарная очаговая доза при первичных опухолях составляет 7–9 Гр, при рецидивных новообразованиях – 6–7 Гр. Расположение источников должно быть параллельным и равноудаленным, на расстоянии от 1 до 1,5 см. В объем мишени включаются опухолевый очаг и окружающие его ткани, на расстоянии от 0,5 до 1,0 см от определяемых границ опухолевого поражения. Объем мишени рассчитывается по формуле: $CTV = GTV + (0,5 - 1,0) \text{ см}$, где GTV (Gross Tumor Volume) – макроскопический объем опухоли – представляет собой пальпируемый или визуализируемый инструментально объем опухоли, CTV (Clinical Target Volume) – клинический объем мишени – включает макроскопический объем опухоли и ткани, в которых имеется вероятность микроскопической опухолевой инвазии, в большинстве случаев в пределах от 0,5 до 1,0 см. PTV (Planning Target Volume) не отличается от CTV при правильном внедрении источников. Облучаемые объемы в своем сечении имеют форму квадрата, прямоугольника или эллипса.

- Пациентам с ЗНО полости рта при противопоказаниях к хирургическому лечению, нерезектабельном опухолевом процессе или отказе от хирургического лечения и наличии показаний к ДЛТ в самостоятельном варианте, описанных в предшествующем разделе, для уменьшения размера опухоли и повышения показателей выживаемости рекомендуется ХЛТ в самостоятельном варианте в следующем режиме: Цисплатин** + ЛТ: ЛТ на первичный очаг и клинически определяемые регионарные метастазы в дозе 70 Гр (2,0 Гр/фракция) ежедневно с понедельника по пятницу в течение 7 нед, на локорегионарную область, в том числе регионарные ЛУ, – 50–60 Гр (1,8–2,0 Гр/фракция); цисплатин** в дозе 100 мг/м² на фоне гипергидратации в 1, 22 и 43-й дни ЛТ (рекомендуемая суммарная доза во время ЛТ – 300 мг/м²). В качестве альтернативных вариантов возможно использование цетуксимаба** [27] или карбоплатина** [28] с учетом переносимости ХЛТ и соматического состояния пациента. При наличии сопутствующей патологии, препятствующей проведению конкурентной ХЛТ с включением препаратов платины (хроническая почечная недостаточность, выраженная кардиопатология и т.д.) предпочтительным является замена препаратов платины на цетуксимаб** на фоне проведения ЛТ [1, 9; 28; 29; 30; 31; 32; 33].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).

- **Послеоперационная ДЛТ** рекомендуется при стадиях pT3–4 и N2–3 опухолей полости рта, а также у отдельных пациентов со стадиями pT1–2, N0–1 (при наличии неблагоприятных признаков) для увеличения выживаемости пациентов [1, 2, 8; 9; 34, 35]

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: Предпочтительный интервал после операции составляет ≤6 нед и не

должен превышать 3 мес. При R0– на область удаленной первичной опухоли и регионарных метастазов подводится доза не менее 60 Гр (2,0 Гр/фракция). При R+ рекомендованная суммарная доза излучения составляет не менее 66 Гр (1,8–2,0 Гр/фракция). На локорегионарную область, включая неизменные регионарные ЛУ, суммарная доза составляет 50–54 Гр (1,8–2,0 Гр/фракция)

- **Послеоперационная ХЛТ** рекомендуется при прорастании опухоли капсулы ЛУ и/или при наличии факторов (первичная стадия рТ3 или рТ4; N2 или N3, наличие периневральной инвазии и/или эмболов в лимфатических сосудах) резекции, а также при сочетании 2 и более неблагоприятных факторов (первичная стадия рТ3 или рТ4; N2 или N3, наличие периневральной инвазии и/или эмболов в лимфатических сосудах) для увеличения выживаемости пациентов [1, 2, 8; 9; 34, 35].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: При R0– на область удаленной первичной опухоли и регионарных метастазов подводится доза не менее 60 Гр (2,0 Гр/фракция). При R+ рекомендованная суммарная доза излучения составляет не менее 66 Гр (2,0 Гр/фракция). На локорегионарную область, включая неизменные регионарные ЛУ, суммарная доза составляет 50–54 Гр (1,8–2,0 Гр/фракция). Рекомендуется одновременное проведение ХТ на основе препаратов платины, предпочтительно цисплатина** в дозе 100 мг/м² каждые 3 нед. При наличии сопутствующей патологии, препятствующей проведению конкурентной ХЛТ с включением препаратов платины (хроническая почечная недостаточность, выраженная кардиопатология и т.д.) предпочтительным является замена препаратов платины на цетуксимаб** на фоне проведения ЛТ.

3.3. Принципы химиотерапии

Выбор ХТ должен быть индивидуализирован в зависимости от характеристик пациента (общее состояние, цели лечения) [8].

- Пациентам с ЗНО полости рта, ранее не получавшим химиотерапии, не имеющим отдаленных метастазов, для улучшения выживаемости в рамках конкурентной ХЛТ рекомендуется использовать препараты:

Цисплатин** 100 мг/м² – 1 день, интервал 21 день [28; 36]

Карбоплатин** АУС 5–6 – 1 день + инфузия фторурацила** 1000 мг/м²/сут 1–4-й дни, интервал 21 день [36]

Цисплатин** 100 мг/м² – 1 день + инфузия фторурацила ** 1000 мг/м²/сут 1–4-й дни, интервал 21 день [36]

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).

- Пациентам с ЗНО полости рта III – IV стадии, при наличии сопутствующей

патологии, препятствующей проведению конкурентной ХЛТ с цисплатином** (хроническая почечная недостаточность, выраженная кардиопатология и т.д.) для улучшения выживаемости в рамках конкурентной ХЛТ, рекомендуется использовать препараты:

Карбоплатин** АУС 4–6 – 1 день [37]

Цетуксимаб** 400 мг/м² за неделю до начала ЛТ и 250 мг/м² еженедельно во время проведения ЛТ [37]

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3).

- Пациентам с ЗНО полости рта III – IV стадии послеоперационная ХЛТ рекомендуется с препаратом Цисплатин** 100 мг/м² – 1 день [29]

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).

- **Индукционная ПХТ** рекомендована пациентам с ЗНО полости рта при нерезектабельном опухолевом процессе и ECOG 0-1 с целью уменьшения размеров опухоли, снижения частоты отдаленного метастазирования и повышения выживаемости с препаратами:

Доцетаксел** 75 мг/м² – 1 день + цисплатин** 75 мг/м² – 1 день + фторурацил** 1000 мг/м²/сут 1–4-й дни, интервал 21 день [38, 39]

#Паклитаксел** 135 мг/м² – 1 день + цисплатин** 75 мг/м² – 1 день + фторурацил** 1000 мг/м²/сут 1–4-й дни, интервал 21 день [38, 39]

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Для лечения рецидивных, первично-неоперабельных опухолей или метастатического опухолевого процесса рекомендуется поли- или монокимиотерапия для улучшения выживаемости пациентов [5].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: С учетом общего состояния пациента и/или целей лечения могут быть рекомендованы следующие комбинации препаратов (количество курсов определяется переносимостью лечения и эффективностью лечения):

- цисплатин** 100 мг/м², в/в кап, день 1 + фторурацил** 1000 мг/м²/сут, в/в кап, дни 1-4 + цетуксимаб** 400 мг/м² в/в, кап день 1 (нагрузочная доза) далее 250 мг/м² в/в кап, еженедельно, продолжительность курса 21 день [36];
- карбоплатин** АУС 5 в/в кап, день 1 + фторурацил** 1000 мг/м² /сут, в/в кап, дни 1-4 + цетуксимаб** 400 мг/м² в/в кап, день 1 (нагрузочная доза), далее 250 мг/м² в/в кап, еженедельно, продолжительность курса 21 день [36];

- карбоплатин** AUC5- 6 в/в кап, день 1 + #наклитаксел** 175 мг/м2 в/в кап, день 1, длительность курса 21 день [39];
- цисплатин** 75 мг/м2 + доцетаксел** 75 мг/м2 в/в кап, день 1, длительность курса 21 день [40];
- цисплатин** 100 мг/м2 в/в кап, день 1 + фторурацил** 1000 мг/м2/сут в/в кап, дни 1-4, длительность курса 21 день [41];
- карбоплатин AUC-5 в/в/в 1-й день + фторурацил 1000 мг/м2 в/в 24-часовая инфузия в 1–4-й дни, каждые 3 нед. [39];
- цисплатин** 75 мг/м2 в/в кап, день 1 + доцетаксел**75 мг/м2 в/в кап, день 1 каждые 3 недели+ цетуксимаб** 400 мг/м2 в/в кап (нагрузочная доза), далее 250 мг/м2 в/в кап еженедельно [39];
- карбоплатин** AUC 2,5 в/в кап в 1 и 8 дни + #наклитаксел**100 мг/м2 в/в кап, в 1 и 8 дни + цетуксимаб 400 мг/м2 в/в кап (нагрузочная доза), далее 250 мг/м2 в/в кап еженедельно [39];
- Монохимиотерапия: цисплатин** 100 мг/м2 в/в кап, день, продолжительность курса 21 день #наклитаксел** 80 мг/м2 в/в кап, еженедельно, или доцетаксел** 100 мг/м2 в/в кап, день 1, курс 21 день, или фторурацил** 1000 мг/м2 в/в кап, дни 1-4, курс 21 день, или метотрексат** 40 мг/м2 в/в кап 1 раз в неделю, или цетуксимаб** 450 мг/м2 в/в кап (нагрузочная доза, день 1), затем 250 мг/м2 в/в кап еженедельно, или #капецитабин** 1250 мг/м2 энтерально 2 раза в день с перерывом в 1 неделю, длительность курса 21 день [42; 43; 44; 45; 46; 47].
- При прогрессировании заболевания на фоне платиносодержащей схемы химиотерапии или после ее окончания рекомендуется назначение ниволумаба** 3мг/кг в/в кап 1 раз в 2 недели или пембролизумаб** 200мг в/в кап, 1 раз в 3 недели с целью повышения выживаемости пациентов [48; 49; 50; 51].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).

- Пациентам при прогрессировании заболевания и наличии метастазов после платиносодержащей терапии рекомендуется #афатиниб** 40 мг/день энтерально до прогрессирования или неприемлемой токсичности (эффективность при плоскоклеточном раке головы и шеи оценена только по данным зарубежных исследований) для улучшения безрецидивной выживаемости [52].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).

3.4. Иное лечение

Порядок и рекомендации по обезболиванию при злокачественных новообразованиях полости рта соответствуют рекомендациям, в клинических рекомендациях «Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи» Рекомендуются пациентам с опухолями полости рта и ксеростомией обильное питье, заменители слюны (например, растворы с фосфатом кальция; гели, содержащие лизоцим, лактоферрин и пероксидазу), ополаскиватели полости рта, не содержащие спирт, стимуляторы слюноотделения и вкуса (например, жевательная резинка с ксилитолом, леденцы с сорбитолом/яблочной кислотой, леденцы с ксилитолом), симпатомиметики

(пилокарпин**) [53; 54; 55; 56].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3).

3.5 Диетотерапия и лечебное питание

Нутритивная поддержка при планировании хирургического лечения проводится при наличии хотя бы одного из указанных факторов: непреднамеренном снижении массы тела за последние 6 мес (потеря 10 % и более), индексе массы тела $<20 \text{ кг/м}^2$, гипопроteinемия $<60 \text{ г/л}$ или гипоальбуминемия $<30 \text{ г/л}$, ухудшении возможности приема пищи за последнюю неделю. В случае проведения химиотерапии показаниями являются: индекс массы тела $<20 \text{ кг/м}^2$; потеря более 5% массы тела за 6 мес.; гипопроteinемия $<60 \text{ г/л}$ или гипоальбуминемия $<30 \text{ г/л}$; невозможность адекватного питания через рот; энтеропатия средней и тяжёлой степени [57].

- Нутритивно-метаболическая реабилитация не менее 7 суток рекомендована с целью снижения частоты послеоперационных осложнений и длительности пребывания пациента с ЗНО полости рта в стационаре [57].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендована нутритивная поддержка пациентам с ЗНО полости рта при химиотерапии или лучевой терапии с целью предотвращения нутритивной недостаточности, улучшения переносимости лечения, повышением контроля над побочными реакциями и повышения качества жизни [57].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Пациентам с ЗНО полости рта с наличием показаний к нутритивной поддержке рекомендуется использовать готовые специализированные смеси, обогащенные белком, омега-3 жирными кислотами, аргинином и рибонуклеиновыми кислотами в дозе не менее 400-600 мл/сут, с целью повышения переносимости лечения и снижения частоты осложнений [57, 58].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Адекватное питание и поддержание водного баланса являются жизненно важным. Борьба с «ятрогенной» нутритивной недостаточностью является важнейшей задачей в рамках успешного лечения пациентов с опухолями головы и шеи.

Предпочтительный способ – пероральное питание (сиппинг). При невозможности перорального приема пищи проводят зондовое, парентеральное или смешанное питание.

Расчет основных потребностей пациента ориентирован на общее количество потребляемой энергии и количественное соотношение различных субстратов.

Калорийность рациона должна составлять 25–30 ккал/кг массы тела в сутки, доза белка – 1,0–1,5 г/кг массы тела в сутки. Необходимо восполнение суточной потребности в витаминах и микроэлементах [58, 59, 60, 61, 62].

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Пререабилитация

- **Рекомендуется** всем пациентам со злокачественными опухолями полости рта проведение пререабилитации, включающей лечебную физическую культуру (ЛФК), психологическую и нутритивную поддержку, информирование пациентов, для ускорения функционального восстановления, сокращения сроков пребывания в стационаре после операции и снижения частоты развития осложнений и летальных исходов на фоне лечения онкологического заболевания [63].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Преабилитация

- **Рекомендуется** пациентам со злокачественными опухолями полости рта при наличии выраженной мышечной слабости и высокой утомляемости занятия лечебной физкультурой в виде аэробной нагрузки средней интенсивности для улучшения толерантности к физическим нагрузкам, качества жизни и увеличения тонуса мышц [64].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

- **Рекомендуется** пациентам со злокачественными опухолями полости рта проведение лечебной физкультуры на предоперационном этапе для профилактики развития лимфедемы, уменьшения общего числа осложнений в послеоперационном периоде [65].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- **Рекомендуются** пациентам со злокачественными опухолями полости рта программы профилактической гимнастики и обучение тактике глотания до начала лечения для уменьшения нарушения глотания при проведении противоопухолевой терапии [65].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Профилактическая установка назогастрального зонда или наложение чрескожной

(перкутанной) эндоскопической гастростомы (ПЭГ) рекомендуются для поддержания функционального состояния пациентов и предотвращения осложнений, ассоциированных с лечением, при наличии следующих показаний [8]:

- 1) достоверная значительная потеря массы тела (5 % от исходной массы тела за предыдущий месяц или 10 % от исходной массы тела за предшествующие 6 мес);
- 2) имеющаяся дегидратация, дисфагия, анорексия, болевой синдром, который ограничивает способность пациента достаточно питаться или пить;
- 3) значимые коморбидные и морбидные состояния, которые могут усугубляться обезвоживанием, гипокалорийным рационом, невозможностью проглатывания необходимых медикаментов;
- 4) аспирационный синдром, особенно у пожилых людей или у пациентов, имеющих сердечно-легочную недостаточность;
- 5) пациенты, у которых вероятны длительные нарушения глотания, в том числе ожидаемые при проведении облучения

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: Для поддержания функции глотания во время и после проведения противоопухолевой терапии при сохраненном акте глотания и отсутствия опасности аспирации показано естественное питание. Следует учитывать, что изменения функции глотания могут появиться в течение всего времени лечения и после его окончания и должны быть отслежены в течение всей жизни пациента [8].

I этап реабилитации при хирургическом лечении

- Рекомендовано использование протоколов fast track rehabilitation (быстрый путь) и Enhanced recovery after surgery (ускоренное восстановление после операции), пациентам ЗНО полости рта после перенесенного лечения, в которые входят комплексное обезболивание, раннее начало энтерального питания, отказ от рутинного использования катетеров и дренажей, ранняя мобилизация пациентов с 1–2-х послеоперационных суток (активизация и вертикализация), так как протокол является безопасным, уменьшает длительность пребывания в стационаре, снижает число нехирургических осложнений и не увеличивает общее количество послеоперационных осложнений [66; 67; 68].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Пациентам с ЗНО полости рта в раннем послеоперационном периоде рекомендуется купирование болевого синдрома в сочетании с обезболивающей терапией и физиотерапией, ЛФК, лечением положением, методами психологической коррекции, чрескожной электростимуляцией и применением акупунктуры для улучшения функциональных результатов [69].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Пациентам, перенесшим операцию на органах головы и шеи по поводу ЗНО полости рта, в послеоперационном периоде рекомендуется массаж медицинский у с целью улучшения качества жизни [70].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Пациентам с ЗНО полости рта в предоперационном периоде и в раннем послеоперационном периоде рекомендуется консультация логопеда с целью назначения комплекса специальных упражнений для восстановления функции глотания и обучения пациента способности говорить [71].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Для логопедической реабилитации существует ряд ограничений: не рекомендуется проводить активную функциональную тренировку в раннем послеоперационном периоде, на этапе первичного заживления и при возникновении свищей. Недопустимо нарушение режима функциональных тренировок.

- Для восстановления функции глотания у пациентов с ЗНО полости рта рекомендуются упражнения на увеличение объема движения и силы мышц и на усиление произвольного контроля над временем и координацией глотка [72, 73].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: Важна и поструральная поддержка, т. е. следует найти подходящую позу во время глотка. Дополнительно используются фонетические техники (например, соскальзывание на фальцет), глотательные маневры (например, глоток с усилием), подбор текстур для глотания.

- Пациентам с ЗНО полости рта для улучшения функции дыхания, особенно после наложения трахеостомы, рекомендуются: использование координация вдоха и выдоха, совершение вдоха, достаточного для высказывания, поиск оптимального положения тела, паузация и дыхательные упражнения [74].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Работа над дыханием строится по принципу восхождения от простого к сложному. Сначала предлагается сдувать легкие предметы с ладони и стола, отрабатывается последовательность фаз вдоха и выдоха, наращивается фаза выдоха, затем подключается фонационный выдох и также отрабатывается диафрагмальное дыхание. Во время функциональной тренировки выполняются упражнения для всех органов артикуляции: губы, щеки, язык, дно полости рта, твердое нёбо, мышцы мягкого нёба, мышцы глотки и наружные мышцы шеи.

- Пациентам с ЗНО полости рта для создания компенсаторных механизмов

речепроизводства рекомендуются артикуляционные упражнения в динамике и в статике с постепенным увеличением нагрузки [75].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: *Начинают с упражнений, активизирующих движения губ, затем переходят к упражнениям для нижней челюсти и к артикуляционной гимнастике для языка, опираясь на фантомные ощущения утраченного органа.*

- Для устранения нарушений резонанса в послеоперационном периоде, проявляющемся в появлении гиперназальности и носовой эмиссии, рекомендуются упражнения, способствующие активизации нёбной занавески и нёбных дужек, выработке пластичности и растяжимости тканей мягкого нёба с одновременным напряжением мышц задней стенки глотки и мышц мягкого неба. Цель этих упражнений – обеспечить максимально возможное нёбноглоточное смыкание [75].
- **Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3).**

II и III этап реабилитации при хирургическом лечении

- Рекомендуется пациентам с ЗНО полости рта упражнения, регулирующие степень открытия рта с целью преодоления тризма – тонического спазма группы жевательных мышц, который приводит к ограничению подвижности височно-нижнечелюстного сустава, – рекомендованы [76].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: *Это статические, динамические упражнения и упражнения на сопротивление. Движения выполняются не только в плоскости опускания и поднятия челюсти. Для восстановления функции рекомендованы также другие движения: боковые, передние, задние и круговые.*

- Рекомендуется раннее начало терапии при лимфедеме области головы и шеи у пациентов с ЗНО полости рта для снижения риска нарушений, связанных с речью, дыханием, глотанием [77, 78].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: *Наибольшая эффективность терапии лимфедемы после комбинированного лечения опухолей головы и шеи отмечается при использовании всего комплекса противозастойной терапии (complete decongestive therapy).*

- Полная противоотечная терапия (complete decongestive therapy), включающая ЛФК, компрессионную терапию, массаж медицинский шеи, волосистой части головы и лица медицинский и уход за кожей, рекомендуется в качестве «золотого стандарта» в лечении лимфедемы всех локализаций у пациентов с ЗНО полости рта [79].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Пациентам с ЗНО полости рта с целью лечения лимфедемы рекомендована низкочастотная магнитотерапия в сочетании с полной противоопухолевой терапией [80].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

- Использование низкоинтенсивной лазеротерапии в комбинации с полной противозастойной терапией рекомендуется пациентам с ЗНО полости рта с целью ускорения снижения выраженности отека [81].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Реабилитация при химиотерапевтическом лечении

Противоопухолевое лечение рака головы и шеи вызывает психологический дистресс, тревогу, депрессию, что ухудшает качество жизни пациентов [82].

- Пациентам с ЗНО полости рта, получающим химиотерапевтическое лечение рекомендуется раннее начало физических нагрузок с целью профилактики возникновения и прогрессирования саркопении уменьшения слабости, улучшения качества жизни и психологического состояния пациентов, получающих адъювантную ХТ, увеличения толерантности к физической нагрузке [83].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарий: *Проведение комплекса ЛФК с включением аэробной нагрузки, элементов Тайчи в течение 4 мес на фоне ХТ приводит к увеличению жизненной емкости легких, насыщенности крови кислородом, силы мышц, объема движений в крупных суставах, снижения индекса массы тела [84].*

- Для уменьшения утомляемости и повышения выносливости у пациентов с ЗНО полости рта на фоне проведения ХЛТ рекомендуется проведение ЛФК в виде аэробных упражнений средней интенсивности в сочетании с упражнениями на сопротивление [85].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарий: *Сочетание ЛФК с психологической поддержкой используется в качестве комплексного лечения слабости на фоне ХТ [86]. Помимо этого целесообразно проведение курса массажа медицинского в течение 6 нед с целью уменьшения слабости на фоне комбинированного лечения [87].*

- Упражнения на тренировку баланса рекомендованы пациентам с ЗНО полости рта для коррекции полинейропатии [88].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).

- Рекомендуется применение низкоинтенсивной лазеротерапии в лечении периферической полинейропатии на фоне ХТ [89].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).

- Рекомендована низкочастотная магнитотерапия в лечении периферической полинейропатии на фоне ХТ [90].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарий: *Чрескожная электростимуляция в течение 20 мин в день 4 нед также показала эффективность в лечении полинейропатии на фоне ХТ [91].*

- Рекомендуется низкоинтенсивная лазеротерапия в профилактике и лечении мукозитов полости рта на фоне ХТ [92, 93].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

- Применение криотерапии рекомендовано с целью профилактики алопеции на фоне ХТ [94].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Низкоинтенсивная лазеротерапия рекомендована с целью профилактики выпадения волос и ускорения их роста после проведения ХТ [95].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Реабилитация при лучевой терапии

- Рекомендуется начать низкоинтенсивную лазеротерапию через 3 дня после начала ЛТ и проводить ее 3 дня в неделю для профилактики лучевого дерматита [96].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- При проведении ЛТ рекомендуются ингаляции полости рта щелочно-масляными растворами для предупреждения развития мукозита [96].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: *С момента проявлений и до полного исчезновения лучевого мукозита показано применение дерматопротекторов - репарации тканей стимуляторов (гели, раствор мочевины и др.). При регулярном орошении полости рта изотоническим раствором удаляются остатки пищи и накопившиеся выделения. Для аппликаций в полости рта или для закапывания в нос рекомендуются масла (оливковое, персиковое, облепихи или шиповника). При наличии болевого синдрома применяют анестетики для местного применения и системные анальгетики [97]. Чаще всего требуется назначение опиоидов, причем следует*

обратить внимание на трансдермальные формы их применения [98].

С момента проявлений лучевого дерматита и до полного стихания реакций показано применение репарации тканей стимуляторов (гели, диоксометилтетрагидропиримидин, рибофлавин), а также солнцезащитных средств. Кожу необходимо оберегать от трения и раздражения. Для борьбы с ксерозом используют крем с мочевиной, масляный раствор витамина А. При биолучевом дерматите целесообразно применение крема с витамином К.

В постлучевом периоде нормальные ткани, подвергшиеся облучению, очень ранимы, поэтому к ним нужно относиться бережно. В ранние сроки не рекомендуется выполнение инвазивных диагностических процедур и биопсии без крайней необходимости. Показан подбор диеты, при необходимости в сочетании с противорефлюксными препаратами [99]. Травмы, алкоголь, курение, раздражающая пища легко вызывают изъязвление слизистой оболочки, что нередко сопровождается обнажением кости нижней челюсти с последующим развитием остеомиелита. Частой причиной лучевого остеомиелита является удаление зубов в зоне предшествующего облучения, с связи с чем следует по возможности ограничиваться консервативными методами и только в случае необходимости проводить удаление зубов на фоне антибиотикотерапии.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- Рекомендуется соблюдать следующую периодичность и методы наблюдения после завершения лечения по поводу ЗНО полости рта для профилактики рецидива заболевания:

В 1-й год физикальный осмотр и сбор жалоб рекомендуется проводить каждые 1–3 мес, во 2-й год – 2–6 мес, на сроке 3–5 лет – 1 раз в 4–8 мес. После 5 лет с момента операции визиты проводятся ежегодно или при появлении жалоб. У пациентов с высоким риском рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен.

Объем обследования:

- анамнез и физикальное обследование;
- УЗИ ЛУ шеи с 2 сторон, органов брюшной полости;
- КТ/МРТ области головы и шеи по показаниям, а также при недоступности зоны адекватному физикальному осмотру;
- рентгенография органов грудной клетки каждые 12 мес;
- исследование уровня тиреотропного гормона каждые 6–12 мес, если проводилось облучение шеи в целях оценки функции щитовидной железы.
- ПЭТ/КТ не ранее чем через 1 год после окончания ЛТ [8, 9].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: задачей наблюдения является раннее выявление прогрессирования заболевания в целях раннего начала ХТ или хирургического лечения резектабельных метастатических очагов, рецидивных опухолей, а также обнаружение метакронных опухолей головы и шеи.

- Пациентам с ЗНО полости рта рекомендуется наблюдение у врача-стоматолога до, во время и после специализированного лечения для оценки состояния полости рта, риска развития кариеса и пародонтоза, удаления «проблемных» зубов, профилактики радиоиндуцированного остеонекроза, устранения потенциальных источников инфекции, мотивации пациента к поддержанию гигиены полости рта. «Проблемные» зубы должны быть удалены не менее чем за 2 нед до начала специализированного лечения [56; 100; 101; 102; 103; 104; 105].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарий: ЛТ на область головы и шеи может являться причиной ксеростомии и дисфункции слюнных желез, что существенно повышает риск развития кариеса и ассоциированных нежелательных последствий, таких как дентоальвеолярная инфекция и остеорадионекроз. ЛТ также воздействует на ткани зуба, в результате чего повышается вероятность деминерализации на фоне ксеростомии, изменения микрофлоры после ЛТ и возникает приверженность к рациону питания, ассоциированному с кариесом. Более того, инфекционные процессы в полости рта ухудшают эффективность процессов репарации после хирургического лечения, требуют усиления режимов антибактериальной терапии. Радиоассоциированный кариес и другие изменения ткани зуба могут развиваться в течение первых 3 мес после завершения ЛТ.

- Рекомендуется в целях профилактики кариеса местные средства с фтором применять длительно после окончания ЛТ: ежедневно 1,1 % гель с фторидом натрия или гель с фторидом олова, ежедневно 1,1 % зубной порошок с фторидом натрия, искусственную слюну с фосфатом кальция [100; 101; 102; 103; 104].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).

6. Организация оказания медицинской помощи

Медицинская помощь, за исключением медицинской помощи в рамках клинической апробации, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 25.05.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», организуется и

оказывается:

- 1) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным Федеральным органом исполнительной власти;
- 2) в соответствии с порядком оказания помощи по профилю «онкология», обязательным для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
- 3) на основе настоящих клинических рекомендаций;
- 4) с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных уполномоченным Федеральным органом исполнительной власти.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-онкологом и иными врачами-специалистами в центре амбулаторной онкологической помощи либо в первичном онкологическом кабинете, первичном онкологическом отделении, поликлиническом отделении онкологического диспансера.

При подозрении или выявлении у пациента онкологического заболевания врачи-терапевты, врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-специалисты, средние медицинские работники в установленном порядке направляют пациента на консультацию в центр амбулаторной онкологической помощи либо в первичный онкологический кабинет, первичное онкологическое отделение медицинской организации для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Консультация в центре амбулаторной онкологической помощи либо в первичном онкологическом кабинете, первичном онкологическом отделении медицинской организации должна быть проведена не позднее 5 рабочих дней с даты выдачи направления на консультацию. Врач-онколог центра амбулаторной онкологической помощи (в случае отсутствия центра амбулаторной онкологической помощи врач-онколог первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения) организует взятие биопсийного (операционного) материала, а также организует выполнение иных диагностических исследований, необходимых для установления диагноза, включая распространенность онкологического процесса и стадию заболевания.

В случае невозможности взятия в медицинской организации, в составе которой организован центр амбулаторной онкологической помощи (первичный онкологический кабинет, первичное онкологическое отделение), биопсийного (операционного) материала, проведения иных диагностических исследований пациент направляется лечащим врачом в онкологический диспансер или в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями.

Срок выполнения патолого-анатомических исследований, необходимых для патолого-анатомической верификации злокачественных новообразований полости рта, не должен превышать 15 рабочих дней с даты поступления биопсийного (операционного) материала в патолого-анатомическое бюро (отделение).

При подозрении и (или) выявлении у пациента онкологического заболевания в ходе оказания ему скорой медицинской помощи его переводят или направляют в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, для определения тактики ведения и необходимости применения дополнительно других методов специализированного противоопухолевого лечения.

Врач-онколог центра амбулаторной онкологической помощи (первичного онкологического кабинета, первичного онкологического отделения) направляет пациента в онкологический диспансер или в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, для уточнения диагноза (в случае невозможности установления диагноза, включая распространенность онкологического процесса и стадию заболевания, врачом-онкологом центра амбулаторной онкологической помощи, первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения) и оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Срок начала оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, не должен превышать 14 календарных дней с даты патолого-анатомической верификации злокачественного новообразования полости рта или 14 календарных дней с даты установления предварительного диагноза злокачественного новообразования полости рта (в случае отсутствия медицинских показаний для проведения патолого-анатомических исследований в амбулаторных условиях).

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается врачами-онкологами, врачами-радиотерапевтами в онкологическом диспансере или в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, имеющих лицензию, необходимую материально-техническую базу, сертифицированных специалистов, в стационарных условиях и условиях дневного стационара и включает профилактику, диагностику, лечение онкологических заболеваний, требующих использования специальных методов и сложных уникальных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

В медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, тактика медицинского обследования и лечения устанавливается консилиумом врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов, с привлечением при необходимости других врачей-специалистов. Решение консилиума врачей оформляется протоколом, подписывается участниками консилиума врачей и вносится в медицинскую документацию пациента.

Показания для госпитализации в круглосуточный или дневной стационар медицинской организации, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «онкология», определяются консилиумом врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов, с привлечением при необходимости других врачей-специалистов.

Показаниями для госпитализации в медицинскую организацию в экстренной или неотложной форме являются:

- 1) наличие осложнений онкологического заболевания, требующих оказания ему специализированной медицинской помощи в экстренной и неотложной форме;
- 2) наличие осложнений лечения (хирургическое вмешательство, ЛТ, лекарственная терапия и т.д.) онкологического заболевания.

Показаниями для госпитализации в медицинскую организацию в плановой форме являются:

- 1) необходимость выполнения сложных интервенционных диагностических медицинских вмешательств, требующих последующего наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара;
- 2) наличие показаний к специализированному противоопухолевому лечению (хирургическое вмешательство, ЛТ, в том числе контактная, ДЛТ и другие виды ЛТ, лекарственная терапия и др.), требующему наблюдения в условиях круглосуточного или дневного стационара.

Показаниями к выписке пациента из медицинской организации являются:

- 1) завершение курса лечения или одного из этапов оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара при условии отсутствия осложнений лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях;
- 2) отказ пациента или его законного представителя от специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара, установленной консилиумом медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь при условии отсутствия осложнений основного заболевания и/или лечения, требующих медикаментозной коррекции и/или медицинских вмешательств в стационарных условиях;
- 3) в случаях несоблюдения пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих;
- 4) необходимость перевода пациента в другую медицинскую организацию по соответствующему профилю оказания медицинской помощи.

Заключение о целесообразности перевода пациента в профильную медицинскую организацию осуществляется после предварительной консультации по предоставленным медицинским документам и/или предварительного осмотра пациента врачами-специалистами медицинской организации, в которую планируется перевод.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Факторами, влияющими на прогноз заболевания, являются:

- размеры и распространенность первичной опухоли;
- глубина инвазии первичной опухоли;
- степень дифференцировки опухоли;
- наличие/отсутствие периваскулярной, перилимфатической, периневральной инвазии;
- статус регионарных ЛУ (pN) (метастазы в ЛУ шеи вдвое снижают выживаемость пациентов)
- экстранодальное распространение опухоли;
- статус краев резекции (R0-1)

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена биопсия опухоли и/или измененных регионарных ЛУ с последующим морфологическим и/или иммуногистохимическим исследованием (при установлении диагноза)	Да/Нет
2.	Выполнено УЗИ ЛУ шеи (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнена рентгенография органов грудной клетки	Да/Нет
4.	Выполнено УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (при установлении диагноза)	Да/Нет
5.	Выполнено КТ/МРТ пораженной области с в/в контрастированием для оценки распространенности опухолевого процесса (при установлении диагноза)	Да/Нет
6.	Выполнено морфологическое и/или иммуногистохимическое исследование препарата удаленных тканей (при хирургическом	Да/Нет

№	Критерии качества	Оценка выполнения
	вмешательстве)	
7.	При N1, N2a–b, N3 выполнена радикальная шейная лимфодиссекция	Да/Нет
8.	При N0 и глубине инвазии опухоли >4 мм выполнена селективная шейная лимфодиссекция (минимально уровни 1–3)	Да/Нет

Список литературы

1. Алиева С.Б., Алымов Ю.В., Кропотов М.А. и др. Рак слизистой оболочки полости рта. Онкология. Клинические рекомендации Под ред. М.И. Давыдова. М.: Издательская группа РОНЦ, 2015. С. 27–37.
2. Романов И.С., Яковлева Л.П. Вопросы лечения рака полости рта. Фарматека 2013; (8):59–63.
3. Гельфанд И.М., Романов И.С., Удинцов Д.Б. Тактика лечения локализованных форм рака слизистой оболочки полости рта. Опухоли головы и шеи 2016;6:43–5.
4. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2017. С. 3, 11, 15, 16.
5. Яковлева Л.П. Лечение рака слизистой оболочки полости рта. Опухоли головы и шеи 2013;(3):20–5.
6. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. 5-е изд., доп. и перераб. М.: Практическая медицина, 2013. С. 119–146.
7. Babu N.H., Devi V.V.L., Kadiyala S. et al. Accuracy of preoperative ultrasonography in measuring tumor thickness and predicting the incidence of cervical lymph node metastasis in oral cancer. J Dr NTR Univers Health Sci 2018;7(4):241–4
8. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). Cancer of the Oral Cavity. Version 2.2018
9. Wolff K.D., Follmann M., Nast A. Clinical practice guideline: the diagnosis and treatment of oral cavity cancer. Dtsch Arztebl Int 2012;109(48):829–35
10. Романов И.С., Яковлева Л.П., Удинцов Д.Б. и др. Особенности регионарного метастазирования плоскоклеточного рака полости рта, выявляемого при профилактических лимфодиссекциях. Стоматология 2012;91(4):2; 3; 7; 28–31
11. Spiro R.H., Huvos A.G., Wong G.Y. et al. Predictive value of tumor thickness in squamous cell carcinoma confined to the tongue and floor of the mouth. Am J Surg 1986;152:345–50
12. Yuen A.P.W., Lam K.Y., Lam L.K. et al. Prognostic factors of clinically stage I and II oral tongue carcinoma – a comparative study of stage, thickness, shape, growth pattern, invasive front malignancy grading. Martinez–Gimeno score, and pathologic features. Head Neck 2002;24:513–20
13. Kurokawa H., Yamashita Y., Takeda S. et al. Risk factors for late cervical lymph node

- metastases in patients with stage I or II carcinoma of the tongue. *Head Neck* 2002;24:731–6
14. Fleming A.J.Jr, Smith S.P.Jr, Paul C.M. et al. Impact of [18F]-2-fluorodeoxyglucose-positron emission tomography computed tomography on previously untreated head and neck cancer patients. *Laryngoscope* 2007;117:1173–9
 15. Looser K.G., Shah J.P., Strong E.W. The significance of “positive” margins in surgically resected epidermoid carcinomas. *Head Neck Surg* 1978;1:107–11
 16. Scholl P., Byers R.M., Batsakis J.G. et al. Microscopic cut-through of cancer in the surgical treatment of squamous carcinoma of the tongue. Prognostic and therapeutic implications. *Am J Surg* 1986;152:354–60
 17. Решетов И.В., Славнова Е.Н., Волченко Н.Н. и др. Опухоли головы и шеи. Технологии лечения, реконструкции, реабилитации. Монография. М., 2016. С. 514
 18. Haddadin K.J., Soutar D.S., Oliver R.J. et al. Improved survival for patients with clinically T1–T2, N0 tongue tumors undergoing a prophylactic neck dissection. *Head Neck* 1999;21(6):517–25
 19. Teymoortash A., Werner J.A. Current advanced in diagnosis and surgical treatment of lymph node metastasis in head and neck cancer. *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg* 2012;11:04
 20. Huang S.F., Kang C.J., Lin C.Y. et al. Neck treatment of patients with early stage oral tongue cancer. comparison between observation, supraomohyoid dissection, and extended dissection. *Cancer* 2008;112(5):1066–75
 21. Cheng Y-J, Tsai M-H, Chiang C-J, et al. Adjuvant radiotherapy after curative surgery for oral cavity squamous cell carcinoma and treatment effect of timing and duration on outcome —A Taiwan Cancer Registry national database analysis. *Cancer Med.* 2018;7:3073–3083
 22. Beckmann G.K., Hoppe F., Pfreundner L., Flentje M.P. Hyperfractionated accelerated radiotherapy in combination with weekly cisplatin for locally advanced head and neck cancer. *Head Neck* 2005;27:36–43
 23. Posner M.R., Hershock D.M., Blajman C.R. et al. Cisplatin and fluorouracil alone or with docetaxel in head and neck cancer. *N Engl J Med* 2007;357:1705–15
 24. Hitt R., Lopez-Pousa A., Martinez-Trufero J. et al. Phase III study comparing cisplatin plus fluorouracil to paclitaxel, cisplatin, and fluorouracil induction chemotherapy followed by chemoradiotherapy in locally advanced head and neck cancer. *J Clin Oncol* 2005;23:8636–45
 25. Vermorken J.B., Remenar E., van Herpen C. et al; EORTC 24 971 TAX 323 Study Group. Cisplatin, fluorouracil, and docetaxel in unresectable head and neck cancer. *N Engl J Med* 2007;357(17):1695–704
 26. Mazon J.J., Ardiet J.M., Haie-Méder C. et al. GEC-ESTRO recommendations for brachytherapy for head and neck squamous cell carcinomas. *Radiother Oncol* 2009;91(2):150–6
 27. Naruse, T., Yanamoto, S., Matsushita, Y. et al (2016). Cetuximab for the treatment of locally advanced and recurrent/metastatic oral cancer: An investigation of distant metastasis. *Molecular and Clinical Oncology*, 5(2), 246–252
 28. Haddad R., O’Neill A., Rabinowits G. et al. Induction chemotherapy followed by concurrent chemoradiotherapy (sequential chemoradiotherapy) versus concurrent chemoradiotherapy alone in locally advanced head and neck cancer (PARADIGM): a randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2013;14:257–64
 29. Bernier J., Dommenege C., Ozsahin M. et al. Postoperative irradiation with or without

- concomitant chemotherapy for locally advanced head and neck cancer. *N Engl J Med* 2004;350:1945–52
30. Hui E.P., Ma B.B., Leung S.F. et al. Randomized phase II trial of concurrent cisplatin-radiotherapy with or without neoadjuvant docetaxel and cisplatin in advanced nasopharyngeal carcinoma. *J Clin Oncol* 2009;27:242–9
31. Cooper J.S., Pajak T.F., Forastiere A.A. et al. Postoperative concurrent radiotherapy and chemotherapy for high-risk squamous-cell carcinoma of the head and neck. *N Engl J Med* 2004;350:1937–44
32. Cooper J.S., Zhang Q., Pajak T.F. et al. Long-term follow-up of the RTOG 9501 intergroup phase III trial: postoperative concurrent radiation therapy and chemotherapy in high-risk squamous cell carcinoma of the head and neck. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2012;84:1198–205
33. Noronha V., Joshi A., Patil V.M. et al. Once-a-week versus once-every-3-weeks cisplatin chemoradiation for locally advanced head and neck cancer: a phase III randomized noninferiority trial. *J Clin Oncol* 2017: Jco2 017749457
34. Soo K.C., Tan E.H., Wee J. et al. Surgery and adjuvant radiotherapy vs concurrent chemoradiotherapy in stage III IV nonmetastatic squamous cell head and neck cancer: a randomised comparison. *Br J Cancer* 2005;93:279–86
35. Cheng Y-J, Tsai M-H, Chiang C-J, et al. Adjuvant radiotherapy after curative surgery for oral cavity squamous cell carcinoma and treatment effect of timing and duration on outcome—A Taiwan Cancer Registry national database analysis. *Cancer Med.* 2018;7:3073–3083
36. Vermorken J.B., Mesia R., Rivera F. et al. Platinum-based chemotherapy plus cetuximab in head and neck cancer. *N Engl J Med* 2008;359:1116–27
37. Hamauchi, S., Yokota, T., Mizumachi, T., et al. (2019). Safety and efficacy of concurrent carboplatin or cetuximab plus radiotherapy for locally advanced head and neck cancer patients ineligible for treatment with cisplatin. *International Journal of Clinical Oncology*.
38. Worden, F. P., Moon, J., Samlowski, W., et al. (2006). A phase II evaluation of a 3-hour infusion of paclitaxel, cisplatin, and 5-fluorouracil in patients with advanced or recurrent squamous cell carcinoma of the head and neck. *Cancer*, 107(2), 319–327
39. Болотина Л. В., Владимирова Л. Ю., Деньгина Н. В., Новик А. В., Романов И. С. Практические рекомендации по лечению злокачественных опухолей головы и шеи // Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO #3s2, 2018 (том 8). С. 71–82
40. Schöffski, P., Catimel, G., Planting et al. (1999). Docetaxel and cisplatin: An active regimen in patients with locally advanced, recurrent or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck. *Annals of Oncology*, 10(1), 119–122
41. Gibson, M. K., Li, Y., Murphy, B., Hussain, M. H. A., DeConti, R. C., Ensley, J., & Forastiere, A. A. (2005). Randomized Phase III Evaluation of Cisplatin Plus Fluorouracil Versus Cisplatin Plus Paclitaxel in Advanced Head and Neck Cancer (E1395): An Intergroup Trial of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Journal of Clinical Oncology*, 23(15), 3562–3567
42. Jacobs, C., Lyman, G., Velez-García, E. et al (1992). A phase III randomized study comparing cisplatin and fluorouracil as single agents and in combination for advanced squamous cell carcinoma of the head and neck. *Journal of Clinical Oncology*, 10(2), 257–263
43. Grau, J. José, Caballero, M., et al (2009). Weekly paclitaxel for platinum-resistant stage IV

- head and neck cancer patients. *Acta Oto-Laryngologica*, 129(11), 1294–1299
44. Guardiola, E., Peyrade, F., Chaigneau, L. et al (2004). Results of a randomised phase II study comparing docetaxel with methotrexate in patients with recurrent head and neck cancer. *European Journal of Cancer*, 40(14), 2071–2076
 45. Catimel, G., Verweij, J., Mattijssen, V., et al (1994). Docetaxel (Taxotere®): An active drug for the treatment of patients with advanced squamous cell carcinoma of the head and neck. *Annals of Oncology*, 5(6), 533–537
 46. Vermorken J.B., Trigo J., Hitt R. et al. Open-label, uncontrolled, multicenter phase II study to evaluate the efficacy and toxicity of cetuximab as a single agent in patients with recurrent and or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck who failed to respond to platinum-based therapy. *J Clin Oncol* 2007;25:2171–7
 47. Martinez-Trufero J., Isla D., Adansa J.C. et al. Phase II study of capecitabine as palliative treatment for patients with recurrent and metastatic squamous head and neck cancer after previous platinum-based treatment. *Br J Cancer* 2010;102:1687–91
 48. Ferris R., Blumenschein G., Fayette J. et al. Nivolumab for recurrent squamous-cell carcinoma of the head and neck. *N Engl J Med* 2016;375:1856–67
 49. Ye, W., & Schmitt, N. C. (2019). Pembrolizumab for recurrent/metastatic head and neck cancer: equally promising for Asian patients? *Annals of Translational Medicine*, 7(S1), S14–S14
 50. Chow L.Q., Haddad R., Gupta S. et al. Antitumor activity of pembrolizumab in biomarker-unselected patients with recurrent and or metastatic head and neck squamous cell carcinoma: results from the phase Ib KEYNOTE-012 expansion cohort. *J Clin Oncol* 2016;34:3838–45
 51. Hsu C., Lee S.H., Ejadi S. et al. Safety and antitumor activity of pembrolizumab in patients with programmed death–ligand 1-positive nasopharyngeal carcinoma: results of the KEYNOTE-028 study. *J Clin Oncol* 2017;35:4050–6
 52. Machiels J.P., Haddad R., Fayette J. et al. Afatinib versus methotrexate as second-line treatment in patients with recurrent or metastatic squamous-cell carcinoma of the head and neck progressing on or after platinum-based therapy (LUX-Head & Neck 1): an open-label, randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2015;16:583–94
 53. Dirix P, [Nuyts S, Van den Bogaert W. Radiation-induced xerostomia in patients with head and neck cancer: a literature review. *Cancer*. 2006 Dec 1;107\(11\):2525-34](#)
 54. [Kaae JK, Stenfeldt L and Eriksen JG \(2016\) Xerostomia after Radiotherapy for Oral and Oropharyngeal Cancer: Increasing Salivary Flow with Tasteless Sugar-free Chewing Gum. *Front. Oncol.* 6:111](#)
 55. [Gorsky M., Epstein J.B., Parry J. et al. The efficacy of pilocarpine and bethanechol upon saliva production in cancer patients with hyposalivation following radiation therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004;97:190–5](#)
 56. [Jensen S.B., Pedersen A.M., Vissink A et al. A systematic review of salivary gland hypofunction and xerostomia induced by cancer therapies: management strategies and economic impact. *Support Care Cancer* 2010;18:1061–79](#)
 57. [Сытов А. В., Лейдерман И. Н., Ломидзе С. В., Нехаев И. В., Хотеев А. Ж. Практические рекомендации по нутритивной поддержке онкологических больных // Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO #3s2, 2018 \(том 8\). С. 575–583](#)
 58. [Arends J., Bachmann P., Baracos V. et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition* 2017;36:11–48](#)

59. [Снеговой А.В., Бесова Н.С., Веселов А.В. и др. Практические рекомендации по нутритивной поддержке у онкологических больных. Злокачественные опухоли 2016; \(4; Спецвыпуск 2\):2–450](#)
60. [Duguet A., Bachmann P., Lallemand Y. Summary report of the standards, options and recommendations for malnutrition and nutritional assessment in patients with cancer. Br J Cancer 2003;89\(1\):92–7](#)
61. [Снеговой А.В., Лейдерман И.Н., Салтанов А.И., Стрельчук В.Ю. Основные принципы и технологии клинического питания в онкологии: Методическое руководство для врачей. М., 2006](#)
62. [Bozzetti F., Bozzetti V. Efficacy of enteral and parenteral nutrition in cancer patients. Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perform Programme 2005;10:127–39](#)
63. [Silver J.A., Baima J. Cancer prehabilitation: an opportunity to decrease treatment related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. Am J Phys Med Rehabil 2013;92:715–27](#)
64. [Buffart L.M., Sweegers M.G., May A.M. et al. Targeting exercise interventions to patients with cancer in need: an individual patient data meta-analysis. J Natl Cancer Inst 2018;110\(11\):1190–200](#)
65. [Clarke P., Radford K., Coffey M., Stewart M. Speech and swallow rehabilitation in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. J Laryngol Otol 2016;130\(S2\):S176–80](#)
66. [Hubera G.F., Dort J.C. Reducing morbidity and complications after major head and neck cancer surgery: the \(future\) role of enhanced recovery after surgery protocols. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2018;26\(2\):73–5](#)
67. [Coyle, M. J., Main, B., Hughes, C. et al. \(2016\). Enhanced recovery after surgery \(ERAS\) for head and neck oncology patients. Clinical Otolaryngology, 41\(2\), 118–126](#)
68. [Midgley A.W., Lowe D., Levy A.R. et al. Exercise program design considerations for head and neck cancer survivors. Eur Arch Otorhinolaryngol 2018;275\(1\):169–79](#)
69. [Swarm R.A., Abernethy A.P., Anghelescu D.L. et al. Adult cancer pain. J Natl Compr Canc Netw 2013;11\(8\):992–1022](#)
70. [Goel V., Nemade H., Raju K.V.V.N., Rao C.S. Physiotherapy and Head and Neck Cancers. J Nov Physiother 2017;7:337](#)
71. [Logemann J.A., Pauloski B.R., et al. Speech and Swallowing Rehabilitation for Head and Neck Cancer Patients. ONCOLOGY 11\(5\):651-659, 1997](#)
72. [Wall L.R., Ward E.C., Cartmill B., Hill A.J. Physiological changes to the swallowing mechanism following \(chemo\)radiotherapy for head and neck cancer: a systematic review. Dysphagia 2013;28\(4\):481–93](#)
73. [Govender R., Smith C.H., Taylor S.A. et al. Swallowing interventions for the treatment of dysphagia after head and neck cancer: a systematic review of behavioural strategies used to promote patient adherence to swallowing exercises. BMC Cancer 2017;17\(1\):43](#)
74. [Zagari P.R.P.P., Paulon R.M.C., Farias L.P. \(2018\) Rehabilitation After Tracheostomy. In: de Farias T. \(eds\) Tracheostomy. Springer, Cham](#)
75. [Starmer, H. M., Ayoub, N., Byward, C. et al. \(2017\). The impact of developing a speech and swallow rehab program: Improving patient satisfaction and multidisciplinary care. The Laryngoscope, 127\(11\), 2578–2581](#)
76. [Pauli N., Svensson U., Karlsson T., Finizia C. Exercise intervention for the treatment of trismus in head and neck cancer – a prospective two-year follow-up study. Acta Oncol](#)

- [2016;55\(6\):686–92](#)
77. [Paskett ED, Dean JA, Oliveri JM, Harrop JP. Cancer-related lymphedema risk factors, diagnosis treatment and impact: a review. J Clinl Oncol. 2012;30\(30\):3726-3733](#)
 78. [Smith B.G., Lewin J.S. Lymphedema management in head and neck cancer. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2010;18\(3\):153–8](#)
 79. [Vignes S. Lymphedema: from diagnosis to treatment. Rev Med Interne 2017;38\(2\):97–105](#)
 80. [Tacani P.M., Franceschini J.P., Tacani R.E. et al. Retrospective study of the physical therapy modalities applied in head and neck lymphedema treatment. Head Neck 2016;38\(2\):301–8](#)
 81. [Lee N., Wigg J., Carroll J.D. The use of low level light therapy in the treatment of head and neck edema. J Lymphoedema 2013;8\(1\):35–42](#)
 82. [Ткаченко Г.А. Клинико-психологическое исследование качества жизни больных, страдающих злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области. Вестник психотерапии 2012;44\(49\):57–63](#)
 83. [Zhao, S. G., Alexander, N. B., Djuric, Z., et al \(2015\). Maintaining physical activity during head and neck cancer treatment: Results of a pilot controlled trial. Head & Neck, 38\(S1\), E1086–E1096](#)
 84. [Segal R., Zwaal C., Green E. et al. Exercise for people with cancer: a systematic review. Curr Oncol. 2017 Aug; 24\(4\): e290–e315](#)
 85. [Samuel S.R., Maiya G.A., Fernandes D.J. et al. Effectiveness of exercise-based rehabilitation on functional capacity and quality of life in head and neck cancer patients receiving chemo-radiotherapy. Support Care Cancer 2019](#)
 86. [Mustian K.M., Alfano C.M., Heckler C. et al: Comparison of pharmaceutical, psychological, and exercise treatments for cancer-related fatigue: a meta-analysis. JAMA Oncol 2017;3:961–8](#)
 87. [Kinkead B., Schettler P.J., Larson E.R. et al. Massage therapy decreases cancer-related fatigue: results from a randomized early phase trial. Cancer 2018;124\(3\):546–54](#)
 88. [Streckmann F., Zopf E.M., Lehmann H.C. et al: Exercise intervention studies in patients with peripheral neuropathy: a systematic review. Sports Med 2014;44:1289–304](#)
 89. [Lee J.M., Look R.M., Turner C. et al. Low-level laser therapy for chemotherapy-induced peripheral neuropathy. J Clin Oncol 2012;30\(15\):9019](#)
 90. [Rick O., von Hehn U., Mikus E. et al. Magnetic field therapy in patients with cytostatics-induced polyneuropathy: a prospective randomized placebo–controlled phase-III study. Bioelectromagnetics 2016;38\(2\):85–94](#)
 91. [Tonezzer T, Caffaro L.A.M. Effects of transcutaneous electrical nerve stimulation on chemotherapy-induced peripheral neuropathy symptoms \(cipn\): a preliminary case-control study. J. Phys. Ther. Sci. 29: 685–692, 2017](#)
 92. [Oberoi S., Zamperlini-Netto G., Beyene J. et al. Effect of prophylactic low level laser therapy on oral mucositis: a systematic review and meta-analysis. PLoS One 2014;9\(9\):e107418](#)
 93. [He M., Zhang B., Shen N., Wu N., Sun J. A systematic review and meta-analysis of the effect of low-level laser therapy \(LLLT\) on chemotherapy-induced oral mucositis in pediatric and young patients. Eur J Pediatr 2018;177\(1\):7–17](#)
 94. [Ross M., Fischer-Carlidge E. Scalp cooling: a literature review of efficacy, safety, and tolerability for chemotherapy-induced alopecia. Clin J Oncol Nurs 2017;21\(2\):226–33](#)
 95. [Avci P., Gupta G.K., Clark J. et al. Low-level laser \(light\) therapy \(LLLT\) for treatment of](#)

- [hair loss. Lasers Surg Med 2013;46\(2\):144–51](#)
96. [Bensadoun R.J., Nair R.G. Low-level laser therapy in the management of mucositis and dermatitis induced by cancer therapy. Photomed Laser Surg 2015;33\(10\):487–91](#)
97. [Roopashri G. Radiotherapy and chemotherapy induced oral mucositis – prevention and current therapeutic modalities. IJDA 2010;2:174–9](#)
98. [Сопроводительная терапия в онкологии. Практическое руководство. Под ред. С.Ю. Мооркрафта, Д.Л.Ю. Ли, Д. Каннингэма. Пер. с англ. Под ред. А.Д. Каприна. М.: Гэотар, 2016. 432 с](#)
99. [Rosenthal D.I., Trotti A. Strategies for managing radiation-induced mucositis in head and neck cancer. Semin Radiat Oncol 2009;19:29–34. Pauloski B.R. Rehabilitation of dysphagia following head and neck cancer. Phys Med Rehabil Clin N Am 2008;9:889–928](#)
100. [Walker M.P., Wichman B., Cheng A.L. et al. Impact of radiotherapy dose on dentition breakdown in head and neck cancer patients. Pract Radiat Oncol 2011;1:142–8](#)
101. [Little M., Schipper M., Feng F.Y. et al. Reducing xerostomia after chemo-IMRT for head-and-neck cancer: beyond sparing the parotid glands. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2012;83:1007–14](#)
102. [Studer G., Glanzmann C., Studer S.P. et al. Risk-adapted dental care prior to intensity-modulated radiotherapy \(IMRT\). Schweiz Monatsschr Zahnmed 2011;121:216–29](#)
103. [Murdoch-Kinch C.A., Zwetchkenbaum S. Dental management of the head and neck cancer patient treated with radiation therapy. J Mich Dent Assoc 2011;93:28–37](#)
104. [Epstein J.B., Thariat J., Bensadoun R.J. et al. Oral complications of cancer and cancer therapy: from cancer treatment to survivorship. CA Cancer J Clin 2012;62:400–22](#)
105. [Lee I.J., Koom W.S., Lee C.G. et al. Risk factors and dose-effect relationship for mandibular osteoradionecrosis in oral and oropharyngeal cancer patients. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2009;75:1084–91](#)
106. [Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, Carbone PP: Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 1982, 5\(6\):649-655](#)

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Мудунов Али Мурадович, д.м.н., профессор, заведующий отделением хирургических методов лечения № 10 опухолей головы и шеи ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, президент Общероссийской общественной организации «Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи»
2. Решетов Игорь Владимирович, д.м.н., академик РАН, заведующий кафедрой онкологии, радиотерапии и пластической хирургии Первого Московского медицинского университета им. И.М. Сеченова, президент Общероссийской общественной организации «Федерация специалистов по лечению заболеваний»

- головы и шеи»
3. Чойнзонов Евгений Лхаматирович, д.м.н., академик РАН, директор НИИ онкологии Томского НИМЦ, заведующий отделением опухолей головы и шеи НИИ онкологии Томского НИМЦ, заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, член Общероссийской общественной организации «Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи»
 4. Поляков Андрей Павлович, д.м.н., заведующий отделением микрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, член Общероссийской общественной организации «Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи»
 5. Алымов Юрий Владимирович, к.м.н., врач-онколог ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, исполнительный директор Общероссийской общественной организации «Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи»
 6. Дронова Екатерина Леонидовна, врач-радиолог ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, член Общероссийской общественной организации «Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи»
 7. Рыжова Ольга Дмитриевна, врач-радиолог ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России
 8. Жаров Андрей Александрович, патологоанатом ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России
 9. Алиева Севил Багатуровна, д.м.н., в.н.с., радиолог ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, член Общероссийской общественной организации «Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи»
 10. Снеговой Антон Владимирович, д.м.н., заведующий отделением амбулаторной химиотерапии (дневной стационар) ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, член Общероссийской общественной организации «Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи»
 11. Подвязников Сергей Олегович, д.м.н., профессор, ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, вице-президент Общероссийской общественной организации «Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи»
 12. Оджарова Акгуль Атаевна, к.м.н., в.н.с. отделения позитронно-эмиссионной томографии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, член Общероссийской общественной организации «Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи»
 13. Кондратьева Татьяна Тихоновна, д.м.н., в.н.с., врач клинической лабораторной диагностики ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, член Общероссийской общественной организации «Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи»
 14. Корниецкая Анна Леонидовна, к.м.н., с.н.с. отделения химиотерапии отдела лекарственного лечения опухолей МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России
 15. Геворков Артем Рубенович, к.м.н., с.н.с., врач-радиотерапевт отделения лучевой терапии с модификацией МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, член Общероссийской общественной организации «Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи»

16. Болотина Лариса Владимировна, д.м.н., заведующая отделением химиотерапии МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, член Общероссийской общественной организации «Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи»
17. Раджабова Замира Ахмедовна, к.м.н., заведующая хирургическим отделением опухолей головы и шеи ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, член Общероссийской общественной организации «Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи»
18. Болотин Михаил Викторович, к.м.н., с.н.с., отделение хирургическое № 11 опухолей верхних дыхательно-пищеварительных путей ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, член Общероссийской общественной организации «Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи»
19. Енгибарян Марина Александровна, д.м.н., заведующая отделением опухолей головы и шеи ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, член Общероссийской общественной организации «Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи»
20. Севрюков Феликс Евгеньевич, к.м.н., заведующий отдела лучевого и хирургического лечения заболеваний головы и шеи МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России
21. Нариманов Мехти Нариманович, д.м.н., химиотерапевт, член Общероссийской общественной организации «Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи»
22. Аванесов Анатолий Михайлович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей и клинической стоматологии ФГАОУ ВО РУДН, с.н.с. отдела хирургии и хирургических методов лечения в онкологии ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава России
23. Кончугова Татьяна Венедиктовна, д.м.н., профессор, врач-физиотерапевт, заведующая отделом преформированных физических факторов ФГБУ «НМИЦ реабилитации и курортологии» Минздрава России
24. Еремушкин Михаил Анатольевич, д.м.н., профессор, заведующий отделением ЛФК и клинической биомеханики ФГБУ «НМИЦ реабилитации и курортологии» Минздрава России
25. Гильмутдинова Ильмира Ринатовна, к.м.н., трансфузиолог, дермато-венеролог, заведующая отделом биомедицинских технологий и лаборатории клеточных технологий, врач-специалист в области клеточных технологий ФГБУ «НМИЦ реабилитации и курортологии» Минздрава России
26. Буланов Анатолий Анатольевич, д.м.н., с.н.с. отделения клинической фармакологии и химиотерапии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России
27. Бутенко Алексей Владимирович, д.м.н., профессор, главный врач НИИ клинической онкологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, председатель НС «Ассоциация специалистов по онкологической реабилитации»
28. Назаренко Алексей Витальевич, к.м.н., заведующий отделением радиологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, член Российской ассоциации терапевтических радиационных онкологов (РАТРО), European Society for Radiotherapy & Oncology (ESTRO), Российско-американского альянса по изучению рака (ARCA), представитель Российской Федерации в МАГАТЭ, врач высшей

- квалификационной категории
- 29.Обухова Ольга Аркадьевна, к.м.н., врач-физиотерапевт, заведующая отделением реабилитации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, член ESPEN (Европейской ассоциации парентерального и энтерального питания), RESPEN (Российской ассоциации парентерального и энтерального питания)
 - 30.Хуламханова Марина Муратовна, врач-физиотерапевт, врач-онколог отделения реабилитации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России
 - 31.Ткаченко Галина Андреевна, психолог отделения реабилитации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России
 - 32.Петрова Татьяна Анатольевна, логопед-педагог отделения реабилитации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России
 - 33.Семиглазова Татьяна Юрьевна, д.м.н., доцент, заведующая отделом – в.н.с. научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, доцент кафедры онкологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России
 - 34.Пономаренко Геннадий Николаевич, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации, генеральный директор ФГБУ «ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России, заведующий кафедрой курортологии и физиотерапии ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России
 - 35.Ковлен Денис Викторович, д.м.н., доцент кафедры курортологии и физиотерапии ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России
 - 36.Каспаров Борис Сергеевич, к.м.н., заместитель главного врача по амбулаторной помощи заведующий клинико-диагностическим отделением ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
 - 37.Крутов Антон Андреевич, врач-онколог клинико-диагностического отделения ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
 - 38.Зернова Маргарита Александровна, инструктор-методист по лечебной физкультуре ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
 - 39.Кондратьева Кристина Орхановна, медицинский психолог ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
 - 40.Иванова Галина Евгеньевна, д.м.н., главный специалист по медицинской реабилитации Минздрава России, заведующая отделом медико-социальной реабилитации инсульта НИИ ЦВПиИ ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России
 - 41.Романов Александр Иванович, д.м.н., профессор, академик РАН, главный врач ФГБУ «Центр реабилитации» Управления делами Президента Российской Федерации
 - 42.Бойко Анна Владимировна, д.м.н., проф., заведующая отделением лучевой терапии с модификацией МНИОИ им. П.А.Герцена - филиал ФГБУ НМИЦ радиологии Минздрава России
 - 43.Филоненко Елена Вячеславовна, д.м.н., профессор, врач-онколог, заведующая центром лазерной и фотодинамической диагностики и терапии опухолей МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России
 - 44.Степанова Александра Михайловна, заместитель директора по науке, заведующая отделением реабилитации частного многопрофильного диагностического и реабилитационного центра «Восстановление»
 - 45.Гулидов Игорь Александрович, заведующий отделом лучевой терапии МРНЦ им.

- А.Ф. Цыба- филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России
- 46.Феденко Александр Александрович, заведующий Отдела лекарственного лечения опухолей МНИОИ им. П.А. Герцена-филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России
- 47.Фалалеева Наталья Александровна, заведующий отделом лекарственного лечения злокачественных новообразований МРНЦ им. А.Ф. Цыба- филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России
- 48.Невольских Алексей Алексеевич, д.м.н., заместитель директора по лечебной работе МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России
- 49.Иванов Сергей Анатольевич, д.м.н., профессор РАН, директор МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России
- 50.Хайлова Жанна Владимировна, к.м.н., заместитель директора по организационно-методической работе МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России
- 51.Геворкян Тигран Гагикович, заместитель директора НИИ КЭР ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России

Конфликт интересов: отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-онкологи
2. Врачи-хирурги
3. Врачи-радиологи
4. Студенты медицинских вузов, ординаторы и аспиранты

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от

	исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением метаанализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай–контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 4. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все

рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

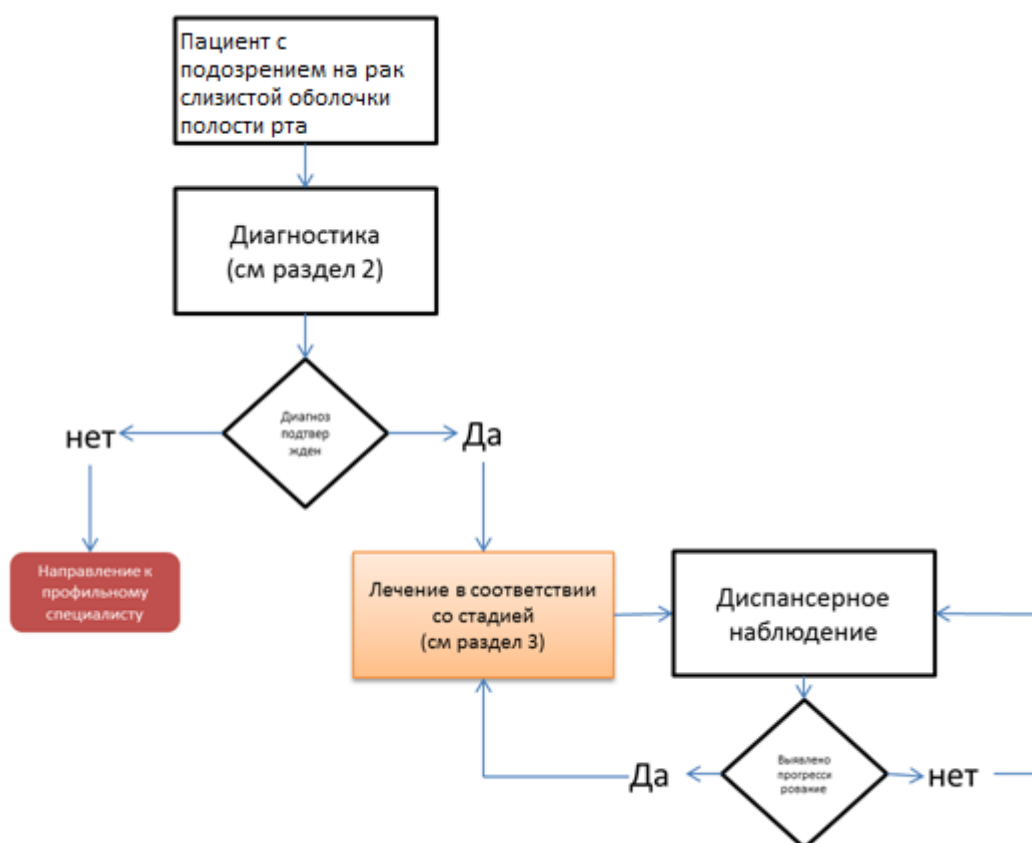
Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем 1 раз в 3 года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным Клиническим рекомендациям, но не чаще 1 раза в 6 мес.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Информация отсутствует.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

Рекомендации по наблюдению после завершения лечения

Наблюдение после завершения лечения имеет важное значение для поддержания здоровья пациента. Обычно в первые 1–2 года наблюдаться у врача-онколога рекомендуется с частотой каждые 3–6 мес, на сроке 3–5 лет – 1 раз в 6–12 мес. После 5 лет с момента операции визиты проводятся ежегодно или при появлении жалоб. Тем не менее частота визитов к врачу может быть увеличена в зависимости от характеристик заболевания и ассоциированных рисков и оговаривается индивидуально в каждом конкретном случае. При появлении жалоб, а также возобновлении симптомов, отмечавшихся до лечения, необходимо незамедлительно обратиться к врачу, не дожидаясь очередного срока запланированного визита.

Целью визитов является контроль не только онкологического заболевания, но и побочных эффектов, в том числе отсроченных (например, гипотиреоз после проведенной ЛТ на область шеи, снижения нутритивного статуса, оценка речевой и глотательной функции и т.д.).

Рекомендации относительно образа жизни и питания должны быть индивидуализированы с учетом объема проведенного лечения, рисков и выраженности осложнений, особенностей пациента.

Преимущества отказа от табакокурения и потребления алкоголя

- Более высокие показатели выживаемости
- Большая эффективность лечения
- Меньшее количество и выраженность побочных эффектов противоопухолевого лечения (сердечно-легочные осложнения, утомляемость, снижение массы тела, мукозиты, потеря вкуса)
- Ускоренное восстановление общего состояния после лечения
- Ниже риск рецидива
- Меньший риск вторых опухолей
- Меньший риск инфекций
- Выше качество жизни

Рекомендуется:

При осложнениях ХТ/ХЛТ – связаться с врачом-онкологом, радиологом.

1. При повышении температуры тела до 38 °С и выше:

- начать прием антибиотиков: по назначению врача.

2. При стоматите:

- диета – механическое, термическое щажение;
- частое полоскание рта (каждый час) – ромашка, кора дуба, шалфей, смазывать рот облепиховым (персиковым) маслом;
- обрабатывать полость рта по рекомендации врача.

3. При диарее:

- диета – исключить жирное, острое, копченое, сладкое, молочное, клетчатку. Можно нежирное мясо, мучное, кисломолочное, рисовый отвар. Обильное питье;
- принимать препараты по рекомендации врача.

4. При тошноте:

- принимать препараты по рекомендации врача.

Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Приложение Г1. Шкала EGOG/ВОЗ для оценки общего состояния пациента

Название на русском языке: шкала оценки общего состояния пациента, разработанная Восточной Кооперативной Группой Исследования Рака.

Оригинальное название (если есть): The ECOG Scale of Performance Status.

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, Carbone PP: Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 1982, 5(6):649-655 [106].

Тип: шкала оценки.

Назначение: оценка общего состояния пациента.

Содержание (шаблон) и Ключ (интерпретация).

Оценка	Описание
0	Пациент полностью активен, способен выполнять все, как и до заболевания (90-100 баллов по шкале Карновского)
1	Пациент неспособен выполнять тяжелую, но может выполнять легкую или сидячую работу (например, легкую домашнюю или канцелярскую работу, 70-80 баллов по шкале Карновского)
2	Пациент лечится амбулаторно, способен к самообслуживанию, но не может выполнять работу. Более 50 % времени бодрствования проводит активно - в вертикальном положении (50-60 баллов по шкале Карновского)
3	Пациент способен лишь к ограниченному самообслуживанию, проводит в кресле или постели более 50 % времени бодрствования (30-40 баллов по шкале Карновского)
4	Инвалид, совершенно не способен к самообслуживанию, прикован к креслу или постели (10-20 баллов по шкале Карновского)
5	Смерть

Пояснения: отсутствуют.

Приложение Г2. Шкала оценки лечебного патоморфоза опухоли по Г.А. Лавниковой

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Лавникова Г.А. (1979) Гистологический метод количественной оценки терапевтического повреждения опухоли. Москва.: Методические рекомендации, 13 с

Тип: шкала оценки.

Назначение: оценка лечебного патоморфоза опухоли.

Содержание (шаблон) и Ключ (интерпретация).

Оценка

I степень — более 50% опухолевой паренхимы сохранено;

II степень — сохранено 20–50% опухолевой паренхимы;

III степень — до 20% паренхимы опухоли сохранилось в виде отдельных очагов;

IV степень — полное отсутствие опухолевой паренхимы

Пояснения: отсутствуют.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ)

ПРИ ДИАГНОЗЕ АЛЬВЕОЛИТ

*Утверждены Постановлением № 8 Совета Ассоциации Общественных Объединений
«Стоматологическая ассоциация России» от 25 сентября 2018 года*

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Альвеолит» разработаны Федеральным государственным бюджетным учреждением «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России) (Вагнер В.Д., Сёмкин В.А., Измайлова З.М., Смирнова Л.Е., Ашуев Ж.А.) и Государственным бюджетным образовательным учреждением высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО «МГМСУ им А.И. Евдокимова» Минздрава России).

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Альвеолит» предназначены для применения в системе здравоохранения Российской Федерации.

II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящих клинических рекомендациях (протоколе лечения) использованы ссылки на следующие документы:

- Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ.
- Постановление Правительства Российской Федерации «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» от 05.ноября 1997 г. № 1387 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).
- Постановление Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» от 26 октября 2012 г. № 1074.
- Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» от 7 декабря 2011 г. №1496н.
- Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» от 27 декабря 2011 г. № 1664н.

III. ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящих клинических рекомендациях использованы следующие обозначения и сокращения:

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем Всемирной организации здравоохранения десятого пересмотра.

МКБ-С – Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10.

IV. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Альвеолит» разработаны для решения следующих задач:

— установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных с альвеолитом;

— унификация разработки базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным с альвеолитом;

— обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинской организации.

Область распространения настоящих клинических рекомендаций — медицинские организации всех уровней и организационно-правовых форм, оказывающие медицинскую стоматологическую помощь.

В настоящем документе используется шкала убедительности доказательств данных:

А) Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению.

В) Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение.

С) Достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендаций, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

Д) Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения в определенных условиях данного лекарственного средства, материала, метода, технологии.

Е) Веские отрицательные доказательства: имеются достаточно убедительные доказательства того, чтобы исключить лекарственное средство, метод, методику из рекомендаций.

Доказательства разделяются на несколько уровней:

А. Доказательства, полученные в проспективных, но не рандомизированных исследованиях.

В. Доказательства, полученные в больших проспективных, но не рандомизированных исследованиях.

С. Доказательства, полученные в ретроспективных не рандомизированных исследованиях на

большой группе.

Д. Доказательства, полученные в исследованиях на ограниченном числе больных.

Е. Доказательства, полученные на отдельных больных.

V. ВЕДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛА ЛЕЧЕНИЯ)

Ведение клинических рекомендаций (протокола лечения) «Альвеолит» осуществляется ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России и ГБОУ ВПО «МГМСУ им А.И. Евдокимова» Минздрава России. Система ведения предусматривает их взаимодействие со всеми заинтересованными организациями.

VI. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

Альвеолит является одним из наиболее распространенных и часто встречающихся осложнений после операции удаления зуба. По данным ряда исследователей, послеоперационный альвеолит (локальный остейт) развивается в 2-3% случаев после простого удаления зубов и в 20% после экстракции атипично расположенных зубов. В зарубежной литературе отмечается до 45% осложнений после сложных удалений. При этом, у 24,2% пациентов с альвеолитом патологический процесс развивается на верхней челюсти и у 75,8% - на нижней. Альвеолит чаще встречается у женщин (57,1%), чем у мужчин (42,9%). Большинство исследователей выделяют в этиологии развития альвеолита инфекционный и травматический фактор.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Альвеолит – воспаление лунки, развивающееся как осложнение после удаления зуба. В Международной классификации болезней X пересмотра упоминаются 2 аналога термину «альвеолит» - «сухая лунка» и «альвеолярный остейт». В зарубежной литературе встречаются разные термины (обозначающие данное состояние), такие как «фибринолитический альвеолит», «альвеолагия», «септическая лунка» и др. Основная причина возникновения заболевания - отсутствие сформированного физиологического сгустка или его выпадение, что приводит к инфицированию лунки. Распаду кровяного сгустка содействует фибринолиз, происходящий за счет деятельности ряда бактерий, в частности, трепанем. Развитию альвеолита также способствуют следующие факторы: патогенная микрофлора, находящаяся в периодонтальных тканях, а также травма, связанная с атипичным, сложным удалением зуба. Наряду с этим определенное значение имеет механическое повреждение кровяного сгустка в результате нарушения больными лечебного режима, а также низкая общая резистентность организма пациента.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.

По данным литературы, представлены несколько теорий на тему этиологических факторов альвеолита. Последние включают в себя бактериальные инфекции, травмы и биохимические факторы. Проведенные исследования доказали повышенную фибринолитическую активность и активацию превращения плазминогена в плазмин в присутствии тканевых активаторов в сухих лунках. Эта фибринолитическая активность, как полагают, влияет на целостность кровяного сгустка, образующегося в лунке после удаления зуба.

Также отмечено, что усиление фибринолиза не приведет к растворению тромба до начала второго дня после операции, так как тромб содержит антиплазмин, который должен быть нейтрализован, перед тем как может произойти растворение сгустка. Исследователями указано, что повышение фибринолитической активности в сухой лунке вызвано увеличением высвобождения тканевых активаторов из костной ткани альвеолы вследствие травмы или инфекции. В экспериментальных работах показано, что эти тканевые активаторы могут выделять брадикинины и кининогены – ферменты, которые принимают активное участие в генерации боли. Также обнаружено, что плазмин-подобная активность в сухих лунках не встречалась в ситуациях с нормальным удалением. Самыми первыми из лунок при альвеолите выделяются *Treponema denticola*, которые обладают способностью размножаться и лизировать тромбы, не вызывая клинических симптомов, характерных для инфекционного процесса, таких как покраснение, отек или образование гноя.

Анализ отечественной и зарубежной литературы позволил выделить следующие факторы риска возникновения альвеолита:

1. Пол.

У женщин возникновения синдрома сухой лунки отмечено чаще, чем у мужчин. Среди женщин, принимающих оральные контрацептивы, сухая лунка встречалась в 3 раза чаще по сравнению с женщинами, которые их не принимали.

2. Травма.

Травма может привести к сдавлению костной ткани, выстилающей лунки, а также возможному тромбозу нижележащих сосудов, резко снижая уровень кровоснабжения. Также происходит снижение резистентности тканей и инфицирование раны анаэробами. Обнаружена связь между повреждением клеток и альвеолярной кости с высвобождением тканевых активаторов и их фибринолитической активностью.

3. Курение.

Частота возникновения альвеолита у курильщиков значительно выше, чем у некурящих (6,4% против 1,4% соответственно).

4. Перикоронариты.

У 14,1% больных с ранее существовавшими перикоронаритами развился альвеолит по сравнению с 6,6% пациентов без этого состояния, со значительным снижением частоты в случаях, когда назначался профилактический курс лечения антибиотиками.

5. Оставшиеся фрагменты корня или костной ткани в лунке.

Оставшиеся фрагменты корня или осколки костной ткани могут нарушать заживление лунки и способствовать возникновению альвеолита.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АЛЬВЕОЛИТА

Альвеолит, как правило, начинается через 1-3 дня после удаления зуба и может продолжаться от 5 до 10 дней. Сроки течения альвеолита зависят от таких факторов, как своевременность обращения пациента за врачебной помощью, точное выполнение пациентом назначений и рекомендаций лечащего врача, наличие или отсутствие сопутствующих заболеваний, общая резистентность организма больного. Основным клиническим проявлением является сильная пульсирующая боль, которая развивается на 1-3

сутки после экстракции. Больные жалуются на неприятный привкус и запах изо рта. При внешнем осмотре конфигурация лица, как правило, не нарушена, кожа чистая. При пальпации регионарных лимфоузлов отмечается их увеличение, болезненность. Затрудненное и болезненное открывание рта встречается редко, преимущественно после сложного удаления нижних третьих моляров. При осмотре полости рта: лунка лишена кровяного сгустка, может быть заполнена остатками пищи, кость обнажена. Отмечается отечность окружающей десны, болезненность лунки при пальпации, гнойного отделяемого из лунки нет. Повышение температуры тела встречается редко. Болевой синдром может быть очень выраженным, плохо купируется анальгетиками, что приводит к потере сна и влияет на качество жизни пациента.

При дальнейшем развитии воспалительного процесса боль усиливается, становится постоянной, иррадирует в ухо, висок, шею, соответствующую половину головы. Ухудшается общее состояние пациента, появляются недомогание, субфебрильная температура тела. Прием пищи из-за боли затруднен. Стенки лунки покрываются серым налётом с неприятным гнилостным запахом. Слизистая оболочка вокруг альвеолы гипемирована, отечна, болезненна при пальпации. Появляется болезненность при пальпации по переходной складке, отечность мягких тканей соответствующей половины лица.

При отсутствии адекватного лечения или самолечении могут развиваться такие осложнения, как периостит и остеомиелит челюсти, абсцесс окружающих мягких тканей, лимфаденит.

Альвеолит:

Общее состояние	Удовлетворительное или средней степени тяжести. Температура тела в первые дни сохраняется в пределах нормы, впоследствии может повышаться до 37,5—38,0°C. Из-за резкой боли у пациента развиваются общая слабость, разбитость, потеря аппетита, затруднения с приемом пищи, бессонница.
Жалобы	На усиливающуюся боль в лунке удаленного зуба, иррадирующую по ходу ветвей тройничного нерва (в висок, ухо, шею), нарушение общего самочувствия, возможно болезненное открывание рта, глотания (преимущественно после удаления нижних третьих моляров), повышение температуры тела до 37,5-38,0°C.
Внешний осмотр	При внешнем осмотре кожные покровы лица бледные, конфигурация лица может быть изменена за счет отека мягких тканей на стороне удаленного зуба. Регионарные лимфатические узлы увеличены и при пальпации болезненны. Открывание рта ограничено, болезненно, преимущественно после удаления третьих (реже вторых) нижних моляров.
Рентгенограмма	На рентгенограмме определяется лунка удаленного зуба, в некоторых случаях выявляются остатки корня, костные фрагменты.
Пальпация	При пальпации регионарных лимфоузлов соответствующей области отмечается их увеличение и болезненность. Пальпация лунки удаленного зуба резко болезненна. При распространении воспалительного процесса отмечается болезненная пальпация по переходной складке.
Осмотр рта	В первые дни развития альвеолита, при осмотре лунка удаленного

	зуба зияет, кровяной сгусток в лунке частично распался или отсутствует. Визуализируется обнаженная костная ткань альвеолы. Лунка может быть заполнена остатками пищи. При дальнейшем развитии воспалительного процесса, стенки лунки покрываются налетом грязно-серого цвета с неприятным запахом, появляются гнойные выделения из лунки. Слизистая оболочка вокруг лунки гиперемирована, отечна и болезненна. Через несколько дней появляется отечность и болезненность при пальпации слизистой оболочки по переходной складке.
Исход	Своевременно начатое и правильно проведенное лечение альвеолита заканчивается выздоровлением. Через 5-7 дней стенки альвеолы начинают покрываться молодой грануляционной тканью, но воспалительные процессы в слизистой оболочке десны могут сохраняться до 10 дней. Через 2 недели десна приобретает нормальную окраску, исчезает отек, альвеола заполняется грануляционной тканью, начинается ее эпителизация. В дальнейшем процесс заживления альвеолы идет как же, как при отсутствии осложнения. Когда в стенках альвеолы развивается гнойно-некротический воспалительный процесс, боль и воспалительные явления не прекращаются. Это свидетельствует о развитии более тяжелого осложнения - ограниченного остеомиелита альвеолы зуба.

КЛАССИФИКАЦИЯ АЛЬВЕОЛИТА

В классификации ВОЗ (10-й пересмотр) альвеолит включен в рубрику K10.2 Воспалительные заболевания челюстей.

K10.32 Альвеолит

сухая лунка

альвеолярный остейт.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ АЛЬВЕОЛИТА

Диагностика альвеолита производится путем сбора жалоб и анамнеза, клинического осмотра и дополнительных методов обследования.

Главная задача при диагностике заключается в определении модели, распространенности, тяжести и характера течения альвеолита, выявлении эндогенных и экзогенных факторов. Проведение тщательной диагностики осуществляется врачом-стоматологом-хирургом с привлечением при необходимости других специалистов стоматологического профиля. В зависимости от поставленного диагноза составляется комплексный план лечения пациента.

Кроме того, диагностика дополнительно должна быть направлена на выявление факторов, которые препятствуют немедленному началу амбулаторного лечения. Такими факторами могут быть:

— наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых для лечения;

- сопутствующие заболевания, отягощающие лечение;
- острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;
- угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения), развившиеся менее чем за 6 месяцев до момента обращения за данной стоматологической помощью и другие тяжелые общесоматические состояния;
- отказ пациента от лечения.

Дополнительными методами обследования являются рентгенологическое исследование, лабораторные исследования крови, микробиологические исследования.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АЛЬВЕОЛИТА

Принципы лечения больных с альвеолитом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- устранение болевого фактора;
- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;
- сохранение и восстановление функциональной способности всей зубочелюстной системы;
- предупреждение развития острых одонтогенных воспалительных патологических процессов в околозубных и околочелюстных тканях;
- повышение качества жизни пациентов.

Комплекс лечебных мероприятий проводят преимущественно в условиях первичной специализированной медико-санитарной помощи. Принимают во внимание выраженность воспалительных явлений, общую и местную картину заболевания, а также данные медицинской визуализации.

В первую очередь необходимо ликвидировать острые воспалительные явления.

При лечении альвеолита проводят комплексное лечение, включающее в себя ревизию и при необходимости кюретаж лунки, медикаментозную терапию (общую и местную), физиотерапию.

После выполненного местного обезболивания переходят к обработке раны. Для местного обезболивания преимущественно используются местные анестетики либо без добавки эпинефрина гидрохлорида, либо с минимальным его количеством. Использование высоких доз вазоконстриктора приводит к нарастанию тканевой гипоксии с возможным усилением воспалительного компонента за счет активизации анаэробных патогенов. С помощью шприца с ирригационной иглой струей теплого раствора антисептика (перекись водорода, бетадин, хлоргексидин, этакридина лактат, перманганат калия) вымывают из альвеолы частицы распавшегося сгустка крови, остатки пищи. Затем острой хирургической ложечкой удаляют из нее остатки разложившегося сгустка крови, грануляционную ткань, осколки кости, зуба. Некоторые авторы научных публикаций утверждают, что в первые дни развития альвеолита можно ограничиться тщательным промыванием лунки антисептическими растворами и не проводить кюретаж лунки, который, по их мнению, усиливает болевой синдром из-за нанесения лунке дополнительной травмы. Возможно применение

протеолитических ферментов для очистки лунки от некротизированных тканей. Далее добиваются по возможности формирования кровяного сгустка. При наличии «сухой лунки» в лунку вводят губку или турунду, пропитанную обезболивающими или антисептическими препаратами (например, йодоформная турунда, различные губки, пропитанные йод-содержащими препаратами и др.). Также применяют различные пасты с антибиотиками.

При своевременном обращении пациента за врачебной помощью в первые дни развития альвеолита, после такого лечения боль в альвеоле не возобновляется и воспалительный процесс начинает стихать спустя 2-3 дня. При позднем обращении пациента к врачу или наличии сопутствующей общесоматической патологии воспаление лунки может длиться до 10 дней.

Для очищения альвеолы от некротического распада используют протеолитические и иммобилизованные ферменты. Полоску марли, обильно смоченную раствором кристаллического трипсина или химотрипсина, помещают в альвеолу. Действуя на денатурированные белки и расщепляя омертвевшую ткань, они очищают раневую поверхность, ослабляют воспалительную реакцию.

Для уменьшения болевых ощущений применяют блокаду местными анестетиками. В мягкие ткани, окружающие воспаленную альвеолу, вводят 5-10 мл анестетика. Как правило, используются анестетики пониженной (1-2%) концентрацией, без добавления эпинефрина, нагретые до температуры тела. При иррадиации болей по ходу ветвей тройничного нерва возможно выполнение блокад по типу проводниковой анестезии.

Если боль и воспалительные явления сохраняются, через 2 дня блокаду повторяют. Применяют один из видов физического лечения или их комбинацию: флюктуоризацию, микроволновую терапию, магнитотерапию, локальное ультрафиолетовое облучение, лучи гелий-неонового лазера. Рекомендуют 4-6 раз в день ванночки для рта с теплым (40-42 градусах С) раствором антисептиков. Внутрь назначают сульфаниламидные препараты, антибиотики, анальгетики, витамины.

Местное воздействие на воспалительный очаг (обработка альвеолы антисептиками, блокады и смена повязки) проводят ежедневно или через день до полного прекращения боли. Через 2 недели десна приобретает нормальную окраску, исчезает отек, альвеола заполняется грануляционной тканью, начинается ее эпителизация. В дальнейшем процесс заживления альвеолы идет так же, как при отсутствии осложнения. Когда в стенках альвеолы развивается гнойно-некротический воспалительный процесс, то, несмотря на активное лечение альвеолита, боль и воспалительные явления не прекращаются. Это свидетельствует о развитии более тяжелого осложнения - ограниченного остеомиелита челюсти.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С АЛЬВЕОЛИТОМ

Лечение пациентов с альвеолитом проводится в стоматологических медицинских организациях в условиях первичной специализированной медико-санитарной помощи. Как правило для оказания помощи привлекается врач-хирург-стоматолог или врач-челюстно-лицевой хирург. Перечень оборудования, стоматологических материалов и инструментов, необходимых для работы врача, представлены в Приложении 1.

В процессе оказания помощи принимает участие врач-физиотерапевт и средний медицинский персонал. Лечение пациентов с отягощенным аллергологическим анамнезом и с сопутствующей общесоматической патологией проводится челюстно-лицевыми хирургами в условиях стационара. При необходимости обеспечивается наблюдение врача-анестезиолога, реаниматолога, консультации врачей других специальностей в зависимости

от общих заболеваний пациента.

Перед медицинским вмешательством следует получить информированное добровольное согласие пациента (Приложение 2).

V11. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛА ЛЕЧЕНИЯ)

7.1. Модель пациента

Нозологическая форма: альвеолит челюсти

Стадия: острая

Фаза: любая

Осложнение: без осложнений.

Код по МКБ-С: K10.32

7.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- VII.** не прекращающаяся резкая боль, возникающая после периода благополучия через 1-3 дня после операции в области альвеолы удаленного зуба, иррадиирующая в ухо, висок, шею;
- VIII.** лунка удаленного зуба зияет, покрыта серым налетом, кровяной сгусток частично или полностью некротизирован или отсутствует, слизистая оболочка гиперемирована, отечна, лунка болезненная при пальпации;
- IX.** интенсивная постоянная боль с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва, гнилостный запах изо рта;
- X.** увеличенные регионарные лимфатические узлы;
- XI.** возможное повышение температуры тела, слабость и недомогание;
- XII.** возможное изменение конфигурации лица за счет отека мягких тканей на стороне удаленного зуба;
- XIII.** после удаления нижних третьих (реже вторых) моляров болезненное, ограниченное открывание рта.

7.1.2. Порядок включения пациента в клинические рекомендации (протокол лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.1.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта	1
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	1
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1
A02.30.001	Термометрия общая	1
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	1
A06.07.004	Ортопантомография	По потребности
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	Согласно алгоритму
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	Согласно алгоритму
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	По потребности
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	По потребности
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности
B01.064.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	1
B01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	1

потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.1.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/У)

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие и характер жалоб, давность возникновения заболевания и его течение, связь с ранее проведенным вмешательством, проведенное ранее лечение или его отсутствие, аллергологический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний.

Выясняют осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за ртом. Обращают внимание на отек мягких тканей, его локализацию и распространение.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре челюстно-лицевой области обращают внимание на конфигурацию и симметрию лица. При альвеолите может отмечаться отек мягких тканей области, соответствующей удаленному зубу. Кожные покровы чистые, пальпируются увеличенные поднижнечелюстные лимфатические узлы. Проводят электроодонтометрию или холодовую пробу соседних с лункой зубов, пальпацию жевательных мышц, слюнных желез и височно-нижнечелюстного сустава. Оценивают степень открывания рта и болезненность.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов. Детально выясняют причину воспалительных явлений, появление боли в альвеоле удаленного зуба.

Оценивают воспалительные изменения слизистой оболочки по переходной складке.

Определяют гигиенический и пародонтологический индексы.

В качестве дополнительных методов обследования используют рентгенологический, микробиологический, лабораторный метод.

7.1.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	По потребности
A 13.30.007	Обучение гигиене полости рта	По

		потребности
A15.07.002	Наложение повязки при операциях на органах полости рта	По потребности
A16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани	По потребности
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления	По потребности
A16.07.013	Отсроченный кюретаж лунки удаленного зуба	По потребности
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.005	Магнитотерапия при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта	По потребности
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.009	Воздействие электрическими полями (КВЧ) при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов	По потребности
B01.003.004.004	Аппликационная анестезия	По потребности
B01.003.004.002	Проводниковая анестезия	По потребности
B01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	По потребности
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности
B01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	1

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.1.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь при альвеолите предполагает проведение немедленных мероприятий, направленных на устранение или снижение воспаления (первичная хирургическая обработка раны). При последующих визитах (каждый день или через день) проводится необходимая антисептическая обработка лунки, замена турунды или лекарственных препаратов в лунке до стихания воспалительного процесса.

Алгоритм проведения лечебных вмешательств при альвеолите

Стандартная схема лечения альвеолита предполагает комплекс мероприятий, включающих в себя хирургическое вмешательство – кюретаж лунки, общую (антибактериальную, противовоспалительную, десенсибилизирующую терапию, физиолечение) и местную терапию (антисептическая обработка лунки и введение различных лекарственных препаратов) и в среднем занимает обычно 5-10 дней.

В первое посещение проводят местное обезболивание, ревизию лунки зуба, очищая ее от остатков распавшегося сгустка, осколков костной ткани или зубных отломков. Проводят промывание лунки антисептическим раствором, добиваются образования кровяного сгустка. Затем лунку зуба заполняют йодоформной турундой или губкой, пропитанной лекарственными препаратами (обезболивающими, антибактериальными, противовоспалительными и др.). Возможно применение лекарственных паст или других лекарственных форм для лечения воспаления лунки. Первая смена тампона производится через 1 сутки, а в дальнейшем - через 3-4 суток (до исчезновения боли).

Послеоперационный уход:

- антибактериальные препараты: полусинтетические пенициллины, хинолоны, цефалоспорины, макролиды, линкозамиды, тетрациклины;
- нестероидные противовоспалительные препараты;
- антигистаминные препараты;
- антисептические ротовые ванночки;
- соблюдать гигиену рта;
- препараты кальция;
- витамины;
- в день хирургического вмешательства воздержаться на 2-3 часа от приема пищи, избегать тепловых воздействий области воспаления, ограничить физические нагрузки.

Алгоритм проведения физиотерапевтических процедур

При альвеолите для более быстрого прекращения воспалительных явлений и чтобы сократить сроки заживления инфицированной лунки на 2 - 3 сутки после оперативных вмешательств на кости назначают физические методы лечения: светолечение лампой соллюкс, теплые ванночки из антисептических и дезодорирующих растворов, УВЧ, СВЧ, флюктуоризацию, лазерную терапию гелий-неоновыми лучами, магнитотерапию.

7.1.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
---------------------	---

Противомикробные препараты для местного лечения заболеваний рта	Согласно алгоритму
Препараты для местной анестезии	Согласно алгоритму
Противомикробные препараты для системного применения	Согласно алгоритму
Нестероидные противовоспалительные препараты	1
Антигистаминные препараты	Согласно алгоритму
Антисептики	1
Ферменты	По потребности
Органотропные средства эубиотики	По потребности
Гормональные препараты	По потребности

7.1.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Для местной анестезии используются преимущественно анестетики амидного ряда, реже – сложные эфиры. Проводят аппликационную, инфильтрационную или проводниковую анестезию.

Лекарственное лечение альвеолита заключается в назначении антибактериальных препаратов широкого спектра действия:

- полусинтетических пенициллинов, хинолонов, цефалоспоринов второго-третьего поколения, макролидов;
- антигистаминных препаратов (димедрол, супрастин, диазолин и др.);
- препаратов кальция;
- витаминов (поливитамины, витамины С по 2 или 3 г в сутки);
- нестероидных противовоспалительных средств.

Перевязку проводят на следующий день после операции. При осмотре и опросе определяют степень стихания воспалительных явлений и в зависимости от этого назначают дополнительное лечение. При перевязках проводят антисептическую обработку лунки, при необходимости – замену введенных ранее лекарственных препаратов.

Ферментные препараты

При альвеолите больному вместе с антибиотиками назначают промывание лунки ферментами для очищения ее от некротизированных тканей, усиления действия антибиотиков и других медикаментов на микрофлору и стимулируют фагоцитоз, оказывая противовоспалительное и противоотечное действие.

Антисептические средства

Антисептические средства используются в виде полоскания, для активации в отношении простейших, грамположительных и грамотрицательных бактерий, вирусов (применяют до 14 дней).

Анестетики, используемые для местной анестезии

В настоящее время для местной анестезии используют анестетики амидной группы. Также еще используются ранее широко распространенные анестетики группы сложных эфиров (новокаин).

Для каждого оперативного вмешательства выбирают тот анестетик, который показан больному с точки зрения функционального состояния его организма, наличия сопутствующих заболеваний и степени их компенсации, характера предстоящего вмешательства.

Противомикробные препараты для системного применения

Эти препараты назначают по строгим показаниям при прогрессировании воспалительного процесса, который ведет к развитию острого остеомиелита челюсти и осложнения после хирургического вмешательства. Также назначаются при явлениях общей интоксикации, осложнениях после хирургического вмешательства.

Нестероидные противовоспалительные препараты

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) в большинстве своем — производные слабых органических кислот. К основным фармакодинамическим эффектам НПВС относятся противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее действие и антиагрегантное.

Назначение препаратов в хирургической практике обусловлено их преимущественным анальгезирующим действием в первые сутки после хирургического вмешательства и выраженным противовоспалительным и противоотечным действием на 2–3 сут после операции.

7.1.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Необходимо наблюдение за пациентом до полного стихания воспалительного процесса (стойкое нарушение трудоспособности), в среднем от 4 до 6 дней. Не перегревать организм. Исключить физические нагрузки.

7.1.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Пациенту рекомендуют явиться на осмотр на следующий день после лечебных мероприятий. Последующие перевязки назначают каждый день или через день, в зависимости от течения воспалительного процесса. Следующие этапы лечения назначают индивидуально. Требуется проведение 2 раза в год профилактических осмотров и гигиенических мероприятий.

7.1.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

После завершения хирургической процедуры не рекомендовано принимать пищу в течение двух часов. В день оперативного вмешательства следует избегать приема грубой, горячей пищи и не жевать на прооперированной стороне, не греть ее.

7.1.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении клинических рекомендаций (протокола лечения)

См. Приложение 2.

7.1.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

Подробные рекомендации приведены в алгоритмах к каждому виду вмешательства

7.1.14. Правила изменения требований при выполнении клинических рекомендаций (протокола лечения) и прекращении действия их требований

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, оно проводится в соответствии с протоколом лечения, соответствующим выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками альвеолита, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этого протокола лечения, соответствующего альвеолиту;
- б) протокола лечения с выявленным заболеванием или синдромом.

7.1.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	91	Восстановление внешнего вида слизистой оболочки десневого края	После лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу альвеолита
Стабилизация	5	Отсутствие прогрессирования заболевания	После лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу альвеолита
Развитие осложнений, ятрогенных заболеваний	3	Появление новых поражений или осложнений, несмотря на проводимое лечение (например, секвестр, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

Развитие нового заболевания, связанного с основным	1	Воспалительный процесс распространяется на кость (остеомиелит челюсти)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
--	---	--	----------------	---

7.1.16. Стоимостные характеристики клинических рекомендаций (протокола лечения)

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

VIII. ГРАФИЧЕСКОЕ, СХЕМАТИЧЕСКОЕ И ТАБЛИЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛА ЛЕЧЕНИЯ)

Не требуется.

IX. МОНИТОРИРОВАНИЕ

КРИТЕРИИ И МЕТОДОЛОГИЯ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛА ЛЕЧЕНИЯ)

Мониторинг проводится на всей территории Российской Федерации.

Перечень медицинских организаций, в которых проводится мониторинг данного документа, определяется ежегодно учреждением, ответственным за мониторинг. Медицинская организация информируется о включении в перечень по мониторингу протокола письменно. Мониторинг включает в себя:

- сбор информации: о ведении пациентов с альвеолитом в стоматологических медицинских организациях;
- анализ полученных данных;
- составление отчета о результатах проведенного анализа;
- представление отчета группе разработчиков клинических рекомендаций (протокола лечения).

Исходными данными при мониторинге являются:

- медицинская документация — медицинская карта стоматологического больного (форма 043/у);
- тарифы на медицинские услуги;
- тарифы на стоматологические материалы и лекарственные средства.

По необходимости при мониторинге клинических рекомендаций (протокола лечения) могут быть использованы иные документы.

В стоматологических медицинских организациях, определенных перечнем по мониторингу, раз в полгода на основании медицинской документации составляется карта пациента (Приложение 3) о лечении пациентов с альвеолитом, соответствующих

моделям пациента в данном протоколе.

В анализируемые в процессе мониторинга показатели входят: критерии включения и исключения из клинических рекомендаций (протокола лечения), перечни медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортимента, перечни лекарственных средств обязательного и дополнительного ассортимента, исходы заболевания, стоимость выполнения медицинской помощи по клиническим рекомендациям (протоколу лечения) и др.

ПРИНЦИПЫ РАНДОМИЗАЦИИ

В данных клинических рекомендациях (протоколе лечения) рандомизация (медицинских организаций, пациентов и т. д.) не предусмотрена.

ПОРЯДОК ОЦЕНКИ И ДОКУМЕНТИРОВАНИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ И РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ

Информация о побочных эффектах и осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения больных, регистрируется в карте пациента (приложение 3).

ПОРЯДОК ИСКЛЮЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА ИЗ МОНИТОРИРОВАНИЯ

Пациент считается включенным в мониторинг при заполнении на него карты пациента. Исключение из мониторинга проводится в случае невозможности продолжения заполнения карты (например, неявка на врачебный прием). В этом случае карта направляется в учреждение, ответственное за мониторинг, с отметкой о причине исключения пациента из Протокола.

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ОЦЕНКА И ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ)

Оценка выполнения клинических рекомендаций (протокола лечения) проводится один раз в год по результатам анализа сведений, полученных при мониторинге.

Внесение изменений в клинические рекомендации (протокол лечения) проводится в случае получения информации:

- а) о наличии в клинических рекомендациях (протоколе лечения) требований, наносящих урон здоровью пациентов,
- б) при получении убедительных данных о необходимости изменений требований клинических рекомендаций (протокола лечения) обязательного уровня.

Решение об изменениях принимается группой разработчиков. Введение изменений требований клинические рекомендации (протокол лечения) в действие осуществляется на основании решения Совета Стоматологической Ассоциации России.

ПАРАМЕТРЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛА ЛЕЧЕНИЯ)

Для оценки качества жизни пациента с альвеолитом, соответствующей моделям Протокола, используют аналоговую шкалу (Приложение 4).

ОЦЕНКА СТОИМОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛА ЛЕЧЕНИЯ) И ЦЕНЫ КАЧЕСТВА

Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

При мониторинговании клинических рекомендаций (протокола лечения) ежегодно проводится сравнение результатов выполнения его требований, статистических данных, показателей деятельности медицинских организаций.

ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ ОТЧЕТА

В ежегодный отчет о результатах мониторингования включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, предложения по актуализации клинических рекомендаций (протокола лечения).

Отчет представляется в Стоматологическую Ассоциацию России учреждением, ответственным за мониторингование данных клинических рекомендаций (протокола лечения). Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати.

Приложение 1

Стандарт оснащения отделения (кабинета) хирургической стоматологии стоматологической поликлиники

N	Наименование	Количество, шт.
1.	Автоклав (стерилизатор паровой) при отсутствии центральной стерилизационной	1 на отделение (кабинет)
2.	Аквадистиллятор (медицинский) при отсутствии центральной стерилизационной	1 на отделение (кабинет)
3.	Автоклав для наконечников (стерилизатор паровой настольный) <*>	1 на кабинет
4.	Аппарат для снятия зубных отложений ультразвуковой (скейлер) при отсутствии в МРУ и УС	1 на кабинет
5.	Аспиратор (отсасыватель) хирургический при отсутствии в МРУ и УС	1 на рабочее место врача
6.	Биксы (коробка стерилизационная для хранения стерильных инструментов и материала)	по требованию
7.	Бормашина стоматологическая портативная при отсутствии МРУ и УС с микромотором	1 на кабинет
8.	Бормашина стоматологическая портативная с физиодиспенсером	1 на отделение
9.	Боры стоматологические для прямого и углового наконечника	по требованию не менее 10 наименований по 2 каждого наименования
10.	Диатермокоагулятор хирургический, стоматологический при отсутствии в МРУ и УС	1 на кабинет
11.	Долота и остеотомы медицинские в ассортименте	по требованию не менее 2 наименований по 2 каждого наименования
12.	Зажим кровоостанавливающий в ассортименте	не менее 3 наименований на рабочее место врача
13.	Инъектор стоматологический, для карпульной анестезии	не менее 5 на рабочее место врача
14.	Инъектор стоматологический универсальный, дозирующий, для карпульной анестезии	не менее 2 на кабинет
15.	Изделия одноразового применения: - шприцы и иглы для инъекций,	по требованию

	<ul style="list-style-type: none"> - скальпели в ассортименте, - маски, - перчатки смотровые, диагностические, хирургические, - бумажные нагрудные салфетки для пациентов, - полотенца для рук в контейнере, - салфетки гигиенические, - медицинское белье для медицинского персонала, - перевязочные средства, - слюноотсосы, - стаканы пластиковые 	
16.	Камеры для хранения стерильных инструментов (при отсутствии системы пакетирования)	1 на кабинет
17.	Корцанг прямой	не менее 5 на кабинет
18.	Кресло стоматологическое при отсутствии в МРУ и УС	1 на 2 должности врача при двухсменной работе
19.	Крючки хирургические, зубчатые разных размеров	не менее 5 на кабинет
20.	Кюрета хирургическая разных размеров	по требованию не менее 5
21.	Лампа (облучатель) бактерицидная для помещений	по требованию
22.	Лампа (облучатель) бактерицидная для помещений передвижная	по требованию
23.	Ложки хирургические (костные), разных размеров	по требованию не менее 5 на рабочее место врача
24.	Лупа бинокулярная для врача	по требованию не менее 1 на кабинет
25.	Машина упаковочная (аппарат для предстерилизационной упаковки инструментария) при отсутствии центральной стерилизационной	1 на отделение
26.	Место рабочее (комплект оборудования) для врача-стоматолога: Установка стоматологическая (УС), включающая блок врача-стоматолога (бормашина), кресло стоматологическое, гидроблок стоматологический, светильник операционный стоматологический (данные части могут быть закреплены на единой	1 комплект на 2 врачебные должности при двухсменном рабочем дне

	несущей станине либо крепиться взаимно либо отдельно к несущим конструкциям (стене, мебели)) или Место рабочее универсальное врача-стоматолога(МРУ), включающее УС, оснащенную турбиной, микромотором, диатермокоагулятором, ультразвуковым скалером, пылесосом, негатоскопом	
27.	Микромотор стоматологический с оптикой или без оптики <*> при отсутствии в МРУ и УС	1 на кабинет
28.	Набор аппаратов, инструментов, медикаментов, методических материалов и документов для оказания экстренной медицинской помощи при состояниях, угрожающих жизни (укладка-аптечка для оказания экстренной помощи при общесоматических осложнениях в условиях стоматологических кабинетов)	1 на кабинет
29.	Набор инструментов, игл и шовного материала	по требованию не менее двух видов
30.	Набор инструментов для осмотра рта (базовый): - лоток медицинский стоматологический, - зеркало стоматологическое, - зонд стоматологический угловой, - пинцет зубохирургический, - экскаваторы зубные, - гладилка широкая двухсторонняя	по требованию
31.	Набор инструментов для трахеотомии	1 на поликлинику
32.	Набор медикаментов для индивидуальной профилактики парентеральных инфекций (аптечка "анти-СПИД")	1 на кабинет
33.	Набор реактивов для контроля (индикаторы) дезинфекции и стерилизации	по требованию
34.	Наконечник механический прямой для микромотора при отсутствии в комплекте МРУ и УС	не менее 2 на рабочее место
35.	Наконечник механический угловой для микромотора при отсутствии в комплекте МРУ и УС	не менее 2 на рабочее место
36.	Негатоскоп при отсутствии в комплекте МРУ и УС	1 на кабинет

37.	Ножницы в ассортименте	по требованию не менее 5 на кабинет
38.	Отсасыватель слюны (стоматологический слюноотсос) при отсутствии в комплекте МРУ и УС	1 на рабочее место врача
39.	Очиститель ультразвуковой (устройство ультразвуковой очистки и дезинфекции инструментов и изделий)	1 на кабинет
40.	Пинцеты анатомические разных размеров	по требованию не менее 5 на кабинет
41.	Прибор (установка) для утилизации шприцев и игл при отсутствии централизованной утилизации	по требованию
42.	Программное обеспечение диагностического процесса, видеоархива и ведения компьютерной истории болезни, программа учета	1 на рабочее место врача
43.	Расходные стоматологические материалы и медикаментозные средства: - лечебные, - анестетики, - антисептические препараты	по требованию
44.	Радиовизиограф или рентген дентальный при отсутствии рентген-кабинета или договора на лучевую диагностику	1 на отделение
45.	Распаторы стоматологические	по требованию, не менее 2
46.	Светильник стоматологический при отсутствии в комплекте МРУ и УС	1 на рабочее место врача
47.	Система индивидуального кондиционирования и увлажнения воздуха в лечебных помещениях	согласно СанПиНа
48.	Скальпели (держатели) и одноразовые лезвия в ассортименте	не менее 3
49.	Средства индивидуальной защиты от ионизирующего излучения при наличии источника излучения	по требованию в соответствии с СанПиН
50.	Средства и емкости-контейнеры для дезинфекции инструментов	по требованию
51.	Стерилизатор суховоздушный при отсутствии	1 на кабинет

	центральной стерилизационной	
52.	Стол письменный для врача	1 на рабочее место врача
53.	Столик стоматологический	1 на рабочее место врача
54.	Стул для ассистента врача при отсутствии в комплекте МРУ и УС	1 на рабочее место ассистента
55.	Стул для врача-стоматолога при отсутствии в комплекте МРУ и УС	1 на рабочее место врача
56.	Шкаф медицинский для хранения расходных материалов	не менее 1 на кабинет
57.	Шкаф медицинский для медикаментов	не менее 1 на кабинет
58.	Шкаф для медицинской одежды и белья	по требованию
59.	Штатив медицинский для длительных инфузионных вливаний	1 на кабинет
60.	Щипцы стоматологические для удаления зубов и корней зубов на верхней и нижней челюстях в ассортименте	по требованию, не менее 25 на рабочее место врача
61.	Щитки защитные (от механического повреждения глаз) для врача и ассистента	по требованию не менее 2
62.	Элеваторы стоматологические для удаления корней зубов на верхней и нижней челюстях в ассортименте	по требованию, не менее 15 на рабочее место врача
63.	Наборы диагностические для проведения тестов на выявление новообразований (скрининг) и контроля за лечением новообразований	не менее 1 на кабинет

Приложение 2

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе

врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

(Приказ Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» от 20 декабря 2012 г. NN№1177н)

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

" _____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по
адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

" "

Г.

(дата оформления)

Перечень

определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Форма информированного добровольного согласия пациента на
(приложение к медицинской карте № _____)

вид медицинского вмешательства

Пациент (законный представитель пациента) информирован о результатах обследования, диагнозе, о цели медицинского вмешательства и его последствиях, применяемых и альтернативных методах лечения, предполагаемых результатах лечения, ознакомлен с комплексным планом лечения, который может меняться в процессе лечения, предупрежден о возможных осложнениях во время и после лечения и дает добровольное согласие на медицинское вмешательство.

При этом пациент понимает, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество оказываемой медицинской помощи. Повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья.

ФИО пациента (законный представитель пациента) _____

ФИО врача _____

« _____ » _____ 20 _____ г.

Приложение 3

КАРТА ПАЦИЕНТА

История болезни № _____

Наименование учреждения _____

Дата: _____

начало наблюдения

Ф.И.О. _____

Дата: _____

окончание наблюдения

Возраст: _____

Диагноз основной: _____

Сопутствующие заболевания: _____

Модель пациента: _____

Объем оказанной нелекарственной медицинской помощи:

Код	Наименование медицинской услуги	Кратность выполнения
A15.07.002	Наложение повязки при операциях на органах полости рта	
A16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани	
A17.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов	
A17.07.003	Визуальное исследование при патологии полости рта Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	
A17.07.005	Пальпация органов полости рта Магнитотерапия при патологии полости рта и зубов	
A17.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта A01.07.007 Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов A02.07.006 Определение прикуса	
A17.07.009	Воздействие электрическими полями (КВЧ) при патологии полости рта и зубов A02.30.001 Термометрия общая	
A17.07.010	Перкуссия зубов Воздействие токами надтональной частоты	
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная (ультратонотерапия) рентгенография при патологии полости рта и зубов	
A17.07.011	Ортопантомография Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов	
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	
A17.07.012	Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов A06.30.002 Описание и интерпретация рентгенографических изображений	
A17.07.013	Воздействие магнитными полями при патологии полости рта и зубов A02.07.001 Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	
A11.07.014	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область A02.07.003 Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления A02.07.008 Определение степени патологической подвижности зубов	
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов A12.07.003 Определение индексов гигиены рта	
B01.064.001	Определение пародонтальных индексов A12.07.004 Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	
A16.07.013	Остероченный кюретаж лунки удаленного зуба	

V01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	
V01.003.004.004	Аппликационная анестезия	
V01.003.004.002	Проводниковая анестезия	
V01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	
V01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	

Лекарственная помощь (указать применяемый препарат):

Осложнения лекарственной терапии (указать проявления): _____

Наименование препарата, их вызвавшего: _____

Исход (по классификатору исходов): _____

Информация о пациенте передана в учреждение, мониторирующее Протокол:

_____ (название учреждения)

_____ (дата)

Подпись лица, ответственного за монитирование протокола в медицинском учреждении: _____ / _____ /

Критерии оценки качества оказания медицинской помощи к

Клиническим рекомендациям «Альвеолит»

1.	Событийные (смысловые, содержательные, процессные) критерии качества		
	Проводилось ли при постановки диагноза: сбор жалоб и анамнеза, визуальный осмотр, пальпация ЧЛЮ, перкуссия зубов, определение прикуса, пародонтальных и индексов гигиены, степени подвижности зубов	Да	Нет
	Соответствует ли план лечения поставленному диагнозу	Да	Нет
	Проводились ли рентгенологическое обследование пациента	Да	Нет
	Проводилось ли обезболивание перед хирургическим вмешательством	Да	Нет
	Проводился ли кюретаж лунки	Да	Нет
	Вводились ли в лунку лекарственные препараты	Да	Нет
	Обучение гигиене рта	Да	Нет
2.	Временные критерии качества		
	Были ли проведены лечебные мероприятия в день обращения	Да	Нет
	Профилактическая гигиена рта 2 раза в год	Да	Нет
3.	Результативные критерии качества		
	Наблюдается полное заживление лунки	Да	Нет
	Восстановление функций зубочелюстной системы	Да	Нет
4.	Правильность и полнота заполнения медицинской документации		
	Правильность и полнота заполнения медицинской документации	Да	Нет

Приложение 4

Анкета пациента

ФИО _____
заполнения _____

Дата

Как Вы оцениваете Ваше общее самочувствие на сегодняшний день?

Отметьте, пожалуйста, на шкале значение, соответствующее состоянию Вашего здоровья:



Список литературы:

8. Андреищев, А.Р. Осложнения, связанные с нижними третьими молярами (патогенез, клиника, лечение): автореф. дис. ... канд. мед. наук.- СПб., 2005.-25с.
9. Беланов, Г.Н. Комплексное лечение больных альвеолитами с использованием биогенных материалов с антимикробным эффектом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. –Самара, 2009.-24с.
10. Бородулина, И.И., Ланцова, Е.С. Состояние гемомикроциркуляции десны при развитии альвеолита после операции удаления зуба [Электронный ресурс]/И.И. Бородулина, Е.С. Ланцова// Сибирский медицинский журнал.- 2010.-№1-Режим доступа:
<https://cyberleninka.ru/article/n/sostoyanie-gemomikrotsirkulyatsii-desny-pri-razviti-ialveolita-posle-operatsii-udaleniya-zuba> (ссылка действительна на 11.10.17г.).
11. Ефимов, Ю.В. Способ профилактики и лечения альвеолитов/Ю.В.Ефимов // Актуальные вопросы стоматологии: сборник научных трудов.- Волгоград, 2010.- С. 141-144.
12. Измайлова З.М., Сёмкин В.А., Вагнер В.Д. Современные подходы к экспертизе при проведении операции удаления зуба / З.М.Измайлова, В.А. Сёмкин, В.Д. Вагнер // Клиническая стоматология.-2017.- №2.- С. 40-43.
13. Иорданишвили, А.К. Профилактика и лечение осложнений, возникших после операции удаления зуба / А.К. Иорданишвили // Стоматология.-2001.-№1.-С.16-18.
14. Кузина, М.И., Костюченко, Б.М. Раны и раневая инфекция: Руководство для врачей / М.И.Кузина, Б.М.Костюченко.- М.: Медицина, 1990. - С.38-82.
15. Кулаков, А.А., Робустова, Т.Г., Неробеев, А.И. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: национальное руководство / А.А.Кулаков, Т.Г.Робустова, А.И.Неробеев.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.-928с.
16. Робустова, Т.Г. Хирургическая стоматология: учебник / Т.Г.Робустова.-М.: Медицина, 2010.-688с.
17. Родинов, Н.Т., Андреева, Е.П., Доброродова, С.В., Столетняя, Т.П. Профилактика лечения альвеолита [Электронный ресурс] / Н.Т. Родионов, Е.П. Андреева, С.В. Доброродова, Т.П. Столетняя // Вестник Смоленской медицинской академии.-2010.- №2-Режим доступа:
<https://cyberleninka.ru/article/v/profilaktika-i-lechenie-alveolita>
18. Сирак, С.В., Слетов, А.А., Карданова, К.Х. Лечение альвеолита с использованием антибактериальных и гемостатических средств [Электронный ресурс] / С.В. Сирак, А.А. Слетов, К.Х. Карданова // Медицинский вестник Северного Кавказа.- 2011.-№2 - Режим доступа:
<https://cyberleninka.ru/article/n/lechenie-alveolita-s-ispolzovaniem-antibakterialnyh-i-gemostaticheskikh-sredstv>
19. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии: учебное пособие / А.А. Тимофеев.-М.:Медицина, 2007.-696с.

20. Трифонов, Б.В., Овчинников, И.В. Эволюция методов лечения альвеолитов челюстей [Электронный ресурс] / Б.В. Трифонов, И.В. Овчинников // Научные ведомости.- 2011.-№16 – Режим доступа:

<https://cyberleninka.ru/article/v/evolyutsiya-metodov-lecheniya-alveolitov-chelyustey>
21. Шлегель, Ю.В., Гартман, Р.В. Новое слово в лечении альвеолита [Электронный ресурс] / Ю.В. Шлегель, Р.В. Гартман // Здоровье и образование в XXI веке.-2007.- №4 – Режим доступа:

<https://cyberleninka.ru/article/v/novoe-slovo-v-lechenii-alveolitov>
22. Akota I., Alvsaker B., Bjornland T. The effect of locally applied gauze drain impregnate with chlortetracycline ointment in mandibular third-molar surgery/ I. Akota , B. Alvsaker, T. Bjornland // Acta Odontol. Scand.-1998.-Vol.56, №1.-P.25-29.
23. Carvalho, P.S., Mariano, R.C., Okamoto, T. Treatment of Fibrinolytic Alveolitis with Rifamycin B Diethylamide Associated with Gelfoam: A Histological Study/ P.S. Carvalho, R.C. Mariano, T. Okamoto // Braz. Dent. J.–1997.- Vol.8, №1.-P.3-8.
24. Bloomer, C.R. Alveolar osteitis prevention by immediate placement of medicated packing./ C.R.Bloomer // Oral.Surg.Oral.Med.Oral.Pathol.Oral.Radiol.Endod.- 2000.- Vol.90, №3.- P.282-284.
25. Blum, I.R. Contemporary views on dry socket (alveolar osteitis): a clinical appraisal of standardization, aetiopathogenesis and management: a critical review/ I.R.Blum // Int.J.Oral.Maxillofac.Surg.-2002.-Vol.31, №3.-P.309-317.
26. Delilbasi C., Saracoglu U., Keskin A. Effects of 0,2% chlorhexidine gluconate and amoxicillin plus clavulanic acid on the prevention of alveolar osteitis following mandibular third molar extraction / C. Delilbasi, U. Saracoglu, A. Keskin // Oral.Surg.Oral.Med.Oral.Pathol.Oral.Radiol.Endod.-2002.-Vol.94,№3.-P.301-304.
27. Houston J.P., McCollum J., Pietz D., et al. Alveolar osteitis: a review of its etiology, prevention, and treatment modalities / J.P. Houston, J. McCollum, D. Pietz // Gen. Dent.- 2002.-Vol.50,№5.-P.457-463.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ)

ПРИ ДИАГНОЗЕ КАРИЕС ЗУБОВ

Утверждены Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, актуализированы 02 августа 2018 года

Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Кариес зубов» разработаны Московским государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И.Евдокимова Минздрава РФ (Кузьмина Э.М., Леонтьев В.К., Максимовский Ю.М., Малый А.Ю., Смирнова Т.А.), Центральным научно-исследовательским институтом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Минздрава РФ (Боровский Е.В., Вагнер В.Д.).

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Кариес зубов» предназначены для применения в системе здравоохранения Российской Федерации.

II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящих Клинических рекомендациях использованы ссылки на следующие документы:

- Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.97 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).
- Приказ Минздравсоцразвития России №1664н от 27 декабря 2011г. Об утверждении номенклатуры медицинских услуг.
- Федеральный закон от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).

III. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Кариес зубов» разработаны для решения следующих задач:

- установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных с кариесом зубов;
- унификация разработки базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным с кариесом зубов;
- обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинском учреждении.

Область распространения настоящих Клинических рекомендаций — стоматологические медицинские организации.

В настоящих Клинических рекомендациях используется шкала убедительности доказательств данных:

А) Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению.

В) Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение.

С) Достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

Д) Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения в определенных условиях данного лекарственного средства, материала, метода, технологии.

Е) Веские отрицательные доказательства: имеются достаточно убедительные доказательства того, чтобы исключить лекарственное средство, метод, методику из рекомендаций.

IV. ВЕДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Ведение Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Кариес зубов» осуществляется Московским государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова Минздрава России). Система ведения предусматривает взаимодействие Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова со всеми заинтересованными организациями.

V. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

Кариес зубов (K02 по МКБ-10) - это инфекционный патологический процесс, проявляющийся после прорезывания зубов, при котором происходят деминерализация и размягчение твердых тканей зуба с последующим образованием дефекта в виде полости.

В настоящее время кариес зубов является наиболее распространенным заболеванием зубочелюстной системы. Распространенность кариеса в нашей стране у взрослого населения в возрасте от 35 лет и старше составляет 98-99 %. В общей структуре оказания медицинской помощи больным в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля это заболевание встречается во всех возрастных группах пациентов. Кариес зубов при несвоевременном или неправильном лечении может стать причиной развития воспалительных заболеваний пульпы и периодонта, потери зубов, развития гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Кариес зубов - это потенциальные очаги интоксикации и инфекционной сенсibilизации организма.

Показатели развития осложнений кариеса зубов значительны: в возрастной группе 35-44 лет потребность в пломбировании и протезировании составляет 48 % и удалении зубов - 24 %.

Несвоевременное лечение кариеса зубов, а также удаление зубов в результате его осложнений в свою очередь приводят к появлению вторичной деформации зубных рядов и возникновению патологии височно-нижнечелюстного сустава. Кариес зубов непосредственным образом влияет на здоровье и качество жизни пациента, обуславливая

нарушения процесса жевания вплоть до окончательной утраты данной функции организма, что сказывается на процессе пищеварения.

