



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

П Р И К А З

31 10 2019

Донецк

№ 1934

Об утверждении унифицированных клинических протоколов
стоматологической терапевтической помощи взрослому населению
«Пародонтит. Острый локализованный пародонтит», «Пародонтит.
Хронический генерализованный пародонтит», «Пародонтоз»

С целью обеспечения единых, современных, научно обоснованных подходов к стандартизации медицинской помощи с позиций доказательной медицины, руководствуясь пунктом 12 части 1 статьи 6, частью 3 статьи 32 Закона Донецкой Народной Республики «О здравоохранении», подпунктами 7.12, 7.14, 7.19 пункта 7, пунктами 11, 13 Положения о Министерстве здравоохранения Донецкой Народной Республики, утвержденного Постановлением Совета Министров Донецкой Народной Республики от 10 января 2015 года № 1-33, а также в соответствии с положениями Приказа Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08 декабря 2015 года № 012.1/628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики», зарегистрированного в Министерстве юстиции Донецкой Народной Республики 23 декабря 2015 года под регистрационным № 848,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить следующие унифицированные клинические протоколы стоматологической терапевтической помощи взрослому населению:

1.1. «Пародонтит. Острый локализованный пародонтит» (прилагается).

1.2. «Пародонтит. Хронический генерализованный пародонтит» (прилагается).

1.3. «Пародонтоз» (прилагается).

2. Руководителям органов и учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики обеспечить:

2.1. Соблюдение унифицированных клинических протоколов стоматологической терапевтической помощи взрослому населению, утвержденных пунктом 1 настоящего Приказа.

2.2. Разработку и внедрение в соответствии с требованиями Приказа Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 27 января 2016 года № 100 «Об утверждении Методики разработки и внедрения локальных протоколов оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики», зарегистрированного в Министерстве юстиции Донецкой Народной Республики 09 февраля 2016 года под регистрационным № 981, локальных протоколов оказания медицинской помощи на основе унифицированных клинических протоколов стоматологической терапевтической помощи взрослому населению, утвержденных пунктом 1 настоящего Приказа.

3. Ответственность за исполнение настоящего Приказа возложить на руководителей органов и учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики.

4. Контроль исполнения настоящего Приказа возложить на директора Департамента организации оказания медицинской помощи Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики Н.Г. Подольскую.

Министр



О.Н. Долгошапко

УТВЕРЖДЕН

Приказом Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики

31.10. № 1934

**УНИФИЦИРОВАННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ**

**«ПАРОДОНТИТ
ОСТРЫЙ ЛОКАЛИЗОВАННЫЙ ПАРОДОНТИТ»**

Перечень сокращений:

МКБ	Международная классификация болезней
МКБ-С	Международная классификация стоматологических болезней
СОПР	Слизистая оболочка полости рта

I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Название унифицированного клинического протокола.

Пародонтит.

Острый локализованный пародонтит.

Код протокола.

1.2. Диагноз. Код(ы) МКБ-10: Острый локализованный пародонтит (K05.2).

1.3. Цель протокола: установление единых требований к порядку диагностики и лечения пациентов с острым пародонтитом; оптимизация стоматологической помощи пациентам с острым пародонтитом; обеспечение достаточных объемов, доступности и качества стоматологической помощи, оказываемой пациенту в учреждении здравоохранения.

1.4. Протокол предназначен для применения в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики. Разработан для врачей-стоматологов, врачей-стоматологов-терапевтов, врачей-стоматологов-хирургов, врачей-стоматологов-ортопедов учреждений здравоохранения всех уровней и организационно-правовых форм, оказывающих медицинскую стоматологическую помощь взрослому населению, включая специализированные отделения и кабинеты любых форм собственности.

1.5. Дата разработки протокола: май 2018 год.

1.6. Дата следующего пересмотра: через 3 года после его опубликования или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

1.7. Список разработчиков протокола:

Состав рабочей группы

№ п\п	Фамилия, имя, отчество	Должность
1.	Крапивин Сергей Степанович	Доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук
2.	Колосова Оксана Викторовна	Доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук
3.	Мороз Анна Борисовна	Доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук
4.	Строяковская Ольга Николаевна	Кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии ФИПО ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
5.	Педорец Александр Петрович	Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
6.	БениаминоваИрина Марковна	Главный врач КУ «ГСП № 5 г. Донецка»
7.	ДонскаяСветланаИва новна	Главный врач КУ «ГСП № 3 г. Макеевки»
8.	Чуркина Татьяна Викторовна	Заведующая отделением терапевтической стоматологии № 2 КУ «ЦГКБ № 1 г. Донецка»
9.	Стрельникова Наталья Александровна	Заместитель главного врача КУ «ГСП № 3 г. Донецка»

Согласовано рабочей группой по разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по профилю
«Стоматология»

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Должность
1.	Лазаренко Василий Сергеевич	Ведущий специалист отдела оказания медицинской помощи взрослому населению Департамента организации оказания медицинской помощи МЗ ДНР, заместитель председателя Рабочей группы
2.	Бугорков Игорь Вениаминович	Профессор кафедры общей стоматологии ФИПО ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по стоматологии
3.	Лялька Владимир Николаевич	Главный врач КУ «ГСП № 1 г. Донецка»
4.	Ермакова Ирина Дмитриевна	Доцент кафедры детской стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук
5.	Долгополов Максим Анатольевич	Заведующий ортодонтическим отделением КУ «ДГСП г. Донецка»
6.	Дегтяренко Елена Васильевна	Ассистент кафедры детской стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
7.	Хода Сергей Иванович	Главный врач КУ «ДГСП г. Донецка», внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по детской стоматологии
8.	Алешина Елена Валентиновна	Заместитель главного врача КУ «ДГСП г. Донецка»
9.	Колесникова Валентина Степановна	Заместитель главного врача КУ «ДГКСП г. Макеевки»
10.	Клименко Мальвина Геннадиевна	Врач-методист КУ «ДГСП г. Донецка»
11.	Малашенко Юрий Петрович	Главный врач КУ «ГСП № 7 г. Донецка»
12.	Ивашенко Александр Леонидович	Доцент кафедры хирургической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук
13.	Калиновский Дмитрий Константинович	Доцент кафедры хирургической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук
14.	Каминский Александр Григорьевич	Ассистент кафедры хирургической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
15.	Румянцев Сергей Викторович	Заведующий стоматологическим отделением Клинической Рудничной больницы г. Макеевки
16.	Степаненко Екатерина Борисовна	Главный врач КУ «ГСП № 6 г. Донецка»

№ п\п	Фамилия, имя, отчество	Должность
17.	Колосова Оксана Викторовна	Доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук
18.	Мороз Анна Борисовна	Доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук
19.	Коваль Виктория Николаевна	Главный врач КУ «ГСП № 2 г. Донецка»
20.	Гирич Виктория Викторовна	Врач-методист КУ «ГСП № 2 г. Донецка»
21.	Дадонкина Ася Николаевна	И.о.заведующего стоматологическим отделением № 1 КУ «ГСП № 2 г. Донецка»
22.	Бароян Анастасия Сергеевна	Заведующий стоматологическим отделением № 2 КУ «ГСП № 2 г. Донецка»
23.	Баркалова Марина Григорьевна	Главный внештатный стоматолог управления здравоохранения администрации г. Донецка. Заместитель главного врача по стоматологической службе ЦГКБ № 1 г. Донецка
24.	Жданов Владимир Егорович	Кандидат медицинских наук, доцент кафедры ортопедической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
25.	Педорец Александр Петрович	Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
26.	Чижевский Иван Владимирович	Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
27.	Клемин Владимир Анатольевич	Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой ортопедической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
28.	Музычина Анна Алимовна	Кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста и хирургической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
29.	Бениаминова Ирина Марковна	Главный врач КУ «ГСП № 5 г. Донецка»
30.	Донская Светлана Ивановна	Заведующий стоматологическим отделением УНЛК «Университетская клиника» ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
31.	Чуркина Татьяна Викторовна	Заведующий отделением терапевтической стоматологии № 2 ЦГКБ № 1 г. Донецка
32.	Стрельникова Наталья Александровна	Заместитель главного врача КУ «ГСП № 3 г. Донецка»
33.	Корж Валерий Иванович	Доцент кафедры ортопедической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук
34.	Коваль Сергей Николаевич	Заведующий ортопедическим стоматологическим отделением КУ «ГСП № 2 г. Донецка»

№ п\п	Фамилия, имя, отчество	Должность
35.	Яворская Людмила Витальевна	Доцент кафедры ортопедической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук
36.	Козорец Лилия Гариольдовна	Главный врач КУ «ГСП № 4 г. Макеевки»
37.	Дубкова Элина Григорьевна	Главный внештатный городской специалист по стоматологии г. Макеевки, врач-стоматолог-терапевт КУ «ГСП № 1 г. Макеевки»
38.	Смолякова Ольга Борисовна	Заведующий ортопедическим отделением КУ «ГСП № 1 г. Донецка»
39.	Перевозник Елена Владимировна	Заведующий ортопедическим отделением КУ «ГСП № 7 г. Донецка»

II. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1. Эпидемиологическая информация

В общей структуре оказания медицинской помощи больным в учреждениях здравоохранения стоматологического профиля пародонтит встречается в любой возрастной группе пациентов и составляет 30% от общего числа обращений. Болезни пародонта, 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.

2.2. Этиология и патогенез

Пародонтит — это заболевание зубочелюстной системы, характеризующееся развитием воспалительного процесса, деструкцией тканей пародонта и атрофией альвеолярной кости.

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.

Причиной развития пародонтита может быть воздействие одного или нескольких этиологических факторов, которые носят как местный (перегрузка пародонта, повреждающее действие микробных скоплений биопленки

десневой борозды, ятрогенные причины) так и общий (авитаминозы, атеросклеротические изменения сосудов, эндокринная патология, снижение резистентности организма) характер. Возникновение зубного налета и отложений всегда обуславливают развитие гингивита и в дальнейшем – развитие пародонтита.

Под влиянием повреждающего фактора возникают патологические изменения, которые способствуют нарушению 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.

2.3. Классификация

2.3.1. Классификация пародонтита (Лемецкая Т.И., 1980, 1998)

по течению – острое, хроническое, обострение, ремиссия;
по распространенности – локализованный, генерализованный;
по тяжести – легкая, средняя, тяжелая.

2.3.2. Классификация по МКБ-10

K05.2 Острый пародонтит.

K05.20 Периодонтальный абсцесс (пародонтальный абсцесс) десневого происхождения без свища.

K05.21 Периодонтальный абсцесс (пародонтальный абсцесс) десневого происхождения со свищем.

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.

2.3.3. Классификация пародонтита (Мащенко И.С., 2003)

Особенность патогенеза: сосудистые поражения по типу аллергической реакции III класса (инфекционно-аллергического генеза).

Формы симптоматического гингивита: катаральный, гипертрофический, язвенный, атрофический.

Характер течения: хроническое, обострившееся, ремиссия.

Степень тяжести: начальная, I степень (легкая), II степень (средняя), III степень (тяжелая).

Распространенность: генерализованный, локализованный.

2.3.4. Классификация Американской Академии Пародонтологии (1989 г.):

Пародонтит взрослых.

Рано начавшийся пародонтит: препубертатный пародонтит (локализованный и генерализованный), юношеский пародонтит (локализованный и генерализованный), быстро прогрессирующий пародонтит.

Пародонтит, связанный с системными заболеваниями.

Язвенно-некротический пародонтит.

Упорный пародонтит.

2.4. 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 свищем. 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 свищем).

Рентгенологическая картина зависит от степени тяжести пародонтита. Начало процесса характеризуется расширением периодонтальной щели, деструкцией кортикальной пластинки вершин межальвеолярных перегородок. Явления остеопороза в области межальвеолярных перегородок (в случае острого течения - больше выражен). Резорбция костной ткани межальвеолярных перегородок: при I степени – до 1/3 их высоты, при II степени – до 1/2.

У пациентов с локализованной формой пародонтита данные симптомы выявляются лишь у группы зубов, другие участки зубного ряда без изменений.

Степень тяжести (начальная, I, II, III степень) 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 установлении 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, также используется классификация Миллера в модификации Флезара.

На основании клинических и дополнительных методов обследования заполняют одонтопародонтограмму по В.Ю. Курляндскому.

2.4.1. Начальная степень:

1) жалобы на боль при приеме пищи, кровоточивость десен при жевании, болезненность зубов на ограниченном участке челюсти при накусывании, невозможность пользоваться ими при жевании;

2) наличие местных раздражителей (зубной камень, острые края кариозных полостей, неполноценные пломбы на контактных поверхностях, зубочелюстные деформации);

3) чаще диагностируется катаральный, гипертрофический, гингивит в участке 1-3 зубов;

4) образование пародонтального кармана глубиной до 1мм, содержащего серозно-гнойный экссудат в незначительном количестве, возможна ретракция десен;

5) подвижность зубов может быть I степени, выраженная при остром течении;

6) рентгенологически на ограниченном участке - полная деструкция кортикального слоя, расширение периодонтальной щели на верхушках межальвеолярных перегородок, другие участки зубного ряда без изменений.

2.4.2. I степень:

1) жалобы на боль при приеме пищи, кровоточивость десен при жевании, болезненность зубов на ограниченном участке челюсти при накусывании, невозможность пользоваться ими при жевании;

2) наличие местных раздражителей (зубной камень, острые края кариозных полостей, неполноценные пломбы на контактных поверхностях, зубочелюстные деформации);

3) чаще диагностируется катаральный, гипертрофический, режечазвенный гингивит в участке 1-3 зубов;

4) образование пародонтального кармана глубиной 1-3 мм, содержащего серозно-гнойный экссудат в незначительном количестве, возможна ретракция десен;

5) подвижность зубов может быть I-II степени, выраженная при остром течении;

6) рентгенологически на ограниченном участке - полная деструкция кортикального слоя, расширение периодонтальной щели на верхушках межальвеолярных перегородок, остеопороз губчатого вещества и резорбция в пределах верхней трети их высоты (до 1/3), другие участки зубного ряда без изменений.

2.4.3.1 II степень:

1) жалобы на боль при приеме пищи, кровоточивость десен при жевании, болезненность зубов на ограниченном участке челюсти при накусывании, невозможность пользоваться им при жевании;

2) гиперемия и кровоточивость десны;

3) болезненность зубов на ограниченном участке челюсти при накусывании, что заставляет больного щадить этот участок и не пользоваться им при жевании;

4) наличие местных раздражителей - зубной камень, острые края кариозных зубов, неполноценные пломбы на контактных поверхностях, зубо-челюстные деформации;

5) катаральный, гипертрофический или язвенный гингивит в участке 1-3 зубов в зависимости от течения - острый или хронический;

6) пародонтальные карманы глубиной 3-5 мм содержат серозно-гнойный экссудат в незначительном количестве, возможна ретракция десны;

7) подвижность зубов может быть I-III степени (более выражена при остром течении);

8) рентгенологически на ограниченном участке - полная деструкция кортикального слоя, расширение периодонтальной щели на верхушках межальвеолярных перегородок, остеопороз губчатого вещества и резорбция в пределах половины их высоты (до 1/2), другие участки зубного ряда без изменений.

2.4.4. III степень:

1) жалобы на боль при приеме пищи, на застревание пищи;

2) гиперемия и кровоточивость десны;

3) болезненность зубов на ограниченном участке челюсти при накусывании, что заставляет больного щадить этот участок и не пользоваться им при жевании;

4) реж — гноетечение из десневых и пародонтальных карманов;

5) неприятный запах изо рта;

6) наличие местных раздражителей - зубной камень, острые края кариозных зубов, неполноценные пломбы на контактных поверхностях, зубо-челюстные деформации;

7) катаральный, гипертрофический или язвенный гингивит в участке 1-3 зубов в зависимости от течения - острый или хронический;

8) пародонтальные карманы глубиной 5-8 мм содержат серозно-гнойный экссудат в незначительном количестве, возможна ретракция десен;

9) подвижность зубов может быть II-III степени (более выражена при остром течении), наличие или отсутствие свищевого хода;

10) рентгенологически кортикальная пластинка нарушена, резорбция альвеолярной кости достигает до 2/3 высоты межальвеолярных перегородок. Отмечается образование костных карманов разной глубины. Расширение периодонтальной щели и остеопороз выражены незначительно. Другие участки зубного ряда без изменений.

2.5. Общие подходы к диагностике.

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.

Таковыми факторами могут быть:

1) наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых для лечения;

2) сопутствующие заболевания, отягощающие лечение;

3) острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;

4) угрожающее жизни острое состояние, заболевание или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения), развившееся менее, чем за 6 месяцев до момента обращения за данной стоматологической помощью и другие тяжелые общесоматические состояния;

5) отказ пациента от лечения.

2.6. Общие подходы к лечению.

Лечение болезней пародонта должно быть комплексным.

Принципы лечения больных с пародонтитом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

1) купирование воспалительных процессов в пародонте;

2) предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;

3) сохранение и восстановление функции зубочелюстной системы;

4) предупреждение развития общих и местных осложнений;

5) 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.

Выбор средств и методов для лечения острого пародонтита определяется степенью тяжести и особенностями клинического течения заболевания. В комплексной терапии пародонтита применяют терапевтическое (медикаментозное и немедикаментозное), хирургическое, ортодонтическое, ортопедическое и физиотерапевтическое 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:

- 1) проведение профессиональной гигиены рта;
- 2) обучение и контроль индивидуальной гигиене рта;
- 3) удаление над - и поддесневых зубных отложений;
- 4) коррекция и устранение факторов, способствующих поддержанию воспалительных процессов в пародонте, таких как: нависающие края пломб, кариозные полости, клиновидные дефекты;
- 5) устранение преждевременных контактов – функциональное избирательное шлифование;
- 6) назначение и проведение противомикробной и противовоспалительной терапии, стимуляции репаративных процессов.

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 степеней тяжести пародонтита можно считать восстановление зубочелюстной системы до субкомпенсированного состояния и стабилизацию патологического процесса на этом уровне. Без ортопедического вмешательства (постоянного шинирования) это невозможно.

Физиотерапевтические методы лечения предусматривают медикаментозное орошение, поле УВЧ, микроволны, флюктуоризацию, лазеротерапию.

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. При необходимости 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.

2.7. Организация медицинской помощи пациентам.

Лечение пациентов с острым пародонтитом проводится в стоматологических медицинских организациях в амбулаторно-поликлинических условиях, стоматологических кабинетах.

Оказание помощи больным с острым пародонтитом 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.

III. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

3.1. Нозологическая форма:

Острый пародонтальный абсцесс десневого происхождения без свища.

3.2. Критерии и признаки, определяющие диагноз:

3.2.1. Острый пародонтальный абсцесс десневого происхождения без свища:

- 1) пациенты с постоянными зубами;
- 2) мягкие, твердые назубные отложения;
- 3) десна гиперемирована, отечна;
- 4) болезненность при пальпации десны;
- 5) патологическая подвижность конкретного зуба/зубов;
- 6) ограниченный инфильтрат;

- 7) наличие пародонтального кармана;
- 8) при пальпации выделение гнойного экссудата из пародонтального кармана;
- 9) в патологический процесс могут быть вовлечены ткани пародонта как одного и/или нескольких зубов, как стоящих рядом, так и расположенных на разных участках челюсти;
- 10) возможно повышение температуры тела;
- 11) на рентгенограмме выявляются признаки резорбции костной ткани стенок альвеолы.

