КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ)

ПРИ ДИАГНОЗЕ ГИНГИВИТ

Утверждены Постановлением № 18 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, актуализированы 02 августа 2018 года

Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Гингивит» разработаны Московским Государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ (Янушевич О.О., Кузьмина Э.М., Максимовский Ю.М., Малый А.Ю., Дмитриева Л.А., Ревазова З.Э, Почтаренко В.А., Эктова А.И.) и Центральным научно-исследовательским институтом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Минздрава РФ (Вагнер В.Д., Грудянов А.И., Смирнова Л.Е.).

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

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

II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящих Клинических рекомендациях использованы ссылки на следующие документы:

- Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.97 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).
- Приказ Минздравсоцразвития России №1664н от 27 декабря 2011г. Об утверждении номенклатуры медицинских услуг.
- Федеральный закон от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).

III.ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящих Клинических рекомендациях использованы следующие обозначения и сокращения**:**

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

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

IV. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

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

Область распространения настоящих Клинических рекомендаций — стоматологические медицинские организации.

В настоящих Клинических рекомендациях используется шкала убедительности доказательств данных:

A) Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению.

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

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

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

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

V. ВЕДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ)

Ведение Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Гингивит» осуществляется Московским государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова Минздрава России). Система ведения предусматривает взаимодействие Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова со всеми заинтересованными организациями.

VI. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

В общей структуре оказания медицинской помощи больным в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля это заболевание встречается у лиц разного возраста и составляет до 90% от общего числа обращений. Гингивит при несвоевременном и/или неправильном лечении и прогрессировании процесса может стать причиной развития пародонтита, гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, потери зубов. Рот пациентов с данным заболеванием представляет собой источник интоксикации и инфекционной сенсибилизации организма.

Несвоевременное лечение гингивита приводит к развитию патологических процессов и как следствие к удалению зубов, что в свою очередь обусловливает возникновение вторичных деформаций зубных рядов и патологии височно-нижнечелюстного сустава. Гингивит непосредственным образом влияет на здоровье и качество жизни пациента и может быть проявлением соматической патологии.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Гингивит - воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов, нередко их сочетанием, протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Воспалительный процесс в пародонте является результатом его реакции на различные раздражители. Основным этиологическим фактором в развитии гингивита является микробная биопленка как результат, неудовлетворительной гигиены рта. Также в этиопатогенезе данной патологии принимают участие следующие факторы: химические вещества (ингредиенты пломбировочных материалов, мышьяковистая паста), механические воздействия (острая или хроническая травма зуба, перемещение зубов при ортодонтическом лечении), зубочелюстные деформации, вредные привычки, снижение резистентности организма, гормональные изменения, профессиональные заболевания, болезни крови, стресс, прием лекарственных препаратов.

Воспалительный процесс в пародонте, как и в других соединительных тканях организма, протекает по общим закономерностям.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.

Клиническая картина гингивита характеризуется многообразием и зависит от степени выраженности воспалительного процесса и его распространенности.

Заболевание может протекать бессимптомно и зависит от характера поражения десны (генерализованное или локализованное) и течения (острое или хроническое). Местные проявления: кровоточивость десны при чистке зубов, неприятный запах изо рта, изъязвления, гипертрофия маргинальной десны, скопление мягкого зубного налета на зубах, В анамнезе такие больные обычно указывают на кровоточивость дёсен продолжительностью от нескольких недель до нескольких лет. При осмотре могут обнаруживаться: зубные отложения как мягкие, так и твердые, кариозные полости, дефекты пломб, некачественные ортопедические конструкции, разрушенные коронковые части зубов, деформации зубных рядов, патология прикуса.

При гингивите не нарушается целостность зубодесневого прикрепления, однако за счет отека десны, увеличения ее объема может создаваться «углубление» десневой борозды.

КЛАССИФИКАЦИЯ ГИНГИВИТА по МКБ-10.

К05 ГИНГИВИТ И БОЛЕЗНИ ПАРОДОНТА

Включена: болезнь беззубого альвеолярного края

К05.0 Острый гингивит

К05.00 Острый стрептококковый гингивостоматит

К05.08 Другой уточненный острый гингивит

К05.09 Острый гингивит неуточненный

К05.1 Хронический гингивит

К05.10 Простой маргинальный

К05.11 Гиперпластический

К05.12 Язвенный

Исключен: некротизирующий язвенный гингивит (А69.10)

К05.13 Десквамативный

К05.18 Другой уточненный хронический гингивит

К05.19 Хронический гингивит неуточненный

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ГИНГИВИТА

Диагностика гингивита проводится путем сбора анамнеза, клинического осмотра и проведения дополнительных методов обследования и направлена на определение состояния

тканей пародонта и показаний к лечению, а также на выявление в анамнезе факторов, которые препятствуют немедленному началу лечения. Такими факторами могут быть:

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

Главная задача при диагностике заключается в определении вида, формы, тяжести, характера течения и распространенности гингивита, выявлении общих и местных этиологических и патогенетических факторов. Зачастую проведение более тщательной диагностики требует привлечения специалистов других стоматологических специальностей (ортопедов, хирургов, ортодонтов), а также специалистов общего лечебного профиля. В зависимости от поставленного диагноза составляют план комплексного пародонтологического лечения.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГИНГИВИТА

Лечение гингивита должно быть комплексным. Индивидуальность подхода обусловлена особенностями этиологии и патогенеза заболевания у каждого больного, характером и степенью выраженности воспалительных изменений в тканях. План лечения составляют персонально для каждого пациента по принципу комплексной терапии, сочетающей местное лечение с общим воздействием на организм.

Принципы лечения больных с гингивитом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- устранение очага воспаления;
- лечение направлено на купирование процесса и предупреждение рецидива воспалительных изменений в тканях пародонта и возникновения осложнений;
- восстановление и сохранение функции зубочелюстной системы;
- предупреждение развития местных и общих осложнений;
- предупреждение негативного влияния на общее здоровье и качество жизни пациента.

Лечение гингивита включает:

- проведение профессиональной гигиены рта (под местной анестезией, при необходимости и отсутствии общих противопоказаний);
- антисептическая и антимикробная обработка рта;
- предупреждения образования на поверхности зубов микробной биопленки и ее удаления;
- удаление мягких и твердых назубных отложений;
- полирование поверхностей зуба;
- коррекция и контроль гигиены рта;
- при подозрении на наличие соматических заболеваний консультация и/или лечение у специалистов соответствующего профиля;
- санация рта;
- противовоспалительная терапия;
- назначение витаминов;
- обучение пациентов гигиене рта и мотивация к отказу от вредных привычек Стоматологи должны рекомендовать четырехступенчатую ежедневную схему гигиены с использованием щетки, зубной пасты, зубной нити и антимикробного ополаскивателя.

Ежедневное использование одобренных ополаскивателей с эфирными маслами и хлоргексидином для полости рта позволяет достичь значимого уменьшения образования зубного налета, что ведет к снижению риска возникновения воспалительных заболеваний пародонта среди широких групп населения. Применение ополаскивателей для полости рта, содержащих алкоголь может натолкнуться на этические и культурные барьеры со стороны некоторых групп населения. Для них рекомендуется использование ополаскивателей, не содержащих алкоголь.

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

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ГИНГИВИТОМ

Лечение пациентов с гингивитом проводится в стоматологических медицинских организациях. Как правило, лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

Оказание помощи больным с гингивитом осуществляется в основном врачами-стоматологами, врачами-стоматологами терапевтами, врачами-стоматологами ортопедами,

врачами ортодонтами, зубными врачами. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал, в том числе зубные техники и гигиенисты стоматологические.

VII. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

7.1. Модель пациента

Нозологическая форма: простой маргинальный гингивит

Фаза: стаби

льное течение

Стадия: любая

Осложнение: без осложнений

Условия оказания помощи: амбулаторно-поликлинические

Код по **МКБ-10:** К 05.10

7.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- десна отечна, цианотична и/или гиперемированна;
- кровоточивость десны в анамнезе и при осмотре;
- неудовлетворительная гигиена рта;
- мягкие и твердые назубные отложения;
- отсутствие пародонтальных карманов;
- кровоточивость и дискомфорт при чистке зубов;
- отсутствие рентгенологических признаков резорбции костной ткани;

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

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

7.1.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	**Наименование**	**Кратность выполнения**
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1

A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	По потребности
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	1
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	1
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	1
A06.07.007	Внутриротовая рентгенография вприкус	По потребности
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	По потребности
A06.07.004	Ортопантомография	По потребности
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	По потребности
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	Согласно алгоритму
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	Согласно алгоритму
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности

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

7.1.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

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

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

Сбор анамнеза

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

При сборе анамнеза заболевания уточняют, сколько лет пациент страдает этим заболеванием или когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение). Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта. Когда проводилась последняя и как часто проводилась профессиональная гигиена.

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

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

Необходимо проводить пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, которая проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений. При осмотре рта обращают внимание на глубину преддверия, характер прикрепления уздечек губ, языка, тяжей слизистой оболочки преддверия рта. Определяют состояние прикуса, аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем.

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

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, наличие или отсутствие болевой чувствительности при зондировании. Отмечают неправильно поставленные пломбы, ортопедические и ортодонтические конструкции, а также уровень ухода за протезами (удовлетворительный, неудовлетворительный). Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта.

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

См. приложение №2, приложение №6.

Из дополнительных методов обследования используют методы лучевой диагностики и микробиологическое исследование.

