**Порядок оказания медицинской помощи населению при стоматологических заболеваниях**

**1.** Настоящий Порядок устанавливает правила организации оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях медицинскими организациями и иными организациями, осуществляющими медицинскую деятельность (далее - медицинские организации).

**2.** Оказание медицинской помощи взрослому населению осуществляется при стоматологических заболеваниях зубов, пародонта, слизистой оболочки рта, языка, челюстей, включающих:

* кариозные, некариозные и другие поражения зубов;
* острые, хронические и специфические воспалительные заболевания, острую и хроническую травму, приобретенные дефекты и деформации, заболевания пародонта, слизистой оболочки рта, языка, челюстей;
* аномалии и дефекты развития зубов, зубных рядов, челюстей, и последствия.

**3.** Медицинская помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях оказывается в виде:

* первичной медико-санитарной помощи;
* специализированной медицинской помощи.

**4.** Медицинская помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях оказывается амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения).

**5.** Медицинская помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях оказывается в следующих формах:

* экстренная (оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента);
* неотложная (оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента);
* плановая (оказываемая при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью).

**6.** Первичная медико-санитарная помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях оказывается в амбулаторных условиях врачами стоматологического профиля, зубным врачом, гигиенистом стоматологическим.

**7.** Специализированная медицинская помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях оказывается в условиях дневного стационара врачами стоматологического профиля.

**8.** Профилактика стоматологических заболеваний включает в себя профилактические мероприятия, в том числе профилактические медицинские осмотры, которые рекомендуется проводить 1 раз в 6 месяцев.

**9.** Медицинская помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях оказывается с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций.

**10.** В случае выявления в ходе оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях симптомов онкологического заболевания лечащий врач медицинской организации направляет пациента к врачу-онкологу в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология». В случае выявления в ходе оказания медицинской помощи заболеваний (состояний) челюстно-лицевой области медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «челюстно-лицевая хирургия». Пациент направляется в стационар.

**11.** Рентгенологические исследования взрослому населению при стоматологических заболеваниях выполняются в соответствии с Правилами проведения рентгенологических исследований.

**12.** Медицинская помощь при стоматологических заболеваниях оказывается в виде терапевтического лечения (лечение кариеса, пульпита, периодонтита путем пломбировки зубов), хирургического лечения (удаление зубов, вскрытие и дренирование воспалительных процессов), ортопедическое лечение ( восстановление целостности зубного ряда с помощью коронок, мостовидных протезов, съемных протезов), имплантация, терапевтическое лечение заболеваний пародонта (снятие зубных отложений, закрытый кюретаж пародонтальных карманов, медикаментозная обработка), профилактическая гигиена полости рта.

**Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи при кариесе.**

#### I. ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ КАРИЕСА ЗУБОВ

Диагностика кариеса зубов производится путем сбора анамнеза, клинического осмотра и дополнительных методов обследования. Главная задача при диагностике заключается в определении стадии развития кариозного процесса и выбора соответствующего метода лечения. При диагностике устанавливается локализация кариеса и степень разрушения коронковой части зуба. В зависимости от поставленного диагноза выбирают метод лечения.

Диагностика проводится для каждого зуба и направлена на выявление факторов, которые препятствуют немедленному началу лечения. Такими факторами могут быть:

* наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
* сопутствующие заболевания, отягощающие лечение;
* неадекватное психоэмоциональное состояние пациента перед лечением;
* острые поражения слизистой оболочки рта и красной каймы губ;
* острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;
* угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения), развившиеся менее чем за 6 мес. до момента обращения за данной стоматологической помощью;
* заболевания тканей пародонта в стадии обострения;
* неудовлетворительное гигиеническое состояние рта;
* отказ от лечения.

#### II. ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ КАРИЕСА ЗУБОВ

Принципы лечения больных с кариесом зубов предусматривают одновременное решение нескольких задач:

* устранение факторов, обусловливающих процесс деминерализации;
* предупреждение дальнейшего развития патологического кариозного процесса;
* сохранение и восстановление анатомической формы пораженного кариесом зуба и функциональной способности всей зубочелюстной системы;
* предупреждение развития патологических процессов и осложнений;
* повышение качества жизни пациентов.

Лечение кариеса может включать:

* устранение микроорганизмов с поверхности зубов;
* реминерализирующую терапию на стадии "белого (мелового) пятна";
* фторирование твердых тканей зубов при приостановившемся кариесе;
* сохранение по мере возможности здоровых твердых тканей зуба, при необходимости иссечение патологически измененных тканей с последующим восстановлением коронки зуба;

Процесс лечения завершается рекомендациями пациенту по срокам повторного обращения и профилактике.

Лечение проводится для каждого пораженного кариесом зуба независимо от степени поражения и проведенного лечения других зубов. При лечении кариеса зубов применяются только те стоматологические материалы и лекарственные средства, которые разрешены к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке.