3.2.2. Острый пародонтальный абсцесс десневого происхождения со свищем:

- 1) пациенты с постоянными зубами;
- 2) определяется свищевой ход с гнойным отделяемым;
- 3) мягкие, твердые назубные отложения;
- 4) десна гиперемирована, отечна;
- 5) болезненность при пальпации десны;
- 6) патологическая подвижность конкретного зуба;
- 7) ограниченный инфильтрат;
- 8) наличие пародонтального кармана;
- 9) в патологический процесс могут быть вовлечены ткани пародонта как одного и/или нескольких зубов, как стоящих рядом, так и расположенных на разных участках челюсти;
- 10) возможно повышение температуры тела;
- 11) на рентгенограмме определяется резорбция костной ткани стенок альвеолы.

IV. ОПИСАНИЕ ЭТАПОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

4.1. Характеристика и особенности выполнения диагностических мероприятий.

Обследование направлено на установление диагноза, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий. С этой целью всем больным обязательно проводят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма первичной учетной документации № 043/у).

4.1.1. Сбор жалоб и анамнеза.

При сборе анамнеза выясняют жалобы и сроки их появления. Как правило, больной жалуется на болезненность зубов на ограниченном участке челюсти при накусывании; кровоточивость десны при чистке зубов, во время

приема пищи; 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, аллергологический анамнез. Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта.

4.1.2. Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр с помощью 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 полости рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки полости рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений. Особое внимание обращают на глубину преддверия, характер прикрепления уздечек губ, языка, выраженность тяжелой слизистой оболочки преддверия рта (приложение 1). 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 (приложение 2). 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 (приложение 3).

Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтального индекса Рассела (приложение 4), индекса РМА (приложение 5), коммунального пародонтального индекса CPI (приложение 6), индекса кровоточивости десны (приложение 7), комплексного пародонтального индекса КПИ (приложение 8).

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, также используется классификации Миллера и Флезара (приложение 9).

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 (приложение 10).

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 (приложение 11).

4.1.3. Дополнительные методы обследования.

В качестве дополнительных методов обследования используют методы лучевой диагностики, микробиологическое и цитологическое исследования и другое.

Функциональные методы:

- 1) реопародонтография;
- 2) вакуумная проба по Кулаженко - интактный пародонт – 50-80 с; хроническое течение – 15-25 с; обостренное течение 5-10 с;
- 3) ультразвуковая эхоостеометрия.

Лабораторные методы диагностики:

- 4) реакция миграции лейкоцитов по Ясиновскому;
- 5) клинический анализ крови;
- 6) анализ мочи;
- 7) определение pH ротовой жидкости;
- 8) исследование десневой жидкости;
- 9) иммунологическое исследование крови (иммунограмма);
- 10) определение глюкозы в сыворотке крови;
- 11) определение билирубина и его фракций в сыворотке крови;
- 12) микробиологическое исследование зубного налета и экссудата пародонтальных карманов;
- 13) цитологическое исследование клеточных элементов экссудата пародонтальных карманов;
- 14) морфологическое (патогистологическое) исследование биоптатов десен.

Специальные методы диагностики:

- 1) внутриротовая телерентгенография;
- 2) панорамная рентгенография челюстей;
- 3) ортопантомография;

4) электроодонтодиагностика.

При рентгенологическом исследовании отмечается:

- 1) деструкция кортикальной пластинки вершин межальвеолярных перегородок;
- 2) остеопороз губчатого вещества межальвеолярных перегородок;
- 3) резорбция межальвеолярных перегородок;
- 4) расширение периодонтальной щели возле верхушек межальвеолярных перегородок.

Клинический анализ крови отражает морфологическую картину, качественные и количественные изменения форменных элементов, СОЭ. Для выявления заболеваний пародонта и их дифференциальной диагностики важное значение имеют количество лейкоцитов, гранулоцитов, лимфоцитов и моноцитов.

Для оценки факторов системного и местного иммунитета используют иммунологические исследования сыворотки крови, кровь микроциркуляторного русла десны, ротовую и десневую жидкости.

Местный иммунитет полости рта оценивается иммуноглобулинами: SIgA, IgA, IgG, IgM. В норме уровень SIgA равен 0,1 — 1 мг/мл; снижение уровня SIgA является неблагоприятным признаком, как и повышение содержания IgM. Менее информативны IgA и IgG, так как их концентрация в ротовой жидкости зависит от присутствия крови.

Серологический анализ крови проводится по показаниям.

Микробиологическое исследование служит для выявления пародонтопатогенных бактерий, отличающихся от других адгезивными, инвазивными токсическими свойствами по отношению к тканям пародонта, а также для определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Для бактериологического исследования с использованием анаэробного культивирования применяют десневую жидкость или экссудат пародонтального кармана.

Цитология содержимого десневых карманов при интактном пародонте: нейтрофильные гранулоциты – 2,0-3,0 в поле зрения; эпителиальные клетки – 4,0-5,0 в поле зрения. О воспалении свидетельствуют показатели выше 2,0-3,0 и 4,0-5,0 соответственно.

Показатели миграции лейкоцитов в ротовую полость по Ясиновскому интактный пародонт: 80-120 лейкоцитов в 1 мл смывной жидкости (из них 90-98% жизнеспособные); 25-100 эпителиальных клеток в 1 мл смывной жидкости. О воспалении в тканях пародонта свидетельствуют показатели выше 80-120 лейкоцитов и эпителиальных клеток более 100 в 1 мл смывной жидкости: хроническое течение: 200-400 лейкоцитов в 1 мл смывной жидкости.

По окончании обследования, которое проводится совместно с врачами-стоматологами-хирургами, врачами-стоматологами-ортопедами, врачами-стоматологами-ортодонтами составляется план комплексного лечения.

4.2. Требования к амбулаторно-поликлиническому лечению.

Общая схема лечения острого пародонтита представлена в приложении 12.

4.2.1. Местное лечение:

1) устранение местных раздражителей (зубные отложения, кариозные полости, травматическая окклюзия, аномалии прикуса и размещения зубов, аномалии прикрепления мягких тканей ротовой полости и т.д.);

2) обезболивание: в зависимости от объема и глубины вмешательства на тканях пародонта применяют аппликационное, инъекционное и другие методы обезболивания;

3) устранение травматической окклюзии: избирательное пришлифовывание зубов, временное или постоянное шинирование подвижных зубов.

4.2.1.1. Медикаментозное лечение:

Направлено на устранение симптоматического гингивита (катарального, гипертрофического, язвенного), уменьшения глубины пародонтальных карманов, угнетение условно патогенной микрофлоры, нормализацию состояния сосудистой системы, повышение местной резистентности, устранение гипоксии, стимуляцию репаративных процессов в тканях пародонта.

Общая тактика медикаментозного лечения. При выборе средств медикаментозной терапии обращают внимание на форму симптоматического гингивита, характер течения воспалительного процесса в пародонте (острый), степень развития острого пародонтита, наличие содержимого и микробный состав пародонтальных карманов (приложение 13).

1. Антибактериальная терапия (местно) - с учетом чувствительности микрофлоры пародонтальных карманов.

2. Противовоспалительная терапия включает в себя этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение. Этиотропное заключается в выявлении, устранении или угнетении факторов, которые вызвали воспаление. Патогенетическое предусматривает медикаментозное влияние на патофизиологические звенья процесса воспаления. При симптоматическом лечении устраняются или подавляются основные симптомы воспаления.

3. Стимуляция репаративных процессов направлена на восстановление пораженных разрушенных тканей пародонта, заживление язв его тканей, дна пародонтальных карманов и тому подобное. Применяются средства, направленные на улучшение процессов обмена в пораженных тканях пародонта и стимуляцию репаративной регенерации.

4. Кератопластические препараты применяются для улучшения процессов эпителизации.

4.2.1.2. Хирургическое лечение.

Основными методами хирургического лечения являются:

- 1) Кюретаж - открытый кюретаж, вакуум-кюретаж, криокюретаж.
- 2) Гингивотомия.
- 3) Лоскутные операции.
- 4) Криодеструкция.

4.2.1.3. Ортопедическое лечение.

Создание с помощью различных конструкций шин и шин-протезов устойчивости зубов при жевании, что способствует эффективности лечения заболеваний пародонта. С помощью постоянных шин и шин-протезов происходит стабилизация зубов разного вида: сагиттальная, фронтальная, по дуге и т. п.

4.2.1.4. Физиотерапевтические методы лечения:

- 1) Электролечение: постоянный ток (электрофорез, вакуум-электрофорез); импульсный ток низкой частоты и низкого напряжения (диадинамотерапия, флюктуоризация); импульсные токи высокой, ультравысокой и сверхвысокой частоты (дарсонвализация, диатермия, диатермокоагуляция, электроритмотерапия, УВЧ-терапия, микроволновая терапия).
- 2) Ультразвуковая терапия.
- 3) Аэроионотерапия.
- 4) Светолечение (УФ-терапия, лазерная терапия).
- 5) Вакуум-терапия.
- 6) Гидротерапия.
- 7) Массаж.
- 8) Тепло - и холодолечение.
- 9) Магнитотерапия.
- 10) Оксигенотерапия.

4.2.2. Общее лечение:

- 1) Ликвидация воспалительных изменений в пародонте.
- 2) Лечение фоновых заболеваний.
- 3) Направленное сбалансированное питание.
- 4) Регуляция режима жизни.
- 5) Симптоматическое лечение.
- 6) Регуляция неспецифической реактивности организма.

4.3. Требования к амбулаторно-поликлиническому лечению различных форм острого локализованного пародонтита.

4.3.1. Общее лечение пародонтита.

- 1) Антибактериальная терапия (цефалоспорины, фторхинолоны, макролиды и т.д.).
- 2) Антипротозойные препараты.
- 3) Противогрибковые средства.
- 4) НПВС.
- 5) Иммуностимулирующая терапия.
- 6) Дезинтоксикационная терапия.
- 7) Антигистаминные препараты.
- 8) Витаминотерапия (поливитамины с микроэлементами).
- 9) Седативная терапия (седативные фитопрепараты).

4.3.2. Начальная степень:

- 1) устранение местных раздражителей;
- 2) обезболивание;
- 3) устранение травматической окклюзии - в случае наличия;
- 4) медикаментозное лечение - направлено на устранение симптоматического гингивита;
- 5) физиотерапевтические методы - в зависимости от вида симптоматического гингивита.

4.3.3. I степень (легкая степень тяжести):

- 1) устранение местных раздражителей;
- 2) обезболивание;
- 3) устранение травматической окклюзии - в случае наличия;
- 4) медикаментозное лечение - направлено на устранение симптоматического гингивита и уменьшения глубины пародонтальных карманов;
- 5) хирургическое лечение - в зависимости от глубины кармана, чаще всего - кюретаж;
- 6) ортопедическое лечение –избирательное пришлифовывание, временное шинирование при обострившемся течении;
- 7) физиотерапевтические методы - в зависимости от вида симптоматического гингивита и характера течения.

4.3.4. II степень (средняя степень тяжести):

- 1) устранение местных раздражителей;
- 2) обезболивание;
- 3) устранение травматической окклюзии;
- 4) медикаментозное лечение - направлено на устранение симптоматического гингивита и уменьшения глубины пародонтальных карманов;

5) хирургическое лечение - в зависимости от глубины кармана: 3-4 мм - кюретаж, гингивотомия, лоскутные операции, направленная остеорегенерация;

6) ортопедическое лечение - избирательное пришлифовывание, временное шинирование, постоянное шинирование и рациональное протезирование;

7) физиотерапевтические методы - в зависимости от вида симптоматического гингивита и характера течения.

4.3.5. III степень (тяжелая степень тяжести):

1) устранение местных раздражителей;

2) обезболивание;

3) устранение травматической окклюзии;

4) медикаментозное лечение - направлено на устранение симптоматического гингивита и уменьшения глубины пародонтальных карманов;

5) хирургическое лечение - в зависимости от глубины кармана: 3-4 мм - кюретаж, гингивотомия, лоскутные операции, направленная остеорегенерация;

6) ортопедическое лечение - избирательное пришлифовывание, временное шинирование, постоянное шинирование и рациональное протезирование;

7) физиотерапевтические методы лечения - в зависимости от вида симптоматического гингивита и характера течения;

8) общее лечение - более выражено при остром течении.

4.4. Характеристика и особенности 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 (приложение 14, приложение 15).

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. С целью выработки у пациента навыков ухода за полостью рта (чистки зубов) и максимально эффективного удаления мягкого зубного налета с поверхностей зубов обучают пациента навыкам индивидуального гигиенического ухода за полостью рта. Индивидуально подбирают средства гигиены рта. (приложение 16, приложение 17).

Немедикаментозная помощь включает также хирургическое, ортопедическое и ортодонтическое лечение (приложение 18).

4.5. Диспансерное наблюдение у врача-стоматолога

По окончании лечения необходимо взять пациента на диспансерный учет для динамического наблюдения и проводить мероприятия по профилактике:

1) Начальная степень – I диспансерная группа – диспансерное наблюдение 1 раз в год.

2) I степень (легкая степень тяжести) – I диспансерная группа – диспансерное наблюдение 1 раз в год.

3) II степень (средняя степень тяжести) – II диспансерная группа – диспансерное наблюдение 2 раза в год.

4) III степень (тяжелая степень тяжести) – III диспансерная группа – диспансерное наблюдение 2-3 раза в год (в зависимости от характера течения).

V. РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОТОКОЛА

5.1. Примерный табель оснащения рабочего места врача-стоматолога-терапевта (приложение 19).

5.2. Примерный перечень стоматологических материалов и инструментов, необходимых для работы врача-стоматолога-терапевта (приложение 20).

VI. ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Возможные результаты.

1.1.1. Начальная степень.

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преемственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	80	Восстановление внешнего вида десны. Отсутствие признаков воспаления десны	Через 7 дней	Динамическое наблюдение 2 раза в течение первого года. В дальнейшем 1 раз в год.
Стабилизация	10	Отсутствие прогрессирования заболевания	Через 7 дней	Динамическое наблюдение 2 раза в течение первого года. В дальнейшем 1 раз в год.

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преемственность и этапность оказания медицинской помощи
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 поддерживающего пародонтологического лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

1.1.2. I степень (легкая степень тяжести).

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преемственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	80	Восстановление внешнего вида десны. Отсутствие признаков воспаления десны	Через 7 дней	Динамическое наблюдение 2 раза в течение первого года. В дальнейшем 1 раз в год.
Стабилизация	10	Отсутствие прогрессирования заболевания	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 пародонтального абсцесса	На любом этапе при отсутствии поддерживающего пародонтологического лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

1.1.3. II степень (средняя степень тяжести).

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преемственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	60	Отсутствие воспаления. Снижение патологической подвижности зубов до 1 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

6.1.4. III степень (тяжелая степень тяжести).

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преемственность 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

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преемственность и этапность оказания медицинской помощи
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

6.2. Критерии эффективности лечения:

- 1) ликвидация воспалительного процесса в периодонте;
- 2) дальнейший прогресс воспалительного процесса и возникновение генерализованного пародонтита.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конституция Донецкой Народной Республики.
2. Закон Донецкой Народной Республики «О здравоохранении».
3. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2016 № 012.1/286 «Об утверждении Порядка дачи и оформления добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
4. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1/628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики»;
5. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.2015 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».
6. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 05.04.2017 № 537 «Об утверждении состава экспертного совета и рабочих групп по разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».
7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.04.2017 № 500 «Об утверждении плана-графика разработки проектов медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики на II квартал 2017 года».
8. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 27.01.2016 № 100 «Об утверждении Методики разработки и внедрения локальных протоколов оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики».
9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 09.11.2015 №012.1/523 «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения».
10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 09.04.2015 №012.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников Донецкой Народной Республики».
11. Вольф Ф., Ратейцхак Э.М., Ратейцхак К. Пародонтология; Пер. с нем.; Под ред. Проф. М.Барера. – М.:МЕДпресс-информ, 2008.-548 с.: ил.
12. Грудянов А.И. Заболевания пародонта. – М.: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2009. – 336 с.:
13. Детьенвиль Р. Лечение пародонтита тяжелой степени. – Издательский дом «Азбука», 2008. – 119 с., ил.
14. Дмитриева Л.А. Терапевтическая стоматология: национальное руководство / под ред. Л.А.Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. - М.: ГЭОТАР-

Медиа, 2009. – 912 с.

15. Дмитриева Л.А. Пародонтология: национальное руководство / под ред. проф. Л.А. Дмитриевой. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2013. – 712 с.

16. Дмитриева Л.А. Пародонтит. - М.:МИА, 2007. – 504 с.

17. 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.

18. 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.

19. Янушевич О.О., Дмитриева Л.А., Ревазова З.Э. Пародонтит XXI век. – М.: МГМСУ, 2012. – 366 с.

Директор
Департамента организации
оказания медицинской помощи



Н.Г. Подольская

ОДОБРЕНО

Экспертным советом по стандартизации
медицинской помощи в системе
Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики

«24» июля 2019 № 14

Приложение 1
к Унифицированному клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Острый локализованный
пародонтит»
(подпункт 4.1.2 пункта 4.1)

Алгоритм визуального осмотра СОПР

Осмотр СОПР начинают с кожных покровов околоротовой области, красной каймы губ при открытой или закрытой полости рта, обращая внимание на цвет, блеск, консистенцию. При осмотре слизистой оболочки губ, переходной складки учитывают цвет, влажность, глубину преддверия полости 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 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 СОПР, 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 дёсен: справа налево на верхней челюсти и слева направо вдоль нижней челюсти. На десне могут встречаться изменения цвета, припухлость, отечность различной формы и консистенции. По переходной складке исследуют свищевые ходы, которые возникают чаще всего в результате острого воспалительного процесса в верхушечном периодонте.

Далее осматривают язык, оценивая сосочки, характер прикрепления уздечки. Регистрируют изменение цвета, сосудистого рисунка, рельефа дна полости рта.

Небо осматривают при широко открытой полости рта 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, плотноэластическая, плотная), размеры, характер его поверхности (ровная, бугристая), подвижность.

Приложение 2
к Унифицированному клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Острый локализованный
пародонтит »
(подпункт 4.1.2. пункта 4.1)

Алгоритм определения глубины пародонтального кармана

Определение глубины пародонтального кармана - одна из важных составляющих обследования пародонта. Для этого используют калиброванный пародонтальный зонд. Глубину пародонтального кармана измеряют от края десны до дна кармана. Инструмент располагают параллельно длинной оси зуба, плотно прижимая его к поверхности зуба. С каждой из сторон-вестибулярной и оральной –регистрируют показатели, полученные в трех точках: дистально, по средней линии и медиально в пародонтограмме.

Кроме того, в пародонтограмме фиксируют показатели рецессии десны непрерывной линией. Рецессию измеряют от эмалево-цементной границы до края десны калиброванным пародонтальным зондом.