7.1.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	**Наименование**	**Кратность выполнения**
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область (анестезия)	Согласно алгоритму
A13.30.007	Обучение гигиене рта	Согласно алгоритму
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	Согласно алгоритму
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	По потребности
A16.07.020	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	Согласно алгоритму
A16.07.025	Избирательное пришлифовывание твердых тканей зубов	По потребности

A16.07.031	Восстановление зуба пломбировочными материалами с использованием анкерных штифтов	По потребности
A16.07.049	Повторная фиксация на постоянный цемент несъемных ортопедических конструкций	По потребности
A16.07.051	Профессиональная гигиена рта и зубов	Согласно алгоритму
A16.07.057	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	Согласно алгоритму
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	Согласно алгоритму

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

7.1.6 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная стоматологическая помощь направлена на устранение этиологических факторов болезней пародонта – микробной биопленки, зубных отложений и факторов, обеспечивающих их аккумуляцию с целью предупреждения развития воспалительных заболеваний пародонта и включает три основных компонента: обучение гигиене рта, контролируемая чистка зубов и профессиональная гигиена рта. См. Приложение 3.

Для устранения травмирующих факторов по показаниями и в плановом порядке проводят терапевтическое и ортопедическое лечение.

См. приложение №4.

7.1.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	**Кратность (продолжительность лечения)**
Противомикробные препараты для местного лечения заболеваний рта	Согласно алгоритму

Препараты для местной анестезии	Согласно алгоритму
Антисептики	Согласно алгоритму

7.1.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед проведением лечебных манипуляций по показаниям проводят анестезию (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая).

На сегодняшний день имеется довольно широкий выбор различных лекарственных средств, которые действуют на микроорганизмы, а также вирусы и споры. Основу в терапии гингивитов составляют антисептики. Их применяют в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций. Наиболее широко используют антисептики из группы галоидов (например, хлоргексидина биглюконат 0,06%), а также из группы окислителей и содержащих эфирные масла. Ежедневное использование ополаскивателя с фиксированной комбинацией эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат) значительно снижает риск развития гингивита. Дополнительно применяют лечебные зубные пасты на основе антисептиков и других противовоспалительных средств.

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

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

7.1.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Для индивидуальной гигиены используют мягкую зубную щетку, антисептики в течение 2 недель.

7.1.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Специальных требований нет.

7.1.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

См. Приложение №8.

7.1.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение №9.

7.1.14. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Гингивит» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующие выявленным заболеваниям и осложнениям.

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

а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего ведению простого маргинального гингивита;

б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.1.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преемственность и этапность оказания медицинской помощи
выздоровление	95%	Восстановление внешнего вида десны, отсутствие признаков воспаления	После лечения	Профилактические мероприятия не реже 2 раз в год
Развитие ятрогенных осложнений	1%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего забо-левания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	4%	Прогрессирование простого маргинального гингивита, переход его в	Через 6 мес после окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего забо-левания

		гиперпластическую форму, в язвенно-некротическую, в хронический пародонтит		

7.1.16. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Гингивит»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.2. Модель пациента

Нозологическая форма: Гиперпластический гингивит

Фаза: стабильное течение

Стадия: любая

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-10: *K05.11*

7.2.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- увеличение десны в объеме с образованием «ложных» карманов;

- глянцево-синюшная поверхность десны;

- изменение конфигурации десневых сосочков;

- кровоточивость десны в анамнезе и при осмотре

- мягкие и твердые назубные отложения;

- отсутствие пародонтальных карманов;

- неудовлетворительная гигиена рта;

- кровоточивость и дискомфорт при чистке зубов;

- отсутствие рентгенологических признаков резорбции костной ткани.

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

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

7.2.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A01.07.004	Перкуссия при патологии рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	Согласно алгоритму
A02.07.006	Определение прикуса	Согласно алгоритму
A02.07.007	Перкуссия зубов	По потребности
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	1
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	По потребности
A06.07.004	Ортопантомография	По потребности
A06.07.007	Внутриротовая рентгенография в прикус	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	По потребности
A09.07.005	Микроскопическое исследование отделяемого из рта на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым средствам	По потребности
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	Согласно алгоритму
A12.07.002	Компьютерная диагностика заболеваний пародонта с использованием электронных зондирующих устройств	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	Согласно алгоритму
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	Согласно алгоритму
B01.047.01	Прием(осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	По потребности
B01.001.01	Прием(осмотр, консультация) врача-гинеколога первичный	По потребности
B01.058.01	Прием(осмотр, консультация) врача эндокринолога первичный	По потребности

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

7.2.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

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

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

При диагностике гингивита необходимо исключить заболевания крови.

Сбор анамнеза

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

При сборе анамнеза заболевания уточняют, сколько лет пациент страдает этим заболеванием или когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение). Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за ртом. Когда проводилась последняя и как часто проводилась профессиональная гигиена.

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

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

Необходимо проводить пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, которая проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

При осмотре рта обращают внимание на глубину преддверия, характер прикрепления уздечек губ, языка, тяжей слизистой оболочки преддверия рта. Определяют состояние прикуса, аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем.

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

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании. Отмечают неправильно поставленные пломбы, ортопедические и ортодонтические конструкции, а также уровень ухода за протезами (удовлетворительный, неудовлетворительный).

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта.

Индексы гигиены рта определяют до лечения, и после обучения гигиене полости рта, с целью контроля. При оценке уровня гигиены учитывают: когда и сколько раз чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет, использует ли дополнительные средства гигиены. Контроль качества чистки зубов проводят с помощью индексов гигиены (индекс Greene- Vermillion, индекс Silness- Loe). Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтального индекса Рассела, индекс Мюллемана. См. приложение №2, приложение №6.

Из дополнительных методов обследования используют методы лучевой диагностики и микробиологическое исследование.

7.2.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	**Наименование**	**Кратность выполнения**
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область (анестезия)	Согласно алгоритму
A13.30.007	Обучение гигиене рта	Согласно алгоритму
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	Согласно алгоритму
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	По потребности
A16.07.020	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	Согласно алгоритму
A16.07.025	Избирательное пришлифовывание твердых тканей зубов	По потребности

A16.07.026	Гингивэктомия	Согласно алгоритму
A16.07.031	Восстановление зуба пломбировочными материалами с использованием анкерных штифтов	По потребности
A16.07.049	Повторная фиксация на постоянный цемент несъемных ортопедических конструкций	По потребности
A16.07.051	Профессиональная гигиена рта и зубов	Согласно алгоритму
A16.07.057	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	Согласно алгоритму
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму

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

7.2.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная стоматологическая помощь направлена на устранение этиологических факторов болезней пародонта: микробной биопленки, зубных отложений и факторов, обеспечивающих их аккумуляцию с целью предупреждения развития воспалительных заболеваний пародонта и включает три основных компонента: обучение гигиене рта, контролируемая чистка зубов и профессиональная гигиена рта.

См. приложение №3.

Для устранения травмирующих факторов по показаниям и в плановом порядке проводят терапевтическое и ортопедическое лечение. При необходимости проводят хирургическое лечение.

См. приложение №4, приложение №5, приложение №7.

7.2.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	**Кратность (продолжительность лечения)**

Противомикробные препараты для местного лечения заболеваний рта	Согласно алгоритму
Препараты для местной анестезии	Согласно алгоритму
Антисептики	Согласно алгоритму

7.2.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед проведением лечебных манипуляций по показаниям проводят анестезию (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая).

На сегодняшний день имеется довольно широкий выбор различных лекарственных средств, которые действуют на микроорганизмы, а также вирусы и споры. Основу в терапии гингивитов составляют антисептики. Они применяются в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций. Наиболее широко используются антисептики из группы галоидов (например, хлоргексидина биглюконат 0,06%), а также из группы окислителей и содержащих эфирные масла. Ежедневное использование ополаскивателя с фиксированной комбинацией эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат) значительно снижает риск развития гингивита. Дополнительно могут применяться лечебные зубные пасты на основе антисептиков и других противовоспалительных средств.

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

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

7.2.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Для индивидуальной гигиены использовать мягкую зубную щетку, антисептиков в течение 2 недель.

7.2.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Специальных требований нет.

7.2.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

См. Приложение №8.

7.2.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение №9.

7.2.14. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Гингивит» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующие выявленным заболеваниям и осложнениям.

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

а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего ведению гиперпластического гингивита;

б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.2.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преемственность и этапность оказания медицинской помощи
выздоровление	90%	Восстановление внешнего вида десны, отсутствие признаков воспаления	После лечения	Профилактические мероприятия не реже 2 раз в год
Стабилизация	4%	Отсутствие как положительной так и отрицательной динамики	После лечения	Профилактические мероприятия не реже 4 раз в год
Развитие ятрогенных осложнений	1%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего забо-левания

Развитие нового заболевания, связанного с основным	5%	Прогрессирование гиперпластического гингивита, переход его в язвенно-некротическую форму или в хронический пародонтит	Через 12 мес после окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.2.16. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Гингивит»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.3. Модель пациента

Нозологическая форма: Язвенный гингивит

Фаза: стабильное течение

Стадия: любая

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-10: К05.12

7.3.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- изъязвление десны на фоне валикообразного ее утолщения;
- болезненность при воздействии любых видов раздражителей;
- кровоточивость десны;
- неприятный запах изо рта
- утрачивается фестончатость десневых сосочков в участках поражения;
- неудовлетворительная гигиена рта;
- кровоточивость и дискомфорт при чистке зубов;
- назубные отложения;
- отсутствие рентгенологических признаков резорбции костной ткани.

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

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

7.3.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Наименование	Частота предоставления
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	Согласно алгоритму 1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	Согласно алгоритму
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	Согласно алгоритму
A02.07.006	Определение прикуса	По потребности
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	По потребности
A06.07.004	Ортопантомография	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	По потребности
A06.07.007	Внутриротовая рентгенография в прикус	По потребности
A09.0.005	Микроскопическое исследование отделяемого из полости рта на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым средствам	По потребности
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	Согласно алгоритму
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	Согласно алгоритму
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	Согласно алгоритму
B01.047.01	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	По потребности
B01.005.01	Прием (осмотр, консультация) врача-гематолога первичный	По потребности
B01.014.01	Прием(осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	По потребности

B01.008.01	Прием(осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	По потребности

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

7.3.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

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

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

При диагностике язвенного гингивита необходимо исключить заболевания крови и ВИЧ инфекцию.