#### III. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С КАРИЕСОМ ЗУБОВ

Лечение пациентов с кариесом проводится в стоматологических медицинских организациях. Оказание помощи больным с кариесом зубов осуществляется в основном врачами-стоматологами, врачами-стоматологами терапевтами, зубными врачами. На этапе восстановления анатомической формы зуба в процесс лечения может подключаться врач-стоматолог ортопед. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал, в том числе зубные техники и гигиенисты стоматологические.

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

#### *Сбор анамнеза*

При сборе анамнеза выясняют наличие жалоб на боль от раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний. Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области конкретного зуба, на застревание пищи, как давно они появились, когда пациент обратил внимание на них. Особое внимание обращают на выяснение характера жалоб, всегда ли они, по мнению пациента, связаны с конкретным раздражителем. Выясняют профессию пациента, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за ртом, время последнего посещения врача-стоматолога.

#### *Визуальное исследование, осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов*

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, обращая внимание на наличие пломб, степень их прилегания, наличие дефектов твердых тканей зубов, количество удаленных зубов. Определяют интенсивность кариеса (индекс КПУ - кариес, пломба, удален), индекс гигиены. Обращают внимание на состояние слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений. Обследованию подлежат все зубы, начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

Обследуют все поверхности каждого зуба, обращают внимание на цвет, рельеф эмали, наличие налета, наличие пятен и их состояние после высушивания поверхности зубов, дефектов.

Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и степень однородности поверхности, а также болевую чувствительность.

Обращать внимание на то, чтобы зондирование проводилось без сильного давления. Обращают внимание на наличие пятен на видимых поверхностях зубов, наличие пятен и их состояние после высушивания поверхности зубов, площадь, форму краев, текстуру поверхности, плотность, симметричность и множественность очагов поражения с целью установления степени выраженности заболевания и скорости развития процесса, динамики заболевания, а также дифференциальной диагностики с некариозными поражениями. При зондировании выявленной кариозной полости обращают внимание на ее форму, локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, изменение его цвета, болезненность или наоборот отсутствие болевой чувствительности. Особо тщательно обследуют апроксимальные поверхности зуба. Проводится термодиагностика. Перкуссия используется для исключения осложнений кариеса. Для подтверждения диагноза при наличии полости на контактной поверхности и при отсутствии чувствительности пульпы проводят рентгенографию.

При проведении электроодонтометрии показатели чувствительности пульпы при кариесе дентина регистрируются в пределах от 2 до 10 мкА.

При кариесе пломбирование проводят в одно посещение. После диагностических исследований и принятия решения о лечении на том же приеме приступают к лечению.

Возможна постановка временной пломбы (повязки), если невозможно поставить постоянную пломбу в первое посещение или для подтверждения диагноза.

Перед препарированием проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая). Перед проведением анестезии место вкола обрабатывается аппликационно анестетиками.

Лечение кариеса независимо от локализации кариозной полости включает: премедикацию (при необходимости), обезболивание, раскрытие кариозной полости, удаление размягченного и пигментированного дентина, формирование полости, финирование, промывание и пломбирование полости пломбой (по показаниям) или протезирование вкладками, коронками или винирами.

Основные цели лечения:

* остановка патологического процесса;
* восстановление анатомической формы и функции зуба;
* предупреждение развития осложнений, в том числе предупреждение развития феномена Попова-Годона в области зубов антагонистов;
* восстановление эстетики зубного ряда.

Побочные эффекты, риски и возможные осложнения:

* ощущение дискомфорта после лечения, боли при нагрузке на вылеченный зуб, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней;
* отечность десны в области леченого зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или больше;
* обострение хронического процесса в ходе лечения;
* контрактура (ограниченное открывание рта), прогрессирование воспалительного процесса с развитием острой одонтогенной инфекции и ее осложнений;
* аллергические реакции.

#### *Возможные исходы и их характеристики*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование исхода | Частота развития, % | Критерии и признаки | Ориентировочноевремя постиженияисхода | Преемственность и этапность оказания медицинской помощи |
| Компенсация функции | 50 | Восстановление анатомической формы и функции зуба | Непосредственно после лечения | Динамическое наблюдение2 раза в год |
| Стабилизация | 30 | Отсутствие рецидива и осложнения | Непосредственно после лечения | Динамическое наблюдение 2 раза в год |
| Развитие ятрогенных осложнений | 10 | Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции) | На любом этапе | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания |
| Развитие нового заболевания, связанного с основным | 10 | Рецидив кариеса, его прогрессирование | Через 6 мес. после окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания |

**Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи при пульпите.**

**I. ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПУЛЬПИТА**

Диагностика пульпита производится путем сбора анамнеза, клинического осмотра, дополнительных методов обследования и направлена на определение состояния пульпы и периапикальных тканей и показаний к лечению, а также на выявление в анамнезе факторов, которые препятствуют немедленному началу лечения. Такими факторами могут быть:

* наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
* неадекватное психоэмоциональное состояние пациента перед лечением;
* острые поражения слизистой оболочки рта и красной каймы губ;
* острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;
* угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения и т.п.), резвившееся менее чем за 6 месяцев до момента обращения за данной стоматологической помощью;
* отказ от лечения.