Сумма показателей глубины пародонтального кармана и рецессии десны означает потерю прикрепления.

[illegible]

Приложение 3
к Унифицированному клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Острый локализованный
пародонтит»
(подпункт 4.1.2. пункта 4.1)

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.

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 (I 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.

Приложение 4
к Унифицированному
клиническому протоколу
стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Острый локализованный
пародонтит»
(подпункт 4.1.2. пункта 4.1)

Алгоритм определения пародонтального индекса Рассела (PI)

Индекс позволяет изучить распространенность и интенсивность поражения тканей пародонта.

Алгоритм определения:

Состояние пародонта каждого зуба определяют оценкой от 0 до 8, принимая во внимание степень воспаления десны, подвижность зуба, глубину пародонтального кармана. В сомнительных случаях ставят низшую, из возможных, оценку.

- 0 - Воспаления нет
- 1 - Легкий гингивит (воспалена только часть десны вокруг зуба)
- 2 - Гингивит (воспаление полностью охватывает зуб, однако повреждения эпителиального прикрепления нет)
- 6 - Гингивит симптоматический с образованием пародонтального кармана, жевательная функция нарушена, зуб неподвижен
- 8 - Выраженная деструкция тканей пародонта с потерей жевательной функции, зуб легко подвижен, может быть смещен.

Полученные оценки складывают и делят на число имеющихся зубов.

Индекс Рассела оценивают следующим образом:

- 0,1-1,0 - начальная и 1 степень поражения, гингивит легкой и средней степени тяжести;
- 1,5-4,0 - наличие деструктивных изменений, 2 степень поражения, гингивит тяжелой степени тяжести, начальные формы пародонтита;
- 4,0-8,0 - 3 степень поражения, пародонтиты средней и тяжелой степеней тяжести.

Приложение 5
к Унифицированному
клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Острый локализованный
пародонтит»
(подпункт 4.1.2. пункта 4.1)

Алгоритм определения индекса гингивита (РМА)

При воспалении десневого сосочка (Р) ставят оценку 1;
при воспалении края десны (М) – 2;
при воспалении альвеолярной десны (А) – 3.

Цифровое значение индекса РМА – сумма показателей состояния
маргинального пародонта всех зубов и всегда выражается целым числом.

Приложение 6
к Унифицированному клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Острый локализованный
пародонтит»
(подпункт 4.1.2. пункта 4.1)

Алгоритм определения коммунального пародонтального индекса (CPI)

Для определения этого индекса используются три показателя пародонтального статуса: наличие кровоточивости десен, зубного камня и пародонтальных карманов.

Применяется специально разработанный легкий CPI (пародонтальный) зонд с шариком на конце, диаметром 0,5мм. Зонд имеет черную метку между 3,5мм и 5,5мм и черное кольцо на уровне 8,5мм и 11,5мм от кончика зонда.

Для определения индекса полость рта делится на секстанты, включающие следующие группы зубов: 17-14, 13-23, 24-27, 37-34, 33-43, 44-47. У взрослых (20 лет и старше) осматривают 10 следующих так называемых индексных зубов: 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46, 47.

Выявление пародонтальных карманов и зубного камня проводится с помощью пародонтального зонда. Сила, которая используется при зондировании, не должна превышать 20г. Практическим тестом для установления этой силы является помещение зонда под ноготь большого пальца и нажатие до появления чувства дискомфорта. Выявление поддесневого зубного камня проводится с самым минимальным усилием, позволяющим шарик зонда продвигаться вдоль поверхности зуба. Если пациент во время зондирования испытывает боль, это указывает на применение излишнего усилия.

Для зондирования шарик зонда нужно осторожно поместить в десневую борозду или карман и прозондировать на всем протяжении.

Критерии оценки:

0 — нет признаков поражения;

1 — кровоточивость, спонтанная или после зондирования, видимая в стоматологическом зеркале;

2 — камень, выявленный во время зондирования, но при этом весь черный участок зонда виден;

3 — карман 4-5мм (пародонтальный карман в участке черной метки зонда);

4 — карман 6мм или больше (черный участок зонда не виден);

X — исключенный секстант (если в секстанте менее 2 зубов);

9 — не регистрируется.

Приложение 7
к Унифицированному клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Острый локализованный
пародонтит»
(подпункт 4.1.2. пункта 4.1)

Комплексный пародонтальный индекс (КПИ)

Методика определения: визуально при помощи обычного набора стоматологических инструментов определяют наличие зубного камня, кровоточивость десен, поддесневой зубной камень, пародонтальные карманы, патологическую подвижность зубов и при наличии признака, независимо от его тяжести (количества), регистрируют в цифровом выражении для каждого обследованного зуба. При наличии нескольких признаков регистрируют тот, который имеет большее цифровое выражение.

Критерии оценки:

- 0 - патологических отклонений не определяется;
- 1 - зубной налет;
- 2 - кровоточивость;
- 3 - зубной камень;
- 4 - пародонтальный карман;
- 5 - подвижность зуба.

Определяют КПИ индивидуальный и КПИ средний по формулам:

Критерии оценки:

- 0,1-1,0 - риск заболевания;
- 1,1-2,0 - легкая степень заболевания;
- 2,1-3,5 - средняя степень заболевания;
- 3,6-6,0 - тяжелая степень заболевания.

Приложение 8
к Унифицированному клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Острый локализованный
пародонтит»
(подпункт 4.1.2. пункта 4.1)

Индекс кровоточивости Мюллемана (в модификации Коуэлла)

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.

Приложение 9
к Унифицированному клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Острый локализованный
пародонтит»
(подпункт 4.1.2. пункта 4.1)

Алгоритм определения подвижности зубов по Д.А. Энтину

В основе общепринятой классификации патологической подвижности зубов по Д.А. Энтину (Энтин Д. А. 1954) лежит направление визуально определяемого смещения зуба относительно своей оси:

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.

Алгоритм определения подвижности зубов по шкале Миллера (Miller S.C., 1938) в модификации Флезара (Flezaretal, 1980):

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.

Приложение 10
к Унифицированному клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Острый локализованный
пародонтит»
(подпункт 4.1.2 пункта 4.1)

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 гнатодинамометрии. 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					сумма
более $\frac{3}{4}$	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
$\frac{3}{4}$ - 75%	0,5	0,75	0,75	0,45	0,45	0,4	0,25	0,3	0,3	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	0,5	
$\frac{1}{2}$ - 50%	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,6	0,6	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	1,5	1,0	
$\frac{1}{4}$ - 25%	1,5	2,25	2,25	1,3	1,3	1,1	0,75	0,9	0,9	0,75	1,1	1,3	1,3	2,25	2,25	1,5	
N	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,25	1,25	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0	30,5
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
N	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0	сумма
$\frac{1}{4}$ - 25%	1,5	2,25	2,25	1,3	1,3	1,1	0,75	0,9	0,9	0,75	1,1	1,3	1,3	2,25	2,25	1,5	
$\frac{1}{2}$ - 50%	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,6	0,6	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	1,5	1,0	
$\frac{3}{4}$ - 75%	0,5	0,75	0,75	0,45	0,45	0,4	0,25	0,3	0,3	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	0,5	
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

Приложение 11
к Унифицированному
клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Острый локализованный
пародонтит»
(подпункт 4.1.2. пункта 4.1)

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:

$DI-S = \text{сумма баллов} / 6$.

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:

$CI-S = \text{сумма баллов} / 6$

$OHI-S = DI-S + CI-S$

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:

		6						1			4				
				4			1						6		

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.

Приложение 12
к Унифицированному
клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Острый локализованный
пародонтит»
(пункт 4.2)

Общая схема лечения острого локализованного пародонтита

Этиотропное лечение		Патогенетическое лечение		Симптоматическое лечение	
Удаление местных раздражителей					
Удаление зубных отложений	Гигиенический уход за полостью	Лечение кариеса и его осложнений	Ортодонтическое лечение	Ортопедическое лечение	
Противовоспалительное лечение					
Фармакотерапия нарушений микроциркуляции	Влияние на метаболизм тканей			Стимуляция репаративной регенерации	
Антибактериальная терапия					
Физиотерапевтическое лечение					
Электролечение	Гидролечение		Светолечение	Массажи	
Общее лечение					
Регуляция неспецифической реактивности организма	Общеукрепляющее лечение	Лечение фоновых заболеваний	Симптоматическое лечение	Направленное сбалансированное питание	Регуляция режима жизни

Приложение 13
к Унифицированному клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Острый локализованный пародонтит»
(подпункт 4.2.1.1 пункта 4.2)

**Лекарственные средства, применяемые для лечения
острого локализованного пародонтита**

1. Местнообезболивающие препараты.
2. Антисептические препараты.
3. Препараты-нитрофураны.
4. Антибиотики группы пенициллина.
5. Антибиотики-макролиды.
6. Антибиотики группы гликозамидов.
7. Антипротозойные препараты.
8. Антимикробные средства природного происхождения.
9. Пробиотики.
10. Нестероидные противовоспалительные средства.
11. Ферменты.
12. Растительные противовоспалительные препараты.
13. Препараты, стимулирующие метаболические процессы.
14. Остеотропные средства.
15. Витамины.
16. Биогенные стимуляторы.
17. Десенсибилизирующие препараты.
18. Препараты-сорбенты.
19. Препараты, улучшающие обменные процессы в костной ткани.

Приложение 14
к Унифицированному клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Острый локализованный
пародонтит»
(пункт 4.4)

**Алгоритм ультразвукового удаления
наддесневых и поддесневых зубных отложений**

Противопоказания к использованию ультразвукового метода.

1. Общие:

- 1) острые инфекционные заболевания;
- 2) беременность;
- 3) дети до 14 лет;
- 4) заболевание глаз (катаракта);
- 5) кардиостимулятор.

2. Местные:

- 1) незрелая эмаль зуба;
- 2) герпес простой в стадии обострения;
- 3) зоны деструкции твердых тканей зуба;
- 4) микротрещины эмали;
- 5) 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, 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.

Приложение 15
к Унифицированному клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Острый локализованный
пародонтит»
(пункт 4.4)

**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 скейлеры – 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 заднешечной 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 заднешечную поверхность зуба, а другой (с обратной стороны) – заднешечную поверхность зуба.

Небная поверхность фронтальных зубов.

Обработка задненебной поверхности: голова пациента повернута вправо и назад. Положение врача на «11 часов». Рабочая рука опирается на впереди стоящий зуб (например, при обработке задненебной поверхности зуба 2.2 – рабочая рука опирается непосредственно на зуб 2.1). Непрямая видимость – при помощи зеркала.

Передненебная и задненебная 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.

Приложение 16
к Унифицированному клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Острый локализованный
пародонтит»
(пункт 4.4)

Контролируемая чистка 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 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 полости 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 полости рта (уровень убедительности доказательств В).

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

Алгоритм обучения гигиене полости 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 СОПР 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 СОПР. 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 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 информируют о необходимости являться на профилактический осмотр к врачу при возникновении кровоточивости десен, но не реже 1 раза в год.

Алгоритм профессиональной гигиены полости рта и зубов

Этапы профессиональной гигиены:

- 1) обучение пациента индивидуальной гигиене полости рта;
- 2) контролируемая чистка зубов
- 3) удаление над- и поддесневых зубных отложений;
- 4) полирование поверхностей зубов;
- 5) устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета;
- 6) аппликации реминерализирующих и фторсодержащих средств (за исключением районов с высоким содержанием фтора в питьевой воде, более 1 мг/л);
- 7) 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:

- 1) провести обработку полости рта раствором антисептика (0,06% раствор хлоргексидина);
- 2) при выраженной гиперестезии зубов и отсутствии общих противопоказаний удаление зубных отложений нужно проводить под местным обезболиванием;
- 3) изолировать обрабатываемые зубы от слюны;
- 4) 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.

Приложение 17
к Унифицированному
клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Острый локализованный
пародонтит»
(пункт 4.4)

Общие рекомендации по подбору средств гигиены в зависимости от
стоматологического статуса пациента

Контингент пациентов	Рекомендуемые средства гигиены
Население районов с содержанием фторида в питьевой воде менее 1 мг/л. Наличие у пациента очагов деминерализации эмали, гипоплазии	Зубная щетка мягкая или средней жесткости, противокариозные зубные пасты — фторид- и кальцийсодержащие (соответственно возрасту), зубные нити (флоссы), фторидсодержащие ополаскиватели
Население районов с содержанием фторида в питьевой воде более 1 мг/л. Наличие у пациента проявлений флюороза	Зубная щетка мягкая или средней жесткости, зубные пасты не содержащие фторид, кальцийсодержащие; зубные нити (флоссы), не пропитанные фторидами, ополаскиватели, не содержащие фторид
Пациенты с воспалительными заболеваниями пародонта (в период обострения)	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

Контингент пациентов	Рекомендуемые средства гигиены
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
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 пенообразованием, ополаскиватель без спирта, увлажняющий гель

Приложение 18
к Унифицированному
клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Острый локализованный
пародонтит»
(пункт 4.4)

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:

- 1) Воспалительные заболевания тканей пародонта.
- 2) Заболевания височно-нижнечелюстного сустава.
- 3) Повышенный тонус жевательной мускулатуры.
- 4) Деформации окклюзионных поверхностей в результате нецелесообразного пломбирования или протезирования.
- 5) Отсутствие или неравномерная стираемость твердых тканей зубов.
- 6) Аномалия развития зубочелюстной системы.

Противопоказания:

- 1) Абсолютных противопоказаний нет.
- 2) 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 посещений 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 окклюдодиагностики особое внимание следует уделять состоянию триангулярной

площадки. При гармоничном соотношении челюстей отпечатки жевательной группы зубов представлены тремя видами множественных контактов:

- 1) в области опорных бугров на расстоянии 0,5–1 мм вокруг их вершины
- 2) в области центральных фиссур;
- 3) на боковых скатах бугров с апроксимальных сторон.

Правила функционального избирательного шлифования:

1) Для избирательного шлифования используют турбинные наконечники или микромоторы с обязательным водяным охлаждением.

2) Вмешательства осуществляются на ограниченных участках поверхностных структур эмали (принцип щадящего препарирования).

3) Полностью сохраняется высота бугров для стабилизации прикуса (нёбные бугры верхних моляров и премоляров, щёчные бугры нижних моляров и премоляров).

4) Реставрация анатомической формы и уплощение контура зуба в области экватора.

5) Устранение супраконтактов наиболее щадящей для тканей зуба методикой шлифования.

6) При шлифовании 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 шлифованных поверхностей. Для этого необходимо использовать щёточки, полиры, полировочные пасты. Чаще всего используют методики функционального избирательного шлифования 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 корригируют. 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 шлифования оптимальные окклюзионные взаимоотношения зубных рядов в момент их смыкания полностью контролируются самим больным (ощущение комфорта) и зависят от индивидуального нервно-мышечного контроля центральной окклюзии.

Классификация супраконтактов по Дженкельсону:

1) I класс - вестибулярные поверхности щёчных бугров нижних моляров и премоляров, вестибулярные поверхности нижних резцов и клыков;

2) II класс - нёбные поверхности нёбных бугров верхних моляров и премоляров;

3) 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 - устраняются 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 19
к Унифицированному
клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Острый локализованный
пародонтит»
(пункт 5.1)

Примерный табель
оснащения рабочего места врача-стоматолога

1. Установка стоматологическая.
2. Кресло стоматологическое.
3. Слюноотсос электрический.
4. Негатоскоп стоматологический.
5. Мебель стоматологическая для хранения инструментария и материалов (комплект).
6. Светильники стоматологические.
7. Столик стоматологический.
8. Стул стоматолога.
9. Стул для ассистента стоматолога.
10. Камера для поддержания стерильности.
11. Облучатель бактерицидный.
12. Аппарат для ультразвуковой очистки инструментов.
13. Тестер для определения жизнедеятельности пульпы.
14. Аппарат для снятия (удаления) зубного камня с помощью ультразвука (скейлер).
15. Диатермокоагулятор стоматологический.
16. Лампа фотополимерная.
17. Емкости для дезрастворов.
18. Лоток универсальный стоматологический.
19. Зеркало стоматологическое.
20. Пинцет стоматологический.
21. Зонд для фуркаций.
22. Зонд пародонтологический.
23. Кюреты универсальные.
24. Ручка для скальпеля.
25. Лезвие для скальпеля.
26. Распатор.
27. Микрораспатор.
28. Кюреты хирургические.
29. Ножницы.
30. Микроножницы.

31. Иглодержатель.
32. Зажим гемостатический.
33. Нож пародонтологический.
34. Пинцет.
35. Шовный материал.
36. Бумага артикуляционная.
37. Наконечник турбинный.
38. Наконечник прямой.
39. Наконечник угловой.
40. Боры для наконечника турбинного.
41. Боры для наконечника прямого.
42. Боры для наконечника углового.
43. Головки резиновые полировочные.
44. Щеточки полировочные.
45. Штрипсы металлические разной степени зернистости.
46. Штрипсы пластиковые.
47. Перчатки одноразовые.
48. Маска одноразовые.
49. Слюноотсос одноразовый.
50. Стакан одноразовый.
51. Очки защитные.
52. Шприцы одноразовые.
53. Шприц карпульный.
54. Иглы для карпульного шприца.
55. Материал для повязок и временных пломб.
56. Антисептики для медикаментозной обработки полости рта или пародонтальных карманов.
57. Паста абразивная, не содержащая фтор для очищения поверхности зуба.
58. Паста для полирования пломб и зубов.
59. Средства для обучения пациента индивидуальной гигиене рта (зубные щетки, пасты, зубные нити, интердентальные ершики).
60. Средства для окрашивания зубов при гигиенических мероприятиях.
61. Фартук для пациента.
62. Воск базисный.
63. Дополнительный ассортимент:
64. Дискодержатель для углового наконечника для полировочных дисков.
65. Нити ретракционные.
66. Головки карборундовые для прямого наконечника.
67. Головки алмазные для прямого наконечника.
68. Диски алмазные.
69. Зонд-эксплорер двусторонний.

70. Блоки бумажные для замешивания.
71. Скейлерсерповидный (с прямым лезвием. с изогнутым лезвием).
72. Кюреты зоноспецифические.
73. КюретыГрейсиAfterFive.
74. КюретыГрейсиMiniFive.
75. КюретыГрейсиMini-Micro.
76. Кюреты фуркационные.
77. Аппарат ультразвуковой магнитостриктивного типа.
78. Аппарат ультразвуковой пьезоэлектрического типа.
79. Насадки различные по форме и размеру для звуковых и ультразвуковых приборов.
80. Аппараты порошкоструйные (воздушно-абразивные системы).
81. Порошок для порошкоструйных аппаратов.
82. Ронжиры (костные кусачки).
83. Долото хирургическое.
84. Минидолото.
85. Пародонтальные рашпили.
86. Пинцет атравматичный.
87. Микропинцет.
88. Щипцы для маркировки пародонтального кармана.
89. Ретрактор.
90. Оборудование ультразвуковое для пародонтальной хирургии.
91. Набор насадок ультразвуковых для пародонтальной хирургии.
92. Триммер десневого края.
93. Экран защитный.
94. Очки для работы с гелиолампой.
95. Шкала цветовая.
96. Цемент стеклоиономерный.
97. Материалы композитные химического отверждения.
98. Материалы композитные светового отверждения.
99. Системы адгезивные для светоотверждаемых композитов.
100. Системы адгезивные системы для композитов светового отверждения.
101. Гель протравочный на основе 35-38% ортофосфорной кислоты.
102. Лампа для фотополимеризации композита.
103. Аппарат для электроодонтодиагностики.
104. Аппарат для диагностики кариеса.
105. Клинья межзубные деревянные.
106. Клинья межзубные прозрачные.
107. Матрицедержатель.
108. Система матричная фиксирующая.
109. Инструменты для создания контактных пунктов на молярах и премолярах.
110. Пистолет-аппликатор для капсульных композитных материалов.