Кроме того, кариес зубов нередко является причиной развития заболеваний желудочно-кишечного тракта.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Непосредственной причиной деминерализации эмали и образования кариозного очага являются органические кислоты (в основном молочная), которые образуются в процессе ферментации углеводов микроорганизмами зубного налета. Кариес - процесс многофакторный. Микроорганизмы рта, характер и режим питания, резистентность эмали, количество и качество смешанной слюны, общее состояние организма, экзогенные воздействия на организм, содержание фтора в питьевой воде влияют на возникновение очага деминерализации эмали, течение процесса и возможность его стабилизации. Изначально кариозное поражение возникает вследствие частого употребления углеводов и недостаточного ухода за ртом. В результате на поверхности зуба происходит адгезия и размножение кариесогенных микроорганизмов и формируется зубная бляшка. Дальнейшее поступление углеводов приводит к локальному изменению рН в кислую сторону, деминерализации и образованию микродефектов подповерхностных слоев эмали. Однако, если сохранена органическая матрица эмали, то кариозный процесс на этапе ее деминерализации может быть обратимым. Длительное существование очага деминерализации приводит к растворению поверхностного, более устойчивого, слоя эмали. Стабилизация данного процесса клинически может проявляться образованием пигментированного пятна, существующего годами.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КАРИЕСА ЗУБОВ

Клиническая картина характеризуется многообразием и зависит от глубины и топографии кариозной полости. Признаком начального кариеса является изменение цвета эмали зуба на ограниченном участке и появление пятна, впоследствии развивается дефект в виде полости, а основным проявлением развившегося кариеса является разрушение твердых тканей зуба.

С увеличением глубины кариозной полости больные ощущают повышенную чувствительность к химическим, температурным и механическим раздражителям. Боль от раздражителей кратковременна, после устранения раздражителя быстро проходит. Возможно отсутствие болевой реакции. Больные жалуются на болевые ощущения при приеме пищи и нарушения эстетики. Кариозное поражение жевательных зубов также обуславливает нарушения функции жевания.

КЛАССИФИКАЦИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ

В международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем Всемирной организации здравоохранения десятого пересмотра (МКБ-10) кариес выделен в отдельную рубрику.

K02.0 Кариес эмали. Стадия "белого (мелового) пятна" [начальный кариес]

- K02.1 Кариес дентина
- K02.2 Кариес цемента
- K02.3 Приостановившийся кариес зубов
- K02.4 Одонтоклазия
- K02.8 Другой кариес зубов
- K02.9 Кариес зубов неутонченный

Модифицированная классификация кариозных поражений по локализации (по Блеку)

Класс I - полости, локализующиеся в области фиссур и естественных углублений резцов, клыков, моляров и премоляров.

Класс II - полости, расположенные на контактной поверхности моляров и премоляров.

Класс III - полости, расположенные на контактной поверхности резцов и клыков без нарушения режущего края.

Класс IV - полости, расположенные на контактной поверхности резцов и клыков с нарушением угла коронковой части зуба и его режущего края.

Класс V - полости, расположенные в пришеечной области всех групп зубов.

Класс VI - полости, расположенные на буграх моляров и премоляров и режущих краях резцов и клыков.

Стадия пятна соответствует коду по МКБ-10 K02.0 - "Кариес эмали. Стадия "белого (мелового) пятна" [начальный кариес]". Кариес в стадии пятна характеризуется возникшими вследствие деминерализации изменениями цвета (матовая поверхность), а затем и текстуры (шероховатость) эмали при отсутствии кариозной полости, не распространившимися за пределы эмалево-дентинной границы.

Стадия кариес дентина соответствует коду по МКБ-10 K02.1 и характеризуется деструктивными изменениями эмали и дентина с переходом эмалево-дентинной границы, однако пульпа закрыта большим или меньшим слоем сохраненного дентина и без признаков гиперемии.

Стадия кариес цемента соответствует коду по МКБ-10 K02.2 и характеризуется поражением обнаженной поверхности корня зуба в пришеечной области.

Стадия приостановившейся кариес соответствует коду по МКБ-10 K02.3 и характеризуется наличием темного пигментированного пятна в пределах эмали (очаговой деминерализацией эмали).

МКБ-С - Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ КАРИЕСА ЗУБОВ

Диагностика кариеса зубов производится путем сбора анамнеза, клинического осмотра и дополнительных методов обследования. Главная задача при диагностике заключается в определении стадии развития кариозного процесса и выбора соответствующего метода лечения. При диагностике устанавливается локализация кариеса и степень разрушения

коронковой части зуба. В зависимости от поставленного диагноза выбирают метод лечения.

Диагностика проводится для каждого зуба и направлена на выявление факторов, которые препятствуют немедленному началу лечения. Такими факторами могут быть:

- наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
- сопутствующие заболевания, отягощающие лечение;
- неадекватное психоэмоциональное состояние пациента перед лечением;
- острые поражения слизистой оболочки рта и красной каймы губ;
- острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;
- угрожающие жизни острые состояние/заболевание или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения), развившиеся менее чем за 6 мес. до момента обращения за данной стоматологической помощью;
- заболевания тканей пародонта в стадии обострения;
- неудовлетворительное гигиеническое состояние рта;
- отказ от лечения.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ КАРИЕСА ЗУБОВ

Принципы лечения больных с кариесом зубов предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- устранение факторов, обуславливающих процесс деминерализации;
- предупреждение дальнейшего развития патологического кариозного процесса;
- сохранение и восстановление анатомической формы пораженного кариесом зуба и функциональной способности всей зубочелюстной системы;
- предупреждение развития патологических процессов и осложнений;
- повышение качества жизни пациентов.

Лечение кариеса может включать:

- устранение микроорганизмов с поверхности зубов;
- реминерализующую терапию на стадии "белого (мелового) пятна";
- фторирование твердых тканей зубов при приостановившемся кариесе;
- сохранение по мере возможности здоровых твердых тканей зуба, при необходимости иссечение патологически измененных тканей с последующим восстановлением коронки зуба;
- выдачу рекомендаций по срокам повторного обращения.

Процесс лечения завершается рекомендациями пациенту по срокам повторного обращения и профилактике.

Лечение проводится для каждого пораженного кариесом зуба независимо от степени поражения и проведенного лечения других зубов.

При лечении кариеса зубов применяются только те стоматологические материалы и лекарственные средства, которые разрешены к применению на территории Российской

Федерации в установленном порядке.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С КАРИЕСОМ ЗУБОВ

Лечение пациентов с кариесом проводится в стоматологических медицинских организациях. Как правило, лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

Перечень стоматологических материалов и инструментов, необходимых для работы врача, представлен в Приложении 1.

Оказание помощи больным с кариесом зубов осуществляется в основном врачами-стоматологами, врачами-стоматологами терапевтами, зубными врачами. На этапе восстановления анатомической формы зуба в процесс лечения может подключаться врач-стоматолог ортопед. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал, в том числе зубные техники и гигиенисты стоматологические.

VI. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

6.1. Модель пациента

Нозологическая форма: кариес эмали

Стадия: стадия "белого (мелового) пятна" (начальный кариес)

Фаза: стабилизация процесса

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-10: K02.0

6.1.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- Пациенты с постоянными зубами.
- Зуб без видимых разрушений и кариозных полостей.
- Зуб со здоровой пульпой и периодонтом.
- Очаговая деминерализация эмали без образования полости, имеются очаги деминерализации - белые матовые пятна. При зондировании определяется гладкая или шероховатая поверхность зуба без нарушения эмалево-дентинного соединения.
- Здоровый пародонт и слизистая оболочка рта.

6.1.2 Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

6.1.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.00 1	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	1
A01.07.00 2	Визуальное исследование при патологии полости рта	1
A01.07.00 5	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A02.07.00 1	Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.00 5	Термодиагностика зуба	1
A02.07.00 7	Перкуссия зубов	1
A02.07.00 8	Определение прикуса	Согласно алгоритму

A03.07.00 1	Люминесцентная стоматоскопия	По потребности
A03.07.00 3	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A06.07.00 3	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	По потребности
A12.07.00 1	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	Согласно алгоритму
A12.07.00 3	Определение индексов гигиены полости рта	Согласно алгоритму
A12.07.00 4	Определение пародонтальных индексов	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

6.1.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр полости рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие жалоб на боль от химических и температурных раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний. Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области конкретного зуба, жалобы на застревание пищи, удовлетворенность пациента внешним видом зуба, сроки появления жалоб, когда пациент обратил внимание на появление дискомфорта. Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта, профессию пациента, регионы его рождения и проживания (эндемические районы флюороза).

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов

При осмотре полости рта оценивают состояние зубных рядов, обращая внимание на интенсивность кариеса (наличие пломб, степень их прилегания, наличие дефектов твердых тканей зубов, количество удаленных зубов). Определяют состояние слизистой оболочки полости рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

Обследованию подлежат все зубы, начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами. Детально обследуют все поверхности каждого зуба, обращают внимание на цвет, рельеф эмали, наличие налета, наличие пятен и их состояние после высушивания поверхности зубов, дефектов.

Обращают внимание на наличие белых матовых пятен на видимых поверхностях зубов, площадь, форму краев, текстуру поверхности, плотность, симметричность и множественность очагов поражения с целью установления степени выраженности изменений и скорости развития процесса, динамики заболевания, а также дифференциальной диагностики с некариозными поражениями. Для подтверждения диагноза может применяться люминесцентная стоматоскопия.

Термодиагностика применяется для выявления болевой реакции и уточнения диагноза.

Перкуссия используется для исключения осложнений кариеса.

Витальное окрашивание твердых тканей зуба. В трудных для дифференциальной диагностики с некариозными поражениями случаях окрашивают очаг поражения 2 % раствором метиленового синего. При получении отрицательного результата проводят соответствующее лечение (другая модель пациента).

Индексы гигиены полости рта определяют до лечения и после обучения гигиене полости рта, с целью контроля.

6.1.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения
A13.31.00 7	Обучение гигиене полости рта	Согласно алгоритму
A14.07.00 4	Контролируемая чистка зубов	Согласно алгоритму
A16.07.08 9	Сошлифовывание твердых тканей зуба	Согласно алгоритму
A16.07.05 5	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	Согласно алгоритму
A11.07.01 3	Глубокое фторирование твердых тканей зубов	Согласно алгоритму
A16.07.06	Запечатывание фиссуры зуба герметиком	По потребности

1		
A25.07.00 1	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму
A25.07.00 2	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

6.1.6 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на обеспечение надлежащей гигиены полости рта с целью предупреждения развития кариозного процесса и включает три основных компонента: обучение гигиене полости рта, контролируемая чистка зубов и профессиональная гигиена полости рта и зубов.

С целью выработки у пациента навыков ухода за полостью рта (чистки зубов) и максимально эффективного удаления мягкого зубного налета с поверхностей зубов обучают пациента приемам гигиены полости рта. Технику чистки зубов демонстрируют на моделях.

Индивидуально подбирают средства гигиены полости рта. Обучение навыкам гигиены полости рта способствует предупреждению развития кариеса зубов (уровень убедительности доказательств В).

Под контролируемой чисткой зубов подразумевается чистка, которую пациент осуществляет самостоятельно в присутствии специалиста (врача-стоматолога, гигиениста стоматологического) в стоматологическом кабинете или комнате гигиены полости рта, при наличии необходимых средств гигиены и наглядных пособий. Цель данного мероприятия - контроль эффективности чистки зубов пациентом, коррекция недостатков техники чистки зубов. Контролируемая чистка зубов позволяет добиться эффективного поддержания уровня гигиены полости рта (уровень убедительности доказательств В).

Профессиональная гигиена полости рта включает удаление с поверхности зуба над- и поддесневых зубных отложений и позволяет предотвратить развитие кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта (уровень убедительности доказательств А).

Алгоритм обучения гигиене рта

Первое посещение

Врач-стоматолог или гигиенист стоматологический определяет гигиенический индекс, затем демонстрирует пациенту технику чистки зубов зубной щеткой и зубными нитями, используя модели зубных рядов, или другие демонстрационные средства.

Чистку зубов начинают с участка в области верхних правых жевательных зубов, последовательно переходя от сегмента к сегменту. В таком же порядке проводят чистку зубов на нижней челюсти.

Обратить внимание на то, что рабочую часть зубной щетки следует располагать под углом 45° к зубу, производить очищающие движения от десны к зубу, одновременно удаляя налет с зубов и десен. Жевательные поверхности зубов очищать горизонтальными (возвратно-поступательными) движениями так, чтобы волокна щетки проникали глубоко в фиссуры и межзубные промежутки. Вестибулярную поверхность фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей очищать такими же движениями, как моляры и премоляры. При чистке оральной поверхности ручку щетки располагать перпендикулярно к окклюзионной плоскости зубов, при этом волокна должны находиться под острым углом к зубам и захватывать не только зубы, но и десну.

Завершают чистку круговыми движениями зубной щетки при сомкнутых челюстях, осуществляя массаж десен, справа налево. Длительность чистки составляет 3 мин.

Для качественной чистки контактных поверхностей зубов необходимо использовать зубные нити.

Индивидуальный подбор средств гигиены полости рта осуществляется с учетом стоматологического статуса пациента (состояния твердых тканей зубов и тканей пародонта, наличия зубочелюстных аномалий, съемных и несъемных ортодонтических и ортопедических конструкций) (Приложение 2).

Второе посещение

С целью закрепления полученных навыков проводится контролируемая чистка зубов.

Алгоритм контролируемой чистки зубов

Первое посещение

- Обработка зубов пациента окрашивающим средством, определение гигиенического индекса, демонстрация пациенту с помощью зеркала мест наибольшего скопления зубного налета.
- Чистка зубов пациентом в его обычной манере.
- Повторное определение гигиенического индекса, оценка эффективности чистки зубов (сравнение показателей индекса гигиены до и после чистки зубов), демонстрация пациенту с помощью зеркала окрашенных участков, где зубной налет не был удален при чистке.

- Демонстрация правильной техники чистки зубов на моделях, рекомендации пациенту по коррекции недостатков гигиенического ухода за полостью рта, использованию зубных нитей и дополнительных средств гигиены (специальных зубных щеток, зубных ершиков, монопучковых щеток, ирригаторов - по показаниям).

Следующее посещение

Определение гигиенического индекса, при неудовлетворительном уровне гигиены полости рта - повторение процедуры.

Пациента инструктируют о необходимости являться на профилактический осмотр к врачу не реже 1 раза в полгода

Алгоритм профессиональной гигиены рта и зубов

Этапы профессиональной гигиены:

- обучение пациента индивидуальной гигиене полости рта;
- удаление над- и поддесневых зубных отложений;
- полировка поверхностей зубов, в том числе и поверхностей корней;
- устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета;
- аппликации реминерализующих и фторидсодержащих средств (за исключением районов с высоким содержанием фтора в питьевой воде);
- мотивация пациента к профилактике и лечению стоматологических заболеваний.

Процедура проводится в одно посещение.

При удалении над- и поддесневых зубных отложений (зубной камень, плотный и мягкий зубной налет) следует соблюдать ряд условий:

- удаление зубного камня проводить с аппликационным обезболиванием;
- провести антисептическую обработку полости рта раствором антисептика (0,06 % раствором хлоргексидина, 0,05 % раствором перманганата калия);
- изолировать обрабатываемые зубы от слюны;
- обратить внимание, что рука, удерживающая инструмент, должна быть фиксирована на подбородке пациента или соседних зубах, терминальный стержень инструмента располагается параллельно оси зуба, основные движения - рычагообразные и соскабливающие - должны быть плавными, не травмирующими.

В области металлокерамических, керамических, композитных реставраций, имплантатов (при обработке последних используются пластиковые инструменты) применяется ручной способ удаления зубных отложений.

Ультразвуковые аппараты не следует использовать у пациентов с респираторными, инфекционными заболеваниями, а также у больных с кардиостимулятором.

Для удаления налета и полировки гладких поверхностей зубов рекомендуется использовать резиновые колпачки, жевательных поверхностей - вращающиеся щеточки, контактных поверхностей - флоссы и абразивные штрипсы. Полировочную пасту следует использовать, начиная с крупнодисперсной и заканчивая мелкодисперсной. Фторидсодержащие полировочные пасты не рекомендуется использовать перед проведением некоторых процедур (герметизации фиссур, отбеливания зубов). При обработке поверхностей имплантатов следует использовать мелкодисперсные полировочные пасты и резиновые колпачки.

Необходимо устранять факторы, способствующие скоплению зубного налета: удалять нависающие края пломб, проводить повторную полировку пломб.

Периодичность проведения профессиональной гигиены полости рта и зубов зависит от стоматологического статуса пациента (гигиенического состояния полости рта, интенсивности кариеса зубов, состояния тканей пародонта, наличия несъемной ортодонтической аппаратуры и стоматологических имплантатов). Минимальная периодичность проведения профессиональной гигиены - 2 раза в год.

Сошлифовывание твердых тканей зубов

Сошлифовывание проводят перед началом курса реминерализующей терапии при наличии шероховатых поверхностей.

Запечатывание фиссуры зуба герметиком

Для предотвращения развития кариозного процесса проводится запечатывание фиссур зубов герметиком при наличии глубоких, узких (выраженных) фиссур.

6.1.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта <i>Препараты для профилактики кариеса</i>	Согласно алгоритму
Антисептики и средства для дезинфекции Антисептики	По потребности

6.1.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Основными методами лечения кариеса эмали в стадии пятна является реминерализующая терапия и фторирование (уровень убедительности доказательств В).

Реминерализующая терапия

Курс реминерализующей терапии состоит из 10-15 аппликаций (ежедневно или через день). Перед началом лечения при наличии шероховатых поверхностей проводят их сошлифовывание. Приступают к курсу реминерализующей терапии. Перед каждой аппликацией пораженную поверхность зуба механически очищают от зубного налета и высушивают струей воздуха.

Аппликации реминерализующими средствами на обработанной поверхности зуба в течение 15-20 мин со сменой тампона каждые 4-5 мин. Аппликации 1-2 % раствором фторида натрия осуществляются в каждое 3-е посещение, после аппликации реминерализующим раствором на очищенной и высушенной поверхности зуба в течение 2-3 мин.

После проведения процедуры больному рекомендуют не принимать пищу в течение 2-3 ч.

Фторирование твердых тканей зубов

Нанесение на зубы фторлака, как аналога 1-2 % раствора фторида натрия осуществляется в каждое 3-е посещение после аппликации реминерализующим раствором, на высушенной поверхности зуба. После аппликации пациенту не рекомендуют принимать пищу в течение 2-х часов и чистить зубы в течение 12 часов.

Критерием эффективности курса реминерализующей терапии и фторирования является уменьшение размера очага деминерализации вплоть до его исчезновения, восстановление блеска эмали или менее интенсивное окрашивание очага деминерализации (по 10-балльной шкале окрашивания эмали) красителем 2 % раствором метиленового синего.

6.1.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Пациенты с кариесом эмали в стадии пятна должны посещать специалиста один раз в полгода для наблюдения.

6.1.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Пациенту рекомендуют являться на прием к врачу-стоматологу минимум один раз в полгода для проведения профилактических осмотров, гигиенических мероприятий.

6.1.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

После завершения каждой лечебной процедуры рекомендуется не принимать пищу и не полоскать рот в течение 2 ч. Ограничение потребления пищевых продуктов и напитков с низкими значениями рН (соки, тонизирующие напитки, йогурты) и тщательное полоскание рта после их приема.

Ограничение пребывания углеводов во рту (сосательные, жевательные конфеты).

6.1.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Кариес зубов»

См. Приложение 3.

6.1.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение 4.

6.1.14. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Кариес зубов» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками кариеса эмали, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего ведению кариеса эмали;
- б) клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

6.1.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	30	Восстановление внешнего вида	2 мес.	Динамическое наблюдение 2

		зуба		раза в год
Стабилизация	60	Отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики	2 мес.	Динамическое наблюдение 2 раза в год
Развитие ятрогенных осложнений	5	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи, но протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	5	Рецидив кариеса, его прогрессирование	Через 6 мес. после окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

6.1.16. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Кариес зубов»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

6.2. Модель пациента

Нозологическая форма: кариес дентина

Стадия: любая

Фаза: стабилизация процесса

Осложнения: без осложнений

Код по МКБ-10: K02.1

6.2.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- Пациенты с постоянными зубами.
- Наличие полости с переходом эмалево-дентинной границы.
- Зуб со здоровой пульпой и периодонтом.
- Наличие размягченного дентина.
- При зондировании кариозной полости возможна кратковременная болезненность.
- Боли от температурных, химических и механических раздражителей, исчезающие после прекращения раздражения.
- Здоровые пародонт и слизистая оболочка рта.
- Отсутствие самопроизвольных болей на момент осмотра и в анамнезе.
- Отсутствие болезненности при перкуссии зуба.
- Отсутствие некариозных поражений твердых тканей зуба.

6.2.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

6.2.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.00 1	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	1
A01.07.00 2	Визуальное исследование при патологии полости рта	1
A01.07.00 5	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A02.07.00 1	Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.00 2	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	1
A02.07.00 5	Термодиагностика зуба	1
A02.07.00	Перкуссия зубов	1

7		
A12.07.00 3	Определение индексов гигиены полости рта	1
A02.07.00 6	Определение прикуса	Согласно алгоритму
A03.07.00 3	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A05.07.00 1	Электроодонтометрия	По потребности
A06.07.00 3	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	По потребности
A06.07.01 0	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
A12.07.00 1	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	По потребности
A12.07.00 4	Определение пародонтальных индексов	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

6.2.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем пациентам обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие жалоб на боль от раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний. Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области конкретного зуба, на застревание пищи, как давно они появились, когда пациент обратил внимание на них. Особое внимание обращают на выяснение характера жалоб, всегда ли они, по мнению пациента, связаны с конкретным раздражителем. Выясняют профессию пациента, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за ртом, время последнего посещения врача-стоматолога.

Визуальное исследование, осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, обращая внимание на наличие пломб, степень их прилегания, наличие дефектов твердых тканей зубов, количество удаленных зубов. Определяют интенсивность кариеса (индекс КПУ - кариес, пломба, удален), индекс гигиены. Обращают внимание на состояние слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений. Обследованию подлежат все зубы, начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

Обследуют все поверхности каждого зуба, обращают внимание на цвет, рельеф эмали, наличие налета, наличие пятен и их состояние после высушивания поверхности зубов, дефектов.

Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и степень однородности поверхности, а также болевую чувствительность.

Обращать внимание на то, чтобы зондирование проводилось без сильного давления. Обращают внимание на наличие пятен на видимых поверхностях зубов, наличие пятен и их состояние после высушивания поверхности зубов, площадь, форму краев, текстуру поверхности, плотность, симметричность и множественность очагов поражения с целью установления степени выраженности заболевания и скорости развития процесса, динамики заболевания, а также дифференциальной диагностики с некариозными поражениями. При зондировании выявленной кариозной полости обращают внимание на ее форму, локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, изменение его цвета, болезненность или наоборот отсутствие болевой чувствительности. Особо тщательно обследуют апроксимальные поверхности зуба. Проводится термодиагностика. Перкуссия используется для исключения осложнений кариеса. Для подтверждения диагноза при наличии полости на контактной поверхности и при отсутствии чувствительности пульпы проводят рентгенографию.

При проведении электроодонтометрии показатели чувствительности пульпы при кариесе дентина регистрируются в пределах от 2 до 10 мкА.

6.2.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения
A13.31.007	Обучение гигиене полости рта	Согласно алгоритму
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	Согласно алгоритму
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	Согласно алгоритму

A16.07.055	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	Согласно алгоритму
A16.07.003	Восстановление зуба вкладками, виниром, полукоронкой	По потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

6.2.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на предупреждение развития кариозного процесса и включает три основных компонента: обеспечение надлежащей гигиены рта, пломбирование кариозного дефекта и при необходимости протезирование.

Лечение кариеса независимо от локализации кариозной полости включает: премедикацию (при необходимости), обезболивание, раскрытие кариозной полости, удаление размягченного и пигментированного дентина, формирование полости, финирирование, промывание и пломбирование полости (по показаниям) или протезирование вкладками, коронками или винирами.

Показаниями к протезированию являются:

- поражение твердых тканей коронковой части зуба после препарирования: для группы жевательных зубов индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) > 0,4 показано изготовление вкладок, ИРОПЗ > 0,6 - показано изготовление искусственных коронок, ИРОПЗ > 0,8-показано применение штифтовых конструкций с последующим изготовлением коронок;
- предупреждение развития деформаций зубочелюстной системы при наличии соседних зубов с пломбами, восполняющими более ½ жевательной поверхности.

Основные цели лечения:

- остановка патологического процесса;
- восстановление анатомической формы и функции зуба;
- предупреждение развития осложнений, в том числе предупреждение развития феномена Попова-Годона в области зубов антагонистов;
- восстановление эстетики зубного ряда.

Лечение кариеса дентина пломбированием и, при необходимости, протезированием

позволяет добиться компенсации функции и стабилизации процесса (уровень убедительности доказательств А).

Алгоритм обучения гигиене рта

Первое посещение

Врач-стоматолог или гигиенист стоматологический определяет гигиенический индекс, затем демонстрирует пациенту технику чистки зубов зубной щеткой и зубными нитями, используя модели зубных рядов, или другие демонстрационные средства.

Чистку зубов начинают с участка в области верхних правых жевательных зубов, последовательно переходя от сегмента к сегменту. В таком же порядке проводят чистку зубов на нижней челюсти.

Обратить внимание на то, что рабочую часть зубной щетки следует располагать под углом 45° к зубу, производить очищающие движения от десны к зубу, одновременно удаляя налет с зубов и десен. Жевательные поверхности зубов очищать горизонтальными (возвратно-поступательными) движениями так, чтобы волокна щетки проникали глубоко в фиссуры и межзубные промежутки. Вестибулярную поверхность фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей очищать такими же движениями, как моляры и премоляры. При чистке оральной поверхности ручку щетки располагать перпендикулярно к окклюзионной плоскости зубов, при этом волокна должны находиться под острым углом к зубам и захватывать не только зубы, но и десну.

Завершают чистку круговыми движениями зубной щетки при сомкнутых челюстях, осуществляя массаж десен справа налево.

Длительность чистки составляет 3 мин.

Для качественной чистки контактных поверхностей зубов необходимо использовать зубные нити.

Индивидуальный подбор средств гигиены полости рта осуществляется с учетом стоматологического статуса пациента (состояния твердых тканей зубов и тканей пародонта, наличия зубочелюстных аномалий, съемных и несъемных ортодонтических и ортопедических конструкций) (см. Приложение 2).

Второе посещение

С целью закрепления полученных навыков проводится контролируемая чистка зубов.

Алгоритм контролируемой чистки зубов

Первое посещение

- Обработка зубов пациента окрашивающим средством, определение гигиенического индекса, демонстрация пациенту с помощью зеркала мест наибольшего скопления зубного налета.
- Чистка зубов пациентом в его обычной манере.
- Повторное определение гигиенического индекса, оценка эффективности чистки зубов (сравнение показателей индекса гигиены до и после чистки зубов), демонстрация пациенту с помощью зеркала окрашенных участков, где зубной налет не был удален при чистке.
- Демонстрация правильной техники чистки зубов на моделях, рекомендации пациенту по коррекции недостатков гигиенического ухода за ртом, использованию зубных нитей и дополнительных средств гигиены (специальных зубных щеток, зубных ершиков, монопучковых щеток, ирригаторов - по показаниям).

Следующее посещение

Определение гигиенического индекса, при удовлетворительном уровне гигиены рта - повторение процедуры.

Пациента инструктируют о необходимости являться на профилактический осмотр к врачу не реже 1 раза в полгода.

Алгоритм профессиональной гигиены рта и зубов

Этапы профессиональной гигиены:

- обучение пациента индивидуальной гигиене рта;
- удаление над- и поддесневых зубных отложений;
- полировка поверхностей зубов, в том числе и поверхностей корней;
- устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета;
- аппликации реминерализующих и фторидсодержащих средств (за исключением районов с высоким содержанием фтора в питьевой воде);
- мотивация пациента к профилактике и лечению стоматологических заболеваний.

Процедура проводится в одно посещение.

При удалении над- и поддесневых зубных отложений (зубной камень, плотный и мягкий зубной налет) следует соблюдать ряд условий:

- удаление зубного камня проводить с аппликационным обезболиванием;
- провести антисептическую обработку полости рта раствором антисептика (0,06 % раствором хлоргексидина, 0,05 % раствором перманганата калия);
- изолировать обрабатываемые зубы от слюны;
- обратить внимание, что рука, удерживающая инструмент, должна быть фиксирована на подбородке пациента или соседних зубах, терминальный стержень инструмента располагается параллельно оси зуба, основные движения - рычагообразные и соскабливающие - должны быть плавными, не травмирующими.

В области металлокерамических, керамических, композитных реставраций, имплантатов (при обработке последних используются пластиковые инструменты) применяется ручной способ удаления зубных отложений.

Ультразвуковые аппараты не следует использовать у пациентов с респираторными, инфекционными заболеваниями, а также у больных с кардиостимулятором.

Для удаления налета и полировки гладких поверхностей зубов рекомендуется использовать резиновые колпачки, жевательных поверхностей - вращающиеся щетки, контактных поверхностей - флоссы и абразивные штрипсы. Полировочную пасту следует использовать, начиная с крупнодисперсной и заканчивая мелкодисперсной. Фторидсодержащие полировочные пасты не рекомендуется использовать перед проведением некоторых процедур (герметизации фиссур, отбеливания зубов). При обработке поверхностей имплантатов следует использовать мелкодисперсные полировочные пасты и резиновые колпачки.

Необходимо устранять факторы, способствующие скоплению зубного налета: удалять нависающие края пломб, проводить повторную полировку пломб.

Периодичность проведения профессиональной гигиены рта зависит от стоматологического статуса пациента (гигиенического состояния рта, интенсивности кариеса зубов, состояния тканей пародонта, наличия несъемной ортодонтической аппаратуры и стоматологических имплантатов). Минимальная периодичность проведения профессиональной гигиены - 2 раза в год.

Алгоритм и особенности пломбирования

При кариесе дентина пломбирование проводят в одно посещение. После диагностических исследований и принятия решения о лечении на том же приеме приступают к лечению.

Возможна постановка временной пломбы (повязки), если невозможно поставить постоянную пломбу в первое посещение или для подтверждения диагноза.

Перед препарированием проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая). Перед проведением анестезии место вкола обрабатывается аппликационно анестетиками.

Общие требования к препарированию полостей:

- обезболивание;

- "раскрытие" кариозной полости;
- максимальное удаление патологически измененных тканей зуба;
- возможно полное сохранение интактных тканей зуба;
- иссечение эмали, лишенной подлежащего дентина (по показаниям);
- формирование полости;
- финирирование полости.

Необходимо обращать внимание на обработку краев полости для создания качественного краевого прилегания пломбы и предотвращения сколов эмали и пломбирочного материала.

При пломбировании композитными материалами допускается щадящее препарирование полостей (уровень убедительности доказательств В).

Особенности препарирования и пломбирования полостей

Полости класса I

Следует стремиться максимально, сохранять бугры на окклюзионной поверхности, для этого перед препарированием с помощью артикуляционной бумаги выявляют участки эмали, которые несут окклюзионную нагрузку. Бугры снимают частично или полностью, если скат бугра поврежден на 1/2 его длины. Препарирование по возможности проводят в контурах естественных фиссур. При необходимости применяют методику "профилактического расширения" по Блеку. Применение данного метода способствует предотвращению рецидива кариеса. Этот тип препарирования рекомендован в первую очередь для материалов, не обладающих хорошей адгезией к тканям зуба (амальгама) и удерживающихся в полости за счет механической ретенции. Выполняя расширение полости для предупреждения вторичного кариеса необходимо обращать внимание на сохранение максимально возможной толщины дентина на дне полости.

Далее проводят формирование полости. Проверяют качество удаления пораженных тканей с помощью зонда и детектора кариеса.

Полости класса II

Перед началом препарирования определяют виды доступа. Проводят формирование полости. Проверяют качество удаления пораженных тканей с помощью зонда и детектора кариеса.

При пломбировании необходимо использовать матричные системы, матрицы, межзубные клинья. При обширных разрушениях коронковой части зуба необходимо использовать матрицедержатель. Необходимо проводить обезболивание, так как наложение матрицедержателя или введение клина болезненны для пациента.

Правильно сформированная контактная поверхность зуба ни в коем случае не может

быть плоской - она должна иметь форму, близкую к сферической. Зона контакта между зубами должна располагаться в области экватора и чуть выше - как в интактных зубах. Не следует моделировать контактный пункт на уровне краевых гребней зубов: в этом случае помимо застревания пищи в межзубном промежутке возможны сколы материала, из которого выполнена пломба. Как правило, эта погрешность связана с использованием плоской матрицы, не имеющей выпуклого контура в области экватора.

Формирование контактного ската краевого гребня осуществляется с помощью абразивных полосок (штрипсов) или дисков. Наличие ската краевого гребня предотвращает сколы материала в этой области и застревание пищи.

Следует обращать внимание на формирование плотного контакта между пломбой и соседним зубом, предотвращение избыточного введения материала в область десневой стенки полости (создания "нависающего края"), обеспечение оптимального прилегания материала к десневой стенке.

В случае, если переустановка пломбы (расположенной в границах по «Модифицированной классификации кариозных поражений по локализации (по Блеку) - Класс I) происходит у пациента чаще, чем 1 раз в год, необходима консультация врача-стоматолога-ортопеда.

Полости класса III

При препарировании важно определить оптимальный доступ. Прямой доступ возможен в случае отсутствия рядом стоящего зуба или при наличии отпрепарированной полости на смежной контактной поверхности соседнего зуба. Предпочтительны язычный и небный доступы, так как это позволяет сохранить вестибулярную поверхность эмали и обеспечить более высокий функциональный эстетический уровень восстановления зуба. При препарировании контактную стенку полости иссекают эмалевым ножом или бором, предварительно защитив интактный соседний зуб металлической матрицей. Формируют полость, удаляя эмаль, лишенную подлежащего дентина, обрабатывают края финишными борами. Допускается сохранение вестибулярной эмали, лишенной подлежащего дентина, если она не имеет трещин и признаков деминерализации.

Полости класса IV

Особенностями препарирования полости класса IV являются широкий фальц, формирование в некоторых случаях дополнительной площадки на язычной или небной поверхности, щадящее препарирование тканей зуба при формировании десневой стенки полости в случае распространения кариозного процесса ниже уровня десны. При препарировании предпочтительно создание ретенционной формы, так как адгезии композитных материалов часто бывает недостаточно.

При пломбировании обращать внимание на правильное формирование контактного пункта.

При пломбировании композитными материалами восстановление режущего края должно проводиться в два этапа:

- формирование язычного и небного фрагментов режущего края. Первое отсвечивание проводится через эмаль или ранее наложенный композит с вестибулярной стороны;
- формирование вестибулярного фрагмента режущего края; отсвечивание проводится через отвержденный язычный или небный фрагмент.

Полости класса V

Перед началом препарирования обязательно определить глубину распространения процесса под десну, при необходимости направляют пациента на коррекцию (иссечение) слизистой оболочки десневого края для раскрытия операционного поля и удаление участка гипертрофированной десны. В этом случае лечение проводится в 2 и более посещений, т. к. после вмешательства полость закрывают временной пломбой, в качестве материала для временной пломбы применяют цемент или масляный дентин до заживления тканей десневого края. Затем проводят пломбирование.

Форма полости должна быть округлой. Если полость очень мала, допустимо щадящее препарирование шаровидными борами без создания ретенционных зон.

Для пломбирования дефектов, заметных при улыбке, следует выбрать материал с достаточными эстетическими характеристиками. У пациентов с плохой гигиеной полости рта рекомендуется использовать стеклоиономерные (полиалкенадные) цементы, обеспечивающие долговременное фторирование тканей зуба после пломбирования и обладающие приемлемыми эстетическими характеристиками. У пациентов пожилого и преклонного возраста, особенно при явлениях ксеростомии, следует применять амальгаму или стеклоиомеры. Так же возможно использование компомеров, обладающих преимуществами стеклоиономеров и высокой эстетичностью. Композитные материалы показаны при пломбировании дефектов в тех случаях, когда эстетика улыбки очень важна.

Полости класса VI

Особенности данных полостей требуют щадящего удаления пораженных тканей. Следует использовать боры, размер которых лишь незначительно превышает диаметр кариозной полости. Допустим отказ от анестезии, особенно при незначительной глубине полости. Возможно сохранение эмали, лишенной подлежащего дентина, что связано с достаточно большой толщиной слоя эмали, особенно в области бугров моляров (Приложение 7).

Алгоритм и особенности изготовления вкладки

Показаниями к изготовлению вкладок при кариесе дентина являются полости классов I и II по Блеку. Вкладки могут изготавливаться как из металлов, так и из керамики и

композитных материалов. Вкладки позволяют восстановить анатомическую форму, функцию зуба, предупредить развитие патологического процесса, обеспечить эстетику зубного ряда.

Противопоказаниями к применению вкладок при кариесе дентина являются поверхности зубов, малодоступные для формирования полостей под вкладки и зубы с неполноценной, хрупкой эмалью.

Вопрос о методе лечения вкладкой либо коронкой при кариесе дентина может решаться только после удаления всех некротизированных тканей.

Вкладки изготавливают в несколько посещений.

Первое посещение

Во время первого посещения проводится формирование полости. Полость под вкладку формируется после удаления пораженных кариесом некротизированных и пигментированных тканей. Она должна отвечать следующим требованиям:

- быть ящикообразной;
- дно и стенки полости должны выдерживать жевательное давление;
- форма полости должна обеспечивать удержание вкладки от смещения в любых направлениях;
- для точного краевого прилегания, обеспечивающего герметизм, следует формировать скос (фальц) в пределах эмали под углом 45° (при изготовлении цельнолитых вкладок).

Препарирование полости проводят под местной анестезией.

После формирования полости производится моделирование вкладки в полости рта или получают оттиск.

При моделировании восковой модели вкладки обращают внимание на точность подгонки восковой модели по прикусу с учетом не только центральной окклюзии, но и всех движений нижней челюсти, на исключение возможности образования ретенционных участков, на придание внешним поверхностям восковой модели правильной анатомической формы. При моделировании вкладки в полости класса II используют матрицы для предотвращения повреждений межзубного десневого сосочка.

При изготовлении вкладок непрямой методом проводится получение оттисков. Получение оттиска после одонтопрепарирования на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта. Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттисковые массы, стандартные оттисковые ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискового материала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков.

В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма) нельзя применять для ретракции десны вспомогательные средства, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами).

При изготовлении керамических или композитных вкладок проводят определение цвета.

После моделирования вкладки или получения оттисков для ее изготовления отпрепарированная полость зуба закрывается временной пломбой.

Следующее посещение

После изготовления вкладки в зуботехнической лаборатории производят припасовку вкладки. Обращают внимание на точность краевого прилегания, отсутствие зазоров, окклюзионные контакты с зубами антагонистами, аппроксимальные контакты, цвет вкладки. При необходимости проводят коррекцию.

При изготовлении цельнолитой вкладки после ее полировки, а при изготовлении керамической или композитной вкладок - после глазурирования проводят фиксацию вкладки на постоянный цемент.

Пациента инструктируют по поводу правил пользования вкладкой и указывают на необходимость регулярного посещения врача 1 раз в полгода.

Алгоритм и особенности изготовления микропротезов (виниров)

Под винирами в целях данного протокола следует понимать фасеточные облицовки, изготавливаемые на фронтальные зубы верхней челюсти. Особенности изготовления виниров:

- виниры устанавливаются только на фронтальные зубы с целью восстановления эстетики зубного ряда;
- виниры изготавливаются из стоматологической керамики или композитных материалов;
- при изготовлении виниров препарирование тканей зуба проводится только в пределах эмали, при этом шлифуют пигментированные участки;
- виниры изготавливаются с перекрытием режущего края зуба или без перекрытия.

Первое посещение

При принятии решения об изготовлении винира на том же приеме приступают к лечению.

Подготовка к препарированию

Для подтверждения решения сохранить витальную пульпу зуба проводится электроодонтодиагностика до начала всех лечебных мероприятий.

Препарирование опорных зубов

Препарирование зуба под винир производится под местной анестезией.

При препарировании следует обращать особое внимание на глубину: сошлифовывают 0,3-0,7 мм твердых тканей. Перед началом основного препарирования целесообразно провести ретракцию десны и маркировку глубины препарирования с использованием специального маркировочного бора (диска) размером 0,3-0,5 мм. Необходимо обращать внимание на сохранение апроксимальных контактов, избегать препарирования в пришеечной области.

Получение оттиска с отпрепарированного зуба проводится на том же приеме. Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков (точность отображения анатомического рельефа, отсутствие нор и пр.).

Для фиксации правильного соотношения зубных рядов в положении центральной окклюзии применяются гипсовые или силиконовые блоки. Проводится определение цвета винира.

Отпрепарированные зубы покрываются временными винирами, изготовленными из композитного материала или пластмассы, которые фиксируют на временный кальций-содержащий цемент.

Следующее посещение

Наложение и припасовка винира

Особое внимание необходимо обращать на точность прилегания краев винира к твердым тканям зуба, проверяют отсутствие зазоров между виниром и зубом. Обращают внимание на аппроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами. Особо тщательно выверяют контакты во время сагиттальных и трансверзальных движений нижней челюсти. При необходимости проводится коррекция.

Проводится фиксация винира на постоянный цемент или композитный материал для цементирования двойного отверждения. Обращать внимание на соответствие цвета цемента цвету винира. Пациента инструктируют по поводу правил пользования виниром и

указывают на необходимость регулярного посещения врача 1 раз в полгода.

Алгоритм и особенности изготовления цельнолитой коронки

Показанием к изготовлению коронок является значительное поражение окклюзионной или режущей поверхности зубов при сохраненной витальной пульпы. Коронки изготавливаются на зубы после проведения лечения кариеса дентина пломбированием. Цельнолитые коронки при кариесе дентина изготавливают на любые зубы для восстановления анатомической формы и функции, а также для предупреждения дальнейшего разрушения зуба. Коронки изготавливаются в несколько посещений.

Особенности изготовления цельнолитых коронок:

- при протезировании моляров рекомендуется использование цельнолитой коронки или коронки с металлической окклюзионной поверхностью;
- при изготовлении цельнолитой металлокерамической коронки моделируется оральная гирлянда (металлический кантик по краю коронки);
- пластмассовая (по потребности - керамическая) облицовка производится в области фронтальных зубов на верхней челюсти лишь до 5 зуба включительно и на нижней челюсти до 4 зуба включительно, далее - по потребности;
- при изготовлении коронок на зубы-антагонисты необходимо соблюдать определенную последовательность:
 - первым этапом является одновременное изготовление временных капп на подлежащие протезированию зубы обеих челюстей с максимальным восстановлением окклюзионных соотношений и обязательным определением высоты нижнего отдела лица, эти каппы должны как можно точнее воспроизводить конструкцию будущих коронок;
 - сначала изготавливают постоянные коронки на зубы верхней челюсти;
 - после фиксации коронок на зубы верхней челюсти изготавливают постоянные коронки на зубы нижней челюсти.

Первое посещение

После диагностических исследований, необходимых подготовительных лечебных мероприятий и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

Подготовка к препарированию

Для определения жизнеспособности пульпы протезируемых зубов проводится электроодонтометрия до начала лечебных мероприятий. Перед началом препарирования получают оттиски для изготовления временных пластмассовых коронок (капп).

Препарирование зубов под коронки

Вид препарирования выбирается в зависимости от вида будущих коронок и групповой принадлежности протезируемых зубов. При препарировании нескольких зубов следует обращать особое внимание на параллельность клинических осей культей зубов после препарирования.

Препарирование зубов с витальной пульпой проводится под местной анестезией. Получение оттиска с отпрепарированных зубов на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта при препарировании. Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттиска окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков.

В случае применения метода ретракции десны при получении оттиска уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма) нельзя применять для ретракции десны вспомогательные средства, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами).

Для фиксации правильного соотношения зубных рядов в положении центральной окклюзии применяются гипсовые или силиконовые блоки. При изготовленных временных капп проводится их припасовка, при необходимости - перебазировка и фиксация на временный кальцийсодержащий цемент.

Для предотвращения развития воспалительных процессов в тканях краевого пародонта после препарирования назначается противовоспалительная регенерирующая терапия (полоскание полости рта настоем коры дуба, а так же настоями ромашки, шалфея и др., при необходимости аппликации масляным раствором витамина А или другими средствами, стимулирующими эпителизацию).

Следующее посещение

Получение оттисков

При изготовлении цельнолитых коронок рекомендуется назначать больного на прием на следующий день или через день после препарирования для снятия рабочего двухслойного оттиска с отпрепарированных зубов и оттиска с зубов-антагонистов, если они не были сняты в первое посещение.

Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на

ложке. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор).

В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе **сердечно-сосудистых** заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма) нельзя применять для ретракции десны вспомогательные средства, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами).

Следующее посещение

Наложение и припасовка каркаса цельнолитой коронки. Не ранее, чем через 3 дня после препарирования для исключения травматического (термического) повреждения пульпы проводится повторная электроодонтометрия (возможно проведение на следующем посещении).

Особое внимание необходимо обращать на точность прилегания каркаса в пришеечной области (краевое прилегание). Проверяют отсутствие зазора между стенкой коронки и культей зуба. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель, апроксимальные контакты, окклюзионные контакты с зубами-антагонистами. При необходимости проводится коррекция. В случае если облицовка не предусмотрена, проводится полировка цельнолитой коронки и ее фиксация на временный или постоянный цемент. Для фиксации коронок следует применять временные и постоянные кальцийсодержащие цементы. Перед фиксацией коронки на постоянный цемент проводится электроодонтометрия для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы решается вопрос о депульпировании.

Если предусмотрена керамическая или пластмассовая облицовка, проводится выбор цвета облицовки.

Коронки с облицовкой на верхней челюсти делают до 5-го зуба включительно, на нижней - до 4-го включительно. Облицовки жевательных поверхностей боковых зубов не показаны.

Следующее посещение

Наложение и припасовка готовой цельнолитой коронки с облицовкой.

Особое внимание следует обращать на точность прилегания коронки в пришеечной области (краевое прилегание). Проверяют отсутствие зазора между стенкой коронки и культей зуба. Обращают внимание на соответствие контура края коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель, апроксимальные контакты, окклюзионные контакты с зубами-антагонистами.

При необходимости проводится коррекция. При применении металлопластмассовой коронки после полировки, а при применении металлокерамической коронки - после глазурования проводится фиксация на временный (на 2-3 нед.) или на постоянный цемент. Для фиксации коронок следует применять временные и постоянные кальцийсодержащие цементы. Особое внимание при фиксации на временный цемент необходимо обращать на удаление остатков цемента из межзубных промежутков.

Следующее посещение

Фиксация на постоянный цемент

Перед фиксацией коронки на постоянный цемент проводится электроодонтометрия для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы решается вопрос о депульпировании. При витальных зубах для фиксации коронок следует применять постоянные кальцийсодержащие цементы.

Особое внимание при фиксации на постоянный цемент необходимо обращать на удаление остатков цемента из межзубных промежутков. Пациента инструктируют по поводу правил пользования коронкой и указывают на необходимость регулярного посещения врача 1 раз в полгода.

Алгоритм и особенности изготовления штампованной коронки

Штампованная коронка при правильном изготовлении полноценно восстанавливает анатомическую форму зуба и предотвращает развитие осложнений.

Первое посещение

После диагностических исследований, необходимых подготовительных лечебных мероприятий и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению. Коронки изготавливаются на зубы после проведения лечения кариеса дентина пломбированием.

Подготовка к препарированию

Для определения жизнеспособности пульпы опорных зубов проводится электроодонтометрия до начала всех лечебных мероприятий.

Перед началом препарирования получают оттиски для изготовления временных

пластмассовых коронок (капп). При невозможности изготовить временные каппы из-за незначительного объема препарирования применяются фторлаки для защиты отпрепарированных зубов.

Препарирование зубов

При препарировании следует обращать внимание на параллельность стенок отпрепарированного зуба (форма цилиндра). При препарировании нескольких зубов следует обращать внимание на параллельность клинических осей культей зубов после препарирования. Препарирование зубов проводится под местной анестезией.

Получение оттиска с отпрепарированных зубов на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта при препарировании. При изготовлении штампованных коронок применяются альгинатные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества.

Для фиксации правильного соотношения зубных рядов в положении центральной окклюзии применяются гипсовые или силиконовые блоки. В случае необходимости определения центрального соотношения челюстей изготавливаются восковые базисы с окклюзионными валиками. При изготовленных временных капп проводится их припасовка, при необходимости - перебазировка и фиксация на временный цемент.

Для предотвращения развития воспалительных процессов в тканях краевого пародонта, связанных с травмированием при препарировании, назначается противовоспалительная регенерирующая терапия (полоскание полости рта настоем коры дуба, ромашки, шалфея, при необходимости - аппликации масляным раствором витамина А или другими средствами, стимулирующими эпителизацию).

Следующее посещение

Проводится получение оттисков, если они не были получены в первое посещение.

Используются альгинатные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор).

Следующее посещение

Не ранее, чем через 3 дня после препарирования для исключения травматического (термического) повреждения пульпы проводится повторная электроодонтометрия

(возможно проведение на следующем посещении).

Следующее посещение

Примерка и припасовка штампованных коронок

Особое внимание следует обращать на точность прилегания коронки в пришеечной области (краевое прилегание). Проверяют отсутствие давления коронки на ткани маргинального пародонта. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, степень погружения края коронки в десневую щель (максимум на 0,3-0,5 мм), апроксимальные контакты, окклюзионные контакты с зубами-антагонистами.

При необходимости проводится коррекция. При использовании комбинированных штампованных коронок (по Белкину) после припасовки коронки получают оттиск культи зуба с помощью воска, налитого внутрь коронки. Определяют цвет пластмассовой облицовки. Коронки с облицовкой на верхней челюсти делают до 5-го зуба включительно, на нижней - до 4-го включительно. Облицовки жевательных поверхностей боковых зубов в принципе не показаны. После полировки производится фиксация на постоянный цемент.

Перед фиксацией коронки на постоянный цемент проводится электроодонтометрия для выявления воспалительных процессов в пульпе зуба. Для фиксации коронок необходимо применять постоянные кальцийсодержащие цементы. При признаках поражения пульпы решается вопрос о депульпировании.

Особое внимание при фиксации на постоянный цемент обращать на удаление остатков цемента из межзубных промежутков.

Пациента инструктируют по поводу правил пользования коронками и указывают на необходимость регулярного посещения врача 1 раз в полгода.

Алгоритм и особенности изготовления цельнокерамической коронки

Показанием к изготовлению цельнокерамических коронок является значительное поражение окклюзионной или режущей поверхности зубов при сохраненной витальной пульпе. Коронки изготавливаются на зубы после проведения лечения кариеса дентина пломбированием.

Цельнокерамические коронки при кариесе дентина могут изготавливать на любые зубы для восстановления анатомической формы и функции, а также для предупреждения дальнейшего разрушения зуба. Коронки изготавливаются в несколько посещений.

Особенности изготовления цельнокерамических коронок:

- Главной особенностью является необходимость препарирования зуба с циркулярным прямоугольным уступом под углом 90°.
- При изготовлении коронок на зубы-антагонисты необходимо соблюдать определенную последовательность:
 - первым этапом является одновременное изготовление временных капп на подлежащие протезированию зубы обеих челюстей с максимальным восстановлением окклюзионных соотношений и обязательным определением высоты нижнего отдела лица. Эти каппы должны как можно точнее воспроизводить конструкцию будущих коронок;
 - поочередно изготавливают постоянные коронки на зубы верхней челюсти;
 - после фиксации коронок на зубы верхней челюсти изготавливают постоянные коронки на зубы нижней челюсти;
 - при расположении уступа на уровне десневого края или ниже всегда необходимо применять ретракцию десны перед получением оттиска.

Первое посещение

После диагностических исследований, необходимых подготовительных лечебных мероприятий и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

Подготовка к препарированию

Для определения жизнеспособности пульпы протезируемых зубов проводится электроодонтометрия до начала лечебных мероприятий. Перед началом препарирования получают оттиски для изготовления временных пластмассовых коронок (капп).

Препарирование зубов под цельнокерамические коронки

Всегда применяется препарирование с прямоугольным циркулярным уступом под углом 90°. При препарировании нескольких зубов следует обращать особое внимание на параллельность клинических осей культей зубов после препарирования.

Препарирование зубов с витальной пульпой проводится под местной анестезией. Получение оттиска с отпрепарированных зубов на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта при препарировании. Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттиска окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков.

В случае применения метода ретракции десны при получении оттиска уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма) нельзя применять для ретракции десны вспомогательные средства, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами).

Для фиксации правильного соотношения зубных рядов в положении центральной окклюзии применяются гипсовые или силиконовые блоки. При изготовленных временных капп проводится их припасовка, при необходимости - перебазировка и фиксация на временный кальцийсодержащий цемент.

Проводится определение цвета будущей коронки.

Для предотвращения развития воспалительных процессов в тканях краевого пародонта после препарирования назначается противовоспалительная регенерирующая терапия (полоскание полости рта настоем коры дуба, ромашки и шалфея, при необходимости - аппликации масляным раствором витамина А или другими средствами, стимулирующими эпителизацию).

Следующее посещение

Получение оттисков

При изготовлении цельнокерамических коронок рекомендуется назначать больного на прием на следующий день или через день после препарирования для получения рабочего двухслойного оттиска с отпрепарированных зубов и оттиска с зубов-антагонистов, если они не были получены в первое посещение. Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор).

В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма) нельзя применять для ретракции десны вспомогательные средства, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами).

Следующее посещение

Наложение и припасовка цельнокерамической коронки

Не ранее, чем через 3 дня после препарирования для исключения травматического (термического) повреждения пульпы проводится повторная электроодонтометрия (возможно проведение на следующем посещении).

Особое внимание необходимо обращать на точность прилегания коронки к уступу в пришеечной области (краевое прилегание). Проверяют отсутствие зазора между стенкой коронки и культией зуба. Обращают внимание на соответствие контура края опорной

коронки контурам края уступа, апроксимальные контакты и окклюзионные контакты с зубами-антагонистами. При необходимости проводится коррекция.

После глазурирования проводится фиксация на временный (на 2-3 нед.) или на постоянный цемент. Для фиксации коронок следует применять временные и постоянные кальцийсодержащие цементы. Особое внимание при фиксации на временный цемент необходимо обращать на удаление остатков цемента из межзубных промежутков.

Следующее посещение

Фиксация на постоянный цемент

Перед фиксацией коронки на постоянный цемент проводится электроодонтометрия для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы решается вопрос о депульпировании. При витальных зубах для фиксации коронок следует применять постоянные кальцийсодержащие цементы.

Особое внимание при фиксации на постоянный цемент обращать на удаление остатков цемента из межзубных промежутков.

Пациента инструктируют по поводу правил пользования коронкой и указывают на необходимость регулярного посещения врача 1 раз в полгода.

6.2.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Витамины	Согласно алгоритму
Средства, влияющие на кровь	По потребности
Местные анестетики	Согласно алгоритму

6.2.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Применение местных противовоспалительных и эпителизирующих средств показано при механической травме слизистой оболочки. Назначают полоскания или ванночки отварами одного из препаратов: коры дуба, цветков ромашки, шалфея 3-4 раза в день 3-5 дней (уровень убедительности доказательств С). Аппликации на пораженные участки маслом облепихи - 2-3 раза в день по 10-15 минут (уровень убедительности доказательств С).

Витамины

Применяются аппликации на пораженные участки масляным раствором ретинола - 2-3 раза в день по 10-15 мин. 3-5 дней (уровень убедительности доказательств С).

Средства, влияющие на кровь

Гемодиализат депротеинизированный - адгезивная паста для рта - 3-5 раз в сутки на пораженные участки 3-5 дней (уровень убедительности доказательств С).

Местные анестетики

Перед препарированием проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая) по показаниям. Перед проведением анестезии место вкола обрабатывается местными анестетиками (лидокаин, артикаин, мепивакаин и др.).

6.2.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Пациенты должны посещать специалиста один раз в полгода для наблюдения.

6.2.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Пациенту рекомендуют являться на прием к врачу-стоматологу минимум один раз в полгода для проведения профилактических осмотров, гигиенических мероприятий.

6.2.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Специальных требований нет.

6.2.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Кариес зубов»

См. Приложение 3.

6.2.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение 4.

6.2.14. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Кариес зубов» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками кариеса дентина, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего ведению кариеса дентина;
- б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

6.2.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время постижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	50	Восстановление анатомической формы и функции зуба	Непосредственно после лечения	Динамическое наблюдение 2 раза в год
Стабилизация	30	Отсутствие рецидива и осложнения	Непосредственно после лечения	Динамическое наблюдение 2 раза в год
Развитие ятрогенных осложнений	10	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с	10	Рецидив кариеса, его прогрессирование	Через 6 мес. после окончания лечения при отсутствии	Оказание медицинской помощи по протоколу

ОСНОВНЫМ			динамического наблюдения	соответствующег о заболевания
----------	--	--	-----------------------------	----------------------------------

6.2.16. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Кариес зубов»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

6.3. Модель пациента

Нозологическая форма: кариес цемента

Стадия: любая

Фаза: стабилизация процесса

Осложнения: без осложнений

Код по МКБ-10: K02.2

6.3.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- Пациенты с постоянными зубами.
- Здоровые пульпа и периодонт зуба.
- Наличие кариозной полости, расположенной в пришеечной области.
- Наличие размягченного дентина.
- При зондировании кариозной полости отмечается кратковременная болезненность.
- Боли от температурных, химических и механических раздражителей, исчезающие после прекращения раздражения.
- Здоровые пародонт и слизистая оболочка рта.
- Отсутствие самопроизвольных болей на момент осмотра и в анамнезе.
- Отсутствие болезненности при перкуссии зуба.
- Отсутствие некариозных поражений твердых тканей зуба.

6.3.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Кариес зубов»

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

6.3.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.00 1	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	1
A01.07.00 2	Визуальное исследование при патологии полости рта	1
A01.07.00 5	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A02.07.00 1	Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.00 2	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	1
A02.07.00 7	Перкуссия зубов	1
A12.07.00 3	Определение индексов гигиены рта	1

A12.07.00 4	Определение пародонтальных индексов	1
A02.07.00 6	Определение прикуса	Согласно алгоритму
A02.07.00 5	Термодиагностика зуба	По потребности
A03.07.00 3	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A06.07.00 3	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	По потребности
A06.07.01 0	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

6.3.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем пациентам обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие жалоб на характер боли от раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний. Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области конкретного зуба, жалобы на застревание пищи, как давно они появились, когда пациент обратил внимание на них. Выясняют профессию пациента, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за ртом, время последнего посещения врача-стоматолога.

Визуальное исследование, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, обращая внимание на наличие пломб, степень их прилегания, наличие дефектов твердых тканей зубов, количество удаленных зубов. Определяют интенсивность кариеса (индекс КПУ - кариес, пломба, удален), индекс гигиены. Обращают внимание на состояние слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений. Обследованию подлежат все

зубы, начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами. Обследуют все поверхности каждого зуба, обращают внимание на цвет, рельеф эмали, наличие налета, наличие пятен наличие пятен и их состояние после высушивания поверхности зубов, дефектов.

Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и степень однородности поверхности, а также болевую чувствительность.

Обращают внимание на то, чтобы зондирование проводилось без сильного давления. Выявляют наличие пятен на видимых поверхностях зубов, площадь, форму краев, текстуру поверхности, плотность, симметричность и множественность очагов поражения с целью установления степени выраженности заболевания и скорости развития процесса, динамики заболевания, а также дифференциальной диагностики с некариозными поражениями. При зондировании выявленной кариозной полости обращают внимание на ее форму, локализацию, величину, глубину, наличие размягченных тканей, изменение их цвета, болезненность или наоборот отсутствие болевой чувствительности. Особо тщательно обследуют аппроксимальные поверхности зуба.

Проводится термодиагностика.

Перкуссия используется для исключения осложнений кариеса.

Для подтверждения диагноза проводят рентгенографию.

6.3.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения
A13.31.00 7	Обучение гигиене полости рта	Согласно алгоритму
A16.07.00 2	Восстановление зуба пломбой	Согласно алгоритму
A16.07.05 5	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	Согласно алгоритму
A14.07.00 4	Контролируемая чистка зубов	Согласно алгоритму
A25.07.00 1	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму
A25.07.00 2	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

6.3.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на предупреждение развития кариозного процесса и включает два основных компонента: обеспечение надлежащей гигиены полости рта и пломбирование кариозного дефекта. Лечение кариеса цемента пломбированием позволяет добиться компенсации функции и стабилизации (уровень убедительности доказательств А).

Алгоритм обучения гигиене рта

Первое посещение

Врач-стоматолог или гигиенист стоматологический определяет гигиенический индекс, затем демонстрирует пациенту технику чистки зубов зубной щеткой и зубными нитями, используя модели зубных рядов, или другие демонстрационные средства.

Чистку зубов начинают с участка в области верхних правых жевательных зубов, последовательно переходя от сегмента к сегменту. В таком же порядке проводят чистку зубов на нижней челюсти.

Обратить внимание на то, что рабочую часть зубной щетки следует располагать под углом 45° к зубу, производить очищающие движения от десны к зубу, одновременно удаляя налет с зубов и десен. Жевательные поверхности зубов очищать горизонтальными (возвратно-поступательными) движениями так, чтобы волокна щетки проникали глубоко в фиссуры и межзубные промежутки. Вестибулярную поверхность фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей очищать такими же движениями, как моляры и премоляры. При чистке оральной поверхности ручку щетки располагать перпендикулярно к окклюзионной плоскости зубов, при этом волокна должны находиться под острым углом к зубам и захватывать не только зубы, но и десну.

Завершают чистку круговыми движениями зубной щетки при сомкнутых челюстях, осуществляя массаж десен справа налево. Длительность чистки составляет 3 минуты.

Для качественной чистки контактных поверхностей зубов необходимо использовать зубные нити.

Индивидуальный подбор средств гигиены рта осуществляется с учетом стоматологического статуса пациента (состояния твердых тканей зубов и тканей пародонта, наличия зубочелюстных аномалий, съемных и несъемных ортодонтических и ортопедических конструкций) (см. Приложение 2).

Второе посещение

С целью закрепления полученных навыков проводится контролируемая чистка зубов.

Алгоритм контролируемой чистки зубов

Первое посещение

- Обработка зубов пациента окрашивающим средством, определение гигиенического индекса, демонстрация пациенту с помощью зеркала мест наибольшего скопления зубного налета.
- Чистка зубов пациентом в его обычной манере.
- Повторное определение гигиенического индекса, оценка эффективности чистки зубов (сравнение показателей индекса гигиены до и после чистки зубов), демонстрация пациенту с помощью зеркала окрашенных участков, где зубной налет не был удален при чистке.
- Демонстрация правильной техники чистки зубов на моделях, рекомендации пациенту по коррекции недостатков гигиенического ухода за полостью рта, использованию зубных нитей и дополнительных средств гигиены (специальных зубных щеток, зубных ершиков, монопучковых щеток, ирригаторов - по показаниям).

Следующие посещения

Определение гигиенического индекса, при неудовлетворительном уровне гигиены рта - повторение процедуры.

Пациента инструктируют о необходимости являться на профилактический осмотр к врачу не реже 1 раза в полгода.

Алгоритм профессиональной гигиены рта и зубов

Этапы профессиональной гигиены:

- обучение пациента индивидуальной гигиене рта;
- удаление над- и поддесневых зубных отложений;
- полировка поверхностей зубов, в том числе и поверхностей корней;
- устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета;
- аппликации реминерализующих и фторидсодержащих средств (за исключением районов с высоким содержанием фтора в питьевой воде);
- мотивация пациента к профилактике и лечению стоматологических заболеваний.

Процедура проводится в одно посещение.

При удалении над- и поддесневых зубных отложений (зубной камень, плотный и мягкий зубной налет) следует соблюдать ряд условий:

- удаление зубного камня проводить с аппликационным обезболиванием;
- провести антисептическую обработку полости рта раствором антисептика (0,06 % раствором хлоргексидина, 0,05 % раствором перманганата калия);
- изолировать обрабатываемые зубы от слюны;
- обратить внимание, что рука, удерживающая инструмент, должна быть фиксирована на подбородке пациента или соседних зубах, терминальный стержень инструмента располагается параллельно оси зуба, основные движения - рычагообразные и соскабливающие - должны быть плавными, не травмирующими.

В области металлокерамических, керамических, композитных реставраций, имплантатов (при обработке последних используются пластиковые инструменты) применяется ручной способ удаления зубных отложений.

Ультразвуковые аппараты не следует использовать у пациентов с респираторными, инфекционными заболеваниями, а также у больных с кардиостимулятором.

Для удаления налета и полировки гладких поверхностей зубов рекомендуется использовать резиновые колпачки, жевательных поверхностей - вращающиеся щеточки, контактных поверхностей - флоссы и абразивные штрипсы. Полировочную пасту следует использовать, начиная с крупнодисперсной и заканчивая мелкодисперсной. Фторидсодержащие полировочные пасты не рекомендуется использовать перед проведением некоторых процедур (герметизации фиссур, отбеливания зубов). При обработке поверхностей имплантатов следует использовать мелкодисперсные полировочные пасты и резиновые колпачки.

Необходимо устранять факторы, способствующие скоплению зубного налета: удалять нависающие края пломб, проводить повторную полировку пломб.

Периодичность проведения профессиональной гигиены рта и зубов зависит от стоматологического статуса пациента (гигиенического состояния рта, интенсивности кариеса зубов, состояния тканей пародонта, наличия несъемной ортодонтической аппаратуры и стоматологических имплантатов). Минимальная периодичность проведения профессиональной гигиены - 2 раза в год.

Алгоритм и особенности пломбирования

При кариесе цемента (как правило, полости V класса) пломбирование проводят в одно или несколько посещений. После диагностических исследований и принятия решения о лечении на том же приеме приступают к лечению.

Перед началом препарирования обязательно определяют глубину распространения

процесса под десну, при необходимости направляют пациента на коррекцию (иссечение) слизистой оболочки десневого края для раскрытия операционного поля и удаление участка гипертрофированной десны. В этом случае лечение проводится в 2 и более посещений, т. к. после вмешательства полость закрывают временной пломбой, в качестве материала для временной пломбы применяют цемент или масляный дентин до заживления тканей десневого края. Затем проводят пломбирование.

Перед препарированием проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая). Перед проведением анестезии место вкола обрабатывается аппликационно анестетиками.

Общие требования к препарированию полостей:

- обезболивание;
- максимальное удаление патологически измененных тканей зуба;
- возможно полное сохранение интактных тканей зуба;
- формирование полости.

Форма полости должна быть округлой. Если полость очень мала, допустимо щадящее препарирование шаровидными борами без создания ретенционных зон (уровень убедительности доказательств В).

Для пломбирования дефектов применяются амальгамы, стеклоиономерные цементы и компомеры.

У пациентов, пренебрегающих гигиеной рта, рекомендуется использовать стеклоиономерные (полиалкенадные) цементы, обеспечивающие долговременное фторирование тканей зуба после пломбирования и обладающие приемлемыми эстетическими характеристиками.

У пациентов пожилого и преклонного возраста, особенно при явлениях ксеростомии (снижено слюноотделение), следует применять амальгаму или стеклоиономеры. Так же возможно использование компомеров, обладающих преимуществами стеклоиономеров и высокой эстетичностью. Композитные материалы показаны при пломбировании дефектов в тех случаях, когда эстетика улыбки очень важна (см. [Приложение 7](#)).

Пациентов назначают на прием к врачу минимум один раз в полгода для проведения профилактических осмотров.

6.3.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
---------------------	---------------------------------------

6.3.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Местные анестетики

Перед препарированием проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая) по показаниям. Перед проведением анестезии место вкола обрабатывается местными анестетиками (лидокаин, артикаин, мепивакаин и др.).

6.3.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Пациенты должны посещать специалиста один раз в полгода для проведения профилактических осмотров и обязательно для полировки композитных пломб.

6.3.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

6.3.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Специальных требований нет.

6.3.12. Форма добровольного информированного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Кариес зубов»

См. Приложение 3.

6.3.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение 4.

6.3.14. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Кариес зубов» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками кариеса цемента, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего ведению кариеса цемента;
- б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

6.3.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапного оказания медицинской помощи
Компенсация функции	40	Восстановление анатомической формы и функции зуба	Непосредственно после лечения	Динамическое наблюдение 2 раза в год
Стабилизация	15	Отсутствие рецидива и осложнений	Непосредственно после лечения	Динамическое наблюдение 2 раза в год
Развитие ятро-генных осложнений	25	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	20	Рецидив кариеса, его прогрессирование	Через 6 мес. после окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

6.3.16. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Кариес зубов»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

6.4. Модель пациента

Нозологическая форма: приостановившийся кариес зубов

Стадия: любая

Фаза: стабилизация процесса

Осложнения: без осложнений

Код по МКБ-10: K02.3

6.4.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- Пациенты с постоянными зубами.
- Наличие темного пигментированного пятна.
- Отсутствие некариозных болезней твердых тканей зубов.
- Очаговая деминерализация эмали, при зондировании определяется гладкая или шероховатая поверхность эмали зуба.
- Зуб со здоровой пульпой и периодонтом.
- Здоровые пародонт и слизистая оболочка рта.

6.4.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Кариес зубов»

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

6.4.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.00 1	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	1
A0 1.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта	1
A01.07.00 5	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A02.07.00 1	Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.00 2	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	1
A02.07.00 7	Перкуссия зубов	1
A02.07.00 5	Термодиагностика зуба	По потребности
A02.07.00 6	Определение прикуса	По потребности
A03.07.00	Диагностика состояния зубочелюстной системы с	По потребности

3	помощью методов и средств лучевой визуализации	
A05.07.00 1	Электроодонтометрия	По потребности
A06.07.00 3	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	По потребности
A06.07.01 0	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
A12.07.00 3	Определение индексов гигиены полости рта	Согласно алгоритму
A12.07.00 4	Определение пародонтальных индексов	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

6.4.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем пациентам обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Основным дифференциальным диагностическим признаком является цвет пятна: пигментированное и не окрашивается метиленовым синим, в отличие от "белого (мелового) пятна", которое окрашивается.

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие жалоб на боль от химических и температурных раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний. Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области конкретного зуба, жалобы на застревание пищи, удовлетворенность пациента внешним видом зуба, сроки появления жалоб, когда пациент обратил внимание на появление дискомфорта. Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за ртом, профессию пациента, регионы его рождения и проживания (эндемические районы флюороза).

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, обращая внимание на интенсивность кариеса (наличие пломб, степень их прилегания, наличие дефектов твердых тканей зубов, количество удаленных зубов). Определяют состояние слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

Обследованию подлежат все зубы, начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами. Детально обследуют все поверхности каждого зуба, обращают внимание на цвет, рельеф эмали, наличие налета, наличие пятен и их состояние после высушивания поверхности зубов, дефектов.

Обращают внимание на наличие матового и/или пигментированного пятна на видимых поверхностях зуба, площадь, форму краев, текстуру поверхности, плотность, симметричность и множественность очагов поражения с целью установления степени выраженности заболевания и скорости развития процесса, динамики заболевания, а также дифференциальной диагностики с некариозными поражениями. Для подтверждения диагноза может применяться люминесцентная стоматоскопия.

Термодиагностика применяется для выявления болевой реакции и уточнения диагноза.

Перкуссия используется для исключения осложнений кариеса.

Индексы гигиены полости рта определяют до лечения и после обучения гигиене полости рта, с целью контроля.

6.4.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения
A13.31.00 7	Обучение гигиене полости рта	Согласно алгоритму
A14.07.00 4	Контролируемая чистка зубов	Согласно алгоритму
A16.07.05 5	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	Согласно алгоритму
A11.07.01 3	Глубокое фторирование твердых тканей зубов	Согласно алгоритму
A16.07.00 2	Восстановление зуба пломбой	По потребности
A16.07.06 1	Запечатывание фиссуры зуба герметиком	По потребности
A25.07.00	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях	Согласно

1	полости рта и зубов	алгоритму
A25.07.00 2	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

6.4.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Лечение приостановившегося кариеса независимо от локализации кариозной полости включает:

- при распространенности пятна менее 4 мм по окклюзионной поверхности или одной трети контактной поверхности - аппликация фторсодержащих препаратов и динамическое наблюдение;
- при невозможности динамического наблюдения за развитием процесса или при распространенности поражения более 4 мм - создание полости и пломбирование.

Немедикаментозная помощь направлена на предупреждение развития кариозного процесса и включает два основных компонента: обеспечение надлежащей гигиены полости рта и при необходимости, пломбирование кариозного дефекта.

Реминерализующая терапия и, при необходимости, лечение пломбированием позволяют обеспечить стабилизацию (уровень убедительности доказательств В).

Алгоритм обучения гигиене рта

Первое посещение

Врач-стоматолог или гигиенист стоматологический определяет гигиенический индекс, затем демонстрирует пациенту технику чистки зубов зубной щеткой и зубными нитями, используя модели зубных рядов, и другие демонстрационные средства.

Чистку зубов начинают с участка в области верхних правых жевательных зубов, последовательно переходя от сегмента к сегменту. В таком же порядке проводят чистку зубов на нижней челюсти.

Обратить внимание на то, что рабочую часть зубной щетки следует располагать под углом 45° к зубу, производить очищающие движения от десны к зубу, одновременно удаляя налет с зубов и десен. Жевательные поверхности зубов очищать горизонтальными (возвратно-поступательными) движениями так, чтобы волокна щетки проникали глубоко в фиссуры и межзубные промежутки. Вестибулярную поверхность фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей очищать такими же движениями, как моляры и премоляры. При чистке оральной поверхности ручку щетки располагать перпендикулярно к окклюзионной плоскости зубов, при этом волокна должны находиться под острым

углом к зубам и захватывать не только зубы, но и десну.

Завершают чистку круговыми движениями зубной щетки при сомкнутых челюстях, осуществляя массаж десен справа налево.

Длительность чистки составляет 3 мин.

Для качественной чистки контактных поверхностей зубов необходимо использовать зубные нити.

Индивидуальный подбор средств гигиены рта осуществляется с учетом стоматологического статуса пациента (состояния твердых тканей зубов и тканей пародонта, наличия зубочелюстных аномалий, съемных и несъемных ортодонтических и ортопедических конструкций) (см. Приложение 2).

Второе посещение

С целью закрепления полученных навыков проводится контролируемая чистка зубов.

Алгоритм контролируемой чистки зубов

Первое посещение

- Обработка зубов пациента окрашивающим средством, определение гигиенического индекса, демонстрация пациенту с помощью зеркала мест наибольшего скопления зубного налета.
- Чистка зубов пациентом в его обычной манере.
- Повторное определение гигиенического индекса, оценка эффективности чистки зубов (сравнение показателей индекса гигиены до и после чистки зубов), демонстрация пациенту с помощью зеркала окрашенных участков, где зубной налет не был удален при чистке.
- Демонстрация правильной техники чистки зубов на моделях, рекомендации пациенту по коррекции недостатков гигиенического ухода за ртом, использованию зубных нитей и дополнительных средств гигиены (специальных зубных щеток, зубных ершиков, монопучковых щеток, ирригаторов - по показаниям).

Следующие посещения

Определение гигиенического индекса, при неудовлетворительном уровне гигиены рта - повторение процедуры.

Пациента инструктируют о необходимости являться на профилактический осмотр к врачу не реже 1 раза в полгода.

Алгоритм профессиональной гигиены рта и зубов

Этапы профессиональной гигиены:

- обучение пациента индивидуальной гигиене рта;
- удаление над- и поддесневых зубных отложений;
- полировка поверхностей зубов, в том числе и поверхностей корней;
- устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета;
- аппликации реминерализующих и фторидсодержащих средств (за исключением районов с высоким содержанием фтора в питьевой воде);
- мотивация пациента к профилактике и лечению стоматологических заболеваний.

Процедура проводится в одно посещение.

При удалении над- и поддесневых зубных отложений (зубной камень, плотный и мягкий зубной налет) следует соблюдать ряд условий:

- удаление зубного камня проводить с аппликационным обезболиванием;
- провести антисептическую обработку полости рта раствором антисептика (0,06 % раствором хлоргексидина, 0,05 % раствором перманганата калия);
- изолировать обрабатываемые зубы от слюны;
- обратить внимание, что рука, удерживающая инструмент, должна быть фиксирована на подбородке пациента или соседних зубах, терминальный стержень инструмента располагается параллельно оси зуба, основные движения - рычагообразные и соскабливающие - должны быть плавными, не травмирующими. В области металлокерамических, керамических, композитных реставраций, имплантатов (при обработке последних используются пластиковые инструменты) применяется ручной способ удаления зубных отложений.

Ультразвуковые аппараты не следует использовать у пациентов с респираторными, инфекционными заболеваниями и находящихся на медикаментозном режиме по контролю электролитного баланса, а также у больных с кардиостимулятором.

Для удаления налета и полировки гладких поверхностей зубов рекомендуется использовать резиновые колпачки, жевательных поверхностей - вращающиеся щеточки, контактных поверхностей - флоссы и абразивные штрипсы. Полировочную пасту следует использовать, начиная с крупнодисперсной и заканчивая мелкодисперсной. Фторидсодержащие полировочные пасты не рекомендуется использовать перед проведением некоторых процедур (герметизации фиссур, отбеливания зубов). При обработке поверхностей имплантатов следует использовать мелкодисперсные полировочные пасты и резиновые колпачки.

Обращают внимание на необходимость устранения факторов, способствующих скоплению зубного налета: удаляют нависающие края пломб, проводят повторную полировку пломб.

Периодичность проведения профессиональной гигиены зависит от стоматологического статуса пациента (гигиенического состояния полости рта, интенсивности кариеса зубов, состояния тканей пародонта, наличия несъемной ортодонтической аппаратуры и стоматологических имплантатов). Минимальная периодичность проведения профессиональной гигиены - 2 раза в год.

Запечатывание фиссуры зуба герметиком

Для предотвращения развития кариозного процесса проводится запечатывание фиссур зубов герметиком при наличии глубоких, узких (выраженных) фиссур.

Алгоритм и особенности пломбирования

Первое посещение

Лечение проводят в одно посещение.

Создают полость, удаляя пигментированные деминерализованные ткани. Обращают внимание на то, чтобы полость была сформирована в пределах эмали. Если для фиксации пломбы необходимо превентивное расширение полости, допускается переход эмалево-дентинной границы. При лечении жевательных зубов формирование полости проводят в контурах естественных фиссур. Проводят финирирование краев полости, ее промывание и высушивание перед пломбированием. Затем проводят пломбирование. Обращают внимание на обязательное восстановление анатомической формы зуба, выверяют окклюзионные и апроксимальные контакты (см. Приложение 7).

6.4.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта	Согласно алгоритму

6.4.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Основным методом лечения приостановившегося кариеса при наличии пигментированного пятна является фторирование твердых тканей зуба.

Реминерализующая терапия

Курс реминерализующей терапии состоит из 10-15 аппликаций (ежедневно или через день). Перед началом лечения при наличии шероховатых поверхностей проводят их сошлифовывание. Приступают к курсу реминерализующей терапии. Перед каждой аппликацией пораженную поверхность зуба механически очищают от зубного налета и высушивают струей воздуха.

Аппликации реминерализующими средствами на обработанной поверхности зуба в течение 15-20 мин со сменой тампона каждые 4-5 мин. Аппликации 1-2 % раствором фторида натрия осуществляются в каждое 3-е посещение, после аппликации реминерализующим раствором на очищенной и высушенной поверхности зуба в течение 2-3 мин.

После проведения процедуры больному рекомендуют не принимать пищу в течение 2-3 ч.

Фторирование твердых тканей зубов

Нанесение на зубы фторлака, как аналога 1-2 % раствора фторида натрия осуществляется в каждое 3-е посещение после аппликации реминерализующим раствором, на высушенной поверхности зуба. После аппликации пациенту не рекомендуют принимать пищу в течение 2-х часов и чистить зубы в течение 12 часов.

Критерием эффективности курса реминерализующей терапии и фторирования является уменьшение размера очага деминерализации вплоть до его исчезновения, восстановление блеска эмали или менее интенсивное окрашивание очага деминерализации (по 10-балльной шкале окрашивания эмали) красителем 2 % раствором метиленового синего

6.4.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Пациенты с кариесом эмали должны посещать специалиста один раз в полгода для наблюдения.

6.4.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Пациенту рекомендуют являться на прием к врачу - стоматологу минимум один раз в полгода для проведения профилактических осмотров, гигиенических мероприятий.

6.4.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

После завершения каждой лечебной процедуры рекомендуется не принимать нишу и не полоскать рот в течение 2-х часов.

Ограничение потребления пищевых продуктов и напитков с низкими значениями pH (соки, тонизирующие напитки, йогурты) и тщательное полоскание рта после их приема. Ограничение пребывания углеводов во рту (сосательные, жевательные конфеты).

6.4.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Кариес зубов»

См. Приложение 3.

6.4.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение 4.

6.4.14. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками приостановившегося кариеса зубов, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего ведению приостановившегося кариеса зубов;
- б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

6.4.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация	30	Восстановление	2 мес. при	Динамическое

функции		внешнего вида зуба	ремнерализаци и, при пломбировании непосредственно после лечения	наблюдение 2 раза в год
Стабилизация	50	Отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики	2 мес. при ремнерализаци и, при пломбировании непосредственно после лечения	Динамическое наблюдение 2 раза в год
Развитие ятро-генных осложнений	10	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На этапе лечения зуба	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующег о заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	10	Рецидив кариеса, его прогрессировани е	Через 6 мес. после окончания лечения и при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующег о заболевания

6.4.16. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Кариес зубов»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

VII. ГРАФИЧЕСКОЕ, СХЕМАТИЧЕСКОЕ И ТАБЛИЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ) «КАРИЕС ЗУБОВ»

Не требуется.

VIII. МОНИТОРИРОВАНИЕ

Критерии и методология мониторинга и оценки эффективности выполнения клинических рекомендаций (протоколов лечения) «кариес зубов»

Мониторинг проводится на всей территории Российской Федерации.

Перечень медицинских организаций, в которых проводится мониторинг данного документа, определяется ежегодно организацией, ответственной за мониторинг. Медицинская организация информируется о включении в перечень по мониторингу Клинических рекомендаций (протоколов лечения) письменно.

Мониторинг включает в себя:

- сбор информации: о ведении пациентов с кариесом зубов в стоматологических медицинских организациях;
- анализ полученных данных;
- составление отчета о результатах проведенного анализа;
- представление отчета группе разработчиков данных Клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Исходными данными при мониторинге являются:

- медицинская документация - медицинская карта стоматологического больного (форма 043/у);
- тарифы на медицинские услуги;
- тарифы на стоматологические материалы и лекарственные средства.

При необходимости при мониторинге Клинических рекомендаций (протоколов лечения) могут быть использованы иные документы.

В стоматологических медицинских организациях, определенных перечнем по мониторингу, раз в полгода на основании медицинской документации составляется карта пациента (Приложение 5) о лечении пациентов с кариесом зубов, соответствующих моделям пациента в данных Клинических рекомендациях (протоколов лечения).

В анализируемые, в процессе мониторинга, показатели входят: критерии включения и исключения из Клинических рекомендаций (протоколов лечения), перечни медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортимента, перечни лекарственных средств обязательного и дополнительного ассортимента, исходы заболевания, стоимость выполнения медицинской помощи по Клиническим рекомендациям (протоколов лечения) и др.

Принципы рандомизации

В данных Клинических рекомендациях (протоколов лечения) рандомизация (лечебных учреждений, пациентов и т. д.) не предусмотрена.

Порядок оценки и документирования побочных эффектов и развития осложнений

Информация о побочных эффектах и осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения больных, регистрируется в карте пациента (см. Приложение 5).

Порядок исключения пациента из мониторингования

Пациент считается включенным в мониторингование при заполнении на него Карты пациента. Исключение из мониторингования проводится в случае невозможности продолжения заполнения Карты (например, неявка на врачебный прием) (см. Приложение 5). В этом случае Карта направляется в организацию, ответственную за мониторингование, с отметкой о причине исключения пациента из Клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Промежуточная оценка и внесение изменений в клинические рекомендации (протоколы лечения).

Оценка выполнения Клинических рекомендаций (протоколов лечения) проводится один раз в год по результатам анализа сведений, полученных при мониторинговании.

Внесение изменений в Клинические рекомендации (протоколы лечения) проводится в случае получения информации:

- а) о наличии в Клинических рекомендаций (протоколах лечения) требований, наносящих урон здоровью пациентов,
- б) при получении убедительных данных о необходимости изменений требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения) обязательного уровня. Решение об изменениях принимается группой разработчиков.

Параметры оценки качества жизни при выполнении клинических рекомендаций (протоколов лечения)

Для оценки качества жизни пациента с кариесом зубов, соответствующей моделям Клинических рекомендаций (протоколов лечения), используют аналоговую шкалу (см. приложение 6).

Оценка стоимости выполнения клинических рекомендаций (протоколов лечения) и оценки качества

Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

Сравнение результатов

При мониторинговании Клинических рекомендаций (протоколов лечения) ежегодно проводится сравнение результатов выполнения его требований, статистических данных, показателей деятельности медицинских организаций.

Порядок формирования отчета

В ежегодный отчет о результатах мониторингования включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, предложения по актуализации Клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Отчет представляется в группу разработчиков данных клинических рекомендаций.

Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения)"Кариес зубов"

**ПЕРЕЧЕНЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ И ИНСТРУМЕНТОВ,
НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ РАБОТЫ ВРАЧА ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ АССОРТИМЕНТ**

1. Набор инструментов стоматологических (лоток, зеркало, шпатель, пинцет стоматологический, зонд стоматологический, экскаваторы, гладилки, штопферы)
2. Стекла стоматологические для замешивания
3. Набор инструментов для работы с амальгамами
4. Набор инструментов для работы с книгам
5. Артикуляционная бумага
6. Турбинный наконечник
7. Прямой наконечник
8. Угловой наконечник
9. Стальные боры для углового наконечника
10. Алмазные боры для турбинного наконечника для препарирования твердых тканей зубов
11. Алмазные боры для углового наконечника для препарирования твердых тканей зубов
12. Твердосплавные боры для турбинного наконечника
13. Твердосплавные боры для углового наконечника
14. Дискдержатели для углового наконечника для полировочных дисков
15. Резиновые полировочные головки
16. Полировочные щеточки
17. Полировочные диски
18. Штрипсы металлические разной степени зернистости
19. Штрипсы пластиковые
20. Ретракционные нити
21. Перчатки одноразовые
22. Маски одноразовые
23. Слюноотсосы одноразовые
24. Стаканы одноразовые
25. Очки для работы с гелиолампой
26. Одноразовые шприцы
27. Карпульный шприц
28. Иглы к карпульному шприцу
29. Цветовая шкала
30. Материалы для повязок и временных пломб
31. Силикатные цементы
32. Фосфатные цементы
33. Стелоиномерные цементы
34. Амальгамы в капсулах
35. Двухкамерные капсулы для замешивания амальгамы
30. Капсулосмеситель
37. Композиционные материалы химического отверждения
38. Жидкотекучие композиты
39. Материалы для лечебных и изолирующих прокладок
40. Адгезивные системы для светоотверждаемых композитов
41. Адгезивные системы для композитов химического отверждения
42. Антисептики для медикаментозной обработки полости рта и кариозной полости
43. Композиционный поверхностный герметик, пост-бондинг
44. Абразивные пасты, не содержащие фтор для очищения поверхности зуба
45. Пасты для полирования пломб и зубов
46. Лампы для фотополимеризации композита
47. Аппарат для электроодонтодиагностики
48. Межзубные клинья деревянные

49. Межзубные клинья прозрачные
50. Матрицы металлические
51. Матрицы стальные контурированные
52. Матрицы прозрачные
53. Матрицедержатель
54. Матричная фиксирующая система
55. Пистолет-аппликатор для капсульных композитных материалов
56. Аппликаторы
57. Средства для обучения пациента гигиене полости рта (зубные щетки, пасты, нити, держатели для зубных нитей)

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ АССОРТИМЕНТ

1. Микромотор
2. Высокоскоростной наконечник (угловой) для турбинных боров
3. Стерилизатор гласперленовый
4. Аппарат ультразвуковой для очистки боров
5. Стандартные ватные валики
6. Бокс для стандартных ватных валиков
7. Фартуки для пациента
8. Бумажные блоки ми замешивания
9. Ватные шарики для высушивания кариозных полостей
10. Квикдам (коффердам)
11. Эмалевый нож
12. Триммеры десневого края
13. Таблетки для окрашивания зубов при гигиенически мероприятиях
14. Аппарат для диагностики кариеса
15. Инструменты для создания контактных пунктов на молярах и премолярах
16. Боры для фиссуротомии
17. Штрипсы для изоляции протоков околоушных слюнных желез
18. Защитные очки
19. Защитный экран

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) "Кариес зубов"

**ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДБОРУ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА
ПАЦИЕНТА**

Контингент пациентов	Рекомендуемые средства гигиены
<p>Население районов с содержанием фторида в питьевой воде менее 1 мг/л. Наличие у пациента очагов деминерализации мши, гипоплазии</p>	<p>Зубная щетка мягкая или средней жесткости, противокариозные зубные пасты — фторид- и кальцийсодержащие (соответственно возрасту), зубные нити (флоссы), фторидсодержащие ополаскиватели</p>
<p>Население районов с содержанием фторида в питьевой воде более 1 мг/л. Наличие у пациента проявлений флюороза</p>	<p>Зубная щетка мягкая или средней жесткости, зубные пасты не содержащие фторид, кальцийсодержащие; зубные нити (флоссы), не пропитанные фторидами, ополаскиватели, не содержащие фторид</p>
<p>Наличие у пациента воспалительных заболеваний пародонта (в период обострения)</p>	<p>Зубная щетка с мягкой щетиной, противовоспалительные зубные пасты (с лекарственными травами, антисептиками*, солевыми добавками), зубные нити (флоссы), ополаскиватели с противовоспалительными компонентами * <i>Примечание:</i> рекомендуемый курс использования зубных паст и ополаскивателей с антисептиками — 7—10 дней</p>
<p>Наличие у пациента зубочелюстных аномалии (скученность, дистопия зубов)</p>	<p>Зубная щетка средней жесткости и лечебно-профилактическая зубная паста (соответственно возрасту), зубные нити (флоссы), зубные ершики, ополаскиватели</p>
<p>Наличие у пациента в полости рта брекет-систем</p>	<p>Зубная щетка ортодонтическая средней жесткости, противокариозные и противовоспалительные зубные пасты (чередование), зубные ершики, монопучковые щетки, зубные нити (флоссы), ополаскиватели с противокариозными и противовоспалительными компонентами, ирригаторы</p>
<p>Наличие у пациента стоматологических имплантатов</p>	<p>Зубная щетка с различной высотой пучков щетины*, противокариозные и противовоспалительные зубные пасты (чередование), зубные ершики, монопучковые щетки, зубные нити (флоссы), не содержащие спирта ополаскиватели с противокариозными и противовоспалительными компонентами, ирригаторы. Не следует использовать зубочистки и жевательные резинки * <i>Примечание:</i> зубные щетки с ровной подстрижкой щетины использовать не рекомендуется вследствие их</p>

	более низкой очищающей эффективности
Наличие у пациента съемных ортопедических и ортодонтических конструкций	Зубная щетка для съемных протезов (двусторонняя, с жесткой щетиной), таблетки для очищения съемных протезов
Пациенты с повышенной чувствительностью зубов.	Зубная щетка с мягкой щетиной, зубные пасты для снижения чувствительности зубов (содержащие хлорид стронция, нитрат калия, хлорид калия, гидроксиапатит), зубные нити (флоссы), ополаскиватели для чувствительных зубов
Пациенты с ксеростомией	Зубная щетка с очень мягкой щетиной, зубная паста с ферментными системами и низким ценообразованием, ополаскиватель без спирта, увлажняющий гель, зубные нити (флоссы)

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) "Кариес зубов"

**ФОРМА ДОБРОВОЛЬНОГО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА
ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ
ЛЕЧЕНИЯ) ПРИЛОЖЕНИЕ К МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЕ №_____**

Пациент

ФИО

получая разъяснения по поводу диагноза кариес, получил информацию:

об особенностях течения заболевания

вероятной длительности
лечения _____

о вероятном
прогнозе _____

Пациенту предложен план обследования и лечения,
включающий _____

Пациенту предложено _____

из материалов

Примерная стоимость лечения составляет
около _____

Пациенту известен прейскурант, принятый в клинике.

Таким образом, пациент получил разъяснения о цели лечения и информацию о планируемых методах

диагностики и лечения.

Пациент извещен о необходимости подготовки к лечению:

Пациент извещен о необходимости в ходе лечения

получил указания и рекомендации по уходу за полостью рта.

Пациент извещен, что несоблюдение им рекомендаций врача может отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Пациент получил информацию о типичных осложнениях, связанных с данным заболеванием, с необходимыми диагностическими процедурами и с лечением.

Пациент извещен о вероятном течении заболевания и его осложнениях при отказе от лечения. Пациент имел возможность задать любые интересующие его вопросы касательно состояния его здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы.

Пациент получил информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Беседу провел врач _____ (подпись врача).

« ____ » _____ 200 ____ г.

Пациент согласился с предложенным планом лечения, в чем

расписался
собственноручно _____

(подпись пациента)

или

расписался _____ его _____ законный
представитель _____

(подпись законного представителя)

или

что _____ удостоверяют _____ присутствовавшие _____ при
беседе _____

(подпись врача)

(подпись свидетеля)

Пациент не согласился с планом лечения

(отказался от предложенного вида протеза), в чем расписался собственноручно.

(подпись пациента)

или _____ расписался _____ его _____ законный

представитель _____

(подпись законного представителя)

или

что _____ удостоверяют _____ присутствовавшие _____ при
беседе _____

(подпись врача)

(подпись свидетеля)

Пациент изъявил желание:

— дополнительно к предложенному лечению пройти обследование

— получить дополнительную медицинскую услугу

— вместо предложенного материала пломбы получить

Пациент получил информацию об указанном методе обследования/лечения.

Поскольку данный метод обследования/лечения также показан пациенту, он внесен в план лечения.

«___» _____ 20___ г.

(подпись пациента)

(подпись врача)

Поскольку данный метод обследования/лечения не показан пациенту, он не внесен в план лечения.

«___» _____ 20___ г.

(подпись пациента)

(подпись врача)

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) "Кариес зубов"

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

1. Запломбированные зубы необходимо чистить зубной щеткой с пастой так же, как естественные зубы — два раза в день. После еды следует полоскать рот для удаления остатков пищи.

2. Для чистки межзубных промежутков можно использовать зубные нити (флоссы) после обучения их применению и по рекомендации врача-стоматолога.

3. При возникновении кровоточивости при чистке зубов нельзя прекращать гигиенические процедуры. Если кровоточивость не проходит в течение 3—4 дней, необходимо обратиться к врачу.

4. Если после пломбирования и окончания действия анестезии пломба мешает смыканию зубов, то необходимо в ближайшее время обратиться к лечащему врачу.

5. При пломбах из композитных материалов не следует принимать пищу, содержащую естественные и искусственные красители (например: чернику, чай, кофе и т. п.), в течение первых двух суток после пломбирования зуба.

6. Возможно временное появление боли (повышенной чувствительности) в запломбированном зубе во время приема и пережевывания пищи. Если указанные симптомы не проходят в течение 1—2 нед., необходимо обратиться к лечащему стоматологу.

7. При возникновении в зубе резкой боли необходимо как можно быстрее обратиться к лечащему стоматологу.

8. Во избежание сколов пломбы и прилегающих к пломбе твердых тканей зуба не рекомендуется принимать и пережевывать очень жесткую пищу (например: орехи, сухари), откусывать от больших кусков (например: от цельного яблока).

9. Раз в полгода следует посещать стоматолога для проведения профилактических осмотров и необходимых манипуляций (при пломбах из композитных материалов — для полировки пломбы, что увеличит срок её службы).

Приложение 5

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) "Кариес зубов"

КАРТА ПАЦИЕНТА

История болезни № _____

Наименование учреждения _____

Дата: начало наблюдения _____ окончание наблюдения _____

Ф.И.О. _____ возраст. _____

Диагноз _____ основной

Сопутствующие _____ заболевания:

Модель _____ пациента:

Объем оказанной нелекарственной медицинской помощи: _____

Код медицин ской услуги	Название медицинской услуги	Кратность выполнения
ДИАГНОСТИКА		
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	

A01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта	
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	
A02.07.001	Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов	
A02.07.005	Термодиагностика зуба	
A02.07.006	Определение прикуса	
A02.07.007	Перкуссия зубов	
A03.07.001	Люминесцентная стоматоскопия	
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	
A05.07.001	Электроодонтометрия	
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	
ЛЕЧЕНИЕ		
A11.07.013	Глубокое фторирование твердых тканей зубов	
A13.31.007	Обучение гигиене полости рта	
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	
A16.07.003	Восстановление зуба вкладками, винирами, полукоронкой	
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	
A16.07.055	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	
A16.07.061	Запечатывание фиссуры зуба герметикой	

A16.07.089	Сошлифовывание твердых тканей зуба	
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов	

Лекарственная помощь (указать применяемый препарат):

Лекарственные осложнения (указать проявления): Наименование препарата, их вызвавшего: Исход (по классификатору исходов):

Информация о пациенте передана в учреждение, мониторирующее Протокол:

(Название учреждения) (Дата)

Подпись лица, ответственного за монитирование протокола

В **медицинском** **учреждении:**

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРИ МОНИТОРИРОВАНИИ	Полнота выполнения обязательного перечня немедикаментозной помощи	Да	Нет	ПРИМЕЧАНИЕ
	Выполнение сроков выполнения медицинских услуг	Да	Нет	
	Полнота выполнения обязательного перечня лекарственного ассортимента	Да	Нет	
	Соответствие лечения требования протокола по срокам/продолжительности	Да	Нет	
	Комментарии:			
	(Дата)	(Подпись)		

Д
а
Д

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) "Кариес зубов"

АНКЕТА ПАЦИЕНТА

ФИО _____ ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ _____

КАК ВЫ ОЦЕНИВАЕТЕ ВАШЕ ОБЩЕЕ САМОЧУВСТВИЕ НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ?

Отметьте, пожалуйста, на шкале значение, соответствующее состоянию Вашего здоровья.



К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) "Кариес зубов"

ТАБЛИЦА ВЫБОРА ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Классы по Блеку	Полость	Базовая помощь			Рекомендательные методы		
		Материал	Особенности препарирования	Примечания	Материал	Особенности и препарирования	Примечания
класс I	любая	1. Фосфатные цементы	Классическое препарирование по Блеку	Изолирующие или базовые прокладки	1. Гибридные, пакуемые композиты, ормокеры	Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)	В случае, если переустановка пломбы (расположенной в границах по «Модифицированной классификации кариозных поражений по локализации (по Блеку) - Класс I) происходит у пациента чаще, чем 1 раз в год, необходима консультация врача-стоматолога-ортопеда.

		2. Композиты химического отверждения	Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)		2. Вкладки (цельнолитые, керамические)	Согласно алгоритму в зависимости от вида вкладки	ИРОПЗ = 0,4-0,5 В случае, если переустановка пломбы (расположенной в границах по «Модифицированной классификации кариозных поражений по локализации (по Блеку) - Класс I) происходит у пациента чаще, чем 1 раз в год, необходима консультация врача-стоматолога-ортопеда.
		3. Амальгама	Классическое препарирование по Блеку				В случае, если переустановка пломбы (расположенной в границах по «Модифицированной классификации кариозных поражений по локализации (по Блеку) - Класс I) происходит у пациента чаще, чем 1 раз в год, необходима консультация врача-стоматолога-ортопеда.

	отсутствие проекции окклюзионных контактов в на кариозную полость	1. Фосфатные цементы	Классическое препарирование по Блеку		1. Компомеры	Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)	Изолирующие или базовые прокладки («сэндвич» – техника) В случае, если переустановка пломбы (расположенной в границах по «Модифицированной классификации кариозных поражений по локализации (по Блеку) - Класс I) происходит у пациента чаще, чем 1 раз в год, необходима консультация врача-стоматолога-ортопеда.
--	---	----------------------	--------------------------------------	--	--------------	---	---

		2.Полика бокситные цементы	Классическое препарирование по Блеку		2.Композит повышенной текучести		Базовая прокладка (двухслойная техника). В случае, если переустановка пломбы (расположенной в границах по «Модифицированной классификации кариозных поражений по локализации (по Блеку) - Класс I) происходит у пациента чаще, чем 1 раз в год, необходима консультация врача- стоматолога -ортопеда.
--	--	----------------------------------	--	--	---------------------------------------	--	---

		3. Стекло- иономерн ые цементы + КОМПОЗИТ	<i>Модифици рованное препариро вание</i>	Изолирующ ие или базовые прокладки (двухслойна я техника) + пломба			В случае, если переустанов ка пломбы (расположен ной в границах по «Модифици рованной классификац ии кариозных поражений по локализации (по Блеку) - Класс I) происходит у пациента чаще, чем 1 раз в год, необходима консультаци я врача- стоматолога -ортопеда.
--	--	---	--	--	--	--	--

	труднодоступные полости	1. Стеклоиономерные цементы	Классическое препарирование по Блеку	Изолирующее или базовые прокладки (двухслойная техника)			В случае, если переустановка пломбы (расположенной в границах по «Модифицированной классификации кариозных поражений по локализации (по Блеку) - Класс I) происходит у пациента чаще, чем 1 раз в год, необходима консультация врача-стоматолога-ортопеда.
	ИРОПЗ = 0,5-0,8	1. Искусственные коронки (без облицовки),	Согласно алгоритму в зависимости от вида коронки	Кроме премоляров в/ч и 1-х премоляров н/ч	1. Искусственные коронки с облицовкой	Согласно алгоритму в зависимости от вида коронки	
		2. Искусственные коронки с облицовкой	Согласно алгоритму в зависимости от вида коронки	На премоляры в/ч и 1-е премоляры н/ч			

Классы по Блеку	Полость	Базовая помощь			Рекомендательные методы		
		Материал	Особенности препарирования	Примечания	Материал	Особенности препарирования	Примечания
класс II	любая	1. Фосфатные цементы		Изолирующие или базовые прокладки	1. Композиты повышенной текучести	Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)	Базовые прокладки; методика «закрытого» сэндвича
		2. Амальгама	Классическое препарирование		2. Компомеры	Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)	
		3. Композиты химического отверждения	модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)		3. Гибридные светоотверждаемые композиты	Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)	
		4. Стеклоиономерные цементы	Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)	Для пломбирования преддесневой части полости	4. Пакуемые композиты	Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)	
					5. Ормомеры	Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)	

					6. Вкладки (цельнолитые, керамические)	Согласно алгоритму в зависимости от вида вкладки	ИРОПЗ = 0,4-0,5
ИРОПЗ = 0,5-0,8	1. Искусственные коронки (без облицовки),	Согласно алгоритму в зависимости от вида коронки	Кроме премоляров на в/ч и 1-х премоляров на н/ч	1. Искусственные коронки с облицовкой	Согласно алгоритму в зависимости от вида коронки		
	2. Искусственные коронки с облицовкой	Согласно алгоритму в зависимости от вида коронки	На премоляры в/ч и 1-е премоляры н/ч				

Классы по Блеку	Полость	Базовая помощь			Рекомендательные методы		
		Материал	Особенности препарирования	Примечания	Материал	Особенности препарирования	Примечания
класс III	любая	1. Фосфатные цементы		Изолирующие или базовые прокладки	1. Компомеры	Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)	
		2. Силикатные цементы	Классическое препарирование по Блеку		2. Гибридные светоотверждаемые композиты	Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)	
		3. Поликарбонаты	Классическое препарирование по Блеку		3. Микрогибридные светоотверждаемые композиты	Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)	
		4. Композиты химического отверждения	Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)		4. Композиты повышенной текучести	Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)	

		5. Стекло- иономерн ые цементы	Классич еское препари рование по Блеку				
--	--	--	---	--	--	--	--

Классы по Блеку	Полость	Базовая помощь			Рекомендательные методы		
		Материал	Особенности препарирования	Примечания	Материал	Особенности препарирования	Примечания
класс IV	любая	1. Фосфатные цементы		Изолирующие прокладки	1. Компомеры		Базовые прокладки
		2. Стеклоиономерные цементы		Базовые прокладки	2. Гибридные светоотверждаемые композиты	Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)	
		3. Композиты химического отверждения	Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)		3. Микрогибридные светоотверждаемые композиты	Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)	
					4. Композиты повышенной текучести		Базовые прокладки

Классы по Блеку	Полость	Базовая помощь			Рекомендательные методы		
		Материал	Особенности препарирования	Примечания	Материал	Особенности препарирования	Примечания
класс V	любая	1. Фосфатные цементы		Изолирующие прокладки			
		2. Стеклоиономерные цементы	Классическое препарирование по Блеку		1. Композиты повышенной текучести	Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)	
		3. Поликарбонатные цементы	Классическое препарирование по Блеку		2. Компомеры	Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)	
		4. Композиты химического отверждения	Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)		3. Гибридные светоотверждаемые композиты	Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)	
		5. Амальгама	Классическое препарирование по Блеку		4. Микрогибридные светоотверждаемые композиты	Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)	

					5. Ормокер ы	Модифици рован ное препариро вание (не требующее создания ящико- образной полости)	
					6. Вкладки цельноли тые	Согласно алгоритму	В случае расположен ия кламмера съемного протеза в данной области

Классы по Блеку	Полость	Базовая помощь			Рекомендательные методы		
		Материал	Особенности препарирования	Примечания	Материал	Особенности препарирования	Примечания
класс VI	любая	1. Гибридные светоотверждаемые композиты	Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)		1. Пакуемые композиты	Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)	
		2. Микрогибридные светоотверждаемые композиты	Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)		2. Ормомеры	Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости)	

ИРОПЗ (индекс разрушения окклюзионной поверхности зуб") - представляет собой соотношение размеров площади "полость-пломба" к жевательной поверхности зуба. (Миликевич В. Ю., 1984.)

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Алыниц А.М. Пломбирование кариозных полостей вкладками. — М.: Медицина, 1969.
2. Базин А.К. Эпидемиология и комплексная профилактика кариеса зубов у детей аграрных и промышленных районов Новосибирской области: Дис. ... к. м. н. — Новосибирск, 2003.
3. Биденко Н.В. Стеклоиономерные цементы в стоматологии. — К.: Книга плюс, 1999.
4. Большаков Г.В. Подготовка зубов к пломбированию и протезированию. — М.: Медицина, 1983.
5. Борисенко А.В., Неспрядько В.П. Композиционные пломбировочные и облицовочные материалы в стоматологии. — К.: Книга плюс, 2002.
6. Боровский Е.В. Кариес зубов: препарирование и пломбирование. — М.: АО «Стоматология», 2001.
7. Боровский Е.В., Леус П.А. Кариес зубов. — М.: Медицина, 1979.
8. Боянов Б., Христов Т. Микропротезирование: Пер. с болг. — София: Медицина и физкультура, 1962.
9. Вайнштейн Б.Р., Городецкий Ш.И. Пломбирование зубов литыми вкладками. — М., 1961.
10. Владимирова И.Ю. Повышение эффективности лечения кариеса зубов у больных с сахарным диабетом с применением сверхсверхэластичных материалов: Дис. ... к. м. н. — Новосибирск, 2003.
11. Грохольский А.П., Центило Т.Д., Заноздра Л.Н., Гирина Е.В. Реставрация разрушенных коронок зубов современными пломбировочными материалами. — К.: УМК КМАПО, 2001.
12. Грошиков М.И. Профилактика и лечение кариеса зубов. — М.: Медицина, 1980.
13. Дзюба О.Н. Клинико-экспериментальное обоснование причин развития и профилактики гиперестезии при использовании композитных материалов: Дис. ... к. м. н. — Екатеринбург, 2003.

14. Золотова Л.Ю. Оценка степени минерализации дентина и факторов, влияющих на этот процесс в динамике лечения кариеса у лиц с различным уровнем резистентности зубов: Дис. ... к. м. н. — Омск, 2003.
15. Иоффе Е. // Новое в стоматологии. Специальный выпуск. — 1997. — № 3. — С. 139.
16. Иоффе Е. // Новое в стоматологии. — 1998. — № 1. — С. 22.
17. Копейкин В.Н., Миргазизов М.З., Малый А.Ю. Ошибки в ортопедической стоматологии: Профессиональные и медико-правовые аспекты — 2-е изд, перераб. и доп. — М.: Медицина, 2002.
18. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. Учебное пособие. — «Поли Медиа Пресс», 2001.
19. Ландинова Е.В. Повышение эффективности лечения кариеса дентина у пациентов с декомпенсированной формой заболевания: Дис ... к. м. н. — Омск, 2004.
20. Леманн К.М., Хельвиг Э. Основы терапевтической и ортопедической стоматологии: Пер. с нем. — Львов: ГалДент, 1999.
21. Леонтьев В.К. Шевыроногов В.З., Чекмезова И.В. // Стоматология, — 1983. — № 5. — С. 7-10.
22. Лукиных Л.М. Лечение и профилактика кариеса зубов. — Н. Новгород: НГМА, 1999.
23. Макеева И.М. Восстановление зубов светоотверждаемыми композитными материалами. — М.: Стоматология, 1997.
24. Максимовский Ю.М., Фурлянд Д.Г. // Новое в стоматологии. — 2001.— № 2. — С. 3—11.
25. **Малый** А.Ю. Медико-правовое обоснование врачебных стандартов оказания медицинской помощи в клинике ортопедической стоматологии: Дис. ... д. м. н. — М., 2001.
26. Марусов И.В., Мишнев Л.М., Соловьева А.М. Справочник врача-стоматолога по лекарственным препаратам — 2002.

27. Миликевич В.Ю. Профилактика осложнений при дефектах коронок жевательных зубов и зубных рядов: Дис. ... к. м. н. — М., 1984.
28. МКБ-С: Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10: Пер. с англ. / ВОЗ: Науч. ред. А.Г. Колесник — 3-е изд. — М.: Медицина, 1997. — VIII.
29. Николишин А.К. Современные композиционные пломбировочные материалы. — Полтава, 1996.
30. Номенклатура работ и услуг в здравоохранении. Утверждена Минздравсоцразвития 12 июля 2004 г. -М.: Ньюдиамед, 2004.
31. Овруцкий Г.Д., Леонтьев В.К. Кариес зубов. — М.: Медицина, 1986.
32. Пахомов Г.Н. Первичная профилактика в стоматологии. — М.: Медицина, 1982.
33. Радлинский С. // ДентАрт. — 1996. — № 4. -С. 22—29.
34. Радлинский С. // Там же. — 1998. - № 3. -С. 29—40.
35. Рубин Л.Р. Электроодонтодиагностика. — М.: Медицина, 1976.
36. Руководство по ортопедической стоматологии / Под ред. В.Н. Копейкина. — М., Медицина. — 1993.
37. Рыбаков А.И. Ошибки и осложнения в терапевтической стоматологии. — М.: Медицина, 1966.
38. Сальников А.Н. Профилактика осложнений после протезирования концевых дефектов зубных рядов: Дис. ... к. м. н. — М., 1991.
39. Справочник по стоматологии / Под ред. В.М. Безрукова. — М.: Медицина, 1998.
40. Стоматологическая заболеваемость населения России / Под ред. проф. Э.М. Кузьминой. — М.: Информэлектро, 1999,
41. Терапевтическая стоматология: Учебник / Под ред. Ю.М. Максимовского. — М.: Медицина, 2002.

42. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов / Под ред. Е.В. Боровского. — М.: «Медицинское информационное агентство», 2004.
43. Devis E.L., Jount R.B. // Dent. Res. — 1996. -Vol. 65. — P. 149—156.
44. Duke E.S. // Dent Clin. North Am. - 1993 -Vol. 37. — P. 329—337.
45. Eick J.D., Robinson S.I. // Quintessence Int. — 1993. -Vol. 24.— P. 572—579.
46. Fusayma T. // Ester. Dent. — 1990. — Vol. 2. -P. 95—99.
47. Hugo B., Stassinakis A., Hotz P., Klaiber B. // Новое в стоматологии. — 2001. — № 2. — С. 20—26.
48. Hunt P. R. Micro-conservative restorations for approximal carious lesions //J. Amer. Dent. Assoc. — 1990. — Vol. 120. — P. 37.
49. Jenkins J.M. The physiology and biochemistry of the mouth. 4th ed /- Oxford, 1978. — 600 p.
50. Joffe E. // Новое в стоматологии. — 1995. — № 6. — С. 24—26.
51. Narisawa K., Narisawa K. // Стоматологический сборник. — 1994. — № 10—11. — С. 17-22.
52. Smith D.C. // Квинтэссенция. — 1995. — № 5/6. -С. 25—44.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ) ПРИ ДИАГНОЗЕ ПЕРИОСТИТ

*Утверждены Постановлением № 14 Совета Ассоциации общественных объединений
«Стоматологическая ассоциация России» от 24 апреля 2018 года*

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Периостит» разработаны Федеральным государственным бюджетным учреждением «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России) (Вагнер В.Д., Смирнова Л.Е., Семкин В.А., Измайлова З.М., Ашуев Ж.А.).

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Периостит» предназначены для применения в системе здравоохранения Российской Федерации.

II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем протоколе использованы ссылки на следующие документы:

- Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ.
- Постановление Правительства Российской Федерации «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» от 05.ноября 1997 г. № 1387 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).
- Постановление Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» от 26 октября 2012 г. № 1074.
- Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» от 7 декабря 2011 г. №1496н.
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 г. № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»

III. ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящих клинических рекомендациях использованы следующие обозначения и сокращения:

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем Всемирной организации здравоохранения десятого пересмотра.

МКБ–С – Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10.

IV. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Периостит» разработаны для решения следующих задач:

- установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных с периоститом;
- унификация разработки базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным с периоститом;
- обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинской организации.

Область распространения настоящих клинических рекомендаций — медицинские организации всех уровней и организационно-правовых форм, оказывающие медицинскую стоматологическую помощь.

В настоящем документе используется шкала убедительности доказательств данных:

А) Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению.

В) Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение.

С) Достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендаций, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

Д) Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения в определенных условиях данного лекарственного средства, материала, метода, технологии.

Е) Веские отрицательные доказательства: имеются достаточно убедительные доказательства того, чтобы исключить лекарственное средство, метод, методику из рекомендаций.

Доказательства разделяются на несколько уровней:

А. Доказательства, полученные в проспективных, но не рандомизированных исследованиях.

В. Доказательства, полученные в больших проспективных, но не рандомизированных исследованиях.

С. Доказательства, полученные в ретроспективных не рандомизированных исследованиях на большой группе.

Д. Доказательства, полученные в исследованиях на ограниченном числе больных.

Е. Доказательства, полученные на отдельных больных.

V. ВЕДЕНИЕ ПРОТОКОЛА

Ведение Клинических рекомендаций (протокола лечения) «Периостит» осуществляется ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России и ГБОУ ВПО «МГМСУ им А.И. Евдокимова» Минздрава России. Система ведения предусматривает их взаимодействие со всеми заинтересованными организациями.

VI. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

Периостит челюстей развивается в результате обострения хронического воспалительного процесса в периодонте. Вследствие резорбции кости при хроническом периодонтите инфекция из тканей периодонта проникает в надкостницу. Периостит челюсти является наиболее частым осложнением одонтогенной инфекции, составляя от 20 до 40% от их общего числа.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Периостит – это острое или хроническое воспаление периоста (надкостницы), при котором зона первичного инфекционно-воспалительного процесса в челюсти ограничена пределами пародонта пораженного зуба. Периостит характеризуется распространением воспалительного процесса на надкостницу альвеолярного отростка и тела верхней челюсти и альвеолярной части и тела нижней челюсти.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЕРИОСТИТА

Клинические проявления периостита челюсти могут быть разнообразными и зависят от этиологических и патогенетических факторов, локализации и протяженности воспалительного процесса. Чаще поражается надкостница с вестибулярной поверхности челюстей, однако возможно ее поражение с язычной стороны нижней челюсти.

По клиническому течению различают острый и хронический периостит, при этом острый периостит может быть серозным и гнойным. Серозный периостит рассматривают как реактивный воспалительный процесс в надкостнице, который сопутствует обострившемуся хроническому периодонтиту. При гнойном периостите экссудат из воспаленного периодонта может проникать под надкостницу через фолькмановские и гаверсовы каналы, по лимфатическим сосудам или через ранее образовавшуюся узуру в стенке лунки зуба.

Различают простой и оссифицирующий хронический периостит, а также его рарефицирующую форму. При простом хроническом периостите вновь образованная остеонидная ткань после лечения подвергается обратному развитию, при оссифицирующей форме – оссификация кости развивается в ранних стадиях заболевания и заканчивается чаще всего гиперостозом. Рарефицирующий периостит характеризуется выраженными резорбтивными явлениями и перестройкой костных структур.

Острый периостит:

Общее состояние	Удовлетворительное или средней степени тяжести. Температура тела повышена до 37,5—38,0°C, но может достигать 38,5—39,0°C. В результате интоксикации развиваются общая слабость, разбитость, потеря аппетита, бессонница.
Жалобы	Боль, припухлость мягких тканей лица, нарушение общего самочувствия, болезненное открывание рта.
Внешний осмотр	Выраженный отек окологлазничных мягких тканей. Локализация и распространение отека зависит от расположения очага источника инфекции. Припухлость щечной, скуловой, подглазничной и околоушной областей, доходящая до ушной раковины. Иногда припухлость распространяется на нижнее веко, носогубную складку, поднижнечелюстную область. Кожные покровы не изменены, кожа в складку собирается. Необходимо проводить дифференциальную диагностику острого периостита с абсцессом и флегмоной. При абсцессе и флегмоне отмечается гиперемия, напряжение кожных покровов, кожа в складку не собирается. При периостите отек ограничен одной анатомической областью, при абсцессе вовлечены до 2 смежных областей, а при флегмоне вовлечены 3 и более областей.
Рентгенограмма	На рентгенограмме отмечается расширение периодонтальной щели причинного зуба, наличие очагов деструкции костной ткани в области корней зубов. При травме зубов и челюстей (вывих или перелом зуба, перелом челюсти) визуализируется линия перелома, изменение положения зуба.
Пальпация	Пальпация тканей пораженной области болезненна/резко болезненна. При пальпации региональных лимфоузлов соответствующей области отмечается их увеличение и болезненность. Переходная складка области поражения сглажена, резко болезненна при пальпации, в центре инфильтрата определяется флюктуация. Инфильтрат при периостите имеет ограниченный характер, в то время как обширный, разлитой инфильтрат может свидетельствовать о развитии флегмоны.
Осмотр рта	В преддверии полости рта при остром периостите наблюдаются гиперемия и отек слизистой оболочки альвеолярного отростка (части) переходной складки и щеки на протяжении 3-5 зубов. При серозной стадии острого периостита переходная складка за счет воспалительной инфильтрации уплощается и сглаживается, при пальпации отмечается болезненность. Дальнейшее развитие воспалительного процесса приводит к гнойной стадии периостита. По переходной складке возникает ограниченная припухлость в виде валика, покрытая слизистой оболочкой. При гнойной стадии гной нередко просвечивает через нее, придавая слизистой оболочке желтоватый цвет, при пальпации четко определяются флюктуация. При локализации процесса на верхней челюсти с небной стороны альвеолярного отростка внешних изменений нет, во рту определяется болезненное выбухание на небе, которое приобретает полушаровидную или овальную форму. При локализации процесса в области челюстно-язычной складки, наблюдается отек небно-язычной и небно-глоточной дужек. Движения языка становятся затрудненными и болезненными, появляются ограничение и болезненность при открывании рта. Зуб, возле которого развивается патологический процесс, разрушенный, депульпированный или запломбированный, его перкуссия резко болезненная. Отмечается патологическая подвижность причинных зубов. Может отмечаться

	гноетечение из-под десны.
Исход	Консервативное лечение острого серозного периостита в большинстве случаев заканчивается выздоровлением. Однако серозная стадия может перейти в гнойную и в этих случаях требуется хирургическое лечение (периостотомия, в некоторых случаях удаление причинного зуба). При своевременном обращении пациента за врачебной помощью и правильно проведенном лечении исход острого гнойного периостита челюсти заканчивается выздоровлением. Через 3-5 суток больные становятся трудоспособными. Отсутствие адекватного лечения, самолечение или осложненное общесоматическое состояние здоровья пациента могут быть причиной прогрессирования воспалительного процесса, распространения гнойного экссудата в кость с развитием острого остеомиелита челюсти или в околочелюстные мягкие ткани с образованием абсцесса или флегмоны. В этих ситуациях требуется лечение больного в условиях стационара.

Хронический периостит:

Общее состояние	Общее состояние больного удовлетворительное. Температурная реакция тела отсутствует, иногда субфебрильная температура.
Жалобы	На боль и ограниченное уплотнение в области переходной складки.
Внешний осмотр	При хроническом периостите процесс чаще локализуется на нижней челюсти. Кожные покровы не изменены.
Рентгенограмма	На рентгенограмме по нижнему краю челюсти удается выявить дополнительную тень оссифицированной надкостницы. В дальнейшем она уплотняется и становится толще. Во вновь образованной костной ткани начинается процесс перестройки, и она приобретает выраженную трабекулярную структуру. Рарефицирующий периостит характеризуется очагом остеопороза костной ткани с довольно четкими границами. Костная ткань замещается фиброзной. Зубы, входящие в патологический очаг, интактные.
Пальпация	Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, уплотнены, при пальпации безболезненны.
Осмотр рта	Рот открывается свободно. В преддверии рта при хроническом периостите пальпаторно определяется ограниченный уплотненный участок в области переходной складки, округлой формы, слабо болезненный, с гладкой поверхностью. Мягкие ткани, которые прилегают к очагу поражения, имеют слабовыраженную воспалительную инфильтрацию. Зуб, возле которого развивается патологический процесс, разрушенный, депульпированный или запломбированный, перкуссия малоболезненная или безболезненная. Возможна патологическая подвижность причинного зуба.
Исход	При адекватно проведенном лечении хронического периостита воспалительные процессы стихают на 3-5 день. При длительном течении хронического пролиферативного воспалительного процесса происходит развитие хронического гиперпластического остеомиелита.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРИОСТИТА

В классификации ВОЗ (10-й пересмотр) периостит включен в рубрику K10.2 Воспалительные заболевания челюстей.

K10.22 Периостит челюсти

K10.23 Хронический периостит челюсти

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИОСТИТА

Диагностика периостита производится путем сбора жалоб и анамнеза,

клинического осмотра и дополнительных методов обследования.

Главная задача при диагностике заключается в определении модели, распространенности, тяжести и характера течения периостита, выявлении эндогенных и экзогенных факторов. Проведение тщательной диагностики осуществляется врачом-стоматологом-хирургом с привлечением при необходимости других специалистов стоматологического профиля. В зависимости от поставленного диагноза составляется комплексный план лечения пациента.

Кроме того, диагностика дополнительно должна быть направлена на выявление факторов, которые препятствуют немедленному началу амбулаторного лечения. Такими факторами могут быть:

- наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых для лечения;
- сопутствующие заболевания, отягощающие лечение;
- острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;
- угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения), развившиеся менее чем за 6 месяцев до момента обращения за данной стоматологической помощью и другие тяжелые общесоматические состояния;
- отказ пациента от лечения.

Дополнительными методами обследования являются рентгенологическое исследование, лабораторные исследования крови, функциональные, микробиологические и при хроническом периостите морфологические исследования.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПЕРИОСТИТА

Принципы лечения больных с периоститом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;
- предупреждение развития острых одонтогенных воспалительных патологических процессов в околозубных и околочелюстных тканях;
- выявление и устранение причины заболевания;
- сохранение и восстановление функциональной способности всей зубочелюстной системы;
- устранение возникших осложнений патологического процесса;
- повышение качества жизни пациентов.

Комплекс лечебных мероприятий проводят преимущественно в условиях поликлиники. Принимают во внимание выраженность воспалительных явлений, общую и местную картину заболевания, а также рентгенологические данные.

В первую очередь необходимо ликвидировать острые воспалительные явления.

Оперативное вмешательство по поводу периостита проводят под местным обезболиванием – проводниковой или инфильтрационной анестезией. По показаниям пациентам проводят операцию под наркозом.

В начальной стадии острого периостита челюсти (острый серозный периостит) лечение можно начать с вскрытия полости зуба, удаления распада из канала и создания условий для оттока. В тех случаях, когда консервативное лечение зуба невозможно или зуб не представляет функциональной ценности проводят его удаление. Одновременно назначают общую медикаментозную терапию (антибактериальные, противовоспалительные, десенсибилизирующие препараты) Эти лечебные мероприятия могут способствовать стиханию воспалительных явлений. В случае усиления болевых ощущений, дальнейшего распространения воспаления, ухудшения состояния пациента и перехода процесса в другую стадию (острый гнойный периостит) проводят разрез по переходной складке до кости на протяжении всего инфильтрата с установкой дренажа. В тех случаях, когда происходит нарастание гнойного воспалительного процесса после периостотомии и вскрытия причинного зуба решается вопрос о его удалении.