Рентгенологическое исследование помогает провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями с аналогичной симптоматикой.

**II. ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПУЛЬПИТА.**

 Принципы лечения больных с пульпитом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

* предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;
* сохранение и восстановление анатомической формы пораженного зуба и функциональной способности всей зубочелюстной системы;
* предупреждение развития патологических процессов и осложнений в периапикальных тканях;
* повышение качества жизни пациентов.

Лечение пульпита включает:

* проведение местной анестезии (при отсутствии общих противопоказаний)
* создание доступа к полости зуба
* раскрытие полости зуба
* создание прямолинейного доступа к корневым каналам
* удаление пульпы
* прохождение корневого канала
* определение рабочей длины корневого канала
* обработку корневых каналов (механическую и медикаментозную)
* пломбирование корневых каналов
* контроль с помощью методов лучевой визуализации
* применение физических методов (по потребности)
* реставрацию зубов после эндодонтического лечения.

В случае безуспешного консервативного лечения или его невозможности рассматривается вопрос об удалении зуба.

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы:

* анатомическое строение зуба (значительно изогнутые или атипичные по строению корни представляют значительную проблему);
* патологические состояния (выраженная облитерация корневых каналов, внутренняя или наружная резорбция корневых каналов, горизонтальные и вертикальные переломы корней);
* последствия проведенного ранее вмешательства на данном зубе;
* изоляция, доступ и возможность выполнения лечения (возможность качественно изолировать рабочее поле, степень открывания рта пациентом сопутствующая патология);
* функциональная ценность зуба;
* возможность последующего восстановления анатомической формы коронковой части зуба;
* состояние пародонта.

Выбор метода лечения пульпита зависит от клинической картины, проявлений и симптомов, диагноза и может быть разным – от динамического наблюдения до удаления зуба.

При начальном и остром пульпите и/или случайном вскрытии полости зуба возможно применение методов сохранения пульпы (полного или частичного).

**Метод полного сохранения пульпы**

Пломбирование проводят в одно или два посещения. При методике лечения в два посещения лечебный подкладочный материал вносится в сформированную полость не менее чем на 1 месяц. Одноэтапное лечение данных форм пульпита рекомендуется в исключительно редких случаях: когда имеется плотный дентин, минимально прокрашиваемый кариес – детектором, и когда у пациента отсутствует возможность повторного посещения.

**Метод частичного сохранения пульпы - витальной ампутации пульпы - пульпотомия (только для многокорневых зубов).**

Данный метод лечения предполагает после формирования полости, вскрытие полости зуба, создания доступа к устьям корневых каналов и ампутацию коронковой пульпы. Далее проводят расширение устьев каналов. Затем формируется площадка в устьевой части полости и одновременно проводится глубокая ампутация пульпы. После тщательного гемостаза накладывается лечебная прокладка и временная пломба. При отсутствии жалоб через 3-4 недели временная пломба меняется на постоянную.

**Метод витальной экстирпации пульпы (пульпэктомия).**

Экстирпация пульпы (пульпэктомия) – это удаление всей здоровой или некротизированной ткани. Эндодонтическое лечение начинается с создания доступа к полости зуба, так как очень важна прямая видимость устьев корневых каналов. Проводится полное удаление всех кариозных тканей, дефектных реставраций и снятия искусственных коронок. В то же время необходимо максимально сохранить коронковую часть зуба, чтобы не ослабить стенки. Вскрытие полости зуба проводят шаровидным бором, а для ее расширения (раскрытия) лучше воспользоваться цилиндрическими борами с закругленным концом. Для исключения перфорации зондом исследуют дно полости зуба.

Препарирование корневого канала можно разделить на три этапа. Эти этапы взаимосвязаны и направлены на:

* первичную обработку канала для удаления измененных тканей или инородных веществ;
* удаление дентинных опилок и начальное формирование канала;
* формирование устьевой, средней трети и околоверхушечной (апикальной) части канала для облегчения окончательной очистки и трехмерной обтурации.