Сбор анамнеза

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

При сборе анамнеза заболевания уточняют, сколько лет пациент страдает этим заболеванием или когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение). Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за ртом. Когда проводилась последняя и как часто проводилась профессиональная гигиена.

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

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

Необходимо проводить пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, которая проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений. При осмотре рта обращают внимание на глубину преддверия, характер прикрепления уздечек губ, языка, тяжей слизистой оболочки преддверия рта. Определяют состояние прикуса, аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем.

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

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании. Отмечают неправильно поставленные пломбы, ортопедические и ортодонтические конструкции, а также уровень ухода за протезами (удовлетворительный, неудовлетворительный).

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта.

При оценке уровня гигиены учитывают: когда и сколько раз чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет, использует ли дополнительные средства гигиены. Контроль качества чистки зубов проводят с помощью индексов гигиены (индекс Greene- Vermillion, индекс Silness- Loe). Индексы гигиены рта определяют до лечения, и после обучения гигиене полости рта, с целью контроля Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтального индекса Рассела, индекс Мюллемана. См. Приложение 2 Приложение 6

Из дополнительных методов обследования используют методы лучевой диагностики и микробиологическое исследование.

7.3.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	**Наименование**	**Кратность выполнения**
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область (анестезия)	По потребности
A13.30.007	Обучение гигиене рта	Согласно алгоритму

A14.07.003	Гигиена рта и зубов	Согласно алгоритму
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	Согласно алгоритму
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	По потребности
A16.07.020	Удаление наддесневых зубных отложений	Согласно алгоритму
A16.07.025	Избирательное пришлифовывание твердых тканей зубов	По потребности
A16.07.031	Восстановление зуба пломбировочными материалами с использованием анкерных штифтов	По потребности
A16.07.049	Повторная фиксация на постоянный цемент несъемных ортопедических конструкций	По потребности
A16.07.051	Профессиональная гигиена рта и зубов	Согласно алгоритму
A16.07.052	Восстановление зубов штифтовыми зубами	По потребности
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	Согласно алгоритму
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму

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

7.3.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная стоматологическая помощь направлена на устранение этиологических факторов болезней пародонта – микробной биопленки, зубных отложений и факторов, обеспечивающих их аккумуляцию с целью предупреждения развития воспалительных заболеваний пародонта и включает три основных компонента: обучение гигиене рта, контролируемая чистка зубов и профессиональная гигиена рта. См. Приложение 3

Для устранения травмирующих факторов по показаниями и в плановом порядке проводят терапевтическое и ортопедическое лечение. При необходимости проводят хирургическое лечение. См Приложение 4, Приложение 5, Приложение 7.

7.3.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	**Кратность (продолжительность лечения)**
Противомикробные препараты для местного лечения заболеваний рта	Согласно алгоритму
Препараты для местной анестезии	Согласно алгоритму
Антисептики	Согласно алгоритму

7.3.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед проведением лечебных манипуляций по показаниям проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая).

На сегодняшний день имеется довольно широкий выбор различных лекарственных средств, которые действуют на микроорганизмы, а также вирусы и споры. Основу в терапии гингивитов составляют антисептики. Они применяются в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций. Наиболее широко используются антисептики из группы галоидов (например, хлоргексидина биглюконат 0,06%), а также из группы окислителей и содержащих эфирные масла. Ежедневное использование ополаскивателя с фиксированной комбинацией эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат) значительно снижает риск развития гингивита. Дополнительно могут применяться лечебные зубные пасты на основе антисептиков и других противовоспалительных средств.

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

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

7.3.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Для индивидуальной гигиены использовать мягкую зубную щетку, антисептиков в течение 2 недель.

7.3.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Специальных требований нет.

7.3.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

См. Приложение №8.

7.2.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение №9.

7.3.14. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Гингивит» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующие выявленным заболеваниям и осложнениям.

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

а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего ведению язвенного гингивита;

б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.3.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преемственность и этапность оказания медицинской помощи
выздоровление	95%	Восстановление внешнего вида десны, отсутствие признаков воспаления	После лечения	Профилактические мероприятия не реже 2 раз в год
Развитие ятрогенных осложнений	1%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например,	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего забо-левания

		аллергические реакции)		
Развитие нового заболевания, связанного с основным	4%	Прогрессирование процесса	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.3.16. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Гингивит»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.4. Модель пациента

Нозологическая форма: десквамативный гингивит

Фаза: стабильное течение

Стадия: любая

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-10: К05.13

7.4.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- преимущественное поражение вестибулярной десны;
- багровая, блестящая поверхность десны в зоне поражения;
- участки десквамации эпителия;
- наличие папул и пузырьков, пузырей;
- отек десны;
- кровоточивость и дискомфорт при чистке зубов;
- выраженная чувствительность к приему кислой, острой и горячей пище;
- неудовлетворительная гигиена рта;
- назубные отложения;
- отсутствие десневых карманов;

- отсутствие рентгенологических признаков резорбции костной ткани.

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

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

7.4.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	**Наименование**	**Частота предоставления**
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	1
A02.07.006	Определение прикуса	По потребности
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	По потребности
A06.07.004	Ортопантомография	По потребности
A06.07.007	Внутриротовая рентгенография в прикус	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	По потребности
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	Согласно алгоритму
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	По потребности
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности
B01.047.01	Прием(осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	По потребности
B01.005.01	Прием(осмотр, консультация) врача-гематолога первичный	По потребности
B01.014.01	Прием(осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	По потребности
B01.008.01	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	По потребности

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

7.4.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

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

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

При диагностике десквамативного гингивита необходимо исключить заболевания крови.

Сбор анамнеза

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

При сборе анамнеза заболевания уточняют, сколько лет пациент страдает этим заболеванием или когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение). Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за ртом. Когда проводилась последняя и как часто проводилась профессиональная гигиена.

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

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

Необходимо проводить пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, которая проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

При осмотре рта обращают внимание на глубину преддверия, характер прикрепления уздечек губ, языка, тяжей слизистой оболочки преддверия рта. Определяют состояние прикуса, аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем. Обращают внимание на клинико-морфологические признаки.

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

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании. Отмечают неправильно поставленные пломбы, ортопедические и ортодонтические конструкции, а также уровень ухода за протезами (удовлетворительный, неудовлетворительный).

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта.

При оценке уровня гигиены учитывают: когда и сколько раз чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет, использует ли межзубные средства гигиены. Контроль качества чистки зубов проводят с помощью индексов гигиены (индекс Greene- Vermillion, индекс Silness- Loe). Индексы гигиены рта определяют до лечения, и после обучения гигиене полости рта, с целью контроля. Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтального индекса Рассела, индекс Мюллемана. См. Приложение №2, приложение №6.

Из дополнительных методов обследования используют методы лучевой диагностики и микробиологическое исследование.

7.4.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	**Наименование**	**Кратность выполнения**
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	Согласно алгоритму

A13.30.007	Обучение гигиене рта	Согласно алгоритму
A14.07.003	Гигиена рта и зубов	Согласно алгоритму
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	Согласно алгоритму
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	По потребности
A16.07.020	Удаление наддесневых зубных отложений	Согласно алгоритму
A16.07.025	Избирательное пришлифовывание твердых тканей зубов	По потребности
A16.07.031	Восстановление зуба пломбировочными материалами с использованием анкерных штифтов	По потребности
A16.07.049	Повторная фиксация на постоянный цемент несъемных ортопедических конструкций	По потребности
A16.07.051	Профессиональная гигиена рта и зубов	Согласно алгоритму
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	Согласно алгоритму
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму

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

7.4.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная стоматологическая помощь направлена на устранение этиологических факторов болезней пародонта – микробной биопленки, зубных отложений и факторов, обеспечивающих их аккумуляцию с целью предупреждения развития воспалительных заболеваний пародонта и включает три основных компонента: обучение гигиене рта, контролируемая чистка зубов и профессиональная гигиена рта.

См. Приложение №3

Для устранения травмирующих факторов по показаниями и в плановом порядке проводят терапевтическое и ортопедическое лечение. При необходимости проводят хирургическое лечение.

См. приложение №4, приложение №5, приложение №7.

7.4.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Противомикробные препараты для местного лечения заболеваний рта	Согласно алгоритму
Препараты для местной анестезии	Согласно алгоритму
Антисептики	Согласно алгоритму

7.4.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед проведением лечебных манипуляций по показаниям проводят анестезию (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая).

На сегодняшний день имеется довольно широкий выбор различных лекарственных средств, которые действуют на микроорганизмы, а также вирусы и споры. Основу в терапии гингивитов составляют антисептики. Они применяются в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций. Наиболее широко используются антисептики из группы галоидов (например, хлоргексидина биглюконат 0,06%), а также из группы окислителей и содержащих эфирные масла. Ежедневное использование ополаскивателя с фиксированной комбинацией эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат) значительно снижает риск развития гингивита. Дополнительно могут применяться лечебные зубные пасты на основе антисептиков и других противовоспалительных средств.

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

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

7.4.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Для индивидуальной гигиены использовать мягкую зубную щетку, антисептиков в течение 2 недель.

7.4.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Специальных требований нет.

7.4.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

См. Приложение №8.

7.4.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение №9.

7.4.14. ***Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Гингивит» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)***

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующие выявленным заболеваниям и осложнениям.

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

а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего ведению десквамативного гингивита;

б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения) с выявленным заболеванием или синдромом.

7.4.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преемственность и этапность оказания медицинской помощи
выздоровление	90%	Восстановление внешнего вида десны, отсутствие признаков воспаления	После лечения	Профилактические мероприятия не реже 2 раз в год
Стабилизация	4%	Отсутствие как положительной так и отрицательной динамики	После лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие ятрогенных осложнений	1%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например,	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

		аллергические реакции)		
Развитие нового заболевания, связанного с основным	5%	Прогрессирование процесса	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего забо-левания

7.4.16. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Гингивит»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

VIII. ГРАФИЧЕСКОЕ, СХЕМАТИЧЕСКОЕ И ТАБЛИЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ) «ГИНГИВИТ»

Не требуется.