Лечение хронического периостита начинают с выявления причинного зуба, его санации (лечение каналов или удаление). Далее под местной анестезией проводится разрез

надкостницы, удаление грануляционных разрастаний, дренирование раны.

Перевязку проводят на 2-й день после операции. При осмотре и опросе определяют степень стихания воспалительных явлений и в зависимости от этого назначают дополнительное лечение. При перевязках проводят местное лечение раны: замена или удаление дренажа, промывание раны антисептическими растворами.

При периостите челюсти для более быстрого прекращения воспалительных явлений на 2-3 день после вскрытия очага возможно назначение физических методов лечения: светолечение (соллюкс-лампа), теплые ванночки из антисептических или дезодорирующих растворов, УВЧ, СВЧ, флюктуоризацию, лазерную терапию гелий-неоновыми лучами, магнитотерапию.

В большинстве случаев воспалительные явления быстро (через 2-3 суток) идут на убыль.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПЕРИОСТИТОМ

Лечение пациентов с периоститом проводится в стоматологических медицинских организациях в амбулаторно-поликлинических условиях. Перечень оборудования, стоматологических материалов и инструментов, необходимых для работы врача, представлены в Приложении 1.

Оказание помощи больным с периоститом осуществляется в основном врачами-стоматологами-хирургами, челюстно-лицевыми хирургами и врачами-стоматологами общей практики или зубными врачами. В процессе оказания помощи принимает участие врач-физиотерапевт и средний медицинский персонал. Перед медицинским вмешательством следует получить информированное добровольное согласие пациента (Приложение 3). Лечение пациентов с отягощенным аллергическим анамнезом и с сопутствующей общесоматической патологией проводится челюстно-лицевыми хирургами в условиях стационара. При необходимости обеспечивается наблюдение врача-анестезиолога, реаниматолога, консультации врачей других специальностей в зависимости от общих заболеваний пациента.

V11. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ ПРОТОКОЛА

7.1. Модель пациента

Нозологическая форма: периостит челюсти

Стадия: острая

Фаза: серозная

Осложнение: без осложнений.

Код по МКБ-С: K10.22

7.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- острая боль разлитая в челюсти, иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва (при небном абсцессе болезненность при глотании);
- возможно повышение температуры тела, общее недомогание;
- изменение конфигурации лица за счет коллатерального отека мягких тканей в области причинного зуба;
- кожные покровы не изменены, в складку собираются;
- увеличенные и болезненные лимфатические узлы области, соответствующей возникновению воспаления;
- возможно затруднение открывания рта;
- гиперемия, отек по переходной складке.

7.1.2. Порядок включения пациента в протокол

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.1.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Наименование медицинской услуги	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости	1

	рта	
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A02.30.001	Термометрия общая	По потребности
V01.064.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	1
V01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	1
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	1
A06.07.004	Ортопантомография	по потребности
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	по потребности
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	1
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	1
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	1
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.1.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, выявление причины заболевания, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению, планирование возможного лечения «причинного» зуба.

С этой целью производят сбор жалоб и анамнеза, осмотр рта и зубов, рентгенологическое или радиовизиографическое исследование, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/У)

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб, аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний.

Выясняют осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта. Четко выявляют жалобы, а также характер появления боли и дискомфорт в области причинного сегмента. Определяют давность возникновения заболевания, проведенное ранее лечение или его отсутствие.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре челюстно-лицевой области обращают внимание на конфигурацию лица, цвет и состояние кожных покровов, локализацию и распространение отека мягких тканей. Проводят пальпацию регионарных лимфатических узлов, жевательных мышц, слюнных желез и височно-нижнечелюстного сустава. Оценивают степень открывания рта и болезненность.

При остром серозном периостите альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти с вестибулярной стороны в области окружающих челюсть мягких тканей появляется воспалительный отек. Его локализация и распространение зависят от зуба, явившегося источником инфекции. Может отмечаться припухлость щечной, подглазничной, скуловой и околоушной областей, доходящая до ушной раковины. Иногда припухлость распространяется на нижнее веко, носогубную складку, поднижнечелюстную область. При локализации воспалительного процесса с небной стороны на верхней челюсти или с язычной стороны нижней челюсти изменений на лице нет.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов. Детально обследуют причинный сегмент, появление боли в области причинного зуба. При периостите от тепловой пробы боль усиливается, а при воздействии холода на некоторое время стихает. Оценивают необходимость удаления или лечения причинного зуба. Оценивают воспалительные изменения слизистой оболочки по переходной складке. Определяют гигиенический индекс и пародонтологический по потребности.

В качестве дополнительного метода исследования используют рентгенологический метод исследования.

7.1.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Наименование медицинской услуги	Кратность выполнения
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта	1
A15.07.002	Наложение повязки при операциях на органах полости рта	По потребности
A16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани	По потребности
A16.07.001	Удаление зуба	По потребности
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.005	Магнитотерапия при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта	По потребности
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.009	Воздействие электрическими полями (КВЧ) при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.011	Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.012	Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.013	Воздействие магнитными полями при патологии полости рта и зубов	По потребности
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	1
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях	1

	рта и зубов	
A16.07.014	Дренирование абсцесса полости рта и зубов	1
V01.003.004.004	Аппликационная анестезия	По потребности
V01.003.004.002	Проводниковая анестезия	По потребности
V01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	По потребности
V01.065.002	Осмотр (консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	1
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности
V01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	1

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.1.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь при остром периостите предполагает проведение экстренных мероприятий, направленных на устранение или снижение воспаления (вскрытие или удаление причинного зуба). Дальнейшее лечение в плановом порядке.

Алгоритм проведения лечебных вмешательств с учетом характера и локализации воспалительного процесса

В начальной стадии острого периостита челюсти (острый серозный периостит) проводят терапевтическое лечение причинного зуба/зубов и консервативную лекарственную терапию. Назначают антибактериальные препараты следующих групп: пенициллины, фторхинолоны, цефалоспорины, макролиды, линкозамиды, тетрациклины. Антибактериальную терапию назначают индивидуально, исходя из общесоматического состояния пациента. Обязательно назначение антибиотикотерапии пациентам с сопутствующими заболеваниями (сердечно-сосудистой системы, иммунной системы, с онкологическими заболеваниями, пациентам преклонного возраста и т.д.). В случае сохранения или дальнейшего распространения воспалительного процесса, усиления болевых ощущений проводят хирургическое вмешательство (периостотомию и, возможно, удаление причинного зуба). Рану дренируют. Повторное посещение назначают на следующий день, оценивают характер выделений из послеоперационной раны. При уменьшении болевого симптома, отсутствии гнойного отделяемого из раны дренаж удаляют, рану промывают антисептическими растворами.

Алгоритм проведения операций при периостите представлен в Приложении 2.

Послеоперационный уход:

- антибактериальные препараты: пенициллины, фторхинолоны, цефалоспорины, макролиды, линкозамиды, тетрациклины;
- нестероидные противовоспалительные препараты;
- антигистаминные препараты;
- антисептические ротовые ванночки;
- полоскания рта гипертоническим раствором (водный раствор соды, соли);
- соблюдение гигиены полости рта;
- препараты кальция;
- витамины;
- в день хирургического вмешательства воздержаться на 2-3 часа от приема пищи, избегать перегрева организма, ограничить физические нагрузки, прикладывать лед на щеку со стороны вмешательства по 10-20 минут с перерывами в 30 минут в течение первых суток после операции.

Алгоритм операции удаления причинного зуба представлен в Приложении 2

Алгоритм проведения физиотерапевтических процедур

При периостите челюсти для более быстрого прекращения воспалительных явлений на 2 - 3 сутки после вскрытия гнойника возможно назначение физических методов лечения: светолечение лампой-соллюкс, теплые ванночки из антисептических и дезодорирующих растворов, УВЧ, СВЧ, флюктуоризацию, лазерную терапию гелий-неоновыми лучами, магнитотерапию.

7.1.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Частота назначения
Противомикробные: антибиотики, сульфаниламиды, группа нитроимидазолов и т.д., антисептики (группа галогенов, окислители, кислоты и щелочи, спирты, фенолы, красители, дегти, смолы и т.д.).	По потребности
Местный анестетик	По потребности
Антигистаминные препараты	По потребности
Нестероидные противовоспалительные средства	По потребности
Органотропные средства Эубиотики	По потребности
Гормональные препараты	По потребности
Витаминные препараты	По потребности
Препараты кальция	По потребности

7.1.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Для местной анестезии используются преимущественно анестетики амидного ряда, реже – сложные эфиры. После разреза рану промывают антисептическими растворами.

Лекарственное лечение острого серозного периостита заключается в назначении антибактериальных препаратов перечисленных групп:

- полусинтетических пенициллинов (амоксциллин), цефалоспоринов второго-третьего поколения, макролидов, фторхинолонов, линкозамидов, тетрациклинов;
- антигистаминных препаратов;
- препаратов кальция;
- обезболивающих препаратов;
- витаминов (поливитамины, витамины С).

Повторный осмотр после вскрытия полости зуба проводят на следующий день. Проводят антисептическую обработку корневых каналов и оценивают динамику течения воспалительного процесса. Постоянное пломбирование корневых каналов проводят после стихания явлений периостита. В случае усиления болевых ощущений и дальнейшего распространения воспаления проводят периостотомию. Перевязку после хирургического вмешательства проводят на 2-й день после операции. При осмотре и опросе определяют динамику стихания воспалительных явлений и в зависимости от этого назначают дополнительное лечение. При перевязках проводят местное лечение раны: удаление или замена дренажа, промывание раны антисептическими растворами.

Органотропные средства

При периостите больному вместе с антибиотиками назначают пробиотики, нормализующие микрофлору кишечника.

Антисептические средства

Антисептические средства используются в виде полоскания, активные в отношении простейших, грамположительных и грамотрицательных бактерий, вирусов (применяют до 14 дней). Для полоскания рта используют также гипертонический раствор (сода, соль).

Анестетики, используемые для местной анестезии

В настоящее время для местной анестезии используют анестетики преимущественно амидной группы. Также еще используются ранее широко распространенные анестетики группы сложных эфиров (новокаин).

Для каждого оперативного вмешательства выбирать тот анестетик, который показан пациенту с точки зрения функционального состояния его организма, аллергологического анамнеза, наличия сопутствующих заболеваний и степени их компенсации, характера предстоящего вмешательства.

Противомикробные препараты для системного применения

Эти препараты назначают по строгим показаниям при прогрессировании воспалительного процесса, который ведет к развитию острого гнойного периостита, распространению гнойного экссудата в кость и развитию острого остеомиелита челюсти или в околочелюстные мягкие ткани с образованием абсцесса или флегмоны. Также назначаются при явлениях общей интоксикации, осложнениях после хирургического вмешательства.

Нестероидные противовоспалительные препараты

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) в большинстве своем — производные слабых органических кислот. К основным фармакодинамическим эффектам НПВС относятся противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее действие и антиагрегантное. Назначение препаратов в хирургической практике обусловлено их преимущественным анальгезирующим действием в первые сутки после хирургического вмешательства и выраженным противовоспалительным действием.

7.1.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Пациентам с острым серозным периоститом челюсти проводят неотложное лечение – вскрытие полости причинного зуба для создания оттока экссудата. Необходимо наблюдение за пациентом до полного стихания воспалительного процесса (стойкое нарушение трудоспособности), в среднем от 3 до 5 дней. Исключить тепловые процедуры (баня, горячие ванны и т.д.) и физические нагрузки.

7.1.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Пациенту рекомендуют явиться на следующий день на прием для осмотра после лечебных мероприятий, далее, в зависимости от необходимости проведения перевязок или следующего этапа лечения, график посещения назначают индивидуально в зависимости от течения воспалительного процесса. Требуется проведение 2 раза в год профилактических осмотров и гигиенических мероприятий.

7.1.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

После завершения хирургической процедуры не рекомендовано принимать пищу в течение двух часов. В день оперативного вмешательства следует избегать приема грубой, горячей пищи и не жевать на прооперированной стороне, не греть ее.

7.1.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Протокола

См. Приложение 3.

7.1.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

Подробные рекомендации приведены в алгоритмах к каждому виду вмешательства

7.1.14. Правила изменения требований при выполнении Протокола и прекращении действия требований протокола

При выявлении признаков другого заболевания наряду с периоститом, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этих клинических рекомендаций (протокола лечения), соответствующего периоститу;
- б) клинических рекомендаций протокола лечения с выявленным заболеванием или синдромом.

7.1.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация	90	Восстановление	После лечения	Оказание медицинской

функции		внешнего вида слизистой оболочки десневого края		помощи по протоколу периостита
Стабилизация	5	Отсутствие прогрессирования заболевания	После лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу периостита
Развитие осложнений, ятрогенных заболеваний	3	Появление новых поражений или осложнений, несмотря на проводимое лечение (например, рецидив, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	2	Воспалительный процесс переходит на следующую фазу – острый гнойный периостит, распространяется на кость (остеомиелит челюсти) или околочелюстные мягкие ткани с образованием абсцесса или флегмоны	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.1.16. Стоимостные характеристики Протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.2. Модель пациента

Нозологическая форма: периостит челюсти

Стадия: острая

Фаза: гнойная

Осложнение: без осложнений.

Код по МКБ-С: K10.22

7.2.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- боль разлитая в челюсти, иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва (при небном абсцессе болезненность при глотании);
- повышение температуры тела, общее недомогание;
- изменение конфигурации лица за счет коллатерального отека мягких тканей в области причинного зуба;
- кожные покровы не изменены, в складку собираются;
- увеличенные и болезненные лимфатические узлы области, соответствующей возникновению воспаления;
- возможно затруднение открывания рта;
- резко болезненная ограниченная припухлость в виде валика по переходной складке, переходная складка сглажена, определяется флюктуация, иногда гной просвечивается через слизистую оболочку.

7.2.2. Порядок включения пациента в протокол

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.2.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Наименование медицинской услуги	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта	1
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A02.30.001	Термометрия общая	По потребности
B01.064.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	1
B01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	1
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	1
A06.07.004	Ортопантомография	по потребности
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	по потребности
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	1
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	1
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	1
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.2.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, выявление причины заболевания, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению, планирование возможного лечения «причинного» зуба.

С этой целью производят сбор жалоб и анамнеза, осмотр рта и зубов, рентгенологическое или радиовизиографическое исследование, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/У)

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб, аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний.

Выясняют осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта. Четко выявляют жалобы, а также характер появления боли и дискомфорт в области причинного сегмента. Определяют давность возникновения заболевания, проведенное ранее лечение или его отсутствие.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре челюстно-лицевой области обращают внимание на конфигурацию лица, цвет и состояние кожных покровов, локализацию и распространение отека мягких тканей. Проводят пальпацию регионарных лимфатических узлов, жевательных мышц, слюнных желез и височно-нижнечелюстного сустава. Оценивают степень открывания рта и болезненность.

При остром гнойном периостите альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти с вестибулярной стороны в области окружающих челюсть мягких тканей появляется воспалительный отек. Его локализация и распространение зависят от зуба, явившегося источником инфекции. Отмечается припухлость щечной, подглазничной, скуловой и околоушной областей, доходящая до ушной раковины. Иногда припухлость распространяется на нижнее веко, носогубную складку, поднижнечелюстную область. При локализации воспалительного процесса с небной стороны верхней челюсти или с язычной стороны нижней челюсти изменений на лице нет.

При осмотре полости рта оценивают состояние зубных рядов. Детально обследуют причинный сегмент, появление боли в области причинного зуба. При периостите от тепловой пробы боль усиливается, а при воздействии холода на некоторое время стихает. Оценивают необходимость удаления или лечения причинного зуба. Оценивают воспалительные изменения слизистой оболочки по переходной складке. Определяют гигиенический индекс и пародонтологический по потребности.

В качестве дополнительного метода исследования используют рентгенологический метод исследования.

7.2.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Наименование медицинской услуги	Кратность выполнения
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта	1
A15.07.002	Наложение повязки при операциях на органах полости рта	По потребности
A16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани	1
A16.07.001	Удаление зуба	По потребности
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.005	Магнитотерапия при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта	По потребности
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.009	Воздействие электрическими полями (КВЧ) при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.011	Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.012	Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.013	Воздействие магнитными полями при патологии полости рта и зубов	По потребности

A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	1
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления	1
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	1
A16.07.014	Дренирование абсцесса полости рта и зубов	1
B01.065.002	Осмотр (консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	1
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности
B01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	1

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.2.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь при остром гнойном периостите предполагает проведение экстренных мероприятий, направленных на устранение или снижение воспаления (первичная хирургическая обработка гнойной раны, удаление зуба по показаниям). Дальнейшее лечение в плановом порядке.

Алгоритм проведения лечебных вмешательств с учетом характера и локализации воспалительного процесса

При остром гнойном периостите проводят терапевтическое лечение причинного зуба/зубов и консервативную лекарственную терапию (если причинный зуб не подлежит лечению или не представляет собой функциональной ценности его удаляют). Хирургическое вмешательство заключается в проведении разреза по переходной складке до кости на протяжении всего инфильтрата. Создают отток гною, промывают рану растворами антисептиков, устанавливают дренаж. Назначают антибактериальные препараты следующих групп: пенициллины, фторхинолоны, цефалоспорины, макролиды, линкозамиды, тетрациклины. Антибактериальную терапию назначают индивидуально, исходя из общесоматического состояния пациента. Обязательно назначение антибиотикотерапии пациентам с сопутствующими заболеваниями (сердечно-сосудистой системы, иммунной системы, с онкологическими заболеваниями, пациентам преклонного возраста и т.д.). Для полоскания рта используют гипертонический раствор (сода, соль), антисептические растворы. Повторное посещение назначают на следующий день, оценивают характер выделений из послеоперационной раны. При уменьшении болевого симптома, отсутствии гнойного отделяемого из раны дренаж удаляют, рану промывают антисептическими растворами. При сохранении гнойного экссудата из раны проводят ежедневную замену дренажа до прекращения выделений. В случае распространения воспалительного процесса на соседние области, усиления болевых ощущений, повышении температуры тела выше 39,0 градусов решается вопрос об удалении причинного зуба и направлении пациента на стационарное лечение.

Алгоритм проведения операций при периостите представлен в Приложении 2.

Послеоперационный уход:

- антибактериальные препараты: пенициллины, фторхинолоны, цефалоспорины, макролиды, линкозамиды, тетрациклины;
- нестероидные противовоспалительные препараты;
- антигистаминные препараты;
- антисептические ротовые ванночки;
- полоскания рта гипертоническим раствором (водный раствор соды, соли);
- соблюдение гигиены полости рта;
- препараты кальция;

- витамины;
- в день хирургического вмешательства воздержаться на 2-3 часа от приема пищи, избегать перегрева организма, ограничить физические нагрузки, прикладывать лед на щеку со стороны вмешательства по 10-20 минут с перерывами в 30 минут в течение первых суток после операции.

Алгоритм операции удаления причинного зуба представлен в Приложении 2

Алгоритм проведения физиотерапевтических процедур

При периостите челюсти для более быстрого прекращения воспалительных явлений на 2 - 3 сутки после вскрытия гнойника возможно назначение физических методов лечения: светолечение лампой-соллюкс, теплые ванночки из антисептических и дезодорирующих растворов, УВЧ, СВЧ, флюктуоризацию, лазерную терапию гелий-неоновыми лучами, магнитотерапию.

7.2.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Частота назначения
Противомикробные: антибиотики, сульфаниламиды, группа нитроимидазолов и т.д., антисептики (группа галогенов, окислители, кислоты и щелочи, спирты, фенолы, красители, дегти, смолы и т.д.).	По потребности
Местный анестетик	По потребности
Антигистаминные препараты	По потребности
Нестероидные противовоспалительные средства	По потребности
Органотропные средства Эубиотики	По потребности
Гормональные препараты	По потребности
Витаминные препараты	По потребности
Препараты кальция	По потребности

7.2.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Для местной анестезии используются преимущественно анестетики амидного ряда, реже – сложные эфиры. После разреза рану промывают антисептическими растворами.

Лекарственное лечение острого гнойного периостита заключается в назначении антибактериальных препаратов широкого спектра действия:

- полусинтетических пенициллинов (амоксциллин), цефалоспоринов второго-третьего поколения, макролидов, фторхинолонов, линкозамидов, тетрациклинов;
- антигистаминных препаратов;
- препаратов кальция;
- обезболивающих препаратов;
- витаминов (поливитамины, витамины С).

Перевязку проводят на 2-й день после операции. При осмотре и опросе определяют динамику стихания воспалительных явлений и в зависимости от этого назначают дополнительное лечение. При перевязках проводят местное лечение раны: удаление или замена дренажа, промывание раны антисептическими растворами.

Органотропные средства

При периостите больному вместе с антибиотиками назначают пробиотики, нормализующие микрофлору кишечника.

Антисептические средства

Антисептические средства используются в виде полоскания, активные в отношении простейших, грамположительных и грамотрицательных бактерий, вирусов (применяют до 14 дней). Для полоскания рта используют также гипертонический раствор (сода, соль).

Анестетики, используемые для местной анестезии

В настоящее время для местной анестезии используют анестетики преимущественно амидной группы. Также еще используются ранее широко распространенные анестетики

группы сложных эфиров (новокаин).

Для каждого оперативного вмешательства выбирать тот анестетик, который показан больному с точки зрения функционального состояния его организма, аллергологического анамнеза, наличия сопутствующих заболеваний и степени их компенсации, характера предстоящего вмешательства.

Противомикробные препараты для системного применения

Эти препараты назначают по строгим показаниям при прогрессировании воспалительного процесса, который ведет к распространению гнойного экссудата в кость и развитию острого остеомиелита челюсти или в околожелюстные мягкие ткани с образованием абсцесса или флегмоны. Также назначаются при явлениях общей интоксикации, осложнениях после хирургического вмешательства.

Нестероидные противовоспалительные препараты

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) в большинстве своем — производные слабых органических кислот. К основным фармакодинамическим эффектам НПВС относятся противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее действие и антиагрегантное. Назначение препаратов в хирургической практике обусловлено их преимущественным анальгезирующим действием в первые сутки после хирургического вмешательства и выраженным противовоспалительным действием.

7.2.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Пациентам с острым гнойным периоститом челюсти проводят неотложное хирургическое лечение – вскрытие гнойного поднадкостничного очага и создание оттока экссудата. Необходимо наблюдение за пациентом до полного стихания воспалительного процесса (стойкое нарушение трудоспособности), в среднем от 3 до 5 дней. Не перегревать организм. Исключить физические нагрузки. В случае распространения воспалительного процесса на соседние области, усилении болевого синдрома, повышении температуры тела выше 39,0 градусов пациент направляется на стационарное лечение.

7.2.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Пациенту рекомендуют явиться на следующий день на прием для осмотра после лечебных мероприятий, далее, в зависимости от необходимости проведения перевязок или следующего этапа лечения, график посещения назначают индивидуально в зависимости от течения воспалительного процесса. Требуется проведения 2 раза в год профилактических осмотров и гигиенических мероприятий.

7.2.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

После завершения хирургической процедуры не рекомендовано принимать пищу в течение двух часов. В день оперативного вмешательства следует избегать приема грубой, горячей пищи и не жевать на прооперированной стороне, не греть ее.

7.2.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Протокола

См. Приложение 3.

7.2.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

Подробные рекомендации приведены в алгоритмах к каждому виду вмешательства

7.2.14. Правила изменения требований при выполнении Протокола и прекращении действия требований протокола

При выявлении признаков другого заболевания наряду с периоститом, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этих клинических рекомендаций (протокола лечения), соответствующего периоститу;
- б) клинических рекомендаций протокола лечения с выявленным заболеванием или синдромом.

7.2.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения	Преимственность и этапность оказания
---------------------	------------------	---------------------	----------------------------------	--------------------------------------

	%		исхода	медицинской помощи
Компенсация функции	90	Восстановление внешнего вида слизистой оболочки десневого края	После лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу периостита
Стабилизация	5	Отсутствие прогрессирования заболевания	После лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу периостита
Развитие осложнений, ятрогенных заболеваний	3	Появление новых поражений или осложнений, несмотря на проводимое лечение (например, рецидив, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	2	Воспалительный процесс распространяется на кость (остеомиелит челюсти) или околочелюстные мягкие ткани с образованием абсцесса или флегмоны	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.2.16. Стоимостные характеристики Протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.3. Модель пациента

Нозологическая форма: хронический периостит челюсти

Стадия: любая

Фаза: любая

Осложнение: без осложнений.

Код по МКБ-С: K10.23

7.3.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- слабая боль, ноющего характера, периодическая;
- наличие одонтогенного патологического очага воспаления;
- конфигурация лица может быть не изменена, или присутствует незначительная асимметрия за счет инфильтрата по переходной складке;
- коллатеральный отек мягких тканей соответствующей области может быть не выражен;
- наличие в области переходной складки ограниченного уплотненного участка округлой формы с гладкой поверхностью, болезненного при пальпации, может отмечаться гиперемия;
- слабовыраженная воспалительная инфильтрация прилегающих мягких тканей;
- увеличение и уплотнение поднижнечелюстных лимфатических узлов, безболезненных при пальпации;
- на рентгенограмме выявляется дополнительная тень оссифицированной надкостницы.

7.3.2. Порядок включения пациента в протокол

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.3.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Наименование медицинской услуги	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта	1
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	1
A02.30.001	Термометрия общая	По потребности
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	1
A06.07.004	Ортопантомография	По потребности
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	1
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	1
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	1
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	1
A04.03.001	Ультразвуковое исследование костей	По потребности
A08.03.002	Гистологическое исследование препарата костной ткани	По потребности
A08.03.004	Цитологическое исследование препарата костной ткани	По потребности
A11.03.001	Биопсия кости	По потребности
V01.064.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	1
V01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	1

«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.3.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, выявление причины заболевания, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению, планирование возможного лечения «причинного» зуба.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, рентгенологическое или радиовизиографическое исследование, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/У).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб, аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний.

Выясняют осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта. Четко выявляют жалобы, а также характер появления боли и дискомфорт в области причинного сегмента. Определяют давность возникновения и динамику развития заболевания, проведенное ранее лечение или его отсутствие.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре челюстно-лицевой области обращают внимание на конфигурацию лица, цвет и состояние кожных покровов, локализацию и распространение отека мягких тканей.

При наружном осмотре изменение конфигурации лица незначительное или отсутствует. При хроническом периостите воспалительный процесс чаще появляется в надкостнице нижней челюсти и отличается местной воспалительной реакцией. Пальпаторно отмечается плотное безболезненное утолщение кости. Отмечается увеличение, уплотнение регионарных лимфоузлов, безболезненные или слабоболезненные. При пальпации по переходной складке отмечается утолщение надкостницы в области 4-5 зубов, слизистая оболочка над ней отечная, гиперемированная. Проводят пальпацию лимфатических узлов, жевательных мышц, слюнных желез и височно-нижнечелюстного сустава. Оценивают степень открывания рта и болезненность.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов. Детально обследуют причинный сегмент, появление боли в области причинного зуба, необходимость лечения или удаления причинного зуба.

Оценивают воспалительные изменения слизистой оболочки по переходной складке.

Определяют гигиенический индекс и пародонтологический (по потребности).

В качестве дополнительных методов обследования используют морфологический и рентгенологический методы исследования.

7.3.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Наименование медицинской услуги	Кратность выполнения
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта	1
A15.07.002	Наложение повязки при операциях на органах полости рта	По потребности
A16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани	По потребности
A16.07.001	Удаление зуба	По потребности
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.005	Магнитотерапия при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта	По потребности
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.009	Воздействие электрическими полями (КВЧ) при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.011	Воздействие токами ультравысокой частоты	По

	при патологии полости рта и зубов	потребности
A17.07.012	Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.013	Воздействие магнитными полями при патологии полости рта и зубов	По потребности
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	По потребности
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	1
V01.003.004.00 4	Аппликационная анестезия	По потребности
V01.003.004.00 2	Проводниковая анестезия	По потребности
V01.003.004.00 5	Инфильтрационная анестезия	По потребности
V01.065.002	Осмотр (консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	1
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности
V01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	1

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.3.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь при хроническом периостите предполагает проведение лечения или удаления причинного зуба, разрез надкостницы в области инфильтрата с удалением грануляционных тканей и дренирование раны.

Алгоритм проведения лечебных вмешательств

Алгоритм проведения лечения при хроническом периостите челюсти

Вскрывают поднадкостничный абсцесс из линии разреза или из лунки удаленного зуба.

Лечение рарефицирующего периостита заключается в проведении ревизии патологического очага после отслаивания трапециевидного слизисто-надкостничного лоскута, удалении организовавшейся гематомы. Интактные зубы сохраняют. Одновременно иссекают пролиферативно измененную часть надкостницы, а вновь образованную костную ткань удаляют костными кусачками, долотом, при помощи бормашины или физиодиспенсера. Удаляют избыточное костное образование на подлежащем кортикальном слое кости вместе с размягченными участками. Послеоперационную рану зашивают наглухо. В дальнейшем назначают антибактериальные препараты следующих групп: пенициллины, фторхинолоны, цефалоспорины, макролиды, линкозамиды, тетрациклины, а также сульфаниламиды, витаминотерапию. Антибактериальную терапию назначают индивидуально, исходя из общесоматического состояния пациента. Обязательно назначение антибиотикотерапии пациентам с сопутствующими заболеваниями (сердечно-сосудистой системы, иммунной системы, с онкологическими заболеваниями, пациентам преклонного возраста и т.д.). Используют электрофорез 1-2% раствора йодида калия.

Длительное течение хронического пролиферативного воспалительного процесса вызывает превращение молодой костной ткани в зрелую, высокосклерозированную, в результате чего воспалительный процесс заканчивается гиперостозом.

Послеоперационный уход:

- антибактериальные препараты: пенициллины, фторхинолоны, цефалоспорины, макролиды, линкозамиды, тетрациклины;
- нестероидные противовоспалительные препараты;
- антигистаминные препараты;
- антисептические ротовые ванночки;
- полоскания рта гипертоническим раствором (водный раствор соды, соли);
- соблюдение гигиены полости рта;
- препараты кальция;
- витамины;
- в день хирургического вмешательства воздержаться на 2-3 часа от приема пищи, избегать перегрева организма, ограничить физические нагрузки, прикладывать лед на щеку со стороны вмешательства по 10-20 минут с перерывами в 30 минут в течение первых суток после операции.

Алгоритм операции удаления причинного зуба представлен в Приложении 2

Алгоритм проведения физиотерапевтических процедур

При хроническом периостите челюсти для более быстрого прекращения воспалительных явлений на 2 - 3 сутки после вскрытия абсцесса возможно назначение физических методов лечения: светолечение лампой-соллюкс, теплые ванночки из антисептических и дезодорирующих растворов, УВЧ, СВЧ, флюктуоризацию, лазерную терапию гелий-неоновыми лучами, магнитотерапию.

7.3.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Частота назначения
Противомикробные: антибиотики, сульфаниламиды и т.д., антисептики (группа галогенов, окислители, кислоты и щелочи, спирты, фенолы, красители, дегти, смолы и т.д.).	По потребности
Местный анестетик	По потребности
Антигистаминные препараты	По потребности
Нестероидные противовоспалительные средства	По потребности
Органотропные средства Эубиотики	По потребности
Гормональные препараты	По потребности
Витаминные препараты	По потребности
Препараты кальция	По потребности

7.3.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

При периостите эффективна однократная или двукратная блокада анестетиков амидного ряда по типу проводниковой и инфильтрационной анестезии.

Лекарственное лечение хронического периостита заключается в назначении антибактериальных препаратов следующих групп: полусинтетических пенициллинов, цефалоспоринов второго-третьего поколения, линкозамидов, макролидов, фторхинолонов, тетрациклинов, антигистаминных препаратов, препаратов кальция, витаминов.

Перевязку проводят на 2-й день после операции. При осмотре и опросе определяют степень стихания воспалительных явлений и в зависимости от этого назначают дополнительное лечение. При перевязках проводят местное лечение раны по рекомендациям, приведенным ранее.

Органотропные средства

При периостите больному вместе с антибиотиками назначают органотропные средства, нормализующие микрофлору кишечника.

Антисептические средства

Антисептические средства используются в виде полоскания, для активации в отношении простейших, грамположительных и грамотрицательных бактерий, вирусов (применяют до 14 дней)

Анестетики, используемые для местной анестезии

В настоящее время для местной анестезии используют преимущественно анестетики амидной группы, реже группы сложных эфиров (новокаин).

Для каждого оперативного вмешательства выбирать тот анестетик, который показан больному с точки зрения функционального состояния его организма, алергоанамнеза, наличия сопутствующих заболеваний и степени их компенсации, характера предстоящего вмешательства.

Противомикробные препараты для системного применения

Эти препараты назначают по строгим показаниям при прогрессировании воспалительного процесса, который ведет к распространению гнойного экссудата в кость и развитию острого остеомиелита челюсти или в окологлазничные мягкие ткани с образованием абсцесса или флегмоны, интоксикация, осложнения после хирургического вмешательства.

Нестероидные противовоспалительные препараты

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) в большинстве своем — производные слабых органических кислот. К основным фармакодинамическим эффектам НПВС относятся противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее действие и антиагрегантное. Назначение препаратов в хирургической практике обусловлено их преимущественным анальгезирующим действием в первые сутки после хирургического вмешательства и выраженным противовоспалительным и противоотечным действием.

7.3.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Большинству больных с хроническим периоститом челюсти проводят неотложное хирургическое лечение – вскрытие поднадкостничного абсцесса и создание оттока экссудата. Необходимо наблюдение за пациентом до полного стихания воспалительного процесса (стойкое нарушение трудоспособности), в среднем от 3 до 5 дней. Исключить тепловые процедуры (баня, прием горячих ванн и т.д.) и физические нагрузки.

7.3.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Пациенту рекомендуют явиться на следующий день к врачу для осмотра после лечебных мероприятий, далее, в зависимости от необходимости проведения перевязок или следующего этапа лечения, график посещения назначают индивидуально в зависимости от течения воспалительного процесса. Требуется проведение раз в полгода профилактических осмотров и гигиенических мероприятий.

7.3.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

После завершения хирургической процедуры не рекомендовано принимать пищу в течение двух часов. В день оперативного вмешательства следует избегать приема грубой, горячей пищи и не жевать на прооперированной стороне, не греть ее.

7.3.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Протокола

См. Приложение 3.

7.3.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

Подробные рекомендации приведены в алгоритмах к каждому виду вмешательства

7.3.14. Правила изменения требований при выполнении Протокола и прекращении действия требований протокола

При выявлении признаков другого заболевания наряду с периоститом, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этих клинических рекомендаций (протокола лечения), соответствующего периоститу;
- б) клинических рекомендаций протокола лечения с выявленным заболеванием или

синдромом.

7.3.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	90	Восстановление внешнего вида слизистой оболочки десневого края	После лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу периостита
Стабилизация	5	Отсутствие прогрессирования заболевания	После лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу периостита
Развитие осложнений, ятрогенных заболеваний	3	Появление новых поражений /осложнений, несмотря на проводимое лечение (например, рецидив, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	2	Длительное течение хронического пролиферативного воспалительного процесса вызывает превращение молодой костной ткани в зрелую, высокосклерозированную, в результате чего воспалительный процесс заканчивается гиперостозом	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.3.16. Стоимостные характеристики Протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

VIII. ГРАФИЧЕСКОЕ, СХЕМАТИЧЕСКОЕ И ТАБЛИЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ПРОТОКОЛА

Не требуется.

IX. МОНИТОРИРОВАНИЕ

КРИТЕРИИ И МЕТОДОЛОГИЯ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОТОКОЛА

Мониторинг проводится на всей территории Российской Федерации.

Перечень медицинских организаций, в которых проводится мониторинг данного документа, определяется ежегодно учреждением, ответственным за мониторинг. Медицинская организация информируется о включении в перечень по мониторингу протокола письменно. Мониторинг включает в себя:

- сбор информации: о ведении пациентов с периоститом в стоматологических медицинских организациях;
- анализ полученных данных;
- составление отчета о результатах проведенного анализа;
- представление отчета группе разработчиков Протокола.

Исходными данными при мониторинге являются:

- медицинская документация — медицинская карта стоматологического больного

(форма 043/у);

— тарифы на медицинские услуги;

— тарифы на стоматологические материалы и лекарственные средства.

По необходимости при мониторинговании Протокола могут быть использованы иные документы.

В стоматологических медицинских организациях, определенных перечнем по мониторингованию, раз в полгода на основании медицинской документации составляется карта пациента (Приложение 4) о лечении пациентов с периоститом, соответствующих моделям пациента в данном протоколе.

В анализируемые в процессе мониторинга показатели входят: критерии включения и исключения из Протокола, перечни медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортимента, перечни лекарственных средств обязательного и дополнительного ассортимента, исходы заболевания, стоимость выполнения медицинской помощи по Протоколу и др.

ПРИНЦИПЫ РАНДОМИЗАЦИИ

В данном Протоколе рандомизация (медицинских организаций, пациентов и т. д.) не предусмотрена.

ПОРЯДОК ОЦЕНКИ И ДОКУМЕНТИРОВАНИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ И РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ

Информация о побочных эффектах и осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения больных, регистрируется в карте пациента (Приложение 4).

ПОРЯДОК ИСКЛЮЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА ИЗ МОНИТОРИРОВАНИЯ

Пациент считается включенным в мониторингование при заполнении на него карты пациента. Исключение из мониторингования проводится в случае невозможности продолжения заполнения карты (например, неявка на врачебный прием). В этом случае карта направляется в учреждение, ответственное за мониторингование, с отметкой о причине исключения пациента из Протокола.

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ОЦЕНКА И ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРОТОКОЛ

Оценка выполнения Протокола проводится один раз в год по результатам анализа сведений, полученных при мониторинговании.

Внесение изменений в Протокол проводится в случае получения информации:

- а) о наличии в Протоколе требований, наносящих урон здоровью пациентов,
- б) при получении убедительных данных о необходимости изменений требований Протокола обязательного уровня.

Решение об изменениях принимается группой разработчиков. Введение изменений требований Протокола в действие осуществляется на основании решения Совета Стоматологической Ассоциации России.

ПАРАМЕТРЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПРОТОКОЛА

Для оценки качества жизни пациента с периоститом, соответствующей моделям Протокола, используют аналоговую шкалу (Приложение 5).

ОЦЕНКА СТОИМОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОТОКОЛА И ЦЕНЫ КАЧЕСТВА

Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

При мониторинговании Протокола ежегодно проводится сравнение результатов выполнения его требований, статистических данных, показателей деятельности медицинских организаций.

ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ ОТЧЕТА

В ежегодный отчет о результатах мониторингования включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, предложения по актуализации Протокола.

Отчет представляется в Стоматологическую Ассоциацию России учреждением, ответственным за мониторингование данного Протокола. Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати.

Приложение 1

Стандарт оснащения отделения (кабинета) хирургической стоматологии стоматологической поликлиники

N	Наименование	Количество, шт.
1.	Автоклав (стерилизатор паровой) при отсутствии центральной стерилизационной	1 на отделение (кабинет)
2.	Аквадистиллятор (медицинский) при отсутствии центральной стерилизационной	1 на отделение (кабинет)
3.	Автоклав для наконечников (стерилизатор паровой настольный)	1 на кабинет
4.	Аппарат для снятия зубных отложений ультра-звуковой (скейлер) при отсутствии в МРУ и УС	1 на кабинет
5.	Аспиратор (отсасыватель) хирургический при отсутствии в МРУ и УС	1 на рабочее место врача
6.	Биксы (коробка стерилизационная для хранения стерильных инструментов и материала)	по требованию
7.	Бормашина стоматологическая портативная при отсутствии МРУ и УС с микро мотором	1 на кабинет
8.	Бормашина стоматологическая портативная с физиодиспенсером	1 на отделение
9.	Боры стоматологические для прямого и углового наконечника	по требованию не менее 10 наименований по 2 каждого наименования
10.	Диатермокоагулятор хирургический, стоматологический при отсутствии в МРУ и УС	1 на кабинет
11.	Долота и остеотомы медицинские в ассортименте	по требованию не менее 2 наименований по 2 каждого
12.	Зажим кровоостанавливающий в ассортименте	не менее 3 наименований на рабочее место врача
13.	Инъектор стоматологический, для карпульной анестезии	не менее 5 на рабочее место врача
14.	Инъектор стоматологический универсальный, дозирующий, для карпульной анестезии	не менее 2 на кабинет
15.	Изделия одноразового применения: - шприцы и иглы для инъекций, - скальпели в ассортименте, - маски, - перчатки смотровые, диагностические, хирургические,	по требованию

	<ul style="list-style-type: none"> - бумажные нагрудные салфетки для пациентов, - полотенца для рук в контейнере, - салфетки гигиенические, - медицинское белье для медицинского персонала, - перевязочные средства, - слюноотсосы, - стаканы пластиковые 	
16.	Камеры для хранения стерильных инструментов (при отсутствии системы пакетирования)	1 на кабинет
17.	Корцанг прямой	не менее 5 на кабинет
18.	Кресло стоматологическое при отсутствии в МРУ и УС	1 на 2 должности врача при двухсменной работе
19.	Крючки хирургические, зубчатые разных размеров	не менее 5 на кабинет
20.	Кюрета хирургическая разных размеров	по требованию не менее 5
21.	Лампа (облучатель) бактерицидная для помещений	по требованию
22.	Лампа (облучатель) бактерицидная для помещений передвижная	по требованию
23.	Ложки хирургические (костные), разных размеров	не менее 5 на рабочее место врача
24.	Лупа бинокулярная для врача	по требованию не менее 1 на кабинет
25.	Машина упаковочная (аппарат для предстерилизационной упаковки инструментария) при отсутствии центральной стерилизационной	1 на отделение
26.	Место рабочее (комплект оборудования) для врача-стоматолога : Установка стоматологическая (УС), включающая блок врача-стоматолога (бормашина), кресло стоматологическое, гидроблок стоматологический, светильник операционный стоматологический (данные части могут быть закреплены на единой несущей станине либо крепиться взаимно либо отдельно к несущим конструкциям (стене, мебели)) или Место рабочее универсальное врача-стоматолога (МРУ), включающее УС, оснащенную турбиной, микромотором, диатермокоагулятором, ультразвуковым скалером, пылесосом, негатоскопом	1 комплект на 2 врачебные должности при двухсменном рабочем дне
27.	Микромотор стоматологический с оптикой или без оптики при отсутствии в МРУ и УС	1 на кабинет
28.	Набор аппаратов, инструментов, медикаментов, методических материалов и документов для оказания экстренной медицинской помощи при состояниях, угрожающих жизни (укладка-аптечка для оказания экстренной помощи при общесоматических осложнениях в условиях стоматологических кабинетов)	1 на кабинет
29.	Набор инструментов, игл и шовного материала	по требованию не менее 2 видов
30.	<p>Набор инструментов для осмотра рта (базовый):</p> <ul style="list-style-type: none"> - лоток медицинский стоматологический, - зеркало стоматологическое, - зонд стоматологический угловой, - пинцет зубоврачебный, - экскаваторы зубные, - гладилка широкая двухсторонняя 	по требованию

31.	Набор инструментов для трахеотомии	1 на поликлинику
32.	Набор медикаментов для индивидуальной профилактики парентеральных инфекций (аптечка "анти-СПИД")	1 на кабинет
33.	Набор реактивов для контроля (индикаторы) дезинфекции и стерилизации	по требованию
34.	Наконечник механический прямой для микромотора при отсутствии в комплекте МРУ и УС	не менее 2 на рабочее место
35.	Наконечник механический угловой для микромотора при отсутствии в комплекте МРУ и УС	не менее 2 на рабочее место
36.	Негатоскоп при отсутствии в комплекте МРУ и УС	1 на кабинет
37.	Ножницы в ассортименте	по требованию не менее 5 на кабинет
38.	Отсасыватель слюны при отсутствии в комплекте МРУ и УС	1 на рабочее место врача
39.	Очиститель ультразвуковой (устройство ультразвуковой очистки и дезинфекции инструментов и изделий)	1 на кабинет
40.	Пинцеты анатомические разных размеров	по требованию не менее 5 на кабинет
41.	Прибор (установка) для утилизации шприцев и игл при отсутствии централизованной утилизации	по требованию
42.	Программное обеспечение диагностического процесса, видеоархива и ведения компьютерной истории болезни, программа учета	1 на рабочее место врача
43.	Расходные стоматологические материалы и медикаментозные средства: - лечебные, - анестетики, - антисептические препараты	по требованию
44.	Радиовизиограф или рентген дентальный при отсутствии рентгенкабинета или договора на лучевую диагностику	1 на отделение
45.	Распаторы стоматологические	по требованию, не менее 2
46.	Светильник стоматологический при отсутствии в комплекте МРУ и УС	1 на рабочее место врача
47.	Система индивидуального кондиционирования и увлажнения воздуха в лечебных помещениях	согласно СанПиНа
48.	Скальпели (держатели) и одноразовые лезвия в ассортименте	не менее 3
49.	Средства индивидуальной защиты от ионизирующего излучения при наличии источника излучения	по требованию в соответствии с СанПиН
50.	Средства и емкости-контейнеры для дезинфекции инструментов	по требованию
51.	Стерилизатор суховоздушный при отсутствии центральной стерилизационной	1 на кабинет
52.	Стол письменный для врача	1 на рабочее место врача
53.	Столик стоматологический	1 на рабочее место врача
54.	Стул для ассистента врача при отсутствии в комплекте МРУ и УС	1 на рабочее место ассистента
55.	Стул для врача-стоматолога при отсутствии в комплекте МРУ и УС	1 на рабочее место врача
56.	Шкаф медицинский для хранения расходных материалов	не менее 1 на кабинет
57.	Шкаф медицинский для медикаментов	не менее 1 на кабинет
58.	Шкаф для медицинской одежды и белья	по требованию
59.	Штатив медицинский для длительных инфузионных вливаний	1 на кабинет

60.	Щипцы стоматологические для удаления зубов и корней зубов на верхней и нижней челюстях в ассортименте	по требованию, не менее 25 на рабочее место врача
61.	Щитки защитные (от механического повреждения глаз) для врача и ассистента	по требованию не менее 2
62.	Элеваторы стоматологические для удаления корней зубов на верхней и нижней челюстях в ассортименте	по требованию, не менее 15 на рабочее место врача
63.	Наборы диагностические для проведения тестов на выявление новообразований (скрининг) и контроля за лечением новообразований	не менее 1 на кабинет

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ АССОРТИМЕНТ

1. Одноразовый шпатель
2. Дезинфицирующие салфетки
3. Йодоформная турунда
4. Гемостатическая губка
5. Крючок Фарабефа
6. Периотом
7. Держатель языка
8. Ронжиры (костные кусачки)
9. Зажим гемостатический
10. Экран защитный
11. Турбинный наконечник
12. Бумага артикуляционная
13. Фартук для пациента
14. Валики стандартные ватные

Приложение 2

Алгоритм хирургического лечения периостита

Если поднадкостничный гнойный очаг расположен в области преддверия рта, то разрез производят параллельно переходной складке через весь инфильтрированный участок: рассекают слизистую оболочку, подслизистую основу и надкостницу до кости соответственно 3-5 зубам. Рану промывают антисептическими растворами. Чтобы предупредить слипание краев раны и обеспечить отток гноя, в нее рыхло вводят узкую полосу тонкой (перчаточной) резины.

При локализации гнойного очага под надкостницей в области бугра верхней челюсти разрез следует производить по переходной складке в области моляров. Для вскрытия воспалительного очага следует распатором или желобоватым зондом тупым путем пройти из разреза до кости в направлении бугра верхней челюсти (назад и внутрь). Аналогичным методом вскрывают гнойный очаг при периостите челюсти, локализованном в клыковой ямке.

При небном абсцессе разрез проводят в области наибольшего выбухания тканей, немного отступив от основания альвеолярного отростка, или у средней линии неба, параллельно ей. Особенностью вскрытия небного абсцесса является треугольная форма разреза с иссечением участка слизистой оболочки, что препятствует слипанию краев раны и созданию условий для хорошего оттока гноя. В операционную рану на небе дренаж не вводят из-за его плохой фиксации.

Воспалительный очаг при периостите с язычной поверхности нижней челюсти рекомендуется вскрывать разрезом слизистой оболочки альвеолярной части до кости в месте наибольшего выбухания инфильтрата. Желобоватым зондом или распатором проходят по поверхности кости вниз и, отодвинув надкостницу, дают отток гною.

При периостите на внутренней поверхности ветви челюсти делают разрез у основания небноязычной дужки до кости в ретромолярной области. Далее распатором расширяют рану вверх по ветви челюсти, создавая отток из очага воспаления.

Поднадкостничный гнойный очаг по наружной поверхности ветви нижней челюсти вскрывают разрезом, проведенным с вестибулярной поверхности на уровне второго и третьего больших коренных зубов по костной линии до кости, далее распатором проходят поднадкостнично в направлении угла нижней челюсти, отводя кнаружи жевательную мышцу. В рану после вскрытия очага обязательно глубоко вводят резиновую полосу для дренирования. Отсутствие на следующие сутки эффекта от такого вмешательства является основанием для госпитализации и проведения оперативного вмешательства наружным

доступом.

После вскрытия гнойного очага целесообразно дать больному прополоскать рот слабым раствором перманганата калия или 1-2% раствором гидрокарбоната натрия, а также промыть рану раствором этикридина лактата или 0,05-0,12% раствора хлоргексидина. Хороший эффект дают орошение полости абсцесса раствором димексида и аппликации на рану 40% линимента димексида в течение 15 мин.

Если зуб, явившийся источником инфекции, представляет функциональную или эстетическую ценность, то его следует лечить эндодонтически через 1-3 дня после периостотомии. В случае невозможности сохранения зуба, проводят его удаление одновременно с вскрытием поднадкостничного гнойного очага. Это позволит улучшить опорожнение гнойного очага и будет способствовать более быстрой ликвидации воспалительных явлений.

Алгоритм операции удаления зуба.

1. Проводится рентгенологическое исследование перед удалением зуба.
2. Препарат для анестезии подбирают с учетом аллергологического анамнеза и наличия сопутствующей патологии. При необходимости – проводят медикаментозную подготовку пациента или применяют общие методы обезболивания. Проводят местную анестезию: аппликационную, инфильтрационную или проводниковую.
3. Проводят отделение круговой связки от шейки зуба при помощи гладилки, узкого распатора или скальпеля.

Простое удаление зуба с сохраненной коронковой частью.

4. Наложение щипцов на коронку удаляемого зуба (выбор щипцов в соответствии с расположением зуба). При удалении резцов, клыков и премоляров (зубы эстетической зоны) возможно применение периотомов для рассечения периодонтальной связки и отделения корня зуба от стенок альвеолы.
5. Продвижение щечек щипцов вдоль оси зуба, их фиксация.
6. Проведение люксации и/или ротации зуба.
7. Экстракция зуба.
8. Кюретаж, ревизия лунки, удаление патологических тканей.
9. При удалении верхних премоляров и моляров проводится носороговая проба для исключения перфорации верхнечелюстного синуса.
10. Сглаживание острых краев лунки, при необходимости.
11. Гемостаз.
12. Формирование кровяного сгустка.
13. При необходимости – укладка медикаментозных препаратов или остеопластического материала с наложением швов на лунку.

Простое удаление зуба с разрушенной коронковой частью.

4. Для удаления корней верхних и нижних зубов пользуются корневыми щипцами. При безуспешности использования щипцов, применяют элеваторы. Рабочую часть соответствующего элеватора помещают между корнем зуба и альвеолой. При удалении резцов, клыков и премоляров (зубы эстетической зоны) возможно применение периотомов для рассечения периодонтальной связки и отделения корня зуба от стенок альвеолы.
5. Проводя вывихивающие движения осуществляют экстракцию корня зуба.
6. Кюретаж, ревизия лунки, удаление патологических тканей.
7. При удалении верхних премоляров и моляров проводится носороговая проба для исключения перфорации верхнечелюстного синуса.
8. Сглаживание острых краев лунки, при необходимости.
9. Гемостаз.
10. Формирование кровяного сгустка.
11. При необходимости – укладка медикаментозных препаратов или остеопластического материала с наложением швов на лунку.

Сложное удаление зуба.

4. При удалении многокорневых зубов при помощи бормашины, физиодиспенсера или

долота проводится сепарация корней. При недостаточной визуализации разрушенных корней зуба необходимо провести отслаивание слизисто-надкостничного лоскута.

5. С помощью щипцов или элеватора проводится люксация, ротация корня зуба.

6. При разрушении зуба ниже уровня десны и безуспешности применения элеватора, с помощью бормашины, физиодиспенсера или долота создается зазор между корнем зуба и альвеолой, куда помещается рабочая часть элеватора.

7. Экстракция зуба.

8. Кюретаж, ревизия лунки, удаление патологических тканей.

9. При удалении верхних премоляров и моляров проводится носоротовая проба для исключения перфорации верхнечелюстного синуса.

10. Сглаживание острых краев лунки, при необходимости.

11. Гемостаз.

12. Формирование кровяного сгустка.

13. При отсутствии кровяного сгустка – заполнение лунки медикаментозными препаратами, соответственно материально-техническому обеспечению медицинской организации.

14. При необходимости – укладка остеопластического материала в лунку.

15. Наложение швов на края десны.

16. Рентгенологический контроль при необходимости.

Сложное удаление корня зуба полностью покрытого эпителизированной десной.

3. С помощью скальпеля проводится разрез десны по альвеолярному гребню в проекции корня зуба (угловой, трапецевидной и др. формы).

4. Отслаивается слизисто-надкостничный лоскут.

5. С помощью бормашины, физиодиспенсера или долота проводится освобождение поверхности корня от окружающей костной ткани для создания доступа к корню удаляемого зуба.

6. При помощи элеватора, корневого крючка проводится люксация, вывихивание корня.

7. Экстракция корня зуба.

8. Кюретаж, ревизия лунки зуба, удаление патологических тканей.

9. При удалении верхних премоляров и моляров проводится носоротовая проба для исключения перфорации верхнечелюстного синуса.

10. Гемостаз.

11. При необходимости – укладывается медикаментозный материал (гемостатическая губка, губка с содержанием антибактериальных или противовоспалительных препаратов, остеопластический материал и др.)

12. Слизисто-надкостничный лоскут возвращается на место.

13. Наложение швов.

14. Рентгенологический контроль при необходимости.

Примечание: при удалении зуба возможно применение пьезохирургического аппарата со специальными насадками для атравматичной экстракции зуба.

Ведение пациента после проведенного удаления зуба с учетом сложности операции:

1. Прикладывание холода на мягкие ткани соответствующей области для профилактики кровотечения и послеоперационного отека.

2. Дать пациенту необходимые рекомендации в послеоперационном периоде по поводу: возможных послеоперационных состояний, не являющихся осложнениями (боль, отек мягких тканей, повышение температуры тела и т.д.); приема пищи; приема болеутоляющих, противовоспалительных и/или антибактериальных препаратов; физических нагрузок; необходимости повторных осмотров врача; необходимости консультации врача-ортопеда с целью дальнейшего восстановления зубного ряда.

Приложение 3

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

(Приказ Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» от 20 декабря 2012 г. NN№1177н)

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина)

" _____ " _____ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-

ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

" _ " _____ г.
(дата оформления)

Перечень

определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, морфологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Форма добровольного информированного согласия пациента при выполнении протокола

приложение к медицинской карте № _____

Пациент (законный представитель пациента) информирован о результатах обследования, диагнозе, о цели медицинского вмешательства и его последствиях, применяемых и альтернативных методах лечения, предполагаемых результатах лечения, ознакомлен с комплексным планом лечения, который может изменяться в процессе лечения, предупрежден о возможных осложнениях во время и после лечения и дает добровольное согласие на медицинское вмешательство. Пациент информирован о том, что при отсутствии улучшения состояния после вмешательства или дальнейшем распространении воспалительного процесса необходима его госпитализация.

При этом пациент понимает, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество оказываемой медицинской помощи. Повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья.

ФИО пациента (законный представитель пациента) _____

ФИО врача _____

«___» _____ 20__ г.

Приложение 4

КАРТА ПАЦИЕНТА

История болезни № _____
Наименование
учреждения
Дата: начало наблюдения_
Ф.И.О.

окончание
наблюдения

возраст

Диагноз основной

Сопутствующие заболевания:

Модель пациента: _____

Объем оказанной нелекарственной медицинской помощи:

Лекарственная помощь (указать применяемый препарат):

Осложнения лекарственной терапии (указать проявления):

Наименование препарата, их вызвавшего:

Исход (по классификатору исходов):

Информация о пациенте передана в учреждение, мониторирующее Протокол:

(название учреждения)

(дата)

Подпись лица, ответственного за монитирование протокола в медицинском учреждении:

Код	Наименование медицинской услуги	Частота предоставления	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта		
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта		
A01.07.003	Пальпация органов полости рта		
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области		
V01.064.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный		
V01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный		
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти		
A02.07.006	Определение прикуса		
A02.07.007	Перкуссия зубов		
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография		
A06.07.004	Ортопантомография		
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области		
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений		
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов		
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда		
A11.03.001	Биопсия кости		
A11.30.005	Зондирование свищей		

Код	Наименование медицинской услуги	Частота предоставления	Кратность выполнения
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта		
A15.07.002	Наложение повязки при операциях на органах полости рта		
A16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани		
A16.07.001	Удаление зуба		
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов		
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов		
A17.07.005	Магнитотерапия при патологии полости рта и зубов		
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта		
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов		
A17.07.009	Воздействие электрическими полями (КВЧ) при патологии полости рта и зубов		
A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов		
A17.07.011	Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов		
A17.07.012	Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов		
A17.07.013	Воздействие магнитными полями при патологии полости рта и зубов		
B01.003.004.004	Аппликационная анестезия		
B01.003.004.002	Проводниковая анестезия		
B01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия		
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта		
B01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный		
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область		
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления		
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов		

**Критерии оценки качества оказания медицинской помощи к
Клиническим рекомендациям «Периостит»**

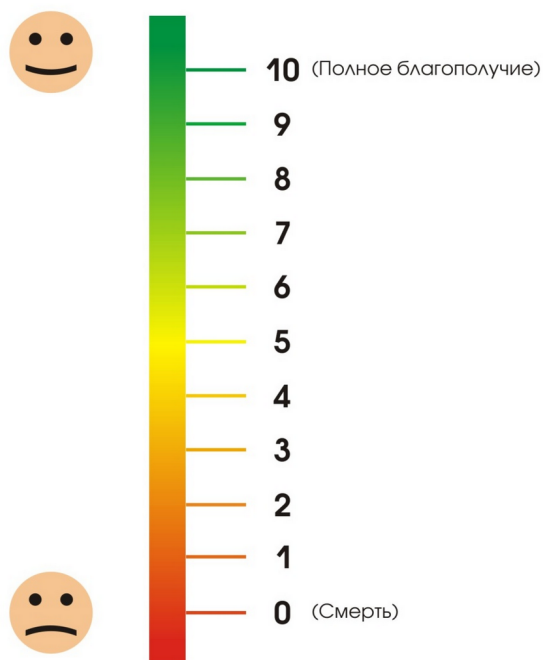
1.	Событийные (смысловые, содержательные, процессные) критерии качества		
	Проводилось ли при постановки диагноза: сбор жалоб и анамнеза, визуальный осмотр, пальпация ЧЛЮ, перкуссия зубов, определение прикуса, пародонтальных и индексов гигиены, степени подвижности зубов	Да	Нет
	Соответствует ли план лечения поставленному диагнозу	Да	Нет
	Проводились ли мероприятия по устранению факторов, обусловивших возникновение заболевания	Да	Нет
	Обучение гигиене рта	Да	Нет
2.	Временные критерии качества		
	Отсутствие осложнений (общих и местных) после хирургических вмешательств	Да	Нет
	Динамическое наблюдение каждые полгода	Да	Нет
	Профилактическая гигиена рта 2 раза в год	Да	Нет
3.	Результативные критерии качества		
	Восстановление функций зубочелюстной системы	Да	Нет
	Улучшение качества жизни	Да	Нет
4.	Правильность и полнота заполнения медицинской документации		
	Правильность и полнота заполнения медицинской документации	Да	Нет

Анкета пациента

ФИО _____ Дата заполнения _____

Как Вы оцениваете Ваше общее самочувствие на сегодняшний день?

Отметьте, пожалуйста, на шкале значение, соответствующее состоянию Вашего здоровья.



Список литературы

1. Артюшкевич А.С. Воспалительные заболевания и травмы челюстно-лицевой области. Минск, Беларусь, 2001 г.
2. Афанасьев В.В. Хирургическая стоматология.- Изд-во «ГЭОТАР-МЕДИА», 2015.-880с.
3. Безрукова В.М., Робустова Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, том 1. Москва, «Медицина», 2000 г.
4. Васильев Г.А., Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология.-1981.
5. Желудева Т.П. «Антибиотики».- Санкт-Петербург.-2006.-155с.
6. Кулаков А.А., Робустова Т.Г., Неробеев А.И. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: национальное руководство.-2010.
7. Леус П.А., Горегляд А.А., Чудакова И.О. Заболевание зубов и полости рта.-1998.
8. Нагих, А.В. Эффективность электрохирургии в лечении перикоронита и гиперпластических образований слизистой оболочки полости рта: дисс. ...канд. Мед. наук: 14.00.21 / Нагих А.В.- Омск, 2007.- 124 с.
9. Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 56034-2014 «Клинические рекомендации (протоколы лечения)». Общие положения (утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии Российской Федерации от 04.06.2014 г. N 503-ст).-М:Стандартформ, 2014.-17с.
10. Постановление Правительства Российской Федерации «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» от 5 ноября 1997 г. № 1387 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).
11. Постановление Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» от 26.10.2012 г. № 1074.
12. Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» от 27 декабря 2011 г. № 1664н.
13. Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» от 07.12.2011 г.№1496н.
14. Приказ Миинздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» от 07.12.2011 г.№1496н.
15. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы «О совершенствовании организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» от 16.08.2013г. № 820.
16. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология.-2010.
17. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии.-2007.
18. Шевела Т.В., Чижик Т. А. Хирургические методы лечения хронического перикоронита на амбулаторном приеме //Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области.- 2016.- № 1 (12).-Том 1.- С.52-54.
19. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323-ФЗ.

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ) ПРИ
ДИАГНОЗЕ ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ (ПОЛНАЯ ВТОРИЧНАЯ АДЕНТИЯ,
ПОТЕРЯ ЗУБОВ ВСЛЕДСТВИЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ, УДАЛЕНИЯ ИЛИ
ЛОКАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА)**

*Утверждены Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений
«Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года*

Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)» подготовлены Московским государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И.Евдокимова (А.Ю. Малый, А.И. Эктова, Ю.А. Гзюнова, И.А. Ругина), Центральным научно-исследовательским институтом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (В.Д. Вагнер), Институтом повышения квалификации ФМБА России (В.Н. Олесова), Московским областным научно-исследовательским клиническим институтом им. М.Ф. Владимирского (Ф.Ф. Лосев), Санкт-Петербургским государственным медицинским университетом (А.И. Яременко) и Кировской государственной медицинской академией (В.Ю. Никольский, В.А. Разумный) и представляют собой актуализированную версию Протокола ведения больных «Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия)» утвержденного в 2004 году (авторы разработчики - МГМСУ А.Ю. Малый и др., ММА им. И.М. Сеченова - П.А. Воробьев и др., стоматологическая поликлиника № 2 г. Москвы - С.Г. Чеповская и др.).

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)» предназначены для применения в системе здравоохранения Российской Федерации.

II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящих клинических рекомендациях использованы ссылки на следующие документы:

- Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.97 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).
- Приказ Минздравсоцразвития России №1664н от 27 декабря 2011г. Об утверждении номенклатуры медицинских услуг.
- Федеральный закон от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).

III. ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящих клинических рекомендациях используются следующие обозначения и сокращения:

МКБ-10 — Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, Всемирной организации здравоохранения, десятого пересмотра.

МКБ-С — Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10

Клинические рекомендации - Клинические рекомендации (протокол лечения) «Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)»

IV. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)» являются рекомендательным документом по оказанию медицинской помощи пациентам, утвержденным медицинской профессиональной организацией Стоматологическая Ассоциация России (СтАР) в установленном порядке, в соответствии с ч.2 ст. 76 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323-ФЗ.

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)» разработаны для решения следующих задач:

— установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных

с полным отсутствием зубов

— унификация разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным с полным отсутствием зубов;

— обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинском учреждении и на территории в рамках государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

Область распространения настоящих Клинических рекомендаций — стоматологические медицинские организации.

В настоящих Клинических рекомендациях используется шкала убедительности доказательств данных:

А) Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению,

В) Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение.

• **Достаточных доказательств нет:** имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

• **Достаточно отрицательных доказательств:** имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного лекарственного средства в

определенной ситуации.

Е) **Веские отрицательные доказательства:** имеются достаточно убедительные доказательства того, чтобы исключить лекарственное средство или методику из рекомендаций.

V. ВЕДЕНИЕ ПРОТОКОЛА

Ведение клинических рекомендаций (протокола лечения) «Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)» осуществляется Московским государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО МГМСУ им.А.И.Евдокимова Минздрава России). Система ведения предусматривает взаимодействие Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова со всеми заинтересованными организациями.

VI. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

По статистическим данным, полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита) в нашей стране встречается достаточно часто. Показатели заболеваемости полным отсутствием зубов увеличиваются по нарастающей (пятикратно) в каждой последующей возрастной группе: у населения в возрасте 40—49 лет частота встречаемости составляет 1 %, в возрасте 50—59 лет — 5,5 %, и у людей старше 60 лет — 25 % [3, 8]. В общей структуре оказания медицинской помощи больным в стоматологических медицинских организациях 17,96% пациентов имеют диагноз «полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)» одной или обеих челюстей.

Полное отсутствие зубов непосредственным образом влияет на качество жизни пациента. Полное отсутствие зубов обуславливает нарушение вплоть до окончательной утраты жизненно важной функции организма — пережевывания пищи, что сказывается на процессе пищеварения и поступлении в организм необходимых питательных веществ, а также нередко является причиной развития заболеваний желудочно-кишечного тракта воспалительного характера. Не менее серьезными являются последствия полного отсутствия зубов для социального

статуса пациентов: нарушения артикуляции и дикции сказываются на коммуникационных способностях пациента, эти нарушения вкупе с изменениями внешности вследствие утраты зубов и развивающейся атрофии жевательных мышц могут обусловить изменения психоэмоционального состояния вплоть до нарушений психики.

Полное отсутствие зубов является также одной из причин развития специфических осложнений в челюстно-лицевой области, таких, как дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и соответствующего болевого синдрома.

Понятия «потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита» (K08.1 по МКБ-С — Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10) и такие термины, как «полная вторичная адентия» и «полное отсутствие зубов» (в отличие от адентии — нарушения развития и прорезывания зубов — K 00,0), по сути, являются синонимами и применяются как в отношении каждой из челюстей, так и к обеим челюстям.

Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита) является следствием ряда заболеваний зубочелюстной системы — кариеса и его осложнений, болезней пародонта, а также травм.

Кариес в нашей стране является одним из самых распространенных заболеваний. Его распространенность у взрослого населения в возрасте от 35 лет и старше составляет 98—99 %. Показатели развития осложнений кариеса также значительны: процент удалений в возрастной группе старше 35—44 лет составляет 5,5, а в следующей возрастной группе — 17,29% [11]. В структуре стоматологической помощи по обращаемости больные пульпитом, который, как правило, является следствием нелеченного кариеса, составляют 28—30% [10].

Также велики показатели встречаемости заболеваний пародонта: распространенность признаков поражения пародонта в возрастной группе 35—44 лет составляет 86 % [11], другие авторы называют показатель частоты встречаемости патологических признаков болезней пародонта 98 %.

Данные заболевания при несвоевременном и некачественном лечении могут привести к спонтанной утрате зубов вследствие патологических процессов в тканях пародонта воспалительного и/или дистрофического характера, к потере зубов вследствие удаления не подлежащих лечению зубов и их корней при глубоком кариесе, пульпите и периодонтите.

Несвоевременное ортопедическое лечение полного отсутствия зубов в свою очередь обуславливает развитие осложнений в челюстно-лицевой области и патологии височно-нижнечелюстного сустава.

Главным признаком полного отсутствия зубов является полное отсутствие зубов на одной или обеих челюстях.

Клиническая картина характеризуется изменениями конфигурации лица (западение губ), резко выраженными носогубными и подбородочной складками, опущением углов рта, уменьшением размеров нижней трети лица, у некоторых пациентов — мацерацией и «заедами» в области углов рта, нарушением жевательной функции. Нередко полное отсутствие зубов сопровождается привычным подвывихом или вывихом височно-нижнечелюстного сустава. После утраты или удаления всех зубов происходит постепенная атрофия альвеолярных отростков челюстей, прогрессирующая с течением времени.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПОЛНОГО ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ (ПОЛНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИИ, ПОТЕРИ ЗУБОВ ВСЛЕДСТВИЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ, УДАЛЕНИЯ ИЛИ ЛОКАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА)

В клинической практике традиционно выделяют полное отсутствие зубов верхней челюсти, полное отсутствие зубов нижней челюсти, полное отсутствие зубов

обеих челюстей.

Было предложено несколько классификаций беззубых челюстей. Наибольшее распространение получили классификации Шредера для беззубой верхней челюсти и Келлера для беззубой нижней челюсти. В отечественной практике достаточно широко применяется также классификация беззубых челюстей Курляндского В.Ю. Эти классификации базируются, в первую очередь, на анатомо-топографических характеристиках — степень атрофии альвеолярного отростка, а также уровня прикрепления сухожилий жевательных мышц (классификация по Курляндскому). Используется также классификация по Оксману И.М., который предложил единую классификацию для верхних и нижних беззубых челюстей, учитывающую степень атрофии альвеолярных отростков.

При полном отсутствии зубов невозможно выделить стадии течения заболевания.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПОЛНОГО ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ (ПОЛНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИИ, ПОТЕРИ ЗУБОВ ВСЛЕДСТВИЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ, УДАЛЕНИЯ ИЛИ ЛОКАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА)

Диагностика полного отсутствия зубов производится путем клинического осмотра и сбора анамнеза. Диагностика направлена на исключение факторов, которые препятствуют немедленному началу протезирования. Такими факторами могут быть наличие:

- не удаленных корней под слизистой оболочкой;
- экзостозов;
- опухолеподобных заболеваний;
- воспалительных процессов;
- заболеваний и поражений слизистой оболочки рта.

У пациентов, которым планируется ортопедическое лечение с использованием имплантатов, при обследовании необходимо определять степень атрофии альвеолярного отростка (альвеолярной части) челюсти и плотность костной ткани в области каждого предполагаемого места установки имплантата.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПОЛНОГО ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ (ПОЛНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИИ, ПОТЕРИ ЗУБОВ ВСЛЕДСТВИЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ, УДАЛЕНИЯ ИЛИ ЛОКАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА)

Принципы лечения больных с полным отсутствием зубов подразумевают одновременное решение нескольких задач:

- восстановление достаточной функциональной способности зубочелюстной системы;
- предупреждение развития патологических процессов и осложнений;
- повышение качества жизни пациентов;
- устранение негативных психоэмоциональных последствий, связанных с полным отсутствием зубов.

Изготовление протезов не показано, если имеющийся протез еще функционален или если его функцию можно восстановить (например, починка, перебазировка). Изготовление протеза включает: обследование, планирование, подготовку к протезированию и все мероприятия по изготовлению и фиксации протеза, в том числе устранение недостатков и контроль. Сюда относятся также инструктирование и обучение пациента уходу за протезом и ртом.

Врач-стоматолог ортопед должен определить особенности протезирования в зависимости от анатомического, физиологического, патологического и гигиенического состояния зубочелюстной системы

пациента. При выборе между одинаково эффективными видами протезов он должен руководствоваться показателями экономичности.

В случаях, когда невозможно немедленно завершить лечение, показано применение имедиат-протезов, особенно для предупреждения развития патологии височно-нижнечелюстного сустава.

Можно применять только те материалы и сплавы, которые допущены к применению, клинически апробированы, безопасность которых доказана и подтверждена клиническим опытом.

Базис полного съемного пластиночного протеза изготавливают, как правило, из пластмассы. Может применяться армирование базиса протеза специальными металлическими сеточками. Для изготовления металлического базиса необходимо серьезное обоснование.

При подтвержденной аллергической реакции органов и тканей рта на материал протеза следует провести тесты и выбрать тот материал, который показал себя как переносимый.

При беззубой челюсти показано получение функционального оттиска (слепка), необходимо функциональное формирование края протеза, т.е. для получения оттиска (слепка) необходимо изготовление индивидуальной жесткой оттисковой (слепочной) ложки.

Изготовление съемного протеза на беззубую челюсть с использованием пластмассового или металлического базиса включает: получение анатомических и функциональных оттисков (слепков) с обеих челюстей, определение центрального соотношения челюстей, проверку конструкции протеза, наложение, припасовку, отдаленный контроль и коррекции. При необходимости применяют мягкие подкладки под протез.

Одним из рациональных способов ортопедического лечения при полном отсутствии зубов является протезирование с использованием имплантатов. Вопрос о необходимости проведения дентальной имплантации для дальнейшего ортопедического лечения определяет врач-стоматолог ортопед. Он направляет пациента в хирургическое отделение на консультацию для определения возможности проведения имплантации.

При подготовке к проведению дентальной имплантации необходима документально подтвержденная консультация врача-стоматолога ортопеда (записанная в истории болезни или отдельном консультативном заключении). Пациент должен быть извещен и проинформирован об алгоритме подготовки к имплантации.

**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С
ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ
(ПОЛНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ, ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ
ВСЛЕДСТВИЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ, УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ ИЛИ
ЛОКАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА)**

Лечение пациентов с полным отсутствием зубов проводится в стоматологических медицинских организациях. Как правило, лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

Оказание помощи больным с полным отсутствием зубов осуществляется

врачами-стоматологами ортопедами, врачами-стоматологами хирургами. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал, в том числе зубные техники.

VII. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ ПРОТОКОЛА

7.1. Модель пациента

Нозологическая форма: потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита.

Стадия: любая

Фаза: стабилизация процесса

Осложнения: без осложнений

Код по МКБ-С: К 08.1

7.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- Полное отсутствие зубов на одной или обеих челюстях.
- Здоровая слизистая оболочка рта (умеренно-податливая, умеренно подвижная, бледно-розового цвета, умеренно выделяет слизистый секрет — I класс по Суппле).
- Изменение конфигурации лица (западение губ).
- Резко выраженные носогубные и подбородочная складки, опущение углов рта.
- Уменьшение высоты нижней трети лица.
- Отсутствие экзостозов.
- Отсутствие выраженной атрофии альвеолярного отростка (при полном отсутствии зубов на одной или обеих челюстях — I класс по Курляндскому, I класс по Оксману, при полном отсутствии зубов на верхней челюсти — I тип по классификации Шредера, при полном отсутствии зубов на нижней челюсти — I тип по Келлеру).
- Отсутствие выраженной патологии височно-нижнечелюстного сустава.
- Отсутствие заболеваний слизистой оболочки рта.

7.1.2. Порядок включения пациента в протокол

- Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.1.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.02.003	Пальпация мышц	1
A01.04.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии суставов	1
A01.04.002	Визуальное исследование суставов	1
A01.04.003	Пальпация суставов	1

A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта	1
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней	1
A02.04.004	Аускультация сустава	по потребности
A02.07.001	Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.004	Антропометрические исследования	1
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A06.07.001	Панорамная рентгенография верхней челюсти	По потребности
A06.07.002	Панорамная рентгенография нижней челюсти	По потребности
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	По потребности
A06.07.004	Ортопантомография	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	По потребности
A09.07.001	Исследование мазков-отпечатков полости рта	По потребности
A09.07.002	Цитологическое исследование содержимого кисты содержимого зубодесневого содержимого зубодесневого кармана	По потребности
A11.07.001	Биопсия слизистых оболочек полости рта	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7. 1.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение возможных осложнений, определение возможности

приступить к протезированию без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр и пальпацию органов и тканей рта и челюстно-лицевой области, а также другие необходимые исследования.

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют время и причины потери зубов, пользовался ли больной ранее съемными протезами, аллергический анамнез. Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области височно-нижнечелюстных суставов. Выясняют профессию пациента.

Визуальное исследование

При осмотре обращают внимание на выраженную и/или приобретенную асимметрию лица и выраженность носогубных и подбородочной складок, характер смыкания губ, наличие трещин и мацераций в углах рта.

Обращают внимание на степень открывания рта, плавность и направление движения нижней челюсти, соотношение челюстей.

Обращают внимание на цвет, увлажненность, целостность слизистых оболочек рта с целью исключения сопутствующей патологии, в том числе инфекционных заболеваний.

При подозрении на наличие болезней слизистой рта производят исследование мазков-отпечатков. При положительном результате ведение пациента осуществляется по соответствующей модели пациента.

Пальпация

При обследовании рта обращают внимание на выраженность и расположении уздечек и щечных тяжей.

Акцентируют внимание на наличие и степень атрофии альвеолярных отростков.

Выявляют наличие экзостозов, скрытых под слизистой оболочкой, корней зубов. При подозрении на их наличие — рентгенологическое обследование (прицельный или панорамный снимок челюсти). При положительном результате немедленное протезирование откладывается и проводится хирургическая подготовка к протезированию (в соответствии с другой моделью пациента).

Обращают внимание на наличие опухолеподобных заболеваний. При подозрении на их наличие — цитологическое исследование, биопсия. При положительном результате немедленное протезирование откладывается и проводится соответствующее лечение.

Проводят пальпацию для определения торуса, «болтающегося» гребня и степени податливости слизистой оболочки.

Визуальное исследование и пальпация височно-нижнечелюстных суставов

При осмотре обращают внимание на цвет кожных покровов в области суставов. Выясняют, нет ли хруста (щелчков) и боли в области височно-нижнечелюстных суставов при движениях нижней челюсти. При открывании рта обращают внимание на синхронность и симметричность движений суставных головок.

При подозрении на патологию височно-нижнечелюстных суставов проводят рентгенологическое исследование — томографию суставов при закрытом и открытом рте. При положительном результате протезирование необходимо сочетать с дополнительной терапией (другая модель пациента).

Антропометрические исследования

Эти исследования позволяют определить высоту нижнего отдела лица, являются

обязательными и всегда проводятся на этапе протезирования.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ.

При решении вопроса о возможном использовании дентальной имплантации в области каждого предполагаемого места установки имплантата необходимо определить:

- вестибуло-оральный размер (ширину) альвеолярного отростка (альвеолярной части) челюсти на трех уровнях: верхняя треть, середина и основание;

- вертикальный размер (высоту) альвеолярного отростка (альвеолярной части) челюсти от уровня, на котором начинается его ширина, приемлемая для установки имплантата, до анатомического образования, ограничивающего уровень расположения имплантата: полость носа, верхнечелюстной синус, канал нижней челюсти и ментальное отверстие;

- расстояние до верхнечелюстной пазухи и нижнечелюстного канала;

- плотность костной ткани альвеолярного отростка (альвеолярной части) челюсти на трех уровнях: верхняя треть, середина и основание;

- состояние слизистой оболочки рта в предполагаемом месте установки имплантата: толщина по гребню альвеолярного отростка (альвеолярной части) челюсти, высота прикрепленной десны по вестибулярной и оральной поверхностям альвеолярного отростка (альвеолярной части) челюсти.

7.1. 5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения
A11.07.012	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	Согласно алгоритму
A16.07.005	Восстановление целостности зубного ряда несъемными мостовидного протезами	По потребности
A16.07.006	Протезирование зуба с использованием имплантата	По потребности
A16.07.058	Операция установки имплантатов для дальнейшего зубопротезирования	По потребности
A16.07.059	Синуслифтинг	По потребности
B01.003.004.00 1	Местная анестезия	По потребности

A16.07.026	Протезирование полными съемными пластиночными протезами	Согласно алгоритму
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	По потребности
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов	По потребности
D01.01.04.03	Коррекция съемной ортопедической конструкции	Согласно алгоритму

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7. 1. 6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Основным методом лечения при полном отсутствии зубов одной или обеих челюстей является протезирование полными съемными пластиночными протезами. При полном отсутствии зубов также возможно три варианта протезирования с использованием внутрикостных дентальных имплантатов: изготовлении искусственных коронок и мостовидных протезов, условно-съемных конструкций зубных протезов по Бронемарку, покрывные съемные протезы с опорой на имплантаты.

Это позволяет восстановить основные функции зубочелюстной системы: откусывание и пережевывание пищи, дикцию, а также эстетические пропорции лица; препятствует прогрессированию атрофии альвеолярных отростков челюстной кости и атрофии мышц челюстно-лицевой области (уровень убедительности доказательств А). При полном отсутствии зубов обеих челюстей полные съемные пластиночные протезы на верхнюю и нижнюю челюсти делаются одновременно.

• Первое посещение.

После диагностических исследований и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

Первым этапом является получение анатомического оттиска (слепка) для изготовления индивидуальной жесткой оттискной (слепочной) ложки.

Следует применять специальные оттискные (слепочные) ложки для беззубых челюстей, альгинатные оттискные (слепочные) массы. При «болтающемся» гребне важно не сместить его в сторону и не сдавить его. Необходимо применять разгружающие оттиски.

Целесообразность применения специальных оттискных (слепочных) ложек обусловлена необходимостью предотвращения расширенных границ, как при изготовлении индивидуальных ложек, так и при изготовлении протеза. В качестве альтернативы на практике нередко при получении

функциональных оттисков (слепков) применяют стандартные оттискные (слепочные) ложки, что может привести к растягиванию слизистой оболочки по переходной складке и последующему расширению границ протеза, что обуславливает плохую фиксацию протеза.

После выведения оттиска (слепка) производится контроль его качества (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

• ***Следующее посещение.***

Производится припасовка индивидуальной жесткой пластмассовой оттискной (слепочной) ложки. Следует обращать внимание на края ложки, изготовленной в лабораторных условиях, которые должны быть объемными (толщиной около 1 мм). При необходимости врач сам может изготовить индивидуальную жесткую пластмассовую оттискную (слепочную) сложку в клинике.

Припасовка проводится с использованием функциональных проб. Пробы производятся при полуоткрытом рте с уменьшенной амплитудой движений нижней челюсти. При отступлении от методики припасовки индивидуальной жесткой пластмассовой оттискной (слепочной) ложки с использованием функциональных проб в строгой последовательности невозможно обеспечить стабилизацию и фиксацию будущих протезов.

После припасовки края ложки окантовываются воском и оформляются активным (используя функциональные движения) и пассивным способами.

Задний край индивидуальной ложки на верхней челюсти следует дополнительно окантовывать полоской размягченного воска, с целью обеспечения полноценной клапанной зоны по линии А. Дистальный клапан на ложке на нижнюю челюсть следует замыкать, создавая подъязычный восковой валик по Гербсту. Данная методика обеспечивает замыкание дистального клапана и предотвращает нарушение фиксации при откусывании пищи.

Критерий завершения припасовки — образование клапанной зоны и фиксация индивидуальной ложки на челюсти.

Получение функционального оттиска (слепка) следует производить силиконовыми оттискными (слепочными) массами с использованием соответствующего адгезивного материала (клея для силиконовых масс). Края оттиска (слепка) оформляются активными (используя функциональные движения) и пассивными способами. Также могут использоваться цинкэвгенольные оттискные (слепочные) массы.

После выведения оттиска (слепка) производится контроль его качества (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

• ***Следующее посещение.***

Определение центрального соотношения челюстей анатомо-физиологическим методом для определения правильного положения нижней челюсти по отношению к верхней в трех плоскостях (вертикальной, сагиттальной и трансверзальной).

Определение центрального соотношения челюстей производится с применением изготовленных в зуботехнической лаборатории восковых базисов с окклюзионными валиками. Особое внимание следует обращать на формирование правильной протетической плоскости, определение высоты

нижнего отдела лица, определение линии улыбки, срединной линии, линии КЛЫКОВ.

Выбор цвета, размера и формы искусственных зубов проводят в соответствии с индивидуальными особенностями (возраст пациента, размеры и форма лица).

- ***Следующее посещение.***

Проверка конструкции протеза (постановки зубов на восковой базисе, проведенной в условиях зуботехнической лаборатории) на восковом базисе для оценки правильности всех предыдущих клинических и лабораторных этапов изготовления протеза и внесения необходимых исправлений.

Следует обращать внимание: при постановке зубов по типу ортогнатического прикуса верхние фронтальные зубы должны перекрывать нижние максимально на 1—2 мм. При смыкании зубов между верхними и нижними фронтальными зубами должна быть горизонтальная щель в 0,25—0,50 мм.

- ***Следующее посещение.***

Наложение и припасовка готового протеза после лабораторного этапа замены воскового базиса на пластмассовый.

Перед наложением оценить качество базиса протеза (отсутствие пор, острых краев, выступов, шероховатостей и т.д.). Цвет может указывать на недостаточную полимеризацию. Небная часть протеза верхней челюсти должна быть не толще 1 мм.

Протезы вводят в рот, проверяют плотность смыкания зубных рядов и фиксацию зубных протезов (следует помнить, что обычно фиксация улучшается к 7-му дню пользования протезом).

- ***Следующее посещение.***

Первая коррекция назначается на следующий день после сдачи протеза, далее по показаниям (не чаще одного раза в три дня). Период адаптации может длиться до 1,5 месяцев.

При появлении болей в области тканей протезного ложа, связанных с травмой слизистой оболочки, больному рекомендуют немедленно прекратить пользоваться протезом, явиться на прием к врачу, возобновив пользование за 3 часа до посещения врача.

При механическом повреждении слизистой оболочки, образовании язв участки протеза в этих местах минимально сошлифовываются. Коррекцию базиса протеза проводят до появления первого субъективного ощущения уменьшения болевого синдрома.

Назначается медикаментозная терапия противовоспалительными препаратами и средствами, ускоряющими эпителизацию слизистой оболочки рта.

Пациенты с выраженным торусом

При изготовлении рабочей модели необходимо производить «изоляцию» в области торуса с целью предотвращения избыточного давления.

Пациенты с аллергическими реакциями на пластмассу

При выявлении аллергического анамнеза следует проводить аллергические кожные пробы на материал базиса протеза. При положительной реакции изготавливают протезы из бесцветной пластмассы, по показаниям проводят серебрение базиса протеза.

Для пациентов с недостаточно благоприятными анатомо-топографическими условиями протезного ложа базис протеза может быть изготовлен с мягкой подкладкой. Показания:

- наличие острых костных выступов на протезном ложе, острая внутренняя косая линия при отсутствии абсолютных (четких) показаний для хирургического вмешательства с целью их устранения;
- повышенная болевая чувствительность во рту;
- отсутствие выраженного подслизистого слоя.

Потребность в применении мягкой подкладки выявляется в процессе адаптации к новому протезу. Мягкие подкладки изготавливаются клинико-лабораторным методом по известной методике.

АЛГОРИТМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПРОТЕЗОВ С ОПОРОЙ НА ИМПЛАНТАТЫ

Показания к имплантации.

Полное отсутствие зубов может являться абсолютным показанием для протезирования с использованием имплантатов только при выраженной степени атрофии альвеолярного отростка (альвеолярной части) челюсти, которая не позволяет добиться функционирования полных съемных протезов. Все остальные варианты клинических ситуаций при полном отсутствии зубов или только желание пациента следует рассматривать как относительные показания к ортопедическому лечению с использованием имплантатов.

Противопоказания к имплантации.

Абсолютные противопоказания.

1) Общие – тяжелые общесоматические болезни: болезни сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации; болезни крови и кроветворных органов (лимфогранулематоз, лейкозы, гемолитические анемии); психические расстройства и расстройства поведения; иммунопатологические заболевания и состояния (дефекты системы комплимента с выраженным снижением сопротивляемости организма, фагоцитарные расстройства, синдромы гуморальной недостаточности, гипоплазия тимуса и паращитовидных желез); некоторые болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (ревматические и ревматоидные процессы, врожденные остеопатии, костные дисплазии, состояния после лучевой и медикаментозной терапии); заболевания костной системы и другие патологические состояния, вызывающие нарушение трофики и ослабление регенерационной способности костной ткани (врожденные остеопатии, костные дисплазии, состояния после лучевой и медикаментозной терапии); болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (сахарный диабет I типа, дисфункции щитовидной и паращитовидных желез, болезни гипофиза и надпочечников); злокачественные новообразования; туберкулез; СПИД; венерические болезни; некоторые болезни кожи (дерматозы и склеродермия), регулярный прием в анамнезе наркотических препаратов; лечение бисфосфонатами; а также ряд заболеваний при условии, что имплантация не разрешена соответствующим специалистом: врожденные пороки и протезирование клапанов сердца.

2) Местные: некоторые болезни слизистой оболочки рта (хронический рецидивирующий афтозный стоматит, красная волчанка, пузырчатка, синдром Шегрена, синдром Бехчета); генерализованный пародонтит тяжелой степени.

Относительные противопоказания.

1) Общие: остеопороз; низкое содержание эстрогена у женщин – например, после овариэктомии; доброкачественные новообразования; хронические инфекционные болезни; вредные привычки (злоупотребление алкоголем и курением, наркомания); возраст до 18 лет; беременность и лактация.

2) Местные: неудовлетворительная гигиена рта.

Подготовка лунки зуба к имплантации.

При планировании зубного протезирования на имплантатах, уже во время удаления зуба/зубов, необходима специальная подготовка для сохранения объема альвеолярного отростка (альвеолярной части) челюсти и оптимизации внутренней структуры костной ткани. Особое внимание следует уделять максимально щадящей экстракции и обработки альвеолы. Для сокращения сроков подготовки к операции имплантации рекомендуется заполнение лунки костнопластическим материалом и/или наложение на лунку мембраны для направленной регенерации кости. Лучше всего использовать нерезорбируемую мембрану и наложение сближающих (удерживающих) швов без отслоения слизисто-надкостничного лоскута. Если костнопластический материал применяется без мембраны или используется резорбируемая мембрана, то обязательно герметичное ушивание слизистой оболочки над альвеолой.

Срок имплантации после удаления зуба.

Оптимальным можно считать имплантацию в альвеолу с полностью завершившейся регенерацией, включая заполнение костной тканью всего объема альвеолы, формирование наружной компактной пластинки и нормальной слизистой оболочки. Такое состояние может достигаться в срок от 3-4 до 9-12 месяцев после удаления зуба, в среднем – через 4-6 месяцев.

При сохранении стенок альвеолы и отсутствии патологического процесса в лунке возможна установка имплантатов через 6 недель после удаления зуба.

Если возможно полное устранение патологически измененных тканей и обеспечение полноценной первичной фиксации имплантатов, то допускается выполнение имплантации одномоментно с удалением зуба или до достижения состояния полного завершения регенеративных процессов в лунке удаленного зуба. Допускается выполнение имплантации спустя год и более после удаления зуба.

Планирование ортопедической конструкции.

В каждой конкретной клинической ситуации конструкция зубного протеза, количество имплантатов, их тип, размер и расположение определяются в зависимости от состояния костной ткани в области имплантации (высота, ширина и плотность кости) и от состояния зубов-антагонистов, т.е. индивидуально.

При изготовлении всех видов протезов, опирающихся на имплантаты, у пациентов с полным отсутствием зубов допускается изготовление укороченного искусственного зубного ряда, включающего в себя от 10 до 12 зубов, и, при необходимости, моделирование первых моляров по типу премоляров.

При изготовлении несъемных конструкций на имплантатах возможно применение одиночных искусственных коронок, мостовидных протезов или их сочетания. Изготовление одиночных коронок возможно, только если каждому отсутствующему зубу будет соответствовать установленный имплантат. В составе каждого мостовидного протеза оптимальным вариантом соотношения количества искусственных опорных коронок с опорой на имплантатах и искусственных фасеток, не имеющих опоры, следует считать 2:1. Мостовидные протезы можно использовать только с опорой на имплантатах оптимального размера. Условно-съемные протезы имеют в своем составе гарнитурные искусственные зубы, пластмассовый базис и цельнолитой каркас, фиксируемый к 5-6 имплантатам. В исключительных случаях опорой условно-съемного протеза могут служить 4 имплантата.

При изготовлении условно-съемных и мостовидных протезов восстанавливающих весь зубной ряд можно изготавливать консольные элементы, но не более одной фасетки или одного искусственного зуба с каждой стороны.

При изготовлении полного съемного протеза вариантами его фиксации могут быть:

- 1) от 2 до 4 одиночно стоящих имплантатов с шаровидными аттачменами или их аналогами;

2) от 2 до 8 имплантатов, соединенных балкой, которая может дополнительно нести аттачмены разной конструкции и разной степени лабильности;

3) от 2 до 8 имплантатов с телескопической системой фиксации.

Съемный протез может иметь цельнолитой металлический каркас, включая матричные элементы фиксирующих приспособлений, либо съемная конструкция изготавливается без каркаса с расположением матричных элементов фиксирующих приспособлений непосредственно в базисе протеза.

Выбор типа, размера имплантатов и их расположения.

Оптимальным вариантом конструкции следует считать осесимметричные (цилиндрические и конусные) имплантаты.

Оптимальная длина имплантата – 11-14 мм. Реже могут использоваться имплантаты длиной от 5 до 10 мм и длиннее 14 мм.

Рекомендуется использовать имплантаты следующего диаметра: верхние боковые резцы и нижние резцы: оптимальный диаметр – $3,3 \pm 0,2$ мм.; верхние центральные резцы, клыки и премоляры обеих челюстей: оптимальный диаметр – $4,0 \pm 0,2$ мм, в качестве исключения можно использовать имплантаты диаметром $3,3 \pm 0,2$ мм.; моляры обеих челюстей: оптимальный диаметр – не менее 4,0 мм, в качестве исключения можно использовать имплантаты диаметром $3,8 \pm 0,2$ мм.

При планировании размера имплантата необходимо учесть, что на всех участках поверхности имплантата его должна окружать костная ткань, толщиной не менее 0,5-1 мм. Расстояние между двумя имплантатами должно быть не менее 2-3 мм.

При выборе размера имплантата необходимо учесть, что минимальное расстояние от имплантата до анатомических образований должно быть следующее: от носовой полости и верхнечелюстного синуса – 1 мм или контакт с компактной пластиной дна этих анатомических образований; от нижнечелюстного канала – не менее 1 мм; от ментального отверстия – не менее 1,5 мм. Необходимо учитывать, что при расположении имплантатов в области между ментальными отверстиями их верхушки должны отстоять от нижнего края челюсти не менее чем на 1,5 мм.

Увеличение объема костной ткани.

Если размер альвеолярного отростка (альвеолярной части) челюсти не позволяет выполнять установку имплантата, то рекомендуется проводить наращивание объема костной ткани, которое может выполняться одновременно с имплантацией или как самостоятельная предимплантационная операция.

Диагностическое и временное протезирование.

На всех этапах имплантологического лечения (до и после операции имплантации, во время изготовления постоянной зубопротезной конструкции) пациенту рекомендуется пользоваться временными зубными протезами.

Рекомендуется проводить диагностическое моделирование будущих протезов. Временные протезы следует считать косметическим и функциональным ориентиром для изготовления постоянных зубопротезных конструкций.

Операция дентальной имплантации.

При операции дентальной имплантации всегда необходимо применение операционных шаблонов. При изготовлении операционных шаблонов: если планируются несъемные конструкции зубных протезов, то центральная точка имплантата (место его прохождения через гребень альвеолярного отростка или альвеолярной части челюсти) должна соответствовать центру искусственной коронки.

Ось имплантата должна быть параллельна соседним имплантатам или отклоняться от их оси не более чем на 5-7°.

Наружный край имплантата должен располагаться на уровне гребня альвеолярного отростка или альвеолярной части челюсти, выступая из него или погружаясь в него не более чем на 0,5 мм. При использовании имплантатов с эффектом переключения платформ (если начальная часть абатмента имеет меньший диаметр, чем сам имплантат) допустимое погружение имплантата возможно до 1,5 мм от гребня альвеолы.

Необходимо обеспечить достаточную первичную фиксацию имплантата в костной ткани. Оптимальное усилие введения имплантата в кость – 35-40 Н·см, максимальное – 45-50 Н·см, минимальное – 25-30 Н·см.

Срок достижения остеоинтеграции.

В подавляющем большинстве случаев для достижения остеоинтеграции необходим срок 3-4 месяца на нижней челюсти и 4-6 месяцев на верхней челюсти.

При благоприятных клинических условиях может применяться непосредственная нагрузка имплантатов. Для этого необходимо использовать временные зубные протезы с опорой на временный или постоянный абатмент. Обязательными условиями непосредственной нагрузки следует считать: использование имплантата оптимального размера, плотность кости 1-го или 2-го типов по классификации U. Lekholm и G. Zarb (1985), которая предусматривает выделение 5 типов формы альвеолярных отростков челюстей в зависимости от их сохранности или, наоборот, атрофии: А, В, С, D и E («А» – наибольший объем альвеолярного отростка, «Е» – наименьший), а также 4 типа плотности костной ткани: 1, 2, 3 и 4 («1» – самая плотная кость, «4» – самая рыхлая) и объективно подтвержденная высокая первичная стабильность имплантата.

Второй этап имплантации и срок до получения оттиска.

Второй этап имплантации проводится при достижении остеоинтеграции имплантата, подтвержденной рентгенологическим исследованием и оценкой стабильности имплантата.

На втором этапе имплантации винт-заглушка имплантации заменяется формирователем десны, который полностью выступает над ее поверхностью и имеет диаметр, соответствующий шейке будущего искусственного зуба или абатмента, несущего конструкцию для фиксации съемного протеза.

При изготовлении несъемных конструкций зубных протезов в косметически значимой зоне (верхние резцы, клыки и премоляры) и/или при условии толщины десны более чем 1,5-2 мм от установки формирователя десны до получения оттиска рекомендуется срок 3-4 недели. При условии толщины десны не более чем 1,5-2 мм в области верхних моляров и всех нижних зубов, а также при всех видах съемного протезирования, срок от установки формирователя десны до получения оттиска должен составлять 1-2 недели. Кроме того, возможно формирование десны временными коронками с опорой на временный или постоянный абатмент.

Клинико-лабораторные этапы изготовления зубных протезов с опорой на имплантаты.

Оттиск (слепок) с имплантата получают при помощи оттискных (слепочных) модулей (трансферов). Если имплантаты параллельны между собой или угол отклонения не превышает 5-7°, то используется техника закрытой ложки (стандартная оттискная (слепочная) ложка и силиконовый материал). Если имплантаты отклоняются друг от друга более чем на 5-7°, то используется техника открытой оттискной (слепочной) ложки с предварительным изготовлением перфорированной индивидуальной ложки.

При изготовлении рабочей модели челюстей рекомендуется использование десневой маски.

В качестве несъемных конструкций с опорой на имплантаты могут применяться протезы из композитных материалов, металлокерамические протезы (с опорой на металлические абатменты), а также безметалловая керамика (с фиксацией к абатментам из оксида циркония и его аналогов).

Выбор абатментов осуществляется из стандартных вариантов фабричного изготовления с возможностью их индивидуальной коррекции либо абатменты изготавливаются индивидуально методом литья или фрезеровки.

При протезировании на имплантатах с использованием мостовидных, условно-съемных и съемных протезов необходимо уменьшение площади и выраженности рельефа окклюзионной поверхности премоляров и моляров.

Конструкция зубного протеза должна обеспечивать возможность полноценного гигиенического ухода.

Особое внимание необходимо обращать на усилия при закручивании формователя десны, оттискового (слепочного) модуля и абатмента. Как правило, во время примерок данная процедура выполняется с усилием 15-25 Н·см. Финишная фиксация абатментов осуществляется с усилием 30-35 Н·см.

Фиксация несъемных протезов к абатментам осуществляется на цемент, либо при помощи трансокклюзионных или боковых винтов. Перед фиксацией искусственной коронки нужно изолировать центральный винт абатмента.

Первую фиксацию несъемного протеза рекомендуется выполнять на временный цемент. Фиксация на постоянный цемент возможна через 1-2 месяца, также возможно постоянное ведение пациентов с несъемными конструкциями на имплантатах только на временном цементе, но при этом пациент должен быть проинформирован об этом. Перед фиксацией несъемной ортопедической конструкции на постоянный цемент при необходимости можно выкрутить абатмент, подвергнуть все компоненты конструкции очистке и контролю, после чего производится фиксация абатмента и искусственной коронки.

Динамическое наблюдение за результатами лечения.

Контрольные осмотры пациента рекомендуется проводить через месяц и через полгода после фиксации ортопедической конструкции. Последующий динамический контроль состояния имплантатов и зубных протезов рекомендуется выполнять 1 раз в 6 месяцев. При каждом контрольном осмотре определяется гигиеническое состояние рта и ортопедической конструкций, состояние десны вокруг каждого имплантата, окклюзионные взаимоотношения, оценивается стабильность каждого имплантата и делается рентгеновский снимок. При каждом контрольном посещении пациента рекомендуется проводить профессиональную гигиену полости рта.

7.1. 7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
---------------------	---------------------------------------

Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и	Согласно алгоритму
Витамины	Согласно алгоритму
Средства, влияющие на кровь	По потребности

7.1. 8. Характеристики алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Применение местных противовоспалительных и эпителизирующих средств, при возникновении наминов и язв на слизистой оболочке, особенно в период адаптации к протезу, показывает достаточную результативность в повседневной стоматологической практике.

АНАЛЬГЕТИКИ, НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Обычно назначают полоскания и/или ванночки с отварами коры дуба, цветков ромашки, шалфея 3—4 раза в день (уровень убедительности доказательства С). Аппликации на пораженные участки маслом облепихи — 2—3 раза в день по 10—15 минут (уровень убедительности доказательства В).

ВИТАМИНЫ

Аппликации на пораженные участки масляным раствором ретинола (витамин А) — 2—3 раза в день по 10—15 минут (уровень убедительности доказательства С).

СРЕДСТВА, ВЛИЯЮЩИЕ НА КРОВЬ

Гемодиализат депротенинизированный — адгезивная паста для полости рта — 3—5 раз в сутки на пораженные участки (уровень убедительности доказательства С).

7.1. 9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

При протезировании на дентальных имплантатах динамическое наблюдение проводят 1 раз в 6 мес.

7.1.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.1.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Отказ от использования очень жесткой пищи, требующей пережевывания твердых кусков, от откусывания кусков от твердых продуктов, овощей и фруктов (например, от целого яблока). Отказ от использования очень горячей пищи.

7.1.12. Форма добровольного информированного согласия пациента при выполнении протокола

Информированное добровольное согласие пациент дает в письменном виде.

7.1.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. приложение № 1 к настоящему протоколу ведения больных.

7.1.14. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращении действия требований протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к протезированию, в том числе наличия корней зубов, экзостозов и пр., пациент переводится в протокол ведения больных, соответствующий

щий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с полной потерей зубов, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этого протокола ведения больных, соответствующего ведению полной потери зубов;
- б) протокола ведения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

7.1.15. Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	72	Частичное, иногда полное восстановление способности откусывать и пережевывать пищу	1—1,5 мес после окончания протезирования	Перебазировка или замена протезов по потребности или раз в 3—4 года
Стабилизация	20	Отсутствие отрицательной динамики в течение полного отсутствия зубов	1 —1,5 мес после окончания протезирования	Срок пользования пластиночными протезами — не ограничен
Развитие ятрогенных осложнений	5	Появление новых заболеваний или осложнений, обусловленных проводимым лечением, (например, аллергические реакции на пластмассу, токсический стоматит)	На этапе припасовки и адаптации к протезу	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	3	Присоединение нового заболевания, связанного с полным отсутствием зубов	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.1.16. Стоимостные характеристики протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

VIII. ГРАФИЧЕСКОЕ, СХЕМАТИЧЕСКОЕ И ТАБЛИЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛА ЛЕЧЕНИЯ) ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ (ПОЛНАЯ ВТОРИЧНАЯ АДЕНТИЯ, ПОТЕРЯ ЗУБОВ ВСЛЕДСТВИЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ, УДАЛЕНИЯ ИЛИ ЛОКАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА)

Не предусмотрено.

IX. МОНИТОРИРОВАНИЕ

Критерии и методология мониторинга и оценки эффективности выполнения клинических рекомендаций

Мониторинг проводится на всей территории Российской Федерации.

Перечень медицинских организаций, в которых проводится мониторинг данного документа, определяется ежегодно учреждением, ответственным за мониторинг. Медицинская организация информируется о включении ее в перечень по мониторингу клинических рекомендаций письменно.

Мониторинг включает:

- сбор информации: о ведении пациентов с полной потерей зубов в стоматологических медицинских организациях;
 - анализ полученных данных;
 - составление отчета о результатах проведенного анализа;
 - представление отчета группе разработчиков данных клинических рекомендаций;
- Исходными данными при мониторинге являются:
- медицинская документация — медицинская карта стоматологического больного (форма №043/у);
 - тарифы на медицинские услуги;
 - тарифы на стоматологические материалы и лекарственные средства.

При необходимости при мониторинге могут быть использованы иные документы.

В стоматологических медицинских организациях, определенных перечнем по мониторингу, раз в полгода на основании медицинской документации составляется карта пациента (приложение 2) о лечении пациентов с полной потерей зубов, соответствующих моделям пациента в данных клинических рекомендациях.

В карту пациента включаются данные о диагнозе и о лечении пациентов, которым даны ортопедические конструкции в течение последнего месяца текущего полугодия. Справки передаются в учреждение, ответственное за мониторинг, не позднее чем через месяц после окончания указанного срока. Например, если мониторинг начат 1 мая, то в справку включаются все пациенты с полной потерей зубов, получившие ортопедические конструкции в октябре, отчет должен быть передан не позднее конца ноября. Число анализируемых случаев должно быть не менее 300 в год.

В анализируемые в процессе мониторинга показатели входят: критерии включения и исключения из клинических рекомендаций, перечни медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортимента, перечни лекарственных средств и стоматологических материалов и инструментов обязательного и дополнительного ассортимента, исходы заболевания, стоимость выполнения медицинской помощи по протоколу и др.

Принципы рандомизации

В данных клинических рекомендациях рандомизация (медицинских организаций, пациентов и т. д.) не предусмотрена.

Порядок оценки и документирования побочных эффектов и развития осложнений

Информация о побочных эффектах и осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения больных, регистрируется в медицинской карте пациента и отражается в справке о проведенном лечении, представляемой в организацию, ответственную за мониторинг.

Промежуточная оценка и внесение изменений в клинические рекомендации

Оценка выполнения клинических рекомендаций проводится один раз в год по результатам анализа сведений, полученных при мониторинге.

Внесение изменений в клинические рекомендации проводится в случае получения информации:

- а) о наличии в Протоколе требований, наносящих урон здоровью пациентов;
- б) при получении убедительных данных о необходимости изменений требований клинических рекомендаций обязательного уровня.

Решение об изменениях принимается группой разработчиков. Введение изменений требований клинических рекомендаций в действие осуществляется Министерством здравоохранения Российской Федерации в установленном порядке.

Параметры оценки качества жизни пациентов при выполнении клинических рекомендаций

Для оценки качества жизни пациента с полной потерей зубов, соответствующей моделям клинических рекомендаций, используют аналоговую шкалу (приложение 3).

Оценка стоимости выполнения клинических рекомендаций и цены

качества

Клинико - экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

Сравнение результатов

При мониторинге клинических рекомендаций ежегодно проводится сравнение результатов выполнения его требований, статистических данных, показателей деятельности медицинских организаций (количество больных,

количество и виды изготовленных конструкций, сроки изготовления, наличие осложнений).

Порядок формирования отчета и его форма

В ежегодный отчет о результатах мониторинга включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, предложения по актуализации клинических рекомендаций.

Отчет представляется в группу разработчиков данных клинических рекомендаций.

Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати.

Приложение 1

Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)

**ПРАВИЛА ПОЛЬЗОВАНИЯ СЪЕМНЫМИ ЗУБНЫМИ
ПРОТЕЗАМИ (Дополнительная информация для пациента)**

1. Съемные зубные протезы необходимо чистить зубной щеткой с пастой или с туалетным мылом два раза в день (утром и вечером), а также после еды по мере возможности.
2. Во избежание поломки протеза, а также повреждения слизистой оболочки рта не рекомендуется принимать и пережевывать очень жесткую пищу (например, сухари), откусывать от больших кусков (например, от целого яблока).
3. В ночное время, если пациент снимает протезы, их необходимо держать во влажной среде (после чистки завернуть протезы во влажную салфетку) либо в сосуде с водой. С протезами во рту можно спать.
4. Во избежание поломки протезов не допускайте их падения на кафельный пол, в раковину и на другие твердые поверхности.
5. По мере образования жесткого зубного налета на протезах их необходимо очищать специальными средствами, которые продаются в аптеках.
6. При нарушении фиксации съемного протеза необходимо обратиться в клинику ортопедической стоматологии. Ни в коем случае, ни при каких обстоятельствах не пытаться самому провести исправления, починку или другие воздействия на протез.
7. В случае поломки или возникновении трещины в базисе съемного протеза пациенту необходимо срочно обратиться в клинику ортопедической стоматологии для починки протеза.

Приложение 2

Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)

КАРТА ПАЦИЕНТА

История болезни №

Наименование учреждения

Дата: начало наблюдения

окончание наблюдения

Ф.И.О.

возраст

Диагноз основной _____

Сопутствующие заболевания: _____

Модель пациента: _____

Объем оказанной нелекарственной медицинской помощи: _____

Код	Наименование	Отметка о выполнении (кратность)
Диагностика		
A01.02.00	Пальпация мышц	
A01.04.00 1	Сбор анамнеза и жалоб при патологии суставов	
A01.04.00	Визуальное исследование суставов	
A01.04.00	Пальпация суставов	
A01.04.00	Перкуссия суставов	
A01.07.00	Сбор анамнеза и жалоб при патологии	
A01.07.00	Визуальное исследование при патологии	
A01.07.00	Пальпация органов полости рта	
A01.07.00 5	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	
A01.07.00	Пальпация челюстно-лицевой области	
A01.07.00 7	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	
A02.04.00 4	Аускультация сустава	
A02.07.00 1	Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов	
A02.07.00	Антропометрические исследования	
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной	
A06.07.00	Панорамная рентгенография верхней	
A06.07.002	Панорамная рентгенография нижней	
A06.07.004	Ортопантомография	
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	
A09.07.001	Исследование мазков-отпечатков полости	

A09.07.00 2	Цитологическое исследование содержимого кисты (абсцесса) полости рта или содержимого зубодесневого кармана	
A11.07.00	Биопсия слизистых оболочек полости рта	
Лечение		
A16.07.026	Протезирование полными съёмными	
A11.07.012	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	
A16.07.005	Восстановление целостности зубного ряда несъёмными мостовидного протезами	
A16.07.006	Протезирование зуба с использованием имплантата	
A16.07.058	Операция установки имплантатов для дальнейшего зубопротезирования	
A16.07.059	Синуслифтинг	
B01.003.00	Местная анестезия	
D01.01.04 .03	Коррекция съёмной ортопедической конструкции	
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при	
A25.07.002	Назначение диетической терапии при	

Лекарственная помощь (указать применяемый препарат):

Лекарственные осложнения (указать проявления):

Наименование препарата, их вызвавшего:

Исход (по классификатору исходов):

Информация о пациенте передана в учреждение, мониторирующее
Протокол:

(название учреждения)

(дата)

Подпись лица, ответственного за мониторование ОСТ в медицинском
учреждении:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРИ МОНИТОРИРОВАНИИ	Полнота выполнения обязательного перечня немедикаментозной помощи	да	нет	ПРИМЕЧАНИЕ
	Выполнение сроков выполнения медицинских услуг	да	нет	
	Полнота выполнения обязательного перечня лекарственного ассортимента	да	нет	
	Соответствие лечения требованиям протокола по срокам/продолжительности	да	нет	
	Комментарии:			
	(дата)		(подпись)	

Приложение 3

Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)

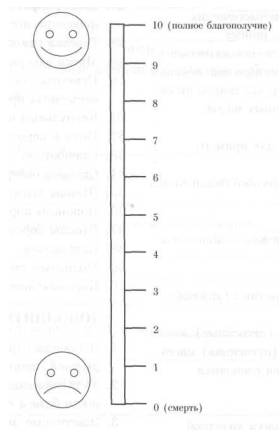
АНКЕТА ПАЦИЕНТА

ФИО

ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ

КАК ВЫ ОЦЕНИВАЕТЕ ВАШЕ ОБЩЕЕ САМОЧУВСТВИЕ НА СЕГОДНЯШЕЙ ДЕНЬ?

Отметьте, пожалуйста, на шкале значение, соответствующее состоянию Вашего здоровья



Приложение 4

Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)

ПЕРЕЧЕНЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ

Групповое наименование

Обязательный ассортимент

1. Стандартные оттискные (слепочные) ложки для беззубых челюстей
2. Альгинатная оттискная (слепочная) масса
3. Базисный воск
4. Самоотвердеющая пластмасса холодной полимеризации для изготовления индивидуальных ложек
5. Артикулятор
6. Окклюдатор
7. Клеи для силиконовых оттискных (слепочных) масс
8. Силиконовая оттискная (слепочная) масса для снятия функционального оттиска (слепка)
9. Цинкэвгенольная оттискная (слепочная) масса для снятия функционального оттиска (слепка)
10. Цветовая шкала для определения цвета искусственных зубов
11. Специальный маркер для определения места коррекции на базисе протеза (карандаш, чернила)
12. Гипс простой
13. Прямой наконечник
14. Металлические фрезы для прямого наконечника
15. Алмазные фрезы для прямого наконечника
16. Полиры
17. Полировочные пасты
18. Чашка для замешивания слепочных (оттискных) масс
19. Шпатель для замешивания слепочных (оттискных) масс
20. Карборундовые головки для прямого наконечника
21. Артикуляционная бумага
22. Шпатели зуботехнические
23. Наклонная нагревательная плоскость
24. Канюли для диспенсера
25. Силиконовая оттискная (слепочная) масса для двойного оттиска (слепка)
26. Дезинфицирующий раствор для оттисков (слепков)
27. Контейнер для дезинфицирующего раствора
28. Цемент для временной фиксации
29. Цемент для постоянной фиксации
30. Газовая горелка
31. Маски одноразовые
32. Слюноотсосы одноразовые

33. Стаканы одноразовые
34. Стандартные ватные валики
35. Фартуки для пациента
36. Бумажные блоки для замешивания
37. Цветовая шкала для определения цвета облицовки и искусственных зубов
38. Стекла стоматологические для замешивания
39. Артикуляционная бумага
40. Карпульный шприц
41. Иглы к карпульному шприцу

Дополнительный ассортимент

1. Лейкопластырь (для окантовки краев стандартной слепочной ложки)
2. Артикулятор
3. Эластичные материалы для перебазировки протеза в клинике
4. Супергипс
5. Индивидуально настраиваемый артикулятор с лицевой дугой
6. Светоотверждаемая пластмасса для изготовления индивидуальных ложек
7. Камера с ультрафиолетовым светом для полимеризации пластмассы
8. Вакуумформер для изготовления индивидуальных ложек
9. Пластины для вакуумформера
10. Силиконовая материал для окантовки индивидуальной ложки
11. Аппарат Ларина
12. Спиртовка
13. Бокс для стандартных ватных валиков
14. Электромеханический аппарат для автоматического смешивания оттисковых масс с насадками на катриджи
15. Диспенсер для смешивания силиконового оттискового (слепочного) материала
16. Самоотвердеющая пластмасса холодной полимеризации для связывания слепочных модулей
17. Полиэфирный монофазный оттисковый (слепочный) материал
18. Слепочные модули
19. Динамометрический ключ
20. Ортопедический набор ключей для используемой системы имплантатов

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Бушан М.Г., Каламкарров Х.А. Осложнения при зубном протезировании и их профилактика. — Кишинев, 1983. — 301 с.
2. Воронов А.П., Лебеденко И.Ю., Воронов И.А. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов: Учебное пособие – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 320 с.
3. Загорский В.А. Протезирование при полной адентии: Руководство для врачей – М.: Медицина, 2008. – 376 с.
4. Калинина Н.В., Загорский В.А. Протезирование при полной потере зубов. — М.: Медицина, 1990. — 224 с.
5. Копейкин В.Н., Миргазизов М.З. Ортопедическая стоматология: Учебник — Изд. 2-е доп. — М.: Медицина, 2001 — 624 с.
6. Копейкин В.Н. Ошибки в ортопедической стоматологии. — М., 1986. 176с.
7. Малый А.Ю. Медико-правовое обоснование врачебных стандартов оказания медицинской помощи в клинике ортопедической стоматологии: Дис... д-ра мед. наук. — М., 2001. — 272 с.
8. Мушеев И.У., Олесова В.Н., Фрамович О.З. Практическая дентальная имплантология – М.: Парадиз, 2000. – 266 с.
9. Никольский В.Ю. Дентальная имплантология: Учебное пособие, рекомендованное, 2006. – УМО Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. – Москва: МИА. – 170 с.
10. Робустова Т.Г. Имплантация зубов (хирургические аспекты) – М.: Медицина, 2003. – 560 с.
11. Руководство по ортопедической стоматологии /Под ред. В.Н. Копейкина. — М., 1993. — 496 с.
12. Рыбаков А.И., Базиян Г.В. Эпидемиология стоматологических заболеваний и пути их профилактики. — М., 1973. — 320 с.
13. Справочник по стоматологии / Под ред. В.М. Безрукова. — М.: Медицина, 1998. — 656 с.
14. Стоматологическая заболеваемость населения России / Под ред. Э.М. Кузьминой. — М., 1999. — 228 с.
10. Хватова В.А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии: Руководство. — Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1996. — 276 с.
11. Cronstrom R., Rene N., Owall B., Blomqvist A. The Swedish patient insurance scheme and guarantee insurance for prosthodontic treatment // International Dental Journal. — 1992. — Vol.42. — P. 113—118.
12. Einheitlicher Bewertungsmaßstab fuer Zahnärztliche Leistungen (BEMA): Aktuelle Ergänzungen. Stand 01.01.1999. — Herne, 1999. — 214 S.
13. Gebuehrenordnung fuer das Zentrum fuer Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde No 415.436 vom 28.09.1994. — Zuerich, 1994. — 27 S.
14. Gebuehrenordnung fuer Zahnärzte (GOZ). Stand 01.01.1996. — Koeln, 1998. — 72 S.
15. Heners M. Die Bedeutung allgemein anerkannten Regeln und ihrer Kriterien fuer die Qualitätsdiskussion in der Zahnheilkunde. // Dtsch. zahnaerztl/Ztschr. — 1991. — Bd. 46. — S. 262.
16. Kerschbaum Th., Micheelis W., Fischbach H. Prothetische Versorgung in Ostdeutschland: Eine bevoelkerungsrepraesentative Untersuchung bei 35 bis 54-Jaehrigen. // Dtsch. zahnaerztl. Ztschr. — 1996. — Bd. 51. — S. 452—

455.

17. Kerschbaum Th., Micheelis W., Fischbach H., von Thun P. *Prothetische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland: Eine bevölkerungsrepräsentative Untersuchung bei 35 bis 54-Jährigen // Dtsch/zahnaerztl. Ztschr.* — 1994. — Bd. 49. — S. 900—994.
18. Koslowski P. *Aerztliches Engagement und rationale Entscheidungsregeln // Dtsch.zahnaerztl. Ztschr.* — 1991. — Bd.46. — S. 182—185.
19. Lang N.P. *Checkliste zahnaerztliche Behandlung-splanung.* — Stuttgart; New York, 1988. — 213 S.
20. Miller A.J., Brunelle J.A., Carlos J.P., Brown L.J., Loe H. *Oral Health of United States Adults: National Findings.* — US Department of Health and Human Services, Public Health Services, National Institute of Health. — 1987. — 112 P.
21. *Oral health surveys. Basic methods.* — Geneva: WHO, 1987. — 512 P.
22. Pahnke D., Schwanewede H. *Das ORATEL Projekt: Qualitaetssicherung und Entscheidungsunterstuetzung // Qualitaetssicherung in der Zahnheilkunde.* — Heidelberg, 1995. — S. 77—90.
23. *Qualitaetsrichtlinien fuer zahnmedizinische Arbeiten.* — Bern, SSO, 1999. — 193 S.
24. *Qualitaetssicherung in der Zahnheilkunde.* — Heidelberg, 1995. — 167 S.
25. *Seznam zdravotnich vykonu s bodovymi hodnotami 1998.* — Praha, 1998. — 623 P.
26. Sinha M. *Qualitaet und Wirtschaftlichkeit in der zahnmedizinischen Versorgung // Beitrage zur Qualitaetssicherung in der Zahnmedizin.* — Baden-Baden, 1993. — S. 38—50.
27. *Wirksamkeit und Effektivitaet in der Zahnheilkunde: neue Konzepte in der Diagnostik und Therapie.* — Heidelberg, 1997. — 106 S.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ) ПРИ ДИАГНОЗЕ БОЛЕЗНИ ПУЛЬПЫ ЗУБА

*Утверждены Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений
«Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года,
актуализированы 02 августа 2018 года*

Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Болезни пульпы зуба» разработаны Московским государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И.Евдокимова Минздрава РФ (Янушевич О.О., Кузьмина Э.М., Максимовский Ю.М., Малый А.Ю., Волков А.Г., Эктова А.И.) и Центральным научно-исследовательским институтом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Минздрава РФ (Вагнер В.Д., Боровский Е.В., Смирнова Л.Е.).

I. Область применения

Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Болезни пульпы зуба» предназначены для применения в системе здравоохранения Российской Федерации.

II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящих Клинических рекомендациях использованы ссылки на следующие документы:

- Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.97 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).
- Приказ Минздравсоцразвития России №1664н от 27 декабря 2011г. Об утверждении номенклатуры медицинских услуг.
- Федеральный закон от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).

III. ОБОЗНАЧЕНИЯ и сокращения

В настоящих Клинических рекомендациях используются следующие обозначения и сокращения:

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем Всемирной организации здравоохранения десятого пересмотра.

МКБ-С – Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10.

IV. общие положения

Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Болезни пульпы зуба» разработаны для решения следующих задач:

- установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных с пульпитом

- унификация разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным с пульпитом
- обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинском учреждении.

Область распространения настоящих Клинических рекомендаций — стоматологические медицинские организации.

В настоящих Клинических рекомендациях используется шкала убедительности доказательств данных:

А) Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению,

В) Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение,

С) Достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств,

Д) Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения в определенных условиях данного лекарственного средства, **материала, метода, технологии.**

Е) Веские отрицательные доказательства: имеются достаточно убедительные доказательства того, чтобы исключить лекарственное средство, **метод, методику** из рекомендаций.

Доказательства разделяются на несколько уровней:

- А) Доказательства, полученные в проспективных рандомизированных исследованиях,
- В) Доказательства, полученные в больших проспективных, но не рандомизированных исследованиях,
- С) Доказательства, полученные в ретроспективных не рандомизированных исследованиях на большой группе,
- Д) Доказательства, полученные в исследованиях на ограниченном числе больных,
- Е) Доказательства, полученные на отдельных больных.

V. ВЕДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ)

Ведение Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни пульпы зуба» осуществляется Московским государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова Минздрава России). Система ведения предусматривает взаимодействие Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова со всеми заинтересованными организациями.

VI. Общие вопросы

В настоящее время болезни пульпы и периапикальных тканей являются распространенным заболеванием зубочелюстной системы. В общей структуре оказания медицинской помощи больным в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля это заболевание встречается во всех возрастных группах пациентов и составляет 28-30% от общего числа обращений. Пульпит при несвоевременном и/или неправильном лечении и прогрессировании процесса может стать причиной развития заболеваний периодонта, потери зубов, развития гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Зубы с хроническими формами пульпита представляют собой очаги интоксикации и инфекционной сенсибилизации организма.

Несвоевременное лечение пульпита приводит к развитию патологических процессов в периодонте и как следствие к удалению зубов, что в свою очередь обуславливает возникновение вторичных деформаций зубных рядов и патологии височно-нижнечелюстного сустава. Болезни пульпы непосредственным образом влияют на здоровье и качество жизни пациента.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Пульпит (K04.0 по МКБ-10) – это воспалительный процесс, проявляющийся после прорезывания зубов, при котором происходит ряд изменений в пульпе зуба.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Воспалительный процесс в пульпе зуба является результатом ее реакции на различные раздражители. Наиболее часто причиной воспаления в пульпе являются микроорганизмы и их токсины, попадающие в пульпу из кариозной полости через дентинные трубочки, из инфицированных пародонтальных карманов, или с крово- и лимфотоком при острых воспалительных заболеваниях. Этиологическими факторами, вызывающими пульпит, могут быть микроорганизмы кариозной полости, химические вещества (ингредиенты пломбирочных материалов), температурные (препарирование зубов без охлаждения) и механические воздействия (травма зуба, случайное вскрытие полости зуба, перемещение зубов при ортодонтическом лечении). Воспаление пульпы может развиваться в интактных зубах в связи с проникновением микроорганизмов из ближайших инфекционных очагов.