Для эффективного и безопасного использования пульпэкстрактора необходимо соблюдать следующие требования:

* доступ к корневым каналам должен быть достаточно широким, чтобы можно было ввести инструмент и удалить пульпу;
* инструмент должен иметь достаточную толщину (диаметр), чтобы захватывать пульпу;
* перед использованием пульпэкстракторов следует промыть полость зуба и устья каналов антисептическим раствором. После удаления содержимого корневых каналов проводится их механическая и медикаментозная обработка. Следующий этап эндодонтического лечения – это формирование корневого канала. Обращать особое внимание на предотвращение выхода инструмента за апикальное отверстие

Придание формы корневым каналам имеет несколько целей:

* формирование конусности канала на всю его рабочую длину
* обработка всех поверхностей канала
* сохранение адекватного размера апикального отверстия.

**Метод девитальной экстирпации пульпы.**

Для девитализации пульпы применяются пасты, в состав которых входит параформальдегид. Также в состав девитализирующих паст входят обезболивающие, антисептические, противовоспалительные средства. Девитализирующую пасту накладывают после удаления размягченного дентина и вскрытия рога пульпы зондом или небольшим шаровидным бором. Пасту вносят в кариозную полость зондом или на небольшом тампоне, полость закрывают временной повязкой. Необходимо следить за тем, чтобы паста не попала на слизистую оболочку десны. Срок действия девитализирующих паст различен (от 2 до 7 дней).

В следующее посещение повязку удаляют, раскрывают полость зуба, производят ампутацию коронковой пульпы, удаление корневой пульпы, обработку и пломбирование корневых каналов под рентгенологическим контролем.

Процесс лечения пульпита завершается рекомендациями пациенту по срокам повторного обращения и профилактике.

Лечение проводится для каждого пораженного зуба независимо от степени поражения и проведенного лечения других зубов.

Для оказания помощи можно использовать только те материалы и лекарственные средства, которые допущены к применению в установленном порядке.

**III. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПУЛЬПИТОМ.**

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

Оказание помощи больным с заболеванием пульпы зуба осуществляется в основном врачами-стоматологами, врачами-стоматологами терапевтами, врачами-стоматологами хирургами, зубными врачами. На этапе восстановления анатомической формы зуба в процесс лечения может подключаться врач-стоматолог ортопед. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал, в том числе зубные техники и гигиенисты стоматологические.

Побочные эффекты, риски и возможные осложнения:

* ощущение дискомфорта после лечения, боли при нагрузке на вылеченный зуб, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней;
* отечность десны в области леченого зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или больше;
* обострение хронического процесса в ходе лечения;
* контрактура (ограниченное открывание рта), прогрессирование воспалительного процесса с развитием острой одонтогенной инфекции и ее осложнений;
* аллергические реакции;
* отлом, поломка, отслойка эндодонтического инструмента, который может быть (по усмотрению врача) оставлен в леченом корневом канале или может потребоваться его хирургическое удаление;
* перфорация корневого канала инструментом, перелом корня зуба, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к удалению зуба;
* выведение пломбировочного материала за верхушку корня и попадение материала в нижнечелюстной канал или верхнечелюстную пазуху;
* парестезия (нарушение чувствительности);
* невозможность прохождения корневого канала из-за сложного анатомического строения зуба;
* резорбция корня.

 ***Возможные исходы и их характеристики***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование исхода | Частота развития | Критерии и признаки | Ориентировочное время достижения исхода | Преемственность и этапность оказания медицинской помощи |
| Компенсация функции | 50% |  Восстановление функции зуба | Непосредственно после курса лечения  | Динамическое наблюдение 2 раза в год |
| Стабилизация | 30% | Отсутствие рецидива и осложнений | Непосредственно- после курса лечения | Динамическое наблюдение 2 раза в год |
| Развитие ятрогенных осложнений | 10% | Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции) | На этапе лечения зуба | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания |
| Развитие нового заболевания, связанного с основным | 10% |  Развитие острого пульпита.  | После окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения  | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания |

**Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи при периодонтите.**

**I. ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИОДОНТИТА**

Диагностика периодонтита производится путем сбора анамнеза, клинического осмотра, дополнительных методов обследования и направлена на определение состояния периапикальных тканей и показаний к лечению, а также на выявление в анамнезе факторов, которые препятствуют немедленному началу лечения. Такими факторами могут быть:

* наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
* неадекватное психо–эмоциональное состояние пациента перед лечением;
* острые поражения слизистой оболочки рта и красной каймы губ;
* острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;
* угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения и т.п.), развившиеся менее чем за 6 мес до момента обращения за данной стоматологической помощью;
* отказ от лечения.

На рентгенологическое исследование возлагается основная нагрузка при постановке правильного диагноза и дифференциальной диагностике с другими заболеваниями с аналогичной симптоматикой.