111. Аппликаторы.
112. Штифты анкерные.
113. Развертки к анкерным штифтам.
114. Микромотор.
115. Диски карборундовые.
116. Ложки стандартные слепочные (оттискные).
117. Масса альгинатная слепочная (оттискная).
118. Масса двухслойная силиконовая слепочная (оттискная).
119. Воск моделировочный (лавакс).
120. Проволока кламмерная.
121. Полиры для прямого наконечника.
122. Шкала цветовая для определения цвета облицовки и искусственных зубов.
123. Гипс.
124. Супергипс.
125. Шпатель для замешивания альгинатных слепочных (оттискных) материалов и гипса.
126. Чашка резиновая.
127. Цинкфосфатный цемент для постоянной фиксации несъемных конструкций.
128. Горелка газовая.
129. Цемент для временной фиксации несъемных конструкций.
130. Щипцы крампонные.
131. Ножницы коронковые.
132. Щипцы коронковые.
133. Наковальня.
134. Молоточек стоматологический.
135. Коронкосбиватель.
136. 2% раствор метиленового синего.
137. Валики стандартные ватные.
138. Бокс для стандартных ватных валиков.
139. Типсы для изоляции протоков околоушных слюнных желез.
140. Элеваторы различные по форме и размеру.
141. Щипцы различные по форме и размеру для верхней и нижней челюстей.
142. Ложка кюретажная.
143. Лейкопластырь.

УТВЕРЖДЕН

Приказом Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики

31.10.2019 № 1954

**УНИФИЦИРОВАННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ**

**«ПАРОДОНТИТ.
ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ПАРОДОНТИТ»**

Перечень сокращений:

МКБ	Международная классификация болезней
МКБ-С	Международная классификация стоматологических болезней
СОПР	Слизистая оболочка полости рта

I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Название унифицированного клинического протокола.

Пародонтит.

Хронический генерализованный пародонтит.

Код протокола.

1.2. Диагноз. Код МКБ-10: Хронический генерализованный пародонтит (K05.31).

1.3. Цель протокола: установление единых требований к порядку диагностики и лечения пациентов с хроническим пародонтитом; оптимизация стоматологической помощи пациентам с хроническим пародонтитом; обеспечение достаточных объемов, доступности и качества стоматологической помощи, оказываемой пациенту в учреждении здравоохранения.

1.4. Протокол предназначен для применения в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики. Разработан для врачей-стоматологов-терапевтов, врачей-стоматологов-хирургов, врачей-стоматологов-ортопедов учреждения здравоохранения всех уровней и организационно-правовых форм, оказывающих медицинскую

стоматологическую помощь взрослому населению, включая специализированные отделения и кабинеты любых форм собственности.

1.5. Дата разработки протокола: май 2018 год.

1.6. Дата следующего пересмотра: через 3 года после его опубликования или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

1.7. Список разработчиков протокола.

Состав рабочей группы по разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по профилю «Стоматология»

№ п\п	Фамилия, имя, отчество	Должность
1.	Крапивин Сергей Степанович	Доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук
2.	Колосова Оксана Викторовна	Доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук
3.	Мороз Анна Борисовна	Доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук
4.	Строяковская Ольга Николаевна	Кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии ФИПО ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
5.	Педорец Александр Петрович	Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
6.	Бениаминова Ирина Марковна	Главный врач КУ «ГСП № 5 г. Донецка»
7.	Донская Светлана Ивановна	Главный врач КУ «ГСП № 3 г. Макеевки»
8.	Чуркина Татьяна Викторовна	Заведующая отделением терапевтической стоматологии № 2 «ЦГКБ № 1 г. Донецка»
9.	Стрельникова Наталья Александровна	Заместитель главного врача КУ «ГСП № 3 г. Донецка»

Согласовано рабочей группой по разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по профилю «Стоматология»

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Должность
1.	Лазаренко Василий Сергеевич	Ведущий специалист отдела оказания медицинской помощи взрослому населению Департамента организации оказания медицинской помощи МЗ ДНР, заместитель председателя Рабочей группы
2.	Бугорков Игорь Вениаминович	Профессор кафедры общей стоматологии ФИПО ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по стоматологии
3.	Лялька Владимир Николаевич	Главный врач КУ «ГСП № 1 г. Донецка»
4.	Ермакова Ирина Дмитриевна	Доцент кафедры детской стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук
5.	Долгополов Максим Анатольевич	Заведующий ортодонтическим отделением КУ «ДГСП г. Донецка»
6.	Дегтяренко Елена Васильевна	Ассистент кафедры детской стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
7.	Хода Сергей Иванович	Главный врач КУ «ДГСП г. Донецка», внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по детской стоматологии
8.	Алешина Елена Валентиновна	Заместитель главного врача КУ «ДГСП г. Донецка»
9.	Колесникова Валентина Степановна	Заместитель главного врача КУ «ДГКСП г. Макеевки»
10.	Клименко Мальвина Геннадиевна	Врач-методист КУ «ДГСП г. Донецка»
11.	Малашенко Юрий Петрович	Главный врач КУ «ГСП № 7 г. Донецка»
12.	Иващенко Александр Леонидович	Доцент кафедры хирургической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук
13.	Калиновский Дмитрий Константинович	Доцент кафедры хирургической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук
14.	Каминский Александр Григорьевич	Ассистент кафедры хирургической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
15.	Румянцев Сергей Викторович	Заведующий стоматологическим отделением Клинической Рудничной больницы г. Макеевки
16.	Степаненко Екатерина Борисовна	Главный врач КУ «ГСП № 6 г. Донецка»
17.	Колосова Оксана Викторовна	Доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Должность
18.	Мороз Анна Борисовна	Доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук
19.	Коваль Виктория Николаевна	Главный врач КУ «ГСП № 2 г. Донецка»
20.	Гирич Виктория Викторовна	Врач-методист КУ «ГСП № 2 г. Донецка»
21.	Дадонкина Ася Николаевна	И.о.заведующего стоматологическим отделением № 1 КУ «ГСП № 2 г. Донецка»
22.	Бароян Анастасия Сергеевна	Заведующий стоматологическим отделением № 2 КУ «ГСП № 2 г. Донецка»
23.	Баркалова Марина Григорьевна	Главный внештатный стоматолог управления здравоохранения администрации г. Донецка, заместитель главного врача по стоматологической службе ЦГКБ № 1 г. Донецка
24.	Жданов Владимир Егорович	Кандидат медицинских наук, доцент кафедры ортопедической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
25.	Педорец Александр Петрович	Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
26.	Чижевский Иван Владимирович	Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
27.	Клемин Владимир Анатольевич	Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой ортопедической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
28.	Музычина Анна Алимовна	Кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста и хирургической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
29.	Бениаминова Ирина Марковна	Главный врач КУ «ГСП № 5 г. Донецка»
30.	Донская Светлана Ивановна	Заведующий стоматологическим отделением УНЛК «Университетская клиника» ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
31.	Чуркина Татьяна Викторовна	Заведующий отделением терапевтической стоматологии № 2 ЦГКБ № 1 г. Донецка
32.	Стрельникова Наталья Александровна	Заместитель главного врача КУ «ГСП № 3 г. Донецка»
33.	Корж Валерий Иванович	Доцент кафедры ортопедической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук
34.	Коваль Сергей Николаевич	Заведующий ортопедическим стоматологическим отделением КУ «ГСП № 2 г. Донецка»
35.	Яворская Людмила Витальевна	Доцент кафедры ортопедической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук
36.	Козорец Лилия Гариольдовна	Главный врач КУ «ГСП № 4 г. Макеевки»

№ п\п	Фамилия, имя, отчество	Должность
37.	Дубкова Элина Григорьевна	Главный внештатный городской специалист по стоматологии г.Макеевки, врач-стоматолог-терапевт КУ «ГСП № 1 г. Макеевки»
38.	Смолякова Ольга Борисовна	Заведующий ортопедическим отделением КУ «ГСП № 1 г. Донецка»
39.	Перевозник Елена Владимировна	Заведующий ортопедическим отделением КУ «ГСП № 7 г. Донецка»

II. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

2.1. Эпидемиологическая информация

В общей структуре оказания медицинской помощи больным в учреждениях здравоохранения стоматологического профиля пародонтит встречается в любой возрастной группе пациентов и составляет 30% от общего числа обращений. Болезни пародонта, 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.

2.2. Этиология и патогенез

Пародонтит – воспаление тканей пародонта, характеризующееся деструкцией связочного аппарата периодонта и альвеолярной кости. 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, атеросклеротическое 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.

2.3. Классификация

2.3.1. Классификация пародонтита (Лемецкая Т.И., 1980, 1998):

- 1) по течению – острое, хроническое, обострение, ремиссия;
- 2) по распространенности – локализованный, генерализованный;
- 3) по тяжести – легкая, средняя, тяжелая.

2.3.2. Классификация по МКБ-10:

- 1) K05.30 Локализованный;
- 2) K05.31 Генерализованный;
- 3) K05.32 Хронический перикоронит;
- 4) K05.33 Утолщенный фолликул (гипертрофия сосочка) ;
- 5) K05.38 Другой уточненный хронический пародонтит;
- 6) K05.39 Хронический пародонтит неуточненный.

2.3.3. Классификация пародонтита (Мащенко И.С., 2003)

- 1) особенность патогенеза: сосудистые поражения по типу аллергической реакции III класса (инфекционно-аллергического генеза);
- 2) формы симптоматического гингивита: катаральный, гипертрофический, язвенный, атрофический;
- 3) характер течения: хроническое, обострившееся, ремиссия;
- 4) степень тяжести: начальная. I степень, II степень, III степень;
- 5) распространенность: генерализованный, локализованный.

2.3.3. Классификация Американской Академии Пародонтологии (1989 г.):

- 1) пародонтит взрослых;
- 2) рано начавшийся пародонтит: препубертатный пародонтит (локализованный и генерализованный), юношеский пародонтит (локализованный и генерализованный), быстро прогрессирующий пародонтит;

- 3) пародонтит, связанный с системными заболеваниями;
- 4) язвенно-некротический пародонтит;
- 5) упорный пародонтит.

2.4. Клиническая картина

Хронический пародонтит всегда развивается на фоне неудовлетворительной гигиены рта. Как правило, ему предшествует гингивит. Характеризуется наличием мягких и твердых назубных 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. Контур 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, также используется классификация Миллера в модификации Флезара.

2.3.1. Начальная степень:

- 1) жалобы на кровоточивость десен при жевании, чистке зубов, неприятные ощущения в пародонте, зуд и парестезии в деснах;
- 2) наличие местных раздражителей (острые края кариозных зубов, неполноценные пломбы на контактных поверхностях, челюстно-лицевые деформации и т.п.);
- 3) кровоточивость десен;
- 4) травматическая окклюзия может быть обнаружена при более детальном обследовании больного;
- 5) образование десневого кармана вследствие воспалительных изменений в десне и их отека;

6) отмечается нарушение целостности зубо-эпителиального прикрепления и прорастания эпителия в периодонт;

7) отложение наддесневого зубного камня с язычной стороны нижних фронтальных зубов и на вестибулярных поверхности верхних моляров;

8) чаще диагностируется симптоматический хронический катаральный и гипертрофический гингивит, реже – язвенный;

9) рентгенологически определяется остеопороз межальвеолярных перегородок, деструкция и нарушение целостности компактной пластинки, незначительная резорбция и расширение периодонтальной щели только у вершук межалвеолярных перегородок.

2.3.2. I степень:

1) жалобы на кровоточивость десен, неприятный запах изо рта; зуд, кровоточивость десен;

2) наличие местных раздражителей (зубной камень, острые края кариозных зубов, неполноценные пломбы на контактных поверхностях, зубочелюстные деформации и т.п.);

3) кровоточивость десен;

4) травматическая окклюзия может быть обнаружена при более детальном обследовании больного;

5) симптоматический гингивит часто имеет диффузный характер, по форме хронический катаральный и гипертрофический гингивит, реже - хронический язвенный;

6) пародонтальные карманы глубиной 1-3 мм содержат серозно-гнойные выделения в незначительном количестве;

7) подвижность зубов может быть I степени, особенно часто она развивается в области нижних фронтальных зубов;

8) рентгенологически выявляется полная деструкция кортикального слоя, расширение периодонтальной щели на вершук межалвеолярных перегородок, остеопороз губчатого вещества и резорбция в пределах верхней трети их высоты.

2.3.3. II степень:

1) жалобы на неприятный запах изо рта, незначительную кровоточивость и болезненность десен, которые возникают при приеме твердой пищи; смещение зубов, появление промежутков между зубами и их подвижность;

2) наличие местных раздражителей (зубной камень, острые края кариозных зубов, неполноценные пломбы на контактных поверхностях, зубочелюстные деформации и т.п.);

3) кровоточивость десен;

4) травматическая окклюзия умеренно выражена, диагностируется визуально, между зубами образуются свободные промежутки - диастема и тремы;

5) симптоматический гингивит часто имеет диффузный характер, по форме хронический катаральный и гипертрофический гингивит, реже - хронический язвенный;

6) обнажение шеек зубов на 2-3 мм иногда и больше, зависит от формы симптоматического гингивита;

7) на обнаженных участках корней могут возникать клиновидные дефекты;

8) пародонтальные карманы глубиной 3-5 мм заполнены грануляциями и серозно-гнойным экссудатом;

9) подвижность зубов может быть I-II степени, особенно часто она развивается в области нижних фронтальных зубов;

10) рентгенологически кортикальная пластинка нарушена, резорбция альвеолярной кости достигает половины высоты межальвеолярных перегородок. Отмечается образования костных карманов различной глубины. Расширение периодонтальной щели и остеопороз выражены незначительно;

11) при лабораторных исследованиях отмечается повышенная эмиграция лейкоцитов (до 400), фагоцитоз подавлен. В пародонтальных карманах содержится значительное количество разнообразной микрофлоры: коки, фузобактерии, грибки, простейшие и др.

2.3.4. III степень:

1) жалобы на неприятный запах изо рта, незначительную кровоточивость, болезненность десен и выраженную подвижность зубов, что затрудняет прием пищи; смещение зубов, появление промежутков между зубами;

2) отмечаются косметические недостатки, связанные с потерей и смещением зубов;

3) наличие местных раздражителей (зубной камень, острые края кариозных зубов, неполноценные пломбы на контактных поверхностях, челюстно-лицевые деформации и т.п.);

4) кровоточивость десен;

5) травматическая окклюзия выражена, диагностируется визуально, между зубами образуются свободные промежутки - диастема и тремы, отмечается смещение зубов в разных направлениях;

6) симптоматический гингивит часто имеет диффузный характер, по форме хронический катаральный и гипертрофический гингивит, реже - хронический язвенный;

7) обнажение шеек зубов на 5-8 мм иногда и больше, зависит от степени резорбции альвеолярной кости и формы симптоматического гингивита;

8) на обнаженных участках корней могут возникать клиновидные дефекты;

9) пародонтальные карманы могут достигать практически до верхушки корня, часто они заполнены грануляциями и серозно-гнойным экссудатом;

10) подвижность зубов может быть II-III степени, выраженная по-разному на разных участках челюстей;

11) рентгенологически кортикальная пластинка нарушена, резорбция альвеолярной кости достигает 2/3 высоты межальвеолярных перегородок.

Отмечается образования костных карманов различной глубины. Расширение периодонтальной щели и остеопороз выражены незначительно;

12) лабораторные показатели указывают на высокую эмиграцию лейкоцитов (до 400), фагоцитоз резко подавлен. В пародонтальных карманах содержится значительное количество разнообразной микрофлоры: коки, фузобактерии, грибки, простейшие и др. Необходимо отметить, что с потерей зубов уровень эмиграции лейкоцитов в полость рта уменьшается и может не соответствовать степени заболевания.

2.5. Общие подходы к диагностике.

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:

- 1) наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых для лечения;
- 2) сопутствующие заболевания, отягощающие лечение;
- 3) острые воспалительные заболевания органов и полости рта;
- 4) 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;
- 5) отказ пациента от лечения.

2.6. Общие подходы к лечению.

Лечение болезней пародонта должно быть комплексным.

Принципы лечения больных с пародонтитом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- 1) купирование воспалительных процессов в пародонте;
- 2) предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;
- 3) сохранение и восстановление функции зубочелюстной системы;
- 4) предупреждение развития общих и местных осложнений;
- 5) 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.

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:

- 1) проведение профессиональной гигиены рта;
- 2) обучение и контроль индивидуальной гигиене рта;
- 3) удаление над- и поддесневых зубных отложений;
- 4) коррекция и устранение факторов, способствующих поддержанию воспалительных процессов в пародонте, таких как: нависающие края пломб, кариозные полости, клиновидные дефекты.

- 5) устранение преждевременных контактов – функциональное избирательное пришлифовывание.

- 6) 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 полости рта и определения пародонтологического статуса, затем каждые 6 месяцев.

2.7. Организация медицинской помощи пациентам.

Лечение пациентов с хроническим пародонтитом проводится в стоматологических медицинских организациях в амбулаторно-поликлинических условиях, стоматологических кабинетах.

Оказание помощи больным с хроническим пародонтитом 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.

III. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

3.1. Нозологическая форма:

Хронический генерализованный пародонтит.

3.2. Критерии и признаки, определяющие диагноз:

3.2.1. Хронический генерализованный пародонтит, начальная стадия:

- 1) пациенты с постоянными зубами;
- 2) в патологический процесс вовлечены ткани пародонта большей части зубов на одной или обеих челюстях;
- 3) патологическая подвижность зубов 1 степени;
- 4) образование десневого кармана вследствие воспалительных изменений в десне и их отека;
- 5) отмечается неприятный запах изо рта;
- 6) в анамнезе кровоточивость десен при жевании, чистке зубов, неприятные ощущения в пародонте, зуд и парестезии в деснах;
- 7) неудовлетворительная гигиена;
- 8) мягкие, твердые назубные отложения;
- 9) десна гиперемирована и\или цианотична; чаще диагностируется симптоматический хронический катаральный и гипертрофический гингивит, реже – язвенный;
- 10) отмечается отечность маргинальной десны;
- 11) отмечается кровоточивость десны при зондировании;
- 12) рентгенологически определяется остеопороз межальвеолярных перегородок, деструкция и нарушение целостности компактной пластинки, незначительная резорбция и расширение периодонтальной щели только у верхушек межальвеолярных перегородок.