Основными возбудителями пульпита является гемолитические и негемолитические стрептококки, обнаруживаются так же грамположительные палочки, фузоспирохеты и грибы. При острых формах пульпита чаще обнаруживаются негемолитические стрептококки группы D, стафилококки, лактобактерии, при переходе процесса в хроническую форму –

ассоциации из 2 и более культур (стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, микрококки, актиномицеты, грибковая флора и др.).

Воспалительный процесс в пульпе, как и в других соединительных тканях организма, протекает по общим закономерностям. Однако есть и особенности:

- Пульпа является соединительной тканью, окруженной дентином, который ограничивает возможность расширения пульпы.
- Почти полное отсутствие коллатерального кровотока ограничивает способность пульпы к восстановлению после купирования воспаления.
- Пульпа является единственным органом, способным вырабатывать репаративный дентин для своей защиты от повреждения.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПУЛЬПИТА.

Клиническая картина начальной формы пульпита проявляется быстро проходящими болевыми ощущениями от разных видов раздражителей. Самопроизвольные боли в анамнезе отсутствуют.

Острый пульпит характеризуется впервые появившимися болями, которые продолжаются в течение первых двух суток, боль часто возникает в ночное время. Провоцируют болевой приступ температурные раздражители (холодное и горячее), как правило, пациент указывает на причинный зуб. При осмотре определяется глубокая кариозная полость, зондирование болезненно в одной или нескольких точках, полость зуба не вскрыта, перкуссия безболезненна. При проведении электроодонтометрии определяется снижение порога возбудимости, рентгенологических изменений не выявляется.

При вовлечении в процесс всей пульпы происходит иррадиация болей по ходу тройничного нерва, пациент не может указать причинный зуб, боль возникает чаще от температурных раздражителей, перкуссия может быть болезненной, порог электровозбудимости снижен, герметичность полости зуба не нарушена.

Хроническая форма пульпита может протекать бессимптомно, иногда отмечаются ноющие боли, боли при приеме горячей или твердой пищи. При осмотре может выявляться глубокая кариозная полость, герметичность может быть нарушена или нет.

При гиперпластическом пульпите в раскрытой полости зуба определяется кровоточащая грануляционная ткань, которая вызывает боли при приеме пищи. При данной форме пульпита определяется расширение периодонтальной щели.

Язвенная форма пульпита может протекать как при открытой полости зуба, так и при сохранении герметичности полости. При зондировании отмечается отсутствие реакции, что указывает на гибель коронковой части пульпы, однако глубокое зондирование вызывает боль. Электровозбудимость пульпы резко снижена – до 100мкА, рентгенологически выявляется расширение периодонтальной щели, иногда с разряжением костной ткани.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПУЛЬПИТА.

В классификации ВОЗ (10 пересмотр) пульпит выделен в отдельную рубрикацию.

Классификация пульпита (МКБ-10)

- К 04.00 Начальный пульпит [гиперемия]
- К 04.01 Острый
- К 04.02 Гнойный [пульпарный абсцесс]
- К 04.03 Хронический
- К 04.04 Хронический язвенный
- К 04.05 Хронический гиперпластический [пульпарный полип]

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПУЛЬПИТА.

Диагностика пульпита производится путем сбора анамнеза, клинического осмотра, дополнительных методов обследования и направлена на определение состояния пульпы и периапикальных тканей и показаний к лечению, а также на выявление в анамнезе факторов, которые препятствуют немедленному началу лечения. Такими факторами могут быть:

15. Наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения
16. Неадекватное психо-эмоциональное состояние пациента перед лечением
17. Острые поражения слизистой оболочки рта и красной каймы губ
18. Острые воспалительные заболевания органов и тканей рта
19. Угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения и т.п.), развившееся менее чем за 6 месяцев до момента обращения за данной стоматологической помощью
20. Отказ от лечения.

Из клинических данных болевая реакция является наиболее важным критерием оценки состояния пульпы, хотя нет прямой взаимосвязи между гистологической картиной и клиническим проявлениями. Зубная боль может служить показателем необратимости произошедших в пульпе изменений.

Рентгенологическое исследование помогает провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями с аналогичной симптоматикой.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПУЛЬПИТА.

Принципы лечения больных с пульпитом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;
- сохранение и восстановление анатомической формы пораженного зуба и

функциональной способности всей зубочелюстной системы;

- предупреждение развития патологических процессов и осложнений в периапикальных тканях;
- повышение качества жизни пациентов.

Лечение пульпита включает:

- мероприятия, направленные на сохранение жизнеспособности пульпы (по возможности)
- проведение местной анестезии (при отсутствии общих противопоказаний)
- создание доступа к полости зуба
- раскрытие полости зуба
- создание прямолинейного доступа к корневым каналам
- удаление пульпы
- прохождение корневого канала
- определение рабочей длины корневого канала
- обработку корневых каналов (механическую и медикаментозную)
- пломбирование корневых каналов
- контроль-с помощью методов лучевой визуализации
- применение физических методов (по потребности)
- реставрацию зубов после эндодонтического лечения.

Рабочая длина канала - это длина канала до апикального сужения. При сохраненной коронковой части определяется (с обязательным рентгенологическим контролем) у фронтальных зубов от режущего края, у жевательных зубов от бугра, при разрушенной коронковой части от устья канала. Рабочая длина канала необходима для контроля глубины проникновения инструментов при обработке и при пломбировании канала.

В случае безуспешного консервативного лечения или его невозможности рассматривается вопрос об удалении зуба.

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы:

8. анатомическое строение зуба (значительно изогнутые или атипичные по строению корни представляют значительную проблему)
9. патологические состояния (выраженная облитерация корневых каналов, внутренняя или наружная резорбция корневых каналов, горизонтальные и вертикальные переломы корней)
10. последствия проведенного ранее вмешательства на данном зубе
11. изоляция, доступ и возможность выполнения лечения (возможность качественно изолировать рабочее поле, степень открывания рта пациентом сопутствующая патология);
12. функциональная ценность зуба;
13. возможность последующего восстановления анатомической формы коронковой части зуба

14. состояние пародонта.

Лечение пульпита в настоящее время обязательно (при отсутствии противопоказаний) проводить под местной анестезией без использования девитализирующих препаратов.

Выбор метода лечения пульпита зависит от клинической картины, проявлений и симптомов, диагноза и может быть разным – от динамического наблюдения до удаления зуба.

При начальном и остром пульпите и/или случайном вскрытии полости зуба возможно применение методов сохранения пульпы (полного или частичного).

Метод полного сохранения пульпы

Пломбирование проводят в одно или два посещения. При методике лечения в два посещения лечебный подкладочный материал вносится в сформированную полость не менее чем на 1 месяц. Одноэтапное лечение данных форм пульпита рекомендуется в исключительно редких случаях: когда имеется плотный дентин, минимально прокрашиваемый кариес – детектором, и когда у пациента отсутствует возможность повторного посещения.

Метод частичного сохранения пульпы - витальной ампутации пульпы - пульпотомия (только для многокорневых зубов).

Данный метод лечения предполагает после формирования полости, вскрытие полости зуба, создания доступа к устьям корневых каналов и ампутацию коронковой пульпы. Далее проводят расширение устьев каналов. Затем формируется площадка в устьевой части полости и одновременно проводится глубокая ампутация пульпы. После тщательного гемостаза накладывается лечебная прокладка и временная пломба. При отсутствии жалоб через 3-4 недели временная пломба меняется на постоянную.

Метод витальной экстирпации пульпы (пульпэктомия).

Экстирпация пульпы (пульпэктомия) – это удаление всей здоровой или некротизированной ткани. Эндодонтическое лечение начинается с создания доступа к полости зуба, так как очень важна прямая видимость устьев корневых каналов. Проводится полное удаление всех кариозных тканей, дефектных реставраций и снятия искусственных коронок. В то же время необходимо максимально сохранить коронковую часть зуба, чтобы не ослабить стенки. Вскрытие полости зуба проводят шаровидным бором, а для ее расширения (раскрытия) лучше воспользоваться цилиндрическими борами с закругленным концом. Для исключения перфорации зондом исследуют дно полости зуба

Препарирование корневого канала можно разделить на три этапа. Эти этапы взаимосвязаны и направлены на:

- первичную обработку канала для удаления измененных тканей или инородных веществ
- удаление дентинных опилок и начальное формирование канала

- формирование устьевой, средней трети и околоврехушечной (апикальной) части канала для облегчения окончательной очистки и трехмерной obturation.

Для эффективного и безопасного использования пульпэкстрактора необходимо соблюдать следующие требования:

- доступ к корневым каналам должен быть достаточно широким, чтобы можно было ввести инструмент и удалить пульпу
- инструмент должен иметь достаточную толщину (диаметр), чтобы захватывать пульпу.
- Перед использованием пульпэкстракторов следует промыть полость зуба и устья каналов антисептическим раствором. После удаления содержимого корневых каналов проводится их механическая и медикаментозная обработка. Следующий этап эндодонтического лечения – это формирование корневого канала. Обращать особое внимание на предотвращение выхода инструмента за апикальное отверстие.

Придание формы корневым каналам имеет несколько целей:

- формирование конусности канала на всю его рабочую длину
- обработка всех поверхностей канала
- сохранение адекватного размера апикального отверстия.

Метод девитальной экстирпации пульпы.

Показанием к применению метода девитальной экстирпации пульпы является наличие противопоказаний к применению местной анестезии.

Для девитализации пульпы применяются пасты, в состав которых входит параформальдегид. Также в состав девитализирующих паст входят обезболивающие, антисептические, противовоспалительные средства. Девитализирующую пасту накладывают после удаления размягченного дентина и вскрытия рога пульпы зондом или небольшим шаровидным бором. Пасту вносят в кариозную полость зондом или на небольшом тампоне, полость закрывают временной повязкой. Необходимо следить за тем, чтобы паста не попала на слизистую оболочку десны. Срок действия девитализирующих паст различен (от 2 до 7 дней).

В следующее посещение повязку удаляют, раскрывают полость зуба, производят ампутацию коронковой пульпы, удаление корневой пульпы, обработку и пломбирование корневых каналов под рентгенологическим контролем.

Процесс лечения пульпита завершается рекомендациями пациенту по срокам

повторного обращения и профилактике.

Лечение проводится для каждого пораженного зуба независимо от степени поражения и проведенного лечения других зубов.

Для оказания помощи можно использовать только те материалы и лекарственные средства, которые допущены к применению в установленном порядке.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПУЛЬПИТОМ.

Лечение пациентов с заболеванием пульпы зуба проводится в стоматологических медицинских организациях. Как правило, лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

Оказание помощи больным с заболеванием пульпы зуба осуществляется в основном врачами-стоматологами, врачами-стоматологами терапевтами, врачами-стоматологами хирургами, зубными врачами. На этапе восстановления анатомической формы зуба в процесс лечения может подключаться врач-стоматолог ортопед. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал, в том числе зубные техники и гигиенисты стоматологические.

VII. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

7.1 Модель пациента

Нозологическая форма: начальный пульпит

Стадия - гиперемия пульпы

Фаза: стабилизация процесса

Осложнения – без осложнений

Код по МКБ-С: К 04.00

7.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- пациенты с постоянными зубами;
 - наличие кариозной полости;
 - боли от температурных, химических и механических раздражителей, исчезающие после прекращения раздражения;
- 28.отсутствие самопроизвольных и ночных болей на момент осмотра и в анамнезе;
- 29.при зондировании кариозной полости возможна кратковременная болезненность;
- 30.полость зуба не вскрыта;
- 31.отсутствие болезненности при перкуссии зуба;
- 32.снижение порога электровозбудимости пульпы;
- 33.отсутствие изменений в периапикальных тканях на рентгенограмме

7.1.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения):

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.1.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической:

Код	Название	Кратность выполнения *
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A02.07.001	Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование зубов с использованием стоматологического зонда	1
A02.07.005	Термодиагностика зуба	1
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1
A03.07.001	Люминесцентная стоматоскопия	по потребности

A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	1
A05.07.001	Электроодонтометрия	по потребности
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	1
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	по потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	по потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	согласно алгоритму
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	по потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.1.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043.У).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб от различных раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний.

Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области конкретного зуба, их характер, сроки появления, когда пациент обратил внимание на появление дискомфорта.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов.

При внешнем осмотре оценивают форму и конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Необходимо проводить пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, которая проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

Обследованию подлежат все зубы, начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность

твердых тканей, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании, сообщение с полостью зуба. Тщательно обследуют апроксимальные поверхности зубов.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зуба, обследование тканей пародонта. Определяют характер болей на температурные раздражители, проводят электроодонтодиагностику.

Индексы гигиены рта определяют до лечения, и после обучения гигиене рта, с целью контроля. См. приложение № 5.

7.1.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения *
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	согласно алгоритму
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	по потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	по потребности
A13.31.007	Обучение гигиене полости рта	1
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	1
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	по потребности
A16.07.003	Восстановление зуба вкладкой, виниром, полукоронкой	по потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	по потребности
A16.07.055	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	1
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	согласно алгоритму

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.1.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи

Не медикаментозная помощь направлена на:

- купирование острого воспалительного процесса;
- предупреждение развития осложнений;
- восстановление анатомической формы коронковой части зуба,
- восстановление эстетики зубного ряда.

После диагностических исследований и принятия решения на том же приеме приступают к лечению.

7.1.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)*
Средства, влияющие на обмен веществ в твердых тканях зуба <i>Кальцийсодержащие препараты</i>	согласно алгоритму
Лечебные подкладки (кальцийсодержащие). Минерал триоксид агрегат	согласно алгоритму
Анестетики местные	согласно алгоритму

7.1.8. Характеристики алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед препарированием проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая) по показаниям, при необходимости перед проведением анестезии место вкола обрабатывается местным анестетиком. Подкладочные кальцийсодержащие препараты используются с целью воздействия на микрофлору кариозной полости, декальцинации деминерализованного дентина, образования вторичного дентина. В практике используются различные варианты лечебных подкладочных материалов, (химического отверждения или светового отверждения). Химически отверждаемые материалы бывают однокомпонентные (нетвердеющие) или двухкомпонентные (твердеющие). Для одноэтапного лечения начального пульпита лучше использовать двухкомпонентные подкладочные материалы. Материал вносится в минимальном количестве, и только в область проекции пульпы зуба. Полость закрывается временной пломбой. В качестве временной пломбы желательно использовать стеклоиономерные цементы.

При двухэтапном методе лечения через 1 месяц полностью удаляется кальцийсодержащий материал, проводится оценка плотности дентина (методом зондирования и/или кариесдетектором) и проводится восстановление анатомической формы коронковой части зуба.

7.1.9. Восстановление анатомической формы коронковой части зуба

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба может проводиться пломбированием и/или протезированием (изготовление вкладки, изготовление искусственной коронки, изготовление штифтовой конструкции). Для выбора метода восстановления анатомической формы коронковой части зуба необходимо оценить степень разрушения коронковой части зуба. Используют индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) по В.Ю. Миликевичу.

См. приложение № 4

7.1.10. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Срок наблюдения пациентом при непрямом покрытии пульпы – 6 месяцев с

проведением электроодонтодиагностики.

7.1.11. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.1.12. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Специальных требований нет.

7.1.13. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

См. приложение № 7.

7.1.14. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. приложение № 8.

7.1.15. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни пульпы зуба» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующие выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками начального пульпита медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего ведению начального пульпита

б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.1.16. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	50%	Восстановление функции зуба	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение 2 раза в год
Стабилизация	30%	Отсутствие рецидива и осложнений	Непосредственно после курса лечения	Динамическое наблюдение 2 раза в год
Развитие ятрогенных осложнений	10%	Появление новых поражений или осложнений,	На этапе лечения зуба	Оказание медицинской помощи по протоколу

		обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции)		соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	10%	Развитие острого пульпита.	После окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.1.17. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни пульпы зуба»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.2. Модель пациента

Нозологическая форма: острый пульпит

Стадия – любая

Фаза: стабильное течение

Осложнения – без осложнений

Код по МКБ-С – К 04.01

7.2.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- пациенты с постоянными зубами;
- 34.самопроизвольные боли, приступообразные боли с иррадиацией, ночные боли, боли, провоцируемые любыми раздражителями;
- наличие кариозной полости, пломбированный ранее зуб, интактный зуб;
- 35.наличие боли при зондировании;
- 36.полость зуба может быть вскрыта;
- 37.возможна чувствительность при перкуссии зуба;
- 38.снижение порога электровозбудимости пульпы;
- 39.отсутствие изменений в периапикальных тканях на рентгенограмме
- 40.проходимые каналы без высокого риска перфорации

7.2.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения):

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.2.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической:

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование зубов с использованием стоматологического зонда	1
A02.07.005	Термодиагностика зуба	1
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	по потребности
A05.07.001	Электроодонтометрия	1
A06.07.003	Прицельная внутривитальная контактная	по

	рентгенография	потребности
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	по потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	по потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	согласно алгоритму
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	по потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.2.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043.У).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб от различных раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний.

Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области конкретного зуба, их характер, сроки появления, когда пациент обратил внимание на появление дискомфорта.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов.

При внешнем осмотре оценивают форму и конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Необходимо проводить пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, которая проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

Обследованию подлежат все зубы, начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании, сообщение с полостью зуба. Тщательно обследуют апроксимальные поверхности зубов.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зуба, обследование тканей пародонта. Определяют характер болей на температурные раздражители, проводят электроодонтодиагностику.

Индексы гигиены рта определяют до лечения, и после обучения гигиене рта, с целью контроля. См. приложение №5.

7.2.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения *
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	согласно алгоритму
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	по потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	по потребности
A13.31.007	Обучение гигиене полости рта	1
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	1
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	1
A16.07.003	Восстановление зуба вкладкой, виниром, полукоронкой	по потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	по потребности
A16.07.008	Пломбирование корневого канала зуба	согласно алгоритму
A16.07.009	Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы)	1
A16.07.010	Экстирпация пульпы	1
A16.07.034	Инструментальная и медикаментозная обработка корневого канала	согласно алгоритму
A16.07.035	Восстановление зуба пломбировочными материалами с использованием анкерных штифтов	по потребности
A16.07.036	Восстановление зуба коронкой с использованием композитной культевой вкладки на анкерном штифте	по потребности
A16.07.037	Восстановление зуба коронкой с использованием цельнолитой культевой вкладки	по потребности
A16.07.055	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	1
A16.07.056	Восстановление зубов штифтовыми зубами	по потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	согласно алгоритму

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

▪ **Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи**

Не медикаментозная помощь направлена на:

- купирование острого воспалительного процесса;

- проведение обработки корневых каналов под контролем методов лучевой визуализации;
- достижение obturации корневых каналов до уровня физиологической верхушки проводится с рентгенологическим контролем;
- предупреждение развития осложнений;
- восстановление анатомической формы коронковой части зуба
- восстановление эстетики зубного ряда

7.2.6.1. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения обработки корневых каналов

Этапы проведения инструментальной и антисептической обработки корневых каналов:

- проведение местной анестезии (при необходимости и отсутствии противопоказаний)
- раскрытие полости зуба и создание прямого доступа к корневым каналам
- обнаружение и расширение устьев корневых каналов
- удаление пульпы
- прохождение канала до физиологической верхушки
- определение рабочей длины канала
- рентгенологический контроль прохождения канала
- формирование корневого канала
- антисептическая обработка и высушивание канала
- obturация корневого канала до физиологической верхушки
- рентгенологический контроль obturации корневого канала
- применение физических методов (при необходимости).

Инструментальная и антисептическая обработка корневых каналов при лечении данной формы пульпита проводится с использованием различных методик и направлена на достижение первичной очистки канала от измененных тканей, удаление дентинных опилок и формирование канала для окончательной очистки и obturации. Первичная очистка канала подразумевает удаление остатков живых и некротизированных тканей, а также продуктов тканевого распада и микроорганизмов.

Для определения рабочей длины канала используют электрометрический метод с применением различных электронных приборов (апекслокаторов), а так же рентгенологический контроль с применением эндодонтических инструментов и/или гуттаперчевого штифта в качестве маркера длины канала. Но при проведении рентгенологического контроля следует обращать внимание на то, что рентгенологическая верхушка может не совпадать с анатомической.

Следующий этап – формирование корневого канала. Корневой канал после обработки должен соответствовать следующим требованиям

- Сохранять свое направление

- Иметь форму конуса (6-9 градуса)
- Завершаться апикальным сужением
- Не иметь неровностей на стенках
- Иметь достаточный диаметр на всем протяжении до апикального сужения для obturации

На данном этапе необходимо соблюдать следующие правила: проводить все манипуляции в пределах канала, не допускать проталкивание дентинных опилок и инфицированных тканей за верхушку корня. Необходимо точно определить рабочую длину канала и придать каналу достаточный диаметр для обеспечения полноценной антисептической обработки. Для выполнения инструментальной и антисептической обработки корневых каналов используются различные методики.

См. приложение № 1.

7.2.6.2. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения физиотерапевтических процедур.

Физиотерапевтические процедуры позволяют купировать воспаление, нормализовать трофику тканей, стимулируют процессы регенерации, при этом применяют постоянный электрический ток; импульсные токи низкой, средней и высокой частоты; электрические и магнитные поля; светолечение; ультразвук и т.д. Кроме того, физические методы используют с диагностической целью. Электроодонтометрия дает возможность оценить состояние пульпы зуба, апекслокация-определить расстояние до апикального отверстия (рабочую длину канала).

При эндодонтическом лечении широко применяется трансканальные воздействия постоянным током, которые обеспечивают возможность введения лекарственных веществ в труднодоступную часть корневого канала. (уровень убедительности доказательств В).

Включение физиотерапии в комплекс лечебных мероприятий способствует повышению эффективности и качества лечения, уменьшает количество, как ближайших, так и отдалённых осложнений. (уровень убедительности доказательств В).

Особое внимание перед назначением и проведением физиотерапевтических процедур обращать на наличие противопоказаний.

См. приложение № 2.

7.2.6.3. Характеристики алгоритмов и особенностей пломбирования корневых каналов.

Целью пломбирования является достижение obturации канала до апикального отверстия или физиологического сужения корня и предотвращение повторного инфицирования канала микроорганизмами. Пломбировать корневой канал можно в том случае, если отсутствуют

болевые симптомы, выделение экссудата, чувствительность при перкуссии. Предварительно необходимо изолировать зуб от слюны.

Материал для пломбирования корневых каналов должен обладать следующими свойствами:

1. легко поддаваться манипулированию в течение достаточно долгого рабочего времени;
2. обладать пространственной стабильностью, не давать усадки и не менять форму после введения в канал;
3. заполнять канал, повторяя его контуры;
4. не раздражать периапикальные ткани;
5. быть влагоустойчивым, непористым;
6. быть рентгеноконтрастным, легко определяться на снимках;
7. не изменять цвет зуба;
8. при необходимости легко удаляться из корневого канала.

Критерии качества obturации корневых каналов:

- Равномерная плотность материала на всем протяжении
- Герметичность obturации
- Сохранение интактности периодонта
- Obturация канала до физиологического сужения или апикального отверстия

Для достижения данных результатов применяют методики пломбирования корневых каналов с использованием гуттаперчи в технике латеральной и вертикальной конденсации, термофилы, а так же пасты с методом пломбирования одним (центральным) штифтом. Не рекомендуется пломбирование корневых каналов с использованием только пасты без гуттаперчевых штифтов. Возможно проведение obturации корневого канала без использования штифтов в случае использования материалов, не предназначенных для проведения вышеперечисленных методов.

См. приложение № 3.

После проведения obturации канала необходимо проведение рентгенологического контроля пломбирования.

7.2.6.4. Восстановление анатомической формы коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба после эндодонтического лечения может проводиться пломбированием и/или протезированием (изготовление вкладки, изготовление искусственной коронки, изготовление штифтовой конструкции). Для выбора метода восстановления анатомической формы коронковой части

зуба необходимо оценить степень разрушения коронковой части зуба. Используют индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) по В.Ю. Миликевичу.

См. приложение № 4.

7.2.7. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения хирургических вмешательств.

Оперативное лечение пульпита применяют при патологических процессах в зубах не подлежащих или не поддающихся терапевтическому лечению.

См. приложение № 6.

7.2.8. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)*
Анестетики местные	согласно алгоритму
Мумифицирующие пасты (параформальдегид)	согласно алгоритму
Гипохлорит натрия	согласно алгоритму
Кровоостанавливающие препараты	по потребности
Пасты для пломбирования корневых каналов (на основе эвгенола, эпоксидных смол, акриловые, полиэтиленовые и поливиниловые смолы, на основе резорцин – формальдегида, с гидроксидом кальция, с трикальцийфосфатом и йодоформом, гуттаперчивые штифты, поликарбоксилатные цементы).	согласно алгоритму
Ненаркотические анальгетики	по потребности

7.2.9. Характеристики алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед препарированием проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая) по показаниям, при необходимости перед проведением анестезии место вкола обрабатывается местным анестетиком.

Наряду с механической обработкой корневого канала выполняют его тщательное промывание антисептическими растворами.

Наиболее частыми в применении растворами для обработки корневых каналов являются: гипохлорит натрия в концентрации от 2,5 до 3%, хлоргексидин 0,05 – 1%, 3% раствор перекиси водорода, мирамистин. Растворы в систему корневого канала вводят с помощью шприцов с эндодонтическими иглами. При использовании ирригантов следует

помнить, что их применение должно быть ограничено пространством канала. Попадание этих растворов за пределы канала, особенно под давлением, может привести к сильному токсическому воздействию, повреждению периапикальных тканей.

Ещё одной группой химических веществ, используемых для обработки корневых каналов, являются комплексоны (хелаты), в первую очередь, этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА). Препарат состоит из ЭДТА и перекиси мочевины на органической водорастворимой основе и действует как окислитель и как смазка для канала. Он эффективно размягчает дентин, что облегчает прохождение, очистку и формирование канала.

При возникновении болевой реакции назначаются анальгетические лекарственные средства.

7.2.10. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

После проведения лечения необходимо динамическое наблюдение за зубом в течение 2-х лет. Контрольное рентгенологическое исследование следует проводить не позднее 1 года после пломбирования.

7.2.11. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет

7.2.12. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Специальных требований нет

7.2.13. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни пульпы зуба»

См. приложение № 7.

7.2.14. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. приложение № 8.

7.2.15. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни пульпы зуба» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками острого пульпита медицинская помощь

пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего ведению острого пульпита

б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.2.16. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	10%	Восстановление функции зуба	Непосредственно после лечения	
Стабилизация	70%	Отсутствие рецидива и осложнений	Непосредственно после лечения	
Развитие ятрогенных осложнений	10%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На этапе лечения зуба	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	10%	Развитие заболеваний периодонта	После окончания лечения и при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.2.17. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни пульпы зуба»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.3 Модель пациента

Нозологическая форма: гнойный пульпит [пульпарный абсцесс]

Стадия – любая

Фаза: стабилизация процесса

Осложнения – без осложнений

Код по МКБ-С – К 04.02

7.3.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

41. пациенты с постоянными зубами;
42. самопроизвольные, приступообразные боли с иррадиацией, усиливающиеся от горячего, успокаивающиеся от холодного, ночные боли;
43. полость зуба может быть вскрыта;
44. возможна болезненность при перкуссии зуба;
45. снижение порога электровозбудимости пульпы;
46. отсутствие рентгенологических изменений в периапикальных тканях;
47. проходимые каналы без высокого риска перфорации

7.3.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.3.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической:

Код	Название	Кратность выполнения *
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование зубов с использованием стоматологического зонда	1
A02.07.005	Термодиагностика зуба	1
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1
A03.07.001	Люминесцентная стоматоскопия	по потребности
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	1

A05.07.001	Электроодонтометрия	по потребности
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	1
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	по потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	по потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	согласно алгоритму
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	по потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.3.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043.У).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб от различных раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний.

Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области конкретного зуба, их характер, сроки появления, когда пациент обратил внимание на появление дискомфорта.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов.

При внешнем осмотре оценивают конфигурацию и форму лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Необходимо проводить пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, которая проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

Обследованию подлежат все зубы, начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой

чувствительности при зондировании, сообщение с полостью зуба. Тщательно обследуют апроксимальные поверхности зубов.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зуба, обследование тканей пародонта. Определяют характер болей на температурные раздражители, проводят электроодонтодиагностику.

Индексы гигиены рта определяют до лечения, и после обучения гигиене рта, с целью контроля.

См. приложение № 5.

7.3.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения *
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	согласно алгоритму
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	по потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	по потребности
A13.31.007	Обучение гигиене полости рта	1
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	1
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	1
A16.07.003	Восстановление зуба вкладкой, виниром, полукоронкой	по потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	по потребности
A16.07.008	Пломбирование корневого канала зуба	согласно алгоритму
A16.07.009	Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы)	1
A16.07.010	Экстирпация пульпы	1
A16.07.034	Инструментальная и медикаментозная обработка корневого канала	согласно алгоритму
A16.07.035	Восстановление зуба пломбировочными материалами с использованием анкерных штифтов	по потребности
A16.07.036	Восстановление зуба коронкой с использованием композитной культевой вкладки на анкерном штифте	по потребности
A16.07.037	Восстановление зуба коронкой с использованием цельнолитой культевой вкладки	по потребности
A16.07.055	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	1
A16.07.056	Восстановление зубов штифтовыми зубами	по потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	согласно алгоритму

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.3.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи

Не медикаментозная помощь направлена на:

- купирование острого воспалительного процесса;
- проведение обработки корневых каналов под контролем методов лучевой визуализации;
- достижение obturации корневых каналов до уровня физиологической верхушки проводится с рентгенологическим контролем;
- предупреждение развития осложнений;
- восстановление анатомической формы коронковой части зуба
- восстановление эстетики зубного ряда

7.3.6.1. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения обработки корневых каналов

Этапы проведения инструментальной и антисептической обработки корневых каналов:

- проведение местной анестезии (при необходимости и отсутствии противопоказаний)
- раскрытие полости зуба и создание прямого доступа к корневым каналам
- обнаружение и расширение устьев корневых каналов
- удаление пульпы
- прохождение канала до физиологической верхушки
- определение рабочей длины канала
- рентгенологический контроль прохождения канала
- формирование корневого канала
- антисептическая обработка и высушивание канала
- obturация корневого канала до физиологической верхушки
- рентгенологический контроль obturации корневого канала
- применение физических методов (при необходимости).

Инструментальная и антисептическая обработка корневых каналов при лечении данной формы пульпита проводится с использованием различных методик и направлена на достижение первичной очистки канала от измененных тканей, удаление дентинных опилок и формирование канала для окончательной очистки и obturации. Первичная очистка канала подразумевает удаление остатков живых и некротизированных тканей, а также продуктов тканевого распада и микроорганизмов.

Для определения рабочей длины канала используют электрометрический метод с применением различных электронных приборов (апекслокаторов), а так же рентгенологический контроль с применением эндодонтических инструментов и/или гуттаперчевого штифта в качестве маркера длины канала. Но при проведении рентгенологического контроля следует обращать внимание на то, что рентгенологическая верхушка может не совпадать с анатомической.

Следующий этап – формирование корневого канала. Корневой канал после обработки

должен соответствовать следующим требованиям

- Сохранять свое направление
- Иметь форму конуса (6-9 градуса)
- Завершаться апикальным сужением
- Не иметь неровностей на стенках
- Иметь достаточный диаметр на всем протяжении до апикального сужения для obturации

На данном этапе необходимо соблюдать следующие правила: проводить все манипуляции в пределах канала, не допускать проталкивание дентинных опилок и инфицированных тканей за верхушку корня. Необходимо точно определить рабочую длину канала и придать каналу достаточный диаметр для обеспечения полноценной антисептической обработки. Для выполнения инструментальной и антисептической обработки корневых каналов используются различные методики.

См. Приложение № 1.

7.3.6.2. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения физиотерапевтических процедур.

Физиотерапевтические процедуры позволяют купировать воспаление, нормализовать трофику тканей, стимулируют процессы регенерации, при этом применяют постоянный электрический ток; импульсные токи низкой, средней и высокой частоты; электрические и магнитные поля; светолечение; ультразвук и т.д. Кроме того, физические методы используют с диагностической целью. Электроодонтометрия дает возможность оценить состояние пульпы зуба, апекслокация-определить расстояние до апикального отверстия (рабочую длину канала).

При эндодонтическом лечении широко применяется трансканальные воздействия постоянным током, которые обеспечивают возможность введения лекарственных веществ в труднодоступную часть корневого канала (уровень убедительности доказательств В).

Включение физиотерапии в комплекс лечебных мероприятий способствует повышению эффективности и качества лечения, уменьшает количество, как ближайших, так и отдалённых осложнений(уровень убедительности доказательств В).

Особое внимание перед назначением и проведением физиотерапевтических процедур обращать на наличие противопоказаний.

См. приложение № 2.

7.3.6.3. Характеристики алгоритмов и особенностей пломбирования корневых каналов.

Целью пломбирования является достижение obturации канала до апикального отверстия или физиологического сужения корня и предотвращение повторного инфицирования канала

микроорганизмами. Пломбировать корневой канал можно в том случае, если отсутствуют болевые симптомы, выделение экссудата, чувствительность при перкуссии. Предварительно необходимо изолировать зуб от слюны.

Материал для пломбирования корневых каналов должен обладать следующими свойствами:

1. легко поддаваться манипулированию в течение достаточно долгого рабочего времени;
2. обладать пространственной стабильностью, не давать усадки и не менять форму после введения в канал;
3. заполнять канал повторяя его контуры;
4. не раздражать периапикальные ткани;
5. быть влагостойчивым, непористым;
6. быть рентгеноконтрастным, легко определяться на снимках;
7. не изменять цвет зуба;
8. при необходимости легко удаляться из корневого канала.

Критерии качества obturation корневых каналов:

- Равномерная плотность материала на всем протяжении
- Герметичность obturation
- Сохранение интактности периодонта
- Obturation канала до физиологического сужения или апикального отверстия

Для достижения данных результатов применяют методики пломбирования корневых каналов с использованием гуттаперчи в технике латеральной и вертикальной конденсации, термофилы, а так же пасты с методом пломбирования одним (центральным) штифтом. Не рекомендуется пломбирование корневых каналов с использованием только пасты без гуттаперчивых штифтов. Возможно проведение obturation корневого канала без использования штифтов в случае использования материалов, не предназначенных для проведения вышеперечисленных методов.

См. приложение № 3.

После проведения obturation канала необходимо проведение рентгенологического контроля пломбирования.

7.3.6.4 Восстановление анатомической формы коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба после эндодонтического лечения может проводиться пломбированием и/или протезированием (изготовление вкладки, изготовление искусственной коронки, изготовление штифтовой

конструкции). Для выбора метода восстановления анатомической формы коронковой части зуба необходимо оценить степень разрушения коронковой части зуба. Используют индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) по В.Ю. Миликевичу.

См. приложение № 4.

7.3.7. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения хирургических вмешательств.

Оперативное лечение пульпита применяют при патологических процессах в зубах не подлежащих или не поддающихся терапевтическому лечению.

См. приложение № 6.

7.3.8. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Анестетики местные	согласно алгоритму
Мумифицирующие пасты (параформальдегид)	согласно алгоритму
Гипохлорит натрия	согласно алгоритму
Кровоостанавливающие препараты	согласно алгоритму
Пасты для пломбирования корневых каналов (на основе эвгенола, эпоксидных смол, акриловые, полиэтиленовые и поливиниловые смолы, на основе резорцин – формальдегида, с гидроксидом кальция, с трикальцийфосфатом и йодоформом, гуттаперчивые штифты, поликарбоксилатные цементы).	согласно алгоритму
Ненаркотические анальгетики	по потребности

7.3.9 . Характеристики алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед препарированием проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая) по показаниям, при необходимости перед проведением анестезии место вкола обрабатывается местным анестетиком.

Наряду с механической обработкой корневого канала выполняют его тщательное промывание антисептическими растворами.

Наиболее частыми в применении растворами для обработки корневых каналов являются: гипохлорит натрия в концентрации от 2,5 до 3%, хлоргексидин 0,05 – 1%, 3%

раствор перекиси водорода, мирамистин. Растворы в систему корневого канала вводят с помощью шприцов с эндодонтическими иглами. При использовании ирригантов следует помнить, что их применение должно быть ограничено пространством канала. Попадание этих растворов за пределы канала, особенно под давлением, может привести к сильному токсическому воздействию, повреждению периапикальных тканей.

Ещё одной группой химических веществ, используемых для обработки корневых каналов, являются комплексоны (хелаты), в первую очередь, этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА). Препарат состоит из ЭДТА и перекиси мочевины на органической водорастворимой основе и действует как окислитель и как смазка для канала. Он эффективно размягчает дентин, что облегчает прохождение, очистку и формирование канала.

При возникновении болевой реакции назначаются анальгетические лекарственные средства.

7.3.10. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

После проведенного лечения необходимо динамическое наблюдение за зубом в течение 2-х лет. Контрольное рентгенологическое обследование следует проводить не позднее 1 года после пломбирования.

7.3.11. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет

7.3.12. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Специальных требований нет

7.3.13. Форма добровольного информированного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни пульпы зуба»

См. приложение № 7.

7.3.14. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. приложение № 8.

7.3.15. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни пульпы зуба» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения) протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и

лечебных мероприятий, наряду с признаками гнойного пульпита, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего ведению гнойного пульпита

б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.3.16. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	10%	Восстановление функции зуба	Непосредственно после лечения	
Стабилизация	70%	Отсутствие рецидива и осложнений	Непосредственно после лечения	
Развитие ятрогенных осложнений	10%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На этапе лечения зуба	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	10%	Развитие заболеваний периодонта	После окончания лечения и при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.3.17. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни пульпы зуба»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.4. Модель пациента

Нозологическая форма: хронический пульпит

Стадия – любая

Фаза: стабилизация процесса

Осложнения – без осложнений

Код по МКБ-С: К 04.03

7.4.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- пациенты с постоянными зубами;

48.самопроизвольные ноющие боли или ноющие боли от всех видов раздражителей;

49.полость зуба вскрыта;

50.зондирование вскрытой полости зуба болезненно и сопровождается кровоточивостью пульпы;

51.отсутствие болезненности при перкуссии зуба;

52.снижение порога электровозбудимости пульпы;

53.на рентгенограмме возможны изменения в периапикальных тканях

54.проходимые каналы без высокого риска перфорации

7.4.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.4.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической:

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование зубов с использованием стоматологического зонда	1
A02.07.005	Термодиагностика зуба	1
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1
A03.07.001	Люминесцентная стоматоскопия	по потребности
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	1
A05.07.001	Электроодонтометрия	по

		потребности
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	1
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	по потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	по потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	согласно алгоритму
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	по потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.4.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043.У).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб от различных раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний.

Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области конкретного зуба, их характер, сроки появления, когда пациент обратил внимание на появление дискомфорта.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов.

При внешнем осмотре оценивают форму лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Необходимо проводить осмотр лимфатических узлов головы и шеи, который проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного или онкологического процесса.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

Обследованию подлежат все зубы, начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на

наличие пятен и кариозных полостей При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании, сообщение с полостью зуба. Тщательно обследуют апроксимальные поверхности зубов.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зуба, обследование тканей пародонта. Определяют характер болей на температурные раздражители, проводят электроодонтодиагностику.

Индексы гигиены рта определяют до лечения, и после обучения гигиене рта, с целью контроля.

См. приложение № 5.

7.4.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения *
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	согласно алгоритму
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	по потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	по потребности
A13.31.007	Обучение гигиене полости рта	1
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	1
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	1
A16.07.003	Восстановление зуба вкладкой, виниром, полукоронкой	по потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	по потребности
A16.07.008	Пломбирование корневого канала зуба	согласно алгоритму
A16.07.009	Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы)	1
A16.07.010	Экстирпация пульпы	1
A16.07.034	Инструментальная и медикаментозная обработка корневого канала	согласно алгоритму
A16.07.035	Восстановление зуба пломбировочными материалами с использованием анкерных штифтов	по потребности
A16.07.036	Восстановление зуба коронкой с использованием композитной культевой вкладки на анкерном штифте	по потребности
A16.07.037	Восстановление зуба коронкой с использованием цельнолитой культевой вкладки	по потребности
A16.07.055	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	1
A16.07.056	Восстановление зубов штифтовыми зубами	по потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	согласно алгоритму

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.4.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи

Не медикаментозная помощь направлена на:

- купирование острого воспалительного процесса;
- проведение обработки корневых каналов под контролем методов лучевой визуализации;
- достижение obturации корневых каналов до уровня физиологической верхушки проводится под рентгенологическим контролем;
- предупреждение развития осложнений;
- восстановление анатомической формы коронковой части зуба
- восстановление эстетики зубного ряда

7.4.6.1. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения обработки корневых каналов

Этапы проведения инструментальной и антисептической обработки корневых каналов:

- проведение местной анестезии (при необходимости и отсутствии противопоказаний)
- раскрытие полости зуба и создание прямого доступа к корневым каналам
- обнаружение и расширение устьев корневых каналов
- удаление пульпы
- прохождение канала до физиологической верхушки
- определение рабочей длины канала
- рентгенологический контроль прохождения канала
- формирование корневого канала
- антисептическая обработка и высушивание канала
- obturация корневого канала до физиологической верхушки
- рентгенологический контроль obturации корневого канала
- применение физических методов (при необходимости).

Инструментальная и антисептическая обработка корневых каналов при лечении данной формы пульпита проводится с использованием различных методик и направлена на достижение первичной очистки канала от измененных тканей, удаление дентинных опилок и формирование канала для окончательной очистки и obturации. Первичная очистка канала подразумевает удаление остатков живых и некротизированных тканей, а также продуктов тканевого распада и микроорганизмов.

Для определения рабочей длины канала используют электрометрический метод с применением различных электронных приборов (апекслокаторов), а так же

рентгенологический контроль с применением эндодонтических инструментов и/или гуттаперчевого штифта в качестве маркера длины канала. Но при проведении рентгенологического контроля следует обращать внимание на то, что рентгенологическая верхушка может не совпадать с анатомической.

Следующий этап – формирование корневого канала. Корневой канал после обработки должен соответствовать следующим требованиям

- Сохранять свое направление
- Иметь форму конуса (6-9 градуса)
- Завершаться апикальным сужением
- Не иметь неровностей на стенках
- Иметь достаточный диаметр на всем протяжении до апикального сужения для obturации

На данном этапе необходимо соблюдать следующие правила: проводить все манипуляции в пределах канала, не допускать проталкивание дентинных опилок и инфицированных тканей за верхушку корня. Необходимо точно определить рабочую длину канала и придать каналу достаточный диаметр для обеспечения полноценной антисептической обработки. Для выполнения инструментальной и антисептической обработки корневых каналов используются различные методики.

См. приложение № 1.

7.4.6.2. *Характеристики алгоритмов и особенностей проведения физиотерапевтических процедур.*

Физиотерапевтические процедуры позволяют купировать воспаление, нормализовать трофику тканей, стимулируют процессы регенерации, при этом применяют постоянный электрический ток; импульсные токи низкой, средней и высокой частоты; электрические и магнитные поля; светолечение; ультразвук и т.д. Кроме того, физические методы используют с диагностической целью. Электроодонтометрия дает возможность оценить состояние пульпы зуба, апекслокация-определить расстояние до апикального отверстия (рабочую длину канала).

При эндодонтическом лечении широко применяются трансканальные воздействия постоянным током, которые обеспечивают возможность введения лекарственных веществ в труднодоступную часть корневого канала(уровень убедительности доказательств В).

Включение физиотерапии в комплекс лечебных мероприятий способствует повышению эффективности и качества лечения, уменьшает количество, как ближайших, так и отдалённых осложнений(уровень убедительности доказательств В).

Особое внимание перед назначением и проведением физиотерапевтических процедур обращать на наличие противопоказаний.

См. приложение № 2.

7.4.6.3. Характеристики алгоритмов и особенностей пломбирования корневых каналов.

Целью пломбирования является достижение obturation канала до апикального отверстия или физиологического сужения корня и предотвращение повторного инфицирования канала микроорганизмами. Пломбировать корневой канал можно в том случае, если отсутствуют болевые симптомы, выделение экссудата, чувствительность при перкуссии. Предварительно необходимо изолировать зуб от слюны.

Материал для пломбирования корневых каналов должен обладать следующими свойствами:

- легко поддаваться манипулированию в течение достаточно долгого рабочего времени;
- обладать пространственной стабильностью, не давать усадки и не менять форму после введения в канал;
- заполнять канал повторяя его контуры;
- не раздражать периапикальные ткани;
- быть влагоустойчивым, непористым;
- быть рентгеноконтрастным, легко определяться на снимках;
- не изменять цвет зуба;
- при необходимости легко удаляться из корневого канала.

Критерии качества obturation корневых каналов:

- Равномерная плотность материала на всем протяжении
- Герметичность obturation
- Сохранение интактности периодонта
- Obturation канала до физиологического сужения или апикального отверстия

Для достижения данных результатов применяют методики пломбирования корневых каналов с использованием гуттаперчи в технике латеральной и вертикальной конденсации, термофилы, а так же пасты с методом пломбирования одним (центральным) штифтом. Не рекомендуется пломбирование корневых каналов с использованием пасты без штифтов. Возможно проведение obturation корневого канала без использования штифтов в случае использования материалов не предназначенных для проведения вышеперечисленных методов.

См. приложение № 3.

После проведения obturation канала необходимо проведение рентгенологического контроля пломбирования.

7.4.6.4. Восстановление анатомической формы коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба после эндодонтического лечения может проводиться пломбированием и/или протезированием (изготовление вкладки, изготовление искусственной коронки, изготовление штифтовой конструкции). Для выбора метода восстановления анатомической формы коронковой части зуба необходимо оценить степень разрушения коронковой части зуба. Используют индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) по В.Ю. Миликевичу.

См. приложение № 4.

7.4.7. . Характеристики алгоритмов и особенностей проведения хирургических вмешательств.

Оперативное лечение пульпита применяют при патологических процессах в зубах не подлежащих или не поддающихся терапевтическому лечению.

См. приложение № 6.

7.4.8. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Анестетики местные	согласно алгоритму
Мумифицирующие пасты (параформальдегид)	согласно алгоритму
Гипохлорит натрия	согласно алгоритму
Кровоостанавливающие препараты	согласно алгоритму
Пасты для пломбирования корневых каналов (на основе эвгенола, эпоксидных смол, акриловые, полиэтиленовые и поливиниловые смолы, на основе резорцин – формальдегида, с гидроксидом кальция, с трикальцийфосфатом и йодоформом, гуттаперчивые штифты, поликарбоксилатные цементы).	согласно алгоритму
Ненаркотические анальгетики	по потребности

7.4.9. Характеристики алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед препарированием проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая) по показаниям, при необходимости перед проведением анестезии место вкола обрабатывается местным анестетиком.

Наряду с механической обработкой корневого канала выполняют его тщательное промывание антисептическими растворами.

Наиболее частыми в применении растворами для обработки корневых каналов являются: гипохлорит натрия в концентрации от 2,5 до 3%, хлоргексидин 0,05 – 1%, 3% раствор перекиси водорода, мирамистин. Растворы в систему корневого канала вводят с помощью шприцов, с эндодонтическими иглами. При использовании ирригантов следует помнить, что их применение должно быть ограничено пространством канала. Попадание этих растворов за пределы канала, особенно под давлением, может привести к сильному токсическому воздействию, повреждению периапикальных тканей.

Ещё одной группой химических веществ, используемых для обработки корневых каналов, являются комплексоны (хелаты), в первую очередь, этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА). Препарат состоит из ЭДТА и перекиси мочевины на органической водорастворимой основе и действует как окислитель и как смазка для канала. Он эффективно размягчает дентин, что облегчает прохождение, очистку и формирование канала.

При возникновении болевой реакции назначаются анальгетические лекарственные средства.

7.4.10. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

После проведенного лечения необходимо динамическое наблюдение в течение 2-х лет. Контрольное рентгенологическое обследование следует проводить не позднее 1 года после пломбирования.

7.4.11. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Пациенту рекомендуют являться на прием к врачу-стоматологу минимум два раза в год для проведения профилактических осмотров, гигиенических мероприятий.

7.4.12. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Специальных требований нет

7.4.13. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни пульпы зуба»

См. приложение № 7.

7.4.14. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. приложение № 8.

7.4.15. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни пульпы зуба» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующий выявленным заболеваниям и

осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками хронического пульпита, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего ведению хронического пульпита
- б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.4.16. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	10%	Восстановление функции зуба	Непосредственно после лечения	
Стабилизация	70%	Отсутствие рецидива и осложнений	Непосредственно после лечения	
Развитие ятрогенных осложнений	10%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На этапе лечения зуба	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	10%	Развитие заболеваний периодонта	После окончания лечения и при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.4.17. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни пульпы зуба»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.5. Модель пациента

Нозологическая форма: хронический язвенный пульпит

Стадия – любая

Фаза: стабилизация процесса

Осложнения – без осложнений

Код по МКБ-С: К 04.04

7.5.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- пациенты с постоянными зубами;
 - ноющие боли, боли, усиливающиеся от температурных раздражителей;
 - полость зуба вскрыта, возможна болезненность при зондировании устьев корневых каналов;
 - отсутствие болезненности при перкуссии зуба;
55. снижение порога электровозбудимости пульпы;
56. на рентгенограмме возможны изменения в периапикальных тканях
57. проходимые каналы без высокого риска перфорации

7.5.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.5.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической:

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование зубов с использованием стоматологического зонда	1
A02.07.005	Термодиагностика зуба	1
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1
A03.07.001	Люминесцентная стоматоскопия	по потребности
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	1
A05.07.001	Электроодонтометрия	по потребности

A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	1
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	по потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	по потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	согласно алгоритму
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	по потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.5.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043.У).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб от различных раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний.

Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области конкретного зуба, их характер, сроки появления, когда пациент обратил внимание на появление дискомфорта.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов.

При внешнем осмотре оценивают конфигурацию и форму лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Необходимо проводить пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, которая проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

Обследованию подлежат все зубы, начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании, сообщение с полостью зуба. Тщательно обследуют

апроксимальные поверхности зубов.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зуба, обследование тканей пародонта. Определяют характер болей на температурные раздражители, проводят электроодонтодиагностику.

Индексы гигиены рта определяют до лечения, и после обучения гигиене полости рта, с целью контроля.

См. приложение № 5.

7.5.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения *
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	согласно алгоритму
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	по потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	по потребности
A13.31.007	Обучение гигиене полости рта	1
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	1
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	1
A16.07.003	Восстановление зуба вкладкой, виниром, полукоронкой	по потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	по потребности
A16.07.008	Пломбирование корневого канала зуба	согласно алгоритму
A16.07.009	Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы)	1
A16.07.010	Экстирпация пульпы	1
A16.07.034	Инструментальная и медикаментозная обработка корневого канала	согласно алгоритму
A16.07.035	Восстановление зуба пломбировочными материалами с использованием анкерных штифтов	по потребности
A16.07.036	Восстановление зуба коронкой с использованием композитной культевой вкладки на анкерном штифте	по потребности
A16.07.037	Восстановление зуба коронкой с использованием цельнолитой культевой вкладки	по потребности
A16.07.055	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	1
A16.07.056	Восстановление зубов штифтовыми зубами	по потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	согласно алгоритму

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.5.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи

Не медикаментозная помощь направлена на:

- купирование острого воспалительного процесса;

- проведение обработки корневых каналов под контролем методов лучевой визуализации;
- достижение obturации корневых каналов до уровня физиологической верхушки проводится под рентгенологическим контролем;
- предупреждение развития осложнений;
- восстановление анатомической формы коронковой части зуба
- восстановление эстетики зубного ряда

7.5.6.1. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения обработки корневых каналов

Этапы проведения инструментальной и антисептической обработки корневых каналов:

- проведение местной анестезии (при необходимости и отсутствии противопоказаний)
- раскрытие полости зуба и создание прямого доступа к корневым каналам
- обнаружение и расширение устьев корневых каналов
- удаление пульпы
- прохождение канала до физиологической верхушки
- определение рабочей длины канала
- рентгенологический контроль прохождения канала
- формирование корневого канала
- антисептическая обработка и высушивание канала
- obturация корневого канала до физиологической верхушки
- рентгенологический контроль obturации корневого канала
- применение физических методов (при необходимости).

Инструментальная и антисептическая обработка корневых каналов при лечении данной формы пульпита проводится с использованием различных методик и направлена на достижение первичной очистки канала от измененных тканей, удаление дентинных опилок и формирование канала для окончательной очистки и obturации. Первичная очистка канала подразумевает удаление остатков живых и некротизированных тканей, а также продуктов тканевого распада и микроорганизмов.

Для определения рабочей длины канала используют электрометрический метод с применением различных электронных приборов (апекслокаторов), а так же рентгенологический контроль с применением эндодонтических инструментов и/или гуттаперчевого штифта в качестве маркера длины канала. Но при проведении рентгенологического контроля следует обращать внимание на то, что рентгенологическая верхушка может не совпадать с анатомической.

Следующий этап – формирование корневого канала. Корневой канал после обработки должен соответствовать следующим требованиям

- Сохранять свое направление
- Иметь форму конуса (6-9 градуса)

- Завершаться апикальным сужением
- Не иметь неровностей на стенках
- Иметь достаточный диаметр на всем протяжении до апикального сужения для obturации

На данном этапе необходимо соблюдать следующие правила: проводить все манипуляции в пределах канала, не допускать проталкивание дентинных опилок и инфицированных тканей за верхушку корня. Необходимо точно определить рабочую длину канала и придать каналу достаточный диаметр для обеспечения полноценной антисептической обработки. Для выполнения инструментальной и антисептической обработки корневых каналов используются различные методики.

См. приложение № 1.

7.5.6.2. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения физиотерапевтических процедур.

Физиотерапевтические процедуры позволяют купировать воспаление, нормализовать трофику тканей, стимулируют процессы регенерации, при этом применяют постоянный электрический ток; импульсные токи низкой, средней и высокой частоты; электрические и магнитные поля; светолечение; ультразвук и т.д. Кроме того, физические методы используют с диагностической целью. Электроодонтометрия дает возможность оценить состояние пульпы зуба, апекслокация-определить расстояние до апикального отверстия (рабочую длину канала).

При эндодонтическом лечении широко применяется трансканальные воздействия постоянным током, которые обеспечивают возможность введения лекарственных веществ в труднодоступную часть корневого канала(уровень убедительности доказательств В).

Включение физиотерапии в комплекс лечебных мероприятий способствует повышению эффективности и качества лечения, уменьшает количество, как ближайших, так и отдалённых осложнений(уровень убедительности доказательств В).

Особое внимание перед назначением и проведением физиотерапевтических процедур обращать на наличие противопоказаний.

См. приложение № 2.

7.5.6.3. Характеристики алгоритмов и особенностей пломбирования корневых каналов.

Целью пломбирования является достижение obturации канала до апикального отверстия или физиологического сужения корня и предотвращение повторного инфицирования канала микроорганизмами. Пломбировать корневой канал можно в том случае, если отсутствуют болевые симптомы, выделение экссудата, чувствительность при перкуссии. Предварительно необходимо изолировать зуб от слюны.

Материал для пломбирования корневых каналов должен обладать следующими

свойствами:

42. легко поддаваться манипулированию в течение достаточно долгого рабочего времени;
43. обладать пространственной стабильностью, не давать усадки и не менять форму после введения в канал;
44. заполнять канал, повторяя его контуры;
45. не раздражать периапикальные ткани;
46. быть влагоустойчивым, непористым;
47. быть рентгеноконтрастным, легко определяться на снимках;
48. не изменять цвет зуба;
49. при необходимости легко удаляться из корневого канала.

Критерии качества obturation корневых каналов:

- Равномерная плотность материала на всем протяжении
- Герметичность obturation
- Сохранение интактности периодонта
- Obturation канала до физиологического сужения или апикального отверстия

Для достижения данных результатов применяют методики пломбирования корневых каналов с использованием гуттаперчи в технике латеральной и вертикальной конденсации, термофилы, а так же пасты с методом пломбирования одним (центральным) штифтом. Не рекомендуется пломбирование корневых каналов с использованием пасты без штифтов. Возможно проведение obturation корневого канала без использования штифтов в случае использования материалов не предназначенных для проведения вышеперечисленных методов.

См. приложение № 3.

После проведения obturation канала необходимо проведение рентгенологического контроля пломбирования.

7.5.6.4. Восстановление анатомической формы коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба после эндодонтического лечения может проводиться пломбированием и/или протезированием (изготовление вкладки, изготовление искусственной коронки, изготовление штифтовой конструкции). Для выбора метода восстановления анатомической формы коронковой части зуба необходимо оценить степень разрушения коронковой части зуба. Используют индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) по В.Ю. Миликевичу.

См. приложение № 4.

7.5.7. . Характеристики алгоритмов и особенностей проведения хирургических вмешательств.

Оперативное лечение пульпита применяют при патологических процессах в зубах не подлежащих или не поддающихся терапевтическому лечению.

См. приложение № 6.

7.5.8. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Анестетики местные	согласно алгоритму
Мумифицирующие пасты (параформальдегид)	согласно алгоритму
Гипохлорит натрия	согласно алгоритму
Кровоостанавливающие препараты	согласно алгоритму
Пасты для пломбирования корневых каналов (на основе эвгенола, эпоксидных смол, акриловые, полиэтиленовые и поливиниловые смолы, на основе резорцин – формальдегида, с гидроксидом кальция, с трикальцийфосфатом и йодоформом, гуттаперчивые штифты, поликарбонатные цементы).	согласно алгоритму
Ненаркотические анальгетики	по потребности

7.5.9. Характеристики алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед препарированием проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая) по показаниям, при необходимости перед проведением анестезии место вкола обрабатывается местным анестетиком.

Наряду с механической обработкой корневого канала выполняют его тщательное промывание антисептическими растворами.

Наиболее частыми в применении растворами для обработки корневых каналов являются: гипохлорит натрия в концентрации от 2,5 до 3%, хлоргексидин 0,05 – 1%, 3% раствор перекиси водорода, мирамистин. Растворы в систему корневого канала вводят с помощью шприцов с эндодонтическими иглами. При использовании ирригантов следует помнить, что их применение должно быть ограничено пространством канала. Попадание этих растворов за пределы канала, особенно под давлением, может привести к сильному токсическому воздействию, повреждению периапикальных тканей.

Ещё одной группой химических веществ, используемых для обработки корневых каналов, являются комплексоны (хелаты), в первую очередь, этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА). Препарат состоит из ЭДТА и перекиси мочевины на органической

водорастворимой основе и действует как окислитель и как смазка для канала. Он эффективно размягчает дентин, что облегчает прохождение, очистку и формирование канала.

При возникновении болевой реакции назначаются анальгетические лекарственные средства.

7.5.10. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

После проведенного лечения необходимо динамическое наблюдение в течение 2-х лет.

Контрольное рентгенологическое обследование следует проводить не позднее 1 года после пломбирования.

7.5.11 . Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Пациенту рекомендуют являться на прием к врачу- стоматологу минимум два раза в год для проведения профилактических осмотров, гигиенических мероприятий.

7.5.12. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Специальных требований нет.

7.5.13. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни пульпы зуба»

См. приложение № 7.

7.5.14. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. приложение № 8.

7.5.15. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни пульпы зуба» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками хронического язвенного пульпита, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего

ведению хронического язвенного пульпита

б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.5.16. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	10%	Восстановление функции зуба	Непосредственно после лечения	
Стабилизация	70%	Отсутствие рецидива и осложнений	Непосредственно после лечения	
Развитие ятрогенных осложнений	10%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На этапе лечения зуба	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	10%	Развитие заболеваний периодонта	После окончания лечения и при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.5.17. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни пульпы зуба»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.6. Модель пациента

Нозологическая форма: хронический гиперпластический пульпит

[пульпарный полип]

Стадия – любая

Фаза: стабилизация процесса

Осложнения – без осложнений

Код по МКБ-С: К 04.05

7.6.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- пациенты с постоянными зубами;
- боли при приёме пищи;

58.полость зуба вскрыта;

59.наличие грануляционной ткани в кариозной полости, болезненной и кровоточащей при зондировании;

60.снижение порога электровозбудимости пульпы;

61.на рентгенограмме возможны изменения в периапикальных тканях

62.проходимые каналы без высокого риска перфорации

7.6.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.6.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической:

Код	Название	Кратность выполнения *
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование зубов с использованием стоматологического зонда	1
A02.07.005	Термодиагностика зуба	1
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1
A03.07.001	Люминесцентная стоматоскопия	по потребности
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	1
A05.07.001	Электроодонтометрия	по потребности
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	1
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	по потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	по потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	согласно алгоритму
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	по потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.6.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043.У).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб от различных раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний.

Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области конкретного зуба, их характер, сроки появления, когда пациент обратил внимание на появление дискомфорта.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов.

При внешнем осмотре оценивают конфигурацию и форму лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Необходимо проводить пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, которая проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

Обследованию подлежат все зубы, начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании, сообщение с полостью зуба. Тщательно обследуют апроксимальные поверхности зубов.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зуба, обследование тканей пародонта. Определяют характер болей на температурные раздражители, проводят электроодонтодиагностику.

Индексы гигиены рта определяют до лечения, и после обучения гигиене рта, с целью контроля.

См. приложение № 5.

7.6.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения *
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	согласно алгоритму
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	по потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	по потребности
A13.31.007	Обучение гигиене полости рта	1
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	1
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	1
A16.07.003	Восстановление зуба вкладкой, виниром, полукоронкой	по потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	по потребности
A16.07.008	Пломбирование корневого канала зуба	согласно алгоритму
A16.07.009	Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы)	1
A16.07.010	Экстирпация пульпы	1
A16.07.034	Инструментальная и медикаментозная обработка корневого канала	согласно алгоритму
A16.07.035	Восстановление зуба пломбировочными материалами с использованием анкерных штифтов	по потребности
A16.07.036	Восстановление зуба коронкой с использованием композитной культевой вкладки на анкерном штифте	по потребности
A16.07.037	Восстановление зуба коронкой с использованием цельнолитой культевой вкладки	по потребности
A16.07.055	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	1
A16.07.056	Восстановление зубов штифтовыми зубами	по потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	согласно алгоритму

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.6.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения не медикаментозной помощи

Не медикаментозная помощь направлена на:

- купирование острого воспалительного процесса;
- проведение обработки корневых каналов под контролем методов лучевой визуализации;
- достижение obturации корневых каналов до уровня физиологической верхушки проводится под рентгенологическим контролем;
- предупреждение развития осложнений;
- восстановление анатомической формы коронковой части зуба

- восстановление эстетики зубного ряда

7.6.6.1. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения обработки корневых каналов

Этапы проведения инструментальной и антисептической обработки корневых каналов:

- проведение местной анестезии (при необходимости и отсутствии противопоказаний)
- раскрытие полости зуба и создание прямого доступа к корневым каналам
- обнаружение и расширение устьев корневых каналов
- удаление пульпы
- прохождение канала до физиологической верхушки
- определение рабочей длины канала
- рентгенологический контроль прохождения канала
- формирование корневого канала
- антисептическая обработка и высушивание канала
- obturation корневых каналов до физиологической верхушки
- рентгенологический контроль obturation корневых каналов
- применение физических методов (при необходимости).

Инструментальная и антисептическая обработка корневых каналов при лечении данной формы пульпита проводится с использованием различных методик и направлена на достижение первичной очистки канала от измененных тканей, удаление дентинных опилок и формирование канала для окончательной очистки и obturation. Первичная очистка канала подразумевает удаление остатков живых и некротизированных тканей, а также продуктов тканевого распада и микроорганизмов.

Для определения рабочей длины канала используют электрометрический метод с применением различных электронных приборов (апекслокаторов), а так же рентгенологический контроль с применением эндодонтических инструментов и/или гуттаперчевого штифта в качестве маркера длины канала. Но при проведении рентгенологического контроля следует обращать внимание на то, что рентгенологическая верхушка может не совпадать с анатомической.

Следующий этап – формирование корневого канала. Корневой канал после обработки должен соответствовать следующим требованиям

- Сохранять свое направление
- Иметь форму конуса (6-9 градуса)
- Завершаться апикальным сужением
- Не иметь неровностей на стенках
- Иметь достаточный диаметр на всем протяжении до апикального сужения для obturation

На данном этапе необходимо соблюдать следующие правила: проводить все манипуляции в пределах канала, не допускать проталкивание дентинных опилок и инфицированных тканей за верхушку корня. Необходимо точно определить рабочую длину канала и придать каналу достаточный диаметр для обеспечения полноценной антисептической обработки. Для выполнения инструментальной и антисептической обработки корневых каналов используются различные методики.

См. приложение № 1.

7.6.6.2. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения физиотерапевтических процедур.

Физиотерапевтические процедуры позволяют купировать воспаление, нормализовать трофику тканей, стимулируют процессы регенерации, при этом применяют постоянный электрический ток; импульсные токи низкой, средней и высокой частоты; электрические и магнитные поля; светолечение; ультразвук и т.д. Кроме того, физические методы используют с диагностической целью. Электроодонтометрия дает возможность оценить состояние пульпы зуба, апекслокация-определить расстояние до апикального отверстия (рабочую длину канала).

При эндодонтическом лечении широко применяется трансканальные воздействия постоянным током, которые обеспечивают возможность введения лекарственных веществ в труднодоступную часть корневого канала (уровень убедительности доказательств В).

Включение физиотерапии в комплекс лечебных мероприятий способствует повышению эффективности и качества лечения, уменьшает количество, как ближайших, так и отдалённых осложнений (уровень убедительности доказательств В).

Особое внимание перед назначением и проведением физиотерапевтических процедур обращать на наличие противопоказаний.

См. приложение № 2.

7.6.6.3. Характеристики алгоритмов и особенностей пломбирования корневых каналов.

Целью пломбирования является достижение obturation канала до апикального отверстия или физиологического сужения корня и предотвращение повторного инфицирования канала микроорганизмами. Пломбировать корневой канал можно в том случае, если отсутствуют болевые симптомы, выделение экссудата, чувствительность при перкуссии. Предварительно необходимо изолировать зуб от слюны.

Материал для пломбирования корневых каналов должен обладать следующими свойствами:

1. легко поддаваться манипулированию в течение достаточно долгого рабочего времени;

2. обладать пространственной стабильностью, не давать усадки и не менять форму после введения в канал;
3. заполнять канал, повторяя его контуры;
4. не раздражать периапикальные ткани;
5. быть влагоустойчивым, непористым;
6. быть рентгеноконтрастным, легко определяться на снимках;
7. не изменять цвет зуба;
8. при необходимости легко удаляться из корневого канала.

Критерии качества obturation корневых каналов:

- Равномерная плотность материала на всем протяжении
- Герметичность obturation
- Сохранение интактности периодонта
- Obturation канала до физиологического сужения или апикального отверстия

Для достижения данных результатов применяют методики пломбирования корневых каналов с использованием гуттаперчи в технике латеральной и вертикальной конденсации, термофилы, а так же пасты с методом пломбирования одним (центральным) штифтом. Не рекомендуется пломбирование корневых каналов с использованием пасты без штифтов. Возможно проведение obturation корневого канала без использования штифтов в случае использования материалов не предназначенных для проведения вышеперечисленных методов.

См. приложение № 3.

После проведения obturation канала необходимо проведение рентгенологического контроля пломбирования.

7.6.6.4. Восстановление анатомической формы коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба после эндодонтического лечения может проводиться пломбированием и/или протезированием (изготовление вкладки, изготовление искусственной коронки, изготовление штифтовой конструкции). Для выбора метода восстановления анатомической формы коронковой части зуба необходимо оценить степень разрушения коронковой части зуба. Используют индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) по В.Ю. Миликевичу.

См. приложение № 4.

7.6.7. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения хирургических вмешательств.

Оперативное лечение пульпита применяют при патологических процессах в зубах не подлежащих или не поддающихся терапевтическому лечению.

См. приложение № 6.

7.6.8. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Анестетики местные	согласно алгоритму
Мумифицирующие пасты (параформальдегид)	согласно алгоритму
Гипохлорит натрия	согласно алгоритму
Кровоостанавливающие препараты	согласно алгоритму
Пасты для пломбирования корневых каналов (на основе эвгенола, эпоксидных смол, акриловые, полиэтиленовые и поливиниловые смолы, на основе резорцин – формальдегида, с гидроксидом кальция, с трикальцийфосфатом и йодоформом, гуттаперчивые штифты, поликарбоксилатные цементы).	согласно алгоритму
Ненаркотические анальгетики	по потребности

7.6.9. Характеристики алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед препарированием проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая) по показаниям, при необходимости перед проведением анестезии место вкола обрабатывается местным анестетиком.

Наряду с механической обработкой корневого канала выполняют его тщательное промывание антисептическими растворами.

Наиболее частыми в применении растворами для обработки корневых каналов являются: гипохлорит натрия в концентрации от 2,5 до 3%, хлоргексидин 0,05 – 1%, 3% раствор перекиси водорода, мирамистин. Растворы в систему корневого канала вводят с помощью шприцов с эндодонтическими иглами. При использовании ирригантов следует помнить, что их применение должно быть ограничено пространством канала. Попадание этих растворов за пределы канала, особенно под давлением, может привести к сильному токсическому воздействию, повреждению периапикальных тканей.

Ещё одной группой химических веществ, используемых для обработки корневых каналов, являются комплексоны (хелаты), в первую очередь, этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА). Препарат состоит из ЭДТА и перекиси мочевины на органической водорастворимой основе и действует как окислитель и как смазка для канала. Он эффективно размягчает дентин, что облегчает прохождение, очистку и формирование канала.

При возникновении болевой реакции назначаются анальгетические лекарственные средства.

7.6.10. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

После проведенного лечения необходимо динамическое наблюдение в течение 2-х лет. Контрольное рентгенологическое обследование следует проводить не позднее 1 года после пломбирования.

7.6.11. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет

7.6.12. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Специальных требований нет

7.6.13. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни пульпы зуба»

См. приложение № 7.

7.6.14. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. приложение № 8.

7.6.15. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни пульпы зуба» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в **Клинические рекомендации (протоколы лечения)**, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками хронического гиперпластического пульпита, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего ведению хронического гиперпластического пульпита

б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.6.16. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	10%	Восстановление функции зуба	Непосредственно после лечения	
Стабилизация	70%	Отсутствие рецидива и осложнений	Непосредственно после лечения	
Развитие ятрогенных осложнений	10%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На этапе лечения зуба	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	10%	Развитие заболеваний периодонта	После окончания лечения и при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.6.17. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни пульпы зуба»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

VIII. ГРАФИЧЕСКОЕ, СХЕМАТИЧЕСКОЕ И ТАБЛИЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ) «БОЛЕЗНИ ПУЛЬПЫ ЗУБА»

Не требуется

IX. МОНИТОРИРОВАНИЕ

Критерии и методология мониторинга и оценки эффективности выполнения Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Болезни пульпы зуба»

Мониторинг проводится на всей территории Российской Федерации.

Перечень медицинских организаций, в которых проводится мониторинг данного документа, определяется ежегодно организацией, ответственной за мониторинг. Медицинская организация информируется о включении в перечень по мониторингу Клинических рекомендаций (протоколов лечения) письменно.

Мониторинг включает в себя:

- сбор информации: о ведении пациентов с кариесом зубов в стоматологических медицинских организациях;
- анализ полученных данных;
- составление отчета о результатах проведенного анализа;
- представление отчета группе разработчиков данных Клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Исходными данными при мониторинге являются:

- медицинская документация - медицинская карта стоматологического больного (форма 043/у);
- тарифы на медицинские услуги;
- тарифы на стоматологические материалы и лекарственные средства.

При необходимости при мониторинге Клинических рекомендаций (протокола лечения) могут быть использованы иные документы.

В стоматологических медицинских организациях, определенных перечнем по мониторингу, раз в полгода на основании медицинской документации составляется карта пациента (см. приложение №10) о лечении пациентов с заболеванием пульпы зуба, соответствующих моделям пациента в данных Клинических рекомендациях (протоколов лечения).

В анализируемые, в процессе мониторинга, показатели входят: критерии включения и исключения из Клинических рекомендаций (протоколов лечения), перечни медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортимента, перечни лекарственных средств обязательного и дополнительного ассортимента, исходы заболевания, стоимость выполнения медицинской помощи по Клиническим рекомендациям (протоколов лечения) и др.

Принципы рандомизации

В данных Клинических рекомендациях (протоколов лечения) рандомизация (лечебных

учреждений, пациентов и т. д.) не предусмотрена.

Порядок оценки и документирования побочных эффектов и развития осложнений

Информация о побочных эффектах и осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения больных, регистрируется в карте пациента (см. приложение 5).

Порядок исключения пациента из мониторингования

Пациент считается включенным в мониторингование при заполнении на него Карты пациента. Исключение из мониторингования проводится в случае невозможности продолжения заполнения Карты (например, неявка на врачебный прием) (см. приложение №10). В этом случае Карта направляется в организацию, ответственное за мониторингование, с отметкой о причине исключения пациента из Клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Промежуточная оценка и внесение изменений в клинических рекомендаций (протокола лечения)

Оценка выполнения Клинических рекомендаций (протоколов лечения) проводится один раз в год по результатам анализа сведений, полученных при мониторинговании.

Внесение изменений в Клинических рекомендаций (протоколов лечения) проводится в случае получения информации:

- а) о наличии в Клинических рекомендаций (протоколов лечения) требований, наносящих урон здоровью пациентов,
- б) при получении убедительных данных о необходимости изменений требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения) обязательного уровня. Решение об изменениях принимается группой разработчиков.

Параметры оценки качества жизни при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

Для оценки качества жизни пациента с заболеванием пульпы зубов, соответствующей моделям Клинических рекомендаций (протоколов лечения), используют аналоговую шкалу (см. приложение №10).

Оценка стоимости выполнения Клинических рекомендаций (протоколов лечения) и оценки качества

Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

Сравнение результатов

При мониторинговании Клинических рекомендаций (протоколов лечения) ежегодно проводится сравнение результатов выполнения его требований, статистических данных, показателей деятельности медицинских организаций.

Порядок формирования отчета

В ежегодный отчет о результатах мониторингования включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, предложения по актуализации Клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Отчет представляется в группу разработчиков данных клинических рекомендаций. Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Болезни пульпы зуба»

Методика “Step-back” (“шаг назад”) Обращают внимание на формирование апикального упора с использованием инструментов, позволяющих избежать попадания дентинных опилок в периапикальные ткани и предотвратить раздражение периодонта.

По данной методике вначале обрабатывают апикальную часть канала, а затем – коронковую.

Техника “Crown-down” (“Step-down”, “шаг вниз”). Проводят расширение корневого канала от устья к апикальной части с последовательной сменой инструментов от большего размера к меньшему.

Для работы в корневых каналах предпочтительнее применять инструменты из никель-титанового сплава. Эти инструменты имеют большую конусность, значительную гибкость и предназначены как для ручной, так и для машинной обработки каналов с использованием эндодонтических наконечников.

Ультразвуковые системы

Обработка корневого канала ультразвуковыми системами производится после предварительного прохождения и расширения корневого канала и состоит из четырех взаимосвязанных и взаимозависимых фаз: механическое удаление твердых и мягких тканей, химическая очистка, дезинфекция не доходя до апикального сужения на 1-2 мм. Ультразвуковой файл для обработки канала выбирают на размер меньше, чем последний файл, используемый для механической обработки.

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Болезни пульпы зуба»

ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ ПУЛЬПИТЕ

Физиотерапия позволяет купировать воспаление, нормализовать трофику тканей, стимулирует процессы регенерации, при этом применяют постоянный электрический ток; импульсные токи низкой, средней и высокой частоты; электрические и магнитные поля; светолечение; ультразвук и т.д.

Включение физиотерапии в комплекс лечебных мероприятий способствует повышению эффективности и качества лечения, уменьшает количество, как ближайших, так и отдалённых осложнений.

Электроодонтометрия.

Зуб изолируют от слюны и тщательно высушивают ватными шариками. Пассивный электрод располагают в руке больного. При исследовании интактных зубов, а так же зубов, покрытых пломбами, активный электрод помещают на чувствительные точки зуба: середина режущего края — на фронтальных зубах, вершина щечного бугра — у премоляров, вершина переднего щечного бугра — у моляров. В кариозных зубах активный электрод помещают на дно кариозной полости. Перед проведением исследования должен быть удалён размягчённый дентин. Исследование проводят в 3-х разных точках кариозной полости, учитывают минимальное полученное значение. В тех случаях, когда электроодонтометрию проводят со дна полости зуба, активный электрод помещают по очереди на устье (проекцию устья) каждого корневого канала. При проведении электроодонтометрии непосредственно из корневого канала, в корневой канал вводят корневую иглу или эндодонтический файл, к которому прикасаются активным электродом. Подается минимальная сила тока, вызывающая ощущение легкого укола, толчка, легкой болезненности.

Электровозбудимость интактных зубов со сформированными корнями составляет 2-6 мкА. Реакция на ток до 2 мкА свидетельствует о повышении электровозбудимости пульпы, выше 6 мкА — о понижении. При поражении коронковой пульпы электровозбудимость составляет 7-60 мкА. Незначительное снижение электровозбудимости до 20-25 мкА при соответствующей клинике свидетельствует об изменениях обратимого характера. Выраженное понижение электровозбудимости (25-60 мкА) говорит о распространенности процесса в коронковой пульпе. Реакция 61-100 мкА указывает на гибель коронковой пульпы и на переход воспаления на корневую. 101-200 мкА соответствует полной гибели пульпы, при этом на ток реагируют рецепторы периодонта. При наличии выраженных периапикальных изменений (периодонтит, радикулярная киста) электровозбудимость может полностью отсутствовать.

Физиотерапия при: - остром апикальном периодонтите

- периапикальном абсцессе без свища
- периапикальном абсцессе со свищём

При наличии выраженного отёка окружающих мягких тканей

УВЧ-терапия

Применяется поперечное, под углом и продольное расположение конденсаторных пластин по отношению к пораженному зубу. Используют нетепловую дозу воздействия, при мощности до 20 Вт. Курс лечения составляет 3-5 процедур продолжительностью до 10 мин, ежедневно.

Инфракрасно-лазеромангнито-терапия

Воздействие проводят наружно, на кожу щеки или губы в проекции пораженного зуба. Мощность излучения до 10 Вт в импульсе, при частоте следования импульсов 50 – 3000 Гц. Продолжительность процедуры 5-10 мин, интенсивность магнитного поля до 50 мТл. Курс лечения - 3-5 процедур, ежедневно.

Магнитотерапия

Воздействуют постоянным или переменным низкочастотным магнитным полем. Индуктор помещают на кожу щеки или губы в проекции пораженного зуба. Интенсивность магнитного поля до 50 мТл. Продолжительность процедуры 10 мин. Курс лечения 3-5 процедур, ежедневно или через день.

Лазеротерапия (красный лазер)

Воздействие наружное или ротовое (облучают кожу или слизистую в проекции корня зуба). Методика может быть стабильной или лабильной. Мощность излучения до 20 мВт. Курс лечения до 5 процедур, продолжительность воздействия до 10 мин, ежедневно или через день.

Ультрафиолетовое облучение (местное)

Облучают участок десны в проекции корня зуба. Дозирование: 1-й день — 2-3 биодозы, в последующие дни прибавляют по 0,5-1 биодозе. Курс 3-5 процедур.

При отсутствии выраженного отёка окружающих мягких тканей:

Трансканальная анодгальванизация с использованием медного электрода

Процедура позволяет снизить экссудацию, оказывает противовоспалительное, обезболивающее и бактерицидное действие, вызывает дегидратацию периодонта. За счёт анодного растворения электрода обеспечивает проникновение соединений меди в систему корневого канала и дентин корня зуба.

Активную часть медного электрода – анода (+), освобождённую от изоляции, обернув ватным тампоном, смоченным водой, помещают на дно полости зуба, на устья корневых каналов. Зуб изолируют липким воском. Пассивный электрод (-) располагают продольно, на предплечье правой руки. Сила тока до 3 мА. Продолжительность процедуры 15 – 20 мин. Курс лечения в зависимости от скорости стихания воспаления составляет от 1 до 3-4 процедур. Процедуры проводят ежедневно.

Микроволновая терапия

Излучатель располагают контактно на коже щеки или губы в проекции поражённого зуба, мощность 2-3 Вт, продолжительность процедуры — 5-7 мин. Курс лечения до 5 процедур, ежедневно или через день.

Трансканальная лазерная терапия красным лазером.

В корневой канал помещают световод диаметром 0,3-0,5 мм. Мощность излучения до 20 мВт. Продолжительность воздействия в каждом корневом канале 1-3 мин. Курс 3-4 процедуры, ежедневно.

Флюктуоризация

Электроды располагают поперечно. Форма тока № I, доза малая, средняя. Курс лечения 1-5 процедур по 10 мин, ежедневно.

Ультратонтерапия

Стеклянный электрод, заполненный неоном, перемещают вдоль проекции корня с вестибулярной или язычной (небной) стороны альвеолярного отростка. Используют тихий разряд. Проводят 2-5 процедур по 3-4 мин, ежедневно. Применяется так же воздействие по ходу ветви тройничного нерва со стороны слизистой полости рта или наружно до 5 процедур по 10 мин, ежедневно.

Дарсонвализация.

Стеклянный, вакуумный электрод перемещают вдоль проекции корня с вестибулярной или язычной (небной) стороны альвеолярного отростка. Используют тихий разряд. Проводят 2-5 процедур по 3-4 мин, ежедневно. Применяется так же воздействие по ходу ветви тройничного нерва со стороны слизистой полости рта или наружно до 5 процедур по 10 мин, ежедневно.

Физиотерапия при хроническом периодонтите, а так же всех других формах периодонтита при отсутствии или стихании острых явлений:

Апекс-форез с использованием внутриканального серебряно-медного электрода

Метод позволяет за счёт анодного растворения серебряно-медного электрода заполнить соединениями серебра и меди систему корневого канала и дентина в апикальной части корня зуба. Оказывает бактерицидное и противовоспалительное действие, стимулирует процессы регенерации.

В корневой канал, предварительно расширенный до 20 размера файла по ISO не менее чем на 1/2 длины корня зуба и смоченный изотоническим раствором хлорида натрия, помещают внутриканальный серебряно-медный электрод – анод (+), максимально продвигая его активную рабочую часть к непроходимому апикальному участку.

Второй электрод – катод (-) располагают продольно (на предплечье правой руки) или поперечно (на слизистую оболочку полости рта). Воздействие дозируют по количеству электричества, которое для каждого корневого канала должно находиться в диапазоне от 5 мАХмин до 2,5 мАХмин. Проводится одна процедура для каждого корневого канала.

Депозитирование гидроксида меди кальция.

Процедура обеспечивает заполнение непроходимой части корневого канала соединениями меди, вызывает ощелачивание системы корневого канала, оказывает бактерицидное и противовоспалительное действие, стимулирует процессы регенерации.

В корневой канал, предварительно заполненный гидроокисью меди кальция, погружают эндодонтический файл, который подключают к минусу источника тока. Проводится по 3 процедуры в каждом корневом канале с интервалом в 8-14 дней. В промежутке между процедурами полость зуба не закрывают временной пломбой. Процедуры дозируют по количеству электричества, которое для корневого канала во время каждой процедуры должно составлять 5 мАХмин.

Диатермокоагуляция содержимого корневого канала.

Зуб изолируют от слюны, высушивают полость зуба. Электрод — корневую иглу помещают на 1/3 длины корня и подают ток 1-2 сек, ток отключают и корневую иглу продвигают еще на 1/3 длины корня и опять подают ток на 1-2 с. Манипуляции проводят до достижения физиологического апекса. (Ступенчатая методика).

Трансканальная лазерная терапия красным лазером.

В корневой канал помещают по проходимости световод диаметром 0,3-0,5 мм. Мощность излучения до 20 мВт. Продолжительность воздействия в каждом корневом канале 1-3 мин. Курс 3-4 процедуры, ежедневно.

Трансканальный электрофорез периодонта (ТЭП).

Наряду с действием вводимого лекарственного препарата процедура способствует снижению воспалительных явлений в периодонте вследствие повышения физиологической активности в тканях, изменения рН, стимулирует регенерацию костной ткани вследствие активации трофических процессов, образования депо лекарственного вещества в дентине корня зуба и периодонте.

Наиболее часто используют трансканальный электрофорез:

- йода из 10% раствора иодида калия (-);
- димексида (-), трипсина(-),
- террилитина (+), - лизоцима (-);
- хонсурида (-)

На устья корневых каналов помещают тампон, смоченный лекарственным веществом, и соединяют его с активным электродом, представляющим собой одножильный провод в изоляционной оболочке. Полость зуба изолируют липким воском. При наличии свищевого хода пассивный электрод — ротовой, его накладывают на свищ. В остальных случаях пассивный электрод располагают на предплечье руки. Сила тока до 3 мА.

Продолжительность процедуры — 20 мин.

Курс лечения: при отсутствии периапикальных изменений - 1-2 процедуры; при разрежении не более 3 мм — 3-4 процедуры; при разрежении 3-5 мм — 5-6 процедур. (При наличии свищевого хода количество процедур увеличивают на две).

После каждой процедуры зуб закрывают временной пломбой, оставляя на дне полости зуба тампон с тем лекарственным веществом, с каким проводили трансканальный электрофорез. Процедуры проводят ежедневно.

Трансканальная анод-гальванизация с использованием медного электрода

За счёт анодного растворения электрода процедура обеспечивает проникновение соединений меди в систему корневого канала и дентин корня зуба, оказывает бактерицидное и противовоспалительное действие, стимулирует процессы регенерации.

Активную часть медного электрода – анода (+), освобождённую от изоляции, обернув ватным тампоном, смоченным водой, помещают на дно полости зуба, на устья корневых каналов. Полость зуба изолируют липким воском. Пассивный электрод располагают продольно или поперечно. Сила тока до 3 мА. Курс лечения 1-2 процедуры продолжительностью по 15 - 20 мин.

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Болезни пульпы зуба»

Латеральная конденсация гуттаперчи

В канал вводится небольшое количество пасты или герметика, затем вводится основной штифт после его припасовки с рентгенологическим контролем до физиологического сужения и прижимается к стенке канала специальным инструментом (спредером). Образовавшийся промежуток заполняется гуттаперчевыми штифтами аналогичным образом до достижения плотной obturации канала.

Вертикальная конденсация гуттаперчи

Метод предполагает использование разогретой гуттаперчи. Гуттаперчевые штифты припасовывают и укорачивают на 0,5 мм. В канал вводится небольшое количество пасты или герметика, затем штифты конденсируют в канале разогретыми плагерами различного диаметра, чтобы обеспечить трехмерную obturацию канала.

Использование термофилов

Используются стандартные гуттаперчевые штифты на носителях (термофилы). После предварительного определения размера (верификации) корневого канала подбирают соответствующий штифт, нагревают его, заполняют канал в один прием, предварительно обработав стенки канала пастой (силером).

Пломбирование корневого канала пастой с использованием одного (центрального) штифта

Метод основан на принципе совмещения пломбирования корневого канала пастой с одиночным штифтом с большой конусностью (4 – 6 градусов). Припасовка штифта для obturации осуществляется под контролем рентгенограммы. На контрольной рентгенограмме штифт должен доходить до апикального сужения, т.е. на рабочую длину. Пасту для obturации вносят в предварительно подготовленный канал вручную или при помощи каналонаполнителя, затем в канал вводят припасованный штифт и медленно продвигают его на рабочую длину, проверенную рентгенологически.

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Болезни пульпы зуба»

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба пломбированием

При показателях ИРОПЗ 0,2 – 0,4 применяется метод пломбирования. После окончания эндодонтического лечения возможна постановка временной пломбы (повязки), если невозможно поставить постоянную пломбу в первое посещение или для предотвращения возможных осложнений. Постоянное пломбирование проводят в одно посещение.

Характеристики алгоритмов и особенностей пломбирования

После окончания эндодонтического лечения приступают к восстановлению анатомической формы зуба пломбированием. При необходимости возможна постановка временной пломбы (повязки). Проводят окончательное формирование полости, соблюдая общие требования, а именно:

- при необходимости - местное обезболивание;
- возможно полное сохранение интактных тканей зуба;
- иссечение эмали, лишенной подлежащего дентина (по показаниям);
- формирование полости;
- финирирование краев эмали полости.

Обращать внимание на обработку краев полости для создания качественного краевого прилегания пломбы и предотвращения сколов эмали и пломбировочного материала.

При пломбировании композитными материалами допускается щадящее препарирование полостей (уровень убедительности доказательств В).

Проверяют качество удаления пораженных тканей с помощью зонда и детектора кариеса.

В случае, если переустановка пломбы (расположенной в границах по «Модифицированной классификации кариозных поражений по локализации (по Блеку) - Класс I) происходит у пациента чаще, чем 1 раз в год, необходима консультация врача-стоматолога-ортопеда.

При пломбировании полостей класса II следует использовать матричные системы, матрицы, межзубные клинья. При обширных разрушениях коронковой части зуба необходимо использовать матрицедержатель. Правильно сформированная пломба на контактной поверхности должна иметь форму, близкую к сферической. Зона контакта между зубами должна располагаться в области экватора и чуть выше — как в интактных зубах. Не следует моделировать контактный пункт на уровне краевых гребней зубов: в этом случае помимо застревания пищи в межзубном промежутке возможны сколы материала, из которого выполнена пломба. Как правило, эта погрешность связана с использованием плоской матрицы, не имеющей выпуклого контура в области экватора.

Формирование контактного ската краевого гребня осуществляется с помощью абразивных полосок (штрипсов) или дисков. Наличие ската краевого гребня предотвращает сколы материала в этой области и застревание пищи.

Следует обращать внимание на формирование плотного контакта между пломбой и соседним зубом, обеспечение оптимального прилегания материала к десневой стенке, предотвращение избыточного введения материала в область десневой стенки полости (избегая создания «нависающего края»).

При препарировании полости класса III предпочтительны язычный и небный доступы, так как это позволяет сохранить вестибулярную поверхность эмали и обеспечить более высокий функциональный эстетический уровень восстановления зуба. При препарировании контактную стенку полости иссекают эмалевым ножом или бором, предварительно защитив интактный соседний зуб металлической матрицей. Формируют полость, удаляя эмаль, лишенную подлежащего дентина, обрабатывают края финишными борами. Допускается сохранение вестибулярной эмали, лишенной подлежащего дентина, если она не имеет трещин и признаков деминерализации.

Особенностями препарирования полости класса IV являются создание скоса. При препарировании предпочтительно создание ретенционной формы, так как адгезии композитных материалов часто бывает недостаточно.

При пломбировании обращать внимание на правильное формирование контактного пункта.

При пломбировании композитными материалами восстановление режущего края должно проводиться в два этапа:

15. формирование язычного и небного фрагментов режущего края. Первое отсвечивание проводится через эмаль или ранее наложенный композит с вестибулярной стороны;

16. формирование вестибулярного фрагмента режущего края; отсвечивание проводится через отвержденный язычный или небный фрагмент.

Для дополнительной ретенции пломбировочных материалов применяют анкерные штифты. Анкерные штифты – это стандартные конструкционные элементы, условно состоящие из двух частей – корневой и коронковой. Анкерные штифты бывают из стали, благородных сплавов, титана, стекловолокна, углерода. При установке анкерных штифтов особое внимание уделяется по возможности более плотному прилеганию выступающей, широкой части штифта к устью корневого канала. Необходимо учитывать, что винтовые нарезки на некоторых штифтах предназначены только для дополнительной ретенции, а не для завинчивания штифта в канал, - это может привести к расколу корня зуба. При необходимости штифт можно подогнать по длине корня зуба, укоротив (подточив) его корневую часть. Рекомендуется, чтобы длина корневой части анкерного штифта составляла

2/3, минимум 1/2 длины корня зуба. Анкерный штифт фиксируется в корневом канале на цемент. С помощью анкерных штифтов можно восстанавливать как однокорневые, так и многокорневые зубы.

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба протезированием

Показаниями к протезированию является:

- убыль твердых тканей коронковой части зуба после препарирования: для группы жевательных зубов при ИРОПЗ > 0,4 показано изготовление вкладок из металлов, из керамики или из композитных материалов. При ИРОПЗ > 0,6 показано изготовление искусственных коронок, при ИРОПЗ > 0,8 показано применение штифтовых конструкций с последующим изготовлением коронок,
- предупреждение развития деформаций зубочелюстной системы при наличии соседних зубов с пломбами, восстанавливающими более 1/2 жевательной поверхности.

Вкладки, искусственные коронки, штифтовые конструкции позволяют восстановить анатомическую форму, функцию зуба, предупредить развитие патологического процесса, обеспечить эстетику зубного ряда.

Алгоритм и особенности изготовления вкладки

Вопрос о методе восстановления анатомической формы зуба после эндодонтического лечения вкладкой либо коронкой может решаться только после удаления всех некротизированных тканей. Показаниями к изготовлению вкладок чаще всего являются полости классов I и II по Блеку. Вкладки могут изготавливаться как из металлов, так и из керамики и композитных материалов. Вкладки позволяют восстановить анатомическую форму, функцию зуба, предупредить развитие патологического процесса, обеспечить эстетику зубного ряда.

Противопоказаниями к применению вкладок являются:

- поверхности зубов, малодоступные для формирования полостей под вкладки;
- зубы с неполноценной, хрупкой эмалью.

Вкладки изготавливают в несколько посещений.

Во время первого посещения проводится окончательное формирование полости. Полость под вкладку формируется после удаления всех некротизированных и пигментированных тканей и должна отвечать следующим требованиям:

63. быть ящикообразной;

64. дно и стенки полости должны выдерживать жевательное давление;

65. форма полости должна обеспечивать удержание вкладки от смещения в любых направлениях,

66. для точного краевого прилегания, обеспечивающего герметизм, следует формировать

скос (фальц) в пределах эмали под углом 45° (при изготовлении цельнолитых вкладок).

После формирования полости производится моделирование вкладки во рту или получают оттиск (прямым или непрямым способом).

При моделировании восковой модели вкладки обращают внимание на точность подгонки восковой модели по прикусу с учетом не только центральной окклюзии, но и всех движений нижней челюсти, за исключением возможности образования ретенционных участков, с придание внешним поверхностям восковой модели правильной анатомической формы. При моделировании вкладки в полости по классу II используют матрицы для предотвращения повреждений межзубного десневого сосочка.

При изготовлении вкладок непрямым методом получают оттиски. Получение оттиска после одонтопрепарирования на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта. Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков.

В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма) нельзя применять для ретракции десны вспомогательные средства, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами).

При изготовлении керамических или композитных вкладок проводят определение цвета.

После моделирования вкладки или получения оттисков для ее изготовления отпрепарированная полость зуба закрывается временной пломбой.

Следующее посещение

После изготовления вкладки в зуботехнической лаборатории производят припасовку вкладки. Обращают внимание на точность краевого прилегания, отсутствие зазоров, окклюзионные контакты с зубами антагонистами, на апроксимальные контакты, на цвет вкладки. При необходимости проводят коррекцию.

При изготовлении цельнолитой вкладки после ее полировки, а при изготовлении керамической или композитной вкладок – после глазурирования проводят фиксацию вкладки на постоянный цемент.

Пациента инструктируют по поводу правил пользования вкладкой и указывают на необходимость регулярного посещения врача 1 раз в полгода.

Алгоритм и особенности изготовления микропротезов (виниров)

Под винирами в целях данного протокола следует понимать фасеточные облицовки, изготавливаемые на фронтальные зубы верхней челюсти. Особенности изготовления виниров:

1. виниры устанавливаются только на фронтальные зубы с целью восстановления эстетики зубного ряда
2. виниры изготавливаются из стоматологической керамики или композитных материалов
3. при изготовлении виниров препарирование тканей зуба проводится только в пределах эмали, *при этом шлифуют пигментированные участки*
4. виниры изготавливаются с перекрытием режущего края зуба или без перекрытия

1 посещение. При принятии решения об изготовлении винира на том же приеме приступают к лечению.

Препарирование опорных зубов

При препарировании следует обращать особое внимание на глубину: шлифуют 0,3-0,7 мм твердых тканей. Перед началом препарирования целесообразно провести ретракцию десны и маркировку глубины препарирования с использованием специального маркировочного бора (диска) размером 0,3-0,5 мм. Обращать внимание на сохранение апроксимальных контактов, избегать препарирования в пришеечной области.

Получение оттиска с отпрепарированного зуба проводится на том же приеме. Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные массы, стандартные оттискные ложки.

Рекомендуется края ложек перед получением оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков (точность отображения анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

Для фиксации правильного соотношения зубных рядов в положении центральной окклюзии применяются гипсовые или силиконовые блоки. Проводится определение цвета винира.

Следующее посещение.

Наложение и припасовка винира

Особое внимание необходимо обращать на точность прилегания краев винира к твердым тканям зуба, проверяют отсутствие зазоров между виниром и зубом. Обращают внимание на апроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами. Особо тщательно выверяют контакты во время сагиттальных и трансверзальных движений нижней челюсти. При необходимости проводится коррекция.

Проводится фиксация винира на постоянный цемент или композитный материал для цементирования двойного отверждения. Обращать внимание на соответствие цвета цемента цвету винира. Проводят окончательную коррекцию, шлифовку и полировку винира.

Пациента инструктируют по поводу правил пользования виниром и указывают на необходимость регулярного посещения врача 1 раз в полгода.

Алгоритм изготовления искусственных коронок

Перед изготовлением искусственной коронки ставится постоянная пломба, при необходимости с применением анкерных штифтов. Показаниями к применению анкерных штифтов являются тонкие стенки коронковой части, разрушение более одной стенки коронки. Анкерные штифты – это стандартные конструкционные элементы, условно состоящие из двух частей – корневой и коронковой. Корневая часть располагается в корневом канале зуба, а коронковая служит для дополнительной ретенции пломбировочных материалов. Анкерные штифты бывают из стали, благородных сплавов, титана, стекловолокна, углерода. При установке анкерных штифтов особое внимание уделяется по возможности более плотному прилеганию выступающей, широкой части штифта к устью корневого канала. Необходимо учитывать, что винтовые нарезки на некоторых штифтах предназначены только для дополнительной ретенции, а не для завинчивания штифта в канал, - это может привести к расколу корня зуба. При необходимости штифт можно подогнать по длине корня зуба, укоротив (подточив) его корневую часть. Рекомендуется, чтобы длина корневой части анкерного штифта составляла $\frac{2}{3}$, минимум $\frac{1}{2}$ длины корня зуба. Анкерный штифт фиксируется в корневом канале на цемент. С помощью анкерных штифтов можно восстанавливать как однокорневые, так и многокорневые зубы.

Алгоритм и особенности изготовления цельнолитой коронки

Показанием к изготовлению коронок является значительное поражение окклюзионной или режущей поверхности зубов. Коронки изготавливаются на зубы после проведения пломбирования. Цельнолитые коронки изготавливают на любые зубы для восстановления анатомической формы и функции, а также для предупреждения дальнейшего разрушения

зуба. Коронки изготавливаются в несколько посещений.

Особенности изготовления цельнолитых коронок:

1. При протезировании моляров рекомендуется использование цельнолитой коронки или коронки с металлической окклюзионной поверхностью.
2. При изготовлении цельнолитой металлокерамической коронки моделируется оральная гирлянда (металлический кантик по краю коронки).
3. Пластмассовая (по потребности – керамическая) облицовка производится в области фронтальных зубов на верхней челюсти лишь до 5 зуба включительно и на нижней челюсти до 4 зуба включительно, далее – по потребности.
4. При изготовлении коронок на зубы-антагонисты необходимо соблюдать определенную последовательность:
 - первым этапом является одновременное изготовление временных капп на подлежащие протезированию зубы обеих челюстей с максимальным восстановлением окклюзионных соотношений и обязательным определением высоты нижнего отдела лица. Эти каппы должны как можно точнее воспроизводить конструкцию будущих коронок;
 - сначала изготавливают постоянные коронки на зубы верхней челюсти
 - после фиксации коронок на зубы верхней челюсти изготавливают постоянные коронки на зубы нижней челюсти.

1 посещение. После необходимых подготовительных лечебных мероприятий и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

Подготовка к препарированию

Перед началом препарирования получают оттиски для изготовления временных пластмассовых коронок (капп).

Препарирование зубов под коронки

Вид препарирования выбирается в зависимости от вида будущих коронок и групповой принадлежности протезируемых зубов. При препарировании нескольких зубов следует обращать особое внимание на параллельность клинических осей культей зубов после препарирования.

Получение оттиска с отпрепарированных зубов на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта при препарировании. Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттиска окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков.

В случае применения метода ретракции десны при получении оттиска уделяется

внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма) нельзя применять для ретракции десны вспомогательные средства, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами).

Для фиксации правильного соотношения зубных рядов в положении центральной окклюзии применяются гипсовые или силиконовые блоки

При изготовленных временных капп проводится, их припасовка, при необходимости – перебазировка и фиксация на временный цемент.

Для предотвращения развития воспалительных процессов в тканях краевого пародонта после препарирования назначается противовоспалительная регенерирующая терапия, включающая полоскания полости рта настойкой коры дуба, а также настоями ромашки и шалфея, при необходимости – аппликации масляным раствором витамина А или другими средствами, стимулирующими эпителизацию.

Следующее посещение. Получение оттисков.

При изготовлении цельнолитых коронок рекомендуется назначать больного на приём на следующий день или через день после препарирования для получения рабочего двухслойного оттиска с отпрепарированных зубов и оттиска с зубов-антагонистов, если они не были получены в первое посещение.

Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор).

В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма) нельзя применять для ретракции десны вспомогательные средства, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами).

Следующее посещение.

Наложение и припасовка каркаса цельнолитой коронки. Особое внимание необходимо обращать на точность прилегания каркаса в пришеечной области (краевое прилегание), проверяют отсутствие зазора между стенкой коронки и культей зуба. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую борозду. Обращают внимание на апроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами. При необходимости проводится коррекция.

В случае если облицовка не предусмотрена, проводится полировка цельнолитой коронки и ее фиксация на временный или постоянный цемент. Для фиксации коронок следует применять временные и постоянные цементы.

Если предусмотрена керамическая или пластмассовая облицовка, проводится выбор цвета облицовки.

Коронки с облицовкой на верхней челюсти делают до 5-го зуба включительно, на нижней – до 4-го включительно. Облицовки жевательных поверхностей боковых зубов не показаны.

Следующее посещение. Наложение и припасовка готовой цельнолитой коронки с облицовкой.

Особое внимание следует обращать на точность прилегания коронки в пришеечной области (краевое прилегание), проверяют отсутствие зазора между стенкой коронки и культей зуба. Обращают внимание на соответствие контура края коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель. Обращают внимание на апроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами. При необходимости проводится коррекция. При применении металлопластмассовой коронки после полировки, а при применении металлокерамической коронки – после глазурования проводится фиксация на временный (на 2 – 3 недели) или на постоянный цемент. Особое внимание при фиксации на временный цемент необходимо обращать на удаление остатков цемента из межзубных промежутков.

Следующее посещение. Фиксация на постоянный цемент.

Особое внимание при фиксации на постоянный цемент обращать на удаление остатков цемента из межзубных промежутков.

Пациента инструктируют по поводу правил пользования коронкой и указывают на необходимость регулярного посещения врача 1 раз в полгода.

Алгоритм и особенности изготовления штампованной коронки

Штампованная коронка при правильном изготовлении полноценно восстанавливает анатомическую форму зуба и предотвращает развитие осложнений.

После диагностических исследований, необходимых подготовительных лечебных мероприятий и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

Препарирование зубов

При препарировании следует обращать внимание на параллельность стенок отпрепарированного зуба (форма цилиндра). При препарировании нескольких зубов следует обращать внимание на параллельность клинических осей культей зубов после

препарирования.

Получение оттиска с отпрепарированных зубов на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта при препарировании. При изготовлении штампованных коронок применяются альгинатные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества.

Для фиксации правильного соотношения зубных рядов в положении центральной окклюзии применяются гипсовые или силиконовые блоки (регистраторы).

В случае необходимости определения центрального соотношения челюстей, изготавливаются восковые базисы с окклюзионными валиками.

При изготовленных временных капп проводится их припасовка, при необходимости – перебазировка и фиксация на временный цемент.

Для предотвращения развития воспалительных процессов в тканях краевого пародонта, связанных с травмой при препарировании, назначается противовоспалительная регенерирующая терапия, включающая полоскания полости рта настоем коры дуба, а также настоями ромашки и шалфея. При необходимости – аппликации масляным раствором витамина А или другими средствами, стимулирующими эпителизацию.

Следующее посещение.

Получение оттисков, если они не были получены в первое посещение.

Используются альгинатные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор).

Следующее посещение. Примерка и припасовка штампованных коронок. Особое внимание следует обращать на точность прилегания коронки в пришеечной области (краевое прилегание), проверяют отсутствие давления коронки на ткани маргинального пародонта. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель (максимум на 0,3-0,5 мм). Обращают внимание на апроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами. При необходимости проводится коррекция. При использовании комбинированных штампованных коронок (по Белкину) после припасовки коронки получают оттиск культи зуба с помощью воска, налитого внутрь коронки. Определяют цвет пластмассовой облицовки. Коронки с облицовкой на верхней челюсти делают лишь до 5-го зуба включительно, на нижней – до 4-го включительно. Облицовки жевательных

поверхностей боковых зубов в принципе не показаны. После полировки производится фиксация на постоянный цемент.

Особое внимание при фиксации на постоянный цемент обращать на удаление остатков цемента из межзубных промежутков.

Пациента инструктируют по поводу правил пользования коронками и указывают на необходимость регулярного посещения врача 1 раз в полгода.

Алгоритм и особенности изготовления цельнокерамической коронки

Показанием к изготовлению цельнокерамических коронок является значительное поражение окклюзионной или режущей поверхности зубов. Цельнокерамические коронки могут изготавливать на любые зубы для восстановления анатомической формы и функции, а также для предупреждения дальнейшего разрушения зуба. Коронки изготавливаются в несколько посещений.

Особенности изготовления цельнокерамических коронок:

5. Главной особенностью является необходимость препарирования зуба с циркулярным прямоугольным уступом под углом 90° или полукруглым уступом.

6. При изготовлении коронок на зубы-антагонисты необходимо соблюдать определенную последовательность:

- первым этапом является одновременное изготовление временных капп на подлежащие протезированию зубы обеих челюстей с максимальным восстановлением окклюзионных соотношений и обязательным определением высоты нижнего отдела лица. Эти каппы должны как можно точнее воспроизводить конструкцию будущих коронок;
- сначала изготавливают постоянные коронки на зубы верхней челюсти;
- после фиксации коронок на зубы верхней челюсти изготавливают постоянные коронки на зубы нижней челюсти;

7. При расположении уступа на уровне десневого края или ниже всегда необходимо применять ретракцию десны перед получением оттиска.

1 посещение. После необходимых подготовительных лечебных мероприятий и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

Подготовка к препарированию

Перед началом препарирования получают оттиски для изготовления временных пластмассовых коронок (капп).

Препарирование зубов под цельнокерамические коронки

Всегда применяется препарирование с прямоугольным циркулярным уступом под углом 90° или полукруглым уступом.

При препарировании нескольких зубов следует обращать особое внимание на параллельность клинических осей культей зубов после препарирования.

Получение оттиска с отпрепарированных зубов на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта при препарировании. Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттиска окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков.

В случае применения метода ретракции десны при получении оттиска уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма) нельзя применять для ретракции десны вспомогательные средства, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами).

Для фиксации правильного соотношения зубных рядов в положении центральной окклюзии применяются гипсовые или силиконовые блоки.

При изготовленных временных капп проводится их припасовка, при необходимости – перебазировка и фиксация на временный цемент.

Для предотвращения развития воспалительных процессов в тканях краевого пародонта после препарирования назначается противовоспалительная регенерирующая терапия, включающая полоскания полости рта настойкой коры дуба, а также настоями ромашки и шалфея, при необходимости – аппликации масляным раствором витамина А или другими средствами, стимулирующими эпителизацию. Проводится определение цвета будущей коронки.

Следующее посещение. Получение оттисков.

При изготовлении цельнокерамических коронок рекомендуется назначать больного на приём на следующий день или через день после препарирования для получения рабочего двухслойного оттиска с отпрепарированных зубов и оттиска с зубов-антагонистов, если они не были получены в первое посещение.

Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков

(отображение анатомического рельефа, отсутствие пор).

В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма) нельзя применять для ретракции десны вспомогательные средства, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами).

Следующее посещение.

Наложение и припасовка цельнокерамической коронки. Особое внимание необходимо обращать на точность прилегания коронки к уступу в пришеечной области (краевое прилегание), проверяют отсутствие зазора между стенкой коронки и культей зуба. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам края уступа, на апроксимальные контакты и окклюзионные контакты с зубами-антагонистами. При необходимости проводится коррекция. После глазурирования проводится фиксация на временный (на 2 – 3 недели) или на постоянный цемент. Для фиксации коронок следует применять временные и постоянные цементы. Особое внимание при фиксации на временный цемент необходимо обращать на удаление остатков цемента из межзубных промежутков.

Следующее посещение. Фиксация на постоянный цемент.

Особое внимание при фиксации на постоянный цемент обращать на удаление остатков цемента из межзубных промежутков.

Пациента инструктируют по поводу правил пользования коронкой и указывают на необходимость регулярного посещения врача 1 раз в полгода.

Алгоритм и особенности изготовления штифтовых конструкций

При показателях ИРОПЗ более 0,8 показано изготовление штифтовых конструкций – собственно штифтовых зубов или штифтовых культевых вкладок с последующим изготовлением искусственных коронок. Простые штифтовые зубы применяются в качестве временных конструкций и с их помощью можно восстановить только одиночные однокорневые зубы. Культевые штифтовые конструкции – цельнолитые культевые вкладки и культевые вкладки на анкерных штифтах применяются для восстановления однокорневых и многокорневых зубов. Цельнолитые культевые вкладки обладают высокой прочностью и позволяют восстанавливать даже зубы с полностью разрушенной коронковой частью.

Условия сохранения корней:

- корневой канал должен быть проходим на 2/3 своей длины, но не менее, чем на 1/2 своей длины
- стенки корня должны иметь достаточную толщину - около 1мм

- корневой канал должен быть запломбирован до верхушки
- стенки корня не поражены патологическим процессом
- отсутствие патологических изменений в периапикальных тканях
- отсутствие патологической подвижности корня более I степени
- необходимость для дальнейшего протезирования

С помощью культевых вкладок на *анкерных штифтах* можно восстанавливать коронковую часть зубов, у которых сохранена минимум одна стенка, так как соединение культи из композитного материала с металлическим анкерным штифтом не обеспечивают оптимальной прочности конструкции, которой обладают цельнолитые культевые вкладки. Все эти конструкции после их изготовления должны иметь форму отпрепарированной культи зуба для последующего изготовления искусственной коронкой.

При изготовлении культевых штифтовых конструкций проводят распломбировку корневого канала на $\frac{2}{3}$ его длины, минимум до $\frac{1}{2}$. Если зуб многокорневой, то один канал, наиболее проходимый, распломбировывают на $\frac{1}{2}$ его длины, остальные каналы могут быть распломбированы на меньшую длину, при невозможности распломбировки оставшихся каналов в их устьях создают углубления для дополнительной ретенции.

Культевые вкладки на анкерных штифтах

Анкерные штифты – это стандартные конструкционные элементы, условно состоящие из двух частей – корневой и коронковой. Корневая часть располагается в корневом канале зуба, а коронковая служит для дополнительной ретенции пломбировочных материалов. Изготовление культевых вкладок на анкерных штифтах проводят в одно посещение. Проводят формирование полости, максимально сохраняя твердые ткани зуба, за исключением размягченных, пораженных кариесом. Производят распломбировку канала. Следует обращать особое внимание на соответствие оси препарирования оси канала для предотвращения перфорации стенки корня. Желательно применение разверток – сверл соответствующих размеров. Это позволяет более точно подготовить корневой канал к установке анкерного штифта. При установке штифта особое внимание уделяется по возможности более плотному прилеганию коронковой (широкой) части штифта к устью корневого канала. При восстановлении многокорневого зуба при использовании нескольких штифтов проверяют их взаимное расположение в корневых каналах. При необходимости штифт можно подогнать по длине корня зуба, укоротив (подточив) его внутрикорневую часть. Длина анкерного штифта должна составлять $\frac{2}{3}$, минимум $\frac{1}{2}$ длины корня зуба. Необходимо учитывать, что винтовые нарезки на некоторых штифтах предназначены только для дополнительной ретенции, а не для завинчивания штифта в канал, - это может привести к расколу корня зуба. Анкерный штифт фиксируется в корневом канале на цемент. Затем с помощью композитных материалов производится моделирование коронковой части

культевой вкладки. После этого препарируют культю зуба вместе с вкладкой, придавая ей форму с учетом выбранной конструкции будущей искусственной коронки.

Цельнолитые культевые вкладки

Цельнолитые культевые вкладки изготавливаются из сплавов металлов (кобальт-хромовые, никель-хромовые, серебряно-палладиевые, золотоплатиновые).

Изготовление цельнолитых культевых вкладок проводят в два посещения.

Первое посещение

Проводят формирование полости, максимально сохраняя твердые ткани зуба, за исключением размягченных, пораженных кариесом. Производят распломбировку канала на $2/3$, минимум на $1/2$ длины корня зуба. Следует обращать особое внимание на соответствие оси препарирования оси канала для предотвращения перфорации стенки корня. Желательно применение разверток – сверл соответствующих размеров.

Для изготовления вкладок применяют два метода моделирования: прямой и непрямой.

Прямой метод предусматривает изготовление и припасовку внутрикорневого штифта. При моделировке культевой вкладки из воска применяются металлические штифты, изготовленные из клammerной проволоки, реже стандартные анкерные штифты или применяются беззольные штифты. После припасовки штифта в корневом канале культевая вкладка моделируется из размягченного воска, после придания ей формы культы отпрепарированного зуба выводится из полости рта (из корневых каналов). Особое внимание обращать на предотвращение деформаций смоделированной вкладки при выведении, что возможно из-за мягкости воска и на точное отображение контура корня.

При моделировке культевой вкладки из самотвердеющей пластмассы внутрикорневой штифт изготавливается из той же пластмассы, другой пластмассы или применяются стандартные пластмассовые заготовки. Используют только беззольные пластмассы. После припасовки штифта в корневом канале по диаметру и длине корня, он должен свободно входить в корневой канал на всем протяжении. Смазывают стенки канала вазелином, размещают самотвердеющую пластмассу, в тестообразной стадии обмазывают штифт и отжимают. Особое внимание следует обращать на точное отображение контура корня. После затвердения пластмассы штифт с надкорневой частью извлекают из корневого канала, обрабатывают надкорневую часть смоделированной вкладки, придавая ей форму отпрепарированной культы зуба. При резко выраженной дивергенции (расхождения) корней и соответствующей дивергенции штифтов и, следовательно, невозможности установить будущую культевую вкладку, применяют составные вкладки, т.е. смоделированную вкладку распиливают на две части. После этого препарируют культю зуба вместе со смоделированной вкладкой, соблюдая все требования, предъявляемые к

отпрепарированному зубу с учетом выбранной конструкции искусственной коронки.

Применение **непрямого метода** моделирования показано при восстановлении многокорневых зубов, если возникают трудности при большой дивергенции (расхождении) корней. После подготовки (распломбировки) корневых каналов получают двухслойный оттиск. Используются силиконовые двухслойные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор). В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма) нельзя применять для ретракции десны вспомогательные средства, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами).

Для получения более точного отображения корневого канала перед введением второго корригирующего слоя оттискного материала можно ввести в корневой канал пластмассовую заготовку внутрикорневого штифта, который останется в оттиске. Оттиск передается в зуботехническую лабораторию, где проводится моделировка культевой вкладки на гипсовой модели. При резко выраженной дивергенции (расхождении) корней и соответствующей дивергенции штифтов и, следовательно, невозможности установить будущую культевую вкладку, применяют составные вкладки, т.е. смоделированную вкладку распиливают на две части. После этого отливают вкладку из металла.

Следующие посещение

Готовую отлитую из металла вкладку припасовывают в полости рта. Особое внимание необходимо обращать на точность прилегания вкладки к тканям корня зуба (краевое прилегание), зондом проверяют отсутствие зазора между краем вкладки и краем корня зуба. После припасовки вкладки производится фиксация на постоянный цемент. После подготовки корня и самой вкладки к фиксации (обезжиривание, высушивание и т.д.) замешанный цемент вводится сначала в корневой канал с помощью каналонаполнителя и/или зонда, потом вкладка с цементом медленно вводится в корневой канал легкими возвратно-поступательными движениями. Быстрое введение вкладки в корневой канал может привести к попаданию пузырька воздуха в канал, и как следствие – «недосаживанию» вкладки. После окончательного затвердевания цемента, но не ранее чем через два часа после фиксации, препарируют культю зуба вместе с вкладкой, соблюдая все требования, предъявляемые к препарированию зуба с учетом выбранной конструкции искусственной коронки. (Смотри раздел 7.2.6.3.2 Алгоритм изготовления искусственных коронок).

Цельнолитой штифтовый зуб

При невозможности применения культевых вкладок и искусственных коронок, например из-за особенностей прикуса (отсутствует место) применяются цельнолитые

штифтовые зубы.

Первое посещение

После подготовки (распломбировки) корневого канала получают двухслойный оттиск. Используются силиконовые двухслойные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор). В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма) нельзя применять для ретракции десны вспомогательные средства, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами).

Для получения более точного отображения корневого канала перед введением второго корригирующего слоя оттискного материала можно ввести в корневой канал пластмассовую заготовку внутрикорневого штифта, который останется в оттиске. Оттиск передается в зуботехническую лабораторию, где проводится моделировка штифтового зуба на гипсовой модели. Возможно изготовление литого штифтового зуба и литого штифтового зуба с облицовкой (керамической или пластмассовой). Сам зуб отливают из металла.

Следующие посещение

Готовый отлитый из металла штифтовый зуб припасовывают в полости рта. Особое внимание необходимо обращать на точность прилегания штифтового зуба к тканям корня (краевое прилегание), зондом проверяют отсутствие зазора между краем штифтового зуба и краем корня. После припасовки штифтового зуба проводят коррекцию окклюзии. При использовании штифтового зуба с облицовкой (керамической или пластмассовой), после окончательной доработки в зуботехнической лаборатории проводится фиксация на постоянный цемент. После подготовки корня и самого штифтового зуба к фиксации (обезжиривание, высушивание и т.д.) замешанный цемент вводится сначала в корневой канал с помощью каналонаполнителя и/или зонда, потом штифтовый зуб с цементом медленно вводится в корневой канал легкими возвратно-поступательными движениями. Быстрое введение штифтовой части в корневой канал может привести к попаданию пузырька воздуха в канал, и как следствие – «недосаживанию» зуба.

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Болезни пульпы зуба»

Общие рекомендации по подбору **средств гигиены в зависимости от стоматологического статуса пациента**

Контингент пациентов	Рекомендуемые средства гигиены
<p>Население районов с содержанием фторида в питьевой воде менее 1 мг/л.</p> <p>Наличие у пациента очагов деминерализации эмали, гипоплазии.</p>	<p>Зубная щетка мягкая или средней жесткости, противокариозные зубные пасты – фторид- и кальцийсодержащие (соответственно возрасту), флоссы, фторидсодержащие ополаскиватели.</p>
<p>Население районов с содержанием фторида в питьевой воде более 1 мг/л.</p> <p>Наличие у пациента проявлений флюороза</p>	<p>Зубная щетка мягкая или средней жесткости, зубные пасты не содержащие фторид, кальцийсодержащие; флоссы не пропитанные фторидами, ополаскиватели не содержащие фторид.</p>
<p>Пациенты с воспалительными заболеваниями пародонта (в период обострения)</p>	<p>Зубная щетка с мягкой щетиной, противовоспалительные зубные пасты (с лекарственными травами, антисептиками*, солевыми добавками), флоссы, ополаскиватели с противовоспалительными компонентами.</p> <p><i>*Примечание:</i> рекомендуемый курс использования зубных паст и ополаскивателей с антисептиками – 7-10 дней.</p>
<p>Наличие зубочелюстных аномалий (скученность, дистопия зубов)</p>	<p>Зубная щетка средней жесткости и лечебно-профилактическая зубная паста (соответственно возрасту), флоссы, зубные ершики, ополаскиватели.</p>
<p>Наличие в полости рта брекет-систем</p>	<p>Зубная щетка ортодонтическая средней жесткости, противокариозные и противовоспалительные зубные</p>

	<p>пасты (чередование), зубные ершики, монопучковые щетки, суперфлоссы, ополаскиватели с противокариозными и противовоспалительными компонентами, ирригаторы.</p>
<p>Наличие стоматологических имплантатов</p>	<p>Зубная щетка с различной высотой пучков щетины*, противокариозные и противовоспалительные зубные пасты (чередование), зубные ершики, монопучковые щетки, суперфлоссы, не содержащие спирта ополаскиватели с противокариозными и противовоспалительными компонентами, ирригаторы. Не следует использовать зубочистки и жевательные резинки.</p> <p><i>*Примечание:</i> зубные щетки с ровной подстрижкой щетины использовать не рекомендуется вследствие их более низкой очищающей эффективности.</p>
<p>Уход за съемными ортопедическими и ортодонтическим конструкциями</p>	<p>Зубная щетка для съемных протезов (двусторонняя, с жесткой щетиной), таблетки для очищения съемных протезов.</p>
<p>Пациенты с повышенной чувствительностью зубов.</p>	<p>Зубная щетка с мягкой щетиной, зубные пасты для снижения чувствительности зубов, содержащие хлорид стронция, нитрат калия, хлорид калия, гидроксиапатит, флоссы, ополаскиватели для чувствительных зубов.</p>
<p>Пациенты с ксеростомией</p>	<p>Зубная щетка с очень мягкой щетиной, зубная паста с ферментными системами и низким пенообразованием, ополаскиватель без спирта, увлажняющий гель, флоссы.</p>

К клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Болезни пульпы зуба»

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Резекция верхушки корня зуба

Операции предшествует механическая, медикаментозная обработка канала зуба и постоянное пломбирование канала.

Операцию выполняют под местной анестезией. Проводят разрез длиной 1,5 – 2 см через слизистую оболочку и надкостницу. Вершина разреза должна находиться на уровне середины проекции корня. Основание лоскута должно быть обращено к переходной складке. Слизисто-надкостничный лоскут отделяют распатором. Трепанацию и удаление костной стенки альвеолы производят долотами или специальными шаровидными борами (фрезами). Резекцию верхушки корня проводят на 1/3 его длины, перпендикулярно оси корня, используя для этого фиссурные боры или торцевую фрезу, и удаляют гранулему, кюретаж. В случае необходимости применяют ретроградное пломбирование. Для этого резекцию верхушки корня проводят не перпендикулярно оси корня, а под углом, создав на корне наклонную плоскость, которая обращена к вестибулярной (наружной) поверхности. После этого полость промывают растворами антисептиков, слизисто – надкостничный лоскут укладывают на место и фиксируют узловыми швами.

Ампутация корня

Операции предшествует механическая, медикаментозная обработка канала «остающегося» корня зуба с последующей постоянной пломбировкой.

Операцию проводят под местной анестезией. Отслаивают слизисто-надкостничный лоскут и отсекают костную стенку альвеолы. С помощью твердосплавного фиссурного бора отсекают корень на уровне фуркации и удаляют его, используя элеватор или щипцы. Острые края альвеолы сглаживают кусачками или с помощью конусовидной фрезы. После механической и антисептической обработки костной раны слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место и фиксируют узловыми швами.

Гемисекция зуба

Операции предшествует механическая, медикаментозная обработка канала «остающегося» корня зуба с последующей постоянной пломбировкой.

Операцию проводят под местной анестезией. С помощью алмазного бора распиливают коронковую часть и корень по фуркации, и удаляют его, используя элеватор или щипцы. Межкорневую перегородку и костную ткань, окружающую оставшийся корень, сохраняют. Далее проводят тщательную механическую и антисептическую обработку костной раны.