**II. ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПЕРИОДОНТИТА**

Принципы лечения больных с периодонтитом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

* предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;
* сохранение и восстановление анатомической формы пораженного зуба и функциональной способности всей зубочелюстной системы;
* повышение качества жизни пациентов.
* лечение периодонтита включает:
* проведение местной анестезии (при необходимости и при отсутствии общих противопоказаний);
* создание доступа к полости зуба;
* раскрытие полости зуба;
* создание прямого доступа к корневым каналам;
* прохождение канала или его распломбирование в ранее депульпированных зубах;
* определение рабочей длины корневого канала;
* обработку корневых каналов (механическую и медикаментозную);
* применение физических методов (по потребности);
* пломбирование корневых каналов временными и/или постоянными пломбировочными материалами;
* рентгенологический контроль на этапах лечения;
* реставрацию зубов после эндодонтического лечения.

В случае безуспешного консервативного лечения или его невозможности рассматривается вопрос о консервативно-хирургических или хирургических методах лечения: резекция верхушки зуба, гемисекция зуба, коронарно-радикулярная сепарация, удаление зуба.

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы:

* анатомическое строение зуба (значительно изогнутые или атипичные по строению корни представляют значительную проблему);
* патологическое состояние зуба (выраженная облитерация каналов, внутренняя или наружная резорбция корневых каналов, горизонтальные и вертикальные переломы корней);
* последствия проведенного ранее вмешательства на данном зубе;
* изоляция, доступ и возможность выполнения лечения (возможность качественно изолировать рабочее поле, степень открывания рта пациентом, сопутствующая патология);
* функциональная ценность зуба;
* возможность последующего восстановления анатомической формы коронковой части зуба.

Лечение периодонтита в настоящее время предпочтительнее проводить под местной анестезией при отсутствии противопоказаний.

Выбор метода лечения периодонтита зависит от клинической картины, проявлений и симптомов, диагноза и может быть разным – от динамического наблюдения до удаления зуба.

Основным принципом лечения периодонтита является выявление и устранение причин, приведших к данному заболеванию.

При **медикаментозном периодонтите** следует удалить препарат, явившийся причиной развития воспаления, промыть операционное поле растворами антисептиков и/или ферментами; если есть возможность применить антидот и/или препарат, оказывающий выраженное противоэкссудативное действие, и закрыть полость временной герметичной повязкой.

При **травматическом** периодонтите удаляется причина, приведшая к развитию патологического процесса (пломба, коронка, вкладка).

При **инфекционном,** медикаментозном и травматическом периодонтите проводят некрэктомию – удаление всех некротизированных тканей.

Лечение начинается с создания доступа к операционному полю, так как очень важна прямая видимость устьев корневых каналов. Проводится полное удаление всех кариозных тканей, дефектных реставраций и коронок. В то же время необходимо максимально сохранить коронковую часть зуба, чтобы не ослабить стенки. Вскрытие полости зуба проводят шаровидным бором, а для ее расширения (раскрытия) лучше воспользоваться цилиндрическими борами с закругленным концом. Для исключения перфорации зондом исследуют дно полости зуба

Препарирование корневого канала можно разделить на три этапа. Эти этапы взаимосвязаны и направлены на:

* первичную обработку канала для удаления измененных тканей или инородных веществ;
* удаление дентинных опилок и начальное формирование канала;
* формирование устьевой, средней трети и околоверхушечной (апикальной) части канала для окончательной обработки и трехмерной обтурации.

После удаления содержимого корневых каналов проводится их механическая и медикаментозная обработка. Этому этапу следует уделять особое значение, так как он является залогом к успешному лечению данного заболевания.

Далее следует принятие решения о временном пломбировании канала или оставлении его открытым на несколько дней для создания оттока экссудата через корневой канал.

Следующий этап лечения – формирование корневого канала. Обращать особое внимание на предотвращение выхода инструмента за апикальное отверстие.

Придание формы корневым каналам имеет несколько целей:

* формирование конусности канала на всю его рабочую длину;
* обработка всех поверхностей канала;
* адекватная элиминация (отток) промывающих растворов;
* сохранение адекватного размера апикального отверстия и физиологического сужения**.**

В случае положительной динамики лечения проводят окончательную обработку и пломбирование корневых каналов под рентгенологическим контролем. Процесс лечения периодонтита завершается рекомендациями пациенту по срокам повторного обращения и профилактике.

Лечение проводится для каждого пораженного зуба независимо от степени поражения и проведенного лечения других зубов.

Для оказания помощи можно использовать только те материалы и лекарственные средства, которые допущены к применению в установленном порядке.