IX. МОНИТОРИРОВАНИЕ (при необходимости)

Критерии и методология мониторинга и оценки эффективности выполнения клинических рекомендаций (протоколов лечения) «гингивит»

Мониторирование проводится на всей территории Российской Федерации.

Перечень медицинских организаций, в которых проводится мониторирование данного документа, определяется ежегодно организацией, ответственной за мониторирование. Медицинская организация информируется о включении в перечень по мониторированию Клинических рекомендаций (протоколов лечения) письменно.

Мониторирование включает в себя:

- сбор информации: о ведении пациентов с кариесом зубов в стоматологических медицинских организациях;
- анализ полученных данных;
- составление отчета о результатах проведенного анализа;
- представление отчета группе разработчиков данных Клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Исходными данными при мониторировании являются:

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

- тарифы на медицинские услуги;
- тарифы на стоматологические материалы и лекарственные средства.

При необходимости при мониторировании Клинических рекомендаций (протоколов лечения) могут быть использованы иные документы.

В стоматологических медицинских организациях, определенных перечнем по мониторированию, раз в полгода на основании медицинской документации составляется карта пациента (см. приложение №12) о лечении пациентов с заболеванием пульпы зуба, соответствующих моделям пациента в данных Клинических рекомендациях (протоколов лечения).

В анализируемые, в процессе мониторинга, показатели входят: критерии включения и исключения из Клинических рекомендаций (протоколов лечения), перечни медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортимента, перечни лекарственных средств обязательного и дополнительного ассортимента, исходы заболевания, стоимость выполнения медицинской помощи по Клиническим рекомендациям (протоколов лечения)

и др.

Принципы рандомизации

В данных Клинических рекомендациях (протоколов лечения) рандомизация (лечебных учреждений, пациентов и т. д.) не предусмотрена.

Порядок оценки и документирования побочных эффектов и развития осложнений

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

Порядок исключения пациента из мониторирования

Пациент считается включенным в мониторирование при заполнении на него Карты пациента. Исключение из мониторирования проводится в случае невозможности продолжения заполнения Карты (например, неявка на врачебный прием) (см. приложение №12). В этом случае Карта направляется в организаццию, ответственное за мониторирование, с отметкой о причине исключения пациента из Клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Промежуточная оценка и внесение изменений в клинических рекомендаций (протоколов лечения)

Оценка выполнения Клинических рекомендаций (протоколов лечения) проводится один раз в год по результатам анализа сведений, полученных при мониторировании.

Внесение изменений в Клинических рекомендаций (протоколов лечения) проводится в случае получения информации:

а) о наличии в Клинических рекомендаций (протоколов лечения) требований, наносящих урон здоровью пациентов,
б) при получении убедительных данных о необходимости изменений требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения) обязательного уровня. Решение об изменениях принимается группой разработчиков.

Параметры оценки качества жизни при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

Для оценки качества жизни пациента с заболеванием пульпы зубов, соответствующей моделям Клинических рекомендаций (протоколов лечения), используют аналоговую шкалу (см. приложение №10).

Оценка стоимости выполнения клинических рекомендаций (протоколов лечения) и оценки качества

Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

Сравнение результатов

При мониторировании Клинических рекомендаций (протоколов лечения) ежегодно проводится сравнение результатов выполнения его требований, статистических данных, показателей деятельности медицинских организаций.

Порядок формирования отчета

В ежегодный отчет о результатах мониторирования включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, предложения по актуализации Клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Отчет представляется в группу разработчиков данных клинических рекомендаций.

Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати

Приложение №1

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Гингивит»

ПЕРЕЧЕНЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ, ИНСТРУМЕНТОВ И ОБОРУДОВАНИЯ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ РАБОТЫ ВРАЧА

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ АССОРТИМЕНТ

1. установка стоматологическая
2. лоток универсальный стоматологический для смотрового набора
3. стекла стоматологические для замешивания
4. блоки бумажные для замешивания
5. зонд-эксплорер двусторонний
6. зонд для фуркаций – зонд Набера
7. зонд пародонтологический
8. скейлер серповидный (с прямым лезвием; с изогнутым лезвием)
9. скейлер мотыгообразные
10. кюреты универсальные
11. кюреты зоноспецифические - кюреты Грейси:
    - а - Грейси 1/2 – для вестибулярных и оральных поверхностей фронтальных зубов;
    - б - Грейси 3/4 – для вестибулярных и оральных поверхностей фронтальных зубов;

в - Грейси 5/6 – для вестибулярных и оральных поверхностей фронтальных зубов и премоляров;

г - Грейси 7/8 – для вестибулярных и оральных поверхностей моляров и премоляров;

д - Грейси 9/10 – для вестибулярных и оральных поверхностей моляров и труднодоступных участков поверхности корня;

е - Грейси 11/12 – для мезиальных поверхностей моляров и премоляров;

ж - Грейси 13/14 – для дистальных поверхностей моляров и премоляров;

з - Грейси 15/16 – для мезиальных поверхностей моляров;

и - Грейси 17/18 – для дистальных поверхностей моляров.

12. кюреты Грейси Turgeon
13. кюреты Грейси After Five
14. кюреты Грейси Mini Five
15. кюреты Грейси Mini-Micro
16. кюреты Vision
17. кюреты фуркационные
18. кюреты Лангера
19. кюреты алмазные Diamond Tec
20. имплакер
21. аппарат ультразвуковой пьезоэлектрического типа
22. насадки различные по форме и размеру для звуковых и ультразвуковых приборов
23. скальпель (различные по форме и дизайну ручки скальпеля)
24. лезвие для скальпеля
25. распатор
26. микрораспатор
27. кюреты хирургические

    а - Кюрета PR1/2 Prichard;

    б - Кюрета KRA-1 Kramer медиальная;

    в - Кюрета KRA-2 Kramer дистальная;

    г - Кюрета 3/4 Kramer-Nevins;

    д - Кюрета 4K/5K Kirkland
28. ножницы
29. микро-ножницы
30. нож пародонтологический
31. пинцет
32. пинцет атравматичный
33. микро-пинцет
34. щипцы для маркировки пародонтального кармана
35. ретрактор
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. экран защитный
53. шприцы одноразовые
54. шприц карпульный
55. анестетики для карпульного шприца
56. иглы для карпульного шприца
57. материал для повязок и временных пломб
58. антисептики для медикаментозной обработки полости рта или пародонтальных карманов
59. паста абразивная, не содержащая фтор для очищения поверхности зуба
60. паста для полирования пломб и зубов
61. средства для обучения пациента индивидуальной гигиене рта (зубные щетки, пасты, зубные нити, интердентальные ершики)
62. таблетки для окрашивания зубов при гигиенических мероприятиях
63. фартук для пациента

Дополнительный ассортимент:

1. дискодержатель для углового наконечника для полировочных дисков
2. нити ретракционные
3. головки карборундовые для прямого наконечника
4. головки алмазные для прямого наконечника
5. диски алмазные
6. очки для работы с гелио-лампой
7. шкала цветовая
8. цемент стеклоиономерный
9. материалы композитные химического отверждения
10. материалы композитные светового отверждения
11. системы адгезивные для светоотверждаемых композитов
12. системы адгезивные системы для композитов светового отверждения
13. гель протравочный на основе 35-38% ортофосфорной кислоты
14. лампа для фотополимеризации композита
15. аппарат для электроодонтодиагностики
16. аппарат для диагностики кариеса
17. клинья межзубные деревянные
18. клинья межзубные прозрачные
19. матрицедержатель

20. система матричная фиксирующая
21. инструменты для создания контактных пунктов на молярах и премолярах
22. пистолет-аппликатор для капсульных композитных материалов
23. аппликаторы
24. штифты анкерные
25. развертки к анкерным штифтам
26. микромотор
27. диски карборундовые
28. ложки стандартные слепочные (оттискные)
29. масса альгинатная слепочная (оттискная)
30. проволока кламмерная
31. полиры для прямого наконечника
32. гипс простой
33. шпатель для замешивания альгинатных слепочных (оттискных) материалов и гипса
34. чашка резиновая
35. цинкфосфатный цемент для постоянной фиксации несъемных конструкций
36. цемент для временной фиксации несъемных конструкций
37. коронкосбиватель
38. 2% раствор метиленового синего
39. валики стандартные ватные
40. бокс для стандартных ватных валиков
41. типсы для изоляции протоков околоушных слюнных желез
42. элеваторы различные по форме и размеру
43. ложка кюретажная
44. фреза зуботехническая
45. пластмасса самотвердеющая
46. аппарат звуковой
47. аппарат ультразвуковой магнитострикционного типа
48. аппараты порошкоструйные (воздушно-абразивные системы)

    а - отдельным блоком;

    б - в виде специального наконечника, который подключается к стоматологической установке;

    в - в виде аппарата, сочетающего в себе пескоструйный и ультразвуковой методы.
49. порошок для порошкоструйных аппаратов

Приложение №2

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Гингивит»

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДБОРУ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ РТА ПАЦИЕНТАМ С ГИНГИВИТОМ

ФОРМЫ ГИНГИВИТА	**РЕКОМЕНДУЕМЫЕ СРЕДСТВА ГИГИЕНЫ РТА**
Острый гингивит	Зубная щетка с мягкой щетиной; лечебно-профилактические зубные пасты и не содержащие спирта ополаскиватели с антисептиками. При необходимости длительного ежедневного использования рекомендуются ополаскиватели с фиксированной комбинацией эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат)
Хронический гингивит	
Простой маргингальный	Зубная щетка с мягкой щетиной; лечебно-профилактические зубные пасты и не содержащие спирта ополаскиватели с экстрактами лекарственных растений или содержащими фиксированную комбинацию эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат), антиоксидантами, антисептиками (курсовое применение – до 14 дней); зубные нити; ирригаторы (в режиме «душа»); бальзамы и тоники для десен
Гиперпластический	Зубная щетка с мягкой или очень мягкой щетиной; лечебно-профилактические зубные пасты и спиртосодержащие ополаскиватели с экстрактами лекарственных растений или содержащими фиксированную комбинацию эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат); зубные эликсиры (по 30-50 капель на стакан воды); ирригаторы (в режиме слабого «душа»); бальзамы и тоники для десен. Не рекомендуется использовать: зубные нити, суперфлоссы, зубные ершики, электрические зубные щетки, жевательные резинки
Язвенный	Зубная щетка с мягкой или очень мягкой щетиной; зубные пасты и не содержащие спирта ополаскиватели с экстрактами лекарственных растений или содержащими фиксированную комбинацию эфирных масел (тимол, ментол, эвкалиптол, метилсалицилат), препаратами хлорофила

Приложение №3

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Гингивит»

Контролируемая чистка зубов

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

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

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

Алгоритм обучения гигиене рта

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

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

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

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

Завершают чистку круговыми движениями зубной щетки при сомкнутых челюстях, осуществляя массаж десен.

