Приложение к Приказу

 Министерства здравоохранения

 Приднестровской Молдавской Республики

 от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 года №\_\_\_\_\_

**Клинические рекомендации**

**«****Болезни пародонта»**

**Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10):** К05.20, К05.21, К05.30, К05.31

**Возрастная категория:** Взрослые

**Год утверждения (частота пересмотра):** 2023 год (пересмотр каждые 5 лет)

**Оглавление**

[**Список сокращений 5**](#_Toc142913475)

[**Термины и определения 5**](#_Toc142913476)

[**1. Краткая информация 5**](#_Toc142913477)

[**1.1 Определение 5**](#_Toc142913478)

[**1.2 Этиология и патогенез 5**](#_Toc142913479)

[**1.3 Эпидемиология 6**](#_Toc142913480)

[**1.4 Кодирование по МКБ-10 6**](#_Toc142913481)

[**1.5 Классификация 6**](#_Toc142913482)

[**1.6 Клиническая картина 7**](#_Toc142913483)

[**2. Диагностика 8**](#_Toc142913484)

[**2.1 Пародонтальный абсцесс десневого происхождения без свища 8**](#_Toc142913485)

[**2.1.1 Жалобы и анамнез 8**](#_Toc142913486)

[**2.1.2 Физикальное обследование 8**](#_Toc142913487)

[**2.1.3 Лабораторная диагностика 9**](#_Toc142913488)

[**2.1.4 Инструментальная диагностика 9**](#_Toc142913489)

[**2.1.5 Иная диагностика 10**](#_Toc142913490)

[**2.2 Пародонтальный абсцесс десневого происхождения со свищом 13**](#_Toc142913491)

[**2.2.1 Жалобы и анамнез 13**](#_Toc142913492)

[**2.2.2 Физикальное обследование 13**](#_Toc142913493)

[**2.2.3 Лабораторная диагностика 14**](#_Toc142913494)

[**2.2.4 Инструментальная диагностика 14**](#_Toc142913495)

[**2.2.5 Иная диагностика 15**](#_Toc142913496)

[**2.3 Хронический пародонтит локализованный (легкая стадия) 18**](#_Toc142