3.2.2. Хронический генерализованный пародонтит, I стадия:

- 1) пациенты с постоянными зубами;
- 2) в патологический процесс вовлечены ткани пародонта большей части зубов на одной или обеих челюстях;
- 3) патологическая подвижность зубов 1 степени;
- 4) глубина пародонтальных карманов до 4 мм;
- 5) отмечается неприятный запах изо рта;
- 6) в анамнезе кровоточивость десен;
- 7) неудовлетворительная гигиена;
- 8) мягкие, твердые назубные отложения;

- 9) десна гиперемирована и\или цианотична;
- 10) отмечается отечность маргинальной десны;
- 11) отмечается кровоточивость десны при зондировании;
- 12) рентгенологически определяется расширение периодонтальной щели, резорбция костных стенок альвеол до $\frac{1}{3}$ длины корня, разрушение кортикальной пластинки.

3.2.2. Хронический генерализованный пародонтит, II стадия:

- 1) пациенты с постоянными зубами;
- 2) в патологический процесс вовлечены ткани пародонта большей части зубов на одной или обеих челюстях;
- 3) патологическая подвижность зубов 2 степени;
- 4) глубина пародонтальных карманов до 6 мм;
- 5) отмечается неприятный запах изо рта;
- 6) в анамнезе кровоточивость десен;
- 7) неудовлетворительная гигиена;
- 8) мягкие, твердые назубные отложения;
- 9) десна гиперемирована и\или цианотична;
- 10) отмечается отечность маргинальной десны;
- 11) отмечается кровоточивость десны при зондировании;
- 12) обнажение корней зубов;
- 13) рентгенологически определяется расширение периодонтальной щели, резорбция костных стенок альвеол на $\frac{1}{2}$ длины корней зубов, разрушение кортикальной пластинки.

3.2.3. Хронический генерализованный пародонтит, III стадия:

- 1) пациенты с постоянными зубами;
- 2) в патологический процесс вовлечены ткани пародонта большей части зубов на одной или обеих челюстях;
- 3) патологическая подвижность 2-3 степени;
- 4) глубина пародонтальных карманов более 6 мм;
- 5) отмечается неприятный запах изо рта;
- 6) в анамнезе кровоточивость десен;
- 7) неудовлетворительная гигиена;
- 8) мягкие, твердые назубные отложения;
- 9) десна гиперемирована и\или цианотична;
- 10) отмечается отечность маргинальной десны;
- 11) отмечается кровоточивость десны при зондировании;
- 12) смещение зубов;
- 13) выраженная травматическая окклюзия;
- 14) обнажение корней зубов;
- 15) наличие гнойного экссудата из пародонтальных карманов;
- 16) рентгенологически определяется расширение периодонтальной щели, резорбция костных стенок альвеол более $\frac{1}{2}$ длины корня.

IV. ОПИСАНИЕ ЭТАПОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

4.1. Характеристика и особенности 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 проводят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма первичной учетной документации № 043/у).

4.1.1. Сбор жалоб и 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.

4.1.2. Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр с помощью 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 полости 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 полости рта (приложение 1). 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 (приложение 2). Зондирование пародонтального кармана осуществляется в 6 точках у каждого зуба (вестибуло-дистальной, вестибулярной, вестибуло-медиальной, язычно-дистальной, язычной и язычно-медиальной). У многокорневых зубов с помощью фуркационного зонда оценивают наличие фуркационных дефектов и их класс (приложение 3).

Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтального индекса Рассела (приложение 4), индекса РМА (приложение 5), коммунального пародонтального индекса CPI (приложение 6), индекса кровоточивости десны (приложение 7), комплексного пародонтального индекса КПИ (приложение 8).

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 (приложение 9).

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 (приложение 10).

При оценке уровня гигиены обращают внимание на гигиенические навыки пациента по уходу за полостью рта: 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 (приложение 11).

4.1.3. Дополнительные методы обследования.

В качестве дополнительных методов обследования используют методы лучевой диагностики, микробиологическое и цитологическое исследования и др.

Функциональные методы:

- 1) реопародонтография;
- 2) вакуумная проба по Кулаженко - интактный пародонт – 50-80 с; хроническое течение – 15-25 с; обостренное течение – 5-10 с;

- 3) ультразвуковая эхоостеометрия.

Лабораторные методы диагностики:

- 4) реакция миграции лейкоцитов по Ясиновскому;
- 5) клинический анализ крови;
- 6) анализ мочи;
- 7) определение pH ротовой жидкости;
- 8) исследование десневой жидкости;
- 9) иммунологическое исследование крови (иммунограмма);
- 10) определение глюкозы в сыворотке крови;

- 11) определение билирубина и его фракций в сыворотке крови;
- 12) микробиологическое исследование зубного налета, и экссудата пародонтальных карманов;
- 13) цитологическое исследование клеточных элементов экссудата пародонтальных карманов;
- 14) морфологическое (патогистологическое) исследование биоптатов десен.

Специальные методы диагностики:

- 1) внутриротовая рентгенография;
- 2) панорамная рентгенография челюстей;
- 3) ортопантомография;
- 4) электроодонтодиагностика.

При рентгенологическом исследовании отмечается:

- 1) деструкция кортикальной пластинки вершин межальвеолярных перегородок;
- 2) остеопороз губчатого вещества межальвеолярных перегородок;
- 3) резорбция межальвеолярных перегородок;
- 4) расширение периодонтальной щели возле вершук межальвеолярных перегородок.

Клинический анализ крови отражает морфологическую картину, качественные и количественные изменения форменных элементов, СОЭ. Для выявления заболеваний пародонта и их дифференциальной диагностики важное значение имеют количество лейкоцитов, гранулоцитов, лимфоцитов и моноцитов.

Для оценки факторов системного и местного иммунитета используют иммунологические исследования сыворотки крови, кровь микроциркуляторного русла десны, ротовую и десневую жидкости.

Местный иммунитет полости рта оценивается иммуноглобулинами: SIgA, IgA, IgG, IgM. В норме уровень SIgA равен 0,1 – 1 мг/мл; снижение уровня SIgA является неблагоприятным признаком, как и повышение содержания IgM. Менее информативны IgA и IgG, так как их концентрация в ротовой жидкости зависит от присутствия крови.

Серологический анализ крови проводится по показаниям.

Микробиологическое исследование служит для выявления пародонтопатогенных бактерий, отличающихся от других адгезивными, инвазивными и токсическими свойствами по отношению к тканям пародонта, а также для определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Для бактериологического исследования с использованием анаэробного культивирования применяют десневую жидкость или экссудат пародонтального кармана.

Цитология содержимого десневых карманов при интактном пародонте: нейтрофильные гранулоциты – 2,0-3,0 в поле зрения; эпителиальные клетки – 4,0-5,0 в поле зрения. О воспалении свидетельствуют показатели больше 2,0-3,0 и 4,0-5,0 соответственно.

Показатели миграции лейкоцитов в ротовую полость по Ясиновскому: интактный пародонт: 80-120 лейкоцитов в 1 мл смывной жидкости (из них 90-98% жизнеспособные); 25-100 эпителиальных клеток в 1 мл смывной жидкости. О воспалении в тканях пародонта свидетельствуют показатели больше 80-120 лейкоцитов и эпителиальных клеток более 100 в 1 мл смывной жидкости: хроническое течение: 200-400 лейкоцитов в 1 мл смывной жидкости.

По окончании обследования, которое проводится совместно с врачами-стоматологами-хирургами, врачами-стоматологами ортопедами, ортодонтами составляется план комплексного лечения.

4.2. Требования к амбулаторно-поликлиническому лечению.

Общая схема лечения генерализованного пародонтита представлена в приложении 12.

4.2.1. Местное лечение:

1) устранение местных раздражителей (зубные отложения, кариозные полости, травматическая окклюзия, аномалии прикуса и размещения зубов, аномалии прикрепления мягких тканей ротовой полости и т.д.).

2) обезболивание: в зависимости от объема и глубины вмешательства на тканях пародонта применяют аппликационное, инъекционное и другие методы обезболивания;

3) устранение травматической окклюзии: избирательное пришлифовывание зубов, временное или постоянное шинирование подвижных зубов.

4.2.1.1. Медикаментозное лечение

Направлено на устранения симптоматического гингивита (катарального, гипертрофического, язвенного), пародонтальных карманов, угнетение условнопатогенной микрофлоры, нормализации состояния сосудистой системы, повышение местной резистентности, устранение гипоксии, стимуляцию репаративных процессов в тканях пародонта.

Общая тактика медикаментозного лечения. При выборе средств медикаментозной терапии обращают внимание на форму симптоматического гингивита, характер течения дистрофически-воспалительного процесса в пародонте (хронический или острый), степень развития генерализованного пародонтита, наличие содержимого и микробный состав пародонтальных карманов (приложение 13).

1) Антибактериальная терапия (местно) - с учетом чувствительности микрофлоры пародонтальных карманов.

2) Противовоспалительная терапия включает в себя этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение. Этиотропное заключается в

выявлении, устранении или угнетении факторов, которые вызвали воспаление. Патогенетическое предусматривает медикаментозное влияние на патофизиологические звенья процесса воспаления. При симптоматическом лечении устраняются или подавляются основные симптомы воспаления.

3) Стимуляция репаративных процессов. Направлено на восстановление пораженных разрушенных тканей пародонта, заживления язв его тканей, дна пародонтальных карманов и тому подобное. Применяются средства направлены на улучшение процессов обмена в пораженных тканях пародонта и стимуляцию репаративной регенерации. Кроме того, они нормализуют дистрофические процессы в пародонте.

4) Кератопластические препараты применяются для улучшения процессов эпителизации, которыми завершается регенерация и рубцевания пародонтальных карманов, язв и т.п.

4.2.1.2. Хирургическое лечение.

Основными методами хирургического лечения являются:

- 1) Кюретаж (кюретаж, открытый кюретаж, вакуум-кюретаж, криокюретаж).
- 2) Гингивотомия.
- 3) Гингивэктомия (простая, радикальная).
- 4) Лоскутные операции.
- 5) Операции для формирования преддверия полости рта (френулотомия, френулектомия, пластика преддверия и тому подобное).

4.2.1.3. Ортопедическое лечение. Создание с помощью различных конструкций шин и шин-протезов устойчивости зубов при жевании, что способствует эффективности лечения заболеваний пародонта. С помощью постоянных шин и шин-протезов происходит стабилизация зубов разного вида: сагиттальная, фронтальная, по дуге и т.п.

4.2.1.4. Физиотерапевтические методы лечения:

- 1) Электролечение: постоянный ток (электрофорез, вакуум-электрофорез); импульсный ток низкой частоты и низкого напряжения (диадинамотерапия, флюктуоризация); импульсные токи высокой, ультравысокой и сверхвысокой частоты (дарсонвализация, диатермия, диатермокоагуляция, электроритмотерапия, УВЧ-терапия, микроволновая терапия).
- 2) Ультразвуковая терапия.
- 3) Аэроионотерапия.
- 4) Светолечение (УФ-терапия, лазерная терапия).
- 5) Вакуум-терапия.
- 6) Гидротерапия.
- 7) Массаж.
- 8) Тепло - и холодолечение.
- 9) Магнитотерапия.
- 10) Оксигенотерапия.

4.2.2. Общее лечение.

- 1) Лечение фоновых заболеваний.
- 2) Сбалансированное питание.
- 3) Регуляция режима жизни.
- 4) Симптоматическое лечение.
- 5) Регуляция неспецифической реактивности организма.

4.3. Требования к амбулаторно-поликлиническому лечению различных форм хронического генерализованного пародонтита.

4.3.1. Начальная степень:

- 1) Устранение местных раздражителей
- 2) Обезболивания.
- 3) Устранение травматической окклюзии (при наличии)
- 4) Медикаментозное лечение (направлено на устранение симптоматического гингивита).
- 5) Физиотерапевтические методы лечения (в зависимости от вида симптоматического гингивита).

4.3.2. I степень:

- 1) Устранение местных раздражителей.
- 2) Обезболивания.
- 3) Устранение травматической окклюзии (при наличии).
- 4) Медикаментозное лечение (направлено на устранение симптоматического гингивита и уменьшение глубины пародонтальных карманов).
- 5) Хирургическое лечение (в зависимости от глубины кармана, чаще всего - кюретаж).
- 6) Ортопедическое лечение (избирательное пришлифовывание, временное шинирование при остроконечной течения).
- 7) Физиотерапевтические методы лечения (в зависимости от вида симптоматического гингивита и характера течения).

4.3.3. II степень:

- 1) Устранение местных раздражителей.
- 2) Обезболивания.
- 3) Устранение травматической окклюзии.
- 4) Медикаментозное лечение (направлено на устранение симптоматического гингивита и уменьшение глубины пародонтальных карманов).
- 5) Хирургическое лечение (в зависимости от глубины кармана 3-4 мм - кюретаж, гингивотомия, при многочисленных карманах - лоскутные операции, направленная остеорегенерация т.д.).
- 6) Ортопедическое лечение (избирательное пришлифовывание, временное шинирование, постоянное шинирование и рациональное протезирование).

7) Физиотерапевтические методы лечения (в зависимости от вида симптоматического гингивита и характера течения).

8) Общее лечение (более выраженное при остроконечной течения).

4.3.4. III степень:

1) Устранение местных раздражителей.

2) Обезболивания.

3) Устранение травматической окклюзии.

4) Медикаментозное лечение (направлено на устранение симптоматического гингивита и уменьшение глубины пародонтальных карманов).

5) Хирургическое лечение (в зависимости от глубины кармана 3-4 мм – кюретаж, гингивотомия, при многочисленных карманах – лоскутные операции, направленная остеорегенерация и тому подобное. Зубы с подвижностью III степени при хроническом течении подлежат удалению.)

6) Ортопедическое лечение (избирательное пришлифовывание, временное шинирование, постоянное шинирование и рациональное протезирование)

7) Физиотерапевтические методы лечения (в зависимости от вида симптоматического гингивита и характера течения).

8) Общее лечение (более выраженное при остроконечной течения).

4.4. Характеристика и особенности 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 (приложения 14-15). Для устранения этиологических факторов заболевания проводится обучение пациентов гигиене рта, проведение контролируемой чистки зубов (приложения 16-17).

Немедикаментозная помощь включает также хирургическое, ортопедическое и ортодонтическое лечение (приложение 18).

4.5. Диспансерный учет у стоматолога.

По окончании лечения необходимо взять пациента на диспансерный учет для динамического наблюдения и проводить мероприятия по профилактике:

1) Начальная – I диспансерная группа – диспансерное наблюдение 1 раз в год.

2) I степень – I диспансерная группа – диспансерное наблюдение 1 раз в год.

3) II степень – II диспансерная группа – диспансерное наблюдение 2 раза в год.

4) III степень – III диспансерная группа – диспансерное наблюдение 2-3 раза в год (в зависимости от характера течения).

V. РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОТОКОЛА

5.1. Примерный табель оснащения рабочего места врача-стоматолога-терапевта (приложение 19).

5.2. Примерный перечень стоматологических материалов и инструментов, необходимых для работы врача-стоматолога-терапевта (приложение 20).

VI. ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

6.1. Возможные результаты:

6.1.1. I стадия.

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преемственность 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

6.1.2. II стадия.

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преемственность 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

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
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

6.1.3. III стадия.

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	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

6.2. Критерии эффективности лечения:

- 1) стабилизация дистрофически-воспалительного процесса;
- 2) дальнейшее прогрессирование генерализованного пародонтита.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конституция Донецкой Народной Республики.
2. Закон Донецкой Народной Республики «О здравоохранении».

3. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2016 № 012.1/286 «Об утверждении Порядка дачи и оформления добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».

4. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1/628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики»;

5. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.2015 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».

6. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 05.04.2017 № 537 «Об утверждении состава экспертного совета и рабочих групп по разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».

7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.04.2017 № 500 «Об утверждении плана-графика разработки проектов медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики на II квартал 2017 года».

8. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 27.01.2016 № 100 «Об утверждении Методики разработки и внедрения локальных протоколов оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики».

9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 09.11.2015 №012.1/523 «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения».

10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 09.04.2015 №012.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников Донецкой Народной Республики».

11. Вольф Ф., Ратейцхак Э.М., Ратейцхак К. Пародонтология; Пер. с нем.; Под ред. Проф. М.Барера. – М.:МЕДпресс-информ, 2008.-548 с.: ил.

12. Грудянов А.И. Заболевания пародонта. – М.: Издательство «Медицинское информационное агенство», 2009. – 336 с.:

13. Детъенвиль Р. Лечение пародонтита тяжелой степени. – Издательский дом «Азбука», 2008. – 119 с., ил.

14. Дмитриева Л.А. Терапевтическая стоматология: национальное руководство / под ред. Л.А.Дмитриевой, Ю.М. Максимовского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 912 с.

15. Дмитриева Л.А. Пародонтология: национальное руководство / под ред. проф. Л.А. Дмитриевой. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2013. – 712 с.

16. Дмитриева Л.А. Пародонтит. - М.:МИА, 2007. – 504 с.

17. 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.

18. Цепов Л.М., Николаев А.И., Михеева Е.А. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта. - 3-е изд., испр. и доп. — М.: МЕДпресси-информ, 2008. – 272 с.

19. Янушевич О.О., Дмитриева Л.А., Ревазова З.Э. Пародонтит XXI век. – М.: МГМСУ, 2012. – 366 с.

Директор
Департамента организации
оказания медицинской помощи



Н.Г. Подольская

ОДОБРЕНО

Экспертным советом по стандартизации
медицинской помощи в системе
Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики

«24» июля 2019 № 14

Приложение 1
к Унифицированному клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Хронический генерализованный
пародонтит»
(подпункт 4.1.2 пункта 4.1)

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

Осмотр СОПР 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 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 на СОПР, являются вариантом нормы. Нужно также помнить, что на уровне 17 и 27 зубов имеются сосочки, на которых открывается выводной проток околоушной железы, иногда принимаемый 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 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 сосочки, характер прикрепления уздечки. Регистрируют изменение цвета, сосудистого рисунка, рельефа дна полости 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, плотноэластическая, плотная), размеры, характер его поверхности (ровная, бугристая), подвижность.

[illegible]

Приложение 3
к Унифицированному клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Хронический генерализованный
пародонтит»
(подпункт 4.1.2 пункта 4.1)

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.

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 противоположную сторону.

III класс - соответствует свободному проникновению градуированного зонда на противоположную сторону при его движении в горизонтальном направлении.

Классификация J. Lindhe (1983):

Начальная (I 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.

Приложение 4
к Унифицированному
клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Хронический генерализованный
пародонтит»
(подпункт 4.1.2 пункта 4.1)

Алгоритм определения пародонтального индекса Рассела (PI).

Индекс позволяет изучить распространенность и интенсивность поражения тканей пародонта.

Алгоритм определения:

Состояние пародонта каждого зуба определяют оценкой от 0 до 8, принимая во внимание степень воспаления десны, подвижность зуба, глубину пародонтального кармана. В сомнительных случаях ставят низшую, из возможных, оценку.

0 - Воспаления нет.

1 - Легкий гингивит (воспалена только часть десны вокруг зуба).

2 - Гингивит (воспаление полностью охватывает зуб, однако повреждения эпителиального прикрепления нет).