Коронорадикулярная сепарация

Данная операция используется только на молярах нижней челюсти. Операции предшествует механическая, медикаментозная обработка каналов зуба с последующей постоянной пломбировкой каналов.

Операцию проводят под местной анестезией. С помощью алмазного бора распиливают коронковую часть и корень по бифуркации. Далее проводят тщательную механическую и антисептическую обработку костной раны.

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Болезни пульпы зуба»

**Форма добровольного информированного согласия пациента при выполнении
КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ)**

Приложение к медицинской карте № _____

Пациент _____

(ф.,и.,о.)

получил разъяснения по поводу диагноза кариес,

получил информацию:

об особенностях течения заболевания __

вероятной длительности лечения _____

о вероятном прогнозе _____.

Пациенту _____ предложен _____ план _____ обследования _____ и _____ лечения, _____ включающий _____

Предложено изготовление на _____

из материалов _____

Примерная стоимость лечения составляет около _____. Пациенту известен прейскурант, принятый в клинике.

Таким образом, пациент получил разъяснения о цели лечения и информацию о планируемых методах диагностики и лечения.

Пациент извещен о необходимости подготовки к лечению:

.....

.....

Пациент извещен о необходимости в ходе лечения

.....

.....,

получил указания и рекомендации по уходу за полостью рта.

Пациент извещен, что несоблюдение им рекомендаций врача может отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Пациент получил информацию о типичных осложнениях, связанных с данным заболеванием, с необходимыми диагностическими процедурами и с лечением.

Пациент извещен о вероятном течении заболевания и его осложнениях при отказе от лечения.

Пациент имел возможность задать любые интересующие его вопросы касательно состояния его здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы.

Пациент получил информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Беседу провел врач _____ (подпись врача).

«___» _____ 20__ г.

Пациент согласился с предложенным планом лечения, в чем
расписался собственноручно _____ (подпись пациента)

или

расписался его законный представитель _____ (подпись законного
представителя)

или

что удостоверяют присутствовавшие при беседе _____ (подпись врача)
_____ (подпись свидетеля)

Пациент не согласился с планом лечения (отказался от предложенного вида протеза), в чем
расписался собственноручно _____ (подпись пациента)

или расписался его законный представитель _____ (подпись законного
представителя)

или

что удостоверяют присутствовавшие при беседе _____ (подпись врача)
_____ (подпись свидетеля)

Пациент изъявил желание:

- дополнительно к предложенному лечению пройти обследование

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Болезни пульпы зуба»

Дополнительная информация для пациента

1. Запломбированные зубы необходимо чистить зубной щеткой с пастой так же, как естественные зубы - два раза в день. После еды следует полоскать рот для удаления остатков пищи.
2. Для чистки межзубных промежутков можно использовать зубные нити (флоссы) после обучения их применению и по рекомендации врача-стоматолога.
3. При возникновении кровоточивости при чистке зубов нельзя прекращать гигиенические процедуры. Если кровоточивость не проходит в течение 3-4 дней, необходимо обратиться к стоматологу терапевту.
4. Если после пломбирования и окончания действия анестезии пломба мешает смыканию зубов, то необходимо в ближайшее время обратиться к лечащему врачу-стоматологу.
5. При пломбах из композитных материалов не следует принимать пищу, содержащую естественные и искусственные красители (например: чернику, чай, кофе и т.п.), в течение первых 2-х суток после пломбирования зуба.
6. Возможно временное появление боли (повышенной чувствительности) в запломбированном зубе во время приема и пережевывании пищи. Если указанные симптомы не проходят в течение 1-2 недель, необходимо обратиться к лечащему стоматологу.
7. При возникновении в зубе резкой боли, необходимо как можно быстрее обратиться к лечащему стоматологу.
8. Во избежание сколов пломбы и прилегающих к пломбе твердых тканей зуба не рекомендуется принимать и пережевывать очень жесткую пищу (например: орехи, сухари), откусывать от больших кусков (например: от цельного яблока).
9. Раз в полгода следует посещать стоматолога для проведения профилактических осмотров и необходимых манипуляций (при пломбах из композитных материалов – для полировки пломбы, что увеличит срок её службы).

К клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Болезни пульпы зуба»

**ПЕРЕЧЕНЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ И ИНСТРУМЕНТОВ,
НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ РАБОТЫ ВРАЧА**

Обязательный ассортимент

1. набор инструментов стоматологических (лоток, зеркало, шпатель, пинцет стоматологический, зонд стоматологический, экскаваторы, гладилки, штопферы)
2. стекла стоматологические для замешивания
3. набор инструментов для работы с амальгамами
4. набор инструментов для работы с композитами
5. артикуляционная бумага
6. турбинный наконечник
7. прямой наконечник
8. угловой наконечник
9. стальные боры для углового наконечника
10. алмазные боры для турбинного наконечника для препарирования твердых тканей зубов
11. алмазные боры для углового наконечника для препарирования твердых тканей зубов
12. твердосплавные боры для турбинного наконечника
13. твердосплавные боры для углового наконечника
14. дискодержатели для углового наконечника для полировочных дисков
15. резиновые полировочные головки
16. полировочные щеточки
17. полировочные диски
18. штрипсы металлические разной степени зернистости
19. штрипсы пластиковые
20. ретракционные нити
21. кровеостанавливающие средства
22. карборундовые головки для прямого наконечника
23. алмазные головки для прямого наконечника
24. алмазные диски
25. перчатки одноразовые
26. маски одноразовые
27. слюноотсосы одноразовые
28. стаканы одноразовые
29. очки для работы с гелио-лампой
30. одноразовые шприцы

31. карпульный шприц
32. иглы к карпульному шприцу
33. цветовая шкала
34. материалы для повязок и временных пломб
35. силикатные цементы
36. фосфатные цементы
37. стелоиономерные цементы
38. амальгамы в капсулах
39. двухкамерные капсулы для замешивания амальгамы
40. капсулосмеситель
41. композитные материалы химического отверждения
42. композитные материалы светового отверждения
43. жидкотекучие композиты химического отверждения
44. жидкотекучие композиты светового отверждения
45. адгезивные системы для светоотверждаемых композитов
46. адгезивные системы для композитов химического отверждения
47. антисептики для медикаментозной обработки полости рта и кариозной полости
48. абразивные пасты, не содержащие фтор для очищения поверхности зуба
49. пасты для полирования пломб и зубов
50. лампы для фотополимеризации композита
51. аппарат для электроодонтодиагностики
52. межзубные клинья деревянные
53. межзубные клинья прозрачные
54. матрицы металлические
55. матрицы стальные контурированные
56. матрицы прозрачные
57. матрицедержатель
58. матричная фиксирующая система
59. пистолет-апликатор для капсульных композитных материалов
60. апликаторы
61. средства для обучения пациента гигиене полости рта (зубные щетки, пасты, нити, держатели для зубных нитей)
62. анкерные штифты в ассортименте
63. развертки к анкерным штифтам
64. гуттаперчивые штифты разных размеров
65. препараты для дезинфекции корневых каналов
66. материалы для пломбировки корневых каналов

67. микромотор
68. анестетики для карпульного шприца
69. бумажные штифты
70. материалы для химического расширения корневых каналов
71. эндодонтическая линейка для определения длины корневых каналов
72. стопперы
73. корневые иглы
74. К-римеры
75. К-файлы
76. Н-файлы
77. корневые рашпили
78. каналорасширители (сверла)
79. пульпэкстракторы
80. материалы (препараты) для обезжиривания и высушивания корневых каналов
81. карборундовые диски
82. дискодержатели для прямого наконечника
83. стандартные оттискная (слепочная) ложки
84. альгинатная оттискная (слепочная) масса
85. двухслойная силиконовая оттискная (слепочная) масса
86. базисный воск
87. моделировочный воск (лавакс)
88. кламмерная проволока
89. полиры для прямого наконечника
90. цветовая шкала для определения цвета облицовки и искусственных зубов
91. гипс простой
92. шпатель для замешивания альгинатных оттискная (слепочная) материалов и гипса
93. чашка резиновая
94. цинкфосфатные цементы для постоянной фиксации фиксации несъемных конструкций
95. горелка газовая
96. цементы для временной фиксации несъемных протезов
97. щипцы крампонные
98. ножницы коронковые
99. щипцы коронковые
100. наковальня
101. молоточек стоматологический
102. коронкосбиватель

103. шприцы эндодонтические с иглами
104. 2% раствор метиленового синего
105. Градационная 10-бальная шкала различных оттенков синего цвета
106. лейкопластырь (для обклейки краев стандартной слепочной (оттисковой) ложки)
107. Пародонтальный зонд
108. Мумифицирующие пасты на основе параформальдегида

Дополнительный ассортимент

1. высокоскоростной наконечник (угловой) для турбинных боров
2. стерилизатор гласперленовый
3. аппарат ультразвуковой для очистки боров
4. стандартные ватные валики
5. бокс для стандартных ватных валиков
6. фартуки для пациента
7. бумажные блоки для замешивания
8. ватные шарики для высушивания кариозных полостей
9. квикдам (коффердам)
10. материалы для лечебных и изолирующих прокладок
11. термофилы
12. апекслокатор
13. аппарат для ультразвуковой обработки корневых каналов
14. эндодонтический наконечник
15. эмалевый нож
16. триммеры десневого края
17. таблетки для окрашивания зубов при гигиенических мероприятиях
18. аппарат для диагностики кариеса
19. инструменты для создания контактных пунктов на молярах и премолярах
20. боры для фиссуротомии
21. типсы для изоляции протоков околоушных слюнных желез
22. защитные очки
23. защитный экран
24. супергипс
25. индивидуально настраиваемый артикулятор с лицевой дугой
26. материал для изготовления временных капп в клинике
27. композиционный поверхностный герметик, постбондинг

28. профайлы
29. протейперы
30. самотвердеющая пластмасса холодной полимеризации
31. самотвердеющая пластмасса холодной полимеризации (беззольная) для моделировки культовых вкладок
32. стандартные пластмассовые штифты для самотвердеющая пластмасса холодной полимеризации
33. клей для силиконовых слепочных (оттискных) масс

Приложение № 10

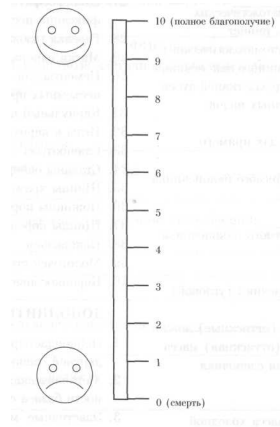
К клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Болезни пульпы зуба»

Анкета пациента

ФИО _____ Дата заполнения _____

Как Вы оцениваете Ваше общее самочувствие на сегодняшний день?

Отметьте, пожалуйста, на шкале значение, соответствующее состоянию Вашего здоровья.



К клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Болезни пульпы зуба»

КАРТА ПАЦИЕНТА

История болезни № _____

Наименование учреждения _____

Дата: начало наблюдения _____ окончание наблюдения _____

Ф.И.О. _____ возраст _____

Диагноз основной _____

Сопутствующие заболевания: _____

Модель пациента: _____

Объем оказанной нелекарственной медицинской помощи: _____

Код	Наименование ПМУ	Отметка о выполнении и (кратность)
В процессе диагностики		
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	
A02.07.002	Исследование зубов с использованием стоматологического зонда	
A02.07.005	Термодиагностика зуба	
A02.07.006	Определение прикуса	
A02.07.007	Перкуссия зубов	
A03.07.001	Люминесцентная стоматоскопия	
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	
A05.07.001	Электроодонтометрия	
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	
В процессе лечения		
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенологических изображений	
A13.31.007	Обучение гигиене полости рта	
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	

A16.07.003	Восстановление зуба вкладкой, виниром, полукоронкой	
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	
A16.07.008	Пломбирование корневого канала зуба	
A16.07.009	Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы)	
A16.07.010	Экстирпация пульпы	
A16.07.034	Инструментальная и медикаментозная обработка корневого канала	
A16.07.035	Восстановление зуба пломбировочными материалами с использованием анкерных штифтов	
A16.07.036	Восстановление зуба коронкой с использованием композитной культевой вкладки на анкерном штифте	
A16.07.037	Восстановление зуба коронкой с использованием цельнолитой культевой вкладки	
A16.07.055	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	
A16.07.056	Восстановление зубов штифтовыми зубами	
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	

Лекарственная помощь (указать применяемый препарат):

Осложнения лекарственной терапии (указать проявления):

Наименование препарата, их вызвавшего:

Исход (по классификатору исходов): _____

Информация о пациенте передана в учреждение, мониторирующее Протокол:

(название учреждения)

(дата)

Подпись лица, ответственного за мониторинг протокола в медицинском учреждении:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРИ	Полнота выполнения обязательного перечня немедикаментозной помощи	да нет	ПРИМЕЧАНИЕ
	Выполнение сроков выполнения медицинских услуг	да нет	
	Полнота выполнения обязательного перечня лекарственного ассортимента	да нет	
	Соответствие лечения требованиям протокола по срокам/продолжительности	да нет	

МОНИТОРИРОВАНИИ

Комментарии:

(дата)

(подпись)

Библиография

1. Альшиц А.М. Пломбирование кариозных полостей вкладками. - М.,1969
2. Ахмедова З.Р. Совершенствование метода инструментальной обработки и рентгенологического исследования корневых каналов различных групп зубов: Автореф. ...канд. мед. наук: 14.00.21-М., 2008. -25 с.
3. Базин А. К. Эпидемиология и комплексная профилактика кариеса зубов у детей аграрных и промышленных районов Новосибирской области : Автореф. дис.... канд. мед. наук. - Новосибирск, 2003. – 17.
4. Барер Г.М., Антанян А.А. Сравнительная оценка точности надежности показаний апекслокаторов Endoest Apex (Россия), Root ZX (Япония) и Apex Finder (США): исследования in vitro. – Эндодонтия today.-2003,-№1-2.-С.12-18.
5. Батюков Н.М., Иванова Г.Г., Курганова И.М., Черкасова А.И., Прокопович А.В., Тихонов Э.П. Экспериментальная оценка качества пломбирования корневых каналов современными методами// Материалы XIX Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы стоматологии».-М.- 2008.-С.34-36
6. Бауманн М. Пломбирование системы корневых каналов //Клиническая стоматология. – 1998, №4. – С.18-24.
7. Бондаренко И.И., Бондаренко И.С. Применение ультразвука в эндодонтическом лечении// Новые технологии в стоматологии.-Москва-Краснодар-2004.-С.12-14.
8. Боровский Е.В. Лечение осложнений кариеса зубов: проблемы и их решения //Стоматология. – 1999, №1. – С.21-24.
9. Боровский Е.В. Клиническая эндодонтия //М.: «Стоматология», 2003. - 176 с.
10. Боровский Е.В. Проблемы эндодонтии по данным анкетирования //Клиническая стоматология. – 1998, №1. – С.6-9.
11. Боровский Е.В., Протасов М.Ю. Распространенность осложнений кариеса и эффективность эндодонтического лечения //Клиническая стоматология. – 1998, №3. – С.4-8.
12. Баянов Б., Христовоз Т. Микропротезирование.- София, 1962
13. Биденко Н.В. Стеклоиономерные цементы в стоматологии. – К.: Книга плюс, 1999.- 120 с.
14. Большаков Г.В. Подготовка зубов к пломбированию и протезированию. - М.: «Медицина», 1983. – 112 с.
15. Борисенко А.В. , Неспрядько В.П. Композиционные пломбировочные и облицовочные материалы в стоматологии.- К.: Книга плюс, 2002.-200с.
16. Боровский Е.В. Кариес зубов: препарирование и пломбирование. – М.: АО «Стоматология», 2001. – 144 с.
17. Боровский Е.В., Леус П.А. Кариес зубов. -М.:Медицина, 1979.-256 с.
18. Вагнер В.Д., Рогачкова Е.А. Требования к оснащению кабинета терапевтической

стоматологии в зависимости от разряда медицинской организации //Проблемы стоматологии .- 2005, №3. - С. 34-37.

19. Вайнштейн Б.Р., Городецкий Ш.И. Пломбирование зубов литыми вкладками. - М.,1961.
20. Владимирова И.Ю. Повышение эффективности лечения кариеса зубов у больных с сахарным диабетом с применением сверхэластичных материалов: Автореф. дис.... канд. мед. наук.- Новосибирск, 2003, -21 с.
21. Волков А.Г. Трансканальные воздействия постоянным током в эндодонтическом лечении зубов: Автореф. ...доктор мед. наук: 14.01.14; 14.03.11-М., 2010. -50 с.
22. Волков А.Г., Дикопова Н.Ж. Внутриканальное воздействие постоянным током при лечении зубов с труднопроходимыми корневыми каналами// Материалы X Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы стоматологии», М., 2003. - С.75-76.
23. Вульффорд М. Клиническая техника эндодонтической подготовки // ДентАрт. – 1996, №4. – С.30-38.
24. Городов О.Н., Молоков В.Д., Степанченко О.Ю. Новые инструменты в эндодонтии //Стоматология для всех.-2006, №2.-С.30-31.
25. Гречишников В.И., Лавриненко В.И., Меликов Л.П. Экспериментально-морфологическая оценка регенерации компонентов культи пульпы после витальной субтотальной экстирпации// Новое в теории и практике стоматологии.- Ставрополь, 2002.-С.16-23
26. Грохольский А.П., Центило Т.Д., Заноздра Л.Н., Гирина Е.В. Реставрация разрушенных коронок зубов современными пломбировочными материалами. -К.: УМК КМАПО, 2001.- 120 с.
27. Грошиков М.И. Профилактика и лечение кариеса зубов. – М.: «Медицина», 1980. – 192 с.
28. Дзюба О.Н. Клинико-экспериментальное обоснование причин развития и профилактики гиперестезии при использовании композитных материалов: Автореф. дис.... канд. мед. наук.- Екатеринбург, 2003, -21.
29. Дикопова Н.Ж. Внутриканальное воздействие постоянным током с использованием серебряно-медного проводника при лечении пульпита: Автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.21-М., 2007.-24 с.
30. Ефанов О.И., Носов В.В., Волков А.Г., Дикопова Н.Ж. Способ направленного локального внутриканального воздействия постоянным током (апекс-форез) при эндодонтическом лечении зубов// Бюллетень изобретения. Полезные модели, 2005, №15, ч. 4. - С.747.
31. Ефанов О.И., Волков А.Г. Электроодонтодиагностика.-М., 1999. - 22 с.
32. Золотова Л.Ю. Оценка степени минерализации дентина и факторов, влияющих на

этот процесс в динамике лечения кариеса у лиц с различным уровнем резистентности зубов: Автореф. дис.... канд. мед. наук. - Омск, 2003. – 22 с.

33. Иванов Д.С. Экспериментальное обоснование выбора препарата для эндодонтической обработки при пломбировании корневых каналов стекловолоконными штифтами// Сборник трудов научно-практической конференции молодых ученых «Актуальные проблемы терапевтической стоматологии», посвященной памяти профессора М.И. Грошикова. Москва, 2006.-С.203.
34. Иоффе Е. Здоровый дентин и бондинг. Краткое руководство по восстановлению зубов // Новое в стоматологии. Специальный выпуск.-1997.-№3.-С. 139.
35. Иоффе Е. Срок службы адгезивов // Новое в стоматологии.-1998.-№1.- С.22.
36. Копейкин В.Н., Миргазизов М.З., Малый А.Ю. Ошибки в ортопедической стоматологии: Профессиональные и медико-правовые аспекты - М., 2002. – 240 с.
37. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. Учебное пособие. – «Поли Медиа Пресс», 2001; 216 с.
38. Ландинова Е.В.Повышение эффективности лечения кариеса дентина у пациентов с декомпенсированной формой заболевания: Автореф. дис.... канд. мед. наук. - Омск, 2004. – 17 с.
39. Леонова Л.Е., Коломойцев В.Ф., Черепанов А.Ю., Бастанжиева Т.В. Клинико-иммунологическая оценка эффективности временного пломбирования корневых каналов// Материалы XVII Всероссийской научно-практической конференции.-М.-2007.-С.22-24.
40. Леманн К.М., Хельвиг Э. Основы терапевтической и ортопедической стоматологии: Пер. с нем. – Львов: ГалДент. – 1999. - 298 с.
41. Леонтьев В.К. Шевыроногов В.З., Чекмезова И.В. Влияние реминерализирующей терапии на процессы минерализации и проницаемости эмали зуба // Стоматология, 1983.- №5.- С.7-10.
42. Лукиных Л.М. Лечение и профилактика кариеса зубов. – Н. Новгород: НГМА. – 1999. – 168 с.
43. Лукиных Л.М., Шестопалова Л.В. Пульпит (клиника, диагностика, лечение)// Н. Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004.-88 с.
44. Макеева И.М. Восстановление зубов светоотверждаемыми композитными материалами.- М.: ОАО «Стоматология», 1997.- 72 с.
45. Максимовский Ю. М., Фурлянд Д.Г. Принципы формирования полости для реставрации зуба и методы препарирования. Обзор литературы // Новое в стоматологии.- 2001.-№2.-С. 3-11.
46. Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н., Орехова Л.Ю. Терапевтическая стоматология// М.: Медицина, 2002.-640 с.

47. Мальй А.Ю. Медико-правовое обоснование врачебных стандартов оказания медицинской помощи в клинике ортопедической стоматологии: Дис... д-ра мед. наук. – М., 2001. - 272 с.
48. Мамедова Л.А. Искусство эндодонтии// М.: Мед. Книга, 2005.-120 с.
49. Мамедова Л.А., Подойникова М.Н. Ошибки и осложнения в эндодонтии// М.: Мед. Книга, 2006.-43 с.
50. Марусов И.В., Мишнев Л.М., Соловьева А.М. «Справочник врача-стоматолога по лекарственным препаратам» - 2002 г.
51. Миликевич В.Ю. Профилактика осложнений при дефектах коронок жевательных зубов и зубных рядов: Автореф. дис...д-ра мед. наук. – М., 1984. – 31 с.
52. МКБ-С: Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10: Перевод с англ. / ВОЗ: Науч. ред. А.Г.Колесник - 3-е изд. - М.: Медицина, 1997. – VIII, 248 с.
53. Николишин А.К. Современные композиционные пломбировочные материалы.- Полтава, 1996.-56 с.
54. Номенклатура работ и услуг в здравоохранении. Утверждена Минздравсоцразвития 12 июля 2004 г. – Москва: издательство «Ньюдиамед», 2004. – 211 с.
55. Овруцкий Г.Д., Леонтьев В.К. Кариез зубов. – М.: «Медицина», 1986. – 144 с.
56. Пахомов Г.Н. Первичная профилактика в стоматологии. - М.: «Медицина», 1982. – 240 с.
57. Петрова Е.В., Галанова Т.А., Тургенева Л.Б. Применение апекслокатора в повседневной клинической практике врача-стоматолога// Проблемы стоматологии.- 2009, №4.-С.29-30
58. Петрокас А.Ж. Пульпэктомия. – Тверь, 2000.
59. Радлинский С. Реставрационные конструкции передних и боковых зубов // ДентАрт.- 1996.- №4.- С.22-29.
60. Радлинский С. Реставрация передних зубов // ДентАрт.-1998.-№3.-С.29-40.
61. Радчик А.В. Сравнительные аспекты эффективности средств антимикробной санации системы корневых каналов зубов в эндодонтической практике: Автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.21; 03.00.07-М., 2008.-24 с.
62. Рубин Л.Р. Электроодонтодиагностика. – М.: Медицина, 1976. – 136 с.
63. Руководство по ортопедической стоматологии / Под ред. В.Н. Копейкина. – М., Медицина. -1993. - 496 с.
64. Рыбаков А.И. Ошибки и осложнения в терапевтической стоматологии. – М.: «Медицина», 1966. – 152 с.
65. Сальников А. Н. Профилактика осложнений после протезирования концевых дефектов зубных рядов: Дис.... канд. мед. наук. – М., 1991. – 164 с.
66. Справочник по стоматологии / Под ред. В.М. Безрукова. – М.: Медицина, 1998. – 656

с.

67. Стоматологическая заболеваемость населения России / Под ред. Э.М. Кузьминой. – М., 1999. – 228 с.
68. Терапевтическая стоматология: Учебник/под ред. Ю.М. Максимовского.– М.: Медицина, 2002. – 640 с.
69. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов/ Под ред. Е.В. Боровского. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2004. – 840 с.
70. Хазанова В.В. Сравнительная оценка антимикробного действия некоторых антисептиков, применяемых при обработке корневых каналов //Клиническая стоматология. – 1997, №3. – 8-11.
71. Хохрина Т.Г. Лечение осложнений кариеса зубов с комбинированным использованием современных эндодонтических технологий: Автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.21-М., 2000.-23 с.
72. Царев В.В., Митронин А.В., Черджијева Д.А. Анализ микробной флоры системы корневых каналов при хроническом язвенном пульпите// Dental Forum, 2010, №1-2 (34)-С.7-14.
73. Чиликин В.Н. Выбор штифтовых конструкций и способ их фиксации в корневом канале при прямых эстетических реставрациях// Клиническая стоматология.-2008,- №2.-С.28-32.
- 74.
75. Devis E.L., Jount R.B. Dentine adhesion iv smear layer-mediated dentin bonding agent//Dent. Res. – 1996- V.65 – P. 149-156/
76. Duke E.S. Adhesion and its application with restorative materials.// Dent Clin. North Am.- 1993 – v.37.-P.329-337.
77. Eick J.D., Robinson S.I. The dentinal surface its influence on dentinal adhesion. Part III. // Quintessence Int. – 1993.-V. 24.-P. 572-579.
78. Fusayma T. Optimum cavity wall treatment for adhesive restorations // Ester. Dent/-1990/- V.2.-P.95-99.
79. Hugo B., StassinakisA., Hotz P., Klaiber B. Разработка нового метода препарирования для лечения первичных апроксимальных поражений // Новое в стоматологии.-2001.- №2.- С. 20-26.
80. Hunt P. R. Micro-conservative restorations for approximal carious lesions // J. Am. Dent. Assoc. – 1990.- V. 120.-P.37/
81. Stock C. J. R., Nehammer C. F. Endodontics in practice //Brit. Dental J. – 1996.
82. Trowbridge H.O., Kim S. Структура и функции пульпы // Эндодонтия/ под ред. С. Коэна, Р. Бернесар. – 2000.
83. Jenkins J. M. The physiology and biochemistry of the mouth. 4th ed /- Oxford, 1978.-600 p.

84. Joffe E. Особенности восстановления дефектов IV и III класса// Новое в стоматологии.-1995.-№6.-С.24-26.
85. Narisawa K., Narisawa K., Метод «сендвича» // Стоматологический сборник.- 1994.-№ 10-11.-С. 17-22.
86. Smith D.C. Стоматологические цементы // Квинтэссенция.-1995.-«№ 5/6.-С.25-44.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ)

ПРИ ДИАГНОЗЕ ПАРОДОНТИТ

Утверждены Решением Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» 23 апреля 2013 года с изменениями и дополнениями на основании Постановления № 18 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, актуализированы 02 августа 2018 года

Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Пародонтит» разработаны Московским Государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ (Янушевич О.О., Кузьмина Э.М., Максимовский Ю.М., Малый А.Ю., Дмитриева Л.А., Ревазова З.Э, Почтаренко В.А., Эктова А.И.) и Центральным научно-исследовательским институтом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Минздрава РФ (Вагнер В.Д., Грудянов А.И., Смирнова Л.Е.).

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Пародонтит» предназначены для применения в системе здравоохранения Российской Федерации.

II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящих Клинических рекомендациях использованы ссылки на следующие документы:

- Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.97 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).
- Приказ Минздравсоцразвития России №1664н от 27 декабря 2011г. Об утверждении номенклатуры медицинских услуг.
- Федеральный закон от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).

III. ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящих Клинических рекомендациях использованы следующие обозначения и сокращения:

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем Всемирной организации здравоохранения десятого пересмотра.

МКБ-С – Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10.

IV. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Пародонтит» разработаны для решения следующих задач:

- установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных с пародонтитом;
- унификация разработки базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным с пародонтитом;
- обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинском учреждении.

Область распространения настоящих Клинических рекомендаций — стоматологические медицинские организации.

В настоящих Клинических рекомендациях используется шкала убедительности доказательств данных:

- А) Доказательства убедительны:** есть веские доказательства предлагаемому утверждению.
- В) Относительная убедительность доказательств:** есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение.
- С) Достаточных доказательств нет:** имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.
- Д) Достаточно отрицательных доказательств:** имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения в определенных условиях данного лекарственного средства, материала, метода, технологии.
- Е) Веские отрицательные доказательства:** имеются достаточно убедительные доказательства того, чтобы исключить лекарственное средство, метод, методику из рекомендаций.

V. ВЕДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ)

Ведение Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Пародонтит» осуществляется Московским государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России). Система ведения предусматривает взаимодействие Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова со всеми заинтересованными организациями.

V1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

В общей структуре оказания медицинской помощи больным в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля пародонтит встречается в любой возрастной группе пациентов и составляет 30% от общего числа обращений. Болезни пародонта (пародонтопатии), наряду с кариесом, являются основными массовыми

поражениями зубочелюстной системы. Они характеризуются: скрытым началом, хроническим течением с частыми обострениями, трудно поддаются в начальных стадиях диагностике, а при развитии процесса — лечению. Поэтому пародонтит при несвоевременном и/или неправильном лечении и прогрессировании процесса может стать причиной потери зубов, развития гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Полость рта пациентов с данным заболеванием представляет собой очаг интоксикации и инфекционной сенсibilизации организма. В результате заболевания значительно снижаются функциональные возможности всей зубочелюстной системы, что оказывает существенное влияние на жизнедеятельность организма человека, его психоэмоциональное состояние, снижают качество жизни.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Пародонтит - это заболевание зубочелюстной системы, характеризующееся развитием острого или хронического воспалительного процесса, деструкцией тканей пародонта и атрофией костной ткани альвеол. Копейкин В.Н. (1988) предложил развернутое определение понятия – «пародонтиты это собирательное название отдельных нозологических форм заболеваний зубочелюстной системы, характеризующихся развитием хронического или острого воспалительного процесса и деструкцией тканей пародонта, а также атрофией костной ткани альвеолярного отростка (альвеолярного отростка) челюсти».

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Данная патология рассматривается как одна из основных причин потери зубов у взрослого населения. Кроме того, пародонтит может являться как следствием, так и причиной развития некоторых общесоматических заболеваний.

Пародонтит развивается в результате воздействия одного или нескольких этиологических факторов, которые могут носить как местный (перегрузка пародонта, повреждающее действие микробных скоплений биопленки десневой борозды, ятрогенные причины) так и общий (авитаминозы, атеросклеротические изменение сосудов, эндокринная патология, снижение резистентности организма) характер. Важно понимать, что зубной налет и отложения не всегда обуславливают развитие кариеса, но всегда обуславливают развитие гингивита. Гингивит не всегда приводит к пародонтиту, но пародонтиту всегда предшествует гингивит.

Под влиянием повреждающего фактора возникают патологические изменения, которые обуславливают нарушение внутритканевого метаболизма тканей пародонта, что ведет к частичной гибели эпителия и разрушению коллагеновых волокон связочного аппарата зубов, деструкции костной ткани, сначала в кортикальной пластинке, а затем и губчатого вещества. Прогрессирование резорбции кости, утрата прикрепления десны к кости и расширения пародонтального кармана протекают не непрерывно, но фазами – активными и

неактивными. Развивающиеся в пародонте патологические процессы приводят к увеличению подвижности зуба, в результате чего происходит увеличение влияния механического фактора на сосудистую систему, который способствует прогрессированию воспаления и нарастанию клинических проявлений.

При пародонтитах обусловленных общесоматическими заболеваниями, местные факторы усугубляют воспалительный процесс.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.

Острый пародонтит, как самостоятельная нозологическая форма, встречается крайне редко, он развивается вследствие острого механического или химического повреждения зубодесневого соединения. К острому пародонтиту относятся пародонтальный абсцесс десневого происхождения без свища и пародонтальный абсцесс десневого происхождения со свищом. Как правило, развиваются в результате механической травмы. Характеризуется ограниченным воспалением и кровоточивостью десны; наличием пародонтального кармана и выделением из него экссудата; наличием свищевого хода (при пародонтальном абсцессе десневого происхождения со свищом).

Хронический пародонтит всегда развивается на фоне неудовлетворительной гигиены рта. Как правило, ему предшествует гингивит. Характеризуется наличием мягких и твердых на зубных отложений (над- и поддесневых); гиперемией, отеком и кровоточивостью десны; наличием пародонтальных карманов и выделением из них экссудата; патологической подвижностью зубов различной степени; возможна рецессия или гипертрофия десневого края, деформация зубных рядов, появление трем, диастем и преждевременных контактов зубов (супраконтактов).

Рентгенологическая картина зависит от степени тяжести пародонтита. Начало процесса характеризуется деструкцией кортикальной пластинки вершин межальвеолярных перегородок. В дальнейшем отмечается усеченность вершин, наряду с горизонтальной появляется и вертикальная резорбция, нередко с образованием костных карманов. Контуры костной ткани альвеолярных отростков имеют характерный фестончатый вид, «изъеденный вид».

У больных с локализованной формой пародонтита данные симптомы выявляются лишь у группы зубов, при генерализованной форме – у всех зубов.

Степень тяжести пародонтита определяется в основном тремя ведущими симптомами — глубиной пародонтального кармана, степенью резорбции костной ткани и, как следствие, патологической подвижностью зубов. Эти признаки принимаются за основу при постановке диагноза и составлении плана лечения. Подвижность зубов является важным метрическим критерием оценки состояния тканей пародонта. При планировании лечения исследование подвижности зубов является обязательным диагностическим мероприятием. Наиболее

распространенной, при оценке подвижности зубов, является классификация Энтина, так же используется классификация Миллера в модификации Флезара. См. Приложение 3.

На основании клинических и дополнительных методов обследования заполняют одонтопародонтограмму по В.Ю. Курляндскому. См. Приложение 16.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПАРОДОНТИТА по МКБ-10.

K05.2 Острый пародонтит

K05.20 Периодонтальный абсцесс [пародонтальный абсцесс] десневого происхождения без свища. Периодонтальный абсцесс десневого происхождения, не связанный со свищом.

Исключены: острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения (K04.4); острый периапикальный абсцесс пульпарного происхождения (K04.6; K04.7).

K05.21 Периодонтальный абсцесс [пародонтальный абсцесс] десневого происхождения со свищом.

Исключены: острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения (K04.4); острый периапикальный абсцесс пульпарного происхождения (K04.6; K04.7).

K05.22 Острый перикоронит

K05.28 Другой уточненный острый пародонтит

K05.29 Острый пародонтит неуточненный

K05.3 Хронический пародонтит

K05.30 Локализованный

K05.31 Генерализованный

K05.32 Хронический перикоронит

K05.33 Утолщенный фолликул (гипертрофия сосочка)

K05.38 Другой уточненный хронический пародонтит

K05.39 Хронический пародонтит неуточненный

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПАРОДОНТИТА

Диагностика пародонтита производится путем сбора анамнеза, клинического осмотра и дополнительных методов обследования и направлена на определение пародонтологического статуса, тяжести и распространенности заболевания, а также составления комплексного плана лечения.

Кроме того, диагностика дополнительно должна быть направлена на выявление факторов, которые препятствуют немедленному началу лечения. Такими факторами могут быть:

- наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых для лечения;
- сопутствующие заболевания, отягощающие лечение;
- острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;

- угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения), развившиеся менее чем за 6 месяцев до момента обращения за данной стоматологической помощью и другие тяжелые общесоматические состояния;
- отказ пациента от лечения.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАРОДОНТИТА

Лечение болезней пародонта должно быть комплексным.

Принципы лечения больных с пародонтитом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- купирование воспалительных процессов в пародонте
- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;
- сохранение и восстановление функции зубочелюстной системы;
- предупреждение развития общих и местных осложнений;
- предупреждение негативного влияния на общее здоровье и качество жизни пациентов.

Лечение представляет собой совокупность этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии. Пародонтит необратим. Болезнь не претерпевает обратного развития, а лишь может быть стабилизирована благодаря значительным усилиям врачей-стоматологов всех профилей, применения комплекса лечебных мероприятий и средств.

Лечение острых форм пародонтита предполагает проведение экстренных мероприятий, направленных на купирование воспаления (вскрытие пародонтального абсцесса, вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага и т.п.).

Выбор средств и методов для лечения хронического пародонтита определяется степенью тяжести и особенностями клинического течения заболевания. В комплексной терапии пародонтита применяют терапевтическое (немедикаментозное и медикаментозное), хирургическое, ортодонтическое и ортопедическое лечение, направленное на ликвидацию воспаления в тканях пародонта, устранение пародонтального кармана, стимуляцию репаративного остеогенеза, восстановление функции зубочелюстной системы.

Терапевтическое лечение пародонтита основано на применении нехирургических методов и является базовым или начальным этапом комплексного лечения заболеваний пародонта и направлено в первую очередь на устранение одного из этиологических факторов болезни – бактериальной биопленки и факторов, обеспечивающих ее аккумуляцию на зубе, и включает:

- проведение профессиональной гигиены рта;
- обучение и контроль индивидуальной гигиене рта;
- удаление над - и поддесневых зубных отложений;
- коррекция и устранение факторов, способствующих поддержанию воспалительных

процессов в пародонте, таких как: нависающие края пломб, кариозные полости, клиновидные дефекты.

- устранение преждевременных контактов – функциональное избирательное шлифование.

- назначение и/или проведение противомикробной и противовоспалительной терапии.

Хирургическое лечение направлено на ликвидацию очагов воспаления, которые не удалось устранить на этапах терапевтического лечения. Проведение плановых хирургических вмешательств недопустимо без предварительной подготовки в рамках базовой терапии и тщательной оценки полученных результатов.

Ортодонтическое лечение направлено на устранение зубочелюстных аномалий и вторичных деформаций зубных рядов, стабилизацию патологических процессов в пародонте.

Ортопедическое лечение направлено на восстановление функции зубочелюстной системы, восстановление целостности зубных рядов, стабилизацию патологических процессов в пародонте, создание условий для функционирования зубочелюстной системы в компенсированном состоянии и включает в себя изготовление съемных и/или несъемных шинирующих ортопедических конструкций. Положительным результатом лечения средних и тяжелых стадий пародонтита можно считать восстановление зубочелюстной системы до субкомпенсированного состояния и стабилизацию патологического процесса на этом уровне. Без ортопедического вмешательства (постоянного шинирования) это невозможно.

- Динамическое наблюдение проводят через 1, 2, 6 недель для контроля гигиены рта и определения пародонтологического статуса, затем каждые 6 месяцев. Врачи должны рекомендовать четырехступенчатую ежедневную схему гигиены с использованием щетки, зубной пасты, зубной нити и антимикробного ополаскивателя. Ежедневное использование одобренных ополаскивателей с эфирными маслами и хлоргексидином для полости рта позволяет достичь значимого уменьшения образования зубного налета, что ведет к снижению риска возникновения воспалительных заболеваний пародонта среди широких групп населения.

Применение ополаскивателей для полости рта, содержащих алкоголь может натолкнуться на этические и культурные барьеры со стороны некоторых групп населения. Для них рекомендуется использование ополаскивателей, не содержащих алкоголь.

Для оказания помощи можно использовать только те материалы и лекарственные средства, которые допущены к применению в установленном порядке.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПАРОДОНТИТОМ

Лечение пациентов с пародонтитом проводится в стоматологических медицинских организациях. Как правило, лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

Оказание помощи больным с пародонтитом осуществляют врачи-стоматологи общей практики, врачи-стоматологи-терапевты, врачи-стоматологи-ортопеды, врачи-стоматологи-хирурги, врачи ортодонты, зубные врачи. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал, в том числе зубные техники и гигиенисты стоматологические.

VII. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

7.1. Модель пациента

Нозологическая форма: пародонтальный абсцесс десневого происхождения без свища

Стадия: любая

Фаза: острая

Осложнение: без осложнений.

Код по МКБ-С-3: K05.20

7.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- пациенты с постоянными зубами
- мягкие, твердые назубные отложения
- десна гиперемирована, отечна
- болезненность при пальпации десны
- патологическая подвижность конкретного зуба/зубов
- ограниченный инфильтрат
- наличие пародонтального кармана
- при пальпации выделение гнойного экссудата из пародонтального кармана
- в патологический процесс могут быть вовлечены ткани пародонта как одного и/или нескольких зубов, как стоящих рядом, так и расположенных на разных участках челюсти
- возможно повышение температуры тела
- на рентгенограмме выявляются признаки резорбции костной ткани стенок альвеолы

7.1.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.1.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
-----	----------	----------------------

A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	1
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	Согласно алгоритму
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	1
A05.07.001	Электроодонтометрия	По потребности
A12.07.002	Компьютерная диагностика заболеваний пародонта с использованием электронных зондирующих устройств	По потребности
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	По потребности
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	Согласно алгоритму
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	1
A06.07.004	Ортопантомография	По потребности
A06.07.007	Внутриротовая рентгенография в прикус	По потребности
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	По потребности
A09.07.002	Цитологическое исследование содержимого кисты (абсцесса) полости рта или содержимого зубодесневого кармана	По потребности
V01.065.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога терапевта первичный	1
V01.066.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога ортопеда первичный	По потребности
V01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга первичный	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.1.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют жалобы и сроки их появления. Как правило, больной жалуется на припухлость десны, боль при накусывании на зуб, подвижность зуба. В некоторых случаях пациент отмечает выделение гноя из десны. Может наблюдаться ухудшение общего состояния больного, повышение температуры, головные боли, нарушения аппетита и сна. Пациент может отмечать, что ранее после самопроизвольного вскрытия абсцесса боль и припухлость десны уменьшались или проходили полностью.

Выявляют наличие у пациентов общесоматических заболеваний, аллергический анамнез. Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за ртом.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр с помощью дополнительных инструментов

При осмотре челюстно-лицевой области отмечают наличие видимых изменений, проводят пальпацию лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта и горла, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений. Обращают внимание на глубину преддверия, характер прикрепления уздечек губ, языка, тяжелой слизистой оболочки преддверия рта. Определяют состояние прикуса, аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем.

Обследованию подлежат все зубы. Начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

Обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. Отмечают неправильно изготовленные пломбы, ортопедические и ортодонтические конструкции, а также уровень ухода за протезами (удовлетворительный, неудовлетворительный).

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта, рентгенографию. См. Приложение №3, №4, №10.

Детально обследуют зубы, находящиеся в области абсцесса: на десне определяется припухлость, болезненная при пальпации, слизистая оболочка гиперемирована и отечна. При зондировании может определяться пародонтальный карман с гнойным отделяемым.

При обследовании зубов, находящиеся рядом с абсцессом, может отмечаться их подвижность и резко болезненная перкуссия.

При оценке уровня гигиены учитывают: когда и как часто пациент чистит зубы; способ чистки; какие пасты, щетки использует и как часто их меняет; использует ли дополнительные средства гигиены. Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтальных индексов. Индексы гигиены рта определяют до лечения и после обучения гигиене полости рта. См. Приложение №2, №6.

Из дополнительных методов обследования используют методы лучевой диагностики и микробиологическое исследование.

7.1.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения
A16.07.051	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	Согласно алгоритму
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта	Согласно алгоритму
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	Согласно алгоритму
B01.003.004.001	Местная анестезия	По потребности
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления	По потребности
A16.07.043	Закрытый кюретаж при болезнях пародонта	По потребности
A 22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	По потребности
A 16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	Согласно алгоритму
A16.07.057	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
A16.07.001	Удаление зуба	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	По потребности
B01.067.02	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга повторный	По потребности
B01.066.02	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога ортопеда повторный	По потребности
B01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	1

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.1.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная стоматологическая помощь предполагает проведение экстренных мероприятий, направленных на купирование воспаления (вскрытие пародонтального абсцесса, удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений). При невозможности купирования воспалительного процесса – удаление зуба. См. Приложение №11, №12.

При необходимости проводят снятие неправильно изготовленной несъемной ортопедической конструкции (протеза) и изготавливают временную конструкцию. См. Приложение №7.

Обеспечение надлежащей гигиены рта способствует предупреждению повторного развития воспалительных заболеваний пародонта (уровень убедительности доказательств В).

С целью выработки у пациента навыков ухода за ртом (чистки зубов) и максимально эффективного удаления мягкого зубного налета с поверхностей зубов обучают пациента приемам гигиены рта. Индивидуально подбирают средства гигиены рта. См. Приложение №5, №6.

После купирования острых воспалительных явлений (в случае сохранения зуба) пациенту оказывают лечение в соответствии с моделью «Хронический пародонтит локализованный».

7.1.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Противомикробные препараты для местного лечения заболеваний рта	Согласно алгоритму
Препараты для местной анестезии	По потребности
Противомикробные препараты для системного применения	По потребности
Нестероидные противовоспалительные препараты	По потребности
Антигистаминные препараты	По потребности

7.1.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед проведением манипуляций по показаниям проводят анестезию (аппликационную, инфильтрационную, проводниковую), перед проведением анестезии место вкола при необходимости обрабатывается аппликационным анестетиком.

Нестероидные противовоспалительные препараты назначают для снятия болевого синдрома и отека. Антигистаминные препараты при необходимости назначают после хирургических вмешательств. Допустимо местное применение антибактериальных

препаратов.

Основу медикаментозного лечения пародонтита составляют антисептики. Их применяют в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций.

При необходимости длительного ежедневного использования рекомендуются ополаскиватели с фиксированной комбинацией эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат).

7.1.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Пациенту рекомендуют явиться на следующий день после лечебных мероприятий на осмотр. Последующий график посещений назначают индивидуально в зависимости от течения воспалительного процесса.

В первый день рекомендуют не перегревать организм и исключить физические нагрузки.

7.1.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.1.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

После вскрытия пародонтального абсцесса или удаления зуба не рекомендовано принимать пищу в течение двух часов. В первый день следует избегать приема грубой, горячей пищи.

7.1.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

См. Приложение №8.

7.1.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение №9.

7.1.14. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Пародонтит» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками пародонтального абсцесса без свища, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего пародонтальному абсцессу десневого происхождения без свища;
- б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.1.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преемственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	80	Отсутствие признаков воспаления десны	Через 7 дней	Оказание медицинской помощи по модели хронического пародонтита локализованного
Стабилизация	10	Отсутствие прогрессирования заболевания	Через 7 дней	Оказание медицинской помощи по модели хронического пародонтита локализованного
Развитие ятрогенных осложнений	5	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	5	Рецидив пародонтального абсцесса	На любом этапе при отсутствии лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.1.16. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Пародонтит» Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.2. Модель пациента

Нозологическая форма: пародонтальный абсцесс десневого происхождения со свищем

Стадия: любая

Фаза: острая

Осложнение: без осложнений.

Код по МКБ-С-3: K05.21

7.2.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- пациенты с постоянными зубами
- определяется свищевой ход с гнойным отделяемым
- мягкие, твердые назубные отложения
- десна гиперемирована, отечна

- болезненность при пальпации десны
- патологическая подвижность конкретного зуба
- ограниченный инфильтрат
- наличие пародонтального кармана
- в патологический процесс могут быть вовлечены ткани пародонта как одного и/или нескольких зубов, как стоящих рядом, так и расположенных на разных участках челюсти
- возможно повышение температуры тела
- на рентгенограмме определяется резорбция костной ткани стенок альвеолы

7.2.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.2.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	1
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	Согласно алгоритму
A12.07.002	Компьютерная диагностика заболеваний пародонта с использованием электронных зондирующих устройств	По потребности
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	По потребности
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	Согласно алгоритму
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	1
A06.07.004	Ортопантомография	По потребности
A06.07.007	Внутриротовая рентгенография в прикус	По потребности
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	По потребности

V01.065.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога терапевта первичный	1
V01.066.01	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога ортопеда первичный	По потребности
V01.067.01	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга первичный	1

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.2.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют жалобы и сроки их появления. Как правило, больной жалуется на припухлость и боль в десне, боль при накусывании на зуб, подвижность зуба. Может наблюдаться ухудшение общего состояния больного, повышение температуры, головные боли, нарушения аппетита и сна. Пациент может отмечать, что подобное состояние наблюдалось ранее и после появления свищевого хода на десне боль и припухлость десны уменьшались или исчезали.

Выявляют наличие у пациентов общесоматических заболеваний, аллергический анамнез. Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за ртом.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр с помощью дополнительных инструментов

При осмотре челюстно-лицевой области отмечают наличие видимых изменений, проводят пальпацию лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта и горла, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений. Обращают внимание на глубину преддверия, характер прикрепления уздечек губ, языка, тяжелой слизистой оболочки преддверия рта. Определяют состояние прикуса, аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем.

Обследованию подлежат все зубы. Начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

Обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. Отмечают

неправильно изготовленные пломбы, ортопедические и ортодонтические конструкции, а также уровень ухода за протезами (удовлетворительный, неудовлетворительный).

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта, рентгенографию. В области свища: десна гиперемирована, отечна, имеется свищевой ход с гнойным отделяемым, при пальпации определяется инфильтрат; зубы подвижны и болезненны при перкуссии. См. Приложение №3, №4, №10.

Индексы гигиены рта определяют до лечения, и после обучения гигиене полости рта, с целью контроля. При оценке уровня гигиены учитывают: когда и как часто больной чистит зубы; способ чистки; какие пасты, щетки использует и как часто их меняет; использует ли межзубные (дополнительные) средства гигиены. Контроль качества чистки зубов проводят с помощью индексов гигиены. Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтальных индексов. См. приложение №2, №6.

Из дополнительных методов обследования используют методы лучевой диагностики.

7.2.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения
A16.07.051	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	Согласно алгоритму
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта	Согласно алгоритму
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	Согласно алгоритму
B01.003.004.001	Местная анестезия	По потребности
A16.07.001	Удаление зуба	По потребности
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления	По потребности
A16.07.043	Закрытый кюретаж при болезнях пародонта	По потребности
A 22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	По потребности
A 16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	Согласно алгоритму
A16.07.057	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
B01.065.02	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога терапевта повторный	1

V01.066.02	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога ортопеда повторный	По потребности
V01.067.02	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга повторный	1
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.2.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная стоматологическая помощь предполагает проведение экстренных мероприятий, направленных на купирование воспаления (вскрытие пародонтального абсцесса, удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений). При невозможности купирования воспалительного процесса – удаление зуба. См. Приложение №11, №12.

При необходимости проводят снятие неправильно изготовленной несъемной ортопедической конструкции (протеза) и изготавливают временную конструкцию.

Обеспечение надлежащей гигиены рта способствует предупреждению повторного развития воспалительных заболеваний пародонта (уровень убедительности доказательств В).

В плановом порядке с целью выработки у пациента навыков ухода за ртом (чистки зубов) и максимально эффективного удаления мягкого зубного налета с поверхностей зубов обучают пациента гигиене рта. Индивидуально подбирают средства гигиены рта. См. Приложение №2, №6.

После купирования острых воспалительных явлений пациенту оказывают лечение в соответствии с моделью «Хронический пародонтит локализованный».

7.2.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Противомикробные препараты для местного лечения заболеваний рта	Согласно алгоритму
Препараты для местной анестезии	По потребности
Противомикробные препараты для системного применения	По потребности
Нестероидные противовоспалительные препараты	По потребности
Антигистаминные препараты	По потребности

7.2.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед проведением манипуляций по показаниям проводят анестезию

(аппликационную, инфльтрационную, проводниковую), перед проведением анестезии место вкола при необходимости обрабатывается аппликационным анестетиком.

Нестероидные противовоспалительные препараты назначают для снятия болевого синдрома и отека. Антигистаминные препараты при необходимости назначают после хирургических вмешательств. Допустимо местное применение антибактериальных препаратов.

Основу медикаментозного лечения пародонтита составляют антисептики. Их применяют в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций.

При необходимости длительного ежедневного использования рекомендуются ополаскиватели с фиксированной комбинацией эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат).

7.2.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Пациенту рекомендуют явиться на следующий день после лечебных мероприятий на осмотр. Последующий график посещений назначают индивидуально в зависимости от течения воспалительного процесса.

В первый день рекомендуют не перегревать организм и исключить физические нагрузки.

7.2.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.2.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

После завершения хирургической процедуры не рекомендовано принимать пищу в течение двух часов. В день оперативного вмешательства следует избегать приема грубой, горячей пищи.

7.2.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

См. Приложение №8.

7.2.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение №9.

7.2.14. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Пародонтит» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующий выявленным заболеваниям и

осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками пародонтального абсцесса десневого происхождения со свищем, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего пародонтальному абсцессу десневого происхождения со свищем;
- б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.2.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	80	Отсутствие признаков воспаления	Через 7 дней	Оказание медицинской помощи по модели хронического пародонтита локализованного
Стабилизация	10	Отсутствие прогрессирования заболевания	Через 7 дней	Оказание медицинской помощи по модели хронического пародонтита локализованного
Развитие ятрогенных осложнений	5	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	5	Рецидив пародонтального абсцесса	На любом этапе при отсутствии лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.2.16. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Пародонтит»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.3. Модель пациента

Нозологическая форма: хронический пародонтит локализованный

Стадия: легкая

Фаза: стабильное течение

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-10: K05.30

7.3.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- пациенты с постоянными зубами
- отмечается ограниченный участок поражения как следствие влияния конкретного этиологического фактора
- патологическая подвижность конкретного зуба 1 степени
- глубина пародонтальных карманов до 4мм
- неудовлетворительная гигиена
- мягкие и твердые на зубные отложения
- десна гиперемирована, цианотична
- отечность десны
- кровоточивость десны
- рентгенологически определяется:
расширение периодонтальной щели, резорбция вершущек межзубных перегородок до 1/3 длины корня, разрушение кортикальной пластинки.

7.3.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.3.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1
A02.07.005	Термодиагностика зуба	По потребности
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	Согласно алгоритму
A02.07.006	Определение прикуса	Согласно алгоритму

A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	Согласно алгоритму
A12.07.002	Компьютерная диагностика заболеваний пародонта с использованием электронных зондирующих устройств	По потребности
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	Согласно алгоритму
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	Согласно алгоритму
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	Согласно алгоритму
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A05.07.001	Электроодонтометрия	По потребности
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	По потребности
A06.07.004	Ортопантомография	1
A06.07.007	Внутриротовая рентгенография в прикус	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	По потребности
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
V01.065.01	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта первичный	1
V01.066.01	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-ортопеда первичный	По потребности
V01.067.01	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	По потребности
V01.063.001	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта первичный	По потребности
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности

7.3.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют жалобы и сроки их появления. Как правило, больной жалуется на боль от всех видов раздражителей и/или самопроизвольную; кровоточивость

десны при чистке зубов, во время приема пищи или спонтанную; локализованную подвижность зубов и их смещение, неприятный запах изо рта, дефекты пломб и ортопедических конструкций, эстетический дискомфорт. Уточняют, сколько лет пациент страдает этим заболеванием или, когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания, выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение).

Выявляют наличие у пациентов общесоматических заболеваний, аллергический анамнез. Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за ртом.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр с помощью дополнительных инструментов

При осмотре челюстно-лицевой области отмечают наличие видимых изменений, проводят пальпацию лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта и горла, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений. Особое внимание обращают на глубину преддверия, характер прикрепления уздечек губ, языка, выраженность тяжелой слизистой оболочки преддверия рта. Определяют состояние прикуса, аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем.

Определяют состояние слизистой оболочки, ее цвет, степень отека, степень увлажненности, характер слюны.

Оценка состояния тканей пародонта осуществляется с помощью зондирования с использованием пародонтального зонда (а также электронных зондирующих устройств). При этом оценивают наличие кровоточивости десны, глубину пародонтального кармана, величину рецессии десны, наличие зубных отложений и их характер, наличие отделяемого из пародонтального кармана. Зондирование пародонтального кармана осуществляется в 6 точках у каждого зуба (вестибуло-дистальной, вестибулярной, вестибуло-медиальной, язычно-дистальной, язычной и язычно-медиальной). У многокорневых зубов помощью фуркационного зонда оценивают наличие фуркационных дефектов и их класс. См. Приложение №4, №10.

Подвижность зубов является важным метрическим критерием оценки состояния тканей пародонта. При планировании лечения исследование подвижности зубов является обязательным диагностическим мероприятием. Наиболее распространенной, при оценке подвижности зубов, является классификация Энтина, так же используется классификации Миллера и Фрезара. См. Приложение №3.

Оценку окклюзионных контактов проводят при помощи артикуляционной бумаги, восковых пластинок и/или электронных устройств.

Особое внимание уделяют выявлению неправильно изготовленных пломб, функциональному состоянию имеющихся ортопедических конструкций (съёмных и несъёмных), ортодонтических аппаратов, а также правильность ухода за протезами.

На основании клинических и дополнительных методов обследования заполняют одонтопародонтограмму по В.Ю. Курляндскому. См. Приложение №16.

При оценке уровня гигиены обращают внимание на гигиенические навыки пациента по уходу за ртом: когда, сколько раз в день чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет. Для контроля качества чистки зубов используют индикаторы зубного налета и индексы гигиены. Помимо индексов гигиены рассчитывают индекс кровоточивости для определения степени воспаления десны.

См. Приложение №2, №6.

В качестве дополнительных методов обследования используют методы лучевой диагностики, микробиологическое и цитологическое исследования и др.

7.3.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения
A14.07.003	Гигиена рта	Согласно алгоритму
A16.07.055	Профессиональная гигиена рта и зубов	Согласно алгоритму
A13.31.007	Обучение гигиене рта	Согласно алгоритму
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	Согласно алгоритму
B01.003.004.001	Местная анестезия	По потребности
A 22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	По потребности
A 16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	Согласно алгоритму
A22.07.001	Ультразвуковая обработка пародонтальных карманов	По потребности
A16.07.043	Закрытый кюретаж при болезнях пародонта	По потребности
A16.07.029	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	По потребности

A16.07.030	Гингивэктомия	По потребности
A16.07.048	Пластика уздечки языка	По потребности
A16.07.046	Пластика уздечки верхней губы	По потребности
A16.07.047	Пластика уздечки нижней губы	По потребности
A16.07.049	Вестибулопластика	По потребности
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	По потребности
A16.07.003	Восстановление зуба вкладками, виниром, полукоронкой	По потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	По потребности
A16.07.057	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
A17.07.002	Физиотерапевтическое воздействие на челюстно-лицевую область	По потребности
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии рта и зубов	По потребности
A16.07.053	Повторная фиксация на постоянный цемент несъемных ортопедических конструкций	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	По потребности
V01.065.02	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога терапевта повторный	По потребности
V01.066.02	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога ортопеда повторный	По потребности
V01.067.02	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга повторный	По потребности
V01.063.001	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта первичный	По потребности
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.3.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на устранение одного из основных этиологических факторов болезней пародонта – бактериальной биопленки и факторов, обеспечивающих ее аккумуляцию. При удалении зубных отложений обязательным условием является создание чистой, биосовместимой, гладкой поверхности корня путем удаления

разрушенных и инфицированных тканей. При этом антисептики и местные антибиотики рассматриваются как дополнительные средства. См. Приложение №12.

Немедикаментозная помощь включает также хирургическое, ортопедическое и ортодонтическое лечение. См. Приложение №7, №11, №14, №15.

7.3.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Противомикробные препараты для местного лечения заболеваний рта	Согласно алгоритму
Препараты для местной анестезии	По потребности
Противомикробные препараты для системного применения	По потребности
Нестероидные противовоспалительные препараты	По потребности
Антигистаминные препараты	По потребности

7.3.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед проведением манипуляций, по показаниям, проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая), перед проведением анестезии место вкола при необходимости обрабатывается аппликационным анестетиком. Дополнительно применяют лечебные зубные пасты на основе антисептиков и других противовоспалительных средств.

Нестероидные противовоспалительные препараты назначают для снятия болевого синдрома и отека. Антигистаминные препараты назначают после хирургических вмешательств. Противомикробные препараты системного действия назначают при интоксикации и осложнениях после хирургического вмешательства.

Основу медикаментозного лечения пародонтита составляют антисептики. Их применяют в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций.

При необходимости длительного ежедневного использования рекомендуются ополаскиватели с фиксированной комбинацией эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат).

7.3.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

После проведенного лечения необходимо динамическое наблюдение - 2 раза в течение первого года. В дальнейшем один раз в год с контрольной рентгенографией.

7.3.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.3.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

После проведения хирургических манипуляций не рекомендовано принимать пищу в течение двух часов. В день оперативного вмешательства следует избегать приема грубой, горячей пищи и не жевать на прооперированной стороне, не греть ее.

7.3.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

См. Приложение №8.

7.3.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение №9.

7.3.14. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Пародонтит» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками пародонтита, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего пародонтиту;
- б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.3.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	75	Отсутствие воспаления. Снижение или отсутствие патологической подвижности зубов	После лечения 7 дней	Динамическое наблюдение 2 раза в течение первого года. В дальнейшем один раз в год.

Стабилизация	15	Отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики	После лечения 7 дней	Динамическое наблюдение 2 раза в течение первого года. В дальнейшем один раз в год.
Развитие ятрогенных осложнений	5	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	5	Рецидив пародонтита, его прогрессирование	При отсутствии поддерживающего пародонтологического лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.3.16. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Пародонтит»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.4. Модель пациента

Нозологическая форма: хронический пародонтит локализованный

Стадия: средняя

Фаза: стабильное течение

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-10: K05.30

7.4.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- пациенты с постоянными зубами
- отмечается ограниченный участок поражения как следствие влияния конкретного этиологического фактора
- патологическая подвижность зубов 2 степени
- глубина пародонтальных карманов до 6мм
- неудовлетворительная гигиена
- мягкие, твердые назубные отложения
- десна гиперемирована, цианотична
- отечность десны
- кровоточивость десны
- обнажение корней зубов
- рентгенологически определяется:

расширение периодонтальной щели, резорбция верхушек межзубных перегородок до 1\2 длины корня, разрушение кортикальной пластинки.

7.4.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.4.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1
A02.07.005	Термодиагностика зуба	По потребности
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	Согласно алгоритму
A02.07.006	Определение прикуса	Согласно алгоритму
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	Согласно алгоритму

A12.07.002	Компьютерная диагностика заболеваний пародонта с использованием электронных зондирующих устройств	По потребности
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	Согласно алгоритму
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	Согласно алгоритму
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A05.07.001	Электроодонтометрия	По потребности
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	По потребности
A06.07.004	Ортопантомография	1
A06.07.007	Внутриротовая рентгенография в прикус	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	По потребности
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
V01.066.01	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога ортопеда первичный	1
V01.065.01	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога терапевта первичный	1
V01.067.01	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга первичный	По потребности
V01.063.001	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта первичный	По потребности
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.4.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют жалобы и сроки их появления. Как правило больной жалуется на боль от всех видов раздражителей и/или самопроизвольную; кровоточивость

десны при чистке зубов, во время приема пищи или спонтанную; локализованную подвижность зубов и их смещение, неприятный запах изо рта, дефекты пломб и ортопедических конструкций, эстетический дискомфорт. Уточняют, сколько лет пациент страдает этим заболеванием или когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания, выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение).

Выявляют наличие у пациентов общесоматических заболеваний, аллергический анамнез. Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за ртом.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр с помощью дополнительных инструментов

При осмотре челюстно-лицевой области отмечают наличие видимых изменений, проводят пальпацию лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта и горла, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений. Особое внимание обращают на глубину преддверия, характер прикрепления уздечек губ, языка, выраженность тяжелой слизистой оболочки преддверия рта. Определяют состояние прикуса, аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем.

Определяют состояние слизистой оболочки, ее цвет, степень отека, степень увлажненности, характер слюны.

Оценка состояния тканей пародонта осуществляется с помощью зондирования с использованием пародонтального зонда (а также электронных зондирующих устройств). При этом оценивают наличие кровоточивости десны, глубину пародонтального кармана, величину рецессии десны, наличие зубных отложений и их характер, наличие отделяемого из пародонтального кармана. Зондирование пародонтального кармана осуществляется в 6 точках у каждого зуба (вестибуло-дистальной, вестибулярной, вестибуло-медиальной, язычно-дистальной, язычной и язычно-медиальной). У многокорневых зубов помощью фуркационного зонда оценивают наличие фуркационных дефектов и их класс. См. Приложение №4, №10.

Подвижность зубов является важным метрическим критерием оценки состояния тканей пародонта. При планировании лечения исследование подвижности зубов является обязательным диагностическим мероприятием. Наиболее распространенной, при оценке подвижности зубов, является классификация Энтина, так же используется классификации Миллера и Флезара. См. Приложение №3.

Оценку окклюзионных контактов проводят при помощи артикуляционной бумаги, восковых пластинок и/или электронных устройств.

Особое внимание уделяют выявлению неправильно изготовленных пломб, функциональному состоянию имеющихся ортопедических конструкций (съёмных и несъёмных), ортодонтических аппаратов, а также правильность ухода за протезами.

На основании клинических и дополнительных методов обследования заполняют одонтопародонтограмму по В.Ю. Курляндскому. См. Приложение №16.

При оценке уровня гигиены обращают внимание на гигиенические навыки пациента по уходу за ртом: когда, сколько раз в день чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет. Для контроля качества чистки зубов используют индикаторы зубного налета и индексы гигиены. Помимо индексов гигиены рассчитывают индекс кровоточивости для определения степени воспаления десны.

См. Приложение №2, №6.

В качестве дополнительных методов обследования используют методы лучевой диагностики, микробиологическое и цитологическое исследования и др.

По окончании обследования, которое проводится совместно с врачами-стоматологами хирургами, врачами-стоматологами ортопедрами, ортодонтами составляется план комплексного лечения.

7.4.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения
A14.07.003	Гигиена рта	Согласно алгоритму
A16.07.055	Профессиональная гигиена рта и зубов	Согласно алгоритму
A13.31.007	Обучение гигиене рта	Согласно алгоритму
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	Согласно алгоритму
B01.003.004.001	Местная анестезия	По потребности
A 22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	По потребности
A 16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	Согласно алгоритму
A22.07.001	Ультразвуковая обработка пародонтальных карманов	По потребности

A16.07.043	Закрытый кюретаж при болезнях пародонта	Согласно алгоритму
A 16.07.001	Удаление зуба	По потребности
A16.07.021	Временное шинирование при болезнях пародонта	По потребности
A16.07.029	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	Согласно алгоритму
A16.07.030	Гингивэктомия	По потребности
A16.07.048	Пластика уздечки языка	По потребности
A16.07.046	Пластика уздечки верхней губы	По потребности
A16.07.047	Пластика уздечки нижней губы	По потребности
A16.07.049	Вестибулопластика	По потребности
A16.07.044	Лоскутная операция	По потребности
A16.07.064	Коронаро-радикулярная сепарация	По потребности
A16.07.063	Гемисекция	По потребности
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	По потребности
A16.07.003	Восстановление зуба вкладками, виниром, полукоронкой	По потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	По потребности
A16.07.005	Восстановление целостности зубного ряда несъемными мостовидными протезами	По потребности
A16.07.039	Протезирование частичными съемными пластиночными протезами	По потребности
A16.07.00	Протезирование съемными бюгельными протезами	По потребности
A16.07.057	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
A16.07.038	Восстановление целостности зубного ряда съемными мостовидными протезами	По потребности
A17.07.002	Физиотерапевтическое воздействие на челюстно-лицевую область	По потребности
A16.07.053	Повторная фиксация на постоянный цемент несъемных ортопедических конструкций	По потребности

A16.07.041	Постоянное шинирование цельнолитыми съёмными конструкциями при болезнях пародонта	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	По потребности
B01.065.02	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога терапевта повторный	1
B01.066.02	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога ортопеда повторный	1
B01.067.02	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга повторный	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.4.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на устранение одного из основных этиологических факторов болезней пародонта – бактериальной биопленки и факторов, обеспечивающих ее аккумуляцию. При удалении зубных отложений обязательным условием является создание чистой, биосовместимой, гладкой поверхности корня путем удаления разрушенных и инфицированных тканей. При этом антисептики и местные антибиотики рассматриваются как дополнительные средства. См. Приложение №12.

Немедикаментозная помощь включает также хирургическое, ортопедическое и ортодонтическое лечение.

Для лечения локализованного пародонтита средней степени тяжести, как правило, требуется изготовление временных и/или постоянных съёмных и несъёмных ортопедических конструкций, выбор которых зависит от состояния твердых тканей зубов в очаге воспаления, наличии дефектов зубных рядов и данных одонтопародонтограммы по В.Ю. Курляндскому и других дополнительных методов исследования. См. приложение №7, №11, №14, №15.

7.4.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Противомикробные препараты для местного лечения заболеваний рта	Согласно алгоритму
Препараты для местной анестезии	По потребности
Противомикробные препараты для системного применения	По потребности
Нестероидные противовоспалительные препараты	По потребности
Антигистаминные препараты	По потребности

7.4.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед проведением манипуляций, по показаниям, проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая). Перед проведением анестезии место вкола при необходимости обрабатывается аппликационным анестетиком. Дополнительно применяют лечебные зубные пасты на основе антисептиков и других противовоспалительных средств.

Нестероидные противовоспалительные препараты назначают для снятия болевого синдрома и отека. Антигистаминные препараты назначают после хирургических вмешательств. Противомикробные препараты системного действия назначают при интоксикации и осложнениях после хирургического вмешательства.

Основу медикаментозного лечения пародонтита составляют антисептики. Их применяют в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций.

При необходимости длительного ежедневного использования рекомендуются ополаскиватели с фиксированной комбинацией эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат).

7.4.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

После проведенного лечения необходимо динамическое наблюдение 2 раза в год. Контрольное рентгенологическое обследование следует проводить не реже одного раза в год.

7.4.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.4.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

После проведения хирургических манипуляций не рекомендовано принимать пищу в течение двух часов. В день оперативного вмешательства следует избегать приема грубой, горячей пищи и не жевать на прооперированной стороне.

7.4.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

См. Приложение №8.

7.4.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение №9.

7.4.14. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Пародонтит» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками пародонтита, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего пародонтиту;
- б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.4.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	70	Отсутствие воспаления. Снижение патологической подвижности зубов до 1 степени	После лечения	Динамическое наблюдение 2 раза в год.
Стабилизация	20	Отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики	После лечения	Динамическое наблюдение 2 раза в год.
Развитие ятрогенных осложнений	5	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	5	Рецидив пародонтита, его прогрессирование	При отсутствии поддерживающего пародонтологического лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.4.16. Стоимостные характеристики *Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Пародонтит»*

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.5. Модель пациента

Нозологическая форма: хронический пародонтит локализованный

Стадия: тяжелая

Фаза: стабильное течение

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-10: K05.30

7.5.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- пациенты с постоянными зубами
- отмечается ограниченный участок поражения как следствие влияния конкретного этиологического фактора
- патологическая подвижность зубов 2-3 степени
- глубина пародонтальных карманов более 6мм
- неудовлетворительная гигиена
- мягкие, твердые назубные отложения
- десна гиперемирована, цианотична
- отечность десны
- кровоточивость десны
- обнажение корней зубов
- смещение зубов, выраженная травматическая окклюзия
- наличие экссудата из пародонтальных карманов
- рентгенологически определяется:

расширение периодонтальной щели, резорбция верхушек межзубных перегородок более 1/2 длины корня, разрушение кортикальной пластинки.

7.5.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.5.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1

A02.07.005	Термодиагностика зуба	По потребности
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	Согласно алгоритму
A02.07.006	Определение прикуса	Согласно алгоритму
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	Согласно алгоритму
A12.07.002	Компьютерная диагностика заболеваний пародонта с использованием электронных зондирующих устройств	По потребности
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	Согласно алгоритму
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	Согласно алгоритму
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	Согласно алгоритму
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A05.07.001	Электроодонтометрия	По потребности
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	По потребности
A06.07.004	Ортопантомография	1
A06.07.007	Внутриротовая рентгенография в прикус	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	По потребности
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
A09.07.002	Цитологическое исследование содержимого кисты (абсцесса) полости рта или содержимого зубодесневого кармана	По потребности
A09.07.005	Микроскопическое исследование отделяемого изо рта на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым средствам	По потребности
V01.065.01	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта первичный	1
V01.066.01	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-ортопеда первичный	1
V01.067.01	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	По потребности
V01.063.001	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта первичный	По потребности
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.5.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических

мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют жалобы и сроки их появления. Как правило больной жалуется на боль от всех видов раздражителей и/или самопроизвольную; кровоточивость десны при чистке зубов, во время приема пищи или спонтанную; локализованную подвижность зубов и их смещение, неприятный запах изо рта, дефекты пломб и ортопедических конструкций, эстетический дискомфорт. Уточняют, сколько лет пациент страдает этим заболеванием или когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания, выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение).

Выявляют наличие у пациентов общесоматических заболеваний, аллергический анамнез. Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за ртом.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр с помощью дополнительных инструментов

При осмотре челюстно-лицевой области отмечают наличие видимых изменений, проводят пальпацию лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта и горла, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений. Особое внимание обращают на глубину преддверия, характер прикрепления уздечек губ, языка, выраженность тяжелой слизистой оболочки преддверия рта. Определяют состояние прикуса, аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем.

Определяют состояние слизистой оболочки, ее цвет, степень отека, степень увлажненности, характер слюны.

Оценка состояния тканей пародонта осуществляется с помощью зондирования с использованием пародонтального зонда (а также электронных зондирующих устройств). При этом оценивают наличие кровоточивости десны, глубину пародонтального кармана, величину рецессии десны, наличие зубных отложений и их характер, наличие отделяемого из пародонтального кармана. Зондирование пародонтального кармана осуществляется в 6 точках у каждого зуба (вестибуло-дистальной, вестибулярной, вестибуло-медиальной,

язычно-дистальной, язычной и язычно-медиальной). У многокорневых зубов помощью фуркационного зонда оценивают наличие фуркационных дефектов и их класс. См. Приложение №4, №10.

Подвижность зубов является важным метрическим критерием оценки состояния тканей пародонта. При планировании лечения исследование подвижности зубов является обязательным диагностическим мероприятием. Наиболее распространенной, при оценке подвижности зубов, является классификация Энтина, так же используется классификации Миллера и Флезара. См. Приложение №3.

Оценку окклюзионных контактов проводят при помощи артикуляционной бумаги, восковых пластинок и/или электронных устройств.

Особое внимание уделяют выявлению неправильно изготовленных пломб, функциональному состоянию имеющихся ортопедических конструкций (съемных и несъемных), ортодонтических аппаратов, а также правильность ухода за протезами.

На основании клинических и дополнительных методов обследования заполняют одонтопародонтограмму по В.Ю. Курляндскому. См. Приложение №16.

При оценке уровня гигиены обращают внимание на гигиенические навыки пациента по уходу за ртом: когда, сколько раз в день чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет. Для контроля качества чистки зубов используют индикаторы зубного налета и индексы гигиены. Помимо индексов гигиены рассчитывают индекс кровоточивости для определения степени воспаления десны. См. Приложение №2, №6.

В качестве дополнительных методов обследования используют методы лучевой диагностики, микробиологическое и цитологическое исследования и др.

По окончании обследования, которое проводится совместно с врачами-стоматологами хирургами, врачами-стоматологами ортопедами, ортодонтами составляется план комплексного лечения.

7.5.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения
A14.07.003	Гигиена рта	Согласно алгоритму
A16.07.055	Профессиональная гигиена рта и зубов	Согласно алгоритму
A13.31.007	Обучение гигиене рта	Согласно алгоритму

A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	Согласно алгоритму
B01.003.004.001	Местная анестезия	По потребности
A 22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	По потребности
A 16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами)	Согласно алгоритму
A22.07.001	Ультразвуковая обработка пародонтальных карманов	По потребности
A16.07.043	Закрытый кюретаж при болезнях пародонта	Согласно алгоритму
A 16.07.001	Удаление зуба	По потребности
A16.07.021	Временное шинирование при болезнях пародонта	По потребности
A16.07.029	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	Согласно алгоритму
A16.07.048	Пластика уздечки языка	По потребности
A16.07.046	Пластика уздечки верхней губы	По потребности
A16.07.047	Пластика уздечки нижней губы	По потребности
A16.07.049	Вестибулопластика	По потребности
A16.07.044	Лоскутная операция	По потребности
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	По потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	По потребности
A16.07.005	Восстановление целостности зубного ряда несъемными мостовидными протезами	По потребности
A16.07.039	Протезирование частичными съемными пластиночными протезами	По потребности
A16.07.00	Протезирование съемными бюгельными протезами	По потребности
A16.07.057	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
A16.07.038	Восстановление целостности зубного ряда съемными мостовидными протезами	По потребности

A16.07.057	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
A17.07.002	Физиотерапевтическое воздействие на челюстно-лицевую область	По потребности
A16.07.053	Повторная фиксация на постоянный цемент несъемных ортопедических конструкций	По потребности
A16.07.041	Постоянное шинирование цельнолитыми съемными конструкциями при болезнях пародонта	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	По потребности
B01.065.02	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога терапевта повторный	1
B01.066.02	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога ортопеда повторный	1
B01.067.02	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга повторный	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.5.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на устранение одного из основных этиологических факторов болезней пародонта – бактериальной биопленки и факторов, обеспечивающих ее аккумуляцию. При удалении зубных отложений обязательным условием является создание чистой, биосовместимой, гладкой поверхности корня путем удаления разрушенных и инфицированных тканей. При этом антисептики и местные антибиотики рассматриваются как дополнительные средства. См. Приложение №12.

Немедикаментозная помощь включает также хирургическое, ортопедическое и ортодонтическое лечение. Для лечения локализованного пародонтита тяжелой степени тяжести, как правило, требуется изготовление временных и/или постоянных съемных и несъемных ортопедических конструкций, выбор которых зависит от состояния твердых тканей зубов в очаге воспаления, наличии дефектов зубных рядов и данных одонтопародонтограммы по В.Ю. Курляндскому и других дополнительных методов исследования. См. приложение №7, №11, №14, №15.

7.5.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Противомикробные препараты для местного лечения заболеваний рта	Согласно алгоритму
Препараты для местной анестезии	По потребности

Противомикробные препараты для системного применения	По потребности
Нестероидные противовоспалительные препараты	По потребности
Антигистаминные препараты	По потребности

7.5.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед проведением манипуляций, по показаниям, проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая), перед проведением анестезии место вкола при необходимости обрабатывается аппликационным анестетиком. Дополнительно применяют лечебные зубные пасты на основе антисептиков и других противовоспалительных средств.

Нестероидные противовоспалительные препараты назначают для снятия болевого синдрома и отека. Антигистаминные препараты назначают после хирургических вмешательств. Противомикробные препараты системного действия назначают при интоксикации и осложнениях после хирургического вмешательства.

Основу медикаментозного лечения пародонтита составляют антисептики. Их применяют в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций.

При необходимости длительного ежедневного использования рекомендуются ополаскиватели с фиксированной комбинацией эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат).

7.5.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

После проведенного лечения необходимо динамическое наблюдение 4 раза в год. Контрольное рентгенологическое обследование следует проводить 2 раза в год.

7.5.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.5.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

После проведения хирургических манипуляций не рекомендовано принимать пищу в течение двух часов. В день оперативного вмешательства следует избегать приема грубой, горячей пищи и не жевать на прооперированной стороне.

7.5.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении протокола

См. Приложение №8.

7.5.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение №9.

7.5.14. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Пародонтит» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками пародонтита, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего локализованному пародонтиту;
- б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.5.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	65	Отсутствие воспаления. Снижение патологической подвижности зубов до 1 - 2 степени	После лечения	Динамическое наблюдение 4 раза в год.
Стабилизация	25	Отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики	После лечения	Динамическое наблюдение 4 раза в год.
Развитие ятрогенных осложнений	5	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

Развитие нового заболевания, связанного с основным	5	Рецидив пародонтита, его прогрессирование	При отсутствии поддерживающего пародонтологического лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
--	---	---	---	---

7.5.16. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.6. Модель пациента

Нозологическая форма: хронический пародонтит генерализованный

Стадия: легкая

Фаза: стабильное течение

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-10: K05.31

7.6.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- пациенты с постоянными зубами
- в патологический процесс вовлечены ткани пародонта большей части зубов на одной или обеих челюстях
- патологическая подвижность зубов 1 степени
- глубина пародонтальных карманов до 4 мм
- отмечается неприятный запах изо рта
- в анамнезе кровоточивость десен
- неудовлетворительная гигиена
- мягкие, твердые назубные отложения
- десна гиперемирована и/или цианотична
- отмечается отечность маргинальной десны
- отмечается кровоточивость десны при зондировании
- рентгенологически определяется:
 - расширение периодонтальной щели, резорбция костных стенок альвеол до 1/3 длины корня, разрушение кортикальной пластинки.

7.6.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной

модели пациента.

7.6.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A01.07.004	Перкуссия при патологии рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	Согласно алгоритму
A02.07.005	Термодиагностика зуба	По потребности
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	Согласно алгоритму
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	Согласно алгоритму
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	Согласно алгоритму
A02.07.006	Определение прикуса	Согласно алгоритму
A02.07.007	Перкуссия зубов	По потребности
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A05.07.001	Электроодонтометрия	По потребности
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	Согласно алгоритму
A12.07.002	Компьютерная диагностика заболеваний пародонта с использованием электронных зондирующих устройств	По потребности
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	По потребности
A06.07.004	Ортопантомография	1
A06.07.007	Внутриротовая рентгенография в прикус	По потребности
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	По потребности
V01.065.01	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта первичный	1
V01.066.01	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-ортопеда первичный	По потребности
V01.067.01	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	По потребности

V01.063.001	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта первичный	По потребности
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.6.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют жалобы и сроки их появления. Как правило, больной жалуется на боль от всех видов раздражителей и/или самопроизвольную; кровоточивость десны при чистке зубов, во время приема пищи или спонтанную; локализованную подвижность зубов и их смещение, неприятный запах изо рта, дефекты пломб и ортопедических конструкций, эстетический дискомфорт. Уточняют, сколько лет пациент страдает этим заболеванием или когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания, выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение).

Выявляют наличие у пациентов общесоматических заболеваний, аллергический анамнез. Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за ртом.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр с помощью дополнительных инструментов

При осмотре челюстно-лицевой области отмечают наличие видимых изменений, проводят пальпацию лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта и горла, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений. Особое внимание обращают на глубину преддверия, характер прикрепления уздечек губ, языка, выраженность тяжелой слизистой оболочки преддверия рта. Определяют состояние прикуса, аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем.

Определяют состояние слизистой оболочки, ее цвет, степень отека, степень увлажненности, характер слюны.

Оценка состояния тканей пародонта осуществляется с помощью зондирования с использованием пародонтального зонда (а также электронных зондирующих устройств). При этом оценивают наличие кровоточивости десны, глубину пародонтального кармана, величину рецессии десны, наличие зубных отложений и их характер, наличие отделяемого из пародонтального кармана. Зондирование пародонтального кармана осуществляется в 6 точках у каждого зуба (вестибуло-дистальной, вестибулярной, вестибуло-медиальной, язычно-дистальной, язычной и язычно-медиальной). У многокорневых зубов помощью фуркационного зонда оценивают наличие фуркационных дефектов и их класс. См. Приложение №4, №10.

Подвижность зубов является важным метрическим критерием оценки состояния тканей пародонта. При планировании лечения исследование подвижности зубов является обязательным диагностическим мероприятием. Наиболее распространенной, при оценке подвижности зубов, является классификация Энтина, так же используется классификации Миллера и Флезара. См. Приложение №3.

Оценку окклюзионных контактов проводят при помощи артикуляционной бумаги, восковых пластинок и/или электронных устройств.

Особое внимание уделяют выявлению неправильно изготовленных пломб, функциональному состоянию имеющихся ортопедических конструкций (съёмных и несъёмных), ортодонтических аппаратов, а также правильность ухода за протезами.

На основании клинических и дополнительных методов обследования заполняют одонтопародонтограмму по В.Ю. Курляндскому. См. Приложение №16.

При оценке уровня гигиены обращают внимание на гигиенические навыки пациента по уходу за ртом: когда, сколько раз в день чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет. Для контроля качества чистки зубов используют индикаторы зубного налета и индексы гигиены. Помимо индексов гигиены рассчитывают индекс кровоточивости для определения степени воспаления десны.

См. Приложение №2, №6.

В качестве дополнительных методов обследования используют методы лучевой диагностики, микробиологическое и цитологическое исследования и др.

По окончании обследования, которое проводится совместно с врачами-стоматологами хирургами, врачами-стоматологами ортопедрами, ортодонтами составляется план комплексного лечения.

7.6.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения
-----	----------	----------------------

A14.07.003	Гигиена рта	Согласно алгоритму
A16.07.055	Профессиональная гигиена рта и зубов	Согласно алгоритму
A13.31.007	Обучение гигиене рта	Согласно алгоритму
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	Согласно алгоритму
B01.003.004.001	Местная анестезия	По потребности
A 22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	По потребности
A 16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами)	Согласно алгоритму
A22.07.001	Ультразвуковая обработка пародонтальных карманов	Согласно алгоритму
A16.07.043	Закрытый кюретаж при болезнях пародонта	По потребности
A16.07.021	Временное шинирование при болезнях пародонта	По потребности
A16.07.029	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	По потребности
A16.07.030	Гингивэктомия	По потребности
A16.07.048	Пластика уздечки языка	По потребности
A16.07.046	Пластика уздечки верхней губы	По потребности
A16.07.047	Пластика уздечки нижней губы	По потребности
A16.07.049	Вестибулопластика	По потребности
A16.07.005	Восстановление целостности зубного ряда несъемным мостовидным протезом	По потребности
A16.07.039	Протезирование частичными съемными пластиночными протезами	По потребности
A16.07.038	Восстановление целостности зубного ряда съемными мостовидными протезами	По потребности
A16.07.057	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности

A17.07.002	Физиотерапевтическое воздействие на челюстно-лицевую область	По потребности
A16.07.057	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
A16.07.053	Повторная фиксация на постоянный цемент несъемных ортопедических конструкций	По потребности
A25. 07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	По потребности
B01.065.02	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога терапевта повторный	По потребности
B01.066.02	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога ортопеда повторный	По потребности
B01.067.02	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга повторный	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.6.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на устранение одного из основных этиологических факторов болезней пародонта – бактериальной биопленки и факторов, обеспечивающих ее аккумуляцию. При удалении зубных отложений обязательным условием является создание чистой, биосовместимой, гладкой поверхности корня путем удаления разрушенных и инфицированных тканей. См. Приложение №12.

Немедикаментозная помощь включает также хирургическое, ортопедическое и ортодонтическое лечение. См. Приложение №7, №11, №14, №15.

7.6.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Противомикробные препараты для местного лечения заболеваний рта	Согласно алгоритму
Препараты для местной анестезии	По потребности
Противомикробные препараты для системного применения	По потребности
Антигистаминные препараты	По потребности
Нестероидные противовоспалительные препараты	По потребности

7.6.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед проведением манипуляций, по показаниям, проводится анестезия

(аппликационная, инфильтрационная, проводниковая), перед проведением анестезии место вкола, при необходимости, обрабатывается аппликационным анестетиком. Дополнительно применяют лечебные зубные пасты на основе антисептиков и других противовоспалительных средств.

Нестероидные противовоспалительные препараты назначают для снятия болевого синдрома и отека. Антигистаминные препараты назначают после хирургических вмешательств. Противомикробные препараты системного действия назначают при интоксикации и осложнениях после хирургического вмешательства.

Основу медикаментозного лечения пародонтита составляют антисептики. Их применяют в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций.

При необходимости длительного ежедневного использования рекомендуются ополаскиватели с фиксированной комбинацией эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат).

7.6.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

После проведенного лечения необходимо динамическое наблюдение- 2 раза в течение первого года. В дальнейшем один раз в год с контрольной рентгенографией.

7.6.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Подробные рекомендации приведены в алгоритмах к каждому виду вмешательства.

7.6.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

После завершения хирургических манипуляций не рекомендовано принимать пищу в течение двух часов. В день оперативного вмешательства следует избегать приема грубой, горячей пищи и не жевать на прооперированной стороне, не греть ее. Не перегревать организм. Исключить физические нагрузки.

7.6.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Пародонтит»

См. Приложение №8.

7.6.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение №9.

7.6.14. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Пародонтит» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в и Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующий выявленным заболеваниям

осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками пародонтита, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего пародонтиту;
- б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.6.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	80	Восстановление внешнего вида десны, отсутствие признаков воспаления	Через 7 дней	Динамическое наблюдение 2 раза в течение первого года. В дальнейшем 1 раз в год.
Стабилизация	10	Отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики	Через 7 дней	Динамическое наблюдение 2 раза в течение первого года. В дальнейшем 1 раз в год.
Развитие ятрогенных осложнений	5	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	5	Рецидив пародонтита, его прогрессирование	При отсутствии поддерживающего пародонтологического лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.6.16. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

«Пародонтит»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.7. Модель пациента

Нозологическая форма: хронический пародонтит генерализованный

Стадия: средняя

Фаза: стабильное течение

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-10: K05.31

7.7.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- пациенты с постоянными зубами
- в патологический процесс вовлечены ткани пародонта большей части зубов на одной или обеих челюстях
- патологическая подвижность зубов 2 степени
- глубина пародонтальных карманов до 6 мм
- отмечается неприятный запах изо рта
- в анамнезе кровоточивость десен
- неудовлетворительная гигиена
- мягкие, твердые назубные отложения
- десна гиперемирована и/или цианотична
- отмечается отечность маргинальной десны
- отмечается кровоточивость десны при зондировании
- обнажение корней зубов
- рентгенологически определяется:
расширение периодонтальной щели, резорбция костных стенок альвеол на 1/2 длины корней зубов, разрушение кортикальной пластинки.

7.7.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.7.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A01.07.004	Перкуссия при патологии рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	Согласно алгоритму
A02.07.005	Термодиагностика зуба	По потребности
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	Согласно алгоритму
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	Согласно алгоритму
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	Согласно алгоритму
A02.07.006	Определение прикуса	Согласно алгоритму
A02.07.007	Перкуссия зубов	По потребности
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A05.07.001	Электроодонтометрия	По потребности
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	Согласно алгоритму
A12.07.002	Компьютерная диагностика заболеваний пародонта с использованием электронных зондирующих устройств	По потребности
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	По потребности
A06.07.004	Ортопантомография	1
A06.07.007	Внутриротовая рентгенография в прикус	По потребности
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	По потребности
V01.066.01	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога ортопедов первичный	1
V01.065.01	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога терапевтов первичный	1
V01.067.01	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирургов первичный	По потребности
V01.063.001	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта первичный	По потребности
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по

потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.7.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют жалобы и сроки их появления. Как правило, больной жалуется на боль от всех видов раздражителей и/или самопроизвольную; кровоточивость десны при чистке зубов, во время приема пищи или спонтанную; локализованную подвижность зубов и их смещение, неприятный запах изо рта, дефекты пломб и ортопедических конструкций, эстетический дискомфорт. Уточняют, сколько лет пациент страдает этим заболеванием или когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания, выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение).

Выявляют наличие у пациентов общесоматических заболеваний, аллергический анамнез. Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за ртом.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр с помощью дополнительных инструментов

При осмотре челюстно-лицевой области отмечают наличие видимых изменений, проводят пальпацию лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта и горла, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений. Особое внимание обращают на глубину преддверия, характер прикрепления уздечек губ, языка, выраженность тяжелой слизистой оболочки преддверия рта. Определяют состояние прикуса, аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем.

Определяют состояние слизистой оболочки, ее цвет, степень отека, степень увлажненности, характер слюны.

Оценка состояния тканей пародонта осуществляется с помощью зондирования с использованием пародонтального зонда (а также электронных зондирующих устройств). При этом оценивают наличие кровоточивости десны, глубину пародонтального кармана,

величину рецессии десны, наличие зубных отложений и их характер, наличие отделяемого из пародонтального кармана. Зондирование пародонтального кармана осуществляется в 6 точках у каждого зуба (вестибуло-дистальной, вестибулярной, вестибуло-медиальной, язычно-дистальной, язычной и язычно-медиальной). У многокорневых зубов помощью фуркационного зонда оценивают наличие фуркационных дефектов и их класс. См. Приложение №4, №10.

Подвижность зубов является важным метрическим критерием оценки состояния тканей пародонта. При планировании лечения исследование подвижности зубов является обязательным диагностическим мероприятием. Наиболее распространенной, при оценке подвижности зубов, является классификация Энтина, так же используется классификации Миллера и Флезара. См. Приложение №3.

Оценку окклюзионных контактов проводят при помощи артикуляционной бумаги, восковых пластинок и/или электронных устройств.

Особое внимание уделяют выявлению неправильно изготовленных пломб, функциональному состоянию имеющихся ортопедических конструкций (съемных и несъемных), ортодонтических аппаратов, а также правильность ухода за протезами.

На основании клинических и дополнительных методов обследования заполняют одонтопародонтограмму по В.Ю. Курляндскому. См. Приложение №16.

При оценке уровня гигиены обращают внимание на гигиенические навыки пациента по уходу за ртом: когда, сколько раз в день чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет. Для контроля качества чистки зубов используют индикаторы зубного налета и индексы гигиены. Помимо индексов гигиены рассчитывают индекс кровоточивости для определения степени воспаления десны.

См. Приложение №2, №6.

В качестве дополнительных методов обследования используют методы лучевой диагностики, микробиологическое и цитологическое исследования и др.

По окончании обследования, которое проводится совместно с врачами-стоматологами хирургами, врачами-стоматологами ортопедрами, ортодонтами составляется план комплексного лечения.

7.7.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения
A14.07.003	Гигиена рта	Согласно алгоритму
A16.07.055	Профессиональная гигиена рта и зубов	Согласно алгоритму

A13.31.007	Обучение гигиене рта	Согласно алгоритму
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	Согласно алгоритму
B01.003.004.001	Местная анестезия	По потребности
A 22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	По потребности
A 16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами)	Согласно алгоритму
A22.07.001	Ультразвуковая обработка пародонтальных карманов	Согласно алгоритму
A16.07.043	Закрытый кюретаж при болезнях пародонта	Согласно алгоритму
A 16.07.001	Удаление зуба	По потребности
A16.07.021	Временное шинирование при болезнях пародонта	По потребности
A16.07.029	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	Согласно алгоритму
A16.07.030	Гингивэктомия	По потребности
A16.07.048	Пластика уздечки языка	По потребности
A16.07.046	Пластика уздечки верхней губы	По потребности
A16.07.047	Пластика уздечки нижней губы	По потребности
A16.07.049	Вестибулопластика	По потребности
A16.07.044	Лоскутная операция	По потребности
A16.07.064	Коронаро-радикулярная сепарация	По потребности
A16.07.063	Гемисекция	По потребности
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	По потребности

A16.07.003	Восстановление зуба вкладками, виниром, полукоронкой	По потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	По потребности
A16.07.005	Восстановление целостности зубного ряда несъемным мостовидным протезом	По потребности
A16.07.039	Протезирование частичными съёмными пластиночными протезами	По потребности
A16.07.006	Протезирование зубов с использованием имплантатов	По потребности
A16.07.038	Восстановление целостности зубного ряда съёмными мостовидными протезами	По потребности
A16.07.040	Протезирование съёмными бюгельными протезами	По потребности
A17.07.002	Физиотерапевтическое воздействие на челюстно-лицевую область	По потребности
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии рта и зубов	По потребности
A16.07.057	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
A16.07.053	Повторная фиксация на постоянный цемент несъемных ортопедических конструкций	По потребности
A16.07.041	Постоянное шинирование цельнолитыми съёмными конструкциями при болезнях пародонта	По потребности
A25. 07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	По потребности
V01.065.02	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога терапевта повторный	По потребности
V01.066.02	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога ортопеда повторный	По потребности
V01.067.02	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга повторный	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.7.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на устранение одного из основных этиологических факторов болезней пародонта – бактериальной биопленки и факторов, обеспечивающих ее аккумуляцию. При удалении зубных отложений обязательным условием является создание чистой, биосовместимой, гладкой поверхности корня путем удаления разрушенных и инфицированных тканей. При этом антисептики и местные антибиотики

рассматриваются как дополнительные средства. См. Приложение №12.

Немедикаментозная помощь включает также хирургическое, ортопедическое и ортодонтическое лечение. Для лечения генерализованного пародонтита средней степени тяжести, как правило, требуется изготовление временных и/или постоянных съемных и несъемных ортопедических конструкций, выбор которых зависит от состояния твердых тканей зубов в очаге воспаления, наличии дефектов зубных рядов и данных одонтопародонтограммы по В.Ю. Курляндскому и других дополнительных методов исследования. См. приложение №7, №11, №14, №15.

7.7.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Противомикробные препараты для местного лечения заболеваний рта	Согласно алгоритму
Препараты для местной анестезии	По потребности
Противомикробные препараты для системного применения	По потребности
Антигистаминные препараты	По потребности
Нестероидные противовоспалительные препараты	По потребности

7.7.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед проведением манипуляций, по показаниям, проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая), перед проведением анестезии место вкола при необходимости обрабатывается аппликационным анестетиком. Дополнительно применяют лечебные зубные пасты на основе антисептиков и других противовоспалительных средств.

Нестероидные противовоспалительные препараты назначают для снятия болевого синдрома и отека. Антигистаминные препараты назначают после хирургических вмешательств. Противомикробные препараты системного действия назначают при интоксикации и осложнениях после хирургического вмешательства.

Основу медикаментозного лечения пародонтита составляют антисептики. Их применяют в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций.

При необходимости длительного ежедневного использования рекомендуются ополаскиватели с фиксированной комбинацией эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат).

7.7.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

После проведенного лечения необходимо динамическое наблюдение 2 раза в год.

Контрольное рентгенологическое обследование следует проводить не реже одного раза в год.

7.7.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.7.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

После завершения хирургических манипуляций не рекомендовано принимать пищу в течение двух часов. В день оперативного вмешательства следует избегать приема грубой, горячей пищи и не жевать на прооперированной стороне.

7.7.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

См. Приложение №8.

7.7.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение №9

7.7.14. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Пародонтит» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками пародонтита, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего пародонтиту;
- б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.7.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	60	Отсутствие воспаления. Снижение патологической подвижности зубов до 1 - 2 степени	После лечения	Динамическое наблюдение 2 раза в год

Стабилизация	30	Отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики	После лечения	Динамическое наблюдение 2 раза в год
Развитие ятрогенных осложнений	5	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	5	Рецидив пародонтита, его прогрессирование	При отсутствии поддерживающего пародонтологического лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.7.16. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Пародонтит»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.8. Модель пациента

Нозологическая форма: хронический пародонтит генерализованный

Стадия: тяжелая

Фаза: стабильное течение

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-10: K05.31

7.8.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- пациенты с постоянными зубами
- в патологический процесс вовлечены ткани пародонта большей части зубов на одной или обеих челюстях
- патологическая подвижность 2-3 степени
- глубина пародонтальных карманов более 6 мм
- отмечается неприятный запах изо рта
- в анамнезе кровоточивость десен
- неудовлетворительная гигиена

- мягкие, твердые назубные отложения
- десна гиперемирована и/или цианотична
- отмечается отечность маргинальной десны
- отмечается кровоточивость десны при зондировании
- смещение зубов
- выраженная травматическая окклюзия
- обнажение корней зубов
- наличие гнойного экссудата из пародонтальных карманов
- рентгенологически определяется:

расширение пародонтальной щели, резорбция костных стенок альвеол более 1/2 длины корня.

7.8.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.8.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A01.07.004	Перкуссия при патологии рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	Согласно алгоритму
A02.07.005	Термодиагностика зуба	По потребности
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	Согласно алгоритму
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	Согласно алгоритму
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	Согласно алгоритму
A02.07.006	Определение прикуса	Согласно алгоритму
A02.07.007	Перкуссия зубов	По потребности

A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A05.07.001	Электроодонтометрия	По потребности
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	Согласно алгоритму
A12.07.002	Компьютерная диагностика заболеваний пародонта с использованием электронных зондирующих устройств	По потребности
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	По потребности
A06.07.004	Ортопантомография	1
A06.07.007	Внутриротовая рентгенография в прикус	По потребности
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	По потребности
A09.07.002	Цитологическое исследование содержимого кисты (абсцесса) полости рта или содержимого зубодесневого кармана	По потребности
A09.07.005	Микроскопическое исследование отделяемого изо рта на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым средствам	По потребности
V01.065.01	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта первичный	1
V01.066.01	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-ортопеда первичный	1
V01.067.01	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	По потребности
V01.063.001	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта первичный	По потребности
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.8.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют жалобы и сроки их появления. Как правило, больной жалуется на боль от всех видов раздражителей и/или самопроизвольную; кровоточивость

десны при чистке зубов, во время приема пищи или спонтанную; локализованную подвижность зубов и их смещение, неприятный запах изо рта, дефекты пломб и ортопедических конструкций, эстетический дискомфорт. Уточняют, сколько лет пациент страдает этим заболеванием или когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания, выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение).

Выявляют наличие у пациентов общесоматических заболеваний, аллергический анамнез. Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за ртом.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр с помощью дополнительных инструментов

При осмотре челюстно-лицевой области отмечают наличие видимых изменений, проводят пальпацию лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта и горла, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений. Особое внимание обращают на глубину преддверия, характер прикрепления уздечек губ, языка, выраженность тяжелой слизистой оболочки преддверия рта. Определяют состояние прикуса, аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем.

Определяют состояние слизистой оболочки, ее цвет, степень отека, степень увлажненности, характер слюны.

Оценка состояния тканей пародонта осуществляется с помощью зондирования с использованием пародонтального зонда (а также электронных зондирующих устройств). При этом оценивают наличие кровоточивости десны, глубину пародонтального кармана, величину рецессии десны, наличие зубных отложений и их характер, наличие отделяемого из пародонтального кармана. Зондирование пародонтального кармана осуществляется в 6 точках у каждого зуба (вестибуло-дистальной, вестибулярной, вестибуло-медиальной, язычно-дистальной, язычной и язычно-медиальной). У многокорневых зубов помощью фуркационного зонда оценивают наличие фуркационных дефектов и их класс. См. Приложение №4, №10.

Подвижность зубов является важным метрическим критерием оценки состояния тканей пародонта. При планировании лечения исследование подвижности зубов является обязательным диагностическим мероприятием. Наиболее распространенной, при оценке подвижности зубов, является классификация Энтина, так же используется классификации Миллера и Флезара. См. Приложение №3.

Оценку окклюзионных контактов проводят при помощи артикуляционной бумаги, восковых пластинок и/или электронных устройств.

Особое внимание уделяют выявлению неправильно изготовленных пломб, функциональному состоянию имеющихся ортопедических конструкций (съемных и несъемных), ортодонтических аппаратов, а также правильность ухода за протезами.

На основании клинических и дополнительных методов обследования заполняют одонтопародонтограмму по В.Ю. Курляндскому. См. Приложение №16.

При оценке уровня гигиены обращают внимание на гигиенические навыки пациента по уходу за ртом: когда, сколько раз в день чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет. Для контроля качества чистки зубов используют индикаторы зубного налета и индексы гигиены. Помимо индексов гигиены рассчитывают индекс кровоточивости для определения степени воспаления десны.

См. Приложение №2, №6.

В качестве дополнительных методов обследования используют методы лучевой диагностики, микробиологическое и цитологическое исследования и др.

По окончании обследования, которое проводится совместно с врачами-стоматологами хирургами, врачами-стоматологами ортопедрами, ортодонтами составляется план комплексного лечения.

7.8.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Название	Кратность выполнения
A14.07.003	Гигиена рта	Согласно алгоритму
A16.07.055	Профессиональная гигиена рта и зубов	Согласно алгоритму
A13.31.007	Обучение гигиене рта	Согласно алгоритму
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	Согласно алгоритму
B01.003.004.001	Местная анестезия	По потребности
A 22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	По потребности
A 16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами)	Согласно алгоритму
A22.07.001	Ультразвуковая обработка пародонтальных карманов	Согласно алгоритму

A16.07.043	Закрытый кюретаж при болезнях пародонта	Согласно алгоритму
A 16.07.001	Удаление зуба	По потребности
A16.07.021	Временное шинирование при болезнях пародонта	По потребности
A16.07.029	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	Согласно алгоритму
A16.07.030	Гингивэктомия	По потребности
A16.07.048	Пластика уздечки языка	По потребности
A16.07.046	Пластика уздечки верхней губы	По потребности
A16.07.047	Пластика уздечки нижней губы	По потребности
A16.07.049	Вестибулопластика	По потребности
A16.07.044	Лоскутная операция	По потребности
A16.07.005	Восстановление целостности зубного ряда несъемным мостовидным протезом	По потребности
A16.07.039	Протезирование частичными съемными пластиночными протезами	По потребности
A16.07.038	Восстановление целостности зубного ряда съемными мостовидными протезами	По потребности
A16.07.040	Протезирование съемными бюгельными протезами	По потребности
A17.07.002	Физиотерапевтическое воздействие на челюстно-лицевую область	По потребности
A16.07.057	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
A16.07.053	Повторная фиксация на постоянный цемент несъемных ортопедических конструкций	По потребности
A16.07.041	Постоянное шинирование цельнолитыми съемными конструкциями при болезнях пародонта	По потребности
A25. 07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	По потребности
V01.065.02	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога терапевта повторный	1
V01.066.02	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога ортопеда повторный	1

V01.067.02	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга повторный	По потребности
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.8.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на устранение одного из основных этиологических факторов болезней пародонта – бактериальной биопленки и факторов, обеспечивающих ее аккумуляцию. При удалении зубных отложений обязательным условием является создание чистой, биосовместимой, гладкой поверхности корня путем удаления разрушенных и инфицированных тканей. При этом антисептики и местные антибиотики рассматриваются как дополнительные средства. См. Приложение №12.

Немедикаментозная помощь включает также хирургическое, ортопедическое и ортодонтическое лечение. Для лечения генерализованного пародонтита тяжелой степени тяжести, как правило, требуется изготовление временных и/или постоянных съемных и несъемных ортопедических конструкций, выбор которых зависит от состояния твердых тканей зубов в очаге воспаления, наличии дефектов зубных рядов и данных одонтопародонтограммы по В.Ю. Курляндскому, и других дополнительных методов исследования. См. приложение №7, №11, №14, №15.

7.8.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Противомикробные препараты для местного лечения заболеваний рта	Согласно алгоритму
Препараты для местной анестезии	По потребности
Противомикробные препараты для системного применения	По потребности
Антигистаминные препараты	По потребности
Нестероидные противовоспалительные препараты	По потребности

7.8.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед проведением манипуляций, по показаниям, проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая), перед проведением анестезии место вкола при необходимости обрабатывается аппликационным анестетиком. Дополнительно применяют лечебные зубные пасты на основе антисептиков и других

противовоспалительных средств.

Нестероидные противовоспалительные препараты назначают для снятия болевого синдрома и отека. Антигистаминные препараты назначают после хирургических вмешательств. Противомикробные препараты системного действия назначают при интоксикации и осложнениях после хирургического вмешательства.

Основу медикаментозного лечения пародонтита составляют антисептики. Их применяют в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций.

При необходимости длительного ежедневного использования рекомендуются ополаскиватели с фиксированной комбинацией эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат).

7.8.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

После проведенного лечения необходимо динамическое наблюдение 4 раза в год. Контрольное рентгенологическое обследование следует проводить 2 раза в год.

7.8.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.8.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

После завершения хирургических манипуляций не рекомендовано принимать пищу в течение двух часов. В день оперативного вмешательства следует избегать приема грубой, горячей пищи и не жевать на прооперированной стороне.

7.8.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении протокола

См. Приложение №8.

7.8.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение №9.

7.8.14. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Пародонтит» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками пародонтита, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего пародонтиту;

б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.8..15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии Признаки	и Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	40	Отсутствие воспаления. Снижение патологической подвижности зубов до 1 - 2 степени	После лечения	Динамическое наблюдение 4 раза в год
Стабилизация	50	Отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики	После лечения	Динамическое наблюдение 4 раза в год
Развитие ятрогенных осложнений	5	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	5	Рецидив пародонтита, его прогрессирование	При отсутствии поддерживающего пародонтологического лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.8.16. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Пародонтит»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

VIII. ГРАФИЧЕСКОЕ, СХЕМАТИЧЕСКОЕ И ТАБЛИЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ) «ПАРОДОНТИТ»

Не требуется.

IX. МОНИТОРИРОВАНИЕ (при необходимости)

КРИТЕРИИ И МЕТОДОЛОГИЯ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ)

«ПАРОДОНТИТ»

Мониторирование проводится на всей территории Российской Федерации.

Перечень медицинских организаций, в которых проводится мониторинг данного документа, определяется ежегодно организацией, ответственной за мониторинг. Медицинская организация информируется о включении в перечень по мониторингу Клинических рекомендаций (протоколов лечения) письменно.

Мониторирование включает в себя:

- сбор информации: о ведении пациентов с кариесом зубов в стоматологических медицинских организациях;
- анализ полученных данных;
- составление отчета о результатах проведенного анализа;
- представление отчета группе разработчиков данных Клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Исходными данными при мониторинге являются:

- медицинская документация - медицинская карта стоматологического больного (форма 043/у);
- тарифы на медицинские услуги;
- тарифы на стоматологические материалы и лекарственные средства.

При необходимости при мониторинге Клинических рекомендаций (протоколов лечения) могут быть использованы иные документы.

В стоматологических медицинских организациях, определенных перечнем по мониторингу, раз в полгода на основании медицинской документации составляется карта пациента (см. [приложение №12](#)) о лечении пациентов с заболеванием пульпы зуба, соответствующих моделям пациента в данных Клинических рекомендациях (протоколов лечения).

В анализируемые, в процессе мониторинга, показатели входят: критерии включения и исключения из Клинических рекомендаций (протоколов лечения), перечни медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортимента, перечни лекарственных средств обязательного и дополнительного ассортимента, исходы заболевания, стоимость выполнения медицинской помощи по Клиническим рекомендациям (протоколов лечения) и др.

ПРИНЦИПЫ РАНДОМИЗАЦИИ

В данных Клинических рекомендациях (протоколов лечения) рандомизация (лечебных учреждений, пациентов и т. д.) не предусмотрена.

ПОРЯДОК ОЦЕНКИ И ДОКУМЕНТИРОВАНИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ И РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ

Информация о побочных эффектах и осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения больных, регистрируется в карте пациента.

ПОРЯДОК ИСКЛЮЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА ИЗ МОНИТОРИРОВАНИЯ

Пациент считается включенным в мониторинг при заполнении на него Карты

пациента. Исключение из мониторингования проводится в случае невозможности продолжения заполнения Карты (например, неявка на врачебный прием) (см. приложение №12). В этом случае Карта направляется в организацию, ответственное за мониторингование, с отметкой о причине исключения пациента из Клинических рекомендаций (протоколов лечения).

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ОЦЕНКА И ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Оценка выполнения Клинических рекомендаций (протоколов лечения) проводится один раз в год по результатам анализа сведений, полученных при мониторинговании.

Внесение изменений в Клинических рекомендаций (протоколов лечения) проводится в случае получения информации:

- а) о наличии в Клинических рекомендаций (протоколов лечения) требований, наносящих урон здоровью пациентов,
- б) при получении убедительных данных о необходимости изменений требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения) обязательного уровня. Решение об изменениях принимается группой разработчиков.

ПАРАМЕТРЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Для оценки качества жизни пациента с заболеванием пульпы зубов, соответствующей моделям Клинических рекомендаций (протоколов лечения), используют аналоговую шкалу (см. приложение №10).

ОЦЕНКА СТОИМОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ И ЦЕНЫ КАЧЕСТВА

Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

При мониторинговании Клинических рекомендаций (протоколов лечения) ежегодно проводится сравнение результатов выполнения его требований, статистических данных, показателей деятельности медицинских организаций.

ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ ОТЧЕТА

В ежегодный отчет о результатах мониторингования включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, предложения по актуализации Клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Отчет представляется в группу разработчиков данных клинических рекомендаций. Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати

**ПЕРЕЧЕНЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ, ИНСТРУМЕНТОВ И
ОБОРУДОВАНИЯ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ РАБОТЫ ВРАЧА**

Обязательный ассортимент

- установка стоматологическая
- лоток универсальный стоматологический
- стекла стоматологические для замешивания
- зеркало стоматологическое
- пинцет стоматологический
- зонд для фуркаций
- зонд пародонтологический
- кюреты универсальные
- ручка для скальпеля
- лезвие для скальпеля
- распатор
- микрораспатор
- кюреты хирургические
- ножницы
- микро-ножницы
- иглодержатель
- зажим гемостатический
- нож пародонтологический
- пинцет
- шовный материал
- бумага артикуляционная
- наконечник турбинный
- наконечник прямой
- наконечник угловой
- Боры для наконечника турбинного

- Боры для наконечника прямого
- Боры для наконечника углового
- Головки резиновые полировочные
- Щеточки полировочные
- Штрипсы металлические разной степени зернистости
- Штрипсы пластиковые
- Перчатки одноразовые
- Маска одноразовые
- Слюноотсос одноразовый
- стакан одноразовый
- Очки защитные
- Шприцы одноразовые
- Шприц карпульный
- Иглы для карпульного шприца
- Материал для повязок и временных пломб
- Антисептики для медикаментозной обработки полости рта или пародонтальных карманов
- Паста абразивная, не содержащая фтор для очищения поверхности зуба
- Паста для полирования пломб и зубов
- Средства для обучения пациента индивидуальной гигиене рта (зубные щетки, пасты, зубные нити, интердентальные ершики)
- Средства для окрашивания зубов при гигиенических мероприятиях
- Фартук для пациента
- Воск базисный

Дополнительный ассортимент:

8. Дискдержатель для углового наконечника для полировочных дисков
9. Нити ретракционные
10. Головки карборундовые для прямого наконечника
11. Головки алмазные для прямого наконечника

12. Диски алмазные
13. Зонд-эксплорер двусторонний
14. Блоки бумажные для замешивания
15. Скейлер серповидный (с прямым лезвием; с изогнутым лезвием)
16. Кюреты зоноспецифические
17. Кюреты Грейси After Five
18. Кюреты Грейси Mini Five
19. Кюреты Грейси Mini-Micro
20. Кюреты фуркационные
21. Имплакер
22. Аппарат звуковой
23. Аппарат ультразвуковой магнитостриктивного типа
24. Аппарат ультразвуковой пьезоэлектрического типа
25. Насадки различные по форме и размеру для звуковых и ультразвуковых приборов
26. Аппараты порошкоструйные (воздушно-абразивные системы)
27. Порошок для порошкоструйных аппаратов
28. Ронжиры (костные кусачки)
29. Долото хирургическое
30. Мини-долото
31. Пародонтальные рашпили
32. Пинцет атравматичный
33. Микро-пинцет
34. Щипцы для маркировки пародонтального кармана
35. Ретрактор
36. Оборудование ультразвуковое для пародонтальной хирургии
37. Набор насадок ультразвуковых для пародонтальной хирургии
38. Триммер десневого края
39. Экран защитный
40. Очки для работы с гелио-лампой

41. шкала цветовая
42. Цемент стеклоиономерный
43. Материалы композитные химического отверждения
44. Материалы композитные светового отверждения
45. Системы адгезивные для светоотверждаемых композитов
46. Системы адгезивные системы для композитов светового отверждения
47. Гель протравочный на основе 35-38% ортофосфорной кислоты
48. Лампа для фотополимеризации композита
49. Аппарат для электроодонтодиагностики
50. Аппарат для диагностики кариеса
51. Клинья межзубные деревянные
52. Клинья межзубные прозрачные
53. Матрицедержатель
54. Система матричная фиксирующая
55. Инструменты для создания контактных пунктов на молярах и премолярах
56. Пистолет-аппликатор для капсульных композитных материалов
57. Аппликаторы
58. Штифты анкерные
59. Развертки к анкерным штифтам
60. Микромотор
61. Диски карборундовые
62. Ложки стандартные слепочные (оттискные)
63. Масса альгинатная слепочная (оттискная)
64. Масса двухслойная силиконовая слепочная (оттискная)
65. Воск моделировочный (лавакс)
66. Проволока кламмерная
67. Полиры для прямого наконечника
68. Шкала цветовая для определения цвета облицовки и искусственных зубов
69. Гипс

70. Супергипс
71. Шпатель для замешивания альгинатных слепочных (оттискных) материалов и гипса
72. Чашка резиновая
73. Цинкфосфатный цемент для постоянной фиксации несъемных конструкций
74. Горелка газовая
75. Цемент для временной фиксации несъемных конструкций
76. Щипцы крампонные
77. Ножницы коронковые
78. Щипцы коронковые
79. Наковальня
80. Молоточек стоматологический
81. Коронкосбиватель
82. 2% раствор метиленового синего
83. Валики стандартные ватные
84. Бокс для стандартных ватных валиков
85. Типсы для изоляции протоков околоушных слюнных желез
86. Элеваторы различные по форме и размеру
87. Щипцы различные по форме и размеру для верхней и нижней челюстей
88. Ложка кюретажная
89. Лейкопластырь

Приложение 2

Алгоритмы определения индексов.

Алгоритм определения индекса зубного налета по Силнесс-Лое.

Индекс оценивает количество мягкого зубного налета в придесневой области. Оценка проводится визуально и зондом без окрашивания, обследуются 4 поверхности, для

лучшей диагностики область шейки зуба предварительно высушивается воздушной струей.

Интенсивность налета, критерии оценки:

0 – на кончике зонда нет налета;

1 - небольшое количество налета;

2 – тонкий слой налета около шейки, на кончике зонда количество значительное;

3 – значительное количество налета в придесневой области и в межзубных промежутках.

Индекс рассчитывается по формуле:

Общий индекс = (сумма баллов) / (число обследованных зубов).

Индекс кровоточивости Мюллеманна (в модификации Коуэлла).

Определяет степень кровоточивости десневой борозды при зондировании или при давлении на десневой сосочек.

В области «зубов Рамфьерда» (16,21,24,36,41,44) с щечной и язычной (небной) поверхностей кончик пародонтального зонда, без давления, ведут от медиальной к дистальной поверхности зуба.

Критерии оценки:

0 - после исследования кровоточивость отсутствует;

1 - кровоточивость появляется не раньше, чем через 30с;

2 - кровоточивость возникает или сразу после проведения исследования, или в течении 30с;

3 - кровоточивость отмечается при приеме пищи или чистке зубов.

Значение индекса = (сумма показателей всех зубов) / (число зубов).

Алгоритм определения подвижности зубов.

В основе общепринятой классификации патологической подвижности зубов по Д.А. Энтину (Энтин Д. А. 1954) лежит направление визуально определяемого смещения зуба относительно своей оси.

Определение подвижности зубов по Д.А. Энтину.

I степень – смещение зуба только в вестибуло-оральном направлении;

II степень – видимая смещаемость зуба как в вестибуло-оральном, так и в медио-дистальном

направлениях.;

III степень – смещение зуба в вестибуло-оральном, медио-дистальном и в вертикальном

направлениях: при надавливании происходит погружение зуба в лунку, а

затем

он снова возвращается в исходное положение.

Используется метод оценки патологической подвижности по шкале Миллера (Miller) (Miller S. C. 1938) в модификации Флезара (Fleszar) (Flezar et al., 1980):

Оценка подвижности зубов по шкале Миллера в модификации Флезара.

0 - устойчивый зуб, имеется только физиологическая подвижность;

1 - смещение зуба относительно вертикальной оси несколько больше, но не превышает 1 мм;

2 - зуб смещается на 1-2 мм в щечно-язычном направлении, функция не нарушена;

3 - подвижность резко выражена, при этом зуб движется не только в щечно-язычном направлении, но и по вертикали, функция его нарушена.

Алгоритм определения класса фуркационного дефекта.

Фуркационный дефект альвеолярной кости - дефект костной ткани межкорневой перегородки в области фуркации многокорневых зубов. Для определения состояния фуркационного дефекта используют фуркационный зонд. Зондирование фуркации проводится в горизонтальном направлении. На основании величины горизонтального распространения процесса выделяют класс поражения фуркации. Существуют несколько классификаций фуркационных дефектов.

Классификация I. Glickman (1958):

I класс - резорбция альвеолярной кости, которая обнажает область фуркации корней, но не сопровождается деструкцией межкорневой кости.

II класс- межкорневая кость частично утрачена, но сквозной дефект отсутствует.

III класс - сквозной дефект в области фуркации выявляется при зондировании, но скрыт десной.

IV класс - сквозной дефект межкорневой перегородки, область фуркации можно осмотреть в полости рта и она не скрыта десной.

Классификация P.J. Heins, S.P. Canter (1968):

I класс - вершина альвеолярного гребня обнажает свод фуркации корней, горизонтальное зондирование костного дефекта может сопровождаться погружением градуированного зонда до 2 мм в направлении межкорневой перегородки.

II класс- кроме признаков фуркационного дефекта I класса, возможно горизонтальное погружение градуированного зонда в направлении межкорневой перегородки более чем на 2 мм, но инструмент не проникает на противоположенную сторону.

III класс - соответствует свободному проникновению градуированного зонда на противоположенную сторону при его движении в горизонтальном направлении.

Классификация J. Lindhe (1983):

Начальная (1 класс) деструкция межкорневой перегородки на 1/3 ее поперечного сечения или меньше.

Частичная (2 класс) деструкция межкорневой перегородки превышает 1/3 ее поперечного сечения, но не образует сквозного дефекта.

Тотальная (3 класс) деструкция межкорневой кости в горизонтальном направлении с

формированием сквозного дефекта.

Контролируемая чистка зубов

С целью выработки у пациента навыков ухода за ртом (чистки зубов) и максимально эффективного удаления мягкого зубного налета с поверхностей зубов обучают пациента приемам гигиены рта. Технику чистки зубов демонстрируют на моделях. Индивидуально подбирают средства гигиены рта. Обучение навыкам гигиены рта способствует предупреждению развития воспалительных заболеваний пародонта (уровень убедительности доказательств В).

Контролируемая чистка зубов - чистка зубов, которую пациент осуществляет самостоятельно в присутствии специалиста (врача-стоматолога, гигиениста стоматологического) в стоматологическом кабинете или комнате гигиены рта, при наличии необходимых средств гигиены и наглядных пособий. Цель данного мероприятия — коррекция недостатков техники чистки зубов. Контролируемая чистка зубов позволяет добиться эффективного поддержания уровня гигиены рта (уровень убедительности доказательств В).

Профессиональная гигиена рта включает удаление с поверхности зуба мягких и твердых зубных отложений и позволяет предотвратить развитие воспалительных заболеваний пародонта (уровень убедительности доказательств А).

Алгоритм обучения гигиене рта

Первое посещение

Врач-стоматолог или гигиенист стоматологический определяет гигиенический индекс, затем демонстрирует пациенту технику чистки зубов зубной щеткой, межзубными ершиками и зубными нитями, используя модели зубных рядов, или другие демонстрационные средства.

Существуют разные методы чистки зубов, основанные на круговых, вибрирующих, горизонтальных и вертикальных движениях. Важна не сама техника, а эффективность очищения, последовательность процедуры и отсутствие вредного воздействия.

Чистку зубов начинают с участка в области верхних правых жевательных зубов, последовательно переходя от сегмента к сегменту. В таком же порядке проводят чистку зубов на нижней челюсти.

Обратить внимание на то, что рабочую часть зубной щетки следует располагать под углом 45° к зубу, производить очищающие движения от десны к зубу, одновременно удаляя налет с зубов и десен. Жевательные поверхности зубов очищать горизонтальными (возвратно-поступательными) движениями так, чтобы волокна щетки проникали глубоко в фиссуры и межзубные промежутки. Вестибулярную поверхность фронтальной группы

зубов верхней и нижней челюстей очищать такими же движениями, как моляры и премоляры. При чистке оральной поверхности ручку щетки располагать перпендикулярно к окклюзионной плоскости зубов, при этом волокна должны находиться под острым углом к зубам и захватывать не только зубы, но и десну.

Завершают чистку круговыми движениями зубной щетки при сомкнутых челюстях, осуществляя массаж десен. Длительность чистки составляет 3 минуты.

Для качественной чистки контактных поверхностей зубов необходимо использовать межзубные ершики и зубные нити.

Индивидуальный подбор средств гигиены рта осуществляется с учетом стоматологического статуса пациента (состояния твердых тканей зубов и тканей пародонта, наличия зубочелюстных аномалий, съемных и несъемных ортодонтических и ортопедических конструкций) (Приложение 6). При использовании (в дополнение к ручной чистке зубов и межзубных промежутков) фторированной зубной пастой, ежедневное использование антисептических /антибактериальных ополаскивателей, содержащих фиксированную комбинацию эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат) для полости рта обеспечивает статистически значимое снижение образования зубного налета. Применение ополаскивателей для полости рта, содержащих алкоголь может натолкнуться на этические и культурные барьеры со стороны некоторых групп населения. Для них рекомендуется использование ополаскивателей, не содержащих алкоголь.