**III. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПЕРИОДОНТИТОМ**

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

Оказание помощи больным с периодонтитом осуществляется в основном врачами-стоматологами общей практики, врачами стоматологами – терапевтами, врачами стоматологами – хирургами, врачами стоматологами – ортопедами, зубными врачами, врачами – физиотерапевтами. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал, в том числе зубные техники и гигиенисты стоматологические

Побочные эффекты, риски и возможные осложнения:

* ощущение дискомфорта после лечения, боли при нагрузке на вылеченный зуб, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней;
* отечность десны в области леченого зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или больше;
* обострение хронического процесса в ходе лечения;
* контрактура (ограниченное открывание рта), прогрессирование воспалительного процесса с развитием острой одонтогенной инфекции и ее осложнений;
* аллергические реакции;
* отлом, поломка, отслойка эндодонтического инструмента, который может быть (по усмотрению врача) оставлен в леченом корневом канале или может потребоваться его хирургическое удаление;
* перфорация корневого канала инструментом, перелом корня зуба, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к удалению зуба;
* выведение пломбировочного материала за верхушку корня и попадение материала в нижнечелюстной канал или верхнечелюстную пазуху;
* парестезия (нарушение чувствительности);
* невозможность прохождения корневого канала из-за сложного анатомического строения зуба;
* резорбция корня.

***Возможные исходы и их характеристики***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Исход  | Частота развития, % | Критерии и признаки | Ориентировоч-ное время достижения исхода | Преемственность и этапность оказания медицинской помощи |
| Компенсация функции | 60 |  Восстанов-ление функции | Непосредственно после курса лечения  | Динамическое наблюдение 2 раза в год |
| Стабилизация | 20 | Отсутствие рецидива и осложнений | Непосредственно после курса лечения | Динамическое наблюдение 2 раза в год |
| Развитие ятрогенных осложнений | 10 | Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции) | На этапе лечения зуба | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания |
| Развитие нового заболевания, связанного с основным | 10 |  Развитие хронического периодонтита  | Через 6 мес после окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения  | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания |

**Профессиональная гигиена полости рта**

Немедикаментозная помощь направлена на обеспечение надлежащей гигиены полости рта с целью предупреждения развития кариозного процесса и включает три основных компонента: обучение гигиене полости рта, контролируемая чистка зубов и профессиональная гигиена полости рта и зубов.

С целью выработки у пациента навыков ухода за полостью рта (чистки зубов) и максимально эффективного удаления мягкого зубного налета с поверхностей зубов обучают пациента приемам гигиены полости рта. Технику чистки зубов демонстрируют на моделях.

Индивидуально подбирают средства гигиены полости рта. Обучение навыкам гигиены полости рта способствует предупреждению развития кариеса зубов (уровень убедительности доказательств В).

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

Профессиональная гигиена полости рта включает удаление с поверхности зуба над- и поддесневых зубных отложений и позволяет предотвратить развитие кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта (уровень убедительности доказательств А).

#### Алгоритм обучения гигиене рта

* ***Первое посещение***

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

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

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

Завершают чистку круговыми движениями зубной щетки при сомкнутых челюстях, осуществляя массаж десен, справа налево. Длительность чистки составляет 3 мин.

Для качественной чистки контактных поверхностей зубов необходимо использовать зубные нити.

Индивидуальный подбор средств гигиены полости рта осуществляется с учетом стоматологического статуса пациента (состояния твердых тканей зубов и тканей пародонта, наличия зубочелюстных аномалий, съемных и несъемных ортодонтических и ортопедических конструкций) ([Приложение 2](http://www.e-stomatology.ru/director/prikaz/protokol_karies/#pril_2#pril_2)).

* ***Второе посещение***

С целью закрепления полученных навыков проводится контролируемая чистка зубов.

#### Алгоритм контролируемой чистки зубов

* ***Первое посещение:***
* обработка зубов пациента окрашивающим средством, определение гигиенического индекса, демонстрация пациенту с помощью зеркала мест наибольшего скопления зубного налета;
* чистка зубов пациентом в его обычной манере;
* повторное определение гигиенического индекса, оценка эффективности чистки зубов (сравнение показателей индекса гигиены до и после чистки зубов), демонстрация пациенту с помощью зеркала окрашенных участков, где зубной налет не был удален при чистке;
* демонстрация правильной техники чистки зубов на моделях, рекомендации пациенту по коррекции недостатков гигиенического ухода за полостью рта, использованию зубных нитей и дополнительных средств гигиены (специальных зубных щеток, зубных ершиков, монопучковых щеток, ирригаторов - по показаниям).
* ***Следующее посещение***

Определение гигиенического индекса, при неудовлетворительном уровне гигиены полости рта - повторение процедуры.

Пациента инструктируют о необходимости являться на профилактический осмотр к врачу не реже 1 раза в полгода

#### Алгоритм профессиональной гигиены рта и зубов

Этапы профессиональной гигиены:

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

Процедура проводится в одно посещение.

При удалении над- и поддесневых зубных отложений (зубной камень, плотный и мягкий зубной налет) следует соблюдать ряд условий:

* удаление зубного камня проводить с аппликационным обезболиванием;
* провести антисептическую обработку полости рта раствором антисептика (0,06 % раствором хлоргексидина, 0,05 % раствором перманганата калия);
* изолировать обрабатываемые зубы от слюны;
* обратить внимание, что рука, удерживающая инструмент, должна быть фиксирована на подбородке пациента или соседних зубах, терминальный стержень инструмента располагается параллельно оси зуба, основные движения - рычагообразные и соскабливающие - должны быть плавными, не травмирующими.