6 - Гингивит симптоматический с образованием пародонтального кармана, жевательная функция нарушена, зуб неподвижен.

8 - Выраженная деструкция тканей пародонта с потерей жевательной функции, зуб легкоподвижен, может быть смещен.

Полученные оценки складывают и делят на число имеющихся зубов.

Индекс Рассела оценивают следующим образом:

0,1-1,0 - начальная и 1 стадия поражения, гингивит легкой и средней степени тяжести

1,5-4,0 - наличие деструктивных изменений, 2 стадия поражения, гингивит тяжелой степени тяжести, начальные формы пародонтита

4,0-8,0 - 3 стадия поражения, пародонтиты средней и тяжелой степеней тяжести.

Приложение 5
к Унифицированному
клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Хронический генерализованный
пародонтит»
(подпункт 4.1.2 пункта 4.1)

Алгоритм определения индекса гингивита (РМА)

При воспалении десневого сосочка (Р) ставят оценку 1;
при воспалении края десны (М) – 2;
при воспалении альвеолярной десны (А) – 3.

Цифровое значение индекса РМА – сумма показателей состояния маргинального пародонта всех зубов и всегда выражается целым числом.

Приложение 6
к Унифицированному клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Хронический генерализованный
пародонтит»
(подпункт 4.1.2 пункта 4.1)

Алгоритм определения коммунального пародонтального индекса (CPI).

Для определения этого индекса используются три показателя пародонтального статуса: наличие кровоточивости десен, зубного камня и пародонтальных карманов.

Применяется специально разработанный легкий CPI (пародонтальный) зонд с шариком на конце, диаметром 0,5мм. Зонд имеет черную метку между 3,5мм и 5,5мм и черное кольцо на уровне 8,5мм и 11,5мм от кончика зонда.

Для определения индекса полость рта делится на секстанты, включающие следующие группы зубов: 17-14, 13-23, 24-27, 37-34, 33-43, 44-47. У взрослых (20 лет и старше) осматривают 10 следующих так называемых индексных зубов: 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46, 47.

Выявление пародонтальных карманов и зубного камня проводится с помощью пародонтального зонда. Сила, которая используется при зондировании, не должна превышать 20 г. Практическим тестом для установления этой силы является помещение зонда под ноготь большого пальца и нажатие до появления чувства дискомфорта. Выявление поддесневого зубного камня проводится с самым минимальным усилием, позволяющим шарик зонда продвигаться вдоль поверхности зуба. Если пациент во время зондирования испытывает боль, это указывает на применение излишнего усилия.

Для зондирования шарик зонда нужно осторожно поместить в десневую борозду или карман и прозондировать на всем протяжении.

Критерии оценки:

0 - нет признаков поражения;

1 - кровоточивость, спонтанная или после зондирования, видимая в стоматологическом зеркале;

2 - камень, выявленный во время зондирования, но при этом весь черный участок зонда виден;

3 - карман 4-5 мм (пародонтальный карман в участке черной метки зонда);

4 - карман 6 мм или больше (черный участок зонда не виден);

X - исключенный секстант (если в секстанте менее 2 зубов);

9 - не регистрируется.

Приложение 7
к Унифицированному клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Хронический генерализованный
пародонтит»
(подпункт 4.1.2 пункта 4.1)

Комплексный пародонтальный индекс (КПИ).

Методика определения: визуально при помощи обычного набора стоматологических инструментов определяют наличие зубного камня, кровоточивость десен, поддесневой зубной камень, пародонтальные карманы, патологическую подвижность зубов и при наличии признака, независимо от его тяжести (количества), регистрируют в цифровом выражении для каждого обследованного зуба. При наличии нескольких признаков регистрируют тот, который имеет большее цифровое выражение.

Критерии оценки:

0 - патологических отклонений не определяется;

1 - зубной налет;

2 - кровоточивость;

3 - зубной камень;

4 - пародонтальный карман;

5 - подвижность зуба.

Определяют КПИ индивидуальный и КПИ средний по формулам:

Критерии оценки:

0,1-1,0 - риск заболевания;

1,1-2,0 - легкая степень заболевания;

2,1-3,5 - средняя степень заболевания;

3,6-6,0 - тяжелая степень заболевания.

Приложение 8
к Унифицированному клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Хронический генерализованный
пародонтит»
(подпункт 4.1.2 пункта 4.1)

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.

Приложение 9
к Унифицированному клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Хронический генерализованный
пародонтит»
(подпункт 4.1.2 пункта 4.1)

Алгоритм определения подвижности зубов по Д.А. Энтину.

В основе общепринятой классификации патологической подвижности зубов по Д.А. Энтину (Энтин Д. А. 1954) лежит направление визуально определяемого смещения зуба относительно своей оси:

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.

Алгоритм определения подвижности зубов по шкале Миллера (Miller S.C. 1938) в модификации Флезара (Flezaretal., 1980):

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.

Приложение 10
к Унифицированному клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Хронический генерализованный
пародонтит»
(подпункт 4.1.2 пункта 4.1)

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 гнатодинамометрии. 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 ¾	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	сумма 30,5
¾ - 75%	0,5	0,75	0,75	0,45	0,45	0,4	0,25	0,3	0,3	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	0,5	
½ - 50%	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,6	0,6	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	1,5	1,0	
¼ - 25%	1,5	2,25	2,25	1,3	1,3	1,1	0,75	0,9	0,9	0,75	1,1	1,3	1,3	2,25	2,25	1,5	
N	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,25	1,25	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0	
																	сумма 30,0
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
N	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0	
¼ - 25%	1,5	2,25	2,25	1,3	1,3	1,1	0,75	0,9	0,9	0,75	1,1	1,3	1,3	2,25	2,25	1,5	
½ - 50%	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,6	0,6	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	1,5	1,0	сумма 30,0
¾ - 75%	0,5	0,75	0,75	0,45	0,45	0,4	0,25	0,3	0,3	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	0,5	
более ¾	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	11,5					7,0						11,5					

Приложение 11
к Унифицированному
клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Хронический генерализованный
пародонтит»
(подпункт 4.1.2 пункта 4.1)

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,
флюксин 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:

$DI-S = \text{сумма баллов} / 6$

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:

$CI-S = \text{сумма баллов} / 6$

$OHI-S = DI-S + CI-S$

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:

		6						1			4				
				4				1					6		

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.

Приложение 12
к Унифицированному
клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Хронический генерализованный
пародонтит»
(пункт 4.2)

Общая схема лечения генерализованного пародонтита

Этиотропное лечение		Патогенетическое лечение		Симптоматическое лечение	
Удаление местных раздражителей					
Удаление зубных отложений	Гигиенический уход за полостью	Лечение кариеса и его осложнений	Ортодонтическое лечение	Ортопедическое лечение	
Противовоспалительное лечение					
Фармакотерапия нарушений микроциркуляции	Влияние на метаболизм тканей		Стимуляция репаративной регенерации		
Антибактериальная терапия					
Физиотерапевтическое лечение					
Электrolечение	Гидролечение		Светолечение	Массажи	
Общее лечение					
Регуляция неспецифической реактивности организма	Общеукрепляющее лечение	Лечение фоновых заболеваний	Симптоматическое лечение	Сбалансированное питание	Регуляция режима жизни

Приложение 13
к Унифицированному
клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Хронический генерализованный
пародонтит»
(подпункт 4.2.1 пункта 4.2)

Лекарственные средства, применяемые для лечения хронического
генерализованного пародонтита

- 1) Местнообезболивающие препараты;
- 2) Антисептические препараты;
- 3) Препараты-нитрофураны;
- 4) Антибиотики группы пенициллина;
- 5) Антибиотики-макролиды;
- 6) Антибиотики группы линкозамидов;
- 7) Препараты против протозойной флоры;
- 8) Препараты для лечения грибковых заболеваний;
- 9) Антимикробные средства природного происхождения;
- 10) Препараты для нормализации микрофлоры полости рта;
- 11) Кортикостероидные препараты;
- 12) Нестероидные противовоспалительные средства;
- 13) Ферменты;
- 14) Ингибиторы ферментов;
- 15) Антиоксидантные препараты;
- 16) Растительные противовоспалительные препараты;
- 17) Препараты, стимулирующие метаболические процессы;
- 18) Остеотропные средства;
- 19) Витамины;
- 20) Плазмозамещающие растворы
- 21) Биогенные стимуляторы;
- 22) Иммуностимулирующие препараты;
- 23) Антигипоксанты;
- 24) Гемокорректоры, антикоагулянты
- 25) Десенсибилизирующие препараты;
- 26) Препараты-сорбенты;
- 27) Препараты, улучшающие обменные процессы в костной ткани.

Приложение 14
к Унифицированному клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Хронический генерализованный
пародонтит»
(пункт 4.4)

Алгоритм ультразвукового удаления наддесневых и поддесневых зубных
отложений

Противопоказания к использованию ультразвукового метода

Общие:

- 1) Острые инфекционные заболевания.
- 2) Беременность.
- 3) Дети до 14 лет.
- 4) Заболевание глаз (катаракта).
- 5) Кардиостимулятор.

Местные:

- 1) Незрелая эмаль зуба.
- 2) Герпес простой в стадии обострения.
- 3) Зоны деструкции твердых тканей зуба.
- 4) Микротрещины эмали.
- 5) 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, 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.

Приложение 15
к Унифицированному клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Хронический генерализованный
пародонтит»
(пункт 4.4)

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 скейлеры – прямой и изогнутый, минимальный набор зондов специфических 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 заднешечной 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 заднешечную поверхность зуба, а другой (с обратной стороны) – заднешечную поверхность зуба.

Небная поверхность фронтальных зубов

Обработка задненебной поверхности: голова пациента повернута вправо и назад. Положение врача на «11 часов». Рабочая рука опирается на впереди стоящий зуб (например, при обработке задненебной поверхности зуба 2.2 – рабочая рука опирается непосредственно на зуб 2.1). Непрямая видимость – при помощи зеркала.

Передненебная и задненебная 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. 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.

Приложение 16
к Унифицированному клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Хронический генерализованный
пародонтит»
(пункт 4.4)

Контролируемая чистка 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 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 полости 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 полости 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 СОПР 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 СОПР. 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 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 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 полости рта и зубов

Этапы профессиональной гигиены:

- 1) обучение пациента индивидуальной гигиене полости рта;
- 2) контролируемая чистка зубов
- 3) удаление над- и поддесневых зубных отложений;
- 4) полирование поверхностей зубов;
- 5) устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета;
- 6) аппликации реминерализующих и фторсодержащих средств (за исключением районов с высоким содержанием фтора в питьевой воде, более 1 мг/л);
- 7) 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:

- 1) провести обработку полости рта раствором антисептика (0,06% раствор хлоргексидина);
- 2) при выраженной гиперестезии зубов и отсутствии общих противопоказаний удаление зубных отложений нужно проводить под местным обезболиванием;
- 3) изолировать обрабатываемые зубы от слюны;
- 4) 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.

Приложение 17
к Унифицированному клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Хронический генерализованный
пародонтит»
(пункт 4.4)

Общие рекомендации по подбору средств гигиены в зависимости от
стоматологического статуса пациента

Контингент пациентов	Рекомендуемые средства гигиены
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
Наличие у пациента съёмных ортопедических и ортодонтических конструкций	Зубная щетка для съёмных протезов (двусторонняя, с жесткой щетиной), таблетки для очищения съёмных 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)

Контингент пациентов	Рекомендуемые средства гигиены
Население районов с содержанием фторида в питьевой воде менее 1 мг/л. Наличие у пациента очагов деминерализации эмали, гипоплазии	Зубная щетка мягкая или средней жесткости, противокариозные зубные пасты — фторид- и кальцийсодержащие (соответственно возрасту), зубные нити (флоссы), фторидсодержащие ополаскиватели
Население районов с содержанием фторида в питьевой воде более 1 мг/л. Наличие у пациента проявлений флюороза	Зубная щетка мягкая или средней жесткости, зубные пасты не содержащие фторид, кальцийсодержащие; зубные нити (флоссы), не пропитанные фторидами, ополаскиватели, не содержащие фторид
Пациенты с воспалительными заболеваниями пародонта (в период обострения)	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

Приложение 18
к Унифицированному
клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Хронический генерализованный
пародонтит»
(пункт 4.4)

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:

- 1) Воспалительные заболевания тканей пародонта.
- 2) Заболевания височно-нижнечелюстного сустава.
- 3) Повышенный тонус жевательной мускулатуры.
- 4) Деформации окклюзионных поверхностей в результате нецелесообразного пломбирования или протезирования.
- 5) Отсутствие или неравномерная стираемость твердых тканей зубов.
- 6) Аномалия развития зубочелюстной системы.

Противопоказания:

- 1) Абсолютных противопоказаний нет.
- 2) 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 посещений 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 окклюдодиагностики особое внимание следует уделять состоянию триангулярной

площадки. При гармоничном соотношении челюстей отпечатки жевательной группы зубов представлены тремя видами множественных контактов:

- 1) в области опорных бугров на расстоянии 0,5–1 мм вокруг их вершины
- 2) в области центральных фиссур;
- 3) на боковых скатах бугров с апроксимальных сторон.

Правила функционального избирательного пришлифовывания:

1) Для избирательного пришлифовывания используют турбинные наконечники или микромоторы с обязательным водяным охлаждением.

2) Вмешательства осуществляются на ограниченных участках поверхностных структур эмали (принцип щадящего препарирования).

3) Полностью сохраняется высота бугров для стабилизации прикуса (нёбные бугры верхних моляров и премоляров, щёчные бугры нижних моляров и премоляров).

4) Реставрация анатомической формы и уплощение контура зуба в области экватора.

5) Устранение супраконтактов наиболее щадящей для тканей зуба методикой пришлифовывания.

6) 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 необходимы 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 коррегируют. 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 больным (ощущение комфорта) и зависят от индивидуального нервно-мышечного контроля центральной окклюзии.

Классификация супраконтактов по Дженкельсону:

1) I класс – вестибулярные поверхности щёчных бугров нижних моляров и премоляров, вестибулярные поверхности нижних резцов и клыков;

2) II класс – нёбные поверхности нёбных бугров верхних моляров и премоляров;

3) 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 – устраняются 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 19
к Унифицированному клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Хронический генерализованный
пародонтит»
(пункт 5.1)

Примерный табель оснащения
рабочего места врача-стоматолога-терапевта

1. Установка стоматологическая.
2. Кресло стоматологическое.
3. Слюноотсос электрический.
4. Негатоскоп стоматологический.
5. Мебель стоматологическая для хранения инструментария и материалов (комплект).
6. Светильники стоматологические.
7. Столик стоматологический.
8. Стул стоматолога.
9. Стул для ассистента стоматолога.
10. Камера для поддержания стерильности.
11. Облучатель бактерицидный.
12. Аппарат для ультразвуковой очистки инструментов.
13. Тестер для определения жизнедеятельности пульпы.
14. Аппарат для снятия (удаления) зубного камня с помощью ультразвука (скейлер).
15. Диатермокоагулятор стоматологический.
16. Лампа фотополимерная.
17. Емкости для дезрастворов.
- 17) Лоток универсальный стоматологический.
- 18) Стекла стоматологические для замешивания.
18. Зеркало стоматологическое.
19. Пинцет стоматологический.
20. Зонд для фуркаций.
21. Зонд пародонтологический.
22. Кюреты универсальные.
23. Ручка для скальпеля.
24. Лезвие для скальпеля.
25. Распатор.
26. Микрораспатор.
27. Кюреты хирургические.
28. Ножницы.
29. Микро-ножницы.

30. Иглодержатель.
31. Зажим гемостатический.
32. Нож пародонтологический.
33. Пинцет.
34. Шовный материал.
35. Бумага артикуляционная.
36. Наконечник турбинный.
37. Наконечник прямой.
38. Наконечник угловой.
39. Боры для наконечника турбинного.
40. Боры для наконечника прямого.
41. Боры для наконечника углового.
42. Головки резиновые полировочные.
43. Щеточки полировочные.
44. Штрипсы металлические разной степени зернистости.
45. Штрипсы пластиковые.
46. Перчатки одноразовые.
47. Маска одноразовая.
48. Слюноотсос одноразовый.
49. Стакан одноразовый.
50. Очки защитные.
51. Шприцы одноразовые.
52. Шприц карпульный.
53. Иглы для карпульного шприца.
54. Материал для повязок и временных пломб.
55. Антисептики для медикаментозной обработки полости рта или пародонтальных карманов.
56. Паста абразивная, не содержащая фтор для очищения поверхности зуба.
57. Паста для полирования пломб и зубов.
58. Средства для обучения пациента индивидуальной гигиена полости рта (зубные щетки, пасты, зубные нити, интердентальные ершики).
59. Средства для окрашивания зубов при гигиенических мероприятиях.
60. Фартук для пациента.
61. Воск базисный.
62. Дополнительный ассортимент:
63. Дискодержатель для углового наконечника для полировочных дисков.
64. Нити ретракционные.
65. Головки карборундовые для прямого наконечника.
66. Головки алмазные для прямого наконечника.
67. Диски алмазные.
68. Зонд-эксплорер двусторонний.
69. Блоки бумажные для замешивания.

70. Скейлер серповидный (с прямым лезвием. с изогнутым лезвием).
71. Кюреты зоно-специфические.
72. Кюреты Грейси AfterFive.
73. Кюреты Грейси MiniFive.
74. Кюреты Грейси Mini-Micro.
75. Кюреты фуркационные.
76. Аппарат звуковой.
77. Аппарат ультразвуковой магнитостриктивного типа.
78. Аппарат ультразвуковой пьезоэлектрического типа.
79. Насадки различные по форме и размеру для звуковых и ультразвуковых приборов.
80. Аппараты порошкоструйные (воздушно-абразивные системы).
81. Порошок для порошкоструйных аппаратов.
82. Ронжиры (костные кусачки).
83. Долото хирургическое.
84. Мини-долото.
85. Пародонтальные рашпили.
86. Пинцет атравматичный.
87. Микро-пинцет.
88. Щипцы для маркировки пародонтального кармана.
89. Ретрактор.
90. Оборудование ультразвуковое для пародонтальной хирургии.
91. Набор насадок ультразвуковых для пародонтальной хирургии.
92. Триммер десневого края.
93. Экран защитный.
94. Очки для работы с гелио-лампой.
95. Шкала цветовая.
96. Цемент стеклоиономерный.
97. Материалы композитные химического отверждения.
98. Материалы композитные светового отверждения.
99. Системы адгезивные для светоотверждаемых композитов.
100. Системы адгезивные системы для композитов светового отверждения.
101. Гель протравочный на основе 35-38% ортофосфорной кислоты.
102. Лампа для фотополимеризации композита.
103. Аппарат для электроодонтодиагностики.
104. Аппарат для диагностики кариеса.
105. Клинья межзубные деревянные.
106. Клинья межзубные прозрачные.
107. Матрицедержатель.
108. Система матричная фиксирующая.
109. Инструменты для создания контактных пунктов на молярах и премолярах.
110. Пистолет-аппликатор для капсульных композитных материалов.