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

Индивидуальный подбор средств гигиены рта осуществляется с учетом стоматологического статуса пациента (состояния твердых тканей зубов и тканей пародонта, наличия зубочелюстных аномалий, съемных и несъемных ортодонтических и ортопедических конструкций) (Приложение 2).

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

Алгоритм контролируемой чистки зубов

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

Первое посещение

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

— Чистка зубов пациентом в его обычной манере.

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

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

Следующее посещение

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

Алгоритм профессиональной гигиены рта и зубов

Этапы профессиональной гигиены:

— обучение пациента индивидуальной гигиене рта;

— контролируемая чистка зубов

— удаление зубных отложений;

— полирование поверхностей зубов;

— устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета;

— аппликации реминерализирующих и фторсодержащих средств;

— мотивация пациента к профилактике и лечению стоматологических заболеваний.

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

— провести обработку рта раствором антисептика;

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

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

Необходимо устранить факторы, способствующие скоплению зубного налета: удалить нависающие края пломб, провести повторное полирование пломб.

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

Приложение №4

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Гингивит»

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба

Одной из возможных причин возникновения локализованного гингивита является некачественное стоматологическое лечение, а именно нависающие края пломб, широкие и/или длинные края искусственных коронок, которые оказывают постоянное травмирующее воздействие на край десны.

При необходимости заменить имеющуюся пломбу проводят анестезию (по показаниям) после чего турбинными борами удаляют пломбу. Далее проводят восстановление анатомической формы коронковой части зуба.

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба может проводиться пломбированием и/или протезированием (изготовление вкладки, изготовление искусственной коронки, изготовление штифтовой конструкции). Для выбора метода восстановления анатомической формы коронковой части зуба необходимо оценить степень разрушения коронковой части зуба. Используют индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) по В.Ю. Миликевичу.

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба пломбированием

При показателях ИРОПЗ 0,2 – 0,4 применяется метод пломбирования. Постоянное пломбирование проводят в одно посещение.

Показаниями к протезированию является убыль твердых тканей коронковой части зуба после препарирования: для группы жевательных зубов при ИРОПЗ> 0,4 показано изготовление вкладок из металлов, из керамики или из композитных материалов. При ИРОПЗ > 0,6 показано изготовление искусственных коронок, при ИРОПЗ>0,8 показано применение штифтовых конструкций с последующим изготовлением коронок,

Характеристики алгоритмов и особенностей пломбирования

После определения ИРОПЗ (0,2 – 0,4) приступают к восстановлению анатомической формы зуба пломбированием. Проводят формирование полости, соблюдая общие требования, а именно:

- при необходимости - местное обезболивание;
- возможно полное сохранение интактных тканей зуба;

- иссечение эмали, лишенной подлежащего дентина (по показаниям);
- формирование полости;
- финирование краев эмали сформированной полости.

Обращать внимание на обработку краев сформированной полости для создания качественного краевого прилегания пломбы и предотвращения сколов эмали и пломбировочного материала.

При пломбировании композитными материалами допускается щадящее препарирование полостей (уровень убедительности доказательств В).

Проверяют качество удаления пораженных тканей с помощью зонда и детектора кариеса. При пломбировании полостей класса II следует использовать матричные системы, матрицы, межзубные клинья. При обширных разрушениях коронковой части зуба необходимо использовать матрицедержатель. Правильно сформированная пломба на контактной поверхности должна иметь форму, близкую к сферической. Зона контакта между зубами должна располагаться в области экватора и чуть выше — как в интактных зубах. Не следует моделировать контактный пункт на уровне краевых гребней зубов: в этом случае помимо застревания пищи в межзубном промежутке возможны сколы материала, из которого выполнена пломба. Как правило, эта погрешность связана с использованием плоской матрицы, не имеющей выпуклого контура в области экватора.

Формирование контактного ската краевого гребня осуществляется с помощью абразивных полосок (штрипсов) или дисков. Наличие ската краевого гребня предотвращает сколы материала в этой области и застревание пищи.

Следует обращать внимание на формирование плотного контакта между пломбой и соседним зубом, обеспечение оптимального прилегания материала к десневой стенке, предотвращение избыточного введения материала в область десневой стенки полости (избегая создания «нависающего края»).

При препарировании полости класса III предпочтительны язычный и небный доступы, так как это позволяет сохранить вестибулярную поверхность эмали и обеспечить более высокий функциональный эстетический уровень восстановления зуба. При препарировании контактную стенку полости иссекают эмалевым ножом или бором, предварительно защитив интактный соседний зуб металлической матрицей. Формируют полость, удаляя эмаль, лишенную подлежащего дентина, обрабатывают края финишными борами. Допускается сохранение вестибулярной эмали, лишенной подлежащего дентина, если она не имеет трещин и признаков деминерализации.

Особенностями препарирования полости класса IV являются создание скоса, формирование в некоторых случаях дополнительной площадки на язычной или небной поверхности. При препарировании предпочтительно создание ретенционной формы, так как адгезии композитных материалов часто бывает недостаточно.

При пломбировании обращать внимание на правильное формирование контактного пункта.

При пломбировании композитными материалами восстановление режущего края должно проводиться в два этапа:

- формирование язычного и небного фрагментов режущего края. Первое отсвечивание проводится через эмаль или ранее наложенный композит с вестибулярной стороны;
- формирование вестибулярного фрагмента режущего края; отсвечивание проводится через отвержденный язычный или небный фрагмент.

Для дополнительной ретенции пломбировочных материалов применяют анкерные штифты. Анкерные штифты – это стандартные конструкционные элементы, условно состоящие из двух частей – корневой и коронковой. Анкерные штифты бывают из стали, благородных сплавов, титана, стекловолокна, углерода. При установке анкерных штифтов особое внимание уделяется по возможности более плотному прилеганию выступающей, широкой части штифта к устью корневого канала. Необходимо учитывать, что винтовые нарезки на некоторых штифтах предназначаются только для дополнительной ретенции, а не для завинчивания штифта в канал, - это может привести к расколу корня зуба. При необходимости штифт можно подогнать по длине корня зуба, укоротив (подточив) его корневую часть. Рекомендуется, чтобы длина корневой части анкерного штифта составляла 2/3, минимум 1/2 длины корня зуба. Анкерный штифт фиксируется в корневом канале на цемент. С помощью анкерных штифтов можно восстанавливать как однокорневые, так и многокорневые зубы.

Восстановление анатомической формы коронковой части зуба временными конструкциями

Пациентам у которых причиной развития гингивита явились некачественно изготовленные ортопедические конструкции перед началом лечения необходимо их заменить на временные коронки. Перед снятием имеющийся ортопедической конструкции проводят анестезию (по показаниям) после этого колесовидными борами для прямого наконечника (при снятии штампованных коронок) или специальными турбинными борами распиливают искусственную коронку от ее края с вестибулярной стороны до режущего края или окклюзионной поверхности. С обязательным водяным охлаждением. При

необходимости (для минимизации риска отлома коронковой части зуба) распиливают и с окклюзионной и с небной/язычной поверхности. При проведении данной манипуляции следует обращать особое внимание на избежание повреждение культи зуба и травмирования краевого пародонта. Далее при помощи коронкоснимателя или специальных инструментов аккуратно снимают ортопедическую конструкцию с зубов и извлекают изо рта.

В это же посещение, необходимо припасовать и зафиксировать на временный цемент временную каппу.

Изготовление временной каппы прямым методом.

Проводится в одно посещение.

До снятия ортопедической конструкции получают оттиски. Используют силиконовые или альгинатные оттискные массы и стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложки перед получением оттиска окантовать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала или использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. После выведения оттискных ложек изо рта проводят контроль качества оттисков. Далее удаляют несъемные конструкции подлежащие замене и обрабатывают культю зуба, заполняют полученный ранее оттиск самотвердеющей пластмассой и накладывают на зубной ряд. После полимеризации извлекают оттиск с полученной каппой, проводят припасовку временной конструкции. Следует обращать особое внимание на краевое прилегание, апроксимальные контакты и окклюзионные контакты с зубами антагонистами. При необходимости проводят коррекцию. Далее проводят полировку временной каппы, ее фиксацию на временный цемент тщательно удаляя его остатки из межзубных промежутков. Пациента инструктируют по поводу правил пользования временной каппой.

Изготовление временной каппы непрямым методом.

Проводится в два посещения.

Первое посещение. До удаления ортопедической конструкции получают оттиски с обеих челюстей. Используют силиконовые или альгинатные оттискные массы и стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложки перед получением оттиска окантовать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала или использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. После выведения

оттискных ложек изо рта проводят контроль качества оттисков. Оттиск передается в зуботехническую лабораторию, где производится изготовление временных конструкций.