В области металлокерамических, керамических, композитных реставраций, имплантатов (при обработке последних используются пластиковые инструменты) применяется ручной способ удаления зубных отложений.

Ультразвуковые аппараты не следует использовать у пациентов с респираторными, инфекционными заболеваниями, а также у больных с кардиостимулятором.

Для удаления налета и полировки гладких поверхностей зубов рекомендуется использовать резиновые колпачки, жевательных поверхностей - вращающиеся щеточки, контактных поверхностей - флоссы и абразивные штрипсы. Полировочную пасту следует использовать, начиная с крупнодисперсной и заканчивая мелкодисперсной. Фторидсодержащие полировочные пасты не рекомендуется использовать перед проведением некоторых процедур (герметизации фиссур, отбеливания зубов). При обработке поверхностей имплантатов следует использовать мелкодисперсные полировочные пасты и резиновые колпачки.

Необходимо устранять факторы, способствующие скоплению зубного налета: удалять нависающие края пломб, проводить повторную полировку пломб.

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

#### Сошлифовывание твердых тканей зубов проводят перед началом курса реминерализирующей терапии при наличии шероховатых поверхностей.

#### Для предотвращения развития кариозного процесса проводится запечатывание фиссуры зуба герметиком при наличии глубоких, узких (выраженных) фиссур.

#### Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Основными методами лечения кариеса эмали в стадии пятна является реминерализирующая терапия и фторирование (уровень убедительности доказательств В).

#### *Реминерализующая терапия*

Курс реминерализующей терапии состоит из 10-15 аппликаций (ежедневно или через день). Перед началом лечения при наличии шероховатых поверхностей проводят их сошлифовывание. Приступают к курсу реминерализирующей терапии. Перед каждой аппликацией пораженную поверхность зуба механически очищают от зубного налета и высушивают струей воздуха.

Аппликации реминерализирующими средствами на обработанной поверхности зуба в течение 15-20 мин со сменой тампона каждые 4-5 мин. Аппликации 1-2 % раствором фторида натрия осуществляются в каждое 3-е посещение, после аппликации реминерализующим раствором на очищенной и высушенной поверхности зуба в течение 2-3 мин.

После проведения процедуры больному рекомендуют не принимать пищу в течение 2-3 ч.

#### *Фторирование твердых тканей зубов*

Нанесение на зубы фторлака, как аналога 1-2 % раствора фторида натрия осуществляется в каждое 3-е посещение после аппликации реминерализующим раствором, на высушенной поверхности зуба. После аппликации пациенту не рекомендуют принимать пищу в течение 2-х часов и чистить зубы в течение 12 часов.

Критерием эффективности курса реминерализующей терапии и фторирования является уменьшение размера очага деминерализации вплоть до его исчезновения, восстановление блеска эмали или менее интенсивное окрашивание очага деминерализации (по 10-балльной шкале окрашивания эмали) красителем 2 % раствором метиленового синего.

#### Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Пациенты с кариесом эмали в стадии пятна должны посещать специалиста один раз в полгода для наблюдения.

#### Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Пациенту рекомендуют являться на прием к врачу-стоматологу минимум один раз в полгода для проведения профилактических осмотров, гигиенических мероприятий.

#### Требования к диетическим назначениям и ограничениям

После завершения каждой лечебной процедуры рекомендуется не принимать пищу и не полоскать рот в течение 2 ч. Ограничение потребления пищевых продуктов и напитков с низкими значениями рН (соки, тонизирующие напитки, йогурты) и тщательное полоскание рта после их приема.

Ограничение пребывания углеводов во рту (сосательные, жевательные конфеты).

**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 психоэмоциональное 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 пациентов 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.

***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 забо­левания |
| Развитие ново­го заболева­ния, связанно­го с основным | 4% | Прогрессирование простого маргинального гингивита, переход его в гиперпластическую форму, в язвенно-некротическую, в хронический пародонтит | Через 6 мес после окончания лечения при отсутствии динамиче­ского наблюдения | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего забо­левания |

**ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПАРОДОНТИТА**

Диагностика пародонтита производится пу­тем сбора анамнеза, клинического осмотра и до­полнительных методов обследования и направлена на определение пародонтологического статуса, тяжести и распространенности заболевания, а также составления комплексного плана лечения.

Кроме того, диагностика дополнительно должна быть направлена на выявление факторов, которые препятствуют немедленному началу лечения. Такими факторами могут быть:

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

**ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАРОДОНТИТА**

Лечение болезней пародонта должно быть комплексным.