- 111. Аппликаторы.
- 112. Штифты анкерные.
- 113. Развертки к анкерным штифтам.
- 114. Микромотор.
- 115. Диски карборундовые.
- 116. Ложки стандартные слепочные (оттискные).
- 117. Масса альгинатная слепочная (оттискная).
- 118. Масса двухслойная силиконовая слепочная (оттискная).
- 119. Воск моделировочный (лавакс).
- 120. Проволока кламмерная.
- 121. Полиры для прямого наконечника.
- 122. Шкала цветовая для определения цвета облицовки и искусственных зубов.
- 123. Гипс.
- 124. Супергипс.
- 125. Шпатель для замешивания альгинатных слепочных (оттискных) материалов и гипса.
- 126. Чашка резиновая.
- 127. Цинкфосфатный цемент для постоянной фиксации несъемных конструкций.
- 128. Горелка газовая.
- 129. Цемент для временной фиксации несъемных конструкций.
- 130. Щипцы крампонные.
- 131. Ножницы коронковые.
- 132. Щипцы коронковые.
- 133. Наковальня.
- 134. Молоточек стоматологический.
- 135. Коронкосбиватель.
- 136. 2% раствор метиленового синего.
- 137. Валики стандартные ватные.
- 138. Бокс для стандартных ватных валиков.
- 139. Типсы для изоляции протоков околоушных слюнных желез.
- 140. Элеваторы различные по форме и размеру.
- 141. Щипцы различные по форме и размеру для верхней и нижней челюстей.
- 142. Ложка кюретажная.
- 143. Лейкопластырь.

УТВЕРЖДЕН

Приказом Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики

31.10.2019 № 1934

**УНИФИЦИРОВАННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ**

«ПАРОДОНТОЗ»

Перечень сокращений

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

I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Название унифицированного клинического протокола.
Пародонтоз.
Код протокола.

1.2. Диагноз. Код(ы) МКБ-10: Пародонтоз (К 05.4).

1.3. Цель протокола: установление единых требований к порядку диагностики и лечения пациентов с хроническим пародонтитом; оптимизация стоматологической помощи пациентам с хроническим пародонтитом; обеспечение достаточных объемов, доступности и качества стоматологической помощи, оказываемой пациенту в учреждении здравоохранения.

1.4. Протокол предназначен для применения в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики. Разработан для врачей-стоматологов-терапевтов, врачей-стоматологов-хирургов, врачей-стоматологов-ортопедов учреждения здравоохранения всех уровней и организационно-правовых форм, оказывающих медицинскую

УТВЕРЖДЕН

Приказом Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики

№ _____

**УНИФИЦИРОВАННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ**

«ПАРОДОНТОЗ»

Перечень сокращений

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

I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Название унифицированного клинического протокола.
Пародонтоз.
Код протокола.

1.2. Диагноз. Код(ы) МКБ-10: Пародонтоз (К 05.4).

1.3. Цель протокола: установление единых требований к порядку диагностики и лечения пациентов с хроническим пародонтитом; оптимизация стоматологической помощи пациентам с хроническим пародонтитом; обеспечение достаточных объемов, доступности и качества стоматологической помощи, оказываемой пациенту в учреждении здравоохранения.

1.4. Протокол предназначен для применения в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики. Разработан для врачей-стоматологов-терапевтов, врачей-стоматологов-хирургов, врачей-стоматологов-ортопедов учреждения здравоохранения всех уровней и организационно-правовых форм, оказывающих медицинскую

стоматологическую помощь взрослому населению, включая специализированные отделения и кабинеты любых форм собственности.

1.5. Дата составления протокола: май 2019 года.

1.6. Дата пересмотра протокола: через 3 года после его опубликования или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

1.7. Список разработчиков протокола:

Состав рабочей группы по разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по профилю «Стоматология»

№ п\п	Фамилия, имя, отчество	Должность
1.	Колосова Оксана Викторовна	Доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук
2.	Мороз Анна Борисовна	Доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук
3.	Педорец Александр Петрович	Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
4.	Бениаминова Ирина Марковна	Главный врач КУ «ГСП № 5 г. Донецка»
5.	Донская Светлана Ивановна	Заведующий стоматологическим отделением УНЛК «Университетская клиника» ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО»
6.	Чуркина Татьяна Викторовна	Заведующий отделением терапевтической стоматологии № 2 ЦГКБ № 1 г. Донецка
7.	Стрельникова Наталья Александровна	Заместитель главного врача КУ «ГСП № 3 г. Донецка»
8.	Дубкова Элина Григорьевна	Главный внештатный городской специалист по стоматологии Макеевки, врач-стоматолог-терапевт КУ «ГСП № 1 г. Макеевки»

Согласовано рабочей группой по разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по профилю «Стоматология»

№ п\п	Фамилия, имя, отчество	Должность
1.	Лазаренко Василий Сергеевич	Ведущий специалист отдела оказания медицинской помощи взрослому населению Департамента организации оказания медицинской помощи МЗ ДНР, заместитель председателя Рабочей группы
2.	Бугорков Игорь Вениаминович	Профессор кафедры общей стоматологии ФИПО ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по стоматологии
3.	Лялька Владимир Николаевич	Главный врач КУ «ГСП № 1 г. Донецка»
4.	Ермакова Ирина Дмитриевна	Доцент кафедры детской стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук
5.	Долгополов Максим Анатольевич	Заведующий ортодонтическим отделением КУ «ДГСП г. Донецка»
6.	Дегтяренко Елена Васильевна	Ассистент кафедры детской стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
7.	Хода Сергей Иванович	Главный врач КУ «ДГСП г. Донецка», внештатный республиканский специалист МЗ ДНР по детской стоматологии
8.	Алешина Елена Валентиновна	Заместитель главного врача КУ «ДГСП г. Донецка»
9.	Колесникова Валентина Степановна	Заместитель главного врача КУ «ДГКСП г. Макеевки»
10.	Клименко Мальвина Геннадиевна	Врач-методист КУ «ДГСП г. Донецка»
11.	Малашенко Юрий Петрович	Главный врач КУ «ГСП № 7 г. Донецка»
12.	Калиновский Дмитрий Константинович	Доцент кафедры хирургической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Должность
13.	Каминский Александр Григорьевич	Ассистент кафедры хирургической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
14.	Румянцев Сергей Викторович	Заведующий стоматологическим отделением Клинической Рудничной больницы г. Макеевки
15.	Деньгина Екатерина Борисовна	Главный врач КУ «ГСП № 6 г. Донецка»
16.	Колосова Оксана Викторовна	Доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук
17.	Мороз Анна Борисовна	Доцент кафедры терапевтической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук
18.	Коваль Виктория Николаевна	Главный врач КУ «ГСП № 2 г. Донецка»
19.	Гирич Виктория Викторовна	Врач-методист КУ «ГСП № 2 г. Донецка»
20.	Дадонкина Ася Николаевна	И.о. заведующего стоматологическим отделением № 1 КУ «ГСП № 2 г. Донецка»
21.	Бароян Анастасия Сергеевна	Заведующий стоматологическим отделением № 2 КУ «ГСП № 2 г. Донецка»
22.	Баркалова Марина Григорьевна	Главный внештатный стоматолог управления здравоохранения администрации г. Донецка, заместитель главного врача по стоматологической службе ЦГКБ № 1 г. Донецка
23.	Жданов Владимир Егорович	Кандидат медицинских наук, доцент кафедры ортопедической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
24.	Педорец Александр Петрович	Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
25.	Чижевский Иван Владимирович	Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Должность
26.	Клемин Владимир Анатольевич	Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой ортопедической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
27.	Музычина Анна Алимовна	Кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста и хирургической стоматологии ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
28.	Бениаминова Ирина Марковна	Главный врач КУ «ГСП № 5 г. Донецка»
29.	Донская Светлана Ивановна	Заведующий стоматологическим отделением УНЛК «Университетская клиника» ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»
30.	Чуркина Татьяна Викторовна	Заведующий отделением терапевтической стоматологии № 2 ЦГКБ № 1 г. Донецка
31.	Стрельникова Наталья Александровна	Заместитель главного врача КУ «ГСП № 3 г. Донецка»
32.	Корж Валерий Иванович	Доцент кафедры ортопедической стоматологии Заведующий стоматологическим отделением УНЛК «Университетская клиника» ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук
33.	Коваль Сергей Николаевич	Заведующий ортопедическим стоматологическим отделением КУ «ГСП № 2 г. Донецка»
34.	Яворская Людмила Витальевна	Доцент кафедры ортопедической стоматологии Заведующий стоматологическим отделением УНЛК «Университетская клиника» ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», кандидат медицинских наук
35.	Козорец Лилия Гариольдовна	Главный врач КУ «ГСП № 4 г. Макеевки»
36.	Дубкова Элина Григорьевна	Главный внештатный городской специалист по стоматологии г. Макеевки, врач-стоматолог- терапевт КУ «ГСП № 1 г. Макеевки»
37.	Дядера Владимир Васильевич	Главный врач КУ «Городская стоматологическая поликлиника № 3 г. Донецка»

№ п\п	Фамилия, имя, отчество	Должность
38.	Смолякова Ольга Борисовна	Заведующий ортопедическим отделением КУ «ГСП № 1 г. Донецка»
39.	Перевозник Елена Владимировна	Заведующий ортопедическим отделением КУ «ГСП № 7 г. Донецка»

II. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

2.1. Эпидемиологическая информация

В общей структуре оказания медицинской помощи больным в учреждениях здравоохранения стоматологического профиля пародонтоз встречается без сочетания с системными заболеваниями (связанные с пародонтозом этиологически), его наблюдают редко – в основном у лиц среднего и пожилого возраста. Может быть признаком общего остеопороза.

2.2. Этиология и патогенез

В этиологии пародонтоза важную роль играют общесоматические факторы риска: эндокринные заболевания, нарушения обмена веществ, атеросклероз, гипертоническая болезнь, заболевания желудочно-кишечного тракта, нейрогенные дистрофии.

Возникновению пародонтоза способствует неправильный образ жизни человека:

- 1) привычка не включать в свое меню свежие овощи, фрукты, что приводит к нехватке нужных организму элементов;
- 2) неправильный уход за зубами, в результате чего образуется зубной камень;
- 3) регулярное курение, провоцирующее нарушение кровообращения в деснах.

Среди других причин пародонтоза следующие:

- 1) снижение иммунитета;
- 2) неправильный прикус;
- 3) наследственность;
- 4) сопутствующие заболевания – сахарный диабет, атеросклероз, остеопения и т.д.;
- 5) неудачные стоматологические процедуры, например, некачественно поставленная пломба.

В патогенезе пародонтоза лежит нарушение синтеза белка и явления гипоксии, вызванные сосудистыми изменениями, которые определяют изменения в десне и костной ткани. Заболевание развивается и прогрессирует медленно, длится годами. В молодом возрасте (21-30 лет) пародонтоз часто сочетается с вегетососудистой дистонией, а в возрасте старше 50 лет – с гипертонической болезнью и атеросклерозом. Таким образом, нарушения микроциркуляции при пародонтозе являются следствием гипоксии, спазма сосудов и склероза.

2.3. Классификация

2.3.1. По распространенности:

- 1) локализованные (обнажение шеек наблюдается на ограниченном участке зубного ряда);
- 2) генерализованные (деструктивные изменения, захватившие весь зубной ряд или обе челюсти).

2.3.2. По течению:

- 1) острый;
- 2) хронический.

2.3.3. По стадиям развития или по степени атрофии костной ткани челюстей:

- 1) начальная стадия;
- 2) первая стадия;
- 3) вторая стадия;
- 4) третья стадия;
- 5) четвертая.

2.3.4. Классификация по МКБ-10:

- 1) К 05.4 Пародонтоз.

2.4 Клиническая картина.

Пародонтоз является генерализованно-дистрофическим поражением всех тканей пародонта, иногда его рассматривают как возрастную (старческую) атрофию альвеолярного отростка. Пародонтоз характеризуется скрытым началом, хроническим течением. Он представляет собой поражение тканей, непосредственно прилегающих к зубам. Проявляется пародонтоз следующим образом:

- 1) оголение шейки зубов из-за истончения десны;
- 2) наличие плотного зубного камня;
- 3) дискомфортные ощущения в деснах, зуд;
- 4) неприятный запах изо рта;
- 5) чувствительность зубов к холодному и кислому.

6) рентгенологическая картина пародонтоза характеризуется равномерным снижением высоты межзубных перегородок без нарушения целостности кортикальной пластинки, чередованием очагов остеосклероза и остеопороза в глубоких отделах альвеолярного отростка и тела челюсти, а также в других костях скелета.

Иногда пародонтозу сопутствуют воспалительный процесс в деснах, их кровоточивость, а также выделение гноя, если в ротовой полости протекают какие-либо патологические процессы или наблюдается общее снижение иммунитета.

2.5. Общие подходы к диагностике.

Пародонтоз трудно поддается диагностике в начальных стадиях, а при развитии процесса – лечению. Поэтому пародонтоз 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.

2.6. Общие подходы к лечению.

После проведения диагностики и исключения заболевания пародонта и общих заболеваний проводят лечение пародонтоза, включающее в себя как:

1) местное лечение с применением лекарственных средств и методов, направленных на улучшение кровообращения и регенерацию тканей пародонта при необходимости рациональное протезирование. Назначают массаж десен, электрофорез с витаминами В, С (особенно при гиперестезии твердых тканей зубов), применяют воротник по Щербакову и назальный электрофорез с растворами новокаина и брома;

2) хирургическое (по показаниям);

3) общее лечение проводят в соответствии с состоянием организма и, как правило, назначаются врачом соответствующего профиля (терапевт, невролог, эндокринолог);

4) ортопедическое (по показаниям);

5) ортодонтическое (по показаниям).

Очень важным способом лечения является шинирование зубов, после этого зубы перестают быть подвижными, укрепляются и нормально функционируют при жевании. На заключительном этапе необходимо рациональное протезирование - изготовление зубных протезов, которые будут препятствовать дальнейшему развитию заболевания.

2.7. Организация медицинской помощи пациентам.

Лечение пациентов с пародонтозом проводится в стоматологических медицинских организациях в амбулаторно-поликлинических условиях, стоматологических кабинетах.

Оказание помощи больным с пародонтозом 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.

III. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

3.1. Нозологическая форма: Пародонтоз.

Течение: хроническое, ремиссия.

Тяжесть процесса: легкий, средний, тяжелый.

3.2. Критерии и признаки, определяющие диагноз:

- 1) пациенты с постоянными зубами;
- 2) при визуальном осмотре определяется ретракция десны, идущая параллельно с медленно прогрессирующей системной атрофией альвеолярной кости;
- 3) обнажение шеек и корней зубов, зубы становятся визуально длинными;
- 4) десна бледно-розового цвета, плотная, не кровоточит;
- 5) зубные отложения обнаруживают в незначительном количестве;
- 6) может осложняться воспалением, локализация и выраженность которого обусловлены действием местных факторов;
- 7) инструментальные данные: образование клиновидных дефектов зубов на пришеечных поверхностях зубов;
- 8) рентгенологическое исследование выявляет равномерную (на всем протяжении зубного ряда) атрофию альвеолярных отростков с сохранением кортикальных пластинок, расширением костномозговых пространств и мелкоячеистого рисунка кости. Нередко выявляется сужение периодонтальной щели и внутризубные дентиклы и петрификаты;
- 9) оценка степени подвижности, расшатанности зубов.

3.2.1. Начальная стадия:

- 1) незначительные изменения слизистой оболочки полости рта;
- 2) незначительное обнажение шеек зубов;
- 3) рентген-исследования не информативны.

3.2.2. Первая стадия:

- 1) пациенты жалуются на опущение (рецессию) десны, чувствительность зубов время от времени;
- 2) на рентген-снимке заметны начальные деструкции изменения костной ткани.

3.2.3. Вторая стадия:

- 1) проявляются значительные обнажения шеек;
- 2) между зубами появляются щели, в местах рецессии виден переход эмали в цемент;
- 3) пациент жалуется на гиперестезию;
- 4) на рентген-снимке: атрофическое изменение альвеолярного отростка.

3.2.4. Третья стадия:

- 1) корни оголяются больше чем на половину своей длины, зубные щели расширены, появляется подвижность зубов;
- 2) появляются жалобы на неприятные ощущения при приеме кислой, горячей и холодной пищи;
- 3) на рентген-снимке определяется снижение высоты альвеолярного отростка на 1 см.

3.2.5. Четвертая стадия:

- 1) корни обнажены на две трети своей длины;
- 2) подвижность и чувствительность зубов мешают при разговоре и приеме пищи;
- 3) рентген-снимки показывают, что корни зубов держатся в кости только верхушкой;
- 4) показано удаление зубов.

IV. ОПИСАНИЕ ЭТАПОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

4.1. Характеристика и особенности 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 проводят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма первичной учетной документации № 043/у).

4.1.1. Сбор жалоб и анамнеза.

При сборе анамнеза выясняют наличие жалоб и сроки их появления. Все стадии сопровождаются пульсацией в деснах, жжением, зудом, неприятным запахом изо рта. В процессе заболевания пародонтоз носит хронический характер, зубы расходятся веерообразно. Выясняют, как давно они появились, когда пациент обратил внимание на них. Выясняют наличие эндокринных нарушений (сбой процесса выработки гормонов), острые или хронические травмы тканей пародонта (ушибы, переломы, неправильные ортопедические и ортодонтические конструкции), наличие вредных привычек (курение, алкоголизм).

Выявляют наличие у пациента общесоматических заболеваний, аллергический анамнез, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта, время последнего посещения врача-стоматолога.

4.1.2. Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр с помощью 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 полости рта и горла, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений. 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. При этом оценивают кровоточивость десны, глубину пародонтального кармана, величину рецессии десны, наличие зубных отложений, их характер, наличие отделяемого из пародонтального кармана. Зондирование пародонтальных карманов осуществляется в 6 точках (вестибуло-дистальной, вестибулярной, вестибуло-медиальной, язычно-дистальной, язычной и язычно-медиальной).

Подвижность зубов – является важным критерием оценки состояния тканей пародонта. Для этого используют чаще всего классификацию Энтина:

- 1) подвижность зубов в вестибулярно-оральном направлении - 1 степень;
- 2) подвижность в медиально-дистальном направлении - 2 степень;
- 3) подвижность в двух выше указанных направлениях еще и в вертикальном - 3 степень.

Оценку окклюзионных контактов проводят при помощи артикуляционной бумаги, восковых пластинок. Особое внимание уделяют неправильно поставленным пломбам, функциональному состоянию имеющихся ортопедических конструкций (съёмных, несъёмных), ортодонтических аппаратов и уход за ними. При оценке уровня гигиены обращают внимание на гигиенические навыки пациента по уходу за полостью рта, когда и сколько раз чистит зубы, способ чистки и какими пастами, щётками, часто ли их меняет.

Для контроля качества используют индикаторы зубного налета и индексы гигиены. Помимо индексов гигиены рассчитывают индекс кровоточивости для определения степени воспаления десны. Зондом определяют плотность твердых тканей, наличие клиновидных дефектов и гипоплазии твердых тканей зубов.