Следующее посещение. После удаления несъемных конструкций подлежащих замене и обработки культи зуба проводят припасовку временной каппы. Следует обращать особое внимание на краевое прилегание, апроксимальные контакты и окклюзионные контакты с зубами антагонистами. При необходимости проводится коррекция. Далее проводят полировку временной каппы, ее фиксацию на временный цемент тщательно удаляя остатки из межзубных промежутков. Пациента инструктируют по поводу правил пользования временной каппой.

Изготовление временных коронок с использованием стандартных композитных коронок.

Проводится в одно посещение.

После удаления несъемных конструкций подлежащих замене и обработки культи зуба производят подбор стандартной композитной коронки с учетом функционально ориентированной группы зуба, ее перебазировку самотвердеющей пластмассой. Следует обращать особое внимание на краевое прилегание, апроксимальные контакты и окклюзионные контакты с зубами антагонистами. При необходимости проводится коррекция. Далее проводят полировку временной коронки, ее фиксацию на временный цемент тщательно удаляя его остатки из межзубных промежутков. Пациента инструктируют по поводу правил пользования временной коронкой.

Приложение №5

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Гингивит»

Избирательное пришлифовывание твердых тканей зубов

Показаниями к проведению избирательного пришлифовывания твердых тканей зубов являются:

- Наличие супраконтактов зубов-антогонистов в центральной, передней, боковых окклюзиях.

- Выраженная подвижность отдельных зубов.

- Обнажение шеек и корней зубов.

- Отсутствие или неравномерная стираемость твердых тканей зубов.

- Наличие костной резорбции.

- Воспалительные заболевания тканей пародонта.

- Дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

- Гипертонус жевательной мускулатуры.

- Деформации окклюзионных поверхностей в результате нецелесообразного пломбирования или протезировния.

Противопоказания:

Абсолютных противопоказаний нет.

Алгоритм избирательного пришлифовывания твердых тканей зубов по Дженкельсону

Рекомендуется проводить избирательное пришлифовывание в 4-6 посещений с интервалами 7-10 дней.

Первое посещение.

Выявляют и маркируют супраконтакты III класса в положении дистальной окклюзии (максимальная ретрузия нижней челюсти). С этой целью пациента просят несколько раз сомкнуть и разомкнуть челюсти для снятия напряжения жевательной мускулатуры, на завершающем этапе осуществляют фиксацию нижней челюсти в дистальном положении (придерживая подбородок) до полного смыкания челюстей. При этом восковую пластину с артикуляционной бумагой помещают на верхний зубной ряд, предварительно высушив зубы струёй воздуха. После смыкания зубов супраконтакты обнаруживаются в виде окрашивания на щёчных скатах нёбных бугров моляров и премоляров. При правильной адекватной окклюзии окрасятся только верхушки бугров.

Коррекцию супраконтактов III класса осуществляют с помощью пламевидного алмазного бора. Бор вводят в фиссуры жевательной поверхности зуба медиальнее и дистальнее отмеченного супраконтакта, который лёгкими движениями бора редуцируют, при этом контуры нёбного бугра заостряются. Коррекцию осуществляют несколько раз с повторными накусываниями восковой пластинки до полной ликвидации преждевременного контакта. Если верхние жевательные зубы покрыты коронками, то коррекцию супраконтактов производят на язычной поверхности щёчных бугров нижних моляров и премоляров.

Второе посещение.

Проверка и коррекция супраконтактов III класса. Затем восковую пластинку вместе с артикуляционной бумагой переносят на нижний зубной ряд, выявляют супраконтакты I класса. Устранение последних осуществляют посредством придания уплощённым вестибулярным поверхностям нижних моляров и премоляров сфероидальной формы. В результате экватор коронки зуба становится более выраженным, а его периметр в щёчно-язычном направлении становится больше периметра жевательной поверхности коронки. Этот этап устраняет травматическое влияние пищевого комка на состояние маргинальной десны.

Коррекция супраконтактов I класса начинается с углубления фиссуры на вестибулярной поверхности моляров с помощью колесовидного алмазного бора. Затем пламевидный бор помещают на 2–3 мм ниже супраконтакта под углом 45° к поверхности коронки в области экватора и лёгкими сглаживающими движениями продвигаются от фиссуры медиально и дистально в направлении верхушек бугров.

Коррекция нижних резцов и клыков начинается с выравнивания окклюзионной кривой, т.е. укорочения выдвинувшихся участков коронок зубов. Устранение супраконтактов во фронтальной группе зубов осуществляется путём сглаживания в медиодистальном направлении с учётом выпуклой формы зуба по направлению к режущему краю.

Пришлифовывание следует продолжать до тех пор, пока на контрольных окклюдограммах не будет определяться истончение восковой пластинки (бумаги, фольги) только на вершинах бугорков премоляров и моляров и по режущему краю передних зубов нижней челюсти.

Третье посещение

Проверка и коррекция супраконтактов I класса, после чего восковую пластинку с артикуляционной бумагой переносят на верхний зубной ряд для выявления супраконтактов II класса. Манипуляцию проводят сглаживающими движениями пламевидного и шаровидного

алмазного боров, расположенными под углом 45° к экватору коронки, в направлении от последнего к верхушкам нёбных бугров.

Пришлифовывание продолжают до тех пор, пока на контрольных окклюдограммах не будут оставлять свои отпечатки только вершины нёбных бугров моляров и премоляров верхней челюсти.

Четвёртое посещение

Проверка и коррекция супраконтактов II класса. Диагностика и устранение супраконтактов III класса в центральной окклюзии проводятся точно так же, как в первое посещение. При необходимости значительного сошлифовывания препарируют соответствующие участки антагонистов, т.е. оральные скаты щёчных бугорков нижних моляров и премоляров, которые называются супраконтактами IIIа класса.

Следует отметить, что после выполнения каждого этапа проводят полирование и реминерализацию зубов посредством фторсодержащих препаратов.

Пятое посещение

Осуществляют проверку и регистрацию трёх классов супреконтактов в дистальной и центральной окклюзиях посредством окклюдограмм. Сравнивают восковые контрольные оттиски с первичными до пришлифовывания. В это посещение проводят сглаживание и полирование шероховатых поверхностей, появившихся в результате проведённого пришлифовывания, посредством специальных наборов, состоящих из щёточек, керамических боров, резиновых чашечек, колпачков и фторсодержащих полировочных паст.

При устранении преждевременных контактов I и II классов достигают исключения горизонтальной перегрузки зубов и парафункциональных боковых смещений нижней челюсти. Пришлифовыванием супраконтактов III класса предотвращают сагиттальный сдвиг нижней челюсти.

Приложение №6

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Гингивит»

Алгоритмы определения индексов.

Индекс гигиены Грин – Вермиллиона.

Представляет собой двойной индекс, т.е. состоящий их двух компонент.

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

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

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

Критерии оценки DI-S:

0-нет налета

1-налет покрывает не более 1\3 поверхности зуба

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

3-налет покрывает более 2\3 поверхности зуба

Формула:

DI-S=сумма баллов/6

Критерии оценки CI-S:

0-нет камня

1-наддесневой камень покрывает менее 1\3 поверхности зуба

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

3-наддесневой камень покрывает более 2\3 поверхности зуба

Формула:

CI-S=сумма баллов/6

OHI-S=DI-S+CI-S

Критерии оценки:

0,0-0,6 низкий(гигиена хорошая)

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

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

2,6-6,0 очень высокий(гигиена плохая)

Индекс гигиены Силнесс-Лое.

Определяет уровень гигиены.

Определяют толщину зубного налета в придесневой области зуба и у детей, и у взрослых.

Алгоритм определения индекса:

1. Окрашивать зубной налет не требуется. После высушивания зуба воздухом для выявления зубного налета используют стоматологическое зеркало и зонд.

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

16; 21; 24; 36; 44; 41.

3. В области каждого зуба осматривают 4 участка:

-дистально- вестибулярный

-вестибулярный

-медиально- вестибулярный

-язычный

Коды и критерии:

0-совершенно нет налета.

1- небольшое количество налета, выявляется только зондом

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

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

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

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

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

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

Индекс кровоточивости Мюллемана (в модификации Коуэла).

Используют для определения воспаления в тканях пародонта. Метод показателен при гингивите, и при пародонтите.

Алгоритм определения индекса : в области «зубов Рамфьерда»,(16,21,24,36,41,44) с щечной и язычной (небной) сторон кончик пародонтального зонда без давления прижимают к стенке бороздки и медленно ведут от медиальной к дистальной стороне зуба.

Оценочная шкала:

0- если после этого кровоточивость отсутствует;

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

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

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

Значение индекса= сумма показателей всех зубов /число зубов.

Шкала Миллера в модификации Флезара для оценки подвижности зубов.

0- устойчивый зуб, имеется только физиологическая подвижность

1- смещение зуба относительно вертикальной оси несколько больше, но не превышает 1 мм

2- зуб смещается на 1-2 мм в щечно- язычном направлении, функция не нарушена.

3- подвижность резко выражена, при этом зуб движется не только в щечно- язычном направлении, но и по вертикали, функция его нарушена.

Приложение №7

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Гингивит»

Алгоритм проведения гингивэктомии

Гингивэктомия — иссечение десны в целях ликвидации «ложного» или пародонтального кармана и улучшения условий для последующей гигиены полости рта. Ее проводят при гиперпластическом гингивите, при наличии пародонтальных карманов глубиной более 4 мм при горизонтальной резорбции альвеолярной кости в области жевательной группы зубов.

Алгоритм проведения гингивэктомии.

После медикаментозной обработки полости рта проводят определение уровня дна «ложного» кармана. Затем под инфильтрационной анестезией осуществляют непрерывный косой разрез ножом для гингивэктомии. Далее проводят иссечение гипертрофированной десны и удаление иссеченного фрагмента десны. С помощью соответствующего инструментария очищают и полируют поверхности корней зубов и накладывают пародонтальную повязку.