Следующее посещение

С целью закрепления полученных навыков проводят контроль индивидуальной гигиены рта (контролируемая чистка зубов).

Алгоритм контролируемой чистки зубов

Контролируемая чистка зубов – это чистка зубов, которую пациент осуществляет самостоятельно в присутствии врача-стоматолога.

Первое посещение

— Обработка зубов пациента окрашивающим средством, определение гигиенического индекса, демонстрация пациенту с помощью зеркала мест наибольшего скопления зубного налета.

— Чистка зубов привычным для пациента способом.

— Повторное определение гигиенического индекса, оценка эффективности чистки зубов (сравнение показателей индекса гигиены до и после чистки зубов), демонстрация пациенту с помощью зеркала окрашенных участков, где зубной налет не был удален при чистке.

— Демонстрация правильной техники чистки зубов на моделях, рекомендации пациенту

по коррекции недостатков гигиенического ухода за ртом, использованию зубных нитей и дополнительных средств гигиены (специальных зубных щеток, зубных ершиков, монопучковых щеток, ирригаторов — по показаниям).

Следующее посещение

Определение гигиенического индекса, при неудовлетворительном уровне гигиены рта — повторение процедуры. Пациента информируют о необходимости являться на профилактический осмотр к врачу раз в 6 месяцев.

Алгоритм профессиональной гигиены рта и зубов

Этапы профессиональной гигиены:

- обучение пациента индивидуальной гигиене рта;
- контролируемая чистка зубов
- удаление над- и поддесневых зубных отложений;
- полирование поверхностей зубов;
- устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета;
- аппликации реминерализирующих и фторсодержащих средств (за исключением районов с высоким содержанием фтора в питьевой воде, более 1 мг/л);
- мотивация пациента к профилактике и лечению стоматологических заболеваний.

Процедура проводится в одно посещение.

При удалении зубных отложений (зубной камень, мягкий зубной налет) следует соблюдать ряд условий:

- провести обработку рта раствором антисептика (0,06% раствор хлоргексидина, 0,05% раствор перманганата калия);
- при выраженной гиперестезии зубов и отсутствии общих противопоказаний удаление зубных отложений нужно проводить под местным обезболиванием;
- изолировать обрабатываемые зубы от слюны;
- обратить внимание на то, что рука, удерживающая инструмент, должна быть фиксирована на подбородке пациента или соседних зубах, терминальный стержень инструмента располагается параллельно оси зуба, основные движения – рычагообразные и соскабливающие – должны быть плавными, нетравмирующими.

В области металлокерамических, керамических, композитных реставраций, имплантатов (при обработке последних используются пластиковые инструменты), применяют ручной способ удаления зубных отложений.

Ультразвуковые аппараты не следует использовать у пациентов с респираторными и инфекционными заболеваниями, а также у больных с кардиостимуляторами.

Для удаления налета и полирования поверхностей зубов используют резиновые

колпачки, для жевательных поверхностей — вращающиеся щеточки, для контактных поверхностей — вращающиеся ершики, резиновые конусы, суперфлоссы, флоссы и абразивные штрипсы. Полировочную пасту следует использовать, начиная с крупнодисперсной и заканчивая мелкодисперсной. При обработке поверхностей имплантатов следует использовать мелкодисперсные полировочные пасты и резиновые колпачки.

Необходимо устранить факторы, способствующие скоплению зубного налета: удалить нависающие края пломб, провести повторное полирование пломб.

Периодичность проведения профессиональной гигиены полости рта и зубов зависит от стоматологического статуса пациента (гигиенического состояния полости рта, интенсивности кариеса зубов, состояния тканей пародонта, наличия несъемной ортодонтической конструкции и стоматологических имплантатов). Минимальная периодичность проведения профессиональной гигиены — 2 раза в год.

**ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДБОРУ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТА**

Контингент пациентов	Рекомендуемые средства гигиены
<p>Население районов с содержанием фторида в питьевой воде менее 1 мг/л. Наличие у пациента очагов деминерализации эмали, гипоплазии</p>	<p>Зубная щетка мягкая или средней жесткости, противокариозные зубные пасты — фторид- и кальцийсодержащие (соответственно возрасту), зубные нити (флоссы), фторидсодержащие ополаскиватели</p>
<p>Население районов с содержанием фторида в питьевой воде более 1 мг/л. Наличие у пациента проявлений флюороза</p>	<p>Зубная щетка мягкая или средней жесткости, зубные пасты не содержащие фторид, кальцийсодержащие; зубные нити (флоссы), не пропитанные фторидами, ополаскиватели, не содержащие фторид</p>
<p>Пациенты с воспалительными заболеваниями пародонта</p>	<p>Зубная щетка с мягкой щетиной, противовоспалительные зубные пасты (с лекарственными травами, антисептиками*, солевыми добавками), зубные нити (флоссы), ополаскиватели с противовоспалительными компонентами</p> <p>* <i>Примечание:</i> рекомендуемый курс использования зубных паст и ополаскивателей с антисептиками — 7—10 дней;</p> <p>- с фиксированной комбинацией эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат) - для длительного ежедневного применения;</p> <p><u>Вне периода обострения и с профилактической целью:</u></p> <p>Зубная щетка с мягкой щетиной, противовоспалительные зубные пасты (с лекарственными травами, антисептиками*, солевыми добавками), зубные нити (флоссы), ополаскиватели с противовоспалительными компонентами.</p> <p>* <i>Примечание:</i> рекомендуемый курс использования зубных паст и ополаскивателей с антисептиками — 7—10 дней;</p> <p>При необходимости длительного ежедневного применения рекомендуются ополаскиватели с фиксированной комбинацией эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат)</p>

Наличие у пациента зубочелюстных аномалий (скученность, дистопия зубов)	Зубная щетка средней жесткости и лечебно-профилактическая зубная паста (соответственно возрасту), зубные нити (флоссы), зубные ершики, ополаскиватели
Наличие у пациента во рту брекет-систем	Зубная щетка ортодонтическая средней жесткости, противокариозные и противовоспалительные зубные пасты (чередование), зубные ершики, монопучковые щетки, зубные нити (флоссы), ополаскиватели с противокариозными и противовоспалительными компонентами, ирригаторы
Наличие у пациента стоматологических имплантатов	Зубная щетка с различной высотой пучков щетины*, противокариозные и противовоспалительные зубные пасты (чередование), зубные ершики, монопучковые щетки, зубные нити (флоссы), не содержащие спирта ополаскиватели с противокариозными и противовоспалительными компонентами, ирригаторы Не следует использовать зубочистки и жевательные резинки * <i>Примечание:</i> зубные щетки с ровной подстрижкой щетины использовать не рекомендуется вследствие их более низкой очищающей эффективности
Наличие у пациента съемных ортопедических ортодонтических конструкций	Зубная щетка для съемных протезов (двусторонняя, с жесткой щетиной), таблетки для очищения съемных протезов
Пациенты с повышенной чувствительностью зубов.	Зубная щетка с мягкой щетиной, зубные пасты для снижения чувствительности зубов (содержащие хлорид стронция, нитрат калия, хлорид калия, гидроксианатит), зубные нити (флоссы), ополаскиватели для чувствительных зубов
Пациенты с ксеростомией	Зубная щетка с очень мягкой щетиной, зубная паста с ферментными системами и низким пенообразованием, ополаскиватель без спирта, увлажняющий гель, зубные нити (флоссы)

Алгоритмы пломбирования кариозных полостей и проведения ортопедических манипуляций (см. ПВБ Болезни периапикальных тканей)

Алгоритм и особенности постоянного шинирования цельнолитыми съёмными конструкциями при болезнях пародонта.

Главными задачами ортопедического лечения являются стабилизация клинической ситуации и перевод субкомпенсированного и декомпенсированного состояния в компенсированное и субкомпенсированное соответственно. Эти задачи достигаются применением постоянного протезирования и шинирования с применением съёмных, несъёмных конструкций и их комбинацией. Планирование ортопедического лечения проводится с учетом одонтопародонтограммы, видов стабилизации, предложенными Курляндским В.Ю.. Шинирование проводится цельнолитыми съёмными протезами и/или бюгельными протезами. При изготовлении бюгельных протезов, особенно шинирующих, в обязательном порядке проводится параллелометрия, после проведения которой и получения обзорной линии разбирается вопрос о планировании конструкции бюгельного протеза. Основными принципами этого планирования является последовательность при выборе отдельных элементов протеза и способов распределения функциональной нагрузки в зависимости от морфологических условий и функционального состояния опорных тканей.

Планирование опорно-удерживающих элементов начинают с выбора кламмеров, по конструкции наиболее соответствующим данным анатомических и функциональных условий.

При планировании и изготовлении цельнолитых съёмных конструкций важной задачей является подготовка зубных рядов:

- а) подготовка места для кламмеров и окклюзионных накладок;
- б) восстановление анатомической формы опорных зубов;
- в) иммобилизация (шинирование) для равномерного распределения жевательной нагрузки.

АЛГОРИТМ И ОСОБЕННОСТИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ БЮГЕЛЬНЫХ ПРОТЕЗОВ

Первое посещение

Перед началом лечения необходимо изготовить диагностические модели, которые позволяют определить наличие места для окклюзионных частей кламмеров. После этого принимают решение о протезировании, на том же приеме приступают к лечению. При отсутствии места на модели отмечают участки, подлежащие сошлифовыванию, после чего проводят необходимое сошлифовывание твёрдых тканей зубов полости рта в местах, где

будут располагаться окклюзионные накладки, допустимо искусственное углубление естественных фиссур зубов. При необходимости опорные зубы покрываются искусственными бюгельными коронками.

Первым этапом изготовления бюгельного протеза является снятие слепков (оттисков). С протезируемой челюсти снимается рабочий слепок (оттиск), с противоположной — прикусной, с помощью стандартных слепочных (оттискных) ложек и альгинатных слепочных (оттискных) масс. Рекомендуется края ложек перед снятием слепков (оттисков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции слепочного (оттискного) материала. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества слепков (оттисков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

Отливаются модели: рабочая модель из супергипса, прикусная — из простого гипса.

Проводится параллелометрия и определяется путь введения и выведения шинирующего бюгельного протеза.

Следующее посещение

Наложение и припасовка цельнолитого каркаса бюгельного протеза. Особое внимание следует обращать на отсутствие давления дуги бюгельного протеза на слизистую оболочку, точность прилегания и охвата опорно-удерживающими элементами (кламмерами и окклюзионными накладками) опорных зубов, отсутствие балансирования.

Дуга бюгельного протеза на нижнюю челюсть на всем своем протяжении должна отстоять от слизистой оболочки у верхнего края на 0,5—0,6 мм, у нижнего — не менее чем на 1 мм. Дуга протеза на верхнюю челюсть отстоит от слизистой на 0,6—1 мм. Отклонение от этих требований может привести к образованию пролежней в будущем. Внесение исправлений в металлический каркас нежелательно, т. к. его истончение чревато переломом или уменьшением жесткости. Проводится определение центрального соотношения челюстей с применением изготовленных в зуботехнической лаборатории восковых базисов с окклюзионными валиками. Особое внимание следует обращать на формирование правильной протетической плоскости, определение высоты нижнего отдела лица.

Выбор цвета, размера и формы искусственных зубов производится в соответствии с оставшимися зубами и индивидуальными особенностями (возраст пациента, размеры и форма лица).

Следующее посещение

Проверка конструкции протеза (постановки зубов на восковой конструкции, проведенной в условиях зуботехнической лаборатории) на восковом базисе для оценки правильности

всех предыдущих клинических и лабораторных этапов изготовления протеза и внесения необходимых исправлений.

Следующее посещение

Наложение и припасовка готового бюгельного протеза после лабораторного этапа замены воскового базиса седловидной части на пластмассовый.

Перед наложением необходимо оценить качество базиса протеза (отсутствие пор, острых краев, выступов, шероховатостей и т. д.). Цвет может указывать на некачественную полимеризацию.

Протез вводят в полость рта, проверяют плотность смыкания зубных рядов и фиксацию бюгельного протеза, точность прилегания и охвата опорно-удерживающими элементами (кламмерами и окклюзионными накладками) опорных зубов, отсутствие балансирования.

Следующее посещение

Первая коррекция назначается на следующий день после сдачи протеза, далее по показаниям (не чаще одного раза в три дня). Период адаптации может длиться до 1,5 месяца.

При появлении болей в области тканей протезного ложа, связанных с травмой слизистой оболочки, больному рекомендуют немедленно прекратить пользоваться протезом, явиться на прием к врачу, возобновив пользование протезом за 3 часа до посещения врача.

При механическом повреждении слизистой оболочки, образовании язв под седловидной частью бюгельного протеза участки протеза в этих местах минимально сошлифовываются. Коррекцию базиса протеза проводят до появления первого субъективного ощущения уменьшения болевого синдрома. В случае неправильного изготовления дуги бюгельного протеза допускается минимальное ее сошлифовывание. Однако следует учитывать, что истончение дуги чревато переломом или уменьшением жесткости.

Назначается медикаментозная терапия противовоспалительными средствами и средствами, ускоряющими эпителизацию слизистой оболочки рта.

Пациенты с аллергическими реакциями

При выявлении аллергического анамнеза проводят аллергические кожные пробы на материал базиса протеза. При положительной реакции на пластмассу рекомендуется изготавливать бюгельные протезы с использованием бесцветной пластмассы. При появлении у пациента аллергической реакции на металл, из которого изготовлен каркас, производится золочение металлических частей гальваническим методом.

Пациента инструктируют по поводу правил пользования конструкцией и указывают на необходимость регулярного посещения врача 1 раз в полгода.

**ФОРМА ДОБРОВОЛЬНОГО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА
ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПРОТОКОЛА ПРИЛОЖЕНИЕ К МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЕ**

№ _____

Пациент

ФИО

получая разъяснения по поводу диагноза пародонтит, получил информацию:

об особенностях течения заболевания _____

вероятной _____ длительности _____ лечения _____

о _____ вероятном
прогнозе _____

Пациенту _____ предложен _____ план _____ обследования _____ и _____ лечения,
включающий _____

Пациенту
предложено _____

_____ из материалов _____

Примерная стоимость лечения составляет около _____

Пациенту известен прейскурант, принятый в клинике.

Таким образом, пациент получил разъяснения о цели лечения и информацию о планируемых методах диагностики и лечения.

Пациент извещен о необходимости подготовки к лечению:

Пациент извещен о необходимости в ходе лечения

получил указания и рекомендации по уходу.

Пациент извещен, что несоблюдение им рекомендаций врача может отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Пациент получил информацию о типичных осложнениях, связанных с данным заболеванием, с необходимыми диагностическими процедурами и с лечением.

Пациент извещен о вероятном течении заболевания и его осложнениях при отказе от лечения. Пациент имел возможность задать любые интересующие его вопросы касательно состояния его здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы.

Пациент получил информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Беседу провел врач _____ (подпись врача).

«___» _____ 200___ г.

Пациент согласился с предложенным планом лечения, в чем

расписался

собственноручно _____

(подпись пациента)

или

расписался его законный

представитель _____

(подпись законного представителя)

или
что удостоверяют присутствовавшие при
беседе _____

(подпись врача)
(подпись свидетеля)

Пациент не согласился с планом лечения
(отказался от предложенного вида протеза), в чем расписался собственноручно.
(подпись пациента)

или расписался его законный
представитель _____
(подпись законного представителя)

или
что удостоверяют присутствовавшие при
беседе _____

(подпись врача)
(подпись свидетеля)

Пациент изъявил желание:

- дополнительно к предложенному лечению пройти обследование
- получить дополнительную медицинскую услугу
- вместо предложенного материала пломбы получить

Пациент получил информацию об указанном методе обследования/лечения.

Поскольку данный метод обследования/лечения также показан пациенту, он внесен в план
лечения.

«__» _____ 20__ г. _____
(подпись пациента)
(подпись врача)

Поскольку данный метод обследования/лечения не показан пациенту, он не внесен в план
лечения.

«__» _____ 20__ г. _____
(подпись пациента)
(подпись врача)

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

1. Зубы необходимо чистить мягкой зубной щеткой с пастой два раза в день. После еды следует полоскать рот для удаления остатков пищи.
2. Для чистки межзубных промежутков можно использовать межзубные ершики, зубные нити (флоссы).
3. По рекомендации (назначению) лечащего врача-стоматолога применять ирригатор, после обучения правилам его использования.
4. При возникновении кровоточивости при чистке зубов нельзя прекращать гигиенические процедуры. Если кровоточивость не проходит в течение 3- дней, необходимо обратиться к врачу.
5. Профессиональная гигиена (удаление над- и поддесневых зубных отложений) должна проводиться не реже 1 раза в 4 месяца у лечащего врача-стоматолога.
6. Если после проведения профессиональной гигиены появилась повышенная чувствительность твердых тканей зубов, использовать специальные зубные пасты для снижения чувствительности зубов и обратиться к своему лечащему врачу-стоматологу.
7. После проведения шинирования не рекомендуется откусывать жесткую пищу во избежание повреждения шины.
8. После проведения операций на мягких тканях (френулотомия, френулэктомия, вестибулопластика) и после зубосохраняющих операций необходимо:
 - строго следовать указаниям и рекомендациям лечащего врача-стоматолога;
 - делать ротовые ванночки с растворами антисептиков;
 - при возникновении боли после проведения оперативного вмешательства необходимо принять обезболивающий препарат;
 - при отеке, возникающем на 2-3 сутки после оперативного вмешательства, принять любой антигистаминный препарат и немедленно обратиться к лечащему врачу-стоматологу;
9. В течение 3 дней после проведения оперативного вмешательства исключить физические нагрузки и пребывание в местах с высокой температурой (бани, сауны, горячий душ)
10. Обязательно посещать плановые осмотры.

Алгоритм удаления зуба

Хирургическое вмешательство проводится как минимум через неделю после профессиональной гигиены. Операцию проводят под местной анестезией. Отделяют круговую связку от шейки зуба и десну от края альвеолы, после чего производят удаление зуба. Проводят кюретаж лунки зуба и гемостаз послеоперационной раны.

Алгоритм вскрытия пародонтального абсцесса

Лечение пародонтального абсцесса десневого происхождения заключается в возможности дренирования его через десневой край. При апикальном расположении пародонтального абсцесса, делается разрез по нижней границе очага воспаления.

Операцию проводят под местной анестезией. При апикальном расположении пародонтального абсцесса, делается разрез по нижней границе очага воспаления для создания оттока, затем проводят антисептическую обработку и, при необходимости, дренируют.

Алгоритм проведения гингивэктомии

Гингивэктомия — иссечение части десны.

Хирургическое вмешательство проводится как минимум через неделю после профессиональной гигиены. Операцию проводят под местной анестезией. Пинцетом Крейна-Каплана проводят маркировку дна десневого кармана, затем скальпелем, расположенным под тупым углом к коронке зуба отсекают часть десны. Обращают особое внимание на то, чтобы скальпель был в постоянном контакте с поверхностью зуба. Очищают поверхность от зубных отложений, полируют поверхность корня, промывают операционную рану антисептическим раствором; после чего накладывают изолирующую пародонтальную повязку.

Алгоритм проведения пластики уздечки верхней (нижней) губы, языка.

Френулотомия – это рассечение уздечки от верхушки прикрепления до основания.

Френулэктомия – это полное иссечение уздечки, включая прикрепление к альвеолярному отростку

Хирургическое вмешательство проводится как минимум через неделю после профессиональной гигиены. Операцию проводят под местной анестезией. Производят захват уздечки у основания и иссечение с помощью ножниц. По краям ромбовидного разреза накладывают швы. Обращают особое внимание на сопоставление краев раны.

Алгоритм проведения вестибулопластики

Вестибулопластика - операция углубления преддверия полости рта

Хирургическое вмешательство проводится как минимум через неделю после профессиональной гигиены. Операцию проводят под местной анестезией. Скальпелем делают разрез на слизистой оболочке губы по месту прикрепления ее к десне и параллельно надкостнице тупым путем проводят углубление преддверия на 10—15 мм, по всей поверхности раны накладывают йодоформный тампон. Снаружи на губе фиксируют давящую повязку на несколько часов.

Алгоритм проведения лоскутной операции

Лоскутная операция – это вмешательство, при котором доступ к области операции создается путем формирования слизистого (расщепленного) или слизисто-надкостничного (полного) лоскута, а при завершении операции лоскут укладывается на прежнее место (простой) или переносится на новое (перемещенный). Лоскутная операция позволяет под визуальным контролем качественно обработать операционное поле.

Хирургическое вмешательство проводится как минимум через неделю после профессиональной гигиены. Операцию проводят под местной анестезией. Проводят параллельные вертикальные разрезы с вестибулярной и оральной поверхностей от края десны до слизисто-десневой границы, затем рассекают десневые сосочки и отслаивают слизисто-надкостничные лоскуты, промывают операционную рану антисептическим раствором. Под визуальным контролем тщательно удаляют поддесневые твердые зубные отложения, инфицированный цемент, грануляционную и эпителиальные ткани. Внутренние поверхности лоскута дезэпителизируют острыми ножницами. Полируют поверхность корня финирами, полирами. Обращать особое внимание на необходимость постоянного орошения операционного поля растворами антисептиков и изотоническим раствором хлорида натрия. При необходимости в костные дефекты вводят остеопластические (остеоиндуктивные) материалы. Применение остеоиндуктивных материалов возможно только после шинирования подвижных зубов временными или постоянными ортопедическими конструкциями.

Лоскут укладывают на место и фиксируют.

Алгоритм ультразвукового удаления наддесневых и поддесневых зубных отложений

Противопоказания к использованию ультразвукового метода

8. Общие
 8. Острые инфекционные заболевания
 9. Беременность
 10. Дети до 14 лет
 11. Заболевание глаз (катаракта)
 12. Кардиостимулятор
9. Местные
 8. Незрелая эмаль зуба
 9. Герпес простой в стадии обострения
 10. Зоны деструкции твердых тканей зуба
 11. Микротрещины эмали
 12. Наличие заболеваний полости рта в острой стадии

Обработка зубов осуществляется непрерывным движением вдоль шейки каждого зуба, без излишнего давления, начиная с вестибулярной поверхности, затем обрабатываются апроксимальные и оральная поверхности.

Кончик инструмента должен располагаться вдоль и под острым углом к обрабатываемой поверхности. Поверхность зуба следует обрабатывать с перерывом, учитывая термическое воздействие скейлера на пульпу зуба. Обращать особое внимание на зоны декальцинации, кариеса, эрозии, повышенной стираемости, краев реставрации, искусственных коронок, ортодонтических конструкций и систем и имплантатов. Необходимо также избегать контакта слизистой оболочки с наконечником ультразвукового и звукового приборов из-за опасности ее повреждения.

Обработку зубов следует проводить в определенной последовательности во избежание пропуска отдельных зубов. Ультразвуковая обработка обязательно завершается доснятием остатков зубных отложений ручными инструментами, полированием зубов специальной пастой при помощи полировочных резинок и щеточек, обработкой межзубных промежутков флоссами и штрипсами. Покрытие фторсодержащими препаратами – по необходимости.

Алгоритм удаления наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами).

Механическая обработка поверхностей зубов, выполняется ручными или ультразвуковыми инструментами, а чаще всего в комбинации использования этих инструментов. Как правило, после обработки инструментами с электроприводом (звуковое или ультразвуковое оборудование) необходимо вручную снять остатки зубных отложений и сгладить или заполировать поверхность корня. Для этого используют ручные скелеры – прямой и изогнутый, минимальный набор зоноспецифических кюрет Грейси из четырех двусторонних инструментов (5/6, 7/8, 11/12, 13/14).

Удаление зубных отложений начинают с вестибулярной поверхности зуба, затем удаляют с апроксимальных поверхностей и в последнюю очередь – с оральной поверхности.

Кюрета 5/6

Вестибулярная поверхность фронтальных зубов

Обработка задне- щечной поверхности: пациент находится в положении полулежа, голова повернута вправо. Положение врача на «9 часов». Рабочая рука опирается на большой палец левой руки, который придерживает зуб. Прямая видимость рабочей зоны.

Один режущий край инструмента обрабатывает задне- щечную поверхность зуба, а другой (с обратной стороны) – задне- щечную поверхность зуба.

Небная поверхность фронтальных зубов

Обработка задне- небной поверхности: голова пациента повернута вправо и назад. Положение врача на «11 часов». Рабочая рука опирается на впереди стоящий зуб (например, при обработке аднее-небной поверхности зуба 2.2 – рабочая рука опирается непосредственно на зуб 2.1). Непрямая видимость – при помощи зеркала.

Передне-небная и задне-небная поверхности обрабатываются разными концами кюреты.

Кюрета 11/12

Мезиальная поверхность жевательных зубов

Обработка мезиальной поверхности (доступ со щечной стороны): голова пациента слегка наклонена вправо. Положение врача «на 10 часов». Прямая опора на соседний зуб. Прямая видимость. Безымянный палец создает точку опоры рабочей руки, располагаясь как можно ближе к мезиальной поверхности обрабатываемого зуба. Кюретаж поддесневой поверхности осуществляется вращательными движениями предплечья вокруг точки опоры.

Кюрета 11/12 используется со щечной стороны, чтобы очистить мезиальную

поверхность, включая вход в фуркацию.

Обработка мезиальной поверхности (доступ с небной стороны): голова пациента наклонена назад и влево. Положение врача «на 8 часов». Опора на нижнюю челюсть или на зубы антагонисты. Ведение по большому пальцу левой руки. Прямая видимость. Часть фуркации можно обработать только из небного доступа. Большой палец левой руки направляет и стабилизирует инструмент. Для того чтобы очистить корень, достаточно очень легких усилий, если инструмент правильно заточен.

Кюрета 13/14

Дистальная поверхность жевательных зубов

Обработка дистальной поверхности (доступ со щечной стороны): голова пациента повернута вправо. Положение врача на «10 часов». Опора на соседние зубы. Видимость прямая; зеркалом отодвигают мягкие ткани щеки. Безымянный палец опирается на зуб 2.5, вблизи обрабатываемой зоны (дистальная поверхность зуба). Часть плеча инструмента, ближайшая к рабочей части, должна быть параллельна поверхности зуба.

Обработка дистальной поверхности (доступ с небной стороны): голова пациента повернута влево. Положение врача «на 9 часов». Опора на тыльную поверхность указательного пальца левой руки. Этот палец также направляет инструмент и оказывает давление на него. Прямая видимость. Небный корень очищается в направлении от неба к контактному пункту и фуркации.

Кюрета 7/8

Вестибулярная поверхность жевательных зубов

Обработка щечной поверхности зуба: голова пациента слегка наклонена в направлении врача. Положение врача «на 10 часов». Опора на соседний зуб. Прямая видимость. Вестибулярную поверхность очищают не только вертикальными, но диагональными и горизонтальными движениями. Средний палец располагается в первом углублении плеча инструмента (Рис.86). Углубление на вестибулярной поверхности соответствует входу в щечную фуркацию. Если корни обнажены, то вблизи фуркации их обрабатывают кюретами 11/12 (с мезиальной стороны) и 13/14 (с дистальной стороны)

Небная поверхность жевательных зубов

Обработка небной поверхности: голова пациента повернута влево, «от врача». Положение врача «на 8 часов». Опора на окклюзионную поверхность. Точка опоры располагается непосредственно на жевательной поверхности. Видимость прямая. С небной стороны корень обычно выпуклый, однако могут оставаться узкие желобки,

затрудняющие обработку.

Гладкость поверхностей зубов после процедуры проверяют зондом-эксплорером и флоссами в межзубных промежутках.

Контроль качества проведенных манипуляций. После снятия зубных отложений врач должен проконтролировать качество проведенных мероприятий с помощью зонда, зеркала, флоссов, а также с помощью прикусных прицельных снимков. Последовательно и аккуратно со всех поверхностей просматривается каждый обработанный зуб.

Алгоритм проведения закрытого кюретажа

Кюретаж пародонтального кармана – хирургическая манипуляция, направленная на уменьшение глубины пародонтального кармана или его устранение. Цель проведения кюретажа заключается в удалении поддесневого зубного камня, грануляций, вегетирующего эпителия десневой борозды, воспаленной соединительной ткани стенки кармана.

Техника закрытого кюретажа.

После медикаментозной обработки под инфльтрационной или проводниковой анестезией удаляют поддесневые зубные отложения и патологически измененный цемент корня зуба в следующей последовательности: сначала вестибулярно, затем апроксимально и орально. При этом инструмент направляют от верхушки корня к коронке зуба, плотно прижимая его к поверхности корня, либо из глубины вокруг корня к краю коронки, по диагонали. В процессе промывают операционное поле антисептическим раствором. Далее приступают к удалению грануляционной ткани со дна кармана острой кюретой. Последний этап — дезэпителизация кармана ножницами. После этого операционное поле обрабатывают изотоническим раствором хлорида натрия, десну плотно прижимают к зубу и накладывают защитную повязку.

Послеоперационный уход в течение недели:

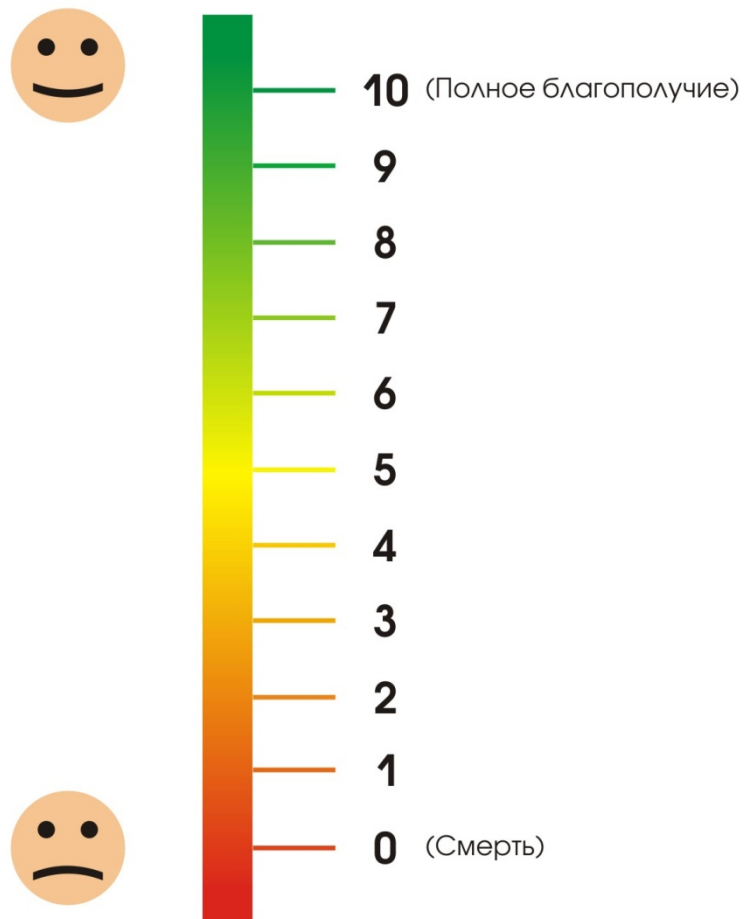
- пародонтальную повязку сохранять от 2 до 5 дней, ограничив чистку зубов щеткой на этом участке; после удаления повязки необходимо вернуться к применению зубной щетки.
- медикаментозное лечение: ротовые ванночки с антисептическим раствором 2 раза в день по 3-5 минут.
- местное применение кератопластических препаратов после удаления повязки.

АНКЕТА ПАЦИЕНТА

ФИО _____ ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ _____

КАК ВЫ ОЦЕНИВАЕТЕ ВАШЕ ОБЩЕЕ САМОЧУВСТВИЕ НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ?

Отметьте, пожалуйста, на шкале значение, соответствующее состоянию Вашего здоровья.



Алгоритм и особенности временного шинирования при болезнях пародонта.

Временная шина – ортопедическая конструкция, используемая для иммобилизации группы зубов или всего зубного ряда на время лечения заболеваний пародонта до начала постоянного шинирования.

При генерализованном пародонтите в шину включают все зубы, при локализованном пародонтите в шину, помимо пораженного участка, обязательно включают зубы с непораженным пародонтом. При атрофии костной ткани до $\frac{1}{2}$ длины корня - шинирование проводится в горизонтальной плоскости, при атрофии до $\frac{3}{4}$ - необходимо шинировать зубы в горизонтальной и вертикальной плоскости.

Временная шина должна соответствовать следующим требованиям: фиксировать группу зубов и/или весь зубной ряд, легко накладываться и сниматься при необходимости, равномерно распределять давление, при необходимости восполнять дефект зубного ряда, не травмировать слизистую оболочку рта, не препятствовать лечебным мероприятиям, отличаться простотой изготовления

Временная шина может быть изготовлена из пластмассы, ортодонтической проволоки, армированного композита на основе органической или неорганической матрицы.

При планировании применения временной шины следует обращать внимание на степень тяжести заболевания, наличие дефектов зубных рядов, снижение высоты нижнего отдела лица.

После диагностических исследований и выбора конструкции временной шины на том же приеме приступают к лечению.

Алгоритм и особенности изготовления временной шины из пластмассы

Первым этапом изготовления временной шины из пластмассы является получение оттисков с обеих челюстей при помощи стандартных оттискных ложек и альгинатных оттискных масс. Рекомендуется края ложек перед снятием оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря или использовать специальный клей для лучшей ретенции оттискного материала. После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков. Отливаются модели из гипса.

Следующее посещение.

Определение центрального соотношения челюстей для определения правильного положения нижней челюсти по отношению к верхней в трех плоскостях

(вертикальной, сагиттальной и трансверзальной).

Определение центрального соотношения челюстей производится с применением изготовленных в зуботехнической лаборатории восковых базисов с окклюзионными валиками. Особое внимание следует обращать на высоту нижнего отдела лица. При дефектах зубных рядов производится подбор искусственных зубов.

Следующее посещение.

Перед наложением и припасовкой готовой временной шины во рту необходимо оценить качество шины.

Шину вводят в рот, проверяют прилегание и фиксацию к зубам, отсутствие балансирования.

Особое внимание следует обратить на окклюзионные контакты и отсутствие блокирований движений нижней челюсти.

При необходимости проводят частичную и/или полную перебазировку временной шины при помощи самотвердеющей пластмассы.

Алгоритм и особенности изготовления оральной многозвеньевой шины из пластмассы.

Первым этапом изготовления оральной многозвеньевой шины из пластмассы является получение оттисков с одной и/или обеих челюстей при помощи стандартных оттискных ложек и альгинатных оттискных масс. Рекомендуется края ложек перед снятием оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря или использовать специальный клей для лучшей ретенции оттискного материала. После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков. Отливаются модели из гипса.

На гипсовой модели с оральной стороны на границе от режущего края и/или перехода жевательной поверхности в оральную до линии экватора зуба равномерным слоем толщиной 2-3 мм наносят самотвердеющую пластмассу. При наличии трем и дефектов зубных рядов также заполняют пластмассой. После отверждения пластмассы оральную поверхность обрабатывают и полируют. Шину снимают с модели и припасовывают во рту

Особое внимание следует обратить на прилегание шины и ее фиксацию к зубам, отсутствие балансирования.

При необходимости проводят частичную и/или полную перебазировку временной шины при помощи самотвердеющей пластмассы.

Фиксацию оральной многозвеньевой шины к зубам можно проводить на различные материалы (стоматологический цемент, светоотверждаемый материал и

т.д.).

Алгоритм и особенности изготовления шины из армированного композита на основе органической матрицы.

Работы с армирующими материалами на основе органической матрицы требуют работы с использованием специальных перчаток и ножниц, особые условия хранения. Изготовление шины проводится в одно посещение. При подвижности зубов 1-2 степени не требуется создания ретенционных пунктов, располагается на небной или язычной поверхностях. При подвижности 2-3 степени и при шинировании боковой группы зубов требуется создание ретенционных борозд глубиной 1-1.5 мм, на зубах передней группы шина может располагаться по режущему краю, на зубах боковой группы ретенционные борозды создаются на окклюзионной поверхности.

Алгоритм изготовления:

1. Удаление зубных отложений, при необходимости создание ретенционных пунктов.
2. Измерение длины армирующего волокна с помощью фольги.
3. Пропитывание волокна специальным бондом для предотвращения разволокнения.
4. Травление твердых тканей зубов.
5. Нанесение и полимеризация бондинговой системы на ткани зубов.
6. Нанесение жидкотекучего композита и погружение в него армирующего волокна, моделирование и полимеризация.
7. Обработка шины, выверение окклюзионных контактов, полировка.

Алгоритм и особенности изготовления шины из армированного композита на основе неорганической матрицы.

Изготовление шины проводится в одно посещение. При подвижности зубов 1-2 степени передних зубов не требуется создания ретенционных пунктов и располагается на небной или язычной поверхностях. При подвижности 2-3 степени и при шинировании боковой группы зубов требуется создание ретенционных борозд глубиной 1-1.5 мм, на зубах передней группы шина может располагаться по режущему краю, на зубах боковой группы ретенционные борозды создаются на окклюзионной поверхности. Последовательность изготовления:

1. Удаление зубных отложений, при необходимости создание ретенционных пунктов.
2. Измерение длины армирующего волокна с помощью фольги.
3. Пропитывание волокна специальным бондом для предотвращения разволокнения.

4. Травление твердых тканей зубов.
5. Нанесение и полимеризация бондинговой системы на ткани зубов.
6. Нанесение жидкотекучего композита и погружение в него армирующего волокна, моделирование и полимеризация.
7. Обработка шины, выверение окклюзионных контактов, полировка.

Алгоритм избирательного пришлифовывания твердых тканей зубов

Избирательное пришлифовывание предполагает коррекцию окклюзии и артикуляции через устранение преждевременных контактов зубов

Показаниями к проведению избирательного пришлифовывания твердых тканей зубов являются:

- Воспалительные заболевания тканей пародонта
- Заболевания височно-нижнечелюстного сустава
- Повышенный тонус жевательной мускулатуры
- Деформации окклюзионных поверхностей в результате нецелесообразного пломбирования или протезирования
- Отсутствие или неравномерная стираемость твердых тканей зубов
- Аномалия развитие зубо-челюстной системы

Противопоказания:

Абсолютных противопоказаний нет.

Относительные противопоказания:

- Наличие болевого синдрома при острых и обострениях хронических заболеваний ВНЧС

Избирательное пришлифовывание – устранение преждевременных контактов путем сошлифовывания твердых тканей в пределах эмали.

Для маркировки окклюзионных контактов применяют артикуляционную бумагу различной толщины, начиная с 200 мкм и заканчивая 8-11 мкм, воск для окклюдодиагностики. Дополнительным методом выявления окклюзионных контактов может быть использование прибора T-scan (TekScan). В сложных случаях при комплексной и обширной реабилитации, с целью изучения окклюзии, необходимо установить диагностические модели в артикулятор.

Рекомендуется проводить избирательное пришлифовывание в 4-6 посещениях с интервалами 7-10 дней для адаптации пародонта и нейромышечной системы. Через 10-15 дней после последнего посещения, при необходимости, проводят избирательное пришлифовывание зубов всех трех классов, проверяют результаты. Повторные посещения проводят 1 раз в 6 месяцев для осмотра и возможной коррекции окклюзии. Избирательное пришлифовывание лучше проводить в первой половине дня. Один сеанс не должен быть более 30-40 мин. При анализе окклюдодиаграммы особое внимание следует уделять состоянию триангулярной площадки. При гармоничном соотношении

челюстей отпечатки жевательной группы зубов представлены тремя видами множественных контактов:

- в области опорных бугров на расстоянии 0,5–1 мм вокруг их вершины
- в области центральных фиссур;
- на боковых скатах бугров с апроксимальных сторон.

Правила функционального избирательного пришлифовывания:

- Для избирательного пришлифовывания используют турбинные наконечники или микромоторы с обязательным водяным охлаждением.
- Вмешательства осуществляются на ограниченных участках поверхностных структур эмали (принцип щадящего препарирования).
- Полностью сохраняется высота бугров для стабилизации прикуса (нёбные бугры верхних моляров и премоляров, щёчные бугры нижних моляров и премоляров).
- Реставрация анатомической формы и уплощение контура зуба в области экватора.
- Устранение супраконтактов наиболее щадящей для тканей зуба методикой пришлифовывания.
- При пришлифовывании в боковых окклюзиях на рабочей стороне должен быть одноименный бугорковый контакт, на балансирующей стороне – разноименный или его отсутствие.

После каждого посещения необходимо проводить полировку и обработку фторсодержащими препаратами пришлифованных поверхностей. Для этого необходимо щёточки, полиры, полировочные пасты.

Чаще всего используют методики функционального избирательного пришлифовывания по Шюллеру и по Д. Дженкельсону (1972), которая является наиболее биологически целесообразной для тканей зуба. Методика по Дженкельсону способствует установлению окклюзионных соотношений в наиболее физиологичной для опорных тканей и удобной для пациента форме. По этой методике устраняют преждевременные контакты, выявленные в центральной и дистальной окклюзиях; боковые и передние артикуляционные движения нижней челюсти при этом не корректируют. По методу Шюллера сначала устраняют контакты в центральной и дистальной окклюзиях, затем в передней окклюзии и в последнюю очередь в боковых окклюзиях.

Смыкание зубных рядов осуществляется самим пациентом (без помощи врача) в наиболее удобном для него положении сидя. В процессе функционального избирательного пришлифовывания оптимальные окклюзионные взаимоотношения

зубных рядов в момент их смыкания полностью контролируются самим большим (ощущение комфорта) и зависят от индивидуального нервно-мышечного контроля центральной окклюзии.

Классификация супраконтактов по Дженкельсону:

- I класс — вестибулярные поверхности щёчных бугров нижних моляров и премоляров, вестибулярные поверхности нижних резцов и клыков;
- II класс — нёбные поверхности нёбных бугров верхних моляров и премоляров;
- III класс — щёчные поверхности нёбных бугров верхних моляров и премоляров.

Алгоритм функционального избирательного пришлифовывания:

Первое посещение

устраняют преждевременные контакты III класса в дистальной окклюзии.

Второе посещение

устраняется преждевременные контакты I класса в центральной окклюзии. Проверка и коррекция результатов предыдущего этапа.

Третье посещение

устранение преждевременных контактов II класса в центральной окклюзии. Проверка и коррекция результатов предыдущего этапа.

Четвертое посещение

устранение преждевременных контактов III класса в центральной окклюзии. Проверка и коррекция результатов предыдущего этапа.

Пятое посещение

Контрольное посещение, проверка всех классов контактов.

Данная методика основана на принципе этапности и включает пять визитов пациента с периодичностью от 5 до 10–12 дней. При необходимости можно сократить сроки между посещениями (от 3 до 7 дней), но последовательность вмешательств менять не рекомендуется. Опытный стоматолог может выполнить избирательное пришлифовывание за один визит, а дополнительную коррекцию провести через 3 дня, когда сам пациент сможет указать на участки, которые доставляют ему неудобства.

Приложение 16

Алгоритм заполнения одонтопародонтограммы по В.Ю. Курляндскому.

Наглядную картину состояния зубных рядов опорного аппарата сохранившихся зубов, антагонизирующих соотношений зубных рядов, функционального состояния

зубочелюстной системы и течения процесса (при сопоставлении динамических записей) дает одонтопародонтограмма по В. Ю. Курляндскому, которую получают путем занесения сведений о каждом зубе и его опорном аппарате в специальную таблицу.

Одонтопародонтограмма позволяет оценить силовые возможности опорно-удерживающего аппарата зубов с целью использования их под те или иные конструкции протезов. В основе одонтопародонтограммы заложены данные максимальной выносливости пародонта к нагрузке, полученные Габером (1939) методом гнатодинмометрии. Минимальное значение выносливости, равное 24 кг и присущее нижним и вторым верхним резцам автор принял за 1, таким образом, молярам, выносливость которых была 72кг, был присвоен коэффициент 3, остальные зубы получили промежуточные значения коэффициента. По мнению В. Ю. Курляндского, в норме при обычной функции опорно-удерживающий аппарат каждого зуба в частности и вся зубочелюстная система в целом функционируют на 50% своей мощности, а 50% остается в резерве. При атрофии костной ткани лунки зуба на $\frac{1}{4}$ в резерве остается 25%, т. е. состояние пародонта компенсированное. При атрофии костной ткани лунки зуба на $\frac{1}{2}$ резерва не остается, т. е. состояние пародонта субкомпенсированное. При атрофии костной ткани лунки зуба на $\frac{3}{4}$ и более состояние пародонта декомпенсированное. Все данные, выявленные на основе заполнения и анализа одонтопародонтограммы, являются одним из основополагающих факторов при выборе конструкции зубных протезов - как несъемных, так и съемных. Правильно заполненная одонтопародонтограмма по В. Ю. Курляндскому позволяет врачу фиксировать в истории болезни статус зубочелюстной системы на момент обследования и проследить его динамику.

При выборе метода ортопедического лечения очень важным моментом является выравнивание силовых взаимоотношений между антагонизирующими зубами, группами зубов или зубными рядами при откусывании и пережевывании пищи. В противном случае функция из фактора, формирующего зубочелюстную систему, превращается в фактор, ее разрушающий. Одонтопародонтограмма представляет собой таблицу, в которую внесены значения пародонта в норме, при атрофии на $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$ и более высоты альвеолы зуба. Для заполнения таблицы необходимо проведение зондирования глубины пародонтального кармана с медиальной, дистальной, вестибулярной и оральной поверхностей. Выбирается максимальное значение и соотносится с коронковой частью зуба. Согласно анатомическим исследованиям соотношения коронковой части зуба к корню равно 1:2, поэтому погружение пародонтального зонда

на величину коронковой части соответствует $\frac{1}{2}$ высоты альвеолы зуба, на половину коронковой части зуба - $\frac{1}{4}$ высоты альвеолы и так далее. Данные зондирования заносятся в соответствующую графу.

	11,5					7,5					11,5						
более $\frac{3}{4}$	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	сумма	
$\frac{3}{4}$ - 75%	0,	0,7	0,7	0,4	0,4	0,4	0,2	0,3	0,3	0,2	0,4	0,4	0,4	0,7	0,75		0,
$\frac{1}{2}$ - 50%	1,	1,5	1,5	0,9	0,9	0,7	0,5	0,6	0,6	0,5	0,7	0,9	0,9	1,5	1,5		1,
$\frac{1}{4}$ - 25%	1,	2,2	2,2	1,3	1,3	1,1	0,7	0,9	0,9	0,7	1,1	1,3	1,3	2,2	2,25		1,
N	2,	3,0	3,0	1,7	1,7	1,5	1,0	1,2	1,2	1,0	1,5	1,7	1,7	3,0	3,0		2,
																30,5	
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
N	2,	3,0	3,0	1,7	1,7	1,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,5	1,7	1,7	3,0	3,0	2,	сумма
$\frac{1}{4}$ - 25%	1,	2,2	2,2	1,3	1,3	1,1	0,7	0,9	0,9	0,7	1,1	1,3	1,3	2,2	2,25	1,	
$\frac{1}{2}$ - 50%	1,	1,5	1,5	0,9	0,9	0,7	0,5	0,6	0,6	0,5	0,7	0,9	0,9	1,5	1,5	1,	
$\frac{3}{4}$ - 75%	0,	0,7	0,7	0,4	0,4	0,4	0,2	0,3	0,3	0,2	0,4	0,4	0,4	0,7	0,75	0,	
более $\frac{3}{4}$	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	11,5					7,0					11,5					30,0	

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Министерство здравоохранения и социального развития РФ:
<http://www.minzdravsoc.ru>
2. Официальный сайт Стоматологической Ассоциации России – e-Stomatology.ru
3. www.mkbs10.ru – международная классификация стоматологических болезней МКБ-С-3 на основе МКБ-10
4. МКБ-10, Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, в 3-х томах - М., 2003.-2440 с.
5. <http://www.who.int/classifications/icd/ICDRevision/en/>
6. Протокол ведения больных «Кариес зубов». – М.: Медицинская книга, 2011 -76 с.
7. Протокол ведения больных «Болезни периапикальных тканей». – М.: Медицинская книга, 2011 – 116 стр.
8. Протокол ведения больных «Болезни пульпы зуба». – М.: Медицинская книга, 2011 – 104 стр.
9. Протокол ведения больных. Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия). Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия). – М.: Медицинская книга, 2011 – 136 стр.
10. Протокол ведения больных «Гингивит». Протокол ведения больных «Острый некротический язвенный гингивит Венсана». - М.: Медицинская книга, 2012 – 96 стр.
11. Номенклатура работ и услуг в здравоохранении. Утверждена Минздравсоцразвития России 12.07.2004 г. - М., 2004. - 211 с.; рабочий актуализированный вариант 2007. – 198 с.
12. Аболмасов Н.Н. Избирательная пришлифовка зубов. – Смоленск, 2004. – 80 с.
13. Барер Г.М. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 ч. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Ч.2. – Болезни пародонта. – 224 с.: 236 ил.
14. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология под редакцией. – М., 2003
15. Безрукова И.В., Грудянов А.И. Агрессивные формы пародонтита. – М.: МИА. – 126 с.
16. Безрукова А.П. Пародонтология. – М., 1999. – 332 с.
17. Боттичелли А.Т. Руководство по стоматологической гигиене. – Издательский дом «Азбука», 2006. – 216 с., ил.
18. Вольф Г.Ф., Ратейцхак Э.М., Ратейцхак К. Пародонтология; Пер. с нем.; Под ред. Проф. Г.М.Барера.-М.:МЕДпресс-информ, 2008.-548 с.: ил.

19. Грудянов А.И. Заболевания пародонта. – М.: Издательство «Медицинское информационное агенство», 2009. – 336 с.: ил.
20. Грудянов А.И., Григорьян А.С., Фролова О.А. Диагностика в пародонтологии. – М., 2004. – 93 с.
21. Грудянов А.И., Москалев К.Е. Инструментальная обработка поверхностей корней зубов. – М., 2005. – 67 с.
22. Грудянов А.И., Ерохин А.И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. – М., 2006. – 120 с.
23. Детъенвиль Р. Лечение пародонтита тяжелой степени. – Издательский дом «Азбука», 2008. – 119 с., ил.
24. Дибарт С, Карима М. Практическое руководство по пластической пародонтологической хирургии. – Издательский дом «Азбука», 2007. – 110 с.
25. Дмитриева Л.А. Терапевтическая стоматология. - М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 896 с.
26. Дмитриева Л.А. Терапевтическая стоматология: национальное руководство / под ред. Л.А.Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 912 с.
27. Дмитриева Л.А. Пародонтология: национальное руководство / под ред. проф. Л.А. Дмитриевой. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2013. – 712 с.
28. Дмитриева Л.А. Пародонтит. - М.:МИА, 2007. – 504 с.
29. Иванов В.С. Заболевания пародонта. – М.: МИА, 1998. – 295 с.
30. Кузьмина Э.М. Гигиенист стоматологический. – ООО «Ридо Н.Н.», 2012. – 416 с.
31. Копейкин В.Н. Ортопедическое лечение заболеваний пародонта. - М.: Триада-Х, 2004. – 174 с.
32. Коэн Э. Атлас косметической и реконструктивной пародонтологической хирургии / Перевод с англ. под ред. проф. О.О. Янушевича– 3-е изд. – М.:АО «Московские учебники», 2011. – 512 с.
33. Леонтьев В.К., Малый А.Ю. Концептуальные подходы к разработке протоколов ведения больных в стоматологии // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. - №6. – с.5-10.
34. Николаев А.И. Практическая терапевтическая стоматология: учеб. пособие/ А.И. Николаев, Л.М. Цепов. – 9-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс – информ, 2010.- 928 с.
35. Ньюман М, Винкельхофф А. Антимикробные препараты в стоматологической

- практике. – Издательский дом «Азбука», 2004. – 328 с.
36. Мюллер Х. – П. Пародонтология. Науч.ред. изд. На русск. яз. проф. А.М. Политун. Пер. с нем. – Львов: ГалДент, 2004. – 256 с.
37. Орехова Л.Ю. Заболевания пародонта. Под редакцией / М.: Поли Медиа Пресс, 2004. – 432 с.: илл.
38. Орехова Л.Ю. «Основы профессиональной гигиены полости рта» - методические указания - Спб.: 2004. - 56с
39. Ортопедическая стоматология: Учебник / Под ред. В.Н. Копейкина, М.З. Миргазизова. – Изд. 2-е, доп. – М.: Медицина, 2001. – 624 с.
40. Руле Ж.-Ф. Профессиональная профилактика в практике стоматолога: атлас по стоматологии / Жан-Франсуа Руле, Стефан Циммер; пер. с нем.; под общ. ред. С.Б. Улитовского, С.Т. Пыркова. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 368 с.: ил.
41. Сивовол С.И. Клинические аспекты пародонтологии. М. – 2001. – 166 с.
42. Терапевтическая стоматология: Учебник / Под ред. М.Ю. Максимовского. – М.: Медицина, 2002. – 640 с.
43. Цепов Л.М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему. – М., 2006. – 192 с.
44. Цепов Л.М., Николаев А.И., Михеева Е.А. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта. - 3-е изд., испр. и доп. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 272 с.: ил.
45. Улитовский С.Б. Практическая гигиена полости рта. М., 2002.
46. Янушевич О.О., Дмитриева Л.А., Ревазова З.Э. Пародонтит XXI век. – М.: МГМСУ, 2012. – 366 с.
47. Янушевич О.О., Гринин В.М., Почтаренко В.А., Рунова Г.С. и др. Заболевания пародонта. Современный взгляд на клинико – диагностические лечебные аспекты: уч. пос., рекомендованное УМО Минздравсоцразвития РФ и Минобразования РФ / под ред. О.О. Янушевича. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 160 с.
48. Янушевич О.О. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки рта. / Под ред. проф. О.О. Янушевича – М.: МГМСУ, 2008. – 228 с.

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ) ПРИ
ДИАГНОЗЕ ЧАСТИЧНОЕ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ (ЧАСТИЧНАЯ ВТОРИЧНАЯ
АДЕНТИЯ, ПОТЕРЯ ЗУБОВ ВСЛЕДСТВИЕ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ,
УДАЛЕНИЯ ИЛИ ЛОКАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА)**

*Утверждены Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений
«Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года*

Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)» подготовлены Московским государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И.Евдокимова (А.Ю. Малый, А.И. Эктова, Ю.А. Гзюнова, И.А. Ругина), Центральным научно-исследовательским институтом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (В.Д. Вагнер), Институтом повышения квалификации ФМБА России (В.Н. Олесова) и Кировской государственной медицинской академией (В.Ю. Никольский, В.А. Разумный) и представляют собой актуализированную версию Протокола ведения больных «Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия)» утвержденного в 2004 году (авторы разработчики - МГМСУ А.Ю. Малый и др., ММА им. И.М. Сеченова - П.А. Воробьев и др., стоматологическая поликлиника № 2 г. Москвы - С.Г. Чеповская и др.).

- ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления зубов или локализованного пародонтита)» предназначен для применения в системе здравоохранения Российской Федерации.

- НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем протоколе использованы ссылки на следующие документы:

- Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.97 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).
- Приказ Минздравсоцразвития России №1664н от 27 декабря 2011г. Об утверждении номенклатуры медицинских услуг.
- Федеральный закон от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).

- ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящем протоколе используются следующие обозначения и сокращения:

МКБ 10 — Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем.

МКБ-С — Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10

Клинические рекомендации - Клинические рекомендации (протокол лечения) «Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления зубов или локализованного пародонтита)».

- ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)» являются рекомендательным документом по оказанию медицинской помощи пациентам, утвержденным медицинской профессиональной организацией Стоматологическая Ассоциация России (СтАР) в установленном порядке, в соответствии с ч.2 ст. 76 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323-ФЗ.

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)» разработан для решения следующих задач:

- установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных с частичным отсутствием зубов;
- унификация разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным с частичным отсутствием зубов;
- обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинском учреждении и на территории в рамках государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

Область распространения настоящего протокола — стоматологические медицинские организации.

В настоящем протоколе используется шкала убедительности доказательств данных:

- **Доказательства убедительны:** есть веские доказательства предлагаемому утверждению.
- **Относительная убедительность доказательств:** есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение.
- **Достаточных доказательств нет:** имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.
- **Достаточно отрицательных доказательств:** имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного лекарственного средства в определенной ситуации.
- **Веские отрицательные доказательства:** имеются достаточно убедительные доказательства того, чтобы исключить лекарственное средство или методику из рекомендаций.

- **ВЕДЕНИЕ ПРОТОКОЛА**

Ведение клинических рекомендаций (протокола лечения)

«Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита) осуществляется Московским государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова Минздрава России). Система ведения предусматривает взаимодействие Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова со всеми заинтересованными организациями.

- ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита) является одним из самых распространенных заболеваний: по данным Всемирной организации здравоохранения, им страдают до 75% населения в различных регионах земного шара [13].

В нашей стране в общей структуре оказания медицинской помощи больным в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля это заболевание составляет от 40 до 75% и встречается во всех возрастных группах пациентов [9, 13, 19].

Частичное отсутствие зубов непосредственным образом влияет на качество жизни пациента. Частичное отсутствие зубов обуславливает нарушение, вплоть до полной утраты, жизненно важной функции организма — пережевывания пищи, что сказывается на процессах пищеварения и поступления в организм необходимых питательных веществ, а также нередко является причиной развития заболеваний желудочно-кишечного тракта воспалительного характера.

Не менее серьезными являются последствия частичного отсутствия зубов для социального статуса пациентов: нарушения артикуляции и дикции сказываются на коммуникационных способностях пациента, эти нарушения, одновременно с изменениями внешности вследствие утраты зубов и развивающейся атрофии жевательных мышц, могут обусловить изменения психоэмоционального состояния, вплоть до нарушений психики.

Частичное отсутствие зубов является также одной из причин развития специфических осложнений в челюстно-лицевой области, таких, как феномен Попова-Годона, дисфункции височно-нижнечелюстных суставов и соответствующего болевого синдрома.

Несвоевременное и некачественное восстановление целостности зубных рядов при их частичном отсутствии обуславливает развитие таких функциональных нарушений, как перегрузка пародонта оставшихся зубов, развитие патологической стираемости, нарушения биомеханики зубочелюстной системы.

Несвоевременное и/или некачественное лечение частичного отсутствия зубов ведет к развитию таких заболеваний зубочелюстной системы, как болезни пародонта, в отдаленной перспективе — к полной утрате зубов — полному отсутствию зубов обеих челюстей.

Понятие «потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита» (K08.1 по МКБ-С — Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10) и такие термины, как «частичная вторичная адентия» и «частичное отсутствие зубов» (в отличие от адентии — нарушения развития и прорезывания зубов — K 00.0), по сути являются синонимами и применяются как в отношении каждой из челюстей, так и к обеим челюстям. Синонимом терминов «частичное отсутствие зубов» и «частичная вторичная адентия» является также понятие дефекта зубного ряда, означающего отсутствие одного или нескольких зубов.

Частичное отсутствие зубов следует отличать от адентии (первичной), при которой дефект зубного ряда развился вследствие отсутствия или гибели зачатков постоянных зубов.

Частичное отсутствие зубов является следствием кариеса и его осложнений, удаления зубов и/или утраты вследствие несчастного случая (травмы), заболеваний пародонта и т. д.

Кариес в нашей стране является одним из самых распространенных заболеваний. Его распространенность у взрослого населения в возрасте от 35 лет и старше составляет 98—99%. Показатели развития осложнений кариеса также высокие: процент удалений в возрастной группе старше 35—44 лет составляет 5,5, а в следующей возрастной группе — 17,29% [33]. В структуре стоматологической помощи по обращаемости больные пульпитом, который, как правило, является следствием нелеченного кариеса, составляют 28—30% [32].

Заболеваемость пародонта в возрастной группе 35—44 лет составляет 86% [31].

Данные заболевания, при несвоевременном и некачественном лечении, могут привести к спонтанной утрате зубов вследствие патологических процессов в тканях пародонта воспалительного и/или дистрофического характера, к удалению не подлежащих лечению зубов и/или их корней при глубоком кариесе, пульпите и периодонтите.

Несвоевременное ортопедическое лечение частичного отсутствия зубов, в свою очередь, обуславливает развитие осложнений в челюстно-лицевой области и височно-нижнечелюстном суставе, а также усугубляет процесс утраты зубов.

Главным признаком частичного отсутствия зубов считается отсутствие в зубном ряду от одного до пятнадцати зубов на одной из челюстей [8, 35].

Клиническая картина характеризуется отсутствием одного или нескольких зубов при наличии одного или нескольких естественных зубов или их корней. Проявления частичного отсутствия зубов зависят от

топографии дефектов и количества отсутствующих зубов и отличаются многообразием.

Особенностью данной патологии является отсутствие у пациентов болевого синдрома. При отсутствии одного или двух, а иногда и нескольких зубов больные нередко не ощущают дискомфорта и не обращаются к врачу.

Частичное отсутствие даже одного зуба в любой функционально ориентированной группе зубов может привести к развитию феномена Попова-Годона, прямого или отраженного травматических узлов, в результате чего развивается воспаление в десне, деструкция костной ткани и развитие патологических карманов, в первую очередь, в области зубов, ограничивающих дефект.

При отсутствии одного или нескольких фронтальных зубов на верхней челюсти клиническая картина характеризуется симптомом «западения» верхней губы. При значительном отсутствии боковых зубов отмечается «западение» мягких тканей щек, губ.

При отсутствии даже одного фронтального зуба на верхней и/или нижней челюсти может наблюдаться нарушение дикции.

Частичное отсутствие зубов на обеих челюстях без сохранения антагонизирующих пар зубов в каждой функционально ориентированной группе зубов приводит к снижению высоты нижнего отдела лица, нередко к развитию ангулярных хейлитов («заеды»), патологии височно-нижнечелюстного сустава, изменениям конфигурации лица, выраженным носогубным и подбородочной складкам, опущению углов рта.

Частичное отсутствие жевательных зубов обуславливает нарушения функции жевания, больные жалуются на плохое пережевывание пищи.

Иногда значительное отсутствие зубов сопровождается привычным подвывихом или вывихом височно-нижнечелюстного сустава.

После утраты или удаления зубов начинаются атрофические процессы в пародонте зубов ограничивающих дефект. При утрате более двух зубов, постепенно развивается атрофия самих альвеолярных отростков, прогрессирующая с течением времени. В пародонте и пульпе зубов лишенных антагонистов так же происходят атрофические процессы (Курляндский В.Ю. 1977).

Частичное отсутствие зубов является необратимым процессом. Восстановление целостности зубных рядов возможно только ортопедическими методами лечения с помощью несъемных и/или съемных конструкций зубных протезов.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЧАСТИЧНОГО ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ (ЧАСТИЧНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИИ)

В клинической практике не выделяют частичное отсутствие зубов (частичную вторичную адентию) верхней челюсти и нижней челюсти.

Принципы классификации одинаковы для обеих челюстей.

Наибольшее распространение и практическое применение получила классификация частичного отсутствия зубов (дефектов зубных рядов) по Кеннеди [8, 14, 17].

В данной классификации выделяется четыре класса:

17. Двусторонний дистально неограниченный дефект (концевой дефект).
18. Односторонний дистально неограниченный дефект (концевой дефект).
19. Односторонний дистально ограниченный дефект (включенный дефект).
20. Отсутствие передних зубов (дефект во фронтальном отделе) (включенный дефект).

Каждый класс имеет ряд подклассов. При клиническом применении классификации Кеннеди врач редко встречается с «чистыми» классами, гораздо чаще наблюдаются варианты подклассов и/или сочетание дефектов различных классов и подклассов.

Другой известной классификацией дефектов зубных рядов является классификация Е.И. Гаврилова [8]. В ней выделяется четыре группы дефектов:

1. Концевые односторонние и двусторонние.
2. Включенные (боковые — односторонние, двусторонние и передние).
3. Комбинированные.
4. Челюсти с одиночно сохранившимися зубами.

Близка к этой классификации классификация дефектов Вильда [17, 54], в которой выделяются следующие основные категории (классы) частичной вторичной адентии:

- Односторонний или двусторонний концевой дефект зубного ряда.
- Один или несколько включенных дефектов.
- Сочетание концевого (концевых) и включенного (включенных) дефектов зубного ряда.

В последние годы, в связи с важностью оценки функционального состояния зубных рядов при частичном отсутствии, все чаще используются модификации по Вильду [17, 54].

При определении моделей пациентов с учетом функционального состояния зубного ряда и возможности восстановления утраченных функций, которая зависит от топографии и количества оставшихся зубов, удобнее взять за основу принцип, заложенный в классификациях Е.И. Гаврилова и Вильда.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ЧАСТИЧНОГО ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ (ЧАСТИЧНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИИ)

Диагностика частичного отсутствия зубов (частичной вторичной

адентии) производится путем клинического осмотра, сбора анамнеза и клинического обследования. Диагностика направлена на исключение факторов, которые препятствуют немедленному началу протезирования. Такими факторами могут быть наличие:

- не санированных зубов;
- не удаленных корней под слизистой оболочкой;
- экзостозов;
- опухолеподобных заболеваний;
- воспалительных процессов;
- заболеваний и поражений слизистой оболочки рта.

При диагностике необходимо учитывать результаты клинического, рентгенологического и других исследований имеющихся зубов, в особенности планируемых под опоры, включая их пародонтальный статус, а также общее и функциональное состояние зубочелюстной системы.

У пациентов, которым планируется ортопедическое лечение с использованием имплантатов, при обследовании необходимо определять степень атрофии альвеолярного отростка (альвеолярной части) челюсти и плотность костной ткани в области каждого предполагаемого места установки имплантата.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЧАСТИЧНОГО ОТСУТСТВИЯ ЗУБОВ (ЧАСТИЧНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИИ)

Основные принципы ортопедического лечения частичного отсутствия зубов:

- При планировании ортопедического лечения приоритетным должно быть сохранение оставшихся зубов.
- Каждый зуб, планируемый под опору протеза, необходимо оценить с точки зрения перспектив состояния твердых тканей, пульпы, периапикальных тканей, пародонта. В зависимости от результатов этой оценки опора определяется как надежная, сомнительная или неудовлетворительная. Под опоры следует применять, в первую очередь, надежные зубы. Сохранение зуба в значительной мере зависит от его стратегической важности в качестве опоры протеза, а также от соотношения трудоемкости и стоимости лечебных мероприятий, необходимых для его сохранения и достижения результата.
- Нельзя начинать протезирование без подготовительных мероприятий, если таковые не обходимы.

- Не каждый дефект зубного ряда требует протезирования. Протезирование до полной комплектности зубных рядов не является обязательным. Решающую роль играют индивидуальные особенности зубочелюстной системы пациента.
- Ортопедические конструкции должны обеспечивать возможности оптимальной гигиены полости рта.
- При изготовлении несъемных мостовидных протезов предпочтительными являются конструкции небольшой протяженности. Следует избегать конструкций большой протяженности, связывающих в единый блок несколько функционально ориентированных групп зубов. Расширение масштабов протезирования оправдано лишь в условиях, когда это решение является единственной возможностью обеспечить оптимальное индивидуальное функционирование зубочелюстной системы.
- Плохая гигиена полости рта пациента является относительным противопоказанием к имплантации и несъемному протезированию.
- Чем хуже пациент выполняет врачебные рекомендации и идет на сотрудничество с врачом, тем проще должна быть ортопедическая конструкция [51].

Цель лечения больных с частичным отсутствием зубов включает одновременное решение нескольких задач:

- восстановление достаточной функциональной способности зубочелюстной системы;
- предупреждение развития патологических процессов и осложнений;
- повышение качества жизни пациентов;
- предупреждение или устранение негативных психоэмоциональных последствий, связанных с отсутствием зубов.

Изготовление протезов не показано, если имеющийся протез еще функционален или если его функцию можно восстановить (например, починка, перебазировка).

Изготовление протеза включает: обследование, планирование, подготовку к протезированию и все мероприятия по изготовлению и фиксации протеза, в том числе устранение недостатков и контроль. Сюда относятся также инструктирование и обучение пациента уходу за протезом и полостью рта.

Врач стоматолог-ортопед должен определить особенности протезирования в зависимости от анатомического (с учетом топографии дефектов зубных рядов), физиологического, патологического и гигиенического состояния зубочелюстной системы пациента.

При выборе между одинаково эффективными видами протезов врач должен руководствоваться показателями экономичности. В случаях, когда невозможно немедленно начать и завершить в запланированные сроки лечение, показано применение временных протезов, в том числе съемных

или несъемных имедиат-протезов.

Можно применять только те материалы, инструменты, оборудование, системы (например, имплантационные), средства профилактики и лечения, которые допущены к применению Минздравом России, клинически апробированы, безопасность которых доказана и подтверждена клинически опытом.

При подтвержденной аллергической реакции тканей полости рта на материал протеза следует провести тесты и выбрать тот материал, который показал себя как переносимый.

При планировании и проведении ортопедического лечения необходимо учитывать состояние здоровья, соматический статус, хронические заболевания пациента.

Важнейшим этапом лечения является подготовка зубочелюстной системы к протезированию.

Протезирование должно проводиться после следующих мероприятий:

- II. должна быть проведена полная санация рта (следует обращать внимание на зубы с повышенной чувствительностью);
- III. должна быть проверена целесообразность сохранения зубов, пораженных кариесом и другими заболеваниями (рентгенологический и электроодонтометрический контроль), в том числе запломбированных, зубов с поражениями пародонта и т. д., при планировании их в качестве опорных;
- IV. депульпированные зубы должны иметь корни, запломбированные на всем протяжении корневого канала до верхушки (рентгенологический контроль);
- V. должно быть проведено необходимое лечение при заболеваниях пародонта и слизистой оболочки рта;
- VI. при подозрении на патологические процессы в зубах и челюстных костях необходимо провести дополнительные исследования;
- VII. зубы и корни, не подлежащие сохранению, должны быть удалены.

Если при рентгенологическом исследовании обнаруживается патологический процесс, его следует устранить до изготовления постоянной ортопедической конструкции. Любое лечение в рамках устранения заболеваний рта, препятствующих постоянному протезированию, должно быть завершено полностью.

При невозможности полного устранения патологических процессов, в первую очередь в периапикальных тканях, при протезировании должна учитываться возможность последующего хирургического вмешательства. В таких случаях необходим рентгенологический контроль, не позже чем через 9 месяцев [38].

Изготовление протеза на челюсть при частичном отсутствии зубов включает: препарирование зубов (при необходимости), получение оттисков (слепков) с обеих челюстей, изготовление диагностических и рабочих моделей, определение центрального соотношения челюстей или

центральной окклюзии, проверку конструкции протеза, наложение, примерку, припасовку, установку, фиксацию, отдаленный контроль и коррекции.

При лечении частичного отсутствия зубов (частичной вторичной адентии) применяются несъемные мостовидные протезы, консольные несъемные протезы, одиночные коронки на зубы, частичные съемные пластиночные и бюгельные протезы.

Мостовидные протезы, как правило, показаны, если:

- отсутствует до 4-х резцов, но жевательная функция обеспечена естественными зубами, или уже имеющимися мостовидными протезами;
- в области боковых зубов на одной стороне челюсти отсутствует не более 3-х зубов и зубной ряд можно восстановить с помощью мостовидного протеза с опорами с обеих сторон;
- мостовидный протез будет служить для фиксации съемного протеза [51].

Таким образом, мостовидные протезы изготавливаются с опорой на естественные зубы с двух сторон (за исключением консольных).

Мостовидные протезы не показаны:

15. при недостаточной способности пародонта выдерживать нагрузку и таких общих соматических заболеваниях, которые неблагоприятно влияют на ткани пародонта;

16. если рентгеновский снимок опорного зуба указывает на патологический процесс, который не удастся купировать.

При замещении отсутствующих моляров тело мостовидного протеза следует изготавливать с широким промывом (около 1 мм), не прилегающим к слизистой оболочке. В других участках челюстей тело мостовидного протеза не должно прилегать к слизистой оболочке (под телом мостовидного протеза должен свободно проходить кончик стоматологического зонда). Необходимо отметить, что понятие «касательная» промежуточная часть мостовидного протеза относится к визуальному впечатлению, на деле должно обеспечиваться расстояние между телом протеза и слизистой, достаточное для свободного промыва.

При применении цельнолитых, металлокерамических и металлопластмассовых мостовидных протезов и коронок всегда проводится изготовление «гирлянды» с оральной стороны. Коронки с облицовкой и фасетки в мостовидных протезах на верхней челюсти делают лишь до 5-го зуба включительно, на нижней — до 4-го включительно. Облицовки жевательных поверхностей боковых зубов в принципе не показаны.

Коронки показаны:

8. для сохранения зуба, если этого нельзя добиться другими методами на длительный срок;
9. для защиты зуба от повреждения протезом;
10. для опоры протеза;

11. для изменения соотношения челюстей при протезировании [51].

Искусственные штампованные и цельнолитые коронки при частичной вторичной адентии могут применяться для покрытия опорных зубов при изготовлении съемных частичных пластиночных и бюгельных протезов.

При изготовлении искусственных цельнолитых коронок применяют четыре вида препарирования, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки, а также рекомендуемые показания (табл. 1).

Таблица 1

Клинические особенности различных форм препарирования культей зубов под коронки

Форма препарирования	Преимущества	Недостатки	Соответствующий вид протеза
Тангенциальное (без уступа)	Максимальное сохранение твердых тканей зуба, простота в выполнении, меньшая по размеру щель между краем коронки и культей зуба в случае неточности формы препарирования или ошибках при цементировании	Отсутствие четкой границы препарирования, риск избыточного сошлифовывания твердых тканей, большой риск травмы десневого края	Цельнолитые коронки (без облицовки), металлокерамические и металлопластмассовые коронки с оральной и вестибулярной гирляндой
С полукруглым уступом	Четкая граница препарирования хорошее распределение слепочных, моделировочных и фиксирующих материалов относительно щадящий метод для твердых тканей	Относительная сложность выполнения проблемы с ретенцией протеза при короткой клинической коронке риск развития осложнений (рецессия десны) при избыточно выпуклой облицовке в зоне десневого края	Цельнолитые металлопластмассовые и металлокерамические коронки
Препарирование с прямоугольным циркулярным уступом	Четкая граница препарирования возможность добиться оптимальной эстетики благодаря достаточному месту	Большая потеря твердых тканей опасность повреждения пульпы большая по размеру	Фарфоровые (жакетные) коронки и полукоронки металлокерамические коронки с обжигаемой плечевой массой

	небольшая опасность избыточного сошлифовывания в пришеечной области	цементируемая щель при неточности формы препарирования или ошибках при цементировании	
Препарирование с уступом-скосом под углом 135°	Четкая граница препарирования, небольшая опасность избыточного сошлифовывания в пришеечной области, меньшая по размеру щель между краем коронки и культей зуба в случае неточности формы препарирования или ошибках при цементировании	Сложность выполнения, потеря твердых тканей	Металлокерамические и металлопластмассовые коронки, в особенности на фронтальные зубы

При частичном отсутствии зубов при невозможности изготовить несъемную мостовидную конструкцию, как правило, следует изготавливать цельнолитые бюгельные протезы. При этом необходимо учитывать состояние тканей пародонта и принципы гигиены.

По мере утраты зубов и увеличения протяженности беззубого участка альвеолярного отростка (дефекта зубного ряда) расширяются показания к применению съемных пластиночных протезов.

При частичном отсутствии зубов при невозможности перераспределения нагрузки на пародонт опорных зубов, как правило, показаны частичные съемные пластиночные протезы из пластмассы без сложных опорно-удерживающих элементов.

Применение комбинированных (сочетанных) протезов показано, если при использовании необходимых соединительных элементов и достаточном количестве сохранившихся опорных зубов можно добиться функционально более благоприятной фиксации и стабилизации, чем с помощью бюгельного протеза с кламмерной фиксацией или частичного съемного пластиночного протеза.

Такие соединительные элементы, как штанговые (балочные) системы, телескопические коронки и аттачмены, можно использовать только при условии равномерного распределения нагрузки на сохранившиеся опорные зубы.

Одним из рациональных способов ортопедического лечения при частичном отсутствии зубов является протезирование с использованием имплантатов. Вопрос о необходимости проведения дентальной имплантации для дальнейшего ортопедического лечения определяет врач-стоматолог ортопед. Он направляет пациента в хирургическое отделение на консультацию для определения возможности проведения имплантации.

При подготовке к проведению дентальной имплантации необходима документально подтвержденная консультация врача-стоматолога ортопеда (записанная в истории болезни или отдельном консультативном заключении). Пациент должен быть извещен и проинформирован об алгоритме подготовки к имплантации.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЧАСТИЧНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ (ЧАСТИЧНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ)

Лечение пациентов с частичной вторичной адентией проводится в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля, а также в отделениях ортопедической стоматологии. Как правило, лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

Оказание помощи больным с частичной вторичной адентией осуществляется врачами стоматологами-ортопедами, врачами-стоматологами хирургами. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал, в том числе зубные техники.

- ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ ПРОТОКОЛА

7.1. Модель пациента

Нозологическая форма: потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления зубов или локализованного пародонтита

Стадия: односторонний концевой дефект или двухсторонние концевые дефекты

Фаза: стабильное течение

Осложнения: без осложнений

Код по МКБ-С: К 08.1

7.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- Пациенты с постоянными зубами.
- Концевые дефекты: частичное отсутствие зубов на одной или обеих челюстях.
- Здоровая слизистая оболочка рта (умеренно-податливая, бледно-розового цвета, умеренно выделяет слизистый секрет).
- Отсутствие экзостозов.
- Отсутствие выраженной атрофии альвеолярного отростка.
- Отсутствие выраженной патологии височно-нижнечелюстного сустава.
- Отсутствие заболеваний слизистой оболочки рта.
- Отсутствие феномена Попова-Годона.
- Отсутствие поражений пародонта оставшихся зубов.
- Отсутствие патологической стираемости твердых тканей оставшихся зубов.
- Отсутствие разрушенных зубов, требующих восстановления их коронковой части штифтовыми конструкциями.

х. **Порядок включения пациента в протокол**

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

xi. **Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической**

Код	Наименование	Кратность выполнения
-----	--------------	----------------------

		я
A01.02.00 3	Пальпация мышц	1
A01.04.00 2	Визуальное исследование суставов	1
A01.04.00 3	Пальпация суставов	1
A01.04.00 4	Перкуссия суставов	1
A01.07.00 1	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	1
A01.07.00 2	Визуальное исследование при патологии полости рта	1
A01.07.00 3	Пальпация органов полости рта	1
A01.07.00 4	Перкуссия при патологии полости рта	1
A01.07.00 5	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.00 6	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A01.07.00 7	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	1
A02.04.00 3	Измерение подвижности сустава (углометрия)	1
A02.04.00 4	Аускультация сустава	По потребности
A02.07.00 1	Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.00 2	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	По потребности
A02.07.00 3	Исследование зубодесневых карманов с помощью пародонтологического зонда	По потребности
A02.07.00 4	Антропометрические исследования	По потребности
A02.07.00 5	Термодиагностика зубов	1
A02.07.00 6	Определение прикуса	1
A02.07.00 7	Перкуссия зубов	1
A02.07.00 8	Определение степени патологической подвижности зубов	1
A02.07.00 9	Одонтопародонтограмма	1
A02.07.01 0	Исследования на диагностических моделях челюстей	1
A05.07.00 1	Электроодонтометрия	Согласно алгоритму
A06.07.00 1	Панорамная рентгенография верхней челюсти	По потребности
A06.07.00 2	Панорамная рентгенография нижней челюсти	По потребности
A06.07.00 3	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	По потребности

A03.07.00 3	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A06.07.00 4	Ортопантомография	1
A06.07.00 7	Внутриротовая рентгенография в прикус	По потребности
A06.07.00 8	Рентгенография верхней челюсти в косой проекции	По потребности
A06.07.00 9	Рентгенография нижней челюсти в боковой проекции	По потребности
A06.07.01 1	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
A06.31.00 6	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	По потребности
A09.07.00 1	Цитологическое исследование отделяемого полости рта	По потребности
A09.07.00 2	Цитологическое исследование содержимого кисты (абсцесса) полости рта или содержимого зубодесневого кармана	По потребности
A11.07.00 1	Биопсия слизистых оболочек полости рта	По потребности
A12.07.00 1	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	По потребности
A12.07.00 2	Компьютерная диагностика заболеваний пародонта с использованием электронных зондирующих устройств	По потребности
A12.07.00 3	Определение индексов гигиены полости рта	По потребности
A12.07.00 4	Определение пародонтальных индексов	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

xii. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Алгоритм обследования направлен на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение возможных осложнений, определение возможности приступить к протезированию без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий. Включает сбор анамнеза, осмотр и пальпацию рта и челюстно-лицевой области, оценку состояния оставшихся зубов и тканей пародонта.

СБОР АНАМНЕЗА

При сборе анамнеза выясняют время потери зубов, пользовался ли больной ранее протезами, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний. В случае наличия ортопедических конструкций уточняют время их

изготовления.

ВИЗУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

При внешнем осмотре обращают внимание на приобретенную и/или выраженную асимметрию лица и выраженность носогубных и подбородочной складок, характер смыкания губ. Обращают внимание на степень открывания рта (в норме разобщение зубных рядов при максимальном открывании рта составляет 40—50 мм). Предварительно определяют наличие снижения высоты нижнего отдела лица.

При осмотре полости рта обращают внимание на состояние оставшихся зубов. Оценивают состояние зубных рядов, обращая внимание на число оставшихся зубов, наличие и расположение дефектов зубных рядов и их протяженность, замещены ли отсутствующие зубы или дефекты отдельных зубов ортопедическими конструкциями или пломбами. В случае наличия ортопедических конструкций оценивают их функциональное состояние. Обращают внимание на характер контактов между рядом стоящими зубами, на форму зубных дуг, уровень и положение каждого зуба, уровень окклюзионной поверхности и окклюзионной плоскости (наличие деформаций зубных рядов).

Обращают внимание на наличие и расположение антагонизирующих пар зубов, окклюзионные контакты, соотношение зубных рядов, соотношение челюстей, вид прикуса, окклюзионные и артикуляционные соотношения зубных рядов, оценивают состояние слизистых оболочек.

При обследовании рта обращают внимание на выраженность и расположении уздечек и щечных тяжей.

Акцентируют внимание на наличие и выраженность атрофии альвеолярных отростков.

ПАЛЬПАЦИЯ

При пальпации определяют степень подвижности зубов. Обращают внимание на наличие экзостозов, скрытых под слизистой оболочкой корней зубов. При подозрении на их наличие - рентгенологическое обследование (прицельный или панорамный снимок челюсти).

Обращают внимание на наличие опухолеподобных заболеваний. При подозрении на их наличие — цитологическое исследование, биопсия. Проводят пальпацию для определения турсуса, степени податливости слизистой оболочки.

СБОР АНАМНЕЗА И ЖАЛОБ ПРИ ПАТОЛОГИИ СУСТАВОВ, ВИЗУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СУСТАВОВ, ПАЛЬПАЦИЯ СУСТАВОВ

Выясняют, нет ли хруста (щелчков) и боли в височно-нижнечелюстном суставе при движениях нижней челюсти. При открывании рта визуально и с помощью пальпации определяют синхронность подвижности головок височно-нижнечелюстных суставов. Определяют пространственное смещение линии центра зубного ряда нижней челюсти по отношению к линии центра верхнего зубного ряда при медленном закрывании и открывании рта.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗОНДА

Выявляют наличие кариозного процесса и не-кариозных поражений твердых тканей. Особое внимание обращают на наличие, объем и характер пломб, степень разрушения твердых тканей жевательных зубов с помощью индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ по В.Ю. Миликевичу) [13, 20], что позволяет определить необходимость и метод восстановления данного зуба.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗУБОДЕСНЕВЫХ КАРМАНОВ С ПОМОЩЬЮ ЗОНДА

Зондирование зубодесневых карманов каждого зуба проводится с четырех сторон тупым градуированным зондом. По результатам заполняется одонтопародонтограмма по В.Ю. Курляндскому [13, 16]. Эта методика позволяет определить с достаточной точностью степень атрофии костных стенок альвеол оставшихся зубов и при необходимости направить больного на пародонтологическое лечение, планировать дальнейшие мероприятия.

Для данной модели пациента не характерны экзостозы; выраженная атрофия альвеолярного отростка; выраженная патология височно-нижнечелюстного сустава; заболевания слизистой оболочки рта; наличие феномена Попова-Годона; наличие поражений пародонта оставшихся зубов; наличие патологической стираемости твердых тканей оставшихся зубов; наличие разрушенных зубов, требующих восстановления их коронковой части штифтовыми конструкциями.

ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИЯ

Проводят при наличии патологической стираемости, клиновидных дефектов, расширения периодонтальной щели, вторичной деформации зубных рядов и т. д., перед началом препарирования зубов под коронки для определения необходимости депульпирования. При работе с зубами с витальной пульпой электроодонтодиагностику необходимо проводить до начала лечения, не ранее чем через три дня после препарирования и перед фиксацией несъемной конструкции на постоянный цемент для определения необходимости депульпирования при развитии воспалительного процесса (травматического пульпита) в результате препарирования.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ.

При решении вопроса о возможном использовании дентальной имплантации в области каждого предполагаемого места установки имплантата необходимо определить:

- вестибуло-оральный размер (ширину) альвеолярного отростка (альвеолярной части) челюсти на трех уровнях: верхняя треть, середина и основание;

- вертикальный размер (высоту) альвеолярного отростка (альвеолярной части) челюсти от уровня, на котором начинается его ширина, приемлемая для установки имплантата, до анатомического образования, ограничивающего уровень расположения имплантата: полость носа, верхнечелюстной синус, канал нижней челюсти и ментальное отверстие;

- расстояние до верхнечелюстной пазухи и нижнечелюстного канала;

- плотность костной ткани альвеолярного отростка (альвеолярной части) челюсти на трех уровнях: верхняя треть, середина и основание;

- состояние слизистой оболочки рта в предполагаемом месте установки имплантата: толщина по гребню альвеолярного отростка (альвеолярной части) челюсти, высота прикрепленной десны по вестибулярной и оральной поверхностям альвеолярного отростка (альвеолярной части) челюсти.

xiii. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Наименование	Кратность выполнения
A11.07.012	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	Согласно алгоритму
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	Согласно алгоритму
A16.07.005	Восстановление целостности зубного ряда несъемным мостовидным протезом	Согласно алгоритму
A16.07.029	Избирательное пришлифовывание твердых тканей зубов	Согласно алгоритму
A16.07.039	Протезирование частичными съемными пластиночными протезами	Согласно алгоритму
A16.07.040	Протезирование съемными бюгельными протезами	Согласно алгоритму
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму
D 01.01.04.03	Коррекция съемной ортопедической конструкции	Согласно алгоритму
A16.07.038	Восстановление целостности зубного ряда съемными мостовидными протезами	По потребности
A16.07.057	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
A16.07.060	Восстановление целостности зубного ряда несъемным консольным протезом	По потребности
A16.07.006	Протезирование зуба с использованием имплантата	По потребности
A16.07.058	Операция установки имплантатов для дальнейшего зубопротезирования	По потребности
A16.07.059	Синуслифтинг	По потребности
B01.003.004.00 1	Местная анестезия	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

xiv. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Лечение частичного отсутствия зубов при концевых дефектах производится с использованием как несъемного, так и съемного протезирования, а также их комбинации. При частичном отсутствии зубов также возможно протезирование с использованием внутрикостных дентальных имплантатов: изготовлении искусственных

коронки и мостовидных протезов (см. Приложение 10).

Эти методы позволяют восстановить основную функцию зубочелюстной системы: пережевывание пищи, а также эстетические пропорции лица; препятствуют развитию деформации зубных рядов, перегрузке пародонта оставшихся зубов, прогрессированию атрофии альвеолярных отростков челюстной кости и атрофии мышц челюстно-лицевой области, развитию патологии височно-нижнечелюстного сустава (уровень убедительности доказательств А).

Выбор конструкции при лечении концевых дефектов зависит, в первую очередь, от их протяженности. При концевых дефектах протяженностью от 1 до 2-х зубов абсолютные показания к ортопедическому лечению отсутствуют. Пациенты с неполными зубными рядами нередко бывают удовлетворены своими жевательными возможностями при наличии полноценной окклюзии, включающей вторые премоляры. При одностороннем или двусторонних концевых дефектах до второго премоляра и наличии показаний к протезированию можно применять как съемные протезы, так и несъемные консольные протезы. При одностороннем или двусторонних концевых дефектах большей протяженности показаны только съемные конструкции. Кроме того, выбор конструкции могут определить и другие факторы (см. приложение 1).

АЛГОРИТМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЧАСТИЧНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ

Первое посещение

После диагностических исследований и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

При необходимости на опорные зубы изготавливают искусственные коронки.

Первым этапом является получение оттисков (слепков). С протезируемой челюсти получают рабочий оттиск (слепок), с противоположной — прикусной с помощью стандартных оттискных (слепочных) ложек и альгинатных оттискных (слепочных) масс. Рекомендуется края ложек перед получением слепков (оттисков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного (слепочного) материала.

После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

Отливаются модели из простого гипса.

Следующее посещение

Определение центрального соотношения челюстей анатомо-физиологическим методом для определения правильного положения нижней челюсти по отношению к верхней в трех плоскостях (вертикальной, сагиттальной и трансверзальной).

Определение центрального соотношения челюстей производится с применением изготовленных в зуботехнической лаборатории восковых базисов с окклюзионными валиками. Особое внимание следует обращать на формирование правильной протетической плоскости, определение высоты нижнего отдела лица.

Выбор цвета, размера и формы искусственных зубов производится в соответствии с оставшимися зубами и индивидуальными особенностями (возраст пациента, размеры и форма лица).

Следующее посещение

Проверка конструкции протеза (постановки зубов на восковой конструкции, проведенной в условиях зуботехнической лаборатории) на восковом базисе для оценки правильности всех предыдущих клинических и лабораторных этапов изготовления протеза и внесения необходимых исправлений.

Следующее посещение

Наложение и припасовка готового протеза, после лабораторного этапа замены воскового базиса на пластмассовый.

Перед наложением необходимо оценить качество базиса протеза (отсутствие пор, острых краев, выступов, шероховатостей и т. д.). Цвет может указывать на недостаточную полимеризацию. Небная часть протеза верхней челюсти должна быть не толще 1 мм. Протезы вводят в рот, проверяют плотность смыкания зубных рядов и фиксацию зубных протезов, точность прилегания базиса протеза к оральной поверхности в пришеечной области оставшихся зубов, правильность расположения кламмеров.

Особое внимание следует обратить на наличие балансирования протеза во рту. Попытка устранить балансирование активацией кламмеров приносит еще больший вред [14]. Если после тщательной припасовки балансирование устранить не удастся, протез подлежит

переделке. Проведение перебазировки протеза с целью устранения балансирования на этом этапе неприемлемо, т. к. может обусловить сдачу некачественного протеза.

Следующее посещение

Первая коррекция назначается на следующий день после сдачи протеза, далее по показаниям (не чаще одного раза в три дня). Период адаптации может длиться до 1,5 месяцев.

При появлении болей в области тканей протезного ложа, связанных с травмой слизистой оболочки, больному рекомендуют немедленно прекратить пользоваться протезом, явиться на прием к врачу, возобновив пользование протезом за 3 часа до посещения врача.

При травматическом повреждении слизистой оболочки, образовании язв, участки протеза в этих местах минимально сошлифовываются. Коррекцию базиса протеза проводят до появления первого субъективного ощущения уменьшения болевого синдрома.

Назначается медикаментозная терапия противовоспалительными средствами и средствами, ускоряющими эпителизацию слизистой оболочки рта.

Пациенты с выраженным торусом

При изготовлении рабочей модели следует производить «изоляцию» в области торуса с целью предотвращения избыточного давления. Кроме того, в зависимости от протяженности краевого дефекта базис протеза может быть смоделирован без перекрытия торуса.

Пациенты с аллергическими реакциями на пластмассу

При выявлении аллергического анамнеза проводят аллергические кожные пробы на материал базиса протеза. При положительной реакции на пластмассу рекомендуется изготавливать бюгельные протезы или базис частичного съемного пластиночного протеза изготавливают из бесцветной пластмассы.

АЛГОРИТМ И ОСОБЕННОСТИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ БЮГЕЛЬНЫХ ПРОТЕЗОВ

Первое посещение

После диагностических исследований и принятия

решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

Перед началом лечения необходимо изготовить диагностические модели, которые позволяют определить наличие места для окклюзионных частей кламмеров. При отсутствии места на модели отмечают участки, подлежащие сошлифовыванию, после чего проводят необходимое сошлифовывание твердых тканей зубов в местах, где будут располагаться окклюзионные накладки, допустимо искусственное углубление естественных фиссур зубов [25]. При необходимости опорные зубы покрываются искусственными бюгельными коронками.

Первым этапом изготовления бюгельного протеза является получение оттисков (слепков). С протезируемой челюсти получают рабочий оттиск (слепок), с противоположной — прикусной с помощью стандартных оттискных (слепочных) ложек и альгинатных оттискных (слепочных) масс. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного (слепочного) материала. После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

Отливаются модели: рабочая модель из супергипса, прикусная — из простого гипса.

Проводится параллелометрия.

Следующее посещение

Наложение и припасовка готового цельнолитого каркаса бюгельного протеза. Особое внимание следует обращать на отсутствие давления дуги бюгельного протеза на слизистую оболочку рта, точность прилегания и охвата опорно-удерживающими элементами (кламмерами и окклюзионными накладками) опорных зубов, отсутствие балансирования.

Дуга бюгельного протеза на нижнюю челюсть на всем своем протяжении должна отстоять от слизистой оболочки рта у верхнего края на 0,5—0,6 мм, у нижнего — не менее чем на 1 мм. Дуга протеза на верхнюю челюсть отстоит от слизистой на 0,6—1 мм. Отклонение от этих требований может привести к образованию пролежней в будущем. Внесение исправлений в металлический каркас нежелательно, т. к. его истончение чревато переломом или уменьшением жесткости [13].

Определение центрального соотношения челюстей анатомо-физиологическим методом для определения

правильного положения нижней челюсти по отношению к верхней в трех плоскостях (вертикальной, сагиттальной и трансверзальной) производят с применением изготовленных в зуботехнической лаборатории восковых базисов с окклюзионными валиками. Особое внимание следует обращать на формирование правильной протетической плоскости, определение высоты нижнего отдела лица.

Выбор цвета, размера и формы искусственных зубов производится в соответствии с оставшимися зубами и индивидуальными особенностями (возраст пациента, размеры и форма лица).

Следующее посещение

Проверка конструкции протеза (постановки зубов на восковой конструкции, проведенной в условиях зуботехнической лаборатории) на восковом базисе для оценки правильности всех предыдущих клинических и лабораторных этапов изготовления протеза и внесения необходимых исправлений.

Следующее посещение

Наложение и припасовка готового протеза, после лабораторного этапа замены воскового базиса седловидной части на пластмассовый.

Перед наложением необходимо оценить качество базиса протеза (отсутствие пор, острых краев, выступов, шероховатостей и т. д.). Цвет может указывать на некачественную полимеризацию.

Протез вводят в рот, проверяют плотность смыкания зубных рядов и фиксацию бюгельного протеза, точность прилегания и охвата опорно-удерживающими элементами (кламмерами и окклюзионными накладками) опорных зубов, отсутствие балансирования.

Следующее посещение

Первая коррекция назначается на следующий день после сдачи протеза, далее по показаниям (не чаще одного раза в три дня). Период адаптации может длиться до 1,5 месяцев.

При появлении болей в области тканей протезного ложа, связанных с травмой слизистой оболочки рта, больному рекомендуют немедленно прекратить пользоваться протезом, явиться на прием к врачу,

возобновив пользование протезом за 3 часа до посещения врача.

При травматическом повреждении слизистой оболочки, образовании язв, под седловидной частью бюгельного протеза участки протеза в этих местах минимально сошлифовываются. Коррекцию базиса протеза проводят до появления первого субъективного ощущения уменьшения болевого синдрома. В случае неправильного изготовления дуги бюгельного протеза допускается минимальное ее сошлифовывание. Однако следует учитывать, что истончение дуги чревато переломом или уменьшением жесткости [13].

Назначается медикаментозная терапия противовоспалительными средствами и средствами, ускоряющими эпителизацию слизистой оболочки рта.

Пациенты с аллергическими реакциями

При выявлении аллергического анамнеза проводят аллергические кожные пробы на материал базиса протеза. При положительной реакции на пластмассу рекомендуется изготавливать бюгельные протезы с использованием бесцветной пластмассы. При появлении у пациента аллергической реакции на металл, из которого изготовлен каркас, производится золочение металлических частей гальваническим методом.

АЛГОРИТМ И ОСОБЕННОСТИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ОДИНОЧНОГО ЗУБА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИМПЛАНТАТОВ

Одиночный включенный дефект зубного ряда при интактных соседних зубах является одним из классических показаний к применению стоматологических (дентальных) имплантатов.

Основной предпосылкой применения одиночных дентальных имплантатов является наличие интактных соседних зубов и желание сохранить их таковыми.

Выбор конструкции имплантата и искусственной коронки зависит от клинической картины, состояния тканей протезного ложа и метода имплантации.

При принятии решения о применении дентального имплантата необходимо учитывать противопоказания к этому методу лечения.

К общим противопоказаниям относят:

1. Любые основания для отказа от хирургического вмешательства.
2. Любые противопоказания к местной анестезии.

3. Заболевания, на которые может отрицательно повлиять имплантация (например, эндокардит, искусственный сердечный клапан или водитель ритма, трансплантация органов, ревматические заболевания и др.).
4. Формы терапии, которые могут отрицательно повлиять на заживление и сохранение имплантата, а также на его ложе (например, иммуноподавляющие средства, антидепрессанты, противосвертывающие средства, цитостатики).
5. Психические заболевания.
6. Ситуации, связанные с тяжелым психологическим или физическим стрессом.
7. Кахексия.
8. Недостаточная привычка к общей гигиене.

Возраст не является абсолютным противопоказанием, исключающим дентальную имплантацию.

Местные противопоказания:

8. недостаточная склонность к гигиене полости рта;
9. недостаточное наличие костной ткани, не подходящая структура костной ткани;
10. неблагоприятное расстояние до Nervus alveolaris inferior, до верхнечелюстной и носовой пазух.

Противопоказания временного характера:

5. острые заболевания;
6. стадии реабилитации и выздоровления;
7. беременность;
8. наркотическая зависимость;
9. состояние после облучения (минимум в течение года).

Для успешной установки имплантатов необходимо учитывать следующие основные требования:

- j. Ширина костной ткани в щечно-язычном отделах не менее 6 мм.
- k. Расстояние между корнями соседних зубов не менее 8 мм.
- l. Количество кости над нижнечелюстным каналом и ниже гайморовой пазухи — 10 мм (или необходима специальная оперативная подготовка).

Минимальная толщина кортикальной пластинки и низкая плотность губчатой кости костного ложа ставит под сомнение успех остеоинтеграции имплантата.

Определение объема и структуры костного ложа проводится с помощью рентгенологического обследования (панорамная, прицельная рентгенограммы).

Методика имплантации и последующего протезирования проводятся в соответствии с выбранной имплантационной системой и конструкцией

супраструктуры согласно рекомендациям производителей.

Применение дентальных имплантатов требует специального информирования пациента по поводу альтернативных методов лечения, возможных побочных явлений и т. д., инструктирования по пользованию имплантатом и методам гигиены.

АЛГОРИТМ И ОСОБЕННОСТИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЕМНЫХ КОНСОЛЬНЫХ ПРОТЕЗОВ

Особенности применения консольных несъемных протезов заключаются в четком регламентировании их конструкции:

109. Длина подвесной части должна быть не более одной второй длины опорной части.
110. Площадь окклюзионной поверхности подвесной части должна быть не более одной второй площади опорной части.
111. Следует использовать в качестве опорных не менее двух зубов.
112. Следует применять только цельнолитые мостовидные протезы.

Первое посещение

После диагностических исследований, необходимых подготовительных лечебных мероприятий и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

Принимается решение о депульпировании зубов, определенных в качестве опорных, или сохранении их витальной пульпы.

Подготовка к препарированию

При решении о депульпировании зубов пациента направляют на соответствующие мероприятия. Для подтверждения решения сохранить витальную пульпу опорных зубов проводится электроодонтодиагностика до начала всех лечебных мероприятий.

При решении оставить пульпу витальной перед началом препарирования снимаются оттиски (слепки) для изготовления временных пластмассовых коронок (капп).

Препарирование опорных зубов

Производится препарирование зубов под

цельнолитые коронки. Вид препарирования выбирается в зависимости от вида коронок. При препарировании следует обращать особое внимание на параллельность клинических осей культей зубов после препарирования.

Препарирование зубов с витальной пульпой проводится под местной анестезией.

Получение оттиска (слепка) с отпрепарированных зубов на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта при препарировании. Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные (слепочные) массы, стандартные оттискные (слепочные) ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного (слепочного) материала или использовать адгезивный материал (специальный клей) для фиксации силиконовых оттисков (слепков) на ложке. После выведения ложек изо рта производят контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков (слепков) уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма и пр.) нельзя применять вспомогательные средства для ретракции десны, содержащих катехоламины (в том числе нитей, пропитанных такими составами), учитывать действие антикоагулянтной терапии.

Для фиксации правильного соотношения зубных рядов в положении центральной окклюзии применяются гипсовые или силиконовые блоки.

В случае необходимости определения центрального соотношения челюстей изготавливаются восковые базисы с окклюзионными валиками.

При изготовленных временных капп проводится их припасовка, при необходимости — перебазировка и фиксация на временный цемент.

Для предотвращения развития воспалительных процессов в тканях краевого пародонта назначается противовоспалительная регенерирующая терапия, включающая полоскания рта настойкой коры дуба, а также настоями ромашки и шалфея. При необходимости — аппликации масляным раствором витамина А или другими средствами, стимулирующими эпителизацию. При необходимости больной назначается на приём на следующий день или через день для снятия рабочего двух-

слоистого оттиска (слепка) с отпрепарированных зубов и оттиска (слепка) с зубов-антагонистов, если они не были получены в первое посещение.

Следующее посещение

Используются силиконовые двухслойные и альганатные оттискные (слепочные) массы, стандартные оттискные (слепочные) ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции слепочного (оттискного) материала или использовать адгезивный материал (специальный клей) для фиксации силиконовых оттисков (слепков) на ложке. После выведения ложек изо рта производят контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков (слепков) уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма и пр.) нельзя применять вспомогательные средства для ретракции десны, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами), учитывать действие антикоагулянтной терапии.

Следующее посещение

Не ранее чем через 3 дня после препарирования для выявления травматического (термического) повреждения пульпы проводится повторная электроодонтодиагностика (возможно проведение на этапе наложения и припасовки каркаса).

Следующее посещение

Наложение и припасовка каркаса цельнолитого несъемного консольного протеза.

Особое внимание необходимо обращать на точность прилегания каркаса в пришеечной области (краевое прилегание), проверяют отсутствие зазора между стенкой коронки и культей зуба. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель. Обращают внимание на аппроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-

антагонистами, на промыв под подвесной частью. При необходимости проводится коррекция.

В случае если облицовка не предусмотрена, проводится полировка цельнолитого протеза и его фиксация на постоянный цемент. Если опорные зубы с витальной пульпой, то протез фиксируют на временный цемент на период 2—3 недели. После этого перед фиксацией несъемного консольного протеза на постоянный цемент проводится электроодонтодиагностика для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы решается вопрос о депульпировании.

Если предусмотрена металлокерамическая или металлопластмассовая облицовка, проводится выбор цвета облицовки.

Коронки с облицовкой и фасетки в мостовидных протезах на верхней челюсти делают лишь до 5-го зуба включительно, на нижней — до 4-го включительно. Облицовки жевательных поверхностей боковых зубов в принципе не показаны.

Следующее посещение

Наложение и припасовка готового цельнолитого несъемного консольного протеза.

Особое внимание следует обращать на точность прилегания протеза в пришеечной области (краевое прилегание), проверяют отсутствие зазора между стенкой коронки и культей зуба. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель. Обращают внимание на аппроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами, на промыв под подвесной частью (не менее 1 мм). При необходимости проводится коррекция. При применении металлопластмассового протеза после полировки, а при применении металлокерамического протеза — после глазурирования проводится фиксация на временный (на 2—3 недели) или на постоянный цемент.

Если опорные зубы с витальной пульпой, то протез фиксируют на временный цемент на период 2—3 недели. После этого перед фиксацией несъемного протеза на постоянный цемент проводится электроодонтодиагностика для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы решается вопрос о депульпировании.

**xv. Требования к лекарственной помощи
амбулаторно-поликлинической**

Наименование фармацевтической группы	Кратность (продолжительность) лечения
Местные анестетики	Согласно алгоритму
Витамины	Согласно алгоритму
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры	Согласно алгоритму
Средства, влияющие на кровь	По потребности

**xvi. Характеристики алгоритмов и
особенностей применения
медикаментов**

В клинике ортопедической стоматологии инфильтрационная или проводниковая анестезия применяется при препарировании зубов с витальной пульпой. При проведении ретракции десны, при препарировании депульпированных зубов применяется аппликационная анестезия, например, аэрозолем лидокаина для местного применения 10%.

Применение местных противовоспалительных и эпителизирующих средств при механической травме слизистой оболочки, возникновении язв на слизистой оболочке, особенно в период адаптации к протезу, показывает достаточную результативность в повседневной стоматологической практике.

**АНАЛЬГЕТИКИ, НЕСТЕРОИДНЫЕ
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ**

Обычно назначают полоскания и/или ванночки отварами коры дуба, цветков ромашки, шалфея 3—4 раза в день (уровень убедительности доказательства С). Аппликации на пораженные участки маслом облепихи — 2—3 раза в день по 10—15 минут (уровень убедительности доказательства С).

ВИТАМИНЫ

Аппликации на пораженные участки масляным раствором ретинола (витамин А) — 2—3 раза в день по 10—15 минут (уровень убедительности доказательства С).

СРЕДСТВА, ВЛИЯЮЩИЕ НА КРОВЬ

Гемодиализат депротеинизированный — адгезивная паста для полости рта — 3—5 раз в сутки на пораженные участки (уровень убедительности доказательства С).

xvii. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Специальных требований нет.

При протезировании на дентальных имплантатах динамическое наблюдение проводят 1 раз в 6 мес

xviii. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

xix. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Отказ от использования очень жесткой пищи, требующей пережевывания твердых кусков.

xx. Форма добровольного информированного согласия пациента при выполнении протокола

Информированное добровольное согласие пациент дает в письменном виде.

xxi. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. приложение 2 к настоящему протоколу ведения больных.

xxii. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия требований протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к протезированию, в том числе наличия заболеваний пародонта, корней зубов, экзостозов и пр., пациент переводится в протокол ведения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и

осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками частичного отсутствия зубов (частичной вторичной адентии), медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

67.раздела этого протокола ведения больных, соответствующего ведению частичного отсутствия зубов (частичной вторичной адентии);

68.протокола ведения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

xxiii. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	80	Частичное, иногда полное восстановление способности пережевывать пищу	1-5 недель после окончания протезирования	Перебазировка или замена съёмных протезов по потребности или раз в 3-4 года. Замена несъёмных мостовидных протезов по потребности
Стабилизация	10	Отсутствие отрицательной динамики в течение частичной вторичной адентии	1-5 недель после окончания протезирования	Срок пользования съёмными пластиночными, бюгельными протезами, несъёмными мостовидными протезами – не ограничен
Развитие ятрогенных осложнений	5	Появление новых заболеваний или осложнений, обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции на пластмассу, токсический стоматит)	На этапе припасовки и адаптации к протезу	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания,	5	Присоединение нового	На любом этапе	Оказание медицинской помощи

связанного с основным		заболевания, связанного с частичной вторичной адентии		по протоколу соответствующего заболевания
--------------------------	--	---	--	---

***xxiv. Стоимостные характеристики
протокола***

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

у. Модель пациента

Нозологическая форма: потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления зубов или локализованного пародонтита

Стадия: включенные дефекты

Фаза: стабильное течение

Осложнения: без осложнений

Код по МКБ-С: К 08.1

ххvi. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

9. Пациенты с постоянными зубами.
10. Включенные дефекты: частичное отсутствие зубов на одной или обеих челюстях.
11. Здоровая слизистая оболочка рта (умеренно-податливая, бледно-розового цвета, умеренно выделяет слизистый секрет).
12. Отсутствие экзостозов.
13. Отсутствие выраженной атрофии альвеолярного отростка.
14. Отсутствие выраженной патологии височно-нижнечелюстного сустава.
15. Отсутствие заболеваний слизистой оболочки рта.
16. Отсутствие феномена Попова-Годона.
17. Отсутствие поражений пародонта оставшихся зубов.
18. Отсутствие патологической стираемости твердых тканей оставшихся зубов.
19. Отсутствие разрушенных зубов, требующих восстановления их коронковой части штифтовыми конструкциями.

ххvii. Порядок включения пациента в протокол

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

ххviii. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Наименование	Кратность выполнения
A01.02.00 3	Пальпация мышц	1
A01.04.00 2	Визуальное исследование суставов	1
A01.04.00 3	Пальпация суставов	1
A01.04.00 4	Перкуссия суставов	1
A01.07.00 1	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	1
A01.07.00 2	Визуальное исследование при патологии полости рта	1
A01.07.00	Пальпация органов полости рта	1

3		
A01.07.00 4	Перкуссия при патологии полости рта	1
A01.07.00 5	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.00 6	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A01.07.00 7	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	1
A02.04.00 3	Измерение подвижности сустава (углометрия)	По потребности
A02.04.00 4	Аускультация сустава	По потребности
A02.07.00 1	Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.00 2	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	1
A02.07.00 3	Исследование зубодесневых карманов с помощью пародонтологического зонда	1
A02.07.00 4	Антропометрические исследования	1
A02.07.00 5	Термодиагностика зубов	1
A02.07.00 6	Определение прикуса	1
A02.07.00 7	Перкуссия зубов	1
A02.07.00 8	Определение степени патологической подвижности зубов	1
A02.07.00 9	Одонтопародонтограмма	1
A02.07.01 0	Исследования на диагностических моделях челюстей	1
A05.07.00 1	Электроодонтометрия	Согласно алгоритму
A06.07.00 1	Панорамная рентгенография верхней челюсти	По потребности
A06.07.00 2	Панорамная рентгенография нижней челюсти	По потребности
A06.07.00 3	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	По потребности
A03.07.00 3	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A06.07.00 4	Ортопантомография	1
A06.07.00 7	Внутриротовая рентгенография в прикус	По потребности
A06.07.00 8	Рентгенография верхней челюсти в косой проекции	По потребности
A06.07.00 9	Рентгенография нижней челюсти в боковой проекции	По потребности
A06.07.01 1	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
A09.07.00 1	Цитологическое исследование отделяемого полости рта	По потребности

A09.07.00 2	Цитологическое исследование содержимого кисты (абсцесса) полости рта или содержимого зубодесневого кармана	По потребности
A11.07.00 1	Биопсия слизистых оболочек полости рта	По потребности
A12.07.00 1	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	По потребности
A12.07.00 3	Определение индексов гигиены полости рта	По потребности
A12.07.00 4	Определение пародонтальных индексов	По потребности
A12.07.00 2	Компьютерная диагностика заболеваний пародонта с использованием электронных зондирующих устройств	По потребности
A06.31.00 6	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

xxix. *Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи*

Алгоритм диагностики направлен на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение возможных осложнений, определение возможности приступить к протезированию без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий. Включает сбор анамнеза, осмотр и пальпацию челюстно-лицевой области, оценку состояния оставшихся зубов и тканей пародонта.

СБОР АНАМНЕЗА

При сборе анамнеза выясняют время потери зубов, пользовался ли больной ранее протезами, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний. В случае наличия ортопедических конструкций уточняют время их изготовления.

ВИЗУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

При внешнем осмотре обращают внимание на приобретенную и/или выраженную асимметрию лица и выраженность носогубных и подбородочной складок, характер смыкания губ. Обращают внимание на степень открывания рта (в норме разобщение зубных рядов при максимальном открывании рта составляет 40—50 мм). Предварительно определяют наличие снижения высоты нижнего отдела лица.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, обращают внимание на число и состояние оставшихся зубов, наличие и расположение дефектов зубных рядов и их протяженность, замещены ли отсутствующие зубы или дефекты отдельных зубов ортопедическими конструкциями. В случае наличия ортопедических конструкций оценивают их функциональное состояние. Обращают внимание на характер контактов между рядом стоящими

зубами, на форму зубных дуг, уровень и положение каждого зуба, уровень окклюзионной поверхности и окклюзионной плоскости (деформацию зубных рядов).

Обращают внимание на наличие и расположение антагонизирующих пар зубов, окклюзионные контакты, соотношение зубных рядов, соотношение челюстей, вид прикуса, окклюзионные и артикуляционные соотношения зубных рядов, оценивают состояние слизистых оболочек.

При обследовании рта обращают внимание на выраженность и расположение уздечек и щечных складок.

Акцентируют внимание на наличие и выраженность атрофии альвеолярных отростков.

ПАЛЬПАЦИЯ

При пальпации определяют степень подвижности зубов. Обращают внимание на наличие экзостозов, скрытых под слизистой оболочкой корней зубов. При подозрении на их наличие — рентгенологическое обследование. Обращают внимание на наличие опухолеподобных заболеваний. При подозрении на их наличие — цитологическое исследование, биопсия. Проводят пальпацию для определения торуса, степени податливости слизистой оболочки.

СБОР АНАМНЕЗА И ЖАЛОБ ПРИ ПАТОЛОГИИ СУСТАВОВ, ВИЗУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СУСТАВОВ, ПАЛЬПАЦИЯ СУСТАВОВ

Выясняют, нет ли хруста (щелчков) и боли в височно-нижнечелюстных суставах при движениях нижней челюсти. При открывании рта визуально и с помощью пальпации определяют синхронность подвижности головок височно-нижнечелюстных суставов. Определяют пространственное смещение линии центра зубного ряда нижней челюсти по отношению к линии центра верхнего зубного ряда при медленном закрывании и открывании рта. При отсутствии фронтальных зубов линии центра определяют по уздечкам губ и/или средней линии лица.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗОНДА

Выявляют наличие кариозного процесса и некариозных поражений твердых тканей. Особое внимание обращают на наличие, объем и характер пломб, степень разрушения твердых тканей жевательных зубов с помощью индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ по В.Ю. Миликевичу), что позволяет определить необходимость и метод восстановления данного зуба.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗУБОДЕСНЕВЫХ КАРМАНОВ С ПОМОЩЬЮ ЗОНДА

Зондирование зубодесневых карманов каждого зуба проводится с четырех сторон тупым градуированным зондом. По результатам заполняется

одонтопародонтограмма по В.Ю. Курляндскому. Эта методика позволяет определить с достаточной точностью степень атрофии костных стенок альвеол оставшихся зубов и при необходимости направить больного на пародонтологическое лечение, планировать дальнейшие мероприятия.

Для данной модели пациента не характерны экзостозы; выраженная атрофия альвеолярного отростка; выраженная патология височно-нижнечелюстного сустава; заболевания слизистой оболочки рта; наличие феномена Попова-Годона; наличие поражений пародонта оставшихся зубов; наличие патологической стираемости твердых тканей оставшихся зубов; наличие разрушенных зубов, требующих восстановления их коронковой части штифтовыми конструкциями.

ЭЛЕКТРООДНТОМЕТРИЯ

Проводят при наличии патологической стираемости, клиновидных дефектах, расширении периодонтальной щели, вторичной деформации зубных рядов и т. д., перед началом препарирования зубов под коронки для определения необходимости депульпирования. При работе с зубами с витальной пульпой электроодонтодиагностику необходимо проводить до начала лечения, не ранее чем через три дня после препарирования и перед фиксацией несъемной конструкции на постоянный цемент для определения необходимости депульпирования при развитии воспалительного процесса в результате препарирования.

xxx. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Наименование	Кратность выполнения
A11.07.012	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	Согласно алгоритму
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	Согласно алгоритму
A16.07.005	Восстановление целостности зубного ряда несъемным мостовидным протезом	Согласно алгоритму
A16.07.029	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	Согласно алгоритму
A16.07.039	Протезирование частичными съемными пластиночными протезами	Согласно алгоритму
A16.07.040	Протезирование съемными бюгельными протезами	Согласно алгоритму
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму
D 01.01.04.03	Коррекция съемной ортопедической конструкции	Согласно алгоритму
A16.07.006	Протезирование зубов с использованием имплантатов	По потребности
A16.07.038	Восстановление целостности зубного ряда съемными мостовидными протезами	По потребности

A16.07.057	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
A16.07.060	Восстановление целостности зубного ряда несъемным консольным протезом	По потребности
A16.07.006	Протезирование зуба с использованием имплантата	По потребности
A16.07.058	Операция установки имплантатов для дальнейшего зубопротезирования	По потребности
A16.07.059	Синуслифтинг	По потребности
B01.003.004.00 1	Местная анестезия	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

xxxі. *Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи*

Лечение частичного отсутствия зубов при включенных дефектах производится с использованием как несъемного, так и съемного протезирования, а также их комбинации. При частичном отсутствии зубов также возможно протезирование с использованием внутрикостных дентальных имплантатов: изготовлении искусственных коронок и мостовидных протезов (см. Приложение 10).

Эти методы позволяют восстановить основную функцию зубочелюстной системы: пережевывание пищи, а также эстетические пропорции лица; препятствуют развитию деформации зубных рядов, перегрузке пародонта оставшихся зубов, прогрессированию атрофии альвеолярных отростков челюстной кости и атрофии мышц челюстно-лицевой области, развитию патологии височно-нижнечелюстных суставов (уровень убедительности доказательств А).

Выбор конструкции при лечении включенных дефектов зависит в первую очередь от их протяженности и расположения. Одиночный включенный дефект в жевательных группах зубов (с одной или с двух сторон челюсти) при физиологических видах прикуса не обязательно требует протезирования. При включенных дефектах с отсутствием одного или двух моляров при отсутствии моляров-антагонистов протезирование может не проводиться.

При включенных дефектах с отсутствием более 1-го зуба в области моляров (при наличии показаний), премоляров, клыков и резцов можно применять как съемные протезы, так и несъемные мостовидные протезы в зависимости от топографии дефектов и других факторов (см. приложение 3 к настоящему протоколу ведения больных).

Изготовление несъемного мостовидного протеза большой протяженности («дуга») для восстановления дефекта протяженностью более 4-х зубов на одной челюсти не рекомендуется. При отсутствии более 3-х зубов в области жевательных зубов использование несъемных мостовидных конструкций не рекомендуется. При включенных дефектах с отсутствием более 4-х зубов в зубном ряду при условии достаточного количества опорных зубов могут изготавливаться несъемные мостовидные протезы для замещения отдельных дефектов.

С учетом данных одонтопародонтограммы по В.Ю. Курляндскому, каждому

искусственному зубу в мостовидном протезе должно соответствовать не менее двух опорных зубов со здоровым пародонтом для предотвращения перегрузки опорных зубов.

При отсутствии 1—4-х зубов во фронтальной области для замещения дефекта показано изготовление несъемного мостовидного протеза.

При включенных дефектах в различных функционально ориентированных группах зубов возможно одновременное применение съемных и несъемных конструкций. При этом съемные конструкции изготавливаются после фиксации несъемных протезов (за исключением конструкций с замковыми элементами).

АЛГОРИТМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЧАСТИЧНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ

Первое посещение

После диагностических исследований и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

При необходимости опорные зубы покрываются искусственными коронками.

Первым этапом является получение оттисков (слепков). С протезируемой челюсти получают рабочий оттиск (слепок), с противоположной — прикусной с помощью стандартных оттискных (слепочных) ложек и альгинатных оттискных (слепочных) масс. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного (слепочного) материала. После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.). Отливаются модели из простого гипса.

Следующее посещение

Определение центрального соотношения челюстей анатомо-физиологическим методом для определения правильного положения нижней челюсти по отношению к верхней, в трех плоскостях (вертикальной, сагиттальной и трансверзальной).

Определение центрального соотношения челюстей производится с применением изготовленных в зуботехнической лаборатории восковых базисов с окклюзионными валиками. Особое внимание следует обращать на формирование правильной протетической плоскости, определение высоты нижнего отдела лица.

Выбор цвета, размера и формы искусственных зубов производится в соответствии с оставшимися зубами и индивидуальными особенностями (возраст пациента, размеры и форма лица).

Следующее посещение

Проверка конструкции протеза (постановки зубов на восковой конструкции, проведенной в условиях зуботехнической лаборатории) на восковом базисе для оценки правильности всех предыдущих клинических и лабораторных этапов изготовления протеза и внесения необходимых исправлений.

Следующее посещение

Наложение и припасовка готового протеза после лабораторного этапа замены воскового базиса на пластмассовый.

Перед наложением необходимо оценить качество базиса протеза (отсутствие пор, острых краев, выступов, шероховатостей и т. д.). Цвет может указывать на недостаточную полимеризацию. Небная часть протеза верхней челюсти должна быть не толще 1 мм.

Протезы вводят в рот, проверяют плотность смыкания зубных рядов и фиксацию зубных протезов, точность прилегания базиса протеза к оральной поверхности в пришеечной области оставшихся зубов, правильность расположения кламмеров.

Особое внимание следует обратить на наличие балансирования протеза во рту: протез балансировать не должен. Попытка устранить балансирование активацией кламмеров приносит еще больший вред. Если после тщательной припасовки балансирование устранить не удастся, протез подлежит переделке. Проведение перебазировки протеза с целью устранения балансирования на этом этапе неприемлемо, т. к. может обусловить сдачу некачественного протеза.

Следующее посещение

Первая коррекция назначается на следующий день после сдачи протеза, далее по показаниям (не чаще одного раза в три дня). Период адаптации может длиться до 1,5 месяцев.

При появлении болей в области тканей протезного ложа, связанных с травмой слизистой оболочки, больному рекомендуют немедленно прекратить пользоваться протезом, явиться на прием к врачу, возобновив пользование протезом за 3 часа до посещения врача.

При травматическом повреждении слизистой оболочки, образовании язв участки протеза в этих местах минимально сошлифовываются. Коррекцию базиса протеза проводят до появления первого субъективного ощущения уменьшения болевого синдрома.

Назначается медикаментозная терапия противовоспалительными средствами и средствами, ускоряющими эпителизацию слизистой оболочки рта.

Пациенты с выраженным торусом

При изготовлении рабочей модели производить «изоляцию» в области турса с целью предотвращения избыточного давления. Кроме того, в зависимости от протяженности и топографии дефекта базис протеза может

быть смоделирован без перекрытия торауса.

Пациенты с аллергическими реакциями на пластмассу

При выявлении аллергического анамнеза проводят аллергические кожные пробы на материал базиса протеза. При положительной реакции на пластмассу рекомендуется изготавливать бюгельные протезы или изготавливать базис частичного съемного пластиночного протеза из бесцветной пластмассы.

АЛГОРИТМ И ОСОБЕННОСТИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ БЮГЕЛЬНЫХ ПРОТЕЗОВ

Первое посещение

После диагностических исследований и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

Перед началом лечения необходимо изготовить диагностические модели, которые позволяют определить наличие места для окклюзионных частей кламмеров. При отсутствии места на модели отмечают участки, подлежащие сошлифовыванию, после чего проводят необходимое сошлифовывание твердых тканей зубов в местах, где будут располагаться окклюзионные накладки, допустимо искусственное углубление естественных фиссур зубов [25]. При необходимости опорные зубы покрываются бюгельными коронками.

Первым этапом изготовления бюгельного протеза является получение оттисков (слепков). С протезируемой челюсти получают рабочий оттиск (слепок), с противоположной — прикусной с помощью стандартных оттискных (слепочных) ложек и альгинатных оттискных (слепочных) масс.

Рекомендуется края ложек перед получением оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного (слепочного) материала или использовать адгезивный материал (специальный клей) для фиксации силиконовых оттисков (слепков) на ложке. После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

Отливаются модели: рабочая модель из супергипса, прикусная — из простого гипса.

Проводится параллелометрия.

Следующее посещение

Наложение и припасовка готового цельнолитого каркаса бюгельного протеза. Особое внимание следует обращать на отсутствие давления дуги бюгельного протеза на слизистую оболочку, точность прилегания и охвата опорно-удерживающими элементами (кламмерами и окклюзионными накладками) опорных зубов, отсутствие балансирования.