При осложнении пародонтита возникает локальное воспаление слизистой оболочки полости рта, которое обусловлено действием местных факторов. При обследовании обращают внимание на ретракцию десны с признаками воспаления в области отдельных зубов. В этих участках определяют глубину патологических зубодесневых карманов с помощью пародонтологического зонда. На основании данных инструментального исследования, термодиагностики, перкуссии, ЭОД, рентгенографии проводят дифференциальную диагностику с гингивитом, преждевременной атрофией челюстей при осложненных формах с пародонтитом, с бессимптомно протекающим пульпитом.

4.1.3. Дополнительные методы обследования.

В качестве дополнительных методов обследований используют микробиологические и цитологические исследования.

По окончании обследования, которое проводится совместно с врачом-стоматологом-хирургом, врачом-ортопедом, врачом-ортодонтом и врачом-стоматологом-терапевтом общего профиля составляют план комплексного лечения.

4.2. Требования к амбулаторно-поликлиническому лечению.

Название	Кратность выполнения
Профессиональная гигиена полости рта	Согласно алгоритму (приложение 1)
Обучение гигиене полости рта	Согласно алгоритму (приложение 2)
Контролируемая чистка зубов	Согласно алгоритму (приложения 3-4)
Местная анестезия	По потребности
Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами)	По потребности
Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	По потребности
Ультразвуковая обработка пародонтальных карманов	По потребности
Закрытый кюретаж при болезнях пародонта	По потребности
Удаление зуба	По потребности
Временное шинирование при болезнях пародонта.	По потребности
Избирательное шлифование твердых тканей зуба.	По потребности
Восстановление зуба пломбой	По потребности
Восстановление зуба вкладкой, виниром, полукоронкой	По потребности
Восстановление зуба коронкой	По потребности
Восстановление целостности зубного ряда несъемным мостовидным протезом	По потребности
Протезирование частично съемным пластиночным протезом	По потребности
Протезирование зубов с использованием имплантов	По потребности
Восстановление зубного ряда съемными мостовидными протезами	По потребности
Физиотерапевтические воздействия на челюстно-лицевую область	По потребности

Название	Кратность выполнения
Шинирование (временное, постоянное)	По потребности
Назначение лекарственной терапии при пародонтите	По потребности
Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторно	По потребности
Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога- ортопеда повторно	По потребности
Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога- хирурга повторно	По потребности
Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта (врача общей практики – семейного врача)	По потребности

Лечение заболевания должно быть комплексным. Принципы лечения больных с пародонтозом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- 1) предупреждение дальнейшего прогрессирования процесса;
- 2) сохранение восстановления функции зубочелюстной системы;
- 3) предупреждение развития общих и местных осложнений;
- 4) предупреждение негативного влияния на общее здоровье и качество жизни пациентов.

Лечение представляет совокупность этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии. Пародонтоз необратим. Болезнь не претерпевает обратного развития, а лишь может быть стабилизирована благодаря значительным усилиям врачей-стоматологов всех профилей, применения комплекса лечебных мероприятий и средств.

При пародонтозе перед началом оказания стоматологической помощи необходимо устранить этиологический фактор. Для этого надо выявить причину, поэтому пациент должен пройти полное обследование всех органов и систем, которые его беспокоят.

Лечение острых форм пародонтоза предполагает проведение экстренных мероприятий.

Выбор средств и методов для лечения хронического пародонтоза определяется степенью тяжести и особенностями клинического течения заболевания. В комплексной терапии применяют терапевтическое (немедикаментозное и медикаментозное), хирургическое, ортодонтическое и ортопедическое лечение.

4.2.1. Медикаментозное лечение:

4.2.1.1. Алгоритм применения противомикробных препаратов для местного лечения.

Антисептики являются основой лечения. Их применяют в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций. Антигистаминные препараты назначают после хирургических вмешательств. Противомикробные препараты назначают при интоксикации и осложнениях после хирургического вмешательства. Обычно используют:

- 1) антибиотики группы линкозамидов – задерживается в околозубных тканях, накапливается в них, обладает антибактериальными свойствами;
- 2) антибиотик широкого спектра действия;
- 3) противопротозойный препарат с антибактериальной активностью – антибиотик, борется с бактериями, провоцирующими развитие пародонтита;
- 4) комбинированный антисептический препарат – аэрозоль, в состав которого входит кератопластическое средство. Действует как антисептик, уничтожает бактерии, способствует регенерации тканей.

Перед проведением местного лечения пародонтита проводится по необходимости анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая). Перед проведением проводниковой анестезии проводится аппликационная анестезия.

Дополнительно применяют лечебные зубные пасты на основе антисептиков и др. противовоспалительных средств.

После проведения обучения гигиене полости рта, проводят профессиональную чистку зубов. Из медикаментов врач-стоматолог назначает витаминно-минеральные комплексы.

4.2.2. Физиотерапевтические методы лечения.

Врач-терапевт при наличии общих заболеваний организма, делает отдельное назначение, затем назначает физиотерапевтические процедуры:

- 1) массаж десен спецаппаратом. При этом приток крови к пародонтальным тканям усиливается, улучшаются обменные процессы;
- 2) дарсонвализация и динамические токи – они способствуют стабилизации трофики и приостановлению развитию атрофии;
- 3) электрофорез в сочетании с глюконатом кальция снимает гиперестезию в области обнаженных шеек зубов;
- 4) аутомассаж – 2 раза в день десну массировать в течение нескольких минут.

Все вышеперечисленные процедуры позволяют насыщать ткани пародонта кислородом, усиления притока крови и восстановления процессов обмена питательных веществ.

4.2.3. Ортопедическое лечение пародонтита может помочь, если зубы сохранились в зубном ряду, но уже подвижны. Шинирование в совокупности с интенсивной терапией предотвращает расшатывание и выпадение зубов.

4.2.4. Хирургическое лечение направлено на восстановление патологически измененной десны и костной ткани альвеолярного отростка. Различные остеозамещающие препараты, мембраны и подсадочные материалы подшиваются под десну. Через некоторое время материалы приживаются и начинают синтезировать костную ткань. При благоприятном

исходе есть шанс восстановить альвеолярный отросток и укрепить подвижные зубы.

4.3. Характеристика и особенности выполнения немедикаментозной помощи.

Немедикаментозная помощь направлена на устранение этиологических факторов – бактериальные биопленки и факторов, обеспечивающих ее аккумуляцию. При этом антисептики и местные антибиотики рассматриваются как дополнительные средства.

Для предотвращения пародонтоза необходимо:

1) витамины и минералы – необходимые для повышения иммунитета организма. «Больше сырых, твердых овощей и фруктов, меньше фастфуда» – главное правило здорового питания;

2) регулярные физические упражнения укрепляют тело, повышают иммунитет и благотворно влияют на состояние десен;

3) регулярная гигиена зубов (самостоятельная и профессиональная) и полости рта является очень важным составляющим в комплексе здорового пародонта.

4) для чистки зубов используют зубные щетки (электрощетки), которые при чистке зубов дополнительно массируют десна, усиливая кровоток и убирая мягкий налет, а профессиональная чистка предотвращает образование зубных камней;

5) при возникновении кровоточивости при чистке зубов нельзя прекращать гигиенические процедуры. Если кровоточивость не проходит в течение 3-4 дней, необходимо обратиться к врачу;

6) при возникновении ощущения острого края между пломбой и стенкой зуба, некорректности в ортопедических и ортодонтических конструкциях необходимо как можно быстрее обратиться к лечащему стоматологу;

7) тщательно обращать внимание на состояние своих внутренних органов, т.к. у людей, больных пародонтозом, почти всегда обнаруживаются тяжелые системные болезни.

4.4. Диспансерный учет у стоматолога.

После проведенного лечения необходимо динамическое наблюдение – 2 раза в течение первого года. В дальнейшем - 1 раз в год с проведением контрольной рентгенографии.

V. РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОТОКОЛА

5.1. Примерный табель оснащения рабочего места врача-стоматолога-терапевта:

- 1) установка стоматологическая;
- 2) кресло стоматологическое;
- 3) слюноотсос;
- 4) мебель стоматологическая для хранения инструментария и

материалов (комплект);

- 5) светильники стоматологические;
- 6) столик стоматологический;
- 7) стул стоматолога;
- 8) стул для ассистента стоматолога;
- 9) камера для поддержания стерильности;
- 10) облучатель бактерицидный;
- 11) аппарат для ультразвуковой очистки инструментов;
- 12) тестер для определения жизнедеятельности пульпы;
- 13) аппарат для снятия (удаления) зубного камня с помощью ультразвука (скейлер);
- 14) диатермокоагулятор стоматологический;
- 15) лампа фотополимерная;
- 16) емкости для дезрастворов.

5.2. Примерный перечень стоматологических материалов и инструментов, необходимых для работы врача-стоматолога-терапевта:

- 1) набор инструментов стоматологических (лоток, зеркало, шпатель, пинцет стоматологический, зонд стоматологический, экскаваторы, гладилки, штопферы);
- 2) стекла стоматологические для замешивания;
- 3) артикуляционная бумага;
- 4) турбинный наконечник;
- 5) угловой наконечник;
- 6) стальные боры для углового наконечника;
- 7) алмазные боры для турбинного наконечника для препарирования твердых тканей зубов;
- 8) алмазные боры для углового наконечника для препарирования твердых тканей зубов;
- 9) твердосплавные боры для турбинного наконечника;
- 10) твердосплавные боры для углового наконечника;
- 11) дискодержатели для углового наконечника для полировочных дисков;
- 12) резиновые полировочные головки;
- 13) полировочные щеточки;
- 14) полировочные диски;
- 15) штрипсы металлические разной степени зернистости;
- 16) штрипсы пластиковые;
- 17) ретракционные нити;
- 18) перчатки одноразовые;
- 19) маски одноразовые;
- 20) слюноотсосы одноразовые
- 21) очки для работы с гелиолампой;
- 22) карпульный шприц;
- 23) иглы к карпульному шприцу;
- 24) цветовая шкала;
- 25) материалы для повязок и временных пломб;

- 26) композиционные материалы химического отверждения;
- 36) жидкотекучие композиты;
- 37) материалы для лечебных и изолирующих прокладок;
- 38) адгезивные системы для светоотверждаемых композитов;
- 39) адгезивные системы для композитов химического отверждения;
- 40) антисептики для медикаментозной обработки полости рта и кариозной полости;
- 41) композиционный поверхностный герметик, постбондинг;
- 42) абразивные пасты, не содержащие фтор для очищения поверхности зуба;
- 43) пасты для полирования пломб и зубов;
- 44) лампы для фотополимеризации композита;
- 45) аппарат для электроодонтодиагностики;
- 46) межзубные клинья;
- 47) матрицы металлические;
- 48) матрицы стальные контурированные;
- 49) матрицы прозрачные;
- 50) матрицедержатель;
- 51) матричная фиксирующая система;
- 52) пистолет-аппликатор для капсульных композитных материалов;
- 53) аппликаторы;
- 54) средства для обучения пациента гигиене полости рта (зубные щетки, пасты, нити, держатели для зубных нитей);
- 55) высокоскоростной наконечник (угловой) для турбинных боров;
- 56) стандартные ватные валики;
- 57) бокс для стандартных ватных валиков;
- 58) фартуки для пациента;
- 59) бумажные блоки для замешивания;
- 60) ватные шарики для высушивания кариозных полостей;
- 61) материалы для лечебных и изолирующих прокладок;
- 62) апекслокатор;
- 63) триммеры десневого края;
- 64) таблетки для окрашивания зубов при гигиенических мероприятиях;
- 65) аппарат для диагностики кариеса;
- 66) инструменты для создания контактных пунктов;
- 67) боры для фиссуротомии;
- 68) защитные очки, щиток.

VI. ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

6.1. Возможные результаты:

Наименование стабилизации процесса	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Этапность оказания медицинской помощи
Компенсаторная функция	40	Восстановление внешнего вида десны (уменьшение обнажения шеек зубов)	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 или поражений или осложнений проводимой терапией	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по локальному протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	5	Рецидив пародонтита, его прогрессирование	При отсутствии поддерживающего пародонтологического лечения	Оказание медицинской помощи по локальному протоколу соответствующего заболевания

6.2. Критерии эффективности лечения:

- 1) стабилизация дистрофически-воспалительного процесса;
- 2) дальнейшее прогрессирование генерализованного пародонтита.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конституция Донецкой Народной Республики.
2. Закон Донецкой Народной Республики «О здравоохранении».
3. Приказ МЗ ДНР от 20.08.2016 № 012.1/286 «Об утверждении Порядка дачи и оформления добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».
4. Приказ МЗ ДНР от 31.01.2019 № 154 «Об утверждении состава экспертного совета и рабочих групп по разработке медико-технологических

документов по стандартизации медицинской помощи в системе министерства здравоохранения Донецкой народной Республики»;

5. Приказ МЗ ДНР от 21.12.2015 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».

6. Приказ МЗ ДНР от 27.12.2018 № 2409 «Об утверждении плана-графика разработки проектов медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики на 2019год».

7. Приказ МЗ ДНР от 27.01.2016 № 100 «Об утверждении Методики разработки и внедрения локальных протоколов оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики».

8. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 09.11.2015 № 012.1/523 «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения».

9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 09.04.2015 № 012.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников Донецкой Народной Республики».

10. МКБ-10, Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, в 3-х томах - М., 2003. – 2440 с.

11. Протокол ведения больных «Болезни периапикальных тканей». – М.: Медицинская книга, 2011 – 116 стр.

12. Протокол ведения больных «Болезни пульпы зуба». – М.: Медицинская книга, 2011 – 104 стр.

13. Аболмасов Н.Н. Избирательная пришлифовка зубов. – Смоленск, 2004. – 80 с.

14. Барер М. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 ч. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Ч.2. – Болезни пародонта. – 224 с.: 236 ил.

15. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология под редакцией. – М., 2003

16. Безрукова И.В., Грудянов А.И. Агрессивные формы пародонтита. – М.: МИА.126 с.

17. Безрукова А.П. Пародонтология. – М., 1999. – 332 с.

18. Боттичелли А.Т. Руководство по стоматологической гигиене. – Издательский дом «Азбука», 2006. – 216 с., ил.

19. Грудянов А.И. Заболевания пародонта. – М.: Издательство «Медицинское информационное агентство», 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. Детьенвиль 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. Иванов В.С. Заболевания пародонта. – М.: МИА, 1998. – 295 с.

28. Кузьмина Э.М. Гигиенист стоматологический. – ООО «Ридо Н.Н.», 2012. – 416 с.

29. Копейкин В.Н. Ортопедическое лечение заболеваний пародонта. - М.: Триада-Х, 2004. – 174 с.

30. 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.

31. Ньюман М, Винкельхофф А. Антимикробные препараты в стоматологической практике. – Издательский дом «Азбука», 2004. – 328 с.

32. Мюллер Х. – П. Пародонтология. Науч.ред. изд. На русск. яз. проф. А.М. Политун. Пер. с нем. – Львов: ГалДент, 2004. – 256 с.

33. Ортопедическая стоматология: Учебник / Под ред. В.Н. Копейкина, М.З. Миргазизова. – Изд. 2-е, доп. – М.: Медицина, 2001. – 624 с.

34. Сивовол С.И. Клинические аспекты пародонтологии. М. – 2001. – 166 с.

35. Цепов Л.М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему. – М., 2006. – 192 с.

36. 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.

37. Улитовский С.Б. Практическая гигиена полости рта. М., 2002.

38. Янушевич О.О., Гринин В.М., Почтаренко В.А., Рунова С. и др. Заболевания пародонта. Современный взгляд на клинко – диагностические лечебные аспекты: уч. пос., рекомендованное УМО Минздравсоцразвития РФ и Минобразования РФ / под ред. О.О. Янушевича. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 160 с.

Директор
Департамента организации
оказания медицинской помощи

Н.Г. Подольская

ОДОБРЕНО

Экспертным советом по стандартизации
медицинской помощи в системе
Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики

Приложение 1
к Унифицированному
клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Пародонтоз»
(пункт 4.2)

Алгоритм профессиональной гигиены рта и зубов

Этапы профессиональной гигиены:

- 1) обучение пациента индивидуальной гигиене рта;
- 2) удаление над- и поддесневых зубных отложений;
- 3) полировка поверхностей зубов, в том числе и поверхностей корней;
- 4) устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета;
- 5) аппликации реминерализирующих и фторидсодержащих средств (за исключением районов с высоким содержанием фтора в питьевой воде);
- 6) 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:

- 1) удаление зубного камня проводить с аппликационным обезболиванием;
- 2) провести антисептическую обработку полости рта раствором антисептика;
- 3) изолировать обрабатываемые зубы от слюны;
- 4) 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. Фторсодержащие

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.

Приложение 2
к Унифицированному
клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Пародонтоз»
(пункт 4.2)

Алгоритм обучения гигиене полости 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).

Приложение 3
к Унифицированному
клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Пародонтоз»
(пункт 4.2)

Алгоритм контролируемой чистки зубов

Первое посещение:

1) обработка зубов пациента окрашивающим средством, определение гигиенического индекса, демонстрация пациенту с помощью зеркала мест наибольшего скопления зубного налета;

2) чистка зубов пациентом в его обычной манере;

3) 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;

4) 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:

1) определение гигиенического индекса, при неудовлетворительном уровне гигиены рта - повторение процедуры;

2) пациента инструктируют о необходимости являться на профилактический осмотр к врачу не реже 1 раза в полгода.

Приложение 4
к Унифицированному
клиническому
протоколу стоматологической
терапевтической
помощи взрослому населению
«Пародонтоз»
(пункт 4.2)

Общие рекомендации по подбору средств гигиены в зависимости от
стоматологического статуса пациента

Контингент пациентов	Рекомендуемые средства гигиены
Население районов с содержанием фторида в питьевой воде менее 1 мг/л. Наличие у пациента очагов деминерализации мши, гипоплазии	Зубная щетка мягкая или средней жесткости, противокариозные зубные пасты — фторид- и кальцийсодержащие (соответственно возрасту), зубные нити (флоссы), фторидсодержащие ополаскиватели
Население районов с содержанием фторида в питьевой воде более 1 мг/л. Наличие у пациента проявлений флюороза	Зубная щетка мягкая или средней жесткости, зубные пасты, не содержащие фторид, кальцийсодержащие; зубные нити (флоссы), не пропитанные фторидами, ополаскиватели, не содержащие фторид
Наличие у пациента воспалительных заболеваний пародонта (в период обострения)	Зубная щетка с мягкой щетиной, противовоспалительные зубные пасты (с лекарственными травами, антисептиками*, солевыми добавками), зубные нити (флоссы), ополаскиватели с противовоспалительными компонентами * Примечание: рекомендуемый курс использования зубных паст и ополаскивателей с антисептиками — 7— 10 дней
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

Контингент пациентов	Рекомендуемые средства гигиены
Наличие у пациента в полости рта брекет-систем	Зубная щетка ортодонтическая средней жесткости, противокариозные и противовоспалительные зубные пасты, 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 Примечание: зубные щетки с ровной подстрижкой щетины использовать не рекомендуется вследствие их 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)

Примечание: во время второго посещения пациентом врача-стоматолога с целью закрепления полученных навыков проводится контролируемая чистка зубов.