Принципы лечения больных с пародонтитом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

* купирование воспалительных процессов в пародонте;
* предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;
* сохранение и восстановление функции зубочелюстной системы;
* предупреждение развития общих и местных осложнений;
* предупреждение негативного влияния на общее здоровье и качество жизни пациентов.

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

Лечение острых форм пародонтита предполагает проведение экстренных мероприятий, направленных на купирование воспаления (вскрытие пародонтального абсцесса, вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага и т п.).

Выбор средств и методов для лечения хронического пародонтита определяется степенью тяжести и особенностями клинического течения заболевания. В комплексной терапии пародонтита применяют терапевтическое (немедикаментозное и медикаментозное), хирургическое, ортодонтическое и ортопедическое лечение, направленное на ликвидацию воспаления в тканях пародонта, устранение пародонтального кармана, стимуляцию репаративного остеогенеза, восстановление функции зубочелюстной системы.

*Терапевтическое лечение* пародонтита основано на применении нехирургических методов и является базовым или начальным этапом комплексного лечения заболеваний пародонта и направлено в первую очередь на устранение одного из этиологических факторов болезни – бактериальной биопленки и факторов, обеспечивающих ее аккумуляцию на зубе, и включает:

* проведение профессиональной гигиены рта;
* обучение и контроль индивидуальной гигиене рта;
* удаление над - и поддесневых зубных отложений;
* коррекция и устранение факторов, способствующих поддержанию воспалительных процессов в пародонте, таких как: нависающие края пломб, кариозные полости, клиновидные дефекты;
* устранение преждевременных контактов – функциональное избирательное пришлифовывание;
* назначение и/или проведение противомикробной и противовоспалительной терапии.

*Хирургическое лечение* направлено на ликвидацию очагов воспаления, которые не удалось устранить на этапах терапевтического лечения. Проведение плановых хирургических вмешательств недопустимо без предварительной подготовки в рамках базовой терапии и тщательной оценки полученных результатов.

*Ортодонтическое лечение* направлено на устранение зубочелюстных аномалий и вторичных деформаций зубных рядов, стабилизацию патологических процессов в пародонте.

*Ортопедическое лечение* направлено на восстановление функции зубочелюстной системы, восстановление целостности зубных рядов, стабилизацию патологических процессов в пародонте, создание условий для функционирования зубочелюстной системы в компенсированном состоянии и включает в себя изготовление съемных и/или несъемных шинирующих ортопедических конструкций. Положительным результатом лечения средних и тяжелых стадий пародонтита можно считать восстановление зубочелюстной системы до субкомпенсированного состояния и стабилизацию патологического процесса на этом уровне. Без ортопедического вмешательства (постоянного шинирования) это невозможно.

Динамическое наблюдение проводят через 1, 2, 6 недель для контроля гигиены рта и определения пародонтологического статуса, затем каждые 6 месяцев. Врачи должны рекомендовать четырехступенчатую ежедневную схему гигиены с использованием щетки, зубной пасты, зубной нити и антимикробного ополаскивателя. Ежедневное использование одобренных ополаскивателей с эфирными маслами и хлоргексидином для полости рта позволяет достичь значимого уменьшения образования зубного налета, что ведет к снижению риска возникновения воспалительных заболеваний пародонта среди широких групп населения.

Применение ополаскивателей для полости рта, содержащих алкоголь может натолкнуться на этические и культурные барьеры со стороны некоторых групп населения. Для них рекомендуется использование ополаскивателей, не содержащих алкоголь.

Для оказания помощи можно использовать только те материалы и лекарственные средства, которые допущены к применению в установленном порядке.

**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПАРОДОНТИТОМ**

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

Оказание помощи больным с пародонтитом осуществляют врачи-стоматологи общей практики, врачи-стоматологи-терапевты, врачи-стоматологи-ортопеды, врачи-стоматологи-хирурги, врачи ортодонты, зубные врачи. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал, в том числе зубные техники и гигиенисты стоматологические.

***Возможные исходы и их характеристики***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование исхода | Частота развития, % | Критерии и Признаки | Ориентировочное вре­мя достижения исхода | Преемственность и этапность ока­зания медицинской помощи |
| Компенсация функции | 80 | Отсутствие признаков воспаления десны | Через  7 дней | Оказание медицинской помощи по модели хронического пародонтита локализованного |
| Стабилизация | 10 | Отсутствие прогрессирования заболевания | Через 7 дней | Оказание медицинской помощи по модели хронического пародонтита локализованного |
| Развитие ятрогенных ослож­нений | 5 | Появление новых пора­жений или осложнений,обусловленных прово­димой терапией (на­пример, аллергическиереакции) | На любом этапе | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего забо­левания |
| Развитие ново­го заболева­ния, связанно­го с основным | 5 | Рецидив пародонтального абсцесса | На любом этапе при отсутствии лечения | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего забо­левания |