Дуга бюгельного протеза на нижнюю челюсть на всем своем протяжении должна отстоять от слизистой оболочки у верхнего края на 0,5—0,6 мм, у

нижнего — не менее чем на 1 мм. Дуга протеза на верхнюю челюсть отстоит от слизистой на 0,6—1 мм. Отклонение от этих требований может привести к образованию пролежней в будущем. Внесение исправлений в металлический каркас нежелательно, т.к. его истончение чревато переломом или уменьшением жесткости [13].

Определение центрального соотношения челюстей анатомо-физиологическим методом для определения правильного положения нижней челюсти по отношению к верхней в трех плоскостях (вертикальной, сагиттальной и трансверзальной) производится с применением изготовленных в зуботехнической лаборатории восковых базисов с окклюзионными валиками. Особое внимание следует обращать на формирование правильной протетической плоскости, определение высоты нижнего отдела лица.

Выбор цвета, размера и формы искусственных зубов производится в соответствии с оставшимися зубами и индивидуальными особенностями (возраст пациента, размеры и форма лица).

Следующее посещение

Проверка конструкции протеза (постановки зубов на восковой конструкции, проведенной в условиях зуботехнической лаборатории) на восковом базисе для оценки правильности всех предыдущих клинических и лабораторных этапов изготовления протеза и внесения необходимых исправлений.

Следующее посещение

Наложение и припасовка готового протеза после лабораторного этапа замены воскового базиса седловидной части на пластмассовый.

Перед наложением необходимо оценить качество базиса протеза (отсутствие пор, острых краев, выступов, шероховатостей и т.д.). Цвет может указывать на некачественную полимеризацию.

Протез вводят в рот, проверяют плотность смыкания зубных рядов и фиксацию бюгельного протеза, точность прилегания и охвата опорно-удерживающими элементами (кламмерами и окклюзионными накладками) опорных зубов, отсутствие балансирования.

Следующее посещение

Первая коррекция назначается на следующий день после сдачи протеза, далее по показаниям (не чаще одного раза в три дня). Период адаптации может длиться до 1,5 месяцев.

При появлении болей в области тканей протезного ложа, связанных с травмой слизистой оболочки, больному рекомендуют немедленно прекратить пользоваться протезом, явиться на прием к врачу, возобновив пользование протезом за 3 часа до посещения врача.

При травматическом повреждении слизистой оболочки, образовании язв под седловидной частью бюгельного протеза участки протеза в этих местах

минимально сошлифовываются. Коррекцию базиса протеза проводят до появления первого субъективного ощущения уменьшения болевого синдрома. В случае неправильного изготовления дуги бюгельного протеза допускается минимальное ее отшлифовывание. Однако следует учитывать, что истончение дуги чревато переломом или уменьшением жесткости [13].

Назначается медикаментозная терапия противовоспалительными средствами и средствами, ускоряющими эпителизацию слизистой оболочки рта.

Пациенты с аллергическими реакциями

При выявлении аллергического анамнеза проводят аллергические кожные пробы на материал базиса протеза. При положительной реакции на пластмассу рекомендуется изготавливать бюгельные протезы с использованием бесцветной пластмассы. При появлении у пациента аллергической реакции на металл, из которого изготовлен каркас, производится золочение металлических частей гальваническим методом.

АЛГОРИТМ И ОСОБЕННОСТИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЕМНЫХ ЦЕЛЬНОЛИТЫХ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ

Особенности изготовления цельнолитых мостовидных протезов заключаются в четком регламентировании их конструкции:

87. Следует использовать в качестве опорных не менее двух зубов на один искусственный.
88. При использовании цельнолитых комбинированных мостовидных протезов рекомендуется в качестве дистальных опор использовать цельнолитые коронки или коронки с металлической окклюзионной поверхностью.
89. При изготовлении цельнолитых металлокерамических протезов моделируется оральная гирлянда (металлический кантик по краю коронки и тела мостовидного протеза).
90. Пластмассовая (по потребности — керамическая) облицовка производится в области фронтальных зубов на верхней челюсти лишь до 5 зуба включительно и на нижней челюсти до 4 зуба включительно, далее — по потребности.
91. При замещении включенных дефектов на обеих челюстях в первую очередь изготавливают несъемные мостовидные протезы на верхнюю челюсть для формирования правильной протетической плоскости.
92. При изготовлении несъемных конструкций на зубы-антагонисты необходимо соблюдать определенную последовательность:
 8. первым этапом является одновременное изготовление временных капп на подлежащие протезированию участки зубных рядов обеих челюстей с максимальным восстановлением окклюзионных соотношений и обязательным определением высоты нижнего отдела лица. Эти каппы должны как можно точнее воспроизводить конструкцию будущих протезов;

9. после окончания адаптационного периода (от 2-х до 4-х недель) изготавливают постоянные несъемные протезы на верхнюю челюсть;
10. после фиксации протеза на верхнюю челюсть изготавливают постоянные несъемные конструкции на нижнюю челюсть;
11. в случае если протяженность дефекта нижнего зубного ряда превышает протяженность дефекта верхнего зубного ряда приблизительно вдвое, изготовление постоянных конструкций начинают с нижней челюсти.

Первое посещение

После диагностических исследований, необходимых подготовительных лечебных мероприятий и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

Принимается решение о депульпировании зубов, определенных в качестве опорных, или сохранении их витальной пульпы.

Подготовка к препарированию

При решении вопроса о депульпировании зубов пациента направляют на соответствующие мероприятия. Для подтверждения решения сохранить витальную пульпу опорных зубов проводится электроодонтодиагностика до начала всех лечебных мероприятий.

При решении оставить пульпу витальной перед началом препарирования получают оттиски (слепки) для изготовления временных пластмассовых коронок (капп).

Препарирование опорных зубов

Производится препарирование зубов под цельнолитые коронки. Вид препарирования выбирается в зависимости от вида коронок. При препарировании следует обращать особое внимание на параллельность клинических осей культей зубов после препарирования.

Препарирование зубов с витальной пульпой проводится под местной анестезией.

Получение оттиска (слепка) с отпрепарированных зубов на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта при препарировании. Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные (слепочные) массы, стандартные оттискные (слепочные) ложки. Рекомендуется края ложек перед снятием оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного (слепочного) материала или использовать адгезивный материал (специальный клей) для фиксации силиконовых оттисков (слепков) на ложке. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков (слепков) уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма и пр.)

нельзя применять вспомогательные средства для ретракции десны, содержащие катехоламины (в том числе нитей, пропитанных такими составами), учитывать действие антикоагулянтной терапии.

Для фиксации правильного соотношения зубных рядов в положении центральной окклюзии применяются гипсовые или силиконовые блоки.

В случае необходимости определения центрального соотношения челюстей изготавливаются восковые базисы с окклюзионными валиками.

При изготовленных временных каппах проводится их припасовка, при необходимости — перебазировка и фиксация на временный цемент.

Для предотвращения развития воспалительных процессов в тканях краевого пародонта назначается противовоспалительная регенерирующая терапия, включающая полоскания полости рта настойкой коры дуба, а также настоями ромашки и шалфея. При необходимости — аппликации масляным раствором витамина А или другими средствами, стимулирующими эпителизацию. При изготовлении цельнолитых конструкций рекомендуется назначать больного на приём на следующий день или через день после препарирования для получения рабочего двухслойного оттиска (слепка) с отпрепарированных зубов и оттиска (слепка) с зубов-антагонистов, если они не были сняты в первое посещение.

Следующее посещение

Получение оттисков (слепков).

Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные (слепочные) массы, стандартные оттискные (слепочные) ложки.

Рекомендуется края ложек перед получением оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного (слепочного) материала или использовать адгезивный материал (специальный клей) для фиксации силиконовых оттисков (слепков) на ложке. После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков (слепков) уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма и пр.) нельзя применять вспомогательные средства для ретракции десны, содержащие катехоламины (в том числе нитей, пропитанных такими составами), учитывать действие антикоагулянтной терапии.

Следующее посещение

Не ранее чем через 3 дня после препарирования на витальных зубах для исключения травматического (термического) повреждения пульпы проводится

повторная электроодонтодиагностика (возможно проведение на следующем посещении).

Следующее посещение

Наложение и припасовка каркаса цельнолитого мостовидного протеза.

Особое внимание необходимо обращать на точность прилегания каркаса в пришеечной области (краевое прилегание), проверяют отсутствие зазора между стенкой коронки и культей зуба. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель. Обращают внимание на аппроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами, на промыв под промежуточной частью. При необходимости проводится коррекция.

В случае если облицовка не предусмотрена, проводится полировка цельнолитого протеза и его фиксация на постоянный цемент. Если опорные зубы с витальной пульпой, то протез фиксируют на временный цемент на период 2—3 недели. После этого перед фиксацией мостовидного протеза на постоянный цемент проводится электроодонтодиагностика для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы решается вопрос о депульпировании.

Если предусмотрена керамическая или пластмассовая облицовка, проводится выбор цвета облицовки.

Коронки с облицовкой и фасетки в мостовидных протезах на верхней челюсти делают лишь до 5-го зуба включительно, на нижней — до 4-го включительно. Облицовки жевательных поверхностей боковых зубов в принципе не показаны.

Следующее посещение

Наложение и припасовка готового цельнолитого мостовидного протеза.

Особое внимание следует обращать на точность прилегания протеза в пришеечной области (краевое прилегание), проверяют отсутствие зазора между стенкой коронки и культей зуба. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель. Обращают внимание на аппроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами. При необходимости проводится коррекция. При применении металлопластмассового протеза после полировки, а при применении металлокерамического протеза — после глазурирования проводится фиксация на временный (на 2—3 недели) или на постоянный цемент.

Если опорные зубы с витальной пульпой, то протез фиксируют на временный цемент на период 2—3 недели. Особое внимание при фиксации на временный цемент обращают на удаление остатков цемента из-под промежуточной части мостовидного протеза и межзубных промежутков.

Следующее посещение

Фиксация на постоянный цемент. Перед фиксацией мостовидного протеза на постоянный цемент проводится электроодонтодиагностика для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы решается вопрос о депульпации.

Особое внимание при фиксации на постоянный цемент обращают на удаление остатков цемента из-под промежуточной части мостовидного протеза и межзубных промежутков.

Пациента инструктируют по поводу правил пользования протезом и указывают на необходимость регулярного посещения врача 1 раз в 6 месяцев.

АЛГОРИТМ И ОСОБЕННОСТИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЕМНЫХ ШТАМПОВАННО-ПАЯНЫХ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ

Особенности изготовления несъемных мостовидных штампованно-паяных протезов:

8. Штампованно-паяные мостовидные протезы можно использовать при протяженности дефекта в одну единицу (один зуб).
9. Следует использовать в качестве опорных не менее двух зубов на один искусственный.
10. Пластмассовая облицовка производится в области фронтальных зубов до 5 зуба включительно на верхней челюсти и до 4 включительно — на нижней челюсти.
11. При необходимости восполнения включенных дефектов на обеих челюстях в первую очередь изготавливают несъемные мостовидные протезы на верхнюю челюсть для формирования правильной протетической плоскости.

Первое посещение

После диагностических исследований, необходимых подготовительных лечебных мероприятий и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

Принимается решение о депульпировании зубов, определенных в качестве опорных, или сохранении их витальной пульпы.

Подготовка к препарированию

При решении о депульпировании зубов пациента направляют на соответствующие мероприятия. Для подтверждения решения сохранить витальную пульпу опорных зубов проводится электроодонтодиагностика до начала всех лечебных мероприятий.

По возможности, при решении оставить пульпу витальной, перед началом препарирования получают оттиски (слепки) для изготовления временных пластмассовых коронок (капп).

Препарирование опорных зубов

Производится препарирование зубов под штампованные коронки. При препарировании следует обращать внимание на параллельность стенок отпрепарированных зубов (форма цилиндра) и клинических осей культей зубов.

Препарирование зубов с витальной пульпой проводится под местной анестезией.

Получение оттиска (слепка) с отпрепарированных зубов на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта при препарировании. При изготовлении штампованно-паяных мостовидных протезов применяются альгинатные оттискные (слепочные) массы, стандартные оттискные (слепочные) ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного (слепочного) материала. После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

Для фиксации правильного соотношения зубных рядов в положении центральной окклюзии применяются гипсовые или силиконовые блоки.

В случае необходимости определения центрального соотношения челюстей изготавливаются восковые базисы с окклюзионными валиками.

При изготовленных временных капках проводится их припасовка, при необходимости – перебазировка и фиксация на временный цемент.

При изготовлении штампованно-паяного протеза снятие слепков (оттисков) может проводиться в день препарирования.

Для предотвращения развития воспалительных процессов в тканях краевого пародонта, связанных с травмированием при препарировании, назначается противовоспалительная регенерирующая терапия, включающая полоскания рта настоем коры дуба, а также настоями ромашки и шалфея. При необходимости — аппликации масляным раствором витамина А или другими средствами, стимулирующими эпителизацию.

Следующее посещение

Получение оттисков (слепков), если они не были сняты в первое посещение.

Используются альгинатные оттискные (слепочные) массы, стандартные оттискные (слепочные) ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного (слепочного) материала. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

Следующее посещение

Не ранее чем через 3 дня после препарирования для исключения травматического (термического) повреждения пульпы проводится повторная электроодонтодиагностика (возможно проведение на следующем посещении).

Следующее посещение

Примерка и припасовка штампованных коронок.

Особое внимание обращать на точность прилегания коронки в пришеечной области (краевое прилегание), проверяют отсутствие давления коронки на ткани маргинального пародонта. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель (максимум на 0,3—0,5 мм) [25]. Обращают внимание на апроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами. При необходимости проводится коррекция.

При использовании комбинированных штампованных коронок (по Белкину) после припасовки коронки получают оттиск культи зуба с помощью воска, налитого внутрь коронки. Определяют цвет пластмассовой облицовки. Коронки с облицовкой на верхней челюсти делают лишь до 5-го зуба включительно, на нижней — до 4-го включительно. Облицовки жевательных поверхностей боковых зубов в принципе не показаны.

Получают оттиск (слепок) альгинатной массой для спайки. Применяются стандартные оттискные (слепочные) ложки. Рекомендуется края ложек перед снятием оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного (слепочного) материала. После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

Следующее посещение

Наложение и припасовка готового штампованно-паяного мостовидного протеза.

Особое внимание следует обращать на точность прилегания протеза в пришеечной области (краевое прилегание). Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель (максимум на 0,3—0,5 мм) [25]. Обращают внимание на апроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами, на промыв под промежуточной частью. При необходимости проводится коррекция.

Производится фиксация на постоянный цемент.

При витальной пульпе опорных зубов перед фиксацией мостовидного протеза на постоянный цемент проводится электроодонтодиагностика для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы решается вопрос о депульпировании.

Особое внимание при фиксации на постоянный цемент обращать на удаление остатков цемента из-под промежуточной части мостовидного протеза и межзубных промежутков.

Пациента инструктируют по поводу правил пользования протезом и указывают на необходимость регулярного посещения врача 1 раз в 6 месяцев.

Одиночный включенный дефект зубного ряда при интактных соседних зубах является одним из классических показаний к применению стоматологических (дентальных) имплантатов.

Основной предпосылкой применения одиночных дентальных имплантатов является наличие интактных соседних зубов и желание сохранить их таковыми.

Выбор конструкции имплантата и искусственной коронки зависит от клинической картины, состояния тканей протезного ложа и метода имплантации.

При принятии решения о применении дентального имплантата необходимо учитывать противопоказания к этому методу лечения.

К общим противопоказаниям относят:

9. Любые основания для отказа от хирургического вмешательства.
10. Любые противопоказания к местной анестезии.
11. Заболевания, на которые может отрицательно повлиять имплантация (например, эндокардит, искусственный сердечный клапан или водитель ритма, трансплантация органов, ревматические заболевания и др.).
12. Формы терапии, которые могут отрицательно повлиять на заживление и сохранение имплантата, а также на его ложе (например, иммуноподавляющие средства, антидепрессанты, противосвертывающие средства, цитостатики).
13. Психические заболевания.
14. Ситуации, связанные с тяжелым психологическим или физическим стрессом.
15. Кахексия.
16. Недостаточная привычка к общей гигиене.

Возраст не является абсолютным противопоказанием, исключающим дентальную имплантацию.

Местные противопоказания:

11. недостаточная склонность к гигиене полости рта;
12. недостаточное наличие костной ткани, не подходящая структура костной ткани;
13. неблагоприятное расстояние до Nervus alveolaris inferior, до верхнечелюстной и носовой пазух.

Противопоказания временного характера:

13. острые заболевания;
14. стадии реабилитации и выздоровления;
15. беременность;
16. наркотическая зависимость;
17. состояние после облучения (минимум в течение года).

Для успешной установки имплантатов необходимо учитывать следующие основные требования:

- r. Ширина костной ткани в щечно-язычном отделах не менее 6 мм.
- s. Расстояние между корнями соседних зубов не менее 8 мм.
- t. Количество кости над нижнечелюстным каналом и ниже гайморовой пазухи — 10 мм (или необходима специальная оперативная подготовка).

Минимальная толщина кортикальной пластинки и низкая плотность губчатой кости костного ложа ставит под сомнение успех остеоинтеграции

имплантата.

Определение объема и структуры костного ложа проводится с помощью рентгенологического обследования (панорамная, прицельная рентгенограммы).

Методика имплантации и последующего протезирования проводятся в соответствии с выбранной имплантационной системой и конструкцией супраструктуры согласно рекомендациям производителей.

Применение дентальных имплантатов требует специального информирования пациента по поводу альтернативных методов лечения, возможных побочных явлений и т. д., инструктирования по пользованию имплантатом и методам гигиены.

АЛГОРИТМ И ОСОБЕННОСТИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЕМНЫХ КОНСОЛЬНЫХ ПРОТЕЗОВ

Особенности применения консольных несъемных протезов заключаются в четком регламентировании их конструкции:

8. Длина подвесной части должна быть не более одной второй длины опорной части.
9. Площадь окклюзионной поверхности подвесной части должна быть не более одной второй площади опорной части.
10. Следует использовать в качестве опорных не менее двух зубов.
11. Следует применять только цельнолитые мостовидные протезы.

После диагностических исследований, необходимых подготовительных лечебных мероприятий и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

Принимается решение о депульпировании зубов, определенных в качестве опорных, или сохранении их витальной пульпы.

Первое посещение

Подготовка к препарированию.

При решении вопроса о депульпировании зубов пациента направляют на соответствующие мероприятия. Для подтверждения решения сохранить витальную пульпу опорных зубов проводится электроодонтодиагностика до начала всех лечебных мероприятий.

При решении оставить пульпу витальной перед началом препарирования получают оттиски (слепки) для изготовления временных пластмассовых коронок (капп).

Препарирование опорных зубов

Производится препарирование зубов под цельнолитые коронки. Вид препарирования выбирается в зависимости от вида коронок. При препарировании следует обращать особое внимание на параллельность клинических осей культей зубов после препарирования.

Препарирование зубов с витальной пульпой проводится под местной анестезией.

Получение оттиска (слепка) с отпрепарированных зубов на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта при препарировании. Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные (слепочные) массы, стандартные оттискные (слепочные) ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного (слепочного) материала или использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков (слепков) на ложке. После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков (слепков) уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма и пр.) нельзя применять вспомогательные средства для ретракции десны, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами), учитывать действие антикоагулянтной терапии.

Для фиксации правильного соотношения зубных рядов в положении центральной окклюзии применяются гипсовые или силиконовые блоки.

В случае необходимости определения центрального соотношения челюстей изготавливаются восковые базисы с окклюзионными валиками.

При изготовленных временных каппах проводится их припасовка, при необходимости — перебазировка и фиксация на временный цемент.

Для предотвращения развития воспалительных процессов в тканях краевого пародонта назначается противовоспалительная регенерирующая терапия, включающая полоскания полости рта настойкой коры дуба, а также настоями ромашки и шалфея; аппликации масляным раствором витамина А или другими средствами, стимулирующими эпителизацию. При необходимости больной назначается на прием на следующий день или через день для получения рабочего двухслойного оттиска (слепка) с отпрепарированных зубов и оттиска (слепка) с зубов-антагонистов, если они не были сняты в первое посещение.

Следующее посещение

Для снятия слепка используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные (слепочные) массы, стандартные оттискные (слепочные) ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного (слепочного) материала или использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков (слепков) на ложке. После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков (слепков) уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма и пр.) нельзя применять вспомогательные средства для ретракции десны, содержащие

катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами), учитывать действие антикоагулянтной терапии.

Следующее посещение

Не ранее чем через 3 дня после препарирования для выявления травматического (термического) повреждения пульпы проводится повторная электроодонтодиагностика (возможно проведение на этапе наложения и припасовки каркаса).

Следующее посещение

Наложение и припасовка каркаса цельнолитого несъемного консольного протеза.

Особое внимание необходимо обращать на точность прилегания каркаса в пришеечной области (краевое прилегание), проверяют отсутствие зазора между стенкой коронки и культей зуба. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель. Обращают внимание на аппроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами, на промыв под подвесной частью. При необходимости проводится коррекция.

В случае если облицовка не предусмотрена, проводится полировка цельнолитого протеза и его фиксация на постоянный цемент. Если опорные зубы с витальной пульпой, то протез фиксируют на временный цемент на период 2—3 недели. После этого перед фиксацией несъемного консольного протеза на постоянный цемент проводится электроодонтодиагностика для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы решается вопрос о депульпировании.

Если предусмотрена металлокерамическая или металлопластмассовая облицовка, проводится выбор цвета облицовки.

Коронки с облицовкой и фасетки в мостовидных протезах на верхней челюсти делают лишь до 5-го зуба включительно, на нижней — до 4-го включительно. Облицовки жевательных поверхностей боковых зубов в принципе не показаны.

Следующее посещение

Наложение и припасовка готового цельнолитого несъемного консольного протеза.

Особое внимание следует обращать на точность прилегания протеза в пришеечной области (краевое прилегание), проверяют отсутствие зазора между стенкой коронки и культей зуба. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель. Обращают внимание на аппроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами, на промыв под подвесной частью (не менее 1 мм). При необходимости проводится коррекция. При применении металлопластмассового протеза после полировки, а при

применении металлокерамического протеза — после глазурирования проводится фиксация на временный (на 2—3 недели) или на постоянный цемент.

Если опорные зубы с витальной пульпой, то протез фиксируют на временный цемент на период 2—3 недели. После этого перед фиксацией несъемного протеза на постоянный цемент проводится электроодонтодиагностика для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы решается вопрос о депульпировании.

7.2.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность) лечения
Анестетики местные	Согласно алгоритму
Витамины	Согласно алгоритму
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры	Согласно алгоритму
Средства, влияющие на кровь	По потребности

7.2.8. Характеристики алгоритмов и особенностей применения медикаментов

В клинике ортопедической стоматологии инфильтрационная или проводниковая анестезия применяется при препарировании зубов с витальной пульпой. При проведении ретракции десны, при препарировании депульпированных зубов применяется аппликационная анестезия, например, аэрозолем лидокаина для местного применения 10%.

АНАЛЬГЕТИКИ, НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Применение местных противовоспалительных и эпителизирующих средств (витаминов и растительного происхождения) при механической травме слизистой оболочки, возникновении язв на слизистой оболочке, особенно в период адаптации к протезу, показывает достаточную результативность в повседневной стоматологической практике.

Обычно назначают полоскания и/или ванночки отварами коры дуба, цветков ромашки, шалфея 3—4 раза в день (уровень убедительности доказательства С). Аппликации на пораженные участки маслом облепихи — 2—3 раза в день по 10—15 минут (уровень убедительности доказательства С).

ВИТАМИНЫ

Аппликации на пораженные участки масляным раствором ретинола (витамин А) — 2—3 раза в день по 10—15 минут (уровень убедительности доказательства С).

СРЕДСТВА, ВЛИЯЮЩИЕ НА КРОВЬ

Гемодиализат дипротейнизированный — адгезивная паста для полости рта — 3—5 раз в сутки на пораженные участки (уровень убедительности доказательства С).

7.2.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Специальных требований нет.

При протезировании на дентальных имплантатах динамическое наблюдение проводят 1 раз в 6 мес.

7.2.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.2.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Отказ от использования очень жесткой пищи, требующей пережевывания твердых кусков.

7.2.12. Форма добровольного информированного согласия пациента при выполнении протокола

Информированное добровольное согласие пациент дает в письменном виде.

7.2.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. приложение 2 к настоящему протоколу ведения больных.

7.2.14. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия требований протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к протезированию, в том числе наличия заболеваний пародонта, корней зубов, экзостозов и пр., пациент переводится в протокол ведения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками частичного отсутствия зубов (частичной вторичной адентии), медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

8. раздела этого протокола ведения больных, соответствующего ведению частичного отсутствия зубов;
9. протокола ведения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

7.2.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование	Частота	Критерии и	Ориентировочное	Преимственность и
--------------	---------	------------	-----------------	-------------------

исхода	развития, %	признаки	время достижения исхода	этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	80	Частичное, иногда полное восстановление способности пережевывать пищу	1-5 недель после окончания протезирования	Перебазировка или замена съемных протезов по потребности или раз в 3-4 года. Замена несъемных мостовидных протезов по потребности
Стабилизация	10	Отсутствие отрицательной динамики в течение частичной вторичной адентии	1-5 недель после окончания протезирования	Срок пользования съемными пластиночными, бюгельными протезами, несъемными мостовидными протезами – не ограничен
Развитие ятрогенных осложнений	5	Появление новых заболеваний или осложнений, обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции на пластмассу, токсический стоматит)	На этапе припасовки и адаптации к протезу	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	5	Присоединение нового заболевания, связанного с частичной вторичной адентии	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.2.16. Стоимостные характеристики протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

ff. Модель пациента

Нозологическая форма: потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления зубов или локализованного пародонтита

Стадия: сочетание концевых (концевых) и включенного (включенных) дефектов

Фаза: стабильное течение

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-С: К 08.1

xxxiii. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

50. Пациенты с постоянными зубами.
51. Сочетание концевых и включенных дефектов: частичное отсутствие зубов на одной или обеих челюстях.
52. Здоровая слизистая оболочка рта (умеренно-податливая, бледно-розового цвета, умеренно выделяет слизистый секрет).
53. Отсутствие экзостозов.
54. Отсутствие выраженной атрофии альвеолярного отростка.
55. Отсутствие выраженной патологии височно-нижнечелюстного сустава.
56. Отсутствие заболеваний слизистой оболочки рта.
57. Отсутствие феномена Попова-Годона оставшихся зубов.
58. Отсутствие поражений пародонта оставшихся зубов.
59. Отсутствие патологической стираемости твердых тканей оставшихся зубов.
60. Отсутствие разрушенных зубов, требующих восстановления коронковой части штифтовыми конструкциями.

xxxiv. Порядок включения пациента в протокол

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

xxxv. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Наименование	Кратность выполнения
A01.02.003	Пальпация мышц	1
A01.04.002	Визуальное исследование суставов	1
A01.04.003	Пальпация суставов	1
A01.04.004	Перкуссия суставов	1
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта	1
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	1
A01.07.004	Перкуссия при патологии полости рта	1

A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	1
A02.04.003	Измерение подвижности сустава (углометрия)	1
A02.04.004	Аускультация сустава	1
A02.07.001	Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	1
A02.07.003	Исследование зубодесневых карманов с помощью пародонтологического зонда	1
A02.07.004	Антропометрические исследования	1
A02.07.005	Термодиагностика зубов	1
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	1
A02.07.009	Одонтопародонтограмма	1
A02.07.010	Исследования на диагностических моделях челюстей	1
A05.07.001	Электроодонтометрия	Согласно алгоритму
A06.07.001	Панорамная рентгенография верхней челюсти	По потребности
A06.07.002	Панорамная рентгенография нижней челюсти	По потребности
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	По потребности
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A06.07.004	Ортопантомография	1
A06.07.007	Внутриротовая рентгенография в прикус	По потребности
A06.07.008	Рентгенография верхней челюсти в косой проекции	По потребности
A06.07.009	Рентгенография нижней челюсти в боковой проекции	По потребности
A06.07.011	Радиовизиография челюстно-лицевой области	По потребности
A09.07.001	Цитологическое исследование отделяемого полости рта	По потребности
A09.07.002	Цитологическое исследование содержимого кисты (абсцесса) полости рта или содержимого зубодесневого кармана	По потребности
A11.07.001	Биопсия слизистых оболочек полости рта	По потребности
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	По потребности
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности
A12.07.002	Компьютерная диагностика заболеваний пародонта с использованием электронных зондирующих устройств	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

xxxvi. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Алгоритм диагностики направлен на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение возможных осложнений, определение возможности приступить к протезированию без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий. Включает сбор анамнеза, осмотр и пальпацию рта и челюстно-лицевой области, оценку состояния оставшихся зубов и тканей и тканей пародонта.

СБОР АНАМНЕЗА

При сборе анамнеза выясняют время потери зубов, пользовался ли больной ранее протезами, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний. В случае наличия ортопедических конструкций уточняют время их изготовления.

ВИЗУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

При внешнем осмотре обращают внимание на выраженную и/или приобретенную асимметрию лица и выраженность носогубных и подбородочной складок, характер смыкания губ. Обращают внимание на степень открывания рта (в норме разобщение зубных рядов при максимальном открывании рта составляет 40—50 мм). Предварительно определяют наличие снижения высоты нижнего отдела лица.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, обращая внимание на число оставшихся зубов, их состояние, наличие и расположение дефектов зубных рядов и их протяженность, замещены ли отсутствующие зубы или дефекты отдельных зубов ортопедическими конструкциями. В случае наличия ортопедических конструкций оценивают их функциональное состояние. Обращают внимание на характер контактов между рядом стоящими зубами, на форму зубных дуг, уровень и положение каждого зуба, уровень окклюзионной поверхности и окклюзионной плоскости (деформацию зубных рядов).

Обращают внимание на наличие и расположение антагонизирующих пар зубов, окклюзионные контакты, соотношение зубных рядов, соотношение челюстей, вид прикуса, окклюзионные и артикуляционные соотношения зубных рядов, оценивают состояние слизистых оболочек.

При обследовании рта обращают внимание на выраженность и расположение уздечек и щечных тяжей.

Акцентируют внимание на наличие и выраженность атрофии альвеолярных отростков.

ПАЛЬПАЦИЯ

При пальпации определяют степень подвижности зубов. Обращают внимание на наличие экзостозов, скрытых под слизистой оболочкой корней

зубов. При подозрении на их наличие — рентгенологическое обследование. Обращают внимание на наличие опухолеподобных заболеваний. При подозрении на их наличие — цитологическое исследование, биопсия. Проводят пальпацию для определения торуса, степени податливости слизистой оболочки.

Сбор анамнеза и жалоб при патологии суставов, визуальное исследование суставов, пальпация суставов.

Выясняют, нет ли хруста (щелчков) и боли в височно-нижнечелюстном суставе при движениях нижней челюсти. При открывании рта визуально и с помощью пальпации определяют синхронность подвижности головок височно-нижнечелюстных суставов. Определяют пространственное смещение линии центра зубного ряда нижней челюсти по отношению к линии центра верхнего зубного ряда при медленном закрывании и открывании рта. При отсутствии фронтальных зубов линии центра определяют по уздечкам верхней и/или нижней челюсти.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАРИОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗОНДА

Выявляют наличие кариозного процесса и некариозных поражений твердых тканей. Особое внимание обращают на наличие, объем и характер пломб, степень разрушения твердых тканей жевательных зубов с помощью индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ по В.Ю. Миликевичу), что позволяет определить необходимость и метод восстановления данного зуба.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗУБОДЕСНЕВЫХ КАРМАНОВ С ПОМОЩЬЮ ЗОНДА

Зондирование зубодесневых карманов каждого зуба проводится с четырех сторон тупым градуированным зондом. По результатам заполняется одонтопародонтограмма по В.Ю. Курляндскому. Эта методика позволяет определить с достаточной точностью степень атрофии костных стенок альвеол оставшихся зубов и при необходимости направить больного на пародонтологическое лечение, планировать дальнейшие мероприятия.

ЭЛЕКТРООДОНТО ДИАГНОСТИКА

Проводят при наличии патологической стираемости, клиновидных дефектов, расширении периодонтальной щели, вторичной деформации зубных рядов, перед началом препарирования зубов под коронки для определения необходимости депульпирования и т. д. При работе с зубами с витальной пульпой электроодонтодиагностику необходимо проводить до начала лечения, не ранее чем через три дня после препарирования и перед фиксацией несъемной конструкции на постоянный цемент для определения необходимости депульпирования при развитии воспалительного процесса в результате препарирования.

xxxvii. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Наименование	Кратность выполнения
A11.07.012	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	Согласно алгоритму
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	Согласно алгоритму
A16.07.005	Восстановление целостности зубного ряда несъемным мостовидным протезом	Согласно алгоритму
A16.07.029	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	Согласно алгоритму
A16.07.039	Протезирование частичными съемными пластиночными протезами	Согласно алгоритму
A16.07.040	Протезирование съемными бюгельными протезами	Согласно алгоритму
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму
D 01.01.04.03	Коррекция съемной ортопедической конструкции	Согласно алгоритму
A16.07.006	Протезирование зубов с использованием имплантатов	По потребности
A16.07.038	Восстановление целостности зубного ряда съемными мостовидными протезами	По потребности
A16.07.057	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
A16.07.060	Восстановление целостности зубного ряда несъемным консольным протезом	По потребности
A16.07.006	Протезирование зуба с использованием имплантата	По потребности
A16.07.058	Операция установки имплантатов для дальнейшего зубопротезирования	По потребности
A16.07.059	Синуслифтинг	По потребности
B01.003.004.00 1	Местная анестезия	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

xxxviii. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Лечение частичного отсутствия зубов при сочетании концевых и включенных дефектов производится с использованием как несъемного, так и съемного протезирования, их комбинации. При частичном отсутствии зубов также возможно протезирование с использованием внутрикостных дентальных имплантатов: изготовлении искусственных коронок и мостовидных протезов (см. Приложение 10).

Эти методы позволяют восстановить основную функцию

зубочелюстной системы: пережевывание пищи, а также эстетические пропорции лица; препятствуют развитию деформации зубных рядов, перегрузке пародонта оставшихся зубов, прогрессированию атрофии альвеолярных отростков челюстной кости и атрофии мышц челюстно-лицевой области, развитию патологии височно-нижнечелюстного сустава (уровень убедительности доказательств А).

Выбор конструкций при лечении сочетания концевых и включенных дефектов зависит в первую очередь от их топографии, вида и объема, а также от ряда других факторов. Основную роль при выборе конструкций играют топография и протяженность тех дефектов зубного ряда (концевых или включенных), для которых обязательно применение определенных конструкций с четкими показаниями, т. е. лечение планируют, отталкиваясь от наиболее строгих показаний к устранению таких дефектов (см. приложение 4 к настоящему протоколу ведения больных). При определении методов ортопедического лечения прочих дефектов исходят из необходимости применения конструкций по строгим показаниям и учитывают возможность их использования для замещения сочетанных дефектов.

При сочетании концевого одностороннего дефекта в области моляров (от 1 до 2) и включенного одиночного дефекта с другой стороны челюсти в области жевательных зубов при отсутствии в данных участках естественных зубов-антагонистов или при восстановленном антагонизирующем зубном ряде различными видами ортопедических конструкций нет абсолютных показаний к немедленному протезированию. Требуется диспансерное наблюдение кратностью раз в 6 месяцев для исключения возникновения осложнений.

Сочетание одностороннего концевого дефекта, протяженность которого определяет обязательное протезирование, и включенного дефекта или включенных дефектов в области фронтальных зубов и/или жевательных зубов с другой стороны челюсти всегда требует протезирования. При показаниях к применению съемного протеза для замещения концевого дефекта этот протез восстанавливает также все имеющиеся включенные дефекты (несъемные протезы могут изготавливаться по потребности).

При сочетании двухсторонних концевых дефектов, если протяженность хотя бы одного из них определяет обязательное протезирование, и включенных дефектов всегда требуется протезирование. При показаниях к применению съемного протеза для замещения концевого дефекта этот протез восстанавливает также все имеющиеся включенные дефекты.

При любых включенных дефектах, требующих протезирования, в сочетании с концевыми односторонними или двухсторонними дефектами, не требующими протезирования, а также включенными дефектами, не требующими протезирования, при применении съемных протезов восстанавливается целостность всего зубного ряда. При применении несъемных мостовидных протезов для замещения включенных дефектов протезирование в области концевых дефектов, не требующих протезирования, производится по потребности.

Изготовление несъемного мостовидного протеза большой протяженности («дуга») для восстановления более 4-х зубов на одной

челюсти не рекомендуется. При отсутствии более 3-х зубов в области жевательных зубов использование несъемных мостовидных конструкций не рекомендуется. При сочетанных (концевых и включенных) дефектах с отсутствием более 4-х зубов в зубном ряду при условии достаточного количества опорных зубов могут изготавливаться несъемные мостовидные протезы для восстановления отдельных дефектов. При отсутствии 1—4-х зубов во фронтальной области для замещения дефекта показано изготовление несъемного мостовидного протеза.

Объем и вид протезирования определяются количеством и состоянием опорных зубов и протяженностью восполняемых дефектов с учетом данных одонтопародонтограммы по В.Ю. Курляндскому. Рекомендуется, чтобы каждому искусственному зубу в мостовидном протезе соответствовало не менее двух опорных зубов со здоровым пародонтом для предотвращения перегрузки опорных зубов. При концевых и включенных дефектах в различных функционально ориентированных группах зубов возможно одновременное применение съемных и несъемных конструкций. При этом съемные конструкции изготавливаются после фиксации несъемных протезов (за исключением конструкций с замковыми элементами).

АЛГОРИТМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЧАСТИЧНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ

Первое посещение

После диагностических исследований и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

При необходимости опорные зубы покрываются искусственными коронками.

Первым этапом является получение оттисков (слепков). С протезируемой челюсти получается рабочий оттиск (слепок), с противоположной — прикусной с помощью стандартных оттискных (слепочных) ложек и альгинатных оттискных (слепочных) масс. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного (слепочного) материала. После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.). Отливаются модели из простого гипса.

Следующее посещение

Определение центрального соотношения челюстей анатомо-физиологическим методом для определения правильного положения нижней челюсти по отношению к верхней в трех плоскостях (вертикальной, сагиттальной и трансверзальной).

Определение центрального соотношения челюстей производится с

применением изготовленных в зуботехнической лаборатории восковых базисов с окклюзионными валиками. Особое внимание следует обращать на формирование правильной протетической плоскости, определение высоты нижнего отдела лица.

Выбор цвета, размера и формы искусственных зубов производится в соответствии с оставшимися зубами и индивидуальными особенностями (возраст пациента, размеры и форма лица).

Следующее посещение

Проверка конструкции протеза (постановки зубов на восковой конструкции, проведенной в условиях зуботехнической лаборатории) на восковом базисе для оценки правильности всех предыдущих клинических и лабораторных этапов изготовления протеза и внесения необходимых исправлений.

Следующее посещение

Наложение и припасовка готового протеза после лабораторного этапа замены воскового базиса на пластмассовый.

Перед наложением необходимо оценить качество базиса протеза (отсутствие пор, острых краев, выступов, шероховатостей и т. д.). Цвет может указывать на недостаточную полимеризацию. Небная часть протеза верхней челюсти должна быть не толще 1 мм.

Протезы вводят в рот, проверяют плотность смыкания зубных рядов и фиксацию зубных протезов, точность прилегания базиса протеза к оральной поверхности в пришеечной области оставшихся зубов, правильность расположения кламмеров.

Особое внимание следует обратить на наличие балансирования протеза в полости рта: протез балансировать не должен. Попытка устранить балансирование активацией кламмеров приносит еще больший вред. Если после тщательной припасовки балансирование устранить не удастся, протез подлежит переделке. Проведение перебазировки протеза с целью устранения балансирования на этом этапе неприемлемо, т. к. может обусловить сдачу некачественного протеза. Первая коррекция назначается на следующий день после сдачи протеза.

Следующее посещение

После сдачи протеза, далее по показаниям (не чаще одного раза в три дня). Период адаптации может длиться до 1,5 месяцев.

При появлении болей в области тканей протезного ложа, связанных с травмой слизистой оболочки, больному рекомендуют немедленно прекратить пользоваться протезом, явиться на прием к врачу, возобновив пользование протезом за 3 часа до посещения врача.

При механическом повреждении слизистой оболочки, образовании язв

участки протеза в этих местах минимально сошлифовываются. Коррекцию базиса протеза проводят до появления первого субъективного ощущения уменьшения болевого синдрома.

Назначается медикаментозная терапия противовоспалительными средствами и средствами, ускоряющими эпителизацию слизистой оболочки рта.

Пациенты с выраженным торусом

При изготовлении рабочей модели производить «изоляция» в области торуса с целью предотвращения избыточного давления. Кроме того, в зависимости от протяженности и топографии дефекта базис протеза может быть смоделирован без перекрытия торуса.

Пациенты с аллергическими реакциями на пластмассу

При выявлении аллергического анамнеза проводят аллергические кожные пробы на материал базиса протеза. При положительной реакции на пластмассу рекомендуется изготавливать бюгельные протезы или изготавливать базис частичного съемного пластиночного протеза из бесцветной пластмассы.

АЛГОРИТМ И ОСОБЕННОСТИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ БЮГЕЛЬНЫХ ПРОТЕЗОВ

Первое посещение

После диагностических исследований и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению. Перед началом лечения необходимо изготовить диагностические модели, которые позволяют определить наличие места для окклюзионных частей кламмеров. При отсутствии места на модели отмечают участки, подлежащие сошлифовыванию, после чего проводят необходимое сошлифовывание твердых тканей зубов в местах, где будут располагаться окклюзионные накладки, допустимо искусственное углубление естественных фиссур зубов [25]. При необходимости опорные зубы покрываются бюгельными коронками.

Первым этапом изготовления бюгельного протеза является получение оттисков (слепков). С протезируемой челюсти получается рабочий оттиск (слепок), с противоположной — прикусной с помощью стандартных оттискных (слепочных) ложек и альгинатных оттискных (слепочных) масс. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного (слепочного) материала. После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение

анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

Отливаются модели: рабочая модель из супергипса, прикусная — из простого гипса.

Проводится параллелометрия.

Следующее посещение

Наложение и припасовка готового цельнолитого каркаса бюгельного протеза. Особое внимание следует обращать на отсутствие давления дуги бюгельного протеза на слизистую оболочку, точность прилегания и охвата опорно-удерживающими элементами (кламмерами и окклюзионными накладками) опорных зубов, отсутствие балансирования.

Дуга бюгельного протеза на нижнюю челюсть на всем своем протяжении должна отстоять от слизистой оболочки у верхнего края на 0,5—0,6 мм, у нижнего — не менее чем на 1 мм. Дуга протеза на верхнюю челюсть отстоит от слизистой на 0,6—1 мм. Отклонение от этих требований может привести к образованию пролежней в будущем. Внесение исправлений в металлический каркас нежелательно, т. к. его истончение чревато переломом или уменьшением жесткости [13].

Определение центрального соотношения челюстей анатомо-физиологическим методом для определения правильного положения нижней челюсти по отношению к верхней в трех плоскостях (вертикальной, сагиттальной и трансверзальной) производится с применением изготовленных в зуботехнической лаборатории восковых базисов с окклюзионными валиками. Особое внимание следует обращать на формирование правильной протетической плоскости, определение высоты нижнего отдела лица.

Выбор цвета, размера и формы искусственных зубов производится в соответствии с оставшимися зубами и индивидуальными особенностями (возраст пациента, размеры и форма лица).

Следующее посещение

Проверка конструкции протеза (постановки зубов на восковой конструкции, проведенной в условиях зуботехнической лаборатории) на восковом базисе для оценки правильности всех предыдущих клинических и лабораторных этапов изготовления протеза и внесения необходимых исправлений.

Следующее посещение

Наложение и припасовка готового протеза после лабораторного этапа замены воскового базиса седловидной части на пластмассовый.

Перед наложением необходимо оценить качество базиса протеза (отсутствие пор, острых краев, выступов, шероховатостей и т. д.). Цвет может указывать на некачественную полимеризацию.

Протез вводят в рот, проверяют плотность смыкания зубных рядов и фиксацию бюгельного протеза, точность прилегания и охвата опорно-удерживающими элементами (кламмерами и окклюзионными накладками) опорных зубов, отсутствие балансирования.

Следующее посещение

Первая коррекция назначается на следующий день после сдачи протеза, далее по показаниям (не чаще одного раза в три дня). Период адаптации может длиться до 1,5 месяца.

При появлении болей в области тканей протезного ложа, связанных с травмой слизистой оболочки, больному рекомендуют немедленно прекратить пользоваться протезом, явиться на прием к врачу, возобновив пользование протезом за 3 часа до посещения врача.

При механическом повреждении слизистой оболочки, образовании язв под седловидной частью бюгельного протеза участки протеза в этих местах минимально сошлифовываются. Коррекцию базиса протеза проводят до появления первого субъективного ощущения уменьшения болевого синдрома. В случае неправильного изготовления дуги бюгельного протеза допускается минимальное ее сошлифовывание. Однако следует учитывать, что истончение дуги чревато переломом или уменьшением жесткости [13].

Назначается медикаментозная терапия противовоспалительными средствами и средствами, ускоряющими эпителизацию слизистой оболочки рта.

Пациенты с аллергическими реакциями

При выявлении аллергического анамнеза проводят аллергические кожные пробы на материал базиса протеза. При положительной реакции на пластмассу рекомендуется изготавливать бюгельные протезы с использованием бесцветной пластмассы. При появлении у пациента аллергической реакции на металл, из которого изготовлен каркас, производится золочение металлических частей гальваническим методом.

АЛГОРИТМ И ОСОБЕННОСТИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЕМНЫХ ЦЕЛЬНОЛИТЫХ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ

Особенности изготовления цельнолитых мостовидных протезов заключаются в четком регламентировании их конструкции:

8. Следует использовать в качестве опорных не менее двух зубов на один искусственный.
9. При использовании комбинированных цельнолитых мостовидных протезов рекомендуется в качестве дистальных опор использовать цельнолитые коронки или коронки с металлической окклюзионной поверхностью.

10. При изготовлении цельнолитых металлокерамических протезов моделируется оральная гирлянда (металлический кантик по краю коронки и тела мостовидного протеза).
11. Пластмассовая (по потребности — керамическая) облицовка производится в области фронтальных зубов, до 5 зуба включительно на верхней челюсти и до 4 включительно — на нижней челюсти, далее — по потребности.
12. При необходимости замещения включенных дефектов на обеих челюстях в первую очередь изготавливают несъемные мостовидные протезы на верхнюю челюсть для формирования правильной протетической плоскости.
13. При необходимости изготовления несъемных конструкций на зубы-антагонисты необходимо соблюдать определенную последовательность:
 - 13.1. первым этапом является одновременное изготовление временных капп на подлежащие протезированию участки зубных рядов обеих челюстей с максимальным восстановлением окклюзионных соотношений и обязательным определением высоты нижнего отдела лица. Эти каппы должны как можно точнее воспроизводить конструкцию будущих протезов;
 - 13.2. после окончания адаптационного периода от 2-х до 4-х недель изготавливают постоянные несъемные протезы на верхнюю челюсть;
 - 13.3. после фиксации протеза на верхнюю челюсть изготавливают постоянные несъемные конструкции на нижнюю челюсть;
 - 13.4. в случае если протяженность дефекта нижнего зубного ряда превышает протяженность дефекта верхнего зубного ряда приблизительно вдвое, изготовление постоянных конструкций начинают с нижней челюсти.

Первое посещение

После диагностических исследований, необходимых подготовительных лечебных мероприятий и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

Принимается решение о депульпировании зубов, определенных в качестве опорных, или сохранении их витальной пульпы.

Подготовка к препарированию

При решении о депульпировании зубов пациента направляют на соответствующие мероприятия. Для подтверждения решения сохранить витальную пульпу опорных зубов проводится электроодонтодиагностика до начала всех лечебных мероприятий.

При решении оставить пульпу витальной перед началом препарирования получают оттиски для изготовления временных пластмассовых коронок (капп).

Препарирование опорных зубов

Проводится препарирование зубов под цельнолитые коронки. Вид препарирования выбирается в зависимости от вида коронок. При препарировании следует обращать особое внимание на параллельность клинических осей культей зубов после препарирования.

Препарирование зубов с витальной пульпой проводится под местной анестезией.

Получение оттиска (слепка) с отпрепарированных зубов на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта при препарировании. Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные (слепочные) массы, стандартные оттискные (слепочные) ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного (слепочного) материала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков (слепков) на ложке. После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков (слепков) уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма и пр.) нельзя применять вспомогательные средства для ретракции десны, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами), учитывать действие антикоагулянтной терапии.

Для фиксации правильного соотношения зубных рядов в положении центральной окклюзии применяются гипсовые или силиконовые блоки.

В случае необходимости определения центрального соотношения челюстей изготавливаются восковые базисы с окклюзионными валиками.

При изготовленных временных капп проводится их припасовка, при необходимости — перебазировка и фиксация на временный цемент.

Для предотвращения развития воспалительных процессов в тканях краевого пародонта назначается противовоспалительная регенерирующая терапия, включающая полоскания рта настойкой коры дуба, а также настоями ромашки и шалфея; аппликации масляным раствором витамина А или другими средствами, стимулирующими эпителизацию. При изготовлении цельнолитых конструкций рекомендуется назначать больного на приём на следующий день или через день после препарирования для получения рабочего двухслойного оттиска (слепка) с отпрепарированных зубов и оттиска (слепка) с зубов-антагонистов, если они не были получены в первое посещение.

Следующее посещение

Получение оттисков (слепков).

Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные (слепочные) массы, стандартные оттискные (слепочные) ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного (слепочного) материала или специальный клей для фиксации силиконовых оттисков (слепков) на ложке. После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков (слепков) уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма и пр.) нельзя применять вспомогательные средства для ретракции десны, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами), учитывать действие антикоагулянтной терапии.

Следующее посещение

Не ранее чем через 3 дня после препарирования для исключения травматического (термического) повреждения пульпы проводится повторная электроодонтодиагностика (возможно проведение на следующем посещении).

Следующее посещение

Наложение и припасовка каркаса цельнолитого мостовидного протеза.

Особое внимание необходимо обращать на точность прилегания каркаса в пришеечной области (краевое прилегание), проверяют отсутствие зазора между стенкой коронки и культей зуба. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель. Обращают внимание на апроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами, на промыв под промежуточной частью. При необходимости проводится коррекция.

В случае если облицовка не предусмотрена, проводится полировка цельнолитого протеза и его фиксация на постоянный цемент. Если опорные зубы с витальной пульпой, то протез фиксируют на временный цемент на период 2—3 недели. После этого перед фиксацией мостовидного протеза на постоянный цемент проводится электроодонтодиагностика для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы решается вопрос о депульпировании.

Если предусмотрена керамическая или пластмассовая облицовка, проводится выбор цвета облицовки.

Коронки с облицовкой и фасетки в мостовидных протезах на верхней челюсти делают лишь до 5-го зуба включительно, на нижней — до 4-го

включительно. Облицовки жевательных поверхностей боковых зубов в принципе не показаны.

Следующее посещение

Наложение и припасовка готового цельнолитого мостовидного протеза.

Особое внимание следует обращать на точность прилегания протеза в пришеечной области (краевое прилегание), проверяют отсутствие зазора между стенкой коронки и культей зуба. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель. Обращают внимание на апроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами. При необходимости проводится коррекция. При применении металлопластмассового протеза после полировки, а при применении металлокерамического протеза — после глазурирования проводится фиксация на временный (на 2—3 недели) или на постоянный цемент.

Если опорные зубы с витальной пульпой, то протез фиксируют на временный цемент на период 2—3 недели. Особое внимание при фиксации на временный цемент обращать на удаление остатков цемента из-под промежуточной части мостовидного протеза и межзубных промежутков.

Следующее посещение

Фиксация на постоянный цемент.

Перед фиксацией мостовидного протеза на постоянный цемент проводится электроодонтодиагностика для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы решается вопрос о депульпировании.

Особое внимание при фиксации на постоянный цемент обращать на удаление остатков цемента из-под промежуточной части мостовидного протеза и межзубных промежутков.

Пациента инструктируют по поводу правил пользования протезом и указывают на необходимость регулярного посещения врача 1 раз в 6 месяцев.

АЛГОРИТМ И ОСОБЕННОСТИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ШТАМПОВАННО-ПАЯНЫХ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ

Особенности изготовления несъемных мостовидных штампованно-паяных протезов:

- Штампованно-паяные мостовидные протезы можно использовать при протяженности дефекта в одну единицу (один зуб).
- Следует использовать в качестве опорных не менее двух зубов на один искусственный.
- Пластмассовая облицовка производится в области фронтальных зубов до 5 зуба включительно на верхней челюсти и до 4 включительно — на

нижней челюсти.

- При необходимости восполнения включенных дефектов на обеих челюстях в первую очередь изготавливают несъемные мостовидные протезы на верхнюю челюсть для формирования правильной протетической плоскости.

Первое посещение

После диагностических исследований, необходимых подготовительных лечебных мероприятий и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

Принимается решение о депульпировании зубов, определенных в качестве опорных, или сохранении их витальной пульпы.

Подготовка к препарированию

При решении о депульпировании зубов пациента направляют на соответствующие мероприятия. Для подтверждения решения сохранить витальную пульпу опорных зубов проводится электроодонтодиагностика до начала всех лечебных мероприятий.

По возможности, при решении оставить пульпу витальной перед началом препарирования получают оттиски (слепки) для изготовления временных пластмассовых коронок (капп).

Препарирование опорных зубов

Производится препарирование зубов под штампованные коронки. При препарировании следует обращать внимание на параллельность стенок отпрепарированных зубов (форма цилиндра) и клинических осей культей зубов.

Препарирование зубов с витальной пульпой проводится под местной анестезией.

Получение оттиска (слепка) с отпрепарированных зубов на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта при препарировании. При изготовлении штампованно-паяных мостовидных протезов применяются альгинатные оттискные (слепочные) массы, стандартные оттискные (слепочные) ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного (слепочного) материала. После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

Для фиксации правильного соотношения зубных рядов в положении центральной окклюзии применяются гипсовые или силиконовые блоки.

В случае необходимости определения центрального соотношения челюстей изготавливаются восковые базисы с окклюзионными валиками.

При изготовленных временных капп проводится их припасовка, при

необходимости — перебазировка и фиксация на временный цемент.

При изготовлении штампованно-паяного протеза получение оттисков (слепков) может проводиться в день препарирования.

Для предотвращения развития воспалительных процессов в тканях краевого пародонта, связанных с травмированием при препарировании, назначается противовоспалительная регенерирующая терапия, включающая полоскания рта настоем коры дуба, а также настоями ромашки и шалфея. При необходимости — аппликации масляным раствором витамина А или другими средствами, стимулирующими эпителизацию.

Следующее посещение

Получение оттисков (слепков), если они не были получены в первое посещение.

Используются альгинатные оттискные (слепочные) массы, стандартные оттискные (слепочные) ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного (слепочного) материала. После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

Следующее посещение

Не ранее чем через 3 дня после препарирования для исключения травматического (термического) повреждения пульпы проводится повторная электроодонтодиагностика (возможно проведение на следующем посещении).

Следующее посещение

Примерка и припасовка штампованных коронок.

Особое внимание обращать на точность прилегания коронки в пришеечной области (краевое прилегание), проверяют отсутствие давления коронки на ткани маргинального пародонта. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель (максимум на 0,3—0,5 мм) [25]. Обращают внимание на апроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами. При необходимости проводится коррекция.

При использовании комбинированных штампованных коронок (по Белкину) после припасовки коронки получают оттиск культи зуба с помощью воска, налитого внутрь коронки. Определяют цвет пластмассовой облицовки. Коронки с облицовкой на верхней челюсти делают лишь до 5-го зуба включительно, на нижней — до 4-го включительно. Облицовки жевательных поверхностей боковых зубов в принципе не показаны.

Получают оттиск (слепок) альгинатной массой для спайки.

Применяются стандартные оттискные (слепочные) ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного (слепочного) материала. После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

Следующее посещение

Наложение и припасовка готового штампованно-паяного мостовидного протеза.

Особое внимание следует обращать на точность прилегания протеза в пришеечной области (краевое прилегание). Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель (максимум на 0,3—0,5 мм) [25]. Обращают внимание на апроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами, на промыв под промежуточной частью. При необходимости проводится коррекция.

Производится фиксация на постоянный цемент.

При витальной пульпе опорных зубов перед фиксацией мостовидного протеза на постоянный цемент проводится электроодонтодиагностика для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы решается вопрос о депульпировании.

Особое внимание при фиксации на постоянный цемент обращать на удаление остатков цемента из-под промежуточной части мостовидного протеза и межзубных промежутков.

Пациента инструктируют по поводу правил пользования протезом и указывают на необходимость регулярного посещения врача 1 раз в 6 месяцев.

АЛГОРИТМ И ОСОБЕННОСТИ ЗАМЕЩЕНИЯ ОДИНОЧНОГО ДЕФЕКТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИМПЛАНТАТА

Одиночный включенный дефект зубного ряда при интактных соседних зубах является одним из классических показаний к применению стоматологических (дентальных) имплантатов.

Основной предпосылкой применения одиночных дентальных имплантатов является наличие интактных соседних зубов и желание сохранить их таковыми.

Выбор конструкции имплантата и искусственной коронки зависит от клинической картины, состояния тканей протезного ложа и метода имплантации.

При принятии решения о применении дентального имплантата необходимо учитывать противопоказания к этому методу лечения.

К общим противопоказаниям относят:

8. Любые основания для отказа от хирургического вмешательства.

9. Любые противопоказания к местной анестезии.
10. Заболевания, на которые может отрицательно повлиять имплантация (например, эндокардит, искусственный сердечный клапан или водитель ритма, трансплантация органов, ревматические заболевания и др.)
11. Формы терапии, которые могут отрицательно повлиять на заживление и сохранение имплантата, а также на его ложе (например, иммуноподавляющие средства, антидепрессанты, противосвертывающие средства, цитостатики).
12. Психические заболевания.
13. Ситуации, связанные с тяжелым психологическим или физическим стрессом.
14. Кахексия.
15. Недостаточная привычка к общей гигиене.

Возраст не является абсолютным противопоказанием, исключая дентальную имплантацию.

Местные противопоказания:

8. недостаточная склонность к гигиене полости рта;
9. недостаточное наличие костной ткани, не подходящая структура костной ткани;
10. неблагоприятное расстояние до Nervus alveolaris inferior, до верхнечелюстных синусов и полости носа.

Противопоказания временного характера:

- любые острые заболевания;
- стадии реабилитации и выздоровления;
- беременность;
- наркотическая зависимость;
- состояние после облучения (в течение минимум года).

Для успешной установки имплантатов необходимо учитывать следующие основные требования:

1. Ширина костной ткани в щечно-язычном отделах не менее 6 мм.
2. Расстояние между корнями соседних зубов не менее 8 мм.
3. Количество кости над нижнечелюстным каналом и ниже верхнечелюстного синуса — 10 мм (или необходима специальная оперативная подготовка).

Минимальная толщина кортикальной пластинки и низкая плотность губчатой кости костного ложа ставят под сомнение успех остеоинтеграции имплантата.

Определение объема и структуры костного ложа проводится с помощью рентгенологического обследования (панорамная, прицельная рентгенограммы).

Методика имплантации и последующего протезирования проводится в соответствии с выбранной имплантационной системой и конструкцией супраструктуры согласно рекомендациям производителей.

Применение дентальных имплантатов требует специального информирования пациента по поводу альтернативных методов лечения, возможных побочных явлений и т. д., инструктирования по пользованию

имплантатом и методам гигиены.

АЛГОРИТМ И ОСОБЕННОСТИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЕМНЫХ КОНСОЛЬНЫХ ПРОТЕЗОВ

Особенности применения консольных несъемных протезов заключаются в четком регламентировании их конструкции:

1. Длина подвесной части должна быть не более одной второй длины опорной части.
2. Площадь окклюзионной поверхности подвесной части должна быть не более одной второй площади опорной части.
3. Следует использовать в качестве опорных не менее двух зубов.
4. Следует применять только цельнолитые мостовидные протезы.

Первое посещение

После диагностических исследований, необходимых подготовительных лечебных мероприятий и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

Принимается решение о депульпировании зубов, определенных в качестве опорных, или сохранении их витальной пульпы.

Подготовка к препарированию

При решении вопроса о депульпировании зубов пациента направляют на соответствующие мероприятия. Для подтверждения решения сохранить витальную пульпу опорных зубов проводится электроодонтодиагностика до начала всех лечебных мероприятий.

При решении оставить пульпу витальной перед началом препарирования получают оттиски (слепки) для изготовления временных пластмассовых коронок (капп).

Препарирование опорных зубов

Производится препарирование зубов под цельнолитые коронки. Вид препарирования выбирается в зависимости от вида коронок. При препарировании следует обращать особое внимание на параллельность клинических осей культей зубов после препарирования.

Препарирование зубов с витальной пульпой проводится под местной анестезией.

Получение оттиска (слепка) с отпрепарированных зубов на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта при препарировании. Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные (слепочные) массы, стандартные оттискные (слепочные) ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции

оттискного (слепочного) материала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков (слепков) на ложке. После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков (слепков) уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма и пр.) нельзя применять вспомогательные средства для ретракции десны, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами), учитывать действие антикоагулянтной терапии.

Для фиксации правильного соотношения зубных рядов в положении центральной окклюзии применяются гипсовые или силиконовые блоки.

В случае необходимости определения центрального соотношения челюстей изготавливаются восковые базисы с окклюзионными валиками.

При изготовленных временных капп проводится их припасовка, при необходимости — перебазировка и фиксация на временный цемент.

Для предотвращения развития воспалительных процессов в тканях краевого пародонта назначается противовоспалительная регенерирующая терапия, включающая полоскания рта настойкой коры дуба, а также настоями ромашки и шалфея. При необходимости — аппликации масляным раствором витамина А или другими средствами, стимулирующими эпителизацию. При необходимости больной назначается на прием на следующий день или через день для получения рабочего двухслойного оттиска (слепка) с отпрепарированных зубов и оттиска (слепка) с зубов-антагонистов, если они не были получены в первое посещение.

Следующее посещение

Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные (слепочные) массы, стандартные оттискные (слепочные) ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного (слепочного) материала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков (слепков) на ложке. После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков (слепков) уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма и пр.) нельзя применять вспомогательные средства для ретракции десны, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами), учитывать действие антикоагулянтной терапии.

Следующее посещение

Не ранее чем через 3 дня после препарирования для исключения травматического (термического) повреждения пульпы проводится повторная электроодонтодиагностика.

Следующее посещение

Наложение и припасовка каркаса цельнолитого несъемного консольного протеза.

Особое внимание необходимо обращать на точность прилегания каркаса в пришеечной области (краевое прилегание), проверяют отсутствие зазора между стенкой коронки и культей зуба. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель. Обращают внимание на апроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами, на промыв под подвесной частью. При необходимости проводится коррекция.

В случае если облицовка не предусмотрена, проводится полировка цельнолитого протеза и его фиксация на постоянный цемент. Если опорные зубы с витальной пульпой, то протез фиксируют на временный цемент на период 2—3 недели. После этого перед фиксацией несъемного консольного протеза на постоянный цемент проводится электроодонтодиагностика для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы решается вопрос о депульпировании.

Если предусмотрена керамическая или пластмассовая облицовка, проводится выбор цвета облицовки.

Коронки с облицовкой и фасетки в мостовидных протезах на верхней челюсти делают лишь до 5-го зуба включительно, на нижней — до 4-го включительно. Облицовки жевательных поверхностей боковых зубов в принципе не показаны.

Следующее посещение

Наложение и припасовка готового цельнолитого несъемного консольного протеза.

Особое внимание следует обращать на точность прилегания протеза в пришеечной области (краевое прилегание), проверяют отсутствие зазора между стенкой коронки и культей зуба. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель. Обращают внимание на апроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами, на промыв под подвесной частью (не менее 1 мм). При необходимости проводится коррекция. При применении металлопластмассового протеза после полировки, а при применении металлокерамического протеза — после глазурования проводится фиксация на временный (на 2—3 недели) или на постоянный цемент.

Если опорные зубы с витальной пульпой, то протез фиксируют на временный цемент на период 2—3 недели. После этого перед фиксацией несъемного протеза на постоянный цемент проводится электроодонтодиагностика для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы решается вопрос о депульпировании.

xxxix. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность) лечения
Анестетики местные	Согласно алгоритму
Витамины	Согласно алгоритму
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры	Согласно алгоритму
Средства, влияющие на кровь	По потребности

7.3.8. Характеристики алгоритмов и особенностей применения медикаментов

В клинике ортопедической стоматологии инфильтрационная или проводниковая анестезия применяются при препарировании зубов с витальной пульпой. При проведении ретракции десны, при препарировании депульпированных зубов применяется аппликационная анестезия, например, аэрозолем лидокаина для местного применения 10%.

АНАЛЬГЕТИКИ, НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Применение местных противовоспалительных и эпителизирующих средств (витаминов и растительного происхождения) при возникновении «наминов» и язв на слизистой оболочке, особенно в период адаптации к протезу, показывает достаточную результативность в повседневной стоматологической практике.

Обычно назначают полоскания и/или ванночки отварами коры дуба, цветков ромашки, шалфея 3—4 раза в день (уровень убедительности доказательства С). Аппликации на пораженные участки маслом облепихи — 2—3 раза в день по 10—15 минут (уровень убедительности доказательства С).

ВИТАМИНЫ

Аппликации на пораженные участки масляным раствором ретинола

(витамин А) — 2—3 раза в день по 10—15 минут (уровень убедительности доказательства С).

СРЕДСТВА, ВЛИЯЮЩИЕ НА КРОВЬ

Гемодиализат депротеинизированный — адгезивная паста для полости рта — 3—5 раз в сутки на пораженные участки (уровень убедительности доказательства С).

7.3.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Специальных требований нет.

При протезировании на дентальных имплантатах динамическое наблюдение проводят 1 раз в 6 мес.

7.3.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.3.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Отказ от использования очень жесткой пищи, требующей пережевывания твердых кусков.

7.3.12. Форма добровольного информированного согласия пациента при выполнении протокола

Информированное добровольное согласие пациент дает в письменном виде.

7.3.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. приложение 2 к настоящему протоколу ведения больных.

7.3.14. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия требований протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к протезированию, в том числе наличия заболеваний пародонта, корней зубов, экзостозов и пр., пациент переводится в протокол ведения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками частичного отсутствия зубов (частичной вторичной адентии), медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

21. раздела этого протокола ведения больных, соответствующего ведению частичного отсутствия зубов;
22. протокола ведения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

7.3.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	80	Частичное, иногда полное восстановление способности пережевывать пищу	1-5 недель после окончания протезирования	Перебазировка или замена съемных протезов по потребности или раз в 3-4 года. Замена несъемных мостовидных протезов по потребности
Стабилизация	10	Отсутствие отрицательной динамики в течение частичной вторичной адентии	1-5 недель после окончания протезирования	Срок пользования съемными пластиночными, бюгельными протезами, несъемными мостовидными протезами – не ограничен
Развитие ятрогенных осложнений	5	Появление новых заболеваний или осложнений, обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции на пластмассу, токсический стоматит)	На этапе припасовки и адаптации к протезу	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	5	Присоединение нового заболевания, связанного с	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу

		частичной вторичной адентии		соответствующег о заболевания
--	--	-----------------------------------	--	----------------------------------

7.3.16. Стоимостные характеристики протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

VIII. МОНИТОРИРОВАНИЕ

Критерии и методология мониторинга и оценки эффективности выполнения протокола

Мониторирование проводится на всей территории Российской Федерации.

Перечень медицинских организаций, в которых проводится мониторинг данного документа определяется ежегодно учреждением, ответственным за мониторинг. Медицинская организация информируется о включении в перечень по мониторингу протокола письменно.

Мониторирование включает:

- сбор информации: о ведении пациентов с синдромом диабетической стопы в лечебно-профилактических учреждениях всех уровней;
- анализ полученных данных;
- составление отчета о результатах проведенного анализа;
- представление отчета группе разработчиков данного протокола.

Исходными данными при мониторинге являются:

34. медицинская документация — медицинская карта стоматологического больного (форма № 043/у);
35. тарифы на медицинские услуги;
36. тарифы на стоматологические материалы и лекарственные средства.

При необходимости при мониторинге могут быть использованы иные документы.

В стоматологических медицинских организациях, определенных перечнем по мониторингу, раз в полгода на основании медицинской документации составляется карта пациента (см. приложение 6 к настоящему протоколу ведения больных) о лечении пациентов с частичным отсутствием зубов, соответствующих моделям пациента в данном протоколе.

В карту пациента включаются данные о диагнозе и о лечении пациентов, которым сданы ортопедические конструкции в течение последнего месяца текущего полугодия. Справки передаются в организацию, ответственную за мониторинг, не позднее чем через месяц после окончания указанного срока. Например, если мониторинг начато 1 мая, то в справку включаются все пациенты с частичной вторичной адентией, получившие ортопедические конструкции в октябре, отчет должен быть передан не позднее конца ноября. Число анализируемых случаев должно быть не менее 300 в год.

В анализируемые в процессе мониторинга показатели входят: критерии включения и исключения из протокола, перечни медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортимента, перечни лекарственных средств и стоматологических материалов и инструментов обязательного и дополнительного ассортимента, исходы заболевания, стоимость выполнения медицинской помощи по протоколу и др.

Принципы рандомизации

В данном протоколе рандомизация (медицинских организаций, пациентов и т. д.) не предусмотрена.

Порядок оценки и документирования побочных эффектов и развития осложнений

Информация о побочных эффектах и осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения больных, регистрируется в медицинской карте пациента (см. приложение 6 к настоящему протоколу ведения больных) и отражается в справке о проведенном лечении, представляемой в организацию, ответственную за мониторинг.

Промежуточная оценка и внесение изменений в протокол

Оценка выполнения протокола проводится один раз в год по результатам анализа сведений, полученных при мониторинге.

Внесение изменений в протокол проводится в случае получения информации:

- о наличии в Протоколе требований, наносящих урон здоровью пациентов;
- при получении убедительных данных о необходимости изменений требований протокола обязательного уровня.

Решение об изменениях принимается группой разработчиков. Введение изменений требований протокола в действие осуществляется в установленном порядке.

Параметры оценки качества жизни при выполнении протокола

Для оценки качества жизни пациента с частичным отсутствием зубов, соответствующим моделям протокола, используют аналоговую шкалу (см. приложение 6).

Оценка стоимости выполнения протокола и цены качества

Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

Сравнение результатов

При мониторинге протокола ежегодно проводится сравнение результатов выполнения его требований, статистических данных, показателей деятельности медицинских организаций (количество больных, количество и виды изготовленных конструкций, сроки изготовления, наличие осложнений).

Порядок формирования отчета и его форма

В ежегодный отчет о результатах мониторинга включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, предложения по актуализации протокола.

Отчет представляется в группу разработчиков данного протокола.

Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати.

Приложение 1

К клиническим рекомендациям (протоколам лечения) частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)

ВЫБОР ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ ЧАСТИЧНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИИ С КОНЦЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ

Протяженность дефекта	Условия	Показанное лечение и ортопедическая конструкция	Кратность выполнения
Отсутствие 1-2 зубов (односторонний или двусторонний дефект)	Отсутствие естественных зубов-антагонистов	Частичный съемный пластиночный протез, бюгельный протез, протез на имплантатах	По потребности
	Наличие естественных зубов-антагонистов при отсутствии признаков феномена Попова-Годона	Диспансерное наблюдение	1 раз в 6 месяцев
		Частичный съемный пластиночный протез, бюгельный протез, протез на имплантатах	По потребности
	Наличие естественных зубов-антагонистов с признаками феномена Попова-Годона	Частичный съемный пластиночный протез	Согласно алгоритму
		Бюгельный протез, протез на имплантатах	По потребности
Аллергическая реакция на пластмассу базиса протеза	Бюгельный протез	Согласно алгоритму	
Отсутствие более 2-х зубов (односторонний или двусторонний дефект)	Независимо от наличия естественных зубов-антагонистов или их реставраций	Частичный съемный пластиночный протез	Согласно алгоритму
		Бюгельный протез, несъемный консольный протез, протез на имплантатах	По потребности
	Аллергическая реакция на пластмассу базиса протеза	Бюгельный протез	Согласно алгоритму
Отсутствие 3-х зубов (односторонний или двусторонний дефект)	Независимо от наличия естественных зубов-антагонистов или их реставраций	Несъемный консольный протез, протез на имплантатах	По потребности

Приложение 2

К клиническим рекомендациям (протоколам лечения) частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)

Дополнительная информация для пациента

ПРАВИЛА ПОЛЬЗОВАНИЯ СЪЕМНЫМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

- **Съемные зубные протезы необходимо чистить зубной щеткой с пастой или с туалетным мылом два раза в день (утром и вечером), а также после еды по мере возможности.**
- Во избежание поломки протеза, а также повреждения слизистой оболочки полости рта не рекомендуется принимать и пережевывать очень жесткую пищу (например, сухари), откусывать от больших кусков (например, от целого яблока).
- В ночное время, если пациент снимает протезы, их необходимо держать во влажной среде (после чистки завернуть протезы во влажную салфетку) либо в сосуде с водой. С протезами во рту можно спать.
- Во избежание поломки протезов не допускайте их падения на кафельный пол, в раковину и на другие твердые поверхности.
- По мере образования жесткого зубного налета на протезах их необходимо очищать специальными средствами, которые продаются в аптеках.
- При нарушении фиксации съемного протеза, что может быть связано с ослаблением кламмерной фиксации, необходимо обратиться в клинику ортопедической стоматологии для активации кламмеров.
- Ни в коем случае, ни при каких обстоятельствах не пытаться самому провести исправления, починку или другие воздействия на протез.
- В случае поломки или возникновении трещины в базисе съемного протеза пациенту необходимо срочно обратиться в клинику ортопедической стоматологии для починки протеза.

ПРАВИЛА ПОЛЬЗОВАНИЯ НЕСЪЕМНЫМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

8. Несъемные зубные протезы необходимо чистить зубной щеткой с пастой так же, как естественные зубы два раза в день. После еды полость рта следует полоскать для удаления остатков пищи. При возникновении кровоточивости при чистке зубов нельзя прекращать гигиенические процедуры. Если кровоточивость не исчезла в течение 3—4 дней, необходимо обратиться в клинику ортопедической стоматологии.
9. Если протез зафиксирован на временный цемент, не рекомендуется жевать жевательную резинку и другие вязкие пищевые продукты.
10. Во избежание поломки протеза, скола облицовочного материала, а также

повреждения слизистой оболочки полости рта не рекомендуется принимать и пережевывать очень жесткую пищу (например, сухари), откусывать от больших кусков (например, от цельного яблока).

11. При нарушении фиксации несъемного протеза необходимо обратиться в клинику ортопедической стоматологии. Признаками нарушения фиксации могут быть «хлюпанье» протеза, неприятный запах изо рта.
12. В случае скола облицовочного материала нужно обратиться в клинику ортопедической стоматологии.
13. При появлении болезненных ощущений в области коронок, воспаления десны вокруг коронки (кровоточивость десны) срочно обратитесь в клинику ортопедической стоматологии.

Приложение 3

К клиническим рекомендациям (протоколам лечения) частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)

ВЫБОР ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ ЧАСТИЧНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИИ С ВКЛЮЧЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ

Протяженность дефекта	Условия	Показанное лечение и ортопедическая конструкция	Кратность выполнения
Отсутствие одного зуба в жевательных группах зубов (с одной или с двух сторон челюсти)	Физиологический прикус	Диспансерное наблюдение	1 раз в 6 месяцев
	Физиологический прикус	Частичный съемный пластиночный протез, бюгельный протез, несъемный мостовидный протез, несъемный консольный протез, протез на имплантатах	По потребности
	Физиологический прикус, отсутствие противопоказаний к дентальной имплантации, наличие условий для имплантации, интактные соседние зубы	Протез на имплантате	По потребности
Отсутствие 2-3-х зубов в области жевательных зубов с одной стороны	Здоровый пародонт опорных зубов	Несъемный мостовидный протез (облицовка на верхней челюсти до 5-го включительно, на нижней до 4-го зуба включительно)	Согласно алгоритму
		Несъемный мостовидный протез (облицовка на верхней челюсти далее 5-го, на нижней далее 4-го зуба), протез на имплантатах	По потребности
	Интактные соседние зубы	Частичный съемный пластиночный протез, бюгельный протез, протез на имплантатах	По потребности
	Сомнительный или плохой прогноз в отношении состояния пародонта	Частичный съемный пластиночный протез	Согласно алгоритму
		Бюгельный протез, протез на имплантатах	По потребности

	опорных зубов		
Отсутствие более 3-х зубов в области жевательных зубов с одной стороны челюсти	Независимо от состояния пародонта	Частичный съемный пластиночный протез	Согласно алгоритму
		Бюгельный протез, протез на имплантатах	По потребности
Отсутствие более 4-х зубов в зубном ряду	Достаточное количество опорных зубов (минимум в соотношении – отсутствующий зуб: опорные зубы = 1:2), здоровый пародонт	Несъемный мостовидный протез для замещения отдельных дефектов (облицовка на верхней челюсти до 5-го включительно, на нижней до 4-го зуба включительно)	Согласно алгоритму
		Несъемный мостовидный протез для замещения отдельных дефектов (облицовка на верхней челюсти далее 5-го, на нижней далее 4-го зуба), протез на имплантатах	По потребности
	Интактные соседние зубы	Частичный съемный пластиночный протез, бюгельный протез, протез на имплантатах	По потребности
	Сомнительный или плохой прогноз в отношении состояния пародонта опорных зубов	Частичный съемный пластиночный протез	Согласно алгоритму
		Бюгельный протез, протез на имплантатах	По потребности
	Недостаточное количество опорных зубов	Частичный съемный пластиночный протез	Согласно алгоритму
Бюгельный протез, протез на имплантатах		По потребности	
Отсутствие 1-4-х зубов во фронтальной области	Здоровый пародонт опорных зубов	Несъемный мостовидный протез	Согласно алгоритму
	Сомнительный или плохой прогноз в отношении состояния пародонта опорных зубов	Частичный съемный пластиночный протез	Согласно алгоритму
		Бюгельный протез, протез на имплантатах	По потребности
	Интактные соседние зубы	Частичный съемный пластиночный протез, бюгельный протез, протез на имплантатах	По потребности
Отсутствие 1 зуба во фронтальной области	Здоровый пародонт опорных зубов	Несъемный консольный протез, протез на имплантатах	По потребности
	Физиологический прикус, отсутствие противопоказаний к дентальной имплантации,	Протез на имплантате	По потребности

	наличие условий для имплантации, интактные соседние зубы		
--	--	--	--

Приложение 4

К клиническим рекомендациям (протоколам лечения) частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)

ВЫБОР ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА

Дефект, определяющий клиническую ситуацию/ сочетанный дефект	Условия	Показанное лечение и ортопедическая конструкция	Кратность выполнения
Концевой дефект – отсутствие 2-х зубов (односторонний или двусторонний дефект) / включенные дефекты	В области концевого дефекта наличие естественных зубов-антагонистов с признаками феномена Попова-Годона	Частичный съемный пластиночный протез, замещающий все дефекты	Согласно алгоритму
		Бюгельный протез, замещающий все дефекты, протез на имплантатах	По потребности
	Аллергическая реакция на пластмассу базиса протеза	Бюгельный протез, замещающий все дефекты	Согласно алгоритму
		протез на имплантатах	По потребности
Концевой дефект – отсутствие 3-х зубов (односторонний или двусторонний дефект) / включенный дефект – отсутствие одного зуба в жевательных группах зубов (с одной или с двух сторон челюсти)	Независимо от наличия естественных зубов-антагонистов	Частичный съемный пластиночный протез, замещающий все дефекты	Согласно алгоритму
		Бюгельный протез, замещающий все дефекты; несъемные мостовидные протезы и/или несъемные консольные протезы, возмещающие дефекты, протез на имплантатах	По потребности
Концевой дефект – отсутствие более 3-х зубов (односторонний или двусторонний дефект) / включенный дефект или включенные дефекты в области фронтальных и/или жевательных зубов	Независимо от наличия естественных зубов-антагонистов	Частичный съемный пластиночный протез, замещающий все дефекты	Согласно алгоритму
		Бюгельный протез, замещающий все дефекты, протез на имплантатах	По потребности
	Аллергическая реакция на пластмассу базиса протеза	Бюгельный протез, замещающий все дефекты	Согласно алгоритму
	В области концевых и включенных дефектов здоровый пародонт опорных зубов	В области концевого дефекта частичный съемный пластиночный протез или бюгельный протез / в области включенных дефектов несъемный мостовидный	По потребности

		протез (несъемные мостовидные протезы), протез на имплантатах	
Включенный дефект – отсутствие 1-3-х зубов в области жевательных зубов с одной стороны / концевой дефект с другой стороны, не требующий обязательного протезирования	В области включенного дефекта здоровый пародонт опорных зубов	В области включенного дефекта несъемный мостовидный протез / в области концевой дефекта протезирование по потребности	Согласно алгоритму
	Сомнительный или плохой прогноз в отношении состояния пародонта опорных зубов	Частичный съемный пластиночный протез, замещающий все дефекты	Согласно алгоритму
	Сомнительный или плохой прогноз в отношении состояния пародонта опорных зубов, аллергическая реакция на пластмассу базиса протеза	Бюгельный протез, замещающий все дефекты	Согласно алгоритму
Включенный дефект – отсутствие более 3-х зубов в области жевательных зубов с одной стороны челюсти / концевой дефект с другой стороны, не требующий обязательного протезирования	Независимо от состояния пародонта	Частичный съемный пластиночный протез, замещающий все дефекты	Согласно алгоритму
		Бюгельный протез, замещающий все дефекты, протез на имплантатах	По потребности
	Аллергическая реакция на пластмассу базиса протеза	Бюгельный протез, замещающий все дефекты	Согласно алгоритму
Сочетанные дефекты – отсутствие более 4-х зубов в зубном ряду при условии концевой дефекта, не требующий обязательного протезирования	В области включенных дефектов достаточное количество опорных зубов – (минимум в соотношении отсутствующий зуб: опорные зубы = 1:2), здоровый пародонт	В области включенных дефектов несъемные мостовидные протезы для восстановления отдельных дефектов (облицовка на верхней челюсти до 5-го, на нижней – до 4-го зуба) / в области концевой дефекта протезирование по потребности	Согласно алгоритму
	В области включенных дефектов сомнительный или плохой прогноз в отношении состояния пародонта опорных зубов и/или недостаточное количество опорных	Частичный съемный пластиночный протез, замещающий все дефекты	Согласно алгоритму

	зубов		
	В области включенных дефектов сомнительный или плохой прогноз в отношении состояния пародонта опорных зубов и/или недостаточное количество опорных зубов; аллергическая реакция на пластмассу базиса протеза	Бюгельный протез, замещающий все дефекты	Согласно алгоритму
Включенный дефект – отсутствие 1-4-х зубов во фронтальной области / концевой дефект (концевые дефекты), не требующий обязательного протезирования	В области включенного дефекта здоровый пародонт опорных зубов	В области включенного дефекта несъемный мостовидный протез / в области концевого дефекта протезирование по потребности	Согласно алгоритму
	В области включенного дефекта сомнительный или плохой прогноз в отношении состояния пародонта опорных зубов	Частичный съемный пластиночный протез, замещающий все дефекты	Согласно алгоритму
	В области включенного дефекта сомнительный или плохой прогноз в отношении состояния пародонта опорных зубов; аллергическая реакция на пластмассу базиса протеза	Бюгельный протез, замещающий все дефекты	Согласно алгоритму
Включенный дефект – отсутствие 1 зуба во фронтальной области / концевой дефект (концевые дефекты), не требующий обязательного протезирования	Здоровый пародонт опорных зубов	Несъемный консольный протез / в области концевого дефекта протезирование по потребности, протез на имплантатах	По потребности

Приложение 5

К клиническим рекомендациям (протоколам лечения) частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)

КАРТА ПАЦИЕНТА

История болезни № _____

Наименование учреждения _____

Дата: начало наблюдения _____ окончание наблюдения _____

Ф.И.О. _____ возраст _____

Диагноз основной _____

Сопутствующие заболевания: _____

Модель пациента: _____

Объем оказанной нелекарственной медицинской помощи: _____

Код	Наименование ПМУ	Отметка о выполнении и (кратность)
В процессе диагностики		
A 01.02.003	Пальпация мышц	
A 01.04.002	Визуальное исследование суставов	
A 01.04.003	Пальпация суставов	
A 01.04.004	Перкуссия суставов	
A 01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	
A 01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта	
A 01.07.003	Пальпация органов полости рта	
A 01.07.004	Перкуссия при патологии полости рта	
A 01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	
A 01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	
A 01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	
A 02.04.003	Измерение подвижности сустава (углометрия)	
A 02.04.004	Аускультация сустава	
A 02.07.001	Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов	
A 02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	
A 02.07.003	Исследование зубодесневых карманов с помощью пародонтологического зонда	
A 02.07.004	Антропометрические исследования	
A 02.07.005	Термодиагностика зубов	
A 02.07.006	Определение прикуса	
A 02.07.007	Перкуссия зубов	

A 02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	
A 02.07.009	Одонтопародонтограмма	
A 02.07.010	Исследования на диагностических моделях челюстей	
A 05.07.001	Электроодонтометрия	
A 06.07.001	Панорамная рентгенография верхней челюсти	
A 06.07.002	Панорамная рентгенография нижней челюсти	
A 06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	
A 03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	
A 06.07.004	Ортопантомография	
A 06.07.007	Внутриротовая рентгенография в прикус	
A 06.07.008	Рентгенография верхней челюсти в косой проекции	
A 06.07.009	Рентгенография нижней челюсти в боковой проекции	
A 06.07.011	Радиовизиография челюстно-лицевой области	
A 09.07.001	Цитологическое исследование отделяемого полости рта	
A 09.07.002	Цитологическое исследование содержимого кисты (абсцесса) полости рта или содержимого зубодесневого кармана	
A 11.07.001	Биопсия слизистых оболочек полости рта	
A 12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	
A 12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	
A 12.07.004	Определение пародонтальных индексов	
В процессе лечения		
A 11.07.012	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	
A 16.07.004	Восстановление зуба коронкой	
A 16.07.005	Восстановление целостности зубного ряда несъемным мостовидным протезом	
A 16.07.029	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	
A 16.07.039	Протезирование частичными съемными пластиночными протезами	
A 16.07.040	Протезирование съемными бюгельными протезами	
A 25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	
A 25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов	
D 01.01.04.03	Коррекция съемной ортопедической конструкции	
A 16.07.006	Протезирование зубов с использованием имплантатов	
A 16.07.038	Восстановление целостности зубного ряда съемными мостовидными протезами	
A 16.07.057	Снятие несъемной ортопедической конструкции	
A 16.07.060	Восстановление целостности зубного ряда несъемным консольным протезом	

Лекарственная помощь (указать применяемый препарат):

Осложнения лекарственной терапии (указать проявления):

Наименование препарата, их вызвавшего:

Исход (по классификатору исходов):

Информация о пациенте передана в учреждение, мониторирующее Протокол:

(название учреждения)

(дата)

Подпись лица, ответственного за монитирование протокола в медицинском учреждении:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРИ МОНИТОРИРОВАНИИ	Полнота выполнения обязательного перечня немедикаментозной помощи	да нет	ПРИМЕЧАНИЕ
	Выполнение сроков выполнения медицинских услуг	да нет	
	Полнота выполнения обязательного перечня лекарственного ассортимента	да нет	
	Соответствие лечения требованиям протокола по срокам/продолжительности	да нет	
	Комментарии: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
	<hr/> <hr/> (дата)	<hr/> <hr/> (подпись)	

Приложение 6

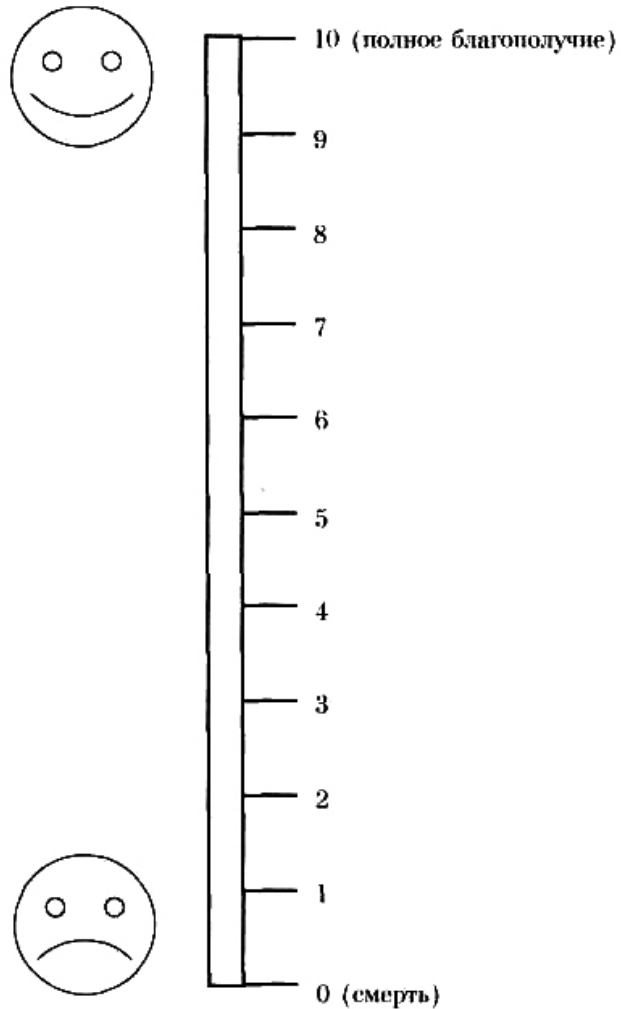
К клиническим рекомендациям (протоколам лечения) частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)

АНКЕТА ПАЦИЕНТА

ФИО _____ **ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ** _____

**КАК ВЫ ОЦЕНИВАЕТЕ ВАШЕ ОБЩЕЕ САМОЧУВСТВИЕ НА
СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ?**

Отметьте, пожалуйста, на шкале значение, соответствующее состоянию Вашего здоровья.



Приложение 7

К клиническим рекомендациям (протоколам лечения) частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПОГРАНИЧНЫЕ ДОЗЫ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ПРИ РАЗОВОЙ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ

Анестетик	Без вазоконстриктора		С вазоконстриктором	
	мг/кг массы тела	мг/70 кг массы тела	мг/кг массы тела	мг/70 кг массы тела
Артикаин	4,0	300	7,0	500
Бупивакаин	2,0	150	2,0	150
Лидокаин	4,0	300	7,0	500
Мепивакаин	4,0	300	7,0	500

Приложение 8

К клиническим рекомендациям (протоколам лечения) частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)

ПЕРЕЧЕНЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ И ИНСТРУМЕНТОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ РАБОТЫ ВРАЧА**ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ**

9. Набор инструментов стоматологических (лоток, зеркало, шпатель, пинцет стоматологический, зонд стоматологический)
10. Алмазные боры для турбинного наконечника для препарирования твердых тканей зубов при изготовлении различных видов искусственных коронок
11. Карборундовые головки для прямого наконечника
12. Алмазные головки для прямого наконечника
13. Алмазные диски
14. Карборундовые диски
15. Дискдержатели для прямого наконечника
16. Турбинный наконечник
17. Прямой наконечник
18. Высокоскоростной наконечник (угловой) для турбинных боров
19. Стандартные слепочные (оттискные) ложки
20. Альгинатная слепочная (оттискная) масса
21. Базисный воск
22. Самоотвердеющая пластмасса холодной полимеризации
23. Клей для силиконовых слепочных (оттискных) масс
24. Полиры
25. Искусственные зубы
26. Цветовая шкала для определения цвета облицовки и искусственных зубов
27. Перчатки одноразовые
28. Специальный маркер для определения места коррекции на базисе протеза (карандаш, чернила)
29. Гипс простой
30. Шпатель для замешивания альгинатных слепочных (оттискных) материалов и гипса
31. Стекла стоматологические для замешивания
32. Чашка резиновая
33. Артикуляционная бумага
34. Цинкфосфатные цементы для постоянной фиксации несъемных конструкций
35. Горелка газовая
36. Маски одноразовые

37. Цементы для временной фиксации несъемных протезов
38. Карпульный шприц
39. Иглы к карпульному шприцу
40. Слюноотсосы одноразовые
41. Стаканы одноразовые
42. Щипцы крампонные
43. Ножницы коронковые
44. Щипцы коронковые
45. Наковальня
46. Молоточек стоматологический
47. Коронкосбиватель
 48. Полиэфирный монофазный оттискной (слепочный) материал
 49. Силиконовая оттискная (слепочная) масса для двойного оттиска (слепка)
 50. Дезинфицирующий раствор для оттисков (слепков)
 51. Контейнер для дезинфицирующего раствора
 52. Стандартные ватные валики
 53. Фартуки для пациента
 54. Бумажные блоки для замешивания
 55. Цветовая шкала для определения цвета облицовки и искусственных зубов
 56. Стекла стоматологические для замешивания
 57. Артикуляционная бумага
 58. Карпульный шприц
 59. Иглы к карпульному шприцу

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ АССОРТИМЕНТ

- Лейкопластырь (для обклейки краев стандартной слепочной (оттискной) ложки)
- Эластичные материалы для перебазировки съемного протеза в клинике
- Супергипс
- Индивидуально настраиваемый артикулятор с лицевой дугой
- Стерилизатор гласперленовый
- Аппарат ультразвуковой для очистки боров
- Стеклоиономерный цемент для фиксации несъемных конструкций
- Материал для изготовления временных капп в клинике
- Бокс для стандартных ватных валиков
- Слепочные модули
- Динамометрический ключ
- Ортопедический набор ключей для используемой системы имплантатов
- Канюли для диспенсера

К клиническим рекомендациям (протоколам лечения) частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)

ФОРМА ДОБРОВОЛЬНОГО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПРОТОКОЛА

Приложение к медицинской карте № _____

Пациент _____

ФИО

получил разъяснения по поводу диагноза частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия), получил информацию:

об особенностях течения заболевания _____

вероятной длительности лечения _____

о вероятном прогнозе _____

Пациенту предложен план обследования и лечения, включающий _____

Предложено изготовление следующей конструкции _____

на _____ челюсть

из материалов _____

Примерная стоимость изготовления протеза составляет около _____

Пациенту известен прейскурант, принятый в клинике.

Таким образом, пациент получил разъяснения о цели лечения и информацию о планируемых методах диагностики и лечения.

Пациент извещен о необходимости подготовки к протезированию:

Пациент извещен о необходимости в ходе лечения

получил указания и рекомендации по уходу за полостью рта.

Пациент извещен, что несоблюдение им рекомендаций врача может отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Пациент получил информацию о типичных осложнениях, связанных с данным заболеванием, с необходимыми диагностическими процедурами и с лечением.

Пациент извещен о вероятном течении заболевания и его осложнениях при отказе от лечения.

Пациент имел возможность задать любые интересующие его вопросы касательно состояния его здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы.

Пациент получил информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Беседу провел врач _____ (подпись врача).

« _____ » 20__ г.

Пациент согласился с предложенным планом лечения, в чем
 расписался собственноручно _____ (подпись пациента)
 или
 расписался его законный представитель _____
 (подпись законного представителя)
 или
 что удостоверяют присутствовавшие при беседе _____

 (подпись свидетеля)

Пациент не согласился с планом лечения (отказался от предложенного вида
 протеза), в чем расписался собственноручно _____ (подпись пациента)
 или расписался его законный представитель _____
 (подпись законного представителя)
 или
 что удостоверяют присутствовавшие при беседе _____

 (подпись свидетеля)

Пациент изъявил желание:

21. дополнительно к предложенному лечению пройти обследование

- _____,
 получить дополнительную медицинскую услугу _____,
 _____,
 € вместо предложенного протеза получить _____.

Пациент получил информацию об указанном методе обследования/лечения.
 Поскольку данный метод обследования/лечения также показан пациенту, он
 внесен в план лечения.

« _____ » 20 ____ г. _____ (подпись пациента)
 _____ (подпись врача)

Поскольку данный метод обследования/лечения не показан пациенту, он не
 внесен в план лечения.

« _____ » 20 ____ г. _____ (подпись пациента)
 _____ (подпись врача)

Приложение 10

К клиническим рекомендациям (протоколам лечения) частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)

АЛГОРИТМ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПРОТЕЗОВ С ОПОРОЙ НА ИМПЛАНТАТЫ

Показания к имплантации.

Все варианты дефектов зубных рядов могут являться показанием для зубного протезирования с использованием имплантатов.

Противопоказания к имплантации.

Абсолютные противопоказания.

1) Общие – тяжелые общесоматические болезни: болезни сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации; болезни крови и кроветворных органов (лимфогранулематоз, лейкозы, гемолитические анемии); психические расстройства и расстройства поведения; иммунопатологические заболевания и состояния (дефекты системы комплимента с выраженным снижением сопротивляемости организма, фагоцитарные расстройства, синдромы гуморальной недостаточности, гипоплазия тимуса и паращитовидных желез); некоторые болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (ревматические и ревматоидные процессы, врожденные остеопатии, костные дисплазии, состояния после лучевой и медикаментозной терапии); заболевания костной системы и другие патологические состояния, вызывающие нарушение трофики и ослабление регенерационной способности костной ткани (врожденные остеопатии, костные дисплазии, состояния после лучевой и медикаментозной терапии); болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (сахарный диабет I типа, дисфункции щитовидной и паращитовидных желез, болезни гипофиза и надпочечников); злокачественные новообразования; туберкулез; СПИД; венерические болезни; некоторые болезни кожи (дерматозы и склеродермия), регулярный прием в анамнезе наркотических препаратов; лечение бисфосфонатами; а также ряд заболеваний при условии, что имплантация не разрешена соответствующим специалистом: врожденные пороки и протезирование клапанов сердца.

2) Местные: некоторые болезни слизистой оболочки рта (хронический рецидивирующий афтозный стоматит, красная волчанка, пузырчатка, синдром Шегрена, синдром Бехчета); генерализованный пародонтит тяжелой степени.

Относительные противопоказания.

1) Общие: остеопороз; низкое содержание эстрогена у женщин – например, после овариоэктомии; доброкачественные новообразования; хронические инфекционные болезни; вредные привычки (злоупотребление алкоголем и курением, наркомания); возраст до 18 лет; беременность и лактация.

2) Местные: неудовлетворительная гигиена рта.

Подготовка лунки зуба к имплантации.

При планировании зубного протезирования на имплантатах, уже во время удаления зуба/зубов, необходима специальная подготовка для сохранения объема альвеолярного отростка (альвеолярной части) челюсти и оптимизации внутренней структуры костной ткани. Особое внимание следует уделять максимально щадящей экстракции и обработки альвеолы. Для сокращения сроков подготовки к операции имплантации рекомендуется заполнение лунки костнопластическим материалом и/или наложение на лунку мембраны для направленной регенерации кости. Лучше всего использовать нерезорбируемую мембрану и наложение сближающих (удерживающих) швов без отслоения слизисто-надкостничного лоскута. Если костнопластический материал применяется без мембраны или используется резорбируемая мембрана, то обязательно герметичное ушивание слизистой оболочки над альвеолой.

Срок имплантации после удаления зуба.

Оптимальным можно считать имплантацию в альвеолу с полностью завершившейся регенерацией, включая заполнение костной тканью всего объема альвеолы, формирование наружной компактной пластинки и нормальной слизистой оболочки. Такое состояние может достигаться в срок от 3-4 до 9-12 месяцев после удаления зуба, в среднем – через 4-6 месяцев.

При сохранении стенок альвеолы и отсутствии патологического процесса в лунке возможна установка имплантатов через 6 недель после удаления зуба.

Если возможно полное устранение патологически измененных тканей и обеспечение полноценной первичной фиксации имплантатов, то допускается выполнение имплантации одномоментно с удалением зуба или до достижения состояния полного завершения регенеративных процессов в лунке удаленного зуба. Допускается выполнение имплантации спустя год и более после удаления зуба.

Планирование ортопедической конструкции.

В каждой конкретной клинической ситуации конструкция зубного протеза, количество имплантатов, их тип, размер и расположение определяются в зависимости от состояния костной ткани в области имплантации (высота, ширина и плотность кости) и зубов-антагонистов, т.е. индивидуально.

Если дефект зубного ряда заключается в отсутствии одного или двух зубов, то каждый отсутствующий зуб возмещается одним имплантатом и искусственной коронкой.

Если дефект зубного ряда имеет протяженность три и более зуба, то может быть использовано как протезирование одиночными коронками, так и мостовидное протезирование. В составе каждого мостовидного протеза оптимальным вариантом соотношения количества искусственных опорных коронок с опорой на имплантатах и искусственных фасеток, не имеющих опоры, следует считать 2:1. Не рекомендуется в составе одной зубопротезной конструкции связывать имплантаты и естественные зубы.

При несъемном протезировании с опорой на имплантаты не допускается использовать консольные элементы зубного протеза.

Выбор типа, размера имплантатов и их расположения.

Оптимальным вариантом конструкции следует считать осесимметричные (цилиндрические и конусные) имплантаты.

Оптимальная длина имплантата – 11-14 мм. Реже могут использоваться имплантаты длиной от 5 до 10 мм и длиннее 14 мм.

Рекомендуется использовать имплантаты следующего диаметра: верхние боковые резцы и нижние резцы: оптимальный диаметр – $3,3 \pm 0,2$ мм.; верхние центральные резцы, клыки и премоляры обеих челюстей: оптимальный диаметр – $4,0 \pm 0,2$ мм, в качестве исключения можно использовать имплантаты диаметром $3,3 \pm 0,2$ мм.; моляры обеих челюстей: оптимальный диаметр – не менее 4,0 мм, в качестве исключения можно использовать имплантаты диаметром $3,8 \pm 0,2$ мм.

При планировании размера имплантата необходимо учесть, что на всех участках поверхности имплантата его должна окружать костная ткань, толщиной не менее 0,5-1 мм. Расстояние между двумя имплантатами должно быть не менее 2-3 мм.

При выборе размера имплантата необходимо учесть, что минимальное расстояние от имплантата до анатомических образований должно быть следующее: от носовой полости и верхнечелюстного синуса – 1 мм или контакт с компактной пластиной дна этих анатомических образований; от нижнечелюстного канала – не менее 1 мм; от ментального отверстия – не менее 1,5 мм. Необходимо учитывать, что при расположении имплантатов в области между ментальными отверстиями их верхушки должны отстоять от нижнего края челюсти не менее чем на 1,5 мм.

Увеличение объема костной ткани.

Если размер альвеолярного отростка (альвеолярной части) челюсти не позволяет выполнять установку имплантата, то рекомендуется проводить наращивание объема костной ткани, которое может выполняться одновременно с имплантацией или как самостоятельная предимплантационная операция.

Диагностическое и временное протезирование.

На всех этапах имплантологического лечения (до и после операции имплантации, во время изготовления постоянной зубопротезной конструкции) пациенту рекомендуется пользоваться временными зубными протезами.

Рекомендуется проводить диагностическое моделирование будущих искусственных зубов. Временные протезы следует считать косметическим и функциональным ориентиром для изготовления постоянных зубопротезных конструкций.

Операция дентальной имплантации.

При операции дентальной имплантации всегда необходимо применение операционных шаблонов. При изготовлении операционных шаблонов: если планируются несъемные конструкции зубных протезов, то центральная точка имплантата (место его прохождения через гребень альвеолярного отростка или альвеолярной части челюсти) должна соответствовать центру искусственной коронки.

Ось имплантата должна быть параллельна соседним имплантатам и естественным зубам или отклоняться от их оси не более чем на 5-7°.

Наружный край имплантата должен располагаться на уровне гребня альвеолярного отростка или альвеолярной части челюсти, выступая из него или погружаясь в него не более чем на 0,5 мм. При использовании имплантатов с эффектом переключения платформ (если начальная часть абатмента имеет меньший диаметр, чем сам имплантат) допустимое погружение имплантата возможно до 1,5 мм от гребня альвеолы.

Необходимо обеспечить достаточную первичную фиксацию имплантата в костной ткани. Оптимальное усилие введения имплантата в кость – 35-40 Н·см, максимальное – 45-50 Н·см, минимальное – 25-30 Н·см.

Срок достижения остеоинтеграции.

В подавляющем большинстве случаев для достижения остеоинтеграции необходим срок 3-4 месяца на нижней челюсти и 4-6 месяцев на верхней челюсти.

При благоприятных клинических условиях может применяться непосредственная нагрузка имплантатов. Для этого необходимо использовать временные зубные протезы с опорой на временный или постоянный абатмент. Обязательными условиями непосредственной нагрузки следует считать: использование имплантата оптимального размера, плотность кости 1-го или 2-го типов по классификации U. Lekholm и G. Zarb (1985), которая предусматривает выделение 5 типов формы альвеолярных отростков челюстей в зависимости от их сохранности или, наоборот, атрофии: А, В, С, D и Е («А» – наибольший объем альвеолярного отростка, «Е» – наименьший), а также 4 типа плотности костной ткани: 1, 2, 3 и 4 («1» – самая плотная кость, «4» – самая рыхлая) и объективно подтвержденная высокая первичная стабильность имплантата.

Второй этап имплантации и срок до получения оттиска.

Второй этап имплантации проводится при достижении остеоинтеграции имплантата, подтвержденной рентгенологическим исследованием и оценкой стабильности имплантата.

На втором этапе имплантации винт-заглушка имплантата заменяется формирователем десны, который полностью выступает над ее поверхностью и имеет диаметр, соответствующий шейке будущего искусственного зуба или абатмента, несущего конструкцию для фиксации съемного протеза.

При изготовлении несъемных конструкций зубных протезов в косметически значимой зоне (верхние резцы, клыки и премоляры) и/или при условии толщины десны более чем 1,5-2 мм, от установки формирователя десны до получения оттиска рекомендуется срок 3-4 недели. При условии толщины десны не более чем 1,5-2 мм в области верхних моляров и всех нижних зубов, а также при всех видах съемного протезирования, срок от установки формирователя десны до получения оттиска должен составлять 1-2 недели. Кроме того, возможно формирование десны временными коронками с опорой на временный или постоянный абатмент.

Клинико-лабораторные этапы изготовления зубных протезов с опорой на имплантаты.

Оттиск (слепок) с имплантата получают при помощи оттисковых (слепочных) модулей (трансферов). Если имплантаты параллельны между собой или угол отклонения не превышает 5-7°, то используется техника закрытой ложки (стандартная оттисковая (слепочная) ложка и силиконовый материал). Если имплантаты отклоняются друг от друга более чем на 5-7°, то используется техника открытой оттисковой (слепочной) ложки с предварительным изготовлением перфорированной индивидуальной ложки.

При изготовлении рабочей модели челюстей рекомендуется использование десневой маски.

В качестве несъемных конструкций с опорой на имплантаты могут применяться протезы из композитных материалов, металлокерамические и металлопластмассовые протезы (с опорой на металлические абатменты), а также безметалловая керамика (с фиксацией к абатментам из оксида циркония и его аналогов).

Выбор абатментов осуществляется из стандартных вариантов фабричного изготовления с возможностью их индивидуальной коррекции, либо абатменты изготавливаются индивидуально методом литья или фрезеровки.

При протезировании на имплантатах с использованием мостовидных, необходимо уменьшение площади и выраженности рельефа окклюзионной поверхности премоляров и моляров.

Конструкция зубного протеза должна обеспечивать возможность полноценного гигиенического ухода.

Особое внимание необходимо обращать на усилия при закручивании формирователя десны, оттискового (слепочного) модуля и абатмента. Как правило, во время примерок данная процедура выполняется с усилием 15-25 Н·см. Финишная фиксация абатментов осуществляется с усилием 30-35 Н·см.

Фиксация несъемных протезов к абатментам осуществляется на цемент, либо при помощи трансокклюзионных или боковых винтов. Перед фиксацией искусственной коронки нужно изолировать центральный винт абатмента.

Первую фиксацию несъемного протеза рекомендуется выполнять на временный цемент. Фиксация на постоянный цемент возможна через 1-2 месяца, также возможно постоянное ведение пациентов с несъемными конструкциями на имплантатах только на временном цементе, но при этом пациент должен быть проинформирован об этом. Перед фиксацией несъемной ортопедической конструкции на постоянный цемент при необходимости можно выкрутить абатмент, подвергнуть все компоненты конструкции очистке и контролю, после чего производится фиксация абатмента и искусственной коронки.

Динамическое наблюдение за результатами лечения.

Контрольные осмотры пациента рекомендуется проводить через месяц и через полгода после фиксации ортопедической конструкции. Последующий динамический контроль состояния имплантатов и зубных протезов рекомендуется выполнять 1 раз в 6 месяцев. При каждом контрольном осмотре определяется гигиеническое состояние рта и ортопедической конструкций, состояние десны вокруг каждого имплантата, окклюзионные взаимоотношения, оценивается стабильность каждого имплантата и делается рентгеновский снимок. При каждом контрольном посещении пациента рекомендуется проводить профессиональную гигиену полости рта.

ЛИТЕРАТУРА

- 8.Абакаров СИ. Современные конструкции несъемных зубных протезов: Учеб. пособие. — М., 1994. — 95 с.
- 9.Асланов К.Л. Осложнения при применении мостовидных протезов и меры по их профилактике: Автореф. дис.... канд. мед. наук. — М., 1984. — 22 с.
- 10.Большаков Г.В. Одонтопрепарирование. — Саратов,1983. - 272 с.
11. Большаков Г.В. Подготовка зубов к пломбированию и протезированию. — М.: Медицина, 1983. — 112 с.
- 12.Бушан М.Г., Каламкаров Х.А. Осложнения при зубном протезировании и их профилактика. — Кишинев, 1983. — 301 с.
13. Гаврилов Е.И. Теория и клиника протезирования частичными съемными протезами. — М.: Медицина, 1973. — 367 с.
14. Гаврилов Е.И. Протез и протезное ложе. — М., 1979. — 264 с.
15. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология: Учебник — М.: Медицина, 1984. — 576 с.
16. Гончаренко А.Д. Потребность в ортопедическом лечении съемными пластиночными протезами среди сельского населения // Труды VI съезда Стоматологической ассоциации России. — М., 2000. — С. 394—395.
17. Дойников А.И. Замещение дефектов зубных рядов мостовидными протезами // Руководство по ортопедической стоматологии / Под ред. Л.В. Ильиной-Маркосян. — М., 1974. — С. 88—132.
- 18.Гросс М.Д., Мэтьюс Дж. Д. Нормализация окклюзии: Пер. с англ. — М.: Медицина, 1986. — 288 с.
- 19.Иванов С.Ю. Стоматологическая имплантология – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 296 с.
20. Каламкаров Х.А. Ортопедическое лечение с применением металлокерамических протезов. — М., 1996. — 175 с.
21. Копейкин В.Н., Миргазизов М.З. Ортопедическая стоматология: Учебник. — Изд. 2-е доп. — М.: Медицина, 2001. — 624 с.
22. Копейкин В.Н., Миргазизов М.З., Малый А.Ю.Ошибки в ортопедической стоматологии: Профессиональные и медико-правовые аспекты. — М., 2002. — 240 с.
- 23.Кулаков А.А., Лосев Ф.Ф., Гветадзе Р.Ш. Зубная имплантация: основные принципы, современные достижения. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 152 с.
24. Курляндский В.Ю. Керамические и цельнолитые несъемные зубные протезы. — М., 1978. — 176 с.
25. Курляндский В.Ю. Ортопедическая стоматология: Учебник. — М.: Медицина, 1977. — 488 с.
26. Леманн К.М., Хельвиг Э. Основы терапевтической и ортопедической стоматологии: Пер. с нем. — Львов: ГалДент, 1999. — 298 с.
27. Малый А.Ю. Влияние металлокерамических протезов на кровообращение в краевом пародонте: Дис.... канд. мед. наук. — М., 1989. — 138 с.
28. Малый А.Ю. Медико-правовое обоснование врачебных стандартов оказания медицинской помощи в клинике ортопедической стоматологии:

- Дис.... д-ра мед. наук. — М., 2001. — 272 с.
29. Миликевич В.Ю. Профилактика осложнений при дефектах коронок жевательных зубов и зубных рядов: Автореф. дис...д-ра мед. наук. — М., 1984. — 31 с.
 30. МКБ-С: Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10: Пер. с англ. / ВОЗ / Науч. ред. А.Г. Колесник. — 3-е изд. — М.: Медицина, 1997. — VIII. — 248 с.
 31. Мушеев И.У., Олесова В.Н., Фрамович О.З. Практическая дентальная имплантология — М.: Парадиз, 2000. — 266 с.
 32. Никольский В.Ю. Дентальная имплантология: Учебное пособие, рекомендованное, 2006. — УМО Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. — Москва: МИА. — 170 с.
 33. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология. Основы теории и практики. — Минск: ООО «Юнипресс», 2002. — 368 с.
 34. Перзашкевич Л.М., Стрекалова И.М., Липшиц Д.Н., Иванов А.В. Опирающиеся зубные протезы. — М., 1974. — 73 с.
 35. Пономарева В.А. Механизмы развития и способы устранения зубочелюстных деформаций. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1974. — 112 с.
 36. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 03 июня 1985 г. № 884 «О мерах по повышению эффективности оказания ортопедической стоматологической помощи населению / Стоматологическая служба в нормативных документах. — М.: «ЕВА-пресс», 1998. — С. 384—409.
 37. Робустова Т.Г. Имплантация зубов (хирургические аспекты) — М.: Медицина, 2003. — 560 с.
 38. Руководство по ортопедической стоматологии / Под ред. В.Н. Копейкина. — М., 1993. — 496 с.
 39. Руководство по ортопедической стоматологии / Под ред. Л.В. Ильиной-Маркосян. — М., 1974. — 568 с.
 40. Рыбаков А.И., Базиян Г.В. Эпидемиология стоматологических заболеваний и пути их профилактики. — М., 1973. — 320 с.
 41. Рубин Л.Р. Электроодонтодиагностика. — М.: Медицина, 1976. — 136 с.
 42. Сальников А.Н. Профилактика осложнений после протезирования концевых дефектов зубных рядов: Дис.... канд. мед. наук. — М., 1991. — 164 с.
 43. Семенюк В.М., Вагнер В.Д., Онгоев П.А. Стоматология ортопедическая в вопросах и ответах. — М: Мед. книга — Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2000. — 180 с.
 44. Справочник по стоматологии / Под ред. В.М. Безрукова. — М.: Медицина, 1998. — 656 с.
 45. Справочник стоматолога-ортопеда / Под ред. М.Г. Бушана. — Кишинев, 1988. — 428 с.
 46. Стоматологическая заболеваемость населения России / Под ред. Э.М. Кузьминой. — М., 1999. — 228 с.
 47. Хватова В.А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии: Руководство. — Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1996. — 276 с.
 48. Щербаков А.С., Гаврилов Е.И., Трезубое В.Н., Жулев Е.Н. Ортопедическая стоматология. — СПб: Фолиант, 1999. — 512 с.
 49. Brand H. Einfuehrung in die Implantologie. — Muenchen etc., 1996.

— 168 S.

50. Cronstrom R., Rene N., Owall B., Blomqvist A. The Swedish patient insurance scheme and guarantee insurance for prosthodontic treatment // *Int. Dental J.* — 1992. — Vol. 42. — P. 113—118.
51. Einheitlicher Bewertungsmaßstab fuer Zahnärztliche Leistungen (BEMA): Aktuelle Ergänzungen. Stand 01.01.1999. — Herne, 1999. — 214 S.
52. Gebuehrenordnung fuer das Zentrum fuer Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde No 415.436 vom 28.09.1994. - Zuerich, 1994. - 27 S.
53. Gebuehrenordnung fuer Zahnärzte (GOZ). Stand 02.01.2002. — Koeln, 2002. — 72 S.
54. Heners M. Die Bedeutung allgemein anerkannter Regeln und ihrer Kriterien fuer die Qualitätsdiskussion in der Zahnheilkunde. // *Dtsch.zahnaerztl./Ztschr.* — 1991. — Bd. 46. — S. 262.
55. Kerschbaum Th., Micheelis W., Fischbach H. Prothetische Versorgung in Ostdeutschland: Eine bevölkerungsrepräsentative Untersuchung bei 35 bis 54-Jährigen // *Dtsch.zahnaerztl.Ztschr.* — 1996. — Bd. 51. — S. 452—455.
56. Kerschbaum Th., Micheelis W., Fischbach H., von Thun P. Prothetische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland: Eine bevölkerungsrepräsentative Untersuchung bei 35 bis 54-Jährigen. // *Dtsch/zahnaerztl.Ztschr.* — 1994. — Bd. 49. — S. 900—994.
57. Koslowski P. Ärztliches Engagement und rationale Entscheidungsregeln // *Dtsch.zahnaerztl.Ztschr.* — 1991. — Bd. 46. — S. 182—185.
58. Lang N.P. Checkliste zahnaerztliche Behandlungsplanung. — Stuttgart — N.Y., 1988. — 213 S.
59. Miller A.J., Brunelle J.A., Carlos J.P., Brown L.J., Loe H. Oral Health of United States Adults: National Findings. — US Department of Health and Human Services, Public Health Services, National Institute of Health. — 1987. — 112 P.
60. Oral health surveys. Basic methods. — Geneva: WHO, 1987. - 512 p.
61. Pahnke D., Schwanewede H. Das ORATEL-Projekt: Qualitätssicherung und Entscheidungsunterstützung // *Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde.* — Heidelberg, 1995. — S. 77—90.
62. Qualitätsrichtlinien fuer zahnmedizinische Arbeiten. — Bern: SSO, 1999. — 193 S.
63. Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde. — Heidelberg, 1995. — 167 S.
64. Richtlinie fuer die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen. Gueltig ab 16.01.1994 / R.H. Schoenfeldro Die Abrechnungsbuch fuer die Zahnärztliche Praxis. — Hannover, 1995. — S. 203—208.
65. Seznam zdravotnich vykonu s bodovymi hodnotami 1998. — Praha, 1998. — 623 P.
66. Sinha M. Qualität und Wirtschaftlichkeit in der zahnmedizinischen Versorgung // *Beitraege zur Qualitätssicherung in der Zahnmedizin.* — Baden-Baden, 1993. — S. 38—50.
67. Weber Th. Zahnmedizin. — Stuttgart — N.Y., Thieme, 1999. — 436 S.
68. Wirksamkeit und Effektivität in der Zahnheilkunde: neue Konzepte in der Diagnostik und Therapie.- Heidelberg, 1997. — 106 S.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ) ПРИ ДИАГНОЗЕ ОСТРЫЙ НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ ГИНГИВИТ ВЕНСАНА

*Утверждены Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений
«Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года*

Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана» разработаны Московским Государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И.Евдокимова Минздрава РФ (Янушевич О.О., Кузьмина Э.М., Максимовский Ю.М., Малый А.Ю., Дмитриева Л.А., Ревазова З.Э, Почтаренко В.А., Эктова А.И.) и Центральным научно-исследовательским институтом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Минздрава РФ (Вагнер В.Д., Грудянов А.И., Смирнова Л.Е.).

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана» предназначен для применения в системе здравоохранения Российской Федерации.

II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящих Клинических рекомендациях (протоколах лечения) использованы ссылки на следующие документы:

- Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.97 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).
- Приказ Минздравсоцразвития России №1664н от 27 декабря 2011г. Об утверждении номенклатуры медицинских услуг.
- Федеральный закон от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).

III. ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящих Клинических рекомендациях (протоколах лечения) использованы следующие обозначения и сокращения:

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем Всемирной организации здравоохранения десятого пересмотра.

МКБ-С – Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10.

IV. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Острый некротический язвенный

гингивит Венсана» разработаны для решения следующих задач:

- установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных с острым некротическим язвенным гингивитом ;
- унификация разработки базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным с гингивитом Венсана;
- обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинском учреждении.

Область распространения настоящих Клинических рекомендаций — стоматологические медицинские организации.

В настоящих Клинических рекомендациях используется шкала убедительности доказательств данных:

- А) Доказательства убедительны:** есть веские доказательства предлагаемому утверждению.
- В) Относительная убедительность доказательств:** есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение.
- С) Достаточных доказательств нет:** имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.
- Д) Достаточно отрицательных доказательств:** имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения в определенных условиях данного лекарственного средства, материала, метода, технологии.
- Е) Веские отрицательные доказательства:** имеются достаточно убедительные доказательства того, чтобы исключить лекарственное средство, метод, методику из рекомендаций.

V. ВЕДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ) «ОСТРЫЙ НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ ГИНГИВИТ ВЕНСАНА»

Ведение Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана» осуществляется Московским государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова Минздрава России). Система ведения предусматривает взаимодействие Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова со всеми заинтересованными организациями.

VI. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

В общей структуре оказания медицинской помощи больным в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля это заболевание преимущественно встречается в возрастной группе пациентов от 17-30 лет и составляет 1%

от общего числа обращений. Острый некротический язвенный гингивит при несвоевременном и/или неправильном лечении и прогрессировании процесса может стать причиной потери зубов, развития гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Рот пациентов с данным заболеванием представляет собой источник интоксикации и инфекционной сенсibilизации организма.

Несвоевременное лечение острого некротического язвенного гингивита приводит к развитию патологических процессов и как следствие к удалению зубов, что в свою очередь обуславливает возникновение вторичных деформаций зубных рядов и патологии височно-нижнечелюстного сустава. Гингивит Венсана непосредственным образом влияет на здоровье и качество жизни пациента.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

ОСТРЫЙ НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ ГИНГИВИТ - ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ФУЗОБАКТЕРИЙ И СПИРОХЕТ.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Причиной развития острого некротического язвенного гингивита является резкое увеличение микробных скоплений, особенно анаэробной и простейших (фузобактерий, спирохет) в обычных условиях являющимися представителями резидентной микрофлоры полости рта человека, и соответственно усиление их повреждающего потенциала в результате падения механизмов общей и местной защиты организма. Причины падения механизмов защиты могут быть различными: переохлаждение, ОРВИ, ангина, грипп, другие инфекционные заболевания, нарушение питания (гиповитаминоз С и др.), стрессовые ситуации, курение, приём наркотиков.

Острый некротический язвенный гингивит развивается преимущественно у людей с неудовлетворительной гигиеной и несанированным ртом.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО ГИНГИВИТА

Заболевание начинается с повышения температуры тела до 37-38 С, увеличиваются регионарные лимфатические узлы и становятся болезненными при пальпации, сопровождается слабостью, головной болью, болями в суставах и мышцах. При внешнем осмотре обычно характерны землистый цвет лица, бледность кожных покровов.

Местные проявления: затрудненная речь, боли усиливающиеся при приеме пищи и чистки зубов, гнилостный запах изо рта, гиперсаливация, кровоточивость десен, скопление мягкого зубного налета на зубах. В анамнезе такие больные обычно указывают на кровоточивость десен продолжительностью от нескольких недель до нескольких лет. Подчелюстные лимфатические узлы увеличенные и болезненные.

Процесс чаще всего начинается на деснах, а затем переходит на другие отделы полости рта. Как правило, на высоте развития процесса больные перестают чистить зубы,

нормально питаться, что резко утяжеляет течение болезни в связи с выраженной интоксикацией и истощением организма, ещё большим подавлением механизмов защиты.

КЛАССИФИКАЦИЯ ГИНГИВИТА по МКБ-С.

КЛАСС: НЕКОТОРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

БЛОК: ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ ВЫЗВАННЫЕ СПИРОХЕТАМИ

A69.10 Острый некротический язвенный гингивит (фузоспирохетный гингивит), (гингивит Венсана).

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО ГИНГИВИТА.

Диагностику острого некротического язвенного гингивита проводят путем сбора анамнеза, клинического осмотра, дополнительных методов обследования и направлена на определение состояния тканей и показаний к лечению, а также на выявление в анамнезе факторов, которые препятствуют немедленному началу лечения. Такими факторами могут быть:

10. наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения
11. неадекватное психо-эмоциональное состояние пациента перед лечением
12. угрожающие жизни острые состояние/заболевание или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения и т.п), развившееся менее чем за 6 месяцев до момента обращения за данной стоматологической помощью
13. отказ от лечения.

Диагноз не представляет сложности ввиду характерной клинической картины и обнаружения в соскобе с поверхности язв обилия веретенообразных фузобактерий и спирохет.