Послеоперационный уход

- в течение недели ограничить чистку зубов щеткой в области наложения пародонтальной повязки. Если пародонтальная повязка не используется, рекомендуется щадящая чистка зубов мягкой зубной щеткой в области проведения хирургической процедуры
- ротовые ванночки с антисептическим раствором 2 раза в день по 3-5 минут
- медикаментозное лечение: после удаления повязки местное применение кератопластических препаратов; назначение противовоспалительной терапии не требуется

Приложение №8

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Гингивит»

ФОРМА ДОБРОВОЛЬНОГО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ)

ПРИЛОЖЕНИЕ К МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЕ №_____

Пациент

_____

ФИО

_____

__

получая разъяснения по поводу диагноза гингивит, получил информацию:

об особенностях течения заболевания _____

вероятной длительности лечения_____

о вероятном прогнозе_____

Пациенту предложен план обследования и лечения, включающий_____

Пациенту предложено_____

из материалов _____

Примерная стоимость лечения составляет около_____

Пациенту известен прейскурант, принятый в клинике.

Таким образом, пациент получил разъяснения о цели лечения и информацию о планируемых методах

диагностики и лечения.

Пациент извещен о необходимости подготовки к лечению:

_____

__

_____

__

Пациент извещен о необходимости в ходе лечения

_____
__

_____
_

получил указания и рекомендации по уходу за ртом.

Пациент извещен, что несоблюдение им рекомендаций врача может отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Пациент получил информацию о типичных осложнениях, связанных с данным заболеванием, с необходимыми диагностическими процедурами и с лечением.

Пациент извещен о вероятном течении заболевания и его осложнениях при отказе от лечения. Пациент имел возможность задать любые интересующие его вопросы касательно состояния его здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы.

Пациент получил информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Беседу провел врач_____ (подпись врача).

«___»_____20___г.

Пациент согласился с предложенным планом лечения, в чем

расписался
собственноручно_____

(подпись пациента)

или

расписался его законный
представитель_____

(подпись законного представителя)

или

что удостоверяют присутствовавшие при
беседе_____

(подпись врача)

_____

(подпись свидетеля)

Пациент не согласился с планом лечения

(отказался от предложенного вида протеза), в чем расписался собственноручно.

(подпись пациента)

или расписался его законный
представитель_____

(подпись законного представителя)

или

что удостоверяют присутствовавшие при
беседе_____

(подпись врача)

_____

(подпись свидетеля)

Пациент изъявил желание:

— дополнительно к предложенному лечению пройти обследование

— получить дополнительную медицинскую услугу

Пациент получил информацию об указанном методе обследования/лечения.

Поскольку данный метод обследования/лечения также показан пациенту, он внесен в план лечения.

«___» _____20____г. _____

(подпись пациента)

_____

(подпись врача)

Поскольку данный метод обследования/лечения не показан пациенту, он не внесен в план лечения.

«___» _____20____г. _____

(подпись пациента)

_____

(подпись врача)

Приложение №9

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Гингивит»

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

1. Зубы необходимо чистить мягкой зубной щеткой с пастой два раза в день. После еды следует полоскать рот для удаления остатков пищи.

2. Для чистки межзубных промежутков использовать межзубные ершики, зубные нити (флоссы).

3. По рекомендации (назначению) лечащего врача-стоматолога применять ирригатор, после обучения правилам его использования.

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

5. Профессиональная гигиена (удаление над- и поддесневых зубных отложений) должна проводиться не реже 1 раза в 6 месяцев у лечащего врача-стоматолога.

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

7. Обязательно посещать плановые осмотры

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

9.Необходимо устранить или нейтрализовать действие профессиональных вредных факторов на пародонт.

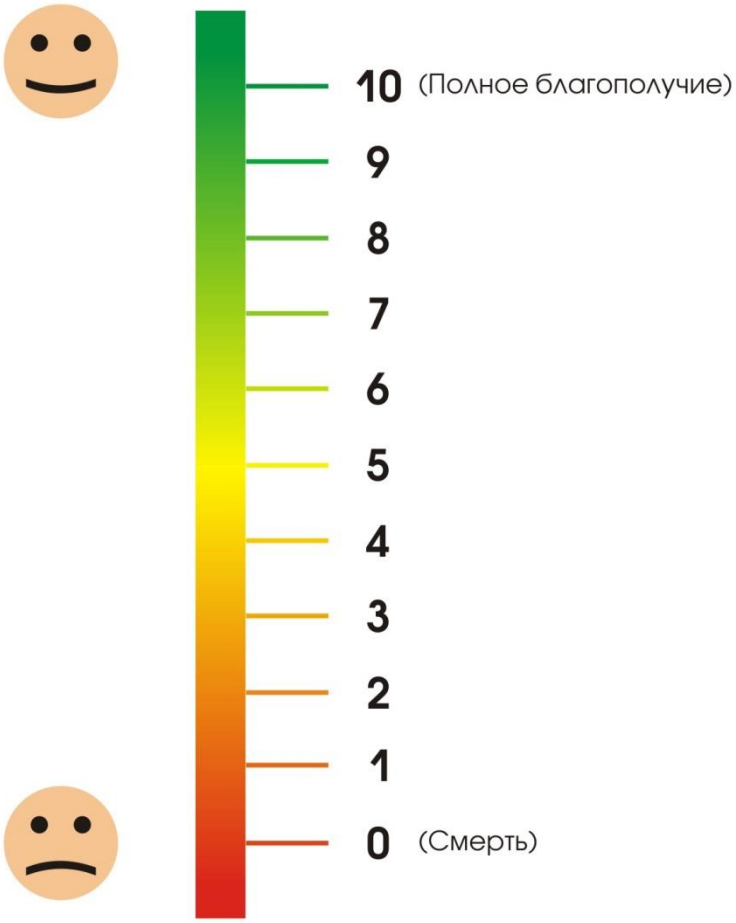
10. Оздоровление условий труда, отдыха, питания, здоровый образ жизни.

Приложение №10

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Гингивит»

Анкета пациента

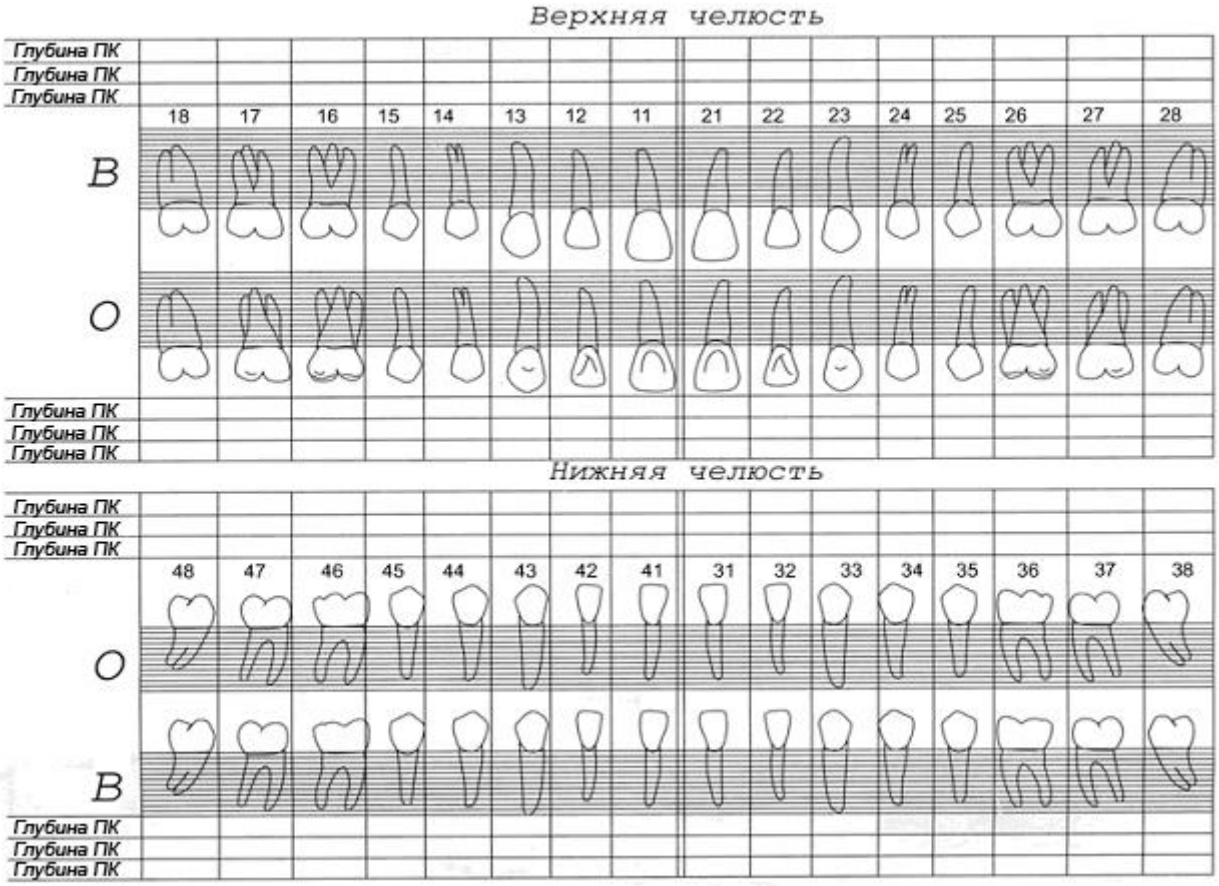
ФИО_____Дата заполнения
Как Вы оцениваете Ваше общее самочувствие на сегодняшний день?
Отметьте, пожалуйста, на шкале значение, соответствующее состоянию Вашего здоровья.