Клинические показатели крови при относительно кратковременном процессе у большинства больных в пределах нормы. При более длительном течении они могут уменьшаться: увеличивается СОЭ и количество лейкоцитов до верхней границы нормы (8,0–9,0 $10^9/л$) либо выше. Однако это может быть связано и с фоновым заболеванием.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Её проводят, прежде всего, с язвенным гингивитом при заболеваниях крови (лейкоз, агранулоцитоз и др.) и пародонтитом лёгкой степени с некротическими изменениями десны, СПИДом, висмутовым и свинцовым гингивитом (в случае язвенно-некротических изменений при этих заболеваниях).

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО ГИНГИВИТА.

Принципы лечения больных с острым некротическим язвенным гингивитом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

14. предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;
15. устранение очага острого воспаления;
16. повышение общей резистентности организма;
17. повышение качества жизни пациентов.

Лечение гингивита Венсана включает:

- проведение местной анестезии (при необходимости и при отсутствии общих противопоказаний);
- антисептическая и антимикробная обработка рта;
- удаление некротических масс;
- проведение общей терапии (препараты противомикробного действия, антибиотики, витамины);
- санация рта;
- рекомендации по гигиене рта

Выбор метода лечения острого некротического язвенного гингивита зависит от клинической картины, проявлений и симптомов и может потребовать привлечения врачей других специальностей.

Основным принципом лечения гингивита Венсана является выявление и устранение причин приведших к данному заболеванию.

В первое посещение проводят обработку рта. Начинать лечение следует с проведения обезболивания, после этого удаляют все механические раздражители: сошлифовывают острые края зубов, удаляют зубной налет и камень. Удаление разрушенных зубов откладывают до полной эпителизации язв. Очистку язвенных поверхностей проводят с использованием протеолитических ферментов: трипсина, химотрипсина, лизоамидазы и др. Рот обрабатывают растворами антисептиков. В дальнейшем проводится ежедневная обработка. Больному назначают полоскания антисептическими растворами и рекомендации по гигиене. При легком течении заболевания ограничиваются местным лечением. В более тяжелых случаях назначают общую терапию: противомикробные препараты (метронидазол, трихопол, флагил, клиол), антибиотики широкого спектра действия (эритромицин, олететрин, окситетрациклин), витамины (группа В, С, А).

После улучшения состояния пациента проводят тщательную санацию рта.

Для оказания помощи можно использовать только те материалы и лекарственные средства, которые допущены к применению в установленном порядке.

ПРОФИЛАКТИКА заключается в своевременном лечении простого маргинального гингивита, кариеса зубов, соблюдении правил гигиены рта, профилактике инфекционных заболеваний, отказе от курения. особенно важно закаливание организма в целях повышения устойчивости к влиянию различных инфекций.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ ГИНГИВИТОМ.

Лечение пациентов с заболеванием с острым некротическим язвенным гингивитом проводится в стоматологических медицинских организациях. Как правило, лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

Оказание помощи больным с острым некротическим язвенным гингивитом осуществляется в основном врачами-стоматологами общей практики, врачами-стоматологами терапевтами, врачами-стоматологами хирургами, врачами-стоматологами ортопедами, зубными врачами, врачами – физиотерапевтами. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал, в том числе гигиенисты стоматологические.

VII. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

7.1. Модель пациента

Нозологическая форма: Острый некротический язвенный гингивит (фузоспирохетный гингивит), (гингивит Венсана).

Стадия: любая.

Фаза: острая.

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ - 10: A69.10

7.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

1. Ярко гиперемированная десна
2. Нарушение фесточатости десны в результате некроза десневых сосочков
3. Серо-зеленый некротический налет покрывающий эрозивную поверхность пораженного участка
4. Резкая болезненность и быстрое распространение воспаления на различные участки слизистой оболочки рта
5. Неприятный запах изо рта
6. Назубные отложения
7. Возможно повышение температуры тела
8. Бледность кожных покровов.
9. Увеличение регионарных лимфатических узлов
10. Отсутствие рентгенологических признаков резорбции костной ткани.
11. Неудовлетворительная гигиена рта

7.1.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения):

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.1.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Наименование	Частота предоставления
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	По потребности
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	Согласно алгоритму
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	По потребности
A02.07.006	Определение прикуса	По потребности
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	По потребности
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	Согласно алгоритму
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	Согласно алгоритму

A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	Согласно алгоритму
A09.07.005	Микроскопическое исследование отделяемого из полости рта на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым средствам	По потребности
A06.07.007	Внутриротова рентгенография в прикус	По потребности
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	По потребности
A06.07.004	Ортопантомография	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	По потребности
V01.047.01	Прием(осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	По потребности
V01.014.01	Прием(осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	По потребности
V01.008.01	Прием(осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.1.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

При диагностике острого некротического язвенного гингивита необходимо исключить заболевания крови. Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб от различных раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний.

Целенаправленно выявляют жалобы на боли и кровоточивость десен, их характер, сроки

появления, когда пациент обратил на них внимание В анамнезе такие больные обычно указывают на кровоточивость дёсен продолжительностью от нескольких недель до нескольких лет.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов.

При внешнем осмотре оценивают форму лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Необходимо проводить пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, которая проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

Обследованию подлежат все зубы, начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, наличие или отсутствие болевой чувствительности при зондировании. Тщательно обследуют аппроксимальные поверхности зубов

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта.

При оценке уровня гигиены учитывают: когда и сколько раз чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет, использует ли межзубные средства гигиены. Контроль качества чистки зубов проводят с помощью индексов гигиены (индекс Greene- Vermillion, индекс Silness- Loe). Индексы гигиены рта определяют до лечения, и после обучения гигиене рта, с целью контроля Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтального индекса Рассела, индекс Мюллемана. См. приложение №6.

Из дополнительных методов обследования используют методы лучевой диагностики и микробиологическое исследование.

7.1.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Наименование	Кратность выполнения
A16.07.055	Профессиональная гигиена рта и зубов	Согласно алгоритму
A16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами)	Согласно алгоритму
A13.31.007	Обучение гигиене рта	Согласно алгоритму

A14.07.003	Гигиена рта и зубов	Согласно алгоритму
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	Согласно алгоритму
A16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	Согласно алгоритму
A11.07.012	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область (анестезия)	Согласно алгоритму
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых зубных отложений	Согласно алгоритму
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму
A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях полости рта и зубов	По потребности

*«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

7.1.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на:

- купирование воспалительного процесса;
- удаление механических раздражителей;
- удаление ретинированных, дистопированных и разрушенных зубов;
- лечение кариеса и его осложнений;
- предупреждение развития осложнений;

После диагностических исследований и принятия решения на том же приеме приступают к лечению.

Немедикаментозная стоматологическая помощь направлена на устранение этиологических факторов болезней пародонта: микробной биопленки, зубных отложений и факторов, обеспечивающих их аккумуляцию с целью предупреждения развития воспалительных заболеваний пародонта. И включает три основных компонента: обучение гигиене рта, контролируемая чистка зубов и профессиональная гигиена рта.

См. приложение №3.

7.1.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Противомикробные препараты для местного лечения заболеваний рта	Согласно алгоритму
Препараты для местной анестезии	Согласно алгоритму
Ферментативные препараты	Согласно алгоритму
Кератопластические препараты	Согласно алгоритму
Противомикробные препараты для системного применения	По потребности
Нестероидные противовоспалительные препараты	По потребности
Витамины	По потребности
Антигистаминные препараты	По потребности

7.1.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед проведением лечебных манипуляций по показаниям проводят анестезию (аппликационную, инфильтрационную, проводниковую).

На сегодняшний день имеется довольно широкий выбор различных лекарственных средств, которые действуют на микроорганизмы, а также вирусы и споры. Основу в терапии гингивита Венсана составляют антисептики. Их применяют в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций. Наиболее широко используют антисептики из группы галоидов (например, хлоргексидина биглюконат 0,06%), а также из группы окислителей и содержащих эфирные масла. Дополнительно применяют лечебные зубные пасты на основе антисептиков и других противовоспалительных средств.

Очищение язвенных поверхностей проводят с использованием протеолитических ферментов: трипсина, химотрипсина, лизоамидазы, дезоксирибонуклеазы.

Кератопластические препараты применяются у пациентов всех возрастных групп для местного ускорения заживления и защиты раневой поверхности.

При интоксикации назначают внутрь антимикробные препараты.

7.1.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

После проведения лечения необходимо проводить мероприятия по профилактике воспалительных заболеваний пародонта не реже 2 раз в год.

7.1.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Для индивидуальной гигиены использовать только мягкую щетку, средства уменьшающие образование налета.

7.1.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Исключить прием пищевых продуктов оказывающих чрезмерное химическое, температурное и механическое воздействие на пораженные участки.

7.1.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

См. Приложение №4.

7.1.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение №5.

7.1.14. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана» и прекращения действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения

диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками гингивита Венсана, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего ведению острого некротического язвенного гингивита;
- б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения), с выявленным заболеванием или синдромом.

7.1.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	95%	Восстановление внешнего вида десны, отсутствие признаков воспаления	После лечения	Профилактические мероприятия не реже 2 раз в год
Развитие ятрогенных осложнений	1%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	4%	Прогрессирование заболевания	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.1.16. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов

VIII. ГРАФИЧЕСКОЕ, СХЕМАТИЧЕСКОЕ И ТАБЛИЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ)

Не требуется.

IX. МОНИТОРИРОВАНИЕ (при необходимости)

Критерии и методология мониторинга и оценки эффективности выполнения клинических рекомендаций (протоколов лечения)

Мониторинг проводится на всей территории Российской Федерации.

Перечень медицинских организаций, в которых проводится мониторинг данного документа, определяется ежегодно организацией, ответственной за мониторинг. Медицинская организация информируется о включении в перечень по мониторингу Клинических рекомендаций (протоколов лечения) письменно.

Мониторинг включает в себя:

- сбор информации: о ведении пациентов с кариесом зубов в стоматологических медицинских организациях;
- анализ полученных данных;
- составление отчета о результатах проведенного анализа;
- представление отчета группе разработчиков данных Клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Исходными данными при мониторинге являются:

- медицинская документация - медицинская карта стоматологического больного (форма 043/у);
- тарифы на медицинские услуги;
- тарифы на стоматологические материалы и лекарственные средства.

При необходимости при мониторинге Клинических рекомендаций (протоколов лечения) могут быть использованы иные документы.

В стоматологических медицинских организациях, определенных перечнем по мониторингу, раз в полгода на основании медицинской документации составляется карта пациента (см. приложение №9) о лечении пациентов с острым некротическим язвенным гингивитом, соответствующих модели пациента в данных Клинических рекомендациях (протоколов лечения).

В анализируемые, в процессе мониторинга, показатели входят: критерии включения и исключения из Клинических рекомендаций (протоколов лечения), перечни медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортимента, перечни лекарственных средств обязательного и дополнительного ассортимента, исходы заболевания, стоимость выполнения медицинской помощи по Клиническим рекомендациям (протоколов лечения) и др.

Принципы рандомизации

В данных Клинических рекомендациях (протоколах лечения) рандомизация (медицинских организаций, пациентов и т. д.) не предусмотрена.

Порядок оценки и документирования побочных эффектов и развития осложнений

Информация о побочных эффектах и осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения больных, регистрируется в Карте пациента (см. приложение №5).

Порядок исключения пациента из мониторинга

Пациент считается включенным в мониторинг при заполнении на него Карты

пациента. Исключение из мониторинга проводится в случае невозможности продолжения заполнения Карты (например, неявка на врачебный прием) (см. приложение №9). В этом случае Карта направляется в организацию, ответственную за мониторинг, с отметкой о причине исключения пациента из Клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Промежуточная оценка и внесение изменений в клинические рекомендации (протоколы лечения)

Оценка выполнения Клинических рекомендаций (протоколов лечения) проводится один раз в год по результатам анализа сведений, полученных при мониторинге.

Внесение изменений в Клинические рекомендации (протоколы лечения) проводится в случае получения информации:

- а) о наличии в Клинических рекомендациях (протоколов лечения) требований, наносящих урон здоровью пациентов,
- б) при получении убедительных данных о необходимости изменений требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения) обязательного уровня. Решение об изменениях принимается группой разработчиков.

Параметры оценки качества жизни при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

Для оценки качества жизни пациента с острым некротическим язвенным гингивитом, соответствующей моделям Клинических рекомендаций (протоколов лечения), используют аналоговую шкалу (см. приложение №7).

Оценка стоимости выполнения Клинических рекомендаций (протоколов лечения) и оценки качества

Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

Сравнение результатов

При мониторинге Клинических рекомендаций (протоколов лечения) ежегодно проводится сравнение результатов выполнения его требований, статистических данных, показателей деятельности медицинских организаций.

Порядок формирования отчета

В ежегодный отчет о результатах мониторинга включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, предложения по актуализации Клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Отчет представляется в группу разработчиков данных клинических рекомендаций.

Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана»

**ПЕРЕЧЕНЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ, ИНСТРУМЕНТОВ И
ОБОРУДОВАНИЯ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ РАБОТЫ ВРАЧА
ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ АССОРТИМЕНТ**

- установка стоматологическая
- лоток универсальный стоматологический для смотрового набора
- стекла стоматологические для замешивания
- блоки бумажные для замешивания
- зеркало стоматологическое
- пинцет стоматологический
- зонд-эксплорер двусторонний
- зонд для фуркаций – зонд Набера
- зонд пародонтологический
- скейлер серповидный (с прямым лезвием; с изогнутым лезвием)
- скейлер мотыгообразные
- кюреты универсальные
- кюреты зоноспецифические - кюреты Грейси:
 - а - Грейси 1/2 – для вестибулярных и оральных поверхностей фронтальных зубов;
 - б - Грейси $\frac{3}{4}$ – для вестибулярных и оральных поверхностей фронтальных зубов;
 - в - Грейси 5/6 – для вестибулярных и оральных поверхностей фронтальных зубов и премоляров;
 - г - Грейси 7/8 – для вестибулярных и оральных поверхностей моляров и премоляров;
 - д - Грейси 9/10 – для вестибулярных и оральных поверхностей моляров и труднодоступных участков поверхности корня;
 - е - Грейси 11/12 – для мезиальных поверхностей моляров и премоляров;
 - ж - Грейси 13/14 – для дистальных поверхностей моляров и премоляров;
 - з - Грейси 15/16 – для мезиальных поверхностей моляров;
 - и - Грейси 17/18 – для дистальных поверхностей моляров.
- кюреты Грейси Turgeon
- кюреты Грейси After Five
- кюреты Грейси Mini Five
- кюреты Грейси Mini-Micro
- кюреты Vision
- кюреты фуркационные

- кюреты Лангера
- кюреты алмазные Diamond Tec
- имплакер
- аппарат ультразвуковой пьезоэлектрического типа
- насадки различные по форме и размеру для звуковых и ультразвуковых приборов
- пинцет
- наконечник угловой
- боры для наконечника углового
- триммер десневого края
- головки резиновые полировочные
- щеточки полировочные
- штрипсы металлические
- штрипсы пластиковые
- перчатки одноразовые
- маска одноразовые
- слюноотсос одноразовый
- стакан одноразовый
- очки защитные
- экран защитный
- шприцы одноразовые
- шприц карпульный
- анестетики для карпульного шприца
- иглы для карпульного шприца
- материал для повязок и временных пломб
- антисептики для медикаментозной обработки полости рта или пародонтальных карманов
- паста абразивная, не содержащая фтор для очищения поверхности зуба
- паста для полирования пломб и зубов
- средства для обучения пациента индивидуальной гигиене рта (зубные щетки, пасты, зубные нити, интердентальные ершики)
- таблетки для окрашивания зубов при гигиенических мероприятиях
- фартук для пациента

Дополнительный ассортимент:

69.микромотор

70.2% раствор метиленового синего

71.валики стандартные ватные

72. бокс для стандартных ватных валиков

73. аппарат звуковой

74. аппарат ультразвуковой магнитостриктивного типа

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана»

**ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДБОРУ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ РТА
ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ ГИНГИВИТОМ
ВЕНСАНА**

ФОРМЫ ГИНГИВИТА	РЕКОМЕНДУЕМЫЕ СРЕДСТВА ГИГИЕНЫ РТА
Язвенно-некротический гингивит Венсана	Зубная щетка с мягкой или очень мягкой щетиной; зубные пасты и не содержащие спирта ополаскиватели с экстрактами лекарственных растений, препаратами хлорофилла

Приложение №3

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана»

Контролируемая чистка зубов

С целью выработки у пациента навыков ухода за ртом (чистки зубов) и максимально эффективного удаления мягкого зубного налета с поверхностей зубов обучают пациента приемам гигиены рта. Технику чистки зубов демонстрируют на моделях. Индивидуально подбирают средства гигиены рта. Обучение навыкам гигиены рта способствует предупреждению развития воспалительных заболеваний пародонта (уровень убедительности доказательств В).

Контролируемая чистка зубов - чистка зубов, которую пациент осуществляет самостоятельно в присутствии специалиста (врача-стоматолога, гигиениста стоматологического) в стоматологическом кабинете или комнате гигиены рта, при наличии необходимых средств гигиены и наглядных пособий. Цель данного мероприятия —коррекция недостатков техники чистки зубов. Контролируемая чистка зубов позволяет добиться эффективного поддержания уровня гигиены рта (уровень убедительности доказательств В).

Профессиональная гигиена рта включает удаление с поверхности зуба мягких и твердых зубных отложений и позволяет предотвратить развитие воспалительных заболеваний пародонта (уровень убедительности доказательств А).

Алгоритм обучения гигиене рта

Врач-стоматолог или гигиенист стоматологический определяет гигиенический индекс, затем демонстрирует пациенту технику чистки зубов зубной щеткой, межзубными ершиками и зубными нитями, используя модели зубных рядов, или другие демонстрационные средства.

Существуют разные методы чистки зубов, основанные на круговых, вибрирующих, горизонтальных и вертикальных движениях. Однако важна не сама техника, а эффективность очищения, последовательность процедуры и отсутствие вредного воздействия.

Чистку зубов начинают с участка в области верхних правых жевательных зубов, последовательно переходя от сегмента к

сегменту. В таком же порядке проводят чистку зубов на нижней челюсти.

Обратить внимание на то, что рабочую часть зубной щетки следует располагать под углом 45° к зубу, производить очищающие движения от десны к зубу, одновременно удаляя налет с зубов и десен. Жевательные поверхности зубов очищать горизонтальными (возвратно-поступательными) движениями так, чтобы волокна щетки проникали глубоко в фиссуры и межзубные промежутки. Вестибулярную поверхность фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей очищать такими же движениями, как моляры и премоляры. При чистке оральной поверхности ручку щетки располагать перпендикулярно к окклюзионной плоскости зубов, при этом волокна должны находиться под острым углом к зубам и захватывать не только зубы, но и десну.

Завершают чистку круговыми движениями зубной щетки при сомкнутых челюстях, осуществляя массаж десен.

Для качественной чистки контактных поверхностей зубов необходимо использовать межзубные ершики и зубные нити.

Индивидуальный подбор средств гигиены рта осуществляется с учетом стоматологического статуса пациента (состояния твердых тканей зубов и тканей пародонта, наличия зубочелюстных аномалий, съемных и несъемных ортодонтических и ортопедических конструкций) (Приложение №1).

С целью закрепления полученных навыков проводят контроль индивидуальной гигиены рта (контролируемая чистка зубов).

Алгоритм контролируемой чистки зубов

Контролируемая чистка зубов - это чистка зубов, которую пациент осуществляет самостоятельно в присутствии врача-стоматолога.

Первое посещение

— Обработка зубов пациента окрашивающим средством, определение гигиенического индекса, демонстрация пациенту с помощью зеркала мест наибольшего скопления зубного налета.

— Чистка зубов пациентом в его обычной манере.

— Повторное определение гигиенического индекса, оценка эффективности чистки зубов (сравнение показателей индекса гигиены до и после чистки зубов), демонстрация пациенту с помощью зеркала окрашенных участков, где зубной налет не был

удален при чистке.

— Демонстрация правильной техники чистки зубов на моделях, рекомендации пациенту по коррекции недостатков гигиенического ухода за ртом, использованию зубных нитей и дополнительных средств гигиены (специальных зубных щеток, зубных ершиков, монопучковых щеток, ирригаторов — по показаниям).

Следующее посещение

Определение гигиенического индекса, при неудовлетворительном уровне гигиены рта — повторение процедуры. Пациента информируют о необходимости являться на профилактический осмотр к врачу при возникновении кровоточивости десен, но не реже 1 раза в год.

Алгоритм профессиональной гигиены рта и зубов

Этапы профессиональной гигиены:

- обучение пациента индивидуальной гигиене рта;
- контролируемая чистка зубов;
- удаление зубных отложений;
- полирование поверхностей зубов;
- устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета;
- аппликации реминерализирующих и фторсодержащих средств;
- мотивация пациента к профилактике и лечению стоматологических заболеваний.

При удалении зубных отложений (зубной камень, мягкий зубной налет) следует соблюдать ряд условий:

- провести обработку рта раствором антисептика;
- при выраженной гиперестезии зубов и отсутствии общих противопоказаний удаление зубных отложений нужно проводить под местным обезболиванием;

Для удаления налета и полирования поверхностей зубов используют резиновые колпачки, для жевательных поверхностей — вращающиеся щеточки, для контактных поверхностей — вращающиеся ершики, резиновые конусы, суперфлоссы, флоссы и абразивные штрипсы. Полировочную пасту следует использовать, начиная с крупнодисперсной и заканчивая мелкодисперсной. При обработке поверхностей имплантатов следует использовать мелкодисперсные полировочные пасты и резиновые колпачки

Необходимо устранить факторы, способствующие скоплению зубного налета: удалить нависающие края пломб и неправильно изготовленные ортопедические конструкции, провести повторное полирование пломб.

Периодичность проведения профессиональной гигиены полости рта и зубов зависит от стоматологического статуса пациента

(гигиенического состояния полости рта, интенсивности кариеса зубов, состояния тканей пародонта, наличия несъемной ортодонтической аппаратуры и стоматологических имплантатов). Минимальная периодичность проведения профессиональной гигиены — 2 раза в год.

Приложение №4

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана»

ФОРМА ДОБРОВОЛЬНОГО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

ПРИЛОЖЕНИЕ К МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЕ № _____

Пациент

ФИО

получая разъяснения по поводу диагноза гингивит, получил информацию:

об особенностях течения заболевания

вероятной длительности лечения _____

о вероятном

прогнозе _____

Пациенту предложен план обследования и лечения, включающий _____

Пациенту предложено _____

из материалов _____

Примерная стоимость лечения составляет около _____

Пациенту известен прейскурант, принятый в клинике.

Таким образом, пациент получил разъяснения о цели лечения и информацию о планируемых методах диагностики и лечения.

Пациент извещен о необходимости подготовки к лечению:

Пациент извещен о необходимости в ходе лечения

получил указания и рекомендации по уходу за ртом.

Пациент извещен, что несоблюдение им рекомендаций врача может отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Пациент получил информацию о типичных осложнениях, связанных с данным заболеванием, с необходимыми диагностическими процедурами и с лечением.

Пациент извещен о вероятном течении заболевания и его осложнениях при отказе от лечения. Пациент имел возможность

задать любые интересующие его вопросы касательно состояния его здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы.

Пациент получил информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Беседу провел врач _____ (подпись врача).

«___» _____ 20___ г.

Пациент согласился с предложенным планом лечения, в чем расписался собственноручно _____

_____ (подпись пациента)

или

расписался _____ его _____ законный представитель _____

_____ (подпись законного представителя)

или

что _____ удостоверяют _____ присутствовавшие _____ при беседе _____

_____ (подпись врача)

_____ (подпись свидетеля)

Пациент не согласился с планом лечения (отказался от предложенного вида протеза), в чем расписался собственноручно.

_____ (подпись пациента)

или _____ расписался _____ его _____ законный представитель _____

_____ (подпись законного представителя)

или

что _____ удостоверяют _____ присутствовавшие _____ при беседе _____

_____ (подпись врача)

_____ (подпись свидетеля)

Пациент изъявил желание:

— дополнительно к предложенному лечению пройти обследование

— получить дополнительную медицинскую услугу

Пациент получил информацию об указанном методе обследования/лечения.

Поскольку данный метод обследования/лечения также показан пациенту, он внесен в план лечения.

«___» _____ 20___ г.

_____ (подпись пациента)

_____ (подпись врача)

Поскольку данный метод обследования/лечения не показан пациенту, он не внесен в план лечения.

«___» _____ 20___ г.

_____ (подпись пациента)

_____ (подпись врача)

Приложение №5

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана»

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

- В острый период заболевания зубы необходимо чистить мягкой зубной щеткой с пастой два раза в день. После еды следует полоскать рот для удаления остатков пищи.
- При возникновении кровоточивости при чистке зубов нельзя прекращать гигиенические процедуры. Если кровоточивость не проходит в течение 3- дней, необходимо обратиться к врачу.
- Профессиональная гигиена(удаление на зубных отложений) должна проводиться не реже 1 раза в 6 месяцев у лечащего врача-стоматолога.
- Если после проведения профессиональной гигиены появилась повышенная чувствительность твердых тканей зубов, использовать специальные зубные пасты для снижения чувствительности зубов и обратиться к своему лечащему врачу-стоматологу.
- Обязательно посещать плановые осмотры
- Необходимо полноценное и своевременное восстановление дефектов зубов и зубных рядов
- Устранение или нейтрализация действия профессиональных вредных факторов на пародонт
- Оздоровление условий труда, отдыха, питания и здоровый образ жизни.

Приложение №6.

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана»

Алгоритмы определения индексов.

Индекс гигиены Грин – Вермиллиона.

Представляет собой двойной индекс, т.е. состоящий из двух компонент.

Первая компонента-это индекс зубного налета (**DI-S**)

Вторая компонента-это индекс зубного камня (**CI-S**)

Метод: Исследования проводят на вестибулярной поверхности зубов 16 11 26 31 и язычной поверхности зубов 36 и 46 с помощью стоматологического зонда и применения красителей.(Флуоресцин натрия, эритрозин, синий цвет, флоксин В)

Критерии оценки DI-S:

0-нет налета

1-налет покрывает не более $\frac{1}{3}$ поверхности зуба

2-налет покрывает от $\frac{1}{3}$ до $\frac{2}{3}$ поверхности зуба

3-налет покрывает более $\frac{2}{3}$ поверхности зуба

Формула:

DI-S=сумма баллов/6

Критерии оценки CI-S:

0-нет камня

1-наддесневой камень покрывает менее $\frac{1}{3}$ поверхности зуба

2-наддесневой камень покрывает от $\frac{1}{3}$ до $\frac{2}{3}$ поверхности зуба или имеются отдельные частицы поддесневого камня

3-наддесневой камень покрывает более $\frac{2}{3}$ поверхности зуба

Формула:

CI-S=сумма баллов/6

OHI-S=DI-S+CI-S

Критерии оценки:

0,0-0,6 низкий(гигиена хорошая)

0,7-1,6 средний(гигиена удовлетворительная)

1,7-2,5 высокий(гигиена неудовлетворительная)

2,6-6,0 очень высокий(гигиена плохая)

Индекс гигиены Силнесс-Лое.

Определяет уровень гигиены.

Определяют толщину зубного налета в придесневой области зуба и у детей, и у взрослых.

Метод:

1. Окрашивать зубной налет не требуется. После высушивания зуба воздухом для выявления зубного налета используют стоматологическое зеркало и зонд.

2. Для определения индекса можно осмотреть все зубы или только 6 индексных зубов:

16 21 24
44 41 36

3. В области каждого зуба осматривают 4 участка:

-дистально- вестибулярный

-вестибулярный

-медиально- вестибулярный

-язычный

Коды и критерии:

0- нет налета.

1- небольшое количество налета, выявляется только зондом

Применение: несмотря на то, что в исходной трактовке индекса окрашивающий раствор не применяли, его можно использовать, особенно для выявления данного кода.

2- умеренный слой зубного налета в десневой области, видимый невооруженным глазом

3- обильный налет, заполняющий нишу, образованную десневым краем и поверхностью зуба, а также межзубной промежуток

4- интенсивное отложение зубного налета в области десневого кармана и/ или на десневом крае и прилегающей поверхности зуба.

ФОРМУЛА=(сумма баллов)/(число обследованных поверхностей «4»)- значение для одного зуба.

Формула=(сумма балла всех зубов)/(на количество исследованных зубов) Значение для всех зубов.

Индекс кровоточивости Мюлеманна (в модификации Коуэла).

Используют для определения воспаления в тканях пародонта. Метод показателен при гингивите, и при пародонтите.

В области «зубов Рамфьерда»,(16,21,24,36,41,44) с щечной и язычной (небной) сторон кончик пародонтального зонда без давления прижимают к стенке бороздки и медленно ведут от медиальной к дистальной стороне зуба.

Оценочная шкала следующая:

0- если после этого кровоточивость отсутствует;

1-если кровоточивость появляется не раньше, чем через 30с;

2-если кровоточивость возникает или сразу после проведения кончиком зонда по стенке бороздки, или в пределах 30с.

3-если кровоточивость пациент отмечает при приеме пищи или чистке зубов.

Значение индекса= сумма показателей всех зубов /число зубов.

Приложение №7

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана»

Анкета пациента

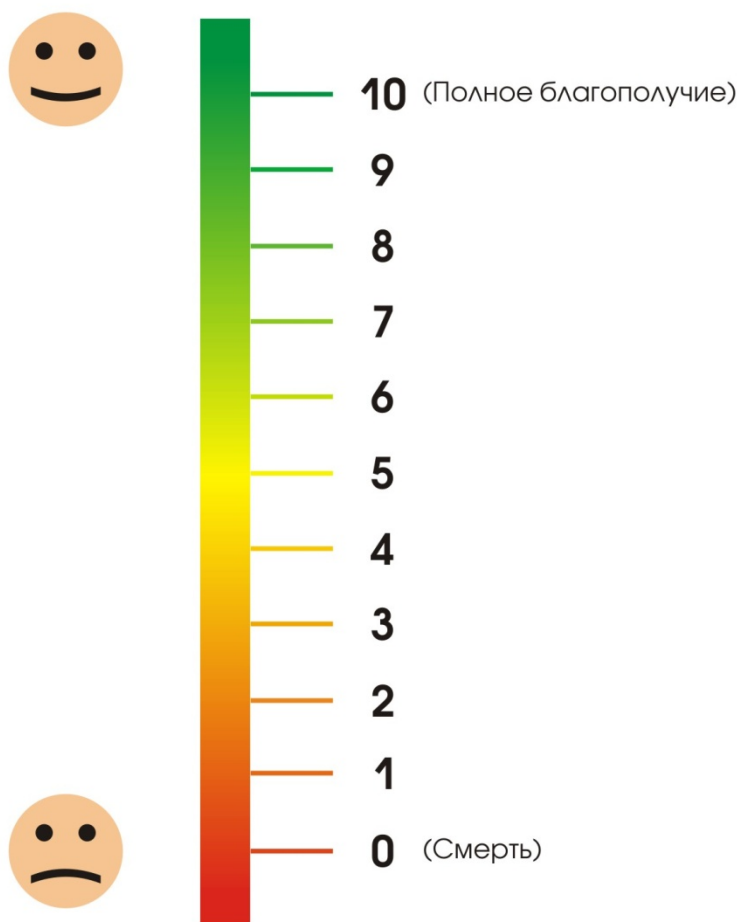
ФИО _____

Дата

заполнения

Как Вы оцениваете Ваше общее самочувствие на сегодняшний день?

Отметьте, пожалуйста, на шкале значение, соответствующее состоянию Вашего здоровья.



Приложение №9

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана»

КАРТА ПАЦИЕНТА

История болезни № _____

Наименование _____ учреждения _____

Дата: _____ начало _____ наблюдения _____ окончание _____
наблюдения _____

Ф.И.О. _____ возраст _____

Диагноз _____ основной _____

Сопутствующие _____
заболевания: _____

Модель _____
пациента: _____

Объем _____ оказанной _____ нелекарственной _____ медицинской _____
помощи: _____

Код	Наименование ПМУ	Отметка о выполнении и (кратность)
В процессе диагностики		
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	
A01.07.003	Пальпация органов рта	
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	
A02.07.006	Определение прикуса	
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	
A09.07.005	Микроскопическое исследование отделяемого из полости рта на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым средствам	
A06.07.007	Внутриротовая рентгенография в прикус	
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	
A06.07.004	Ортопантомография	

A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	
V01.047.01	Прием(осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	
V01.014.01	Прием(осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	
V01.008.01	Прием(осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	
В процессе лечения		
A16.07.055	Профессиональная гигиена рта и зубов	
A16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами)	
A13.31.007	Обучение гигиене рта	
A14.07.003	Гигиена рта и зубов	
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	
A16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	
A11.07.012	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область (анестезия)	
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых зубных отложений	
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов	
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	
A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях полости рта и зубов	

Лекарственная помощь (указать применяемый препарат):

Осложнения лекарственной терапии (указать проявления):

Наименование препарата, их вызвавшего:

Исход _____ (по _____ классификатору исходов): _____

Информация о пациенте передана в учреждение, мониторирующее
 Протокол:

(название учреждения)

(дата)

Подпись лица, ответственного за мониторирующее протокола в медицинском учреждении:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРИ МОНИТОРИРОВАНИИ	Полнота выполнения обязательного перечня немедикаментозной помощи	да нет	ПРИМЕЧАНИЕ
	Выполнение сроков выполнения медицинских услуг	да нет	
	Полнота выполнения обязательного перечня лекарственного ассортимента	да нет	
	Соответствие лечения требованиям протокола по срокам/продолжительности	да нет	
	Комментарии: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
	<hr/> (дата)	<hr/> (подпись)	

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

17. Приказ Минздравсоцразвития России №1664н от 27 декабря 2011г. Об утверждении номенклатуры медицинских услуг.
18. Федеральный закон от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).
19. Министерство здравоохранения и социального развития РФ:
<http://www.minzdravsoc.ru>
20. Официальный сайт Стоматологической Ассоциации России –
e-Stomatology.ru
21. Протокол ведения больных. Кариес зубов. – М: Медицинская книга, 2011 – 76 стр. .
22. Протокол ведения больных. Частичное отсутствие зубов. Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия). - М: Медицинская книга, 2011 – 136 стр.
23. Протокол ведения больных. Болезни периапикальных тканей. - М: Медицинская книга, 2011 – 116 стр.
24. Протокол ведения больных. Болезни пульпы зуба. - М: Медицинская книга, 2011 – 104 стр.
25. Номенклатура работ и услуг в здравоохранении. Утверждена Минздравсоцразвития России 12.07.2004 г. - М., 2004. - 211 с.; рабочий актуализированный вариант 2007. – 198 с.
26. МКБ-10, Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, в 3-х томах - М., 2003.-2440 с.
27. Барер Г.М. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 ч. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Ч.2. – Болезни пародонта. – 224 с.: 236 ил.
28. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология под редакцией. – М., 2003
29. Блохин В.П. Комплексное лечение генерализованного пародонтита: учебное пособие. - СПб. : Издательство СПбМАПО, 2007. — 64 с.

30. Безрукова И.В., Грудянов А.И. Агрессивные формы пародонтита. – М.:МИА. – 126 с.
31. Безрукова А.П. Пародонтология. – М., 1999. – 332 с.
32. Безрукова И.В., Петрухина Н.Б. Озонотерапия в пародонтологической практике. - М.: 000 «Медицинское информационное агентство», 2008. — 88 с.
33. Вольф, Г.Ф., Ратейцхак, Э.М., Ратейцхак. К. Пародонтология. «Медпресс-информ» - М.: - 2008. – 548с.
34. Введенская С. В. «Ультразвуковой метод снятия зубных отложений», Вестник секции СТАР «Гигиенист стоматологический» - Стоматологический колледж выпуск 3 - 2003
35. Ганжа И.Р. Рецессия десны. Диагностика и методы лечения: Учебное пособие для врачей. Самара: ООО ИПК "Содружество", 2007. - 84 с.
36. Горбатова Е.А. Топографические особенности отделов десны. Пародонтология 2003; 4: 19- 20.
37. Григорьян А.С., Рахметова С.Ю., Зырянова Н.В. Микроорганизмы в заболеваниях пародонта: экология, патогенез, диагностика. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 56 с.
38. Григорьян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н.А., Фролова О.А. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение. – М.:МИА, 2004. – 320 с.
39. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н., Лузина В.В., Чергештов Ю.И. Амбулаторные оперативные вмешательства при доброкачественных поражениях лица, органов полости рта и челюстей // Хирургическая стоматология. -М.: Медицина,2007.- С.111-136.
40. Грудянов А.И. Пародонтология. Избранные лекции. – М., 1997. – 32 с.
41. Грудянов А.И., Григорьян А.С., Фролова О.А. Диагностика в пародонтологии. – М., 2004. – 93 с.
42. Грудянов А.И., Овчинникова В.В., Дмитриева Н.А. Антимикробная и противовоспалительная терапия в пародонтологии. – М., 2004. – 79 с.
43. Грудянов А.И., Москалев К.Е. Инструментальная обработка поверхностей корней зубов. – М., 2005. – 67 с.

44. Грудянов А.И., Овчинникова В.В. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта. – М., 2007. – 78 с.
45. Грудянов А.И., Ерохин А.И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. – М., 2006. – 120 с.
46. Герберт Ф.Вольф, Эдит М.Ратейхак, Клаус Ратейцхак; Пародонтология. Цветной атлас. Пер. с нем.; Под ред. Проф. Г.М.Барера. – М.: МЕДпресс – информ, 2008. Стр.276-281
47. Дмитриева Л.А. Терапевтическая стоматология. - М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 896 с.
48. Дмитриева Л.А., Романов А.Е., Царев В.Н. Клинические и микробиологические аспекты применения реставрационных материалов и антисептиков в комплексном лечении заболеваний пародонта. - М: МЕДпресс-информ, 2002. - 96 с.
49. Дмитриева Л.А. Современные аспекты клинической пародонтологии. М.: МЕДпресс, 2001. - 128 с.
50. Дмитриева Л.А. Терапевтическая стоматология. Национальное руководство. - М.:МИА, 2009. – 894 с.
51. Дмитриева Л.А. Пародонтит. - М.:МИА, 2007. – 504 с.
52. Дунызина Т.М., Калинина Н.М., Никифорова И.Д. Современные методы диагностики заболеваний пародонта. – Спб., 2001. – 47 с.
53. Жданов Е.В., Февралева А.Ю. Влияние этиологических факторов развития рецессии десны на выбор тактики и результаты хирургического лечения. Новое в стоматологии. 2005; 5: 46 - 55.
54. Зайцева Е.М. Пародонтит. Современный взгляд на лечение. - СПб.: ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет», Кафедра терапевтической стоматологии, 2007.- 20 с.
55. Иванов В.С. Заболевания пародонта. – М.: МИА, 1998. – 295 с.
56. Коэн Э. Атлас косметической и реконструктивной пародонтологической хирургии. – 2-е изд. – М.:АО «Московские учебники», 2003. – 416 с.
57. Кузьмина Э.М., Смирнова Т.А., Кузьмина И.Н. Основы индивидуальной гигиены полости рта. Методы и средства. М.,2008. 116 с.

58. Кучумова Е.Д., Стюф Я.В., Шулепова М.К. Инструменты для удаления зубных отложений. Обзор // Пародонтология.— №3(13).— 1999.— С. 27—33.
59. Леонтьев В.К., Малый А.Ю. Концептуальные подходы к разработке протоколов ведения больных в стоматологии // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. - №6. – с.5-10.
60. Литвинов В.В. Повышение эффективности направленной регенерации тканей в комплексном лечении заболеваний пародонта// Автореф. Канд. мед. наук. – М., 2001. – 17с.
61. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология: учебное пособие (8 – е издание). - М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 960 с.
62. Орехова Л.Ю. Заболевания пародонта. Под редакцией / М.: Поли Медиа Пресс, 2004. – 432 с.: илл.
63. Орехова Л.Ю. «Основы профессиональной гигиены полости рта» - методические указания - Спб.: 2004. - 56с
64. Петрова М.Д., Фомичева Е.А., Фомичев А.В. Рецессия тканей пародонта. Современное состояние вопроса. Новое в стоматологии. – 2005; 5: 38-45.
65. Сивовол С.И. Клинические аспекты пародонтологии. М. – 2001. – 166 с.
66. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки рта./Под редакцией проф.О.О.Янушевича – М.:МГМСУ,2008. – 228 с., ил.
67. Терапевтическая стоматология: Учебник / Под ред. Ю.М. Максимовского. — М.: Медицина, 2002.
68. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов / Под ред. Е.В. Боровского. — М.: «Медицинское информационное агентство», 2004.
69. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. Учебное пособие. — «Поли Медиа Пресс», 2001.
70. Цепов Л.М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему. – М., 2006. – 192 с.
71. Цепов Л.М., Николаев А.И., Михеева Е.А. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта. - 3-е изд.,

испр. и доп. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 272 с.: ил.

72. Цимбалистов А.В., Шторина Г.Б., Михайлова Е.С. Профессиональная гигиена полости рта. — Санкт-Петербургский институт стоматологии, 2002.— С.10—20.
73. Улитовский С.Б. Практическая гигиена полости рта. М., 2002.
74. Улитовский С.Б. Ополаскиватели – широкая поступь по планете. «Институт стоматологии» 2008/4
75. Newman,Takei,Carranza Clinical periodontology 9 ed,2002.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ)

ПРИ ДИАГНОЗЕ ГИНГИВИТ

*Утверждены Постановлением № 18 Совета Ассоциации
общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация
России» от 30 сентября 2014 года,
актуализированы 02 августа 2018 года*

Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Гингивит» разработаны Московским Государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ (Янушевич О.О., Кузьмина Э.М., Максимовский Ю.М., Малый А.Ю., Дмитриева Л.А., Ревазова З.Э, Почтаренко В.А., Эктова А.И.) и Центральным научно-исследовательским институтом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Минздрава РФ (Вагнер В.Д., Грудянов А.И., Смирнова Л.Е.).

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Гингивит» предназначены для применения в системе здравоохранения Российской Федерации.

II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящих Клинических рекомендациях использованы ссылки на следующие документы:

13. Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.97 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).
14. Приказ Минздравсоцразвития России №1664н от 27 декабря 2011г. Об утверждении номенклатуры медицинских услуг.
15. Федеральный закон от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).

III. ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящих Клинических рекомендациях использованы следующие обозначения и сокращения:

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и

проблем, связанных со здоровьем Всемирной организации здравоохранения десятого пересмотра.

МКБ-С – Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10.

IV. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Гингивит» разработаны для решения следующих задач:

- установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных с гингивитом;
- унификация разработки базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным с гингивитом;
- обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинском учреждении.

Область распространения настоящих Клинических рекомендаций — стоматологические медицинские организации.

В настоящих Клинических рекомендациях используется шкала убедительности доказательств данных:

А) Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению.

В) Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение.

С) Достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

Д) Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения в определенных условиях данного лекарственного средства, материала, метода, технологии.

Е) Веские отрицательные доказательства: имеются достаточно убедительные доказательства того, чтобы исключить лекарственное средство, метод, методику из рекомендаций.

V. ВЕДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ)

Ведение Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

«Гингивит» осуществляется Московским государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова Минздрава России). Система ведения предусматривает взаимодействие Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова со всеми заинтересованными организациями.

VI. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

В общей структуре оказания медицинской помощи больным в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля это заболевание встречается у лиц разного возраста и составляет до 90% от общего числа обращений. Гингивит при несвоевременном и/или неправильном лечении и прогрессировании процесса может стать причиной развития пародонтита, гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, потери зубов. Рот пациентов с данным заболеванием представляет собой источник интоксикации и инфекционной сенсibilизации организма.

Несвоевременное лечение гингивита приводит к развитию патологических процессов и как следствие к удалению зубов, что в свою очередь обуславливает возникновение вторичных деформаций зубных рядов и патологии височно-нижнечелюстного сустава. Гингивит непосредственным образом влияет на здоровье и качество жизни пациента и может быть проявлением соматической патологии.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Гингивит - воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов, нередко их сочетанием, протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Воспалительный процесс в пародонте является результатом его реакции на различные раздражители. Основным этиологическим фактором в развитии гингивита является микробная биопленка как результат, неудовлетворительной гигиены рта. Также в этиопатогенезе данной патологии принимают участие следующие факторы: химические вещества (ингредиенты пломбировочных материалов, мышьяковистая паста), механические воздействия (острая или хроническая травма зуба, перемещение зубов при ортодонтическом лечении), зубочелюстные деформации, вредные привычки, снижение резистентности организма, гормональные

изменения, профессиональные заболевания, болезни крови, стресс, прием лекарственных препаратов.

Воспалительный процесс в пародонте, как и в других соединительных тканях организма, протекает по общим закономерностям.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.

Клиническая картина гингивита характеризуется многообразием и зависит от степени выраженности воспалительного процесса и его распространенности.

Заболевание может протекать бессимптомно и зависит от характера поражения десны (генерализованное или локализованное) и течения (острое или хроническое). Местные проявления: кровоточивость десны при чистке зубов, неприятный запах изо рта, изъязвления, гипертрофия маргинальной десны, скопление мягкого зубного налета на зубах, В анамнезе такие больные обычно указывают на кровоточивость дёсен продолжительностью от нескольких недель до нескольких лет. При осмотре могут обнаруживаться: зубные отложения как мягкие, так и твердые, кариозные полости, дефекты пломб, некачественные ортопедические конструкции, разрушенные коронковые части зубов, деформации зубных рядов, патология прикуса.

При гингивите не нарушается целостность зубодесневого прикрепления, однако за счет отека десны, увеличения ее объема может создаваться «углубление» десневой борозды.

КЛАССИФИКАЦИЯ ГИНГИВИТА по МКБ-10.

K05 ГИНГИВИТ И БОЛЕЗНИ ПАРОДОНТА

Включена: болезнь беззубого альвеолярного края

K05.0 Острый гингивит

K05.00 Острый стрептококковый гингивостоматит

K05.08 Другой уточненный острый гингивит

K05.09 Острый гингивит неуточненный

K05.1 Хронический гингивит

K05.10 Простой маргинальный

K05.11 Гиперпластический

K05.12 Язвенный

Исключен: некротизирующий язвенный гингивит (A69.10)

K05.13 Десквамативный

K05.18 Другой уточненный хронический гингивит

K05.19 Хронический гингивит неуточненный

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ГИНГИВИТА

Диагностика гингивита проводится путем сбора анамнеза, клинического осмотра и проведения дополнительных методов

обследования и направлена на определение состояния тканей пародонта и показаний к лечению, а также на выявление в анамнезе факторов, которые препятствуют немедленному началу лечения. Такими факторами могут быть:

8. Наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения
9. Неадекватное психо-эмоциональное состояние пациента перед лечением
10. Угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения и т.п), развившееся менее чем за 6 месяцев до момента обращения за данной стоматологической помощью
11. Отказ пациента от лечения.

Главная задача при диагностике заключается в определении вида, формы, тяжести, характера течения и распространенности гингивита, выявлении общих и местных этиологических и патогенетических факторов. Зачастую проведение более тщательной диагностики требует привлечения специалистов других стоматологических специальностей (ортопедов, хирургов, ортодонтонтов), а также специалистов общего лечебного профиля. В зависимости от поставленного диагноза составляют план комплексного пародонтологического лечения.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГИНГИВИТА

Лечение гингивита должно быть комплексным. Индивидуальность подхода обусловлена особенностями этиологии и патогенеза заболевания у каждого больного, характером и степенью выраженности воспалительных изменений в тканях. План лечения составляют персонально для каждого пациента по принципу комплексной терапии, сочетающей местное лечение с общим воздействием на организм.

Принципы лечения больных с гингивитом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

8. устранение очага воспаления;
 - лечение направлено на купирование процесса и предупреждение рецидива воспалительных изменений в тканях пародонта и возникновения осложнений;
 - восстановление и сохранение функции зубочелюстной

системы;

- предупреждение развития местных и общих осложнений;
- предупреждение негативного влияния на общее здоровье и

качество жизни пациента.

Лечение гингивита включает:

13. проведение профессиональной гигиены рта (под местной анестезией, при необходимости и отсутствии общих противопоказаний);
14. антисептическая и антимикробная обработка рта;
15. предупреждения образования на поверхности зубов микробной биопленки и ее удаления;
16. удаление мягких и твердых на зубных отложений;
17. полирование поверхностей зуба;
18. коррекция и контроль гигиены рта;
19. при подозрении на наличие соматических заболеваний консультация и/или лечение у специалистов соответствующего профиля;
20. санация рта;
21. противовоспалительная терапия;
22. назначение витаминов;
23. обучение пациентов гигиене рта и мотивация к отказу от вредных привычек. Стоматологи должны рекомендовать четырехступенчатую ежедневную схему гигиены с использованием щетки, зубной пасты, зубной нити и антимикробного ополаскивателя.

Ежедневное использование одобренных ополаскивателей с эфирными маслами и хлоргексидином для полости рта позволяет достичь значимого уменьшения образования зубного налета, что ведет к снижению риска возникновения воспалительных заболеваний пародонта среди широких групп населения. Применение ополаскивателей для полости рта, содержащих алкоголь может натолкнуться на этические и культурные барьеры со стороны некоторых групп населения. Для них рекомендуется использование ополаскивателей, не содержащих алкоголь.

При лечении гингивита применяются только те медицинские изделия и лекарственные средства, которые разрешены к применению на территории Российской Федерации в установленном

порядке.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ГИНГИВИТОМ

Лечение пациентов с гингивитом проводится в стоматологических медицинских организациях. Как правило, лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

Оказание помощи больным с гингивитом осуществляется в основном врачами-стоматологами, врачами-стоматологами терапевтами, врачами-стоматологами ортопедами, врачами ортодонтами, зубными врачами. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал, в том числе зубные техники и гигиенисты стоматологические.

VII. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

7.1. Модель пациента

Нозологическая форма: простой маргинальный гингивит

Фаза: стабильное

течение

Стадия: любая

Осложнение: без осложнений

Условия оказания помощи: амбулаторно-поликлинические

Код по МКБ-10: К 05.10

7.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- десна отечна, цианотична и/или гиперемированна;
- кровоточивость десны в анамнезе и при осмотре;
- неудовлетворительная гигиена рта;
- мягкие и твердые на зубные отложения;
- отсутствие пародонтальных карманов;
- кровоточивость и дискомфорт при чистке зубов;
- отсутствие рентгенологических признаков резорбции костной ткани;

7.1.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.1.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Наименование	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1

A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	По потребности
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	1
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	1
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	1
A06.07.007	Внутриротовая рентгенография вприкус	По потребности
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	По потребности
A06.07.004	Ортопантомография	По потребности
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	По потребности
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	Согласно алгоритму
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	Согласно алгоритму
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.1.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза,

соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза жизни выясняют профессию пациента, возможные профессиональные вредности, вредные привычки, характер питания, аллергологический анамнез, наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания. Отмечают наличие у пациентов тяжелых соматических заболеваний.

При сборе анамнеза заболевания уточняют, сколько лет пациент страдает этим заболеванием или когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение). Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта. Когда проводилась последняя и как часто проводилась профессиональная гигиена.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре оценивают форму и конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Необходимо проводить пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, которая проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений. При осмотре рта обращают внимание на глубину преддверия, характер прикрепления уздечек губ, языка, тяжелой слизистой оболочки преддверия рта. Определяют состояние прикуса, аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем.

Обследованию подлежат все зубы, начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, наличие или отсутствие болевой чувствительности при зондировании. Отмечают неправильно поставленные пломбы, ортопедические и ортодонтические конструкции, а также уровень ухода за протезами (удовлетворительный, неудовлетворительный). Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта.

При оценке уровня гигиены учитывают: когда и сколько раз чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет, использует ли дополнительные средства гигиены. Контроль качества чистки зубов проводят с помощью индексов гигиены (индекс Greene- Vermillion, индекс Silness- Loe). Индексы гигиены рта определяют до лечения, и после обучения гигиене полости рта, с целью контроля Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтального индекса Рассела, индекс Мюллемана.

См. приложение №2, приложение №6.

Из дополнительных методов обследования используют методы лучевой диагностики и микробиологическое исследование.

7.1.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Наименование	Кратность выполнения
A11.07.0 11	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область (анестезия)	Согласно алгоритму
A13.30.0 07	Обучение гигиене рта	Согласно алгоритму
A14.07.0 04	Контролируемая чистка зубов	Согласно алгоритму
A16.07.0 02	Восстановление зуба пломбой	По потребности
A16.07.0 20	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	Согласно алгоритму

A16.07.0 25	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	По потребности
A16.07.0 31	Восстановление зуба пломбировочными материалами с использованием анкерных штифтов	По потребности
A16.07.0 49	Повторная фиксация на постоянный цемент несъемных ортопедических конструкций	По потребности
A16.07.0 51	Профессиональная гигиена рта и зубов	Согласно алгоритму
A16.07.0 57	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
A22.07.0 02	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	Согласно алгоритму
A25.07. 001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	Согласно алгоритму

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.1.6 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная стоматологическая помощь направлена на устранение этиологических факторов болезней пародонта – микробной биопленки, зубных отложений и факторов, обеспечивающих их аккумуляцию с целью предупреждения развития воспалительных заболеваний пародонта и включает три основных компонента: обучение гигиене рта, контролируемая чистка зубов и профессиональная гигиена рта. См. Приложение 3.

Для устранения травмирующих факторов по показаниям и в плановом порядке проводят терапевтическое и ортопедическое лечение.

См. приложение №4.

7.1.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Противомикробные препараты для местного лечения заболеваний рта	Согласно алгоритму
Препараты для местной анестезии	Согласно алгоритму
Антисептики	Согласно алгоритму

7.1.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения

медикаментов

Перед проведением лечебных манипуляций по показаниям проводят анестезию (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая).

На сегодняшний день имеется довольно широкий выбор различных лекарственных средств, которые действуют на микроорганизмы, а также вирусы и споры. Основу в терапии гингивитов составляют антисептики. Их применяют в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций. Наиболее широко используют антисептики из группы галоидов (например, хлоргексидина биглюконат 0,06%), а также из группы окислителей и содержащих эфирные масла. Ежедневное использование ополаскивателя с фиксированной комбинацией эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат) значительно снижает риск развития гингивита. Дополнительно применяют лечебные зубные пасты на основе антисептиков и других противовоспалительных средств.

7.1.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

После проведения лечения необходимо проводить мероприятия по профилактике воспалительных заболеваний пародонта не реже 2 раз в год.

7.1.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Для индивидуальной гигиены используют мягкую зубную щетку, антисептики в течение 2 недель.

7.1.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Специальных требований нет.

7.1.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

См. Приложение №8.

7.1.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение №9.

7.1.14. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Гингивит» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения),

соответствующие выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками простого маргинального гингивита медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего ведению простого маргинального гингивита;

б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.1.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
выздоровление	95%	Восстановление внешнего вида десны, отсутствие признаков воспаления	После лечения	Профилактические мероприятия не реже 2 раз в год
Развитие ятрогенных осложнений	1%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	4%	Прогрессирование простого маргинального гингивита, переход его в гиперпластическую форму, в язвенно-некротическую, в хронический пародонтит	Через 6 мес после окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.1.16. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Гингивит»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.2. Модель пациента

Нозологическая форма: Гиперпластический гингивит

Фаза: стабильное течение

Стадия: любая

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-10: K05.11

7.2.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- увеличение десны в объеме с образованием «ложных» карманов;
- глянцево-синюшная поверхность десны;
- изменение конфигурации десневых сосочков;
- кровоточивость десны в анамнезе и при осмотре
- мягкие и твердые назубные отложения;
- отсутствие пародонтальных карманов;
- неудовлетворительная гигиена рта;
- кровоточивость и дискомфорт при чистке зубов;
- отсутствие рентгенологических признаков резорбции костной ткани.

7.2.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.2.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A01.07.004	Перкуссия при патологии рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	Согласно алгоритму
A02.07.006	Определение прикуса	Согласно алгоритму
A02.07.007	Перкуссия зубов	По потребности
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	1
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	По потребности
A06.07.004	Ортопантомография	По потребности
A06.07.007	Внутриротовая рентгенография в прикус	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	По потребности
A09.07.005	Микроскопическое исследование отделяемого из рта на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым средствам	По потребности
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	Согласно алгоритму
A12.07.002	Компьютерная диагностика заболеваний пародонта с использованием электронных зондирующих устройств	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	Согласно алгоритму
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	Согласно алгоритму
V01.047.01	Прием(осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	По потребности
V01.001.01	Прием(осмотр, консультация) врача-гинеколога первичный	По потребности
V01.058.01	Прием(осмотр, консультация) врача эндокринолога первичный	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.2.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

При диагностике гингивита необходимо исключить заболевания крови.

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза жизни выясняют профессию пациента, возможные профессиональные вредности, вредные привычки, характер питания, аллергологический анамнез, наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания. Отмечают наличие у пациентов тяжелых соматических заболеваний и прием лекарственных препаратов.

При сборе анамнеза заболевания уточняют, сколько лет пациент страдает этим заболеванием или когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение). Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за ртом. Когда проводилась последняя и как часто проводилась профессиональная гигиена.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре оценивают форму и конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Необходимо проводить пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, которая проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

При осмотре рта обращают внимание на глубину преддверия, характер прикрепления уздечек губ, языка, тяжелой слизистой

оболочки преддверия рта. Определяют состояние прикуса, аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем.

Обследованию подлежат все зубы. Начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании. Отмечают неправильно поставленные пломбы, ортопедические и ортодонтические конструкции, а также уровень ухода за протезами (удовлетворительный, неудовлетворительный).

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта.

Индексы гигиены рта определяют до лечения, и после обучения гигиене полости рта, с целью контроля. При оценке уровня гигиены учитывают: когда и сколько раз чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет, использует ли дополнительные средства гигиены. Контроль качества чистки зубов проводят с помощью индексов гигиены (индекс Greene-Vermillion, индекс Silness- Loe). Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтального индекса Рассела, индекс Мюллемана. См. приложение №2, приложение №6.

Из дополнительных методов обследования используют методы лучевой диагностики и микробиологическое исследование.

7.2.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Наименование	Кратность выполнения
A11.07.01 1	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область (анестезия)	Согласно алгоритму
A13.30.00 7	Обучение гигиене рта	Согласно алгоритму
A14.07.00 4	Контролируемая чистка зубов	Согласно алгоритму
A16.07.00 2	Восстановление зуба пломбой	По потребности

A16.07.02 0	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	Согласно алгоритму
A16.07.02 5	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	По потребности
A16.07.02 6	Гингивэктомия	Согласно алгоритму
A16.07.03 1	Восстановление зуба пломбировочными материалами с использованием анкерных штифтов	По потребности
A16.07.04 9	Повторная фиксация на постоянный цемент несъемных ортопедических конструкций	По потребности
A16.07.05 1	Профессиональная гигиена рта и зубов	Согласно алгоритму
A16.07.05 7	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
A22.07.00 2	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	Согласно алгоритму
A25.07.00 1	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму
A25.07.00 2	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.2.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная стоматологическая помощь направлена на устранение этиологических факторов болезней пародонта: микробной биопленки, зубных отложений и факторов, обеспечивающих их аккумуляцию с целью предупреждения развития воспалительных заболеваний пародонта и включает три основных компонента: обучение гигиене рта, контролируемая чистка зубов и профессиональная гигиена рта.

См. приложение №3.

Для устранения травмирующих факторов по показаниям и в плановом порядке проводят терапевтическое и ортопедическое лечение. При необходимости проводят хирургическое лечение.

См. приложение №4, приложение №5, приложение №7.

7.2.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Противомикробные препараты для местного лечения заболеваний рта	Согласно алгоритму
Препараты для местной анестезии	Согласно алгоритму
Антисептики	Согласно алгоритму

7.2.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед проведением лечебных манипуляций по показаниям проводят анестезию (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая).

На сегодняшний день имеется довольно широкий выбор различных лекарственных средств, которые действуют на микроорганизмы, а также вирусы и споры. Основу в терапии гингивитов составляют антисептики. Они применяются в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций. Наиболее широко используются антисептики из группы галоидов (например, хлоргексидина биглюконат 0,06%), а также из группы окислителей и содержащих эфирные масла. Ежедневное использование ополаскивателя с фиксированной комбинацией эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат) значительно снижает риск развития гингивита. Дополнительно могут применяться лечебные зубные пасты на основе антисептиков и других противовоспалительных средств.

7.2.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

После проведения лечения необходимо проводить мероприятия по профилактике воспалительных заболеваний пародонта не реже 2 раз в год.

7.2.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Для индивидуальной гигиены использовать мягкую зубную щетку, антисептиков в течение 2 недель.

7.2.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Специальных требований нет.

7.2.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

См. Приложение №8.

7.2.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение №9.

7.2.14. Правила изменения требований при выполнении

Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Гингивит» и прекращения действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующие выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками гиперпластического гингивита медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего ведению гиперпластического гингивита;

б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.2.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
выздоровление	90%	Восстановление внешнего вида десны, отсутствие признаков воспаления	После лечения	Профилактические мероприятия не реже 2 раз в год
Стабилизация	4%	Отсутствие как положительной так и отрицательной динамики	После лечения	Профилактические мероприятия не реже 4 раз в год
Развитие ятрогенных осложнений	1%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	5%	Прогрессирование гиперпластического гингивита, переход его в язвенно-некротическую форму или в хронический	Через 12 мес после окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

		пародонтит		
--	--	------------	--	--

7.2.16. Стоимостьные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Гингивит»

Стоимостьные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.3. Модель пациента

Нозологическая форма: Язвенный гингивит

Фаза: стабильное течение

Стадия: любая

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-10: K05.12

7.3.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- изъязвление десны на фоне валикообразного ее утолщения;
- болезненность при воздействии любых видов раздражителей;
- кровоточивость десны;
- неприятный запах изо рта
- утрачивается фестончатость десневых сосочков в участках поражения;
- неудовлетворительная гигиена рта;
- кровоточивость и дискомфорт при чистке зубов;
- на зубные отложения;
- отсутствие рентгенологических признаков резорбции костной ткани.

7.3.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.3.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Наименование	Частота предоставления
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	Согласно алгоритму 1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	Согласно алгоритму
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием	Согласно алгоритму

	стоматологического зонда	
A02.07.006	Определение прикуса	По потребности
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	По потребности
A06.07.004	Ортопантомография	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	По потребности
A06.07.007	Внутриротовая рентгенография в прикус	По потребности
A09.0.005	Микроскопическое исследование отделяемого из полости рта на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым средствам	По потребности
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	Согласно алгоритму
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	Согласно алгоритму
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	Согласно алгоритму
V01.047.01	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	По потребности
V01.005.01	Прием (осмотр, консультация) врача-гематолога первичный	По потребности
V01.014.01	Прием(осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	По потребности
V01.008.01	Прием(осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.3.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые

исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

При диагностике язвенного гингивита необходимо исключить заболевания крови и ВИЧ инфекцию.

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза жизни выясняют профессию пациента, возможные профессиональные вредности, вредные привычки, характер питания, аллергологический анамнез, наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания. Отмечают наличие у пациентов тяжелых соматических заболеваний.

При сборе анамнеза заболевания уточняют, сколько лет пациент страдает этим заболеванием или когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение). Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за ртом. Когда проводилась последняя и как часто проводилась профессиональная гигиена.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре оценивают форму и конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Необходимо проводить пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, которая проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

При осмотре рта обращают внимание на глубину преддверия, характер прикрепления уздечек губ, языка, тяжей слизистой оболочки преддверия рта. Определяют состояние прикуса, аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем.

Обследованию подлежат все зубы, начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, обращают внимание на

наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании. Отмечают неправильно поставленные пломбы, ортопедические и ортодонтические конструкции, а также уровень ухода за протезами (удовлетворительный, неудовлетворительный).

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта.

При оценке уровня гигиены учитывают: когда и сколько раз чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет, использует ли дополнительные средства гигиены. Контроль качества чистки зубов проводят с помощью индексов гигиены (индекс Greene- Vermillion, индекс Silness- Loe). Индексы гигиены рта определяют до лечения, и после обучения гигиене полости рта, с целью контроля Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтального индекса Рассела, индекс Мюллемана. См. Приложение 2 Приложение 6

Из дополнительных методов обследования используют методы лучевой диагностики и микробиологическое исследование.

7.3.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Наименование	Кратность выполнения
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область (анестезия)	По потребности
A13.30.007	Обучение гигиене рта	Согласно алгоритму
A14.07.003	Гигиена рта и зубов	Согласно алгоритму
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	Согласно алгоритму
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	По потребности
A16.07.020	Удаление наддесневых зубных отложений	Согласно алгоритму
A16.07.025	Избирательное пришлифовывание твердых тканей зубов	По потребности
A16.07.031	Восстановление зуба пломбировочными материалами	По потребности

	использованием анкерных штифтов	
A16.07.049	Повторная фиксация на постоянный цемент несъемных ортопедических конструкций	По потребности
A16.07.051	Профессиональная гигиена рта и зубов	Согласно алгоритму
A16.07.052	Восстановление зубов штифтовыми зубами	По потребности
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	Согласно алгоритму
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.3.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная стоматологическая помощь направлена на устранение этиологических факторов болезней пародонта – микробной биопленки, зубных отложений и факторов, обеспечивающих их аккумуляцию с целью предупреждения развития воспалительных заболеваний пародонта и включает три основных компонента: обучение гигиене рта, контролируемая чистка зубов и профессиональная гигиена рта. См. Приложение 3

Для устранения травмирующих факторов по показаниями и в плановом порядке проводят терапевтическое и ортопедическое лечение. При необходимости проводят хирургическое лечение. См Приложение 4, Приложение 5, Приложение 7.

7.3.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Противомикробные препараты для местного лечения заболеваний рта	Согласно алгоритму
Препараты для местной анестезии	Согласно алгоритму
Антисептики	Согласно алгоритму

7.3.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед проведением лечебных манипуляций по показаниям

проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая).

На сегодняшний день имеется довольно широкий выбор различных лекарственных средств, которые действуют на микроорганизмы, а также вирусы и споры. Основу в терапии гингивитов составляют антисептики. Они применяются в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций. Наиболее широко используются антисептики из группы галоидов (например, хлоргексидина биглюконат 0,06%), а также из группы окислителей и содержащих эфирные масла. Ежедневное использование ополаскивателя с фиксированной комбинацией эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат) значительно снижает риск развития гингивита. Дополнительно могут применяться лечебные зубные пасты на основе антисептиков и других противовоспалительных средств.

7.3.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

После проведения лечения необходимо проводить мероприятия по профилактике воспалительных заболеваний пародонта не реже 2 раз в год.

7.3.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Для индивидуальной гигиены использовать мягкую зубную щетку, антисептиков в течение 2 недель.

7.3.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Специальных требований нет.

7.3.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

См. Приложение №8.

7.2.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение №9.

7.3.14. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Гингивит» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующие выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками язвенного гингивита медицинская помощь пациенту

оказывается в соответствии с требованиями:

а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего ведению язвенного гингивита;

б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.3.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
выздоровление	95%	Восстановление внешнего вида десны, отсутствие признаков воспаления	После лечения	Профилактические мероприятия не реже 2 раз в год
Развитие ятрогенных осложнений	1%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	4%	Прогрессирование процесса	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.3.16. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Гингивит»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.4. Модель пациента

Нозологическая форма: десквамативный гингивит

Фаза: стабильное течение

Стадия: любая

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-10: K05.13

7.4.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- преимущественное поражение вестибулярной десны;
- багровая, блестящая поверхность десны в зоне поражения;
- участки десквамации эпителия;
- наличие папул и пузырьков, пузырей;
- отек десны;
- кровоточивость и дискомфорт при чистке зубов;
- выраженная чувствительность к приему кислой, острой и горячей пище;
- неудовлетворительная гигиена рта;
- на зубные отложения;
- отсутствие десневых карманов;
- отсутствие рентгенологических признаков резорбции костной

ткани.

7.4.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.4.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Наименование	Частота предоставления
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	1
A02.07.006	Определение прикуса	По потребности
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	По потребности
A06.07.004	Ортопантомография	По потребности
A06.07.007	Внутриротовая рентгенография в прикус	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	По потребности
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	Согласно алгоритму
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	По потребности
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности
B01.047.01	Прием(осмотр,	По потребности

	консультация) врача-терапевта первичный	
V01.005.01	Прием(осмотр, консультация) врача-гематолога первичный	По потребности
V01.014.01	Прием(осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	По потребности
V01.008.01	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	По потребности

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.4.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

При диагностике десквамативного гингивита необходимо исключить заболевания крови.

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза жизни выясняют профессию пациента, возможные профессиональные вредности, вредные привычки, характер питания, аллергологический анамнез, наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания. Отмечают наличие у пациентов тяжелых соматических заболеваний.

При сборе анамнеза заболевания уточняют, сколько лет пациент страдает этим заболеванием или когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение). Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за ртом. Когда проводилась последняя и как часто проводилась

профессиональная гигиена.

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре оценивают форму и конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Необходимо проводить пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, которая проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

При осмотре рта обращают внимание на глубину преддверия, характер прикрепления уздечек губ, языка, тяжелой слизистой оболочки преддверия рта. Определяют состояние прикуса, аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем. Обращают внимание на клинико-морфологические признаки.

Обследованию подлежат все зубы, начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании. Отмечают неправильно поставленные пломбы, ортопедические и ортодонтические конструкции, а также уровень ухода за протезами (удовлетворительный, неудовлетворительный).

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта.

При оценке уровня гигиены учитывают: когда и сколько раз чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет, использует ли межзубные средства гигиены.

Контроль качества чистки зубов проводят с помощью индексов гигиены (индекс Greene- Vermillion, индекс Silness- Loe). Индексы гигиены рта определяют до лечения, и после обучения гигиене полости рта, с целью контроля. Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтального индекса Рассела, индекс Мюллемана. См. Приложение №2, приложение №6.

Из дополнительных методов обследования используют методы лучевой диагностики и микробиологическое исследование.

7.4.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	Наименование	Кратность выполнения
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	Согласно алгоритму
A13.30.007	Обучение гигиене рта	Согласно алгоритму
A14.07.003	Гигиена рта и зубов	Согласно алгоритму
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	Согласно алгоритму
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	По потребности
A16.07.020	Удаление наддесневых зубных отложений	Согласно алгоритму
A16.07.025	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	По потребности
A16.07.031	Восстановление зуба пломбировочными материалами с использованием анкерных штифтов	По потребности
A16.07.049	Повторная фиксация на постоянный цемент несъемных ортопедических конструкций	По потребности
A16.07.051	Профессиональная гигиена рта и зубов	Согласно алгоритму
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	Согласно алгоритму
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму

* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

7.4.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная стоматологическая помощь направлена на устранение этиологических факторов болезней пародонта – микробной биопленки, зубных отложений и факторов, обеспечивающих их аккумуляцию с целью предупреждения развития воспалительных заболеваний пародонта и включает три основных компонента: обучение гигиене рта, контролируемая чистка зубов и профессиональная гигиена рта.

См. Приложение №3

Для устранения травмирующих факторов по показаниям и в плановом порядке проводят терапевтическое и ортопедическое лечение. При необходимости проводят хирургическое лечение.

См. приложение №4, приложение №5, приложение №7.

7.4.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Противомикробные препараты для местного лечения заболеваний рта	Согласно алгоритму
Препараты для местной анестезии	Согласно алгоритму
Антисептики	Согласно алгоритму

7.4.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед проведением лечебных манипуляций по показаниям проводят анестезию (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая).

На сегодняшний день имеется довольно широкий выбор различных лекарственных средств, которые действуют на микроорганизмы, а также вирусы и споры. Основу в терапии гингивитов составляют антисептики. Они применяются в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций. Наиболее широко используются антисептики из группы галоидов (например, хлоргексидина биглюконат 0,06%), а также из группы окислителей и содержащих эфирные масла. Ежедневное использование ополаскивателя с фиксированной комбинацией эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат) значительно снижает риск развития гингивита. Дополнительно могут применяться

лечебные зубные пасты на основе антисептиков и других противовоспалительных средств.

7.4.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

После проведения лечения необходимо проводить мероприятия по профилактике воспалительных заболеваний пародонта не реже 2 раз в год.

7.4.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Для индивидуальной гигиены использовать мягкую зубную щетку, антисептиков в течение 2 недель.

7.4.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Специальных требований нет.

7.4.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

См. Приложение №8.

7.4.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение №9.

7.4.14. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Гингивит» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующие выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками десквамативного гингивита медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего ведению десквамативного гингивита;

б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.4.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
выздоровление	90%	Восстановление внешнего вида десны, отсутствие признаков воспаления	После лечения	Профилактические мероприятия не реже 2 раз в год
Стабилизация	4%	Отсутствие как	После лечения	Оказание медицинской

		положительной так и отрицательной динамики		помощи по протоколу соответствующего забо- левания
Развитие ятрогенных осложнений	1%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего забо- левания
Развитие ново- го заболева- ния, связанно- го с основным	5%	Прогрессирование процесса	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего забо- левания

7.4.16. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Гингивит»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

VIII. ГРАФИЧЕСКОЕ, СХЕМАТИЧЕСКОЕ И ТАБЛИЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ) «ГИНГИВИТ»

Не требуется.

IX. МОНИТОРИРОВАНИЕ (при необходимости)

Критерии и методология мониторинга и оценки эффективности выполнения клинических рекомендаций (протоколов лечения) «гингивит»

Мониторирование проводится на всей территории Российской Федерации.

Перечень медицинских организаций, в которых проводится мониторинг данного документа, определяется ежегодно организацией, ответственной за мониторинг. Медицинская организация информируется о включении в перечень по мониторингу Клинических рекомендаций (протоколов лечения) письменно.

Мониторирование включает в себя:

- сбор информации: о ведении пациентов с кариесом зубов в стоматологических медицинских организациях;
- анализ полученных данных;
- составление отчета о результатах проведенного анализа;
- представление отчета группе разработчиков данных Клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Исходными данными при мониторинге являются:

- медицинская документация - медицинская карта стоматологического больного (форма 043/у);
- тарифы на медицинские услуги;
- тарифы на стоматологические материалы и лекарственные средства.

При необходимости при мониторинге Клинических рекомендаций (протоколов лечения) могут быть использованы иные документы.

В стоматологических медицинских организациях, определенных перечнем по мониторингованию, раз в полгода на основании медицинской документации составляется карта пациента (см. приложение №12) о лечении пациентов с заболеванием пульпы зуба, соответствующих моделям пациента в данных Клинических рекомендациях (протоколов лечения).

В анализируемые, в процессе мониторинга, показатели входят: критерии включения и исключения из Клинических рекомендаций (протоколов лечения), перечни медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортимента, перечни лекарственных средств обязательного и дополнительного ассортимента, исходы заболевания, стоимость выполнения медицинской помощи по Клиническим рекомендациям (протоколов лечения)

и др.

Принципы рандомизации

В данных Клинических рекомендациях (протоколов лечения) рандомизация (лечебных учреждений, пациентов и т. д.) не предусмотрена.

Порядок оценки и документирования побочных эффектов и развития осложнений

Информация о побочных эффектах и осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения больных, регистрируется в карте пациента.

Порядок исключения пациента из мониторингования

Пациент считается включенным в мониторингование при заполнении на него Карты пациента. Исключение из мониторингования проводится в случае невозможности продолжения заполнения Карты (например, неявка на врачебный прием) (см. приложение №12). В этом случае Карта направляется в организацию, ответственную за мониторингование, с отметкой о причине исключения пациента из Клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Промежуточная оценка и внесение изменений в клинических рекомендаций (протоколов лечения)

Оценка выполнения Клинических рекомендаций (протоколов лечения) проводится один раз в год по результатам анализа сведений, полученных при мониторинговании.

Внесение изменений в Клинических рекомендаций (протоколов лечения) проводится в случае получения информации:

- а) о наличии в Клинических рекомендаций (протоколов лечения) требований, наносящих урон здоровью пациентов,
- б) при получении убедительных данных о необходимости изменений требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения) обязательного уровня. Решение об изменениях принимается группой разработчиков.

Параметры оценки качества жизни при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

Для оценки качества жизни пациента с заболеванием пульпы зубов, соответствующей моделям Клинических рекомендаций (протоколов лечения), используют аналоговую шкалу (см. приложение №10).

Оценка стоимости выполнения клинических рекомендаций (протоколов лечения) и оценки качества

Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

Сравнение результатов

При мониторинговании Клинических рекомендаций (протоколов лечения) ежегодно проводится сравнение результатов выполнения его требований, статистических данных, показателей деятельности медицинских организаций.

Порядок формирования отчета

В ежегодный отчет о результатах мониторингования включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, предложения по актуализации Клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Отчет представляется в группу разработчиков данных клинических рекомендаций.

Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати

Приложение №1

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Гингивит»

ПЕРЕЧЕНЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ, ИНСТРУМЕНТОВ И ОБОРУДОВАНИЯ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ РАБОТЫ ВРАЧА

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ АССОРТИМЕНТ

- установка стоматологическая
- лоток универсальный стоматологический для смотрового набора
- стекла стоматологические для замешивания
- блоки бумажные для замешивания
- зонд-эксплорер двусторонний
- зонд для фуркаций – зонд Набера
- зонд пародонтологический
- скейлер серповидный (с прямым лезвием; с изогнутым лезвием)
- скейлер мотыгообразные
- кюреты универсальные
- кюреты зоноспецифические - кюреты Грейси:
 - а - Грейси 1/2 – для вестибулярных и оральных поверхностей фронтальных зубов;
 - б - Грейси 3/4 – для вестибулярных и оральных поверхностей фронтальных зубов;
 - в - Грейси 5/6 – для вестибулярных и оральных поверхностей фронтальных зубов и премоляров;
 - г - Грейси 7/8 – для вестибулярных и оральных поверхностей моляров и премоляров;
 - д - Грейси 9/10 – для вестибулярных и оральных поверхностей моляров и труднодоступных участков поверхности корня;
 - е - Грейси 11/12 – для мезиальных поверхностей моляров и премоляров;

ж - Грейси 13/14 – для дистальных поверхностей моляров и премоляров;

з - Грейси 15/16 – для мезиальных поверхностей моляров;

и - Грейси 17/18 – для дистальных поверхностей моляров.

- кюреты Грейси Turgeon
- кюреты Грейси After Five
- кюреты Грейси Mini Five
- кюреты Грейси Mini-Micro
- кюреты Vision
- кюреты фуркационные
- кюреты Лангера
- кюреты алмазные Diamond Tec
- имплакер
- аппарат ультразвуковой пьезоэлектрического типа
- насадки различные по форме и размеру для звуковых и ультразвуковых приборов
- скальпель (различные по форме и дизайну ручки скальпеля)
- лезвие для скальпеля
- распатор
- микрораспатор
- кюреты хирургические
 - а - Кюрета PR1/2 Prichard;
 - б - Кюрета KRA-1 Kramer медиальная;
 - в - Кюрета KRA-2 Kramer дистальная;
 - г - Кюрета 3/4 Kramer-Nevins;
 - д - Кюрета 4K/5K Kirkland
- ножницы
- микро-ножницы
- нож пародонтологический
- пинцет
- пинцет атравматичный
- микро-пинцет
- щипцы для маркировки пародонтального кармана
- ретрактор
- бумага артикуляционная
- наконечник турбинный
- наконечник прямой
- наконечник угловой
- боры для наконечника турбинного
- боры для наконечника прямого
- боры для наконечника углового
- головки резиновые полировочные
- щеточки полировочные
- штрипсы металлические разной степени зернистости
- штрипсы пластиковые
- перчатки одноразовые
- маска одноразовые
- слюноотсос одноразовый
- стакан одноразовый
- очки защитные
- экран защитный
- шприцы одноразовые
- шприц карпульный
- анестетики для карпульного шприца
- иглы для карпульного шприца
- материал для повязок и временных пломб
- антисептики для медикаментозной обработки полости рта или

- пародонтальных карманов
- паста абразивная, не содержащая фтор для очищения поверхности зуба
 - паста для полирования пломб и зубов
 - средства для обучения пациента индивидуальной гигиене рта (зубные щетки, пасты, зубные нити, интердентальные ершики)
 - таблетки для окрашивания зубов при гигиенических мероприятиях
 - фартук для пациента

Дополнительный ассортимент:

- дискодержатель для углового наконечника для полировочных дисков
- нити ретракционные
- головки карборундовые для прямого наконечника
- головки алмазные для прямого наконечника
- диски алмазные
- очки для работы с гелио-лампой
- шкала цветовая
- цемент стеклоиономерный
- материалы композитные химического отверждения
- материалы композитные светового отверждения
- системы адгезивные для светоотверждаемых композитов
- системы адгезивные системы для композитов светового отверждения
- гель протравочный на основе 35-38% ортофосфорной кислоты
- лампа для фотополимеризации композита
- аппарат для электроодонтодиагностики
- аппарат для диагностики кариеса
- клинья межзубные деревянные
- клинья межзубные прозрачные
- матрицедержатель
- система матричная фиксирующая
- инструменты для создания контактных пунктов на молярах и премолярах
- пистолет-аппликатор для капсульных композитных материалов
- аппликаторы
- штифты анкерные
- развертки к анкерным штифтам
- микроmotor
- диски карборундовые
- ложки стандартные слепочные (оттискные)
- масса альгинатная слепочная (оттискная)
- проволока кламмерная
- полиры для прямого наконечника
- гипс простой
- шпатель для замешивания альгинатных слепочных (оттискных) материалов и гипса
- чашка резиновая
- цинкфосфатный цемент для постоянной фиксации несъемных конструкций
- цемент для временной фиксации несъемных конструкций
- коронкосбиватель
- 2% раствор метиленового синего
- валики стандартные ватные
- бокс для стандартных ватных валиков
- типсы для изоляции протоков околоушных слюнных желез

- элеваторы различные по форме и размеру
- ложка кюретажная
- фреза зуботехническая
- пластмасса самотвердеющая
- аппарат звуковой
- аппарат ультразвуковой магнитостриктивного типа
- аппараты порошкоструйные (воздушно-абразивные системы)
 - а - отдельным блоком;
 - б - в виде специального наконечника, который подключается к стоматологической установке;
 - в - в виде аппарата, сочетающего в себе пескоструйный и ультразвуковой методы.
- порошок для порошкоструйных аппаратов

Приложение №2

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Гингивит»

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДБОРУ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ РТА ПАЦИЕНТАМ С ГИНГИВИТОМ

ФОРМЫ ГИНГИВИТА	РЕКОМЕНДУЕМЫЕ СРЕДСТВА ГИГИЕНЫ РТА
Острый гингивит	Зубная щетка с мягкой щетиной; лечебно-профилактические зубные пасты и не содержащие спирта ополаскиватели с антисептиками. При необходимости длительного ежедневного использования рекомендуются ополаскиватели с фиксированной комбинацией эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат)
Хронический гингивит	
Простой маргингальный	Зубная щетка с мягкой щетиной; лечебно-профилактические зубные пасты и не содержащие спирта ополаскиватели с экстрактами лекарственных растений или содержащими фиксированную комбинацию эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат), антиоксидантами, антисептиками (курсовое применение – до 14 дней); зубные нити; ирригаторы (в режиме «душа»); бальзамы и тоники для десен
Гиперпластический	Зубная щетка с мягкой или очень мягкой щетиной; лечебно-профилактические зубные пасты и спиртосодержащие ополаскиватели с экстрактами лекарственных растений или содержащими фиксированную комбинацию эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат); зубные эликсиры (по 30-50 капель на стакан воды); ирригаторы (в режиме слабого «душа»); бальзамы и тоники для десен. Не рекомендуется использовать: зубные нити, суперфлоссы, зубные ершики, электрические зубные щетки, жевательные резинки
Язвенный	Зубная щетка с мягкой или очень мягкой щетиной; зубные пасты и не содержащие спирта ополаскиватели с экстрактами лекарственных растений или содержащими фиксированную комбинацию эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат), препаратами хлорофила

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Гингивит»

Контролируемая чистка зубов

С целью выработки у пациента навыков ухода за ртом (чистки зубов) и максимально эффективного удаления мягкого зубного налета с поверхностей зубов обучают пациента приемам гигиены рта. Технику чистки зубов демонстрируют на моделях. Индивидуально подбирают средства гигиены рта. Обучение навыкам гигиены рта способствует предупреждению развития воспалительных заболеваний пародонта (уровень убедительности доказательств В).

Контролируемая чистка зубов - чистка зубов, которую пациент осуществляет самостоятельно в присутствии специалиста (врача-стоматолога, гигиениста стоматологического) в стоматологическом кабинете или комнате гигиены рта, при наличии необходимых средств гигиены и наглядных пособий. Цель данного мероприятия - коррекция недостатков техники чистки зубов. Контролируемая чистка зубов позволяет добиться эффективного поддержания уровня гигиены рта (уровень убедительности доказательств В).

Профессиональная гигиена рта включает удаление с поверхности зуба мягких и твердых зубных отложений и позволяет предотвратить развитие воспалительных заболеваний пародонта (уровень убедительности доказательств А).

Алгоритм обучения гигиене рта

Врач-стоматолог или гигиенист стоматологический определяет гигиенический индекс, затем демонстрирует пациенту технику чистки зубов зубной щеткой, межзубными ершиками и зубными нитями, используя модели зубных рядов, или другие демонстрационные средства.

Существуют разные методы чистки зубов, основанные на круговых, вибрирующих, горизонтальных и вертикальных движениях. Однако важна не сама техника, а эффективность очищения, последовательность процедуры и отсутствие вредного воздействия.

Чистку зубов начинают с участка в области верхних правых жевательных зубов, последовательно переходя от сегмента к сегменту. В таком же порядке проводят чистку зубов на нижней челюсти.

Обратить внимание на то, что рабочую часть зубной щетки следует располагать под углом 45° к зубу, производить очищающие движения от десны к зубу, одновременно удаляя налет с зубов и десен. Жевательные поверхности зубов очищать горизонтальными (возвратно-поступательными) движениями так, чтобы волокна щетки проникали глубоко в фиссуры и межзубные промежутки. Вестибулярную поверхность фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей очищать такими же движениями, как моляры и премоляры. При чистке оральной поверхности ручку щетки располагать перпендикулярно к окклюзионной плоскости зубов, при этом волокна должны находиться под острым углом к зубам и захватывать не только зубы, но и десну.

Завершают чистку круговыми движениями зубной щетки при сомкнутых челюстях, осуществляя массаж десен.

Для качественной чистки контактных поверхностей зубов необходимо использовать межзубные ершики и зубные нити.

Индивидуальный подбор средств гигиены рта осуществляется с учетом стоматологического статуса пациента (состояния твердых тканей зубов и тканей пародонта, наличия зубочелюстных аномалий, съемных и несъемных ортодонтических и ортопедических конструкций) (Приложение 2).

С целью закрепления полученных навыков проводят контроль индивидуальной гигиены рта (контролируемая чистка зубов).

Алгоритм контролируемой чистки зубов

Контролируемая чистка зубов - это чистка зубов, которую пациент осуществляет самостоятельно в присутствии врача-стоматолога.

Первое посещение

— Обработка зубов пациента окрашивающим средством, определение гигиенического индекса, демонстрация пациенту с помощью зеркала мест наибольшего скопления зубного налета.

— Чистка зубов пациентом в его обычной манере.

— Повторное определение гигиенического индекса, оценка эффективности чистки зубов (сравнение показателей индекса гигиены до и после чистки зубов), демонстрация пациенту с помощью зеркала окрашенных участков, где зубной налет не был удален при чистке.

— Демонстрация правильной техники чистки зубов на моделях, рекомендации пациенту по коррекции недостатков гигиенического ухода за ртом, использованию зубных нитей и дополнительных средств гигиены (специальных зубных щеток, зубных ершиков, монопучковых щеток, ирригаторов — по показаниям).

Следующее посещение

Определение гигиенического индекса, при неудовлетворительном уровне гигиены рта — повторение процедуры. Пациента информируют о необходимости являться на профилактический осмотр к врачу при возникновении кровоточивости десен, но не реже 1 раза в год.

Алгоритм профессиональной гигиены рта и зубов

Этапы профессиональной гигиены:

- обучение пациента индивидуальной гигиене рта;
- контролируемая чистка зубов
- удаление зубных отложений;
- полирование поверхностей зубов;
- устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета;
- аппликации реминерализующих и фторсодержащих средств;
- мотивация пациента к профилактике и лечению стоматологических заболеваний.

При удалении зубных отложений (зубной камень, мягкий зубной налет) следует соблюдать ряд условий:

- провести обработку рта раствором антисептика;
- при выраженной гиперестезии зубов и отсутствии общих противопоказаний удаление зубных отложений нужно проводить под местным обезболиванием;

Для удаления налета и полирования поверхностей зубов используют резиновые колпачки, для жевательных поверхностей — вращающиеся щеточки, для контактных поверхностей — вращающиеся ершики, резиновые конусы, суперфлоссы, флоссы и абразивные штрипсы. Полировочную пасту следует использовать, начиная с крупнодисперсной и заканчивая мелкодисперсной. При обработке поверхностей имплантатов следует использовать мелкодисперсные полировочные пасты и резиновые колпачки

Необходимо устранить факторы, способствующие скоплению зубного налета: удалить нависающие края пломб, провести повторное полирование пломб.

Периодичность проведения профессиональной гигиены полости рта и зубов зависит от стоматологического статуса пациента (гигиенического состояния полости рта, интенсивности кариеса зубов, состояния тканей пародонта, наличия несъемной ортодонтической аппаратуры и стоматологических имплантатов). Минимальная периодичность проведения профессиональной гигиены — 2 раза в год.

Приложение №4

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Гингивит»

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба

Одной из возможных причин возникновения локализованного гингивита является некачественное стоматологическое лечение, а именно нависающие края пломб, широкие и/или длинные края искусственных коронок, которые оказывают постоянное травмирующее воздействие на край десны.

При необходимости заменить имеющуюся пломбу проводят анестезию (по показаниям) после чего турбинными борами удаляют пломбу. Далее проводят восстановление анатомической формы коронковой части зуба.

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба может проводиться пломбированием и/или протезированием (изготовление вкладки, изготовление искусственной коронки, изготовление штифтовой конструкции). Для выбора метода восстановления анатомической формы коронковой части зуба необходимо оценить степень разрушения коронковой части зуба. Используют индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) по В.Ю. Миликевичу.

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба пломбированием

При показателях ИРОПЗ 0,2 – 0,4 применяется метод пломбирования. Постоянное пломбирование проводят в одно посещение.

Показаниями к протезированию является убыль твердых тканей коронковой части зуба после препарирования: для группы жевательных зубов при ИРОПЗ > 0,4 показано изготовление вкладок из металлов, из керамики или из композитных материалов. При ИРОПЗ > 0,6 показано изготовление искусственных коронок, при ИРОПЗ > 0,8 показано применение штифтовых конструкций с последующим изготовлением коронок,

Характеристики алгоритмов и особенностей пломбирования

После определения ИРОПЗ (0,2 – 0,4) приступают к восстановлению анатомической формы зуба пломбированием. Проводят формирование полости, соблюдая общие требования, а именно:

- при необходимости - местное обезболивание;
- возможно полное сохранение интактных тканей зуба;
- иссечение эмали, лишенной подлежащего дентина (по показаниям);
- формирование полости;
- финирирование краев эмали сформированной полости.

Обращать внимание на обработку краев сформированной полости для создания

качественного краевого прилегания пломбы и предотвращения сколов эмали и пломбировочного материала.

При пломбировании композитными материалами допускается щадящее препарирование полостей (уровень убедительности доказательств В).

Проверяют качество удаления пораженных тканей с помощью зонда и детектора кариеса. При пломбировании полостей класса II следует использовать матричные системы, матрицы, межзубные клинья. При обширных разрушениях коронковой части зуба необходимо использовать матрицедержатель. Правильно сформированная пломба на контактной поверхности должна иметь форму, близкую к сферической. Зона контакта между зубами должна располагаться в области экватора и чуть выше — как в интактных зубах. Не следует моделировать контактный пункт на уровне краевых гребней зубов: в этом случае помимо застревания пищи в межзубном промежутке возможны сколы материала, из которого выполнена пломба. Как правило, эта погрешность связана с использованием плоской матрицы, не имеющей выпуклого контура в области экватора.

Формирование контактного ската краевого гребня осуществляется с помощью абразивных полосок (штрипсов) или дисков. Наличие ската краевого гребня предотвращает сколы материала в этой области и застревание пищи.

Следует обращать внимание на формирование плотного контакта между пломбой и соседним зубом, обеспечение оптимального прилегания материала к десневой стенке, предотвращение избыточного введения материала в область десневой стенки полости (избегая создания «нависающего края»).

При препарировании полости класса III предпочтительны язычный и небный доступы, так как это позволяет сохранить вестибулярную поверхность эмали и обеспечить более высокий функциональный эстетический уровень восстановления зуба. При препарировании контактную стенку полости иссекают эмалевым ножом или бором, предварительно защитив интактный соседний зуб металлической матрицей. Формируют полость, удаляя эмаль, лишенную подлежащего дентина, обрабатывают края финишными борами. Допускается сохранение вестибулярной эмали, лишенной подлежащего дентина, если она не имеет трещин и признаков деминерализации.

Особенностями препарирования полости класса IV являются создание скоса, формирование в некоторых случаях дополнительной площадки на язычной или небной поверхности. При препарировании предпочтительно создание ретенционной формы, так как адгезии композитных материалов часто бывает недостаточно.

При пломбировании обращать внимание на правильное формирование контактного пункта.

При пломбировании композитными материалами восстановление режущего края должно проводиться в два этапа:

- формирование язычного и небного фрагментов режущего края. Первое отсвечивание проводится через эмаль или ранее наложенный композит с вестибулярной стороны;
- формирование вестибулярного фрагмента режущего края; отсвечивание проводится через отвержденный язычный или небный фрагмент.

Для дополнительной ретенции пломбировочных материалов применяют анкерные штифты. Анкерные штифты – это стандартные конструкционные элементы, условно состоящие из двух частей – корневой и коронковой. Анкерные штифты бывают из стали, благородных сплавов, титана, стекловолокна, углерода. При установке анкерных штифтов особое внимание уделяется по возможности более плотному прилеганию выступающей, широкой части штифта к устью корневого канала. Необходимо учитывать, что винтовые нарезки на некоторых штифтах предназначаются только для дополнительной ретенции, а не для завинчивания штифта в канал, - это может привести к расколу корня зуба. При необходимости штифт можно подогнать по длине корня зуба, укоротив (подточив) его корневую часть. Рекомендуется, чтобы длина корневой части анкерного штифта составляла 2/3, минимум 1/2 длины корня зуба. Анкерный штифт фиксируется в корневом канале на цемент. С помощью анкерных штифтов можно восстанавливать как однокорневые, так и многокорневые зубы.

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба временными конструкциями

Пациентам у которых причиной развития гингивита явились некачественно изготовленные ортопедические конструкции перед началом лечения необходимо их заменить на временные коронки. Перед снятием имеющийся ортопедической конструкции проводят анестезию (по показаниям) после этого колесовидными борами для прямого наконечника (при снятии штампованных коронок) или специальными турбинными борами распиливают искусственную коронку от ее края с вестибулярной стороны до режущего края или окклюзионной поверхности. С обязательным водяным охлаждением. При необходимости (для минимизации риска отлома коронковой части зуба) распиливают и с окклюзионной и с небной/язычной поверхности. При проведении данной манипуляции следует обращать особое внимание на избежание повреждение культи зуба и травмирования краевого пародонта. Далее при помощи коронкоснимателя или специальных инструментов аккуратно снимают ортопедическую конструкцию с зубов и извлекают изо рта.

В это же посещение, необходимо припасовать и зафиксировать на временный цемент временную каппу.

Изготовление временной каппы прямым методом.

Проводится в одно посещение.

До снятия ортопедической конструкции получают оттиски. Используют силиконовые или альгинатные оттискные массы и стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложки перед получением оттиска окантовать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала или использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. После выведения оттискных ложек изо рта проводят контроль качества оттисков. Далее удаляют несъемные конструкции подлежащие замене и обрабатывают культю зуба, заполняют полученный ранее оттиск самотвердеющей пластмассой и накладывают на зубной ряд. После полимеризации извлекают оттиск с полученной каппой, проводят припасовку временной конструкции. Следует обращать особое внимание на краевое прилегание, апроксимальные контакты и окклюзионные контакты с зубами антагонистами. При необходимости проводят коррекцию. Далее проводят полировку временной каппы, ее фиксацию на временный цемент тщательно удаляя его остатки из межзубных промежутков. Пациента инструктируют по поводу правил пользования временной каппой.

Изготовление временной каппы непрямым методом.

Проводится в два посещения.

Первое посещение. До удаления ортопедической конструкции получают оттиски с обеих челюстей. Используют силиконовые или альгинатные оттискные массы и стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложки перед получением оттиска окантовать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала или использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. После выведения оттискных ложек изо рта проводят контроль качества оттисков. Оттиск передается в зуботехническую лабораторию, где производится изготовление временных конструкций.

Следующее посещение. После удаления несъемных конструкций подлежащих замене и обработки культи зуба проводят припасовку временной каппы. Следует обращать особое внимание на краевое прилегание, апроксимальные контакты и окклюзионные контакты с зубами антагонистами. При необходимости проводится коррекция. Далее проводят полировку временной каппы, ее фиксацию на временный цемент тщательно удаляя остатки из межзубных промежутков. Пациента инструктируют по поводу правил пользования временной каппой.

Изготовление временных коронок с использованием стандартных композитных коронок.

Проводится в одно посещение.

После удаления несъемных конструкций подлежащих замене и обработки культи зуба производят подбор стандартной композитной коронки с учетом

функционально ориентированной группы зуба, ее перебазировку самотвердеющей пластмассой. Следует обращать особое внимание на краевое прилегание, апроксимальные контакты и окклюзионные контакты с зубами антагонистами. При необходимости проводится коррекция. Далее проводят полировку временной коронки, ее фиксацию на временный цемент тщательно удаляя его остатки из межзубных промежутков. Пациента инструктируют по поводу правил пользования временной коронкой.

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Гингивит»

Избирательное шлифовывание твердых тканей зубов

Показаниями к проведению избирательного шлифовывания твердых тканей зубов являются:

- Наличие супраконтактов зубов-антагонистов в центральной, передней, боковых окклюзиях.
- Выраженная подвижность отдельных зубов.
- Обнажение шеек и корней зубов.
- Отсутствие или неравномерная стираемость твердых тканей зубов.
- Наличие костной резорбции.
- Воспалительные заболевания тканей пародонта.
- Дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.
- Гипертонус жевательной мускулатуры.
- Деформации окклюзионных поверхностей в результате нецелесообразного пломбирования или протезирования.

Противопоказания:

Абсолютных противопоказаний нет.

Алгоритм избирательного шлифовывания твердых тканей зубов по Дженкельсону

Рекомендуется проводить избирательное шлифовывание в 4-6 посещений с интервалами 7-10 дней.

Первое посещение.

Выявляют и маркируют супраконтакты III класса в положении дистальной окклюзии (максимальная ретрузия нижней челюсти). С этой целью пациента просят несколько раз сомкнуть и разомкнуть челюсти для снятия напряжения жевательной мускулатуры, на завершающем этапе осуществляют фиксацию нижней челюсти в дистальном положении (придерживая подбородок) до полного смыкания челюстей. При этом восковую пластину с артикуляционной бумагой помещают на верхний зубной ряд, предварительно высушив зубы струей воздуха. После смыкания зубов супраконтакты обнаруживаются в виде окрашивания на щёчных скатах нёбных бугров моляров и премоляров. При правильной адекватной окклюзии окрасятся только верхушки бугров.

Коррекцию супраконтактов III класса осуществляют с помощью пламевидного алмазного бора. Бор вводят в фиссуры жевательной поверхности зуба медиальнее и дистальнее отмеченного супраконтакта, который лёгкими движениями бора редуцируют, при этом контуры нёбного бугра заостряются. Коррекцию осуществляют несколько раз с повторными накусываниями восковой пластинки до полной ликвидации преждевременного контакта. Если верхние жевательные зубы покрыты коронками, то коррекцию супраконтактов производят на язычной поверхности щёчных бугров нижних моляров и премоляров.

Второе посещение.

Проверка и коррекция супраконтактов III класса. Затем восковую пластинку вместе с артикуляционной бумагой переносят на нижний зубной ряд, выявляют супраконтакты I класса. Устранение последних осуществляют посредством придания уплощённым

вестибулярным поверхностям нижних моляров и премоляров сфероидальной формы. В результате экватор коронки зуба становится более выраженным, а его периметр в щёчно-язычном направлении становится больше периметра жевательной поверхности коронки. Этот этап устраняет травматическое влияние пищевого комка на состояние маргинальной десны.

Коррекция супраконтактов I класса начинается с углубления фиссуры на вестибулярной поверхности моляров с помощью колесовидного алмазного бора. Затем пламевидный бор помещают на 2–3 мм ниже супраконтакта под углом 45° к поверхности коронки в области экватора и лёгкими сглаживающими движениями продвигаются от фиссуры медиально и дистально в направлении верхушек бугров.

Коррекция нижних резцов и клыков начинается с выравнивания окклюзионной кривой, т.е. укорочения выдвинувшихся участков коронок зубов. Устранение супраконтактов во фронтальной группе зубов осуществляется путём сглаживания в медиодистальном направлении с учётом выпуклой формы зуба по направлению к режущему краю.

Пришлифовывание следует продолжать до тех пор, пока на контрольных окклюдодиграмах не будет определяться истончение восковой пластинки (бумаги, фольги) только на вершинах бугорков премоляров и моляров и по режущему краю передних зубов нижней челюсти.

Третье посещение

Проверка и коррекция супраконтактов I класса, после чего восковую пластинку с артикуляционной бумагой переносят на верхний зубной ряд для выявления супраконтактов II класса. Манипуляцию проводят сглаживающими движениями пламевидного и шаровидного алмазного боров, расположенными под углом 45° к экватору коронки, в направлении от последнего к верхушкам нёбных бугров.

Пришлифовывание продолжают до тех пор, пока на контрольных окклюдодиграмах не будут оставлять свои отпечатки только вершины нёбных бугров моляров и премоляров верхней челюсти.

Четвёртое посещение

Проверка и коррекция супраконтактов II класса. Диагностика и устранение супраконтактов III класса в центральной окклюзии проводятся точно так же, как в первое посещение. При необходимости значительного сошлифовывания препарируют соответствующие участки антагонистов, т.е. оральные скаты щёчных бугорков нижних моляров и премоляров, которые называются супраконтактами IIIа класса.

Следует отметить, что после выполнения каждого этапа проводят полирование и реминерализацию зубов посредством фторсодержащих препаратов.

Пятое посещение

Осуществляют проверку и регистрацию трёх классов супреконтатов в дистальной и

центральной окклюзиях посредством окклюдодиаграмм. Сравнивают восковые контрольные оттиски с первичными до шлифования. В это посещение проводят сглаживание и полирование шероховатых поверхностей, появившихся в результате проведенного шлифования, посредством специальных наборов, состоящих из щеточек, керамических боров, резиновых чашечек, колпачков и фторсодержащих полировочных паст.

При устранении преждевременных контактов I и II классов достигают исключения горизонтальной перегрузки зубов и парافункциональных боковых смещений нижней челюсти. Шлифованием супраконтактов III класса предотвращают сагиттальный сдвиг нижней челюсти.

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Гингивит»

Алгоритмы определения индексов.

Индекс гигиены Грин – Вермиллиона.

Представляет собой двойной индекс, т.е. состоящий из двух компонент.

Первая компонента-это индекс зубного налета (**DI-S**)

Вторая компонента-это индекс зубного камня(**CI-S**)

Алгоритм определения индекса: Исследования проводят на вестибулярной поверхности зубов 16 11 26 31 и язычной поверхности зубов 36 и 46 с помощью стоматологического зонда и применения красителей.(Флуоресцин натрия, эритрозин, синий цвет, флоксин В)

Критерии оценки **DI-S**:

0-нет налета

1-налет покрывает не более 1\3 поверхности зуба

2-налет покрывает от 1\3 до 2\3 поверхности зуба

3-налет покрывает более 2\3 поверхности зуба

Формула:

DI-S=сумма баллов/6

Критерии оценки **CI-S**:

0-нет камня

1-наддесневой камень покрывает менее 1\3 поверхности зуба

2-наддесневой камень покрывает от 1\3 до 2\3 поверхности зуба или имеются отдельные частицы поддесневого камня

3-наддесневой камень покрывает более 2\3 поверхности зуба

Формула:

CI-S=сумма баллов/6

OHI-S=DI-S+CI-S

Критерии оценки:

0,0-0,6 низкий(гигиена хорошая)

0,7-1,6 средний(гигиена удовлетворительная)

1,7-2,5 высокий(гигиена неудовлетворительная)

2,6-6,0 очень высокий(гигиена плохая)

Индекс гигиены Силнесс-Лое.

Определяет уровень гигиены.

Определяют толщину зубного налета в придесневой области зуба и у детей, и у взрослых.

Алгоритм определения индекса:

1. Окрашивать зубной налет не требуется. После высушивания зуба воздухом для выявления зубного налета используют стоматологическое зеркало и зонд.

2. Для определения индекса можно осмотреть все зубы или только 6 индексных зубов: **16; 21; 24; 36; 44; 41.**

3. В области каждого зуба осматривают 4 участка:

-дистально- вестибулярный

-вестибулярный

-медиально- вестибулярный

-язычный

Коды и критерии:

0-совершенно нет налета.

1- небольшое количество налета, выявляется только зондом

Применение: несмотря на то, что в исходной трактовке индекса окрашивающий раствор

не применяли, его можно использовать, особенно для выявления данного кода.

2- умеренный слой зубного налета в десневой области, видимый невооруженным глазом

3- обильный налет, заполняющий нишу, образованную десневым краем и поверхностью зуба, а также межзубной промежутком

4- интенсивное отложение зубного налета в области десневого кармана и/ или на десневом крае и прилегающей поверхности зуба.

ФОРМУЛА=(сумма баллов)/(число обследованных поверхностей «4»)- значение для одного зуба.

Формула=(сумма балла всех зубов)/(на количество исследованных зубов) Значение для всех зубов.

Индекс кровоточивости Мюллемана (в модификации Коуэла).

Используют для определения воспаления в тканях пародонта. Метод показателен при гингивите, и при пародонтите.

Алгоритм определения индекса : в области «зубов Рамфьерда»,(16,21,24,36,41,44) с щечной и язычной (небной) сторон кончик пародонтального зонда без давления прижимают к стенке бороздки и медленно ведут от медиальной к дистальной стороне зуба.

Оценочная шкала:

0- если после этого кровоточивость отсутствует;

1-если кровоточивость появляется не раньше, чем через 30с;

2-если кровоточивость возникает или сразу после проведения кончиком зонда по стенке бороздки, или в пределах 30с.

3-если кровоточивость пациент отмечает при приеме пищи или чистке зубов.

Значение индекса= сумма показателей всех зубов /число зубов.

Шкала Миллера в модификации Флезара для оценки подвижности зубов.

0- устойчивый зуб, имеется только физиологическая подвижность

1- смещение зуба относительно вертикальной оси несколько больше, но не превышает 1 мм

2- зуб смещается на 1-2 мм в щечно- язычном направлении, функция не нарушена.

3- подвижность резко выражена, при этом зуб движется не только в щечно- язычном направлении, но и по вертикали, функция его нарушена.

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Гингивит»

Алгоритм проведения гингивэктомии

Гингивэктомия — иссечение десны в целях ликвидации «ложного» или пародонтального кармана и улучшения условий для последующей гигиены полости рта. Ее проводят при гиперпластическом гингивите, при наличии пародонтальных карманов глубиной более 4 мм при горизонтальной резорбции альвеолярной кости в области жевательной группы зубов.

Алгоритм проведения гингивэктомии.

После медикаментозной обработки полости рта проводят определение уровня дна «ложного» кармана. Затем под инфильтрационной анестезией осуществляют непрерывный косой разрез ножом для гингивэктомии. Далее проводят иссечение гипертрофированной десны и удаление иссеченного фрагмента десны. С помощью соответствующего инструментария очищают и полируют поверхности корней зубов и накладывают пародонтальную повязку.

Послеоперационный уход

- в течение недели ограничить чистку зубов щеткой в области наложения пародонтальной повязки. Если пародонтальная повязка не используется, рекомендуется щадящая чистка зубов мягкой зубной щеткой в области проведения хирургической процедуры
- ротовые ванночки с антисептическим раствором 2 раза в день по 3-5 минут
- медикаментозное лечение: после удаления повязки местное применение кератопластических препаратов; назначение противовоспалительной терапии не требуется

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Гингивит»

ФОРМА ДОБРОВОЛЬНОГО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ
 ВЫПОЛНЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ)
 ПРИЛОЖЕНИЕ К МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЕ № _____

Пациент

 ФИО

получая разъяснения по поводу диагноза гингивит, получил информацию:

об _____ особенностях _____ течения _____ заболевания

вероятной _____ длительности
 лечения _____

о _____ вероятном
 прогнозе _____

Пациенту _____ предложен _____ план _____ обследования _____ и _____ лечения,

включающий _____
 Пациенту _____
 предложено _____

из _____ материалов

Примерная _____ стоимость _____ лечения _____ составляет
 около _____

Пациенту известен прейскурант, принятый в клинике.

Таким образом, пациент получил разъяснения о цели лечения и информацию о
 планируемых методах
 диагностики и лечения.

Пациент извещен о необходимости подготовки к лечению:

 Пациент извещен о необходимости в ходе лечения

получил указания и рекомендации по уходу за ртом.

Пациент извещен, что несоблюдение им рекомендаций врача может отрицательно
 сказаться на состоянии здоровья.

Пациент получил информацию о типичных осложнениях, связанных с данным
 заболеванием, с необходимыми диагностическими процедурами и с лечением.

Пациент извещен о вероятном течении заболевания и его осложнениях при отказе от
 лечения. Пациент имел возможность задать любые интересующие его вопросы касательно
 состояния его здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные
 ответы.

Пациент получил информацию об альтернативных методах лечения, а также об их

примерной стоимости.

Беседу провел врач _____ (подпись врача).

«___» _____ 20__ г.

Пациент согласился с предложенным планом лечения, в чем

расписался

собственноручно _____

_____ (подпись пациента)

или

расписался его законный

представитель _____

_____ (подпись законного представителя)

или

что удостоверяют присутствовавшие при

беседе _____

_____ (подпись врача)

_____ (подпись свидетеля)

Пациент не согласился с планом лечения

(отказался от предложенного вида протеза), в чем расписался собственноручно.

_____ (подпись пациента)

или расписался его законный

представитель _____

_____ (подпись законного представителя)

или

что удостоверяют присутствовавшие при

беседе _____

_____ (подпись врача)

_____ (подпись свидетеля)

Пациент изъявил желание:

— дополнительно к предложенному лечению пройти обследование

— получить дополнительную медицинскую услугу

Пациент получил информацию об указанном методе обследования/лечения.

Поскольку данный метод обследования/лечения также показан пациенту, он внесен в план лечения.

«___» _____ 20__ г.

_____ (подпись пациента)

_____ (подпись врача)

Поскольку данный метод обследования/лечения не показан пациенту, он не внесен в план лечения.

«___» _____ 20__ г.

_____ (подпись пациента)

_____ (подпись врача)

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Гингивит»

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

1. Зубы необходимо чистить мягкой зубной щеткой с пастой два раза в день. После еды следует полоскать рот для удаления остатков пищи.
2. Для чистки межзубных промежутков использовать межзубные ершики, зубные нити (флоссы).
3. По рекомендации (назначению) лечащего врача-стоматолога применять ирригатор, после обучения правилам его использования.
4. При возникновении кровоточивости при чистке зубов нельзя прекращать гигиенические процедуры. Если кровоточивость не проходит в течение 3-х дней, необходимо обратиться к врачу.
5. Профессиональная гигиена (удаление над- и поддесневых зубных отложений) должна проводиться не реже 1 раза в 6 месяцев у лечащего врача-стоматолога.
6. Если после проведения профессиональной гигиены появилась повышенная чувствительность твердых тканей зубов, использовать специальные зубные пасты для снижения чувствительности зубов и обратиться к своему лечащему врачу-стоматологу.
7. Обязательно посещать плановые осмотры
8. Необходимо полноценное и своевременное восстановление дефектов зубов и зубных рядов
9. Необходимо устранить или нейтрализовать действие профессиональных вредных факторов на пародонт.
10. Оздоровление условий труда, отдыха, питания, здоровый образ жизни.

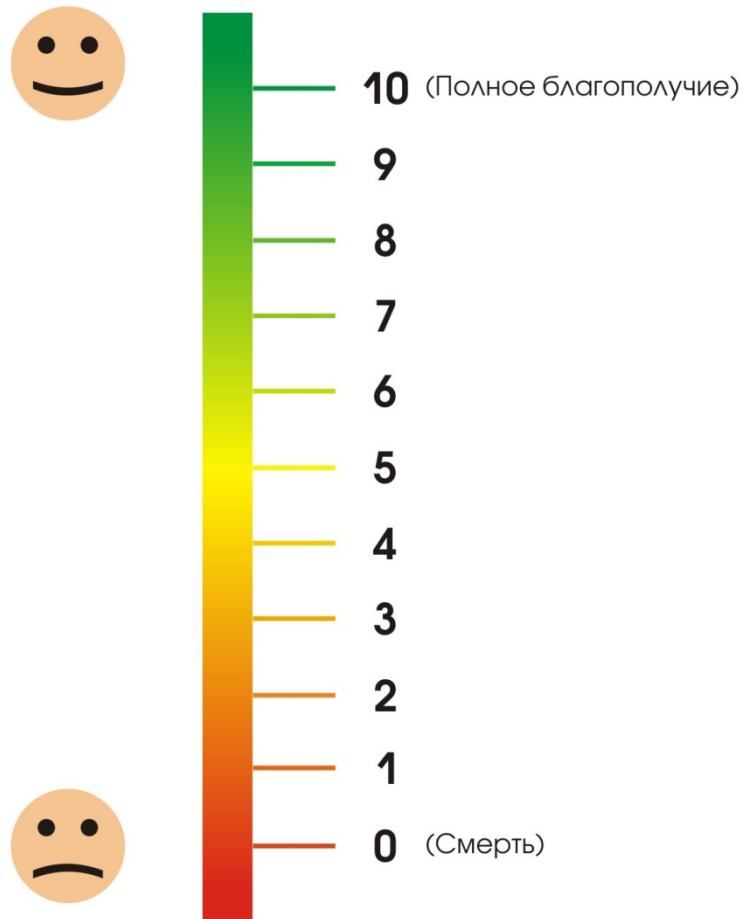
К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Гингивит»

Анкета пациента

ФИО _____ Дата заполнения _____

Как Вы оцениваете Ваше общее самочувствие на сегодняшний день?

Отметьте, пожалуйста, на шкале значение, соответствующее состоянию Вашего здоровья.



К клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Гингивит»

КАРТА ПАЦИЕНТА

История болезни № _____

Наименование учреждения _____

Дата: начало наблюдения _____ окончание наблюдения _____

Ф.И.О. _____ возраст _____

Диагноз основной _____

Сопутствующие заболевания: _____

Модель пациента: _____

Объем оказанной нелекарственной медицинской помощи: _____

Код	Наименование ПМУ	Отметка о выполнении и (кратность)
В процессе диагностики		
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	
A01.07.003	Пальпация органов рта	
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	
A02.07.006	Определение прикуса	
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	
A06.07.004	Ортопантомография	
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	
A06.07.007	Внутриротовая рентгенография в прикус	
A09.0.005	Микроскопическое исследование отделяемого из полости рта на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым средствам	
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	
V01.047.01	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	
V01.005.01	Прием (осмотр, консультация) врача-гематолога первичный	
V01.014.01	Прием(осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	
V01.008.01	Прием(осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	

В процессе лечения		
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	
A13.30.007	Обучение гигиене рта	
A14.07.003	Гигиена рта и зубов	
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	
A16.07.020	Удаление наддесневых зубных отложений	
A16.07.025	Избирательное пришлифовывание твердых тканей зубов	
A16.07.031	Восстановление зуба пломбировочными материалами с использованием анкерных штифтов	
A16.07.049	Повторная фиксация на постоянный цемент несъемных ортопедических конструкций	
A16.07.051	Профессиональная гигиена рта и зубов	
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	

Лекарственная помощь (указать применяемый препарат):

Осложнения лекарственной терапии (указать проявления):

Наименование препарата, их вызвавшего:

Исход (по классификатору исходов):

Информация о пациенте передана в учреждение, мониторирующее Протокол:

(название учреждения)

(дата)

Подпись лица, ответственного за монитирование протокола в медицинском учреждении:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРИ МОНИТОРИРОВАНИИ	Полнота выполнения обязательного перечня немедикаментозной помощи	да нет	ПРИМЕЧАНИЕ
	Выполнение сроков выполнения медицинских услуг	да нет	
	Полнота выполнения обязательного перечня лекарственного ассортимента	да нет	
	Соответствие лечения требованиям протокола по срокам/продолжительности	да нет	
	Комментарии: _____ _____ _____ _____		

	<hr/> <hr/>	
	<hr/> <hr/> (дата)	<hr/> <hr/> (подпись)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

8. Приказ Минздравсоцразвития России №1664н от 27 декабря 2011г. Об утверждении номенклатуры медицинских услуг.
9. Федеральный закон от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).
10. Министерство здравоохранения и социального развития **РФ**:
10.6.6. <http://www.minzdravsoc.ru>
11. Официальный сайт Стоматологической Ассоциации России – e-Stomatology.ru
12. Протокол ведения больных. Кариез зубов. – М: Медицинская книга, 2011 – 76 стр. .
13. Протокол ведения больных. Частичное отсутствие зубов. Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия). - М: Медицинская книга, 2011 – 136 стр.
14. Протокол ведения больных. Болезни периапикальных тканей. - М: Медицинская книга, 2011 – 116 стр.
15. Протокол ведения больных. Болезни пульпы зуба. - М: Медицинская книга, 2011 – 104 стр.
16. Номенклатура работ и услуг в здравоохранении. Утверждена Минздравсоцразвития России 12.07.2004 г. - М., 2004. - 211 с.; рабочий актуализированный вариант 2007. – 198 с.
17. МКБ-10, Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, в 3-х томах - М., 2003.-2440 с.
18. Барер Г.М. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 ч. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Ч.2. – Болезни пародонта. – 224 с.: 236 ил.
19. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология под редакцией. – М., 2003
20. Блохин В.П. Комплексное лечение генерализованного пародонтита: учебное пособие. - СПб. : Издательство СПбМАПО, 2007. — 64 с.
21. Безрукова И.В., Грудянов А.И. Агрессивные формы пародонтита. – М.:МИА. – 126 с.
22. Безрукова А.П. Пародонтология. – М., 1999. – 332 с.
23. Безрукова И.В., Петрухина Н.Б. Озонотерапия в пародонтологической практике. - М.: 000 «Медицинское информационное агентство», 2008. — 88 с.
24. Вольф, Г.Ф., Ратейцхак, Э.М., Ратейцхак. К. Пародонтология. «Медпресс-информ» - М.: - 2008. – 548с.
25. Введенская С. В. «Ультразвуковой метод снятия зубных отложений», Вестник секции СТАР «Гигиенист стоматологический» - Стоматологический колледж выпуск 3 - 2003

26. Ганжа И.Р. Рецессия десны. Диагностика и методы лечения: Учебное пособие для врачей. Самара: ООО ИПК "Содружество", 2007. - 84 с.
27. Горбатова Е.А. Топографические особенности отделов десны. Пародонтология 2003; 4: 19- 20.
28. Григорьян А.С., Рахметова С.Ю., Зырянова Н.В. Микроорганизмы в заболеваниях пародонта: экология, патогенез, диагностика. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 56 с.
29. Григорьян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н.А., Фролова О.А. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение. – М.:МИА, 2004. – 320 с.
30. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н., Лузина В.В., Чергештов Ю.И. Амбулаторные оперативные вмешательства при доброкачественных поражениях лица, органов полости рта и челюстей // Хирургическая стоматология. -М.: Медицина,2007.- С.111-136.
31. Грудянов А.И. Пародонтология. Избранные лекции. – М., 1997. – 32 с.
32. Грудянов А.И., Григорьян А.С., Фролова О.А. Диагностика в пародонтологии. – М., 2004. – 93 с.
33. Грудянов А.И., Овчинникова В.В., Дмитриева Н.А. Антимикробная и противовоспалительная терапия в пародонтологии. – М., 2004. – 79 с.
34. Грудянов А.И., Москалев К.Е. Инструментальная обработка поверхностей корней зубов. – М., 2005. – 67 с.
35. Грудянов А.И., Овчинникова В.В. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта. – М., 2007. – 78 с.
36. Грудянов А.И., Ерохин А.И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. – М., 2006. – 120 с.
37. Герберт Ф.Вольф, Эдит М.Ратейхак, Клаус Ратейцхак; Пародонтология. Цветной атлас. Пер. с нем.; Под ред. Проф. Г.М.Барера. – М.: МЕДпресс – информ, 2008. Стр.276-281
38. Дмитриева Л.А. Терапевтическая стоматология. - М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 896 с.
39. Дмитриева Л.А., Романов А.Е., Царев В.Н. Клинические и микробиологические аспекты применения реставрационных материалов и антисептиков в комплексном лечении заболеваний пародонта. - М: МЕДпресс-информ, 2002. - 96 с.
40. Дмитриева Л.А. Современные аспекты клинической пародонтологии. М.: МЕДпресс, 2001. - 128 с.
41. Дмитриева Л.А. Терапевтическая стоматология. Национальное руководство. - М.:МИА, 2009. – 894 с.
42. Дмитриева Л.А. Пародонтит. - М.:МИА, 2007. – 504 с.

43. Дунызина Т.М., Калинина Н.М., Никифорова И.Д. Современные методы диагностики заболеваний пародонта. – Спб., 2001. – 47 с.
44. Жданов Е.В., Февралева А.Ю. Влияние этиологических факторов развития рецессии десны на выбор тактики и результаты хирургического лечения. Новое в стоматологии. 2005; 5: 46 - 55.
45. Зайцева Е.М. Пародонтит. Современный взгляд на лечение. - СПб.: ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет», Кафедра терапевтической стоматологии, 2007.- 20 с.
46. Иванов В.С. Заболевания пародонта. – М.: МИА, 1998. – 295 с.
47. Коэн Э. Атлас косметической и реконструктивной пародонтологической хирургии. – 2-е изд. – М.:АО «Московские учебники», 2003. – 416 с.
48. Кучумова Е.Д., Стюф Я.В., Шулепова М.К. Инструменты для удаления зубных отложений. Обзор // Пародонтология.— №3(13).— 1999.— С. 27—33.
49. Леонтьев В.К., Малый А.Ю. Концептуальные подходы к разработке протоколов ведения больных в стоматологии // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. - №6. – с.5-10.
50. Литвинов В.В. Повышение эффективности направленной регенерации тканей в комплексном лечении заболеваний пародонта// Автореф. Канд. мед. наук. – М., 2001. – 17с.
51. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология: учебное пособие (8 – е издание). - М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 960 с.
52. Орехова Л.Ю. Заболевания пародонта. Под редакцией / М.: Поли Медиа Пресс, 2004. – 432 с.: илл.
53. Орехова Л.Ю. «Основы профессиональной гигиены полости рта» - методические указания - Спб.: 2004. - 56с
54. Петрова М.Д., Фомичева Е.А., Фомичев А.В. Рецессия тканей пародонта. Современное состояние вопроса. Новое в стоматологии. – 2005; 5: 38-45.
55. Сивовол С.И. Клинические аспекты пародонтологии. М. – 2001. – 166 с.
56. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки рта./Под редакцией проф.О.О.Янушевича – М.:МГМСУ,2008. – 228 с., ил.
57. Терапевтическая стоматология: Учебник / Под ред. Ю.М. Максимовского. — М.: Медицина, 2002.
58. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов / Под ред. Е.В. Боровского. — М.: «Медицинское информационное агентство», 2004.

59. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. Учебное пособие. — «Поли Медиа Пресс», 2001.
60. Цепов Л.М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему. – М., 2006. – 192 с.
61. Цепов Л.М., Николаев А.И., Михеева Е.А. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта. - 3-е изд., испр. и доп. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 272 с.: ил.
62. Цимбалистов А.В., Шторина Г.Б., Михайлова Е.С. Профессиональная гигиена полости рта. — Санкт-Петербургский институт стоматологии, 2002.— С.10—20.
63. Улитовский С.Б. Практическая гигиена полости рта. М., 2002.
64. Улитовский С.Б. Ополаскиватели – широкая поступь по планете. «Институт стоматологии» 2008/4
65. Newman,Takei,Carranza Clinical periodontology 9 ed,2002.