Приложение №11

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Гингивит»

Дополнение к карте для определения пародонтологического статуса пациента



Приложение № 12

К клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Гингивит»

КАРТА ПАЦИЕНТА

История болезни № _____

Наименование учреждения _____

Дата: начало наблюдения_____окончание наблюдения_____

Ф.И.О._____ возраст _____

Диагноз основной _____

_____

Сопутствующие заболевания:_____

_____

Модель пациента:_____

Объем оказанной нелекарственной медицинской помощи:_____

_____

Код	Наименование ПМУ	Отметка о выполнении (кратность)
В процессе диагностики		
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	
A01.07.003	Пальпация органов рта	
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	
A02.07.006	Определение прикуса	
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	

A06.07.004	Ортопантомография	
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	
A06.07.007	Внутриротовая рентгенография в прикус	
A09.0.005	Микроскопическое исследование отделяемого из полости рта на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым средствам	
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	
B01.047.01	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	
B01.005.01	Прием (осмотр, консультация) врача-гематолога первичный	
B01.014.01	Прием(осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	
B01.008.01	Прием(осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	
В процессе лечения		
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	
A13.30.007	Обучение гигиене рта	
A14.07.003	Гигиена рта и зубов	
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой	
A16.07.020	Удаление наддесневых зубных отложений	
A16.07.025	Избирательное пришлифовывание твердых тканей зубов	
A16.07.031	Восстановление зуба пломбировочными материалами с использованием анкерных штифтов	
A16.07.049	Повторная фиксация на постоянный цемент несъемных ортопедических конструкций	
A16.07.051	Профессиональная гигиена рта и зубов	
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	

Лекарственная помощь (указать применяемый препарат):

_____

_____

Осложнения лекарственной терапии (указать проявления):

_____

Наименование препарата, их вызвавшего:

_____

Исход (по классификатору исходов):_____

_____

Информация о пациенте передана в учреждение, мониторирующее Протокол:

_____

_____

(название учреждения) (дата)

Подпись лица, ответственного за мониторирование протокола в медицинском учреждении:

_____
_____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРИ МОНИТОРИРОВАНИИ	Полнота выполнения обязательного перечня немедикаментозной помощи	**да нет**	ПРИМЕЧАНИЕ
	Выполнение сроков выполнения медицинских услуг	**да нет**	
	Полнота выполнения обязательного перечня лекарственного ассортимента	**да нет**	
	Соответствие лечения требования протокола по срокам/продолжительности	**да нет**	
	Комментарии: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		

	_____ _____(дата)	_____ _____(подпись)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Минздравсоцразвития России №1664н от 27 декабря 2011г. Об утверждении номенклатуры медицинских услуг.
2. Федеральный закон от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).
3. Министерство здравоохранения и социального развития **РФ**:
    i. http://www.minzdravsoc.ru
4. Официальный сайт Стоматологической Ассоциации России – e-Stomatology.ru
5. Протокол ведения больных. Кариес зубов. – М: Медицинская книга, 2011 – 76 стр. .
6. Протокол ведения больных. Частичное отсутствие зубов. Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия). - М: Медицинская книга, 2011 – 136 стр.
7. Протокол ведения больных. Болезни периапикальных тканей. - М: Медицинская книга, 2011 – 116 стр.
8. Протокол ведения больных. Болезни пульпы зуба. - М: Медицинская книга, 2011 – 104 стр.
9. Номенклатура работ и услуг в здравоохранении. Утверждена Минздравсоцразвития России 12.07.2004 г. - М., 2004. - 211 с.; рабочий актуализированный вариант 2007. – 198 с.
10. МКБ-10, Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, в 3-х томах - М., 2003.-2440 с.
11. Барер Г.М. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 ч. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Ч.2. – Болезни пародонта. – 224 с.: 236 ил.
12. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология под редакцией. – М., 2003
13. Блохин В.П. Комплексное лечение генерализованного пародонтита: учебное пособие. - СПб. : Издательство СПбМАПО, 2007. — 64 с.
14. Безрукова И.В., Грудянов А.И. Агрессивные формы пародонтита. – М.:МИА. – 126 с.
15. Безрукова А.П. Пародонтология. – М., 1999. – 332 с.
16. Безрукова И.В., Петрухина Н.Б. Озонотерапия в пародонтологической практике. - М.: 000 «Медицинское информационное агентство», 2008. — 88 с.

17. Вольф, Г.Ф., Ратейцхак, Э.М., Ратейцхак. К. Пародонтология. «Медпресс-информ» - М.: - 2008. – 548с.
18. Введенская С. В. «Ультразвуковой метод снятия зубных отложений», Вестник секции СТАР «Гигиенист стоматологический» - Стоматологический колледж выпуск 3 - 2003
19. Ганжа И.Р. Рецессия десны. Диагностика и методы лечения: Учебное пособие для врачей. Самара: ООО ИПК "Содружество", 2007. - 84 с.
20. Горбатова Е.А. Топографические особенности отделов десны. Пародонтология 2003; 4: 19- 20.
21. Григорьян А.С., Рахметова С.Ю., Зырянова Н.В. Микроорганизмы в заболеваниях пародонта: экология, патогенез, диагностика. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 56 с.
22. Григорьян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н.А., Фролова О.А. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение. – М.:МИА, 2004. – 320 с.
23. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н., Лузина В.В., Чергештов Ю.И. Амбулаторные оперативные вмешательства при доброкачественных поражениях лица, органов полости рта и челюстей // Хирургическая стоматология. -М.: Медицина,2007.- С.111-136.
24. Грудянов А.И. Пародонтология. Избранные лекции. – М., 1997. – 32 с.
25. Грудянов А.И., Григорьян А.С., Фролова О.А. Диагностика в пародонтологии. – М., 2004. – 93 с.
26. Грудянов А.И., Овчинникова В.В., Дмитриева Н.А. Антимикробная и противовоспалительная терапия в пародонтологии. – М., 2004. – 79 с.
27. Грудянов А.И., Москалев К.Е. Инструментальная обработка поверхностей корней зубов. – М., 2005. – 67 с.
28. Грудянов А.И., Овчинникова В.В. Профилактика воспалительных заболевание пародонта. – М., 2007. – 78 с.
29. Грудянов А.И., Ерохин А.И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. – М., 2006. – 120 с.
30. Герберт Ф.Вольф, Эдит М.Ратейхак, Клаус Ратейцхак; Пародонтология. Цветной атлас. Пер. с нем.; Под ред. Проф. Г.М.Барера. – М.: МЕДпресс – информ, 2008. Стр.276-281
31. Дмитриева Л.А. Терапевтическая стоматология. - М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 896 с.

32. Дмитриева Л.А., Романов А.Е., Царев В.Н. Клинические и микробиологические аспекты применения реставрационных материалов и антисептиков в комплексном лечении заболеваний пародонта. - М: МЕДпресс-информ, 2002. - 96 с.
33. Дмитриева Л.А. Современные аспекты клинической пародонтологии. М.: МЕДпресс, 2001. - 128 с.
34. Дмитриева Л.А. Терапевтическая стоматология. Национальное руководство. - М.:МИА, 2009. – 894 с.
35. Дмитриева Л.А. Пародонтит. - М.:МИА, 2007. – 504 с.
36. Дунязина Т.М., Калинина Н.М., Никифорова И.Д. Современные методы диагностики заболеваний пародонта. – Спб., 2001. – 47 с.
37. Жданов Е.В., Февралева А.Ю. Влияние этиологических факторов развития рецессии десны на выбор тактики и результаты хирургического лечения. Новое в стоматологии. 2005; 5: 46 - 55.
38. Зайцева Е.М. Пародонтит. Современный взгляд на лечение. - СПб.: ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет», Кафедра терапевтической стоматологии, 2007.- 20 с.
39. Иванов В.С. Заболевания пародонта. – М.: МИА, 1998. – 295 с.
40. Коэн Э. Атлас косметической и реконструктивной пародонтологической хирургии. – 2-е изд. – М.:АО «Московские учебники», 2003. – 416 с.
41. Кучумова Е.Д., Стюф Я.В., Шулепова М.К. Инструменты для удаления зубных отложений. Обзор // Пародонтология.— №3(13).— 1999.— С. 27—33.
42. Леонтьев В.К., Малый А.Ю. Концептуальные подходы к разработке протоколов ведения больных в стоматологии // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. - №6. – с.5-10.
43. Литвинов В.В. Повышение эффективности направленной регенерации тканей в комплексном лечении заболеваний пародонта// Автореф. Канд. мед. наук. – М., 2001. – 17с.
44. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология: учебное пособие (8 – е издание). - М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 960 с.
45. Орехова Л.Ю. Заболевания пародонта. Под редакцией / М.: Поли Медиа Пресс, 2004. – 432 с.: илл.
46. Орехова Л.Ю. «Основы профессиональной гигиены полости рта» - методические указания - Спб.: 2004. - 56с

47. Петрова М.Д., Фомичева Е.А., Фомичев А.В. Рецессия тканей пародонта. Современнное состояние вопроса. Новое в стоматологии. – 2005; 5: 38-45.
48. Сивовол С.И. Клинические аспекты пародонтологии. М. – 2001. – 166 с.
49. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки рта./Под редакцией проф.О.О.Янушевича – М.:МГМСУ,2008. – 228 с., ил.
50. Терапевтическая стоматология: Учебник / Под ред. Ю.М. Максимовского. — М.: Медицина, 2002.
51. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов / Под ред. Е.В. Боровского. — М.: «Медицинское информационное агентство», 2004.
52. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. Учебное пособие. — «Поли Медиа Пресс», 2001.
53. Цепов Л.М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему. – М., 2006. – 192 с.
54. 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.
55. Цимбалистов А.В., Шторина Г.Б., Михайлова Е.С. Профессиональная гигиена полости рта. — Санкт-Петербургский институт стоматологии, 2002.— С.10—20.
56. Улитовский С.Б. Практическая гигиена полости рта. М., 2002.
57. Улитовский С.Б. Ополаскиватели – широкая поступь по планете. «Институт стоматологии» 2008/4
58. Newman,Takei,Carranza Clinical periodontology 9 ed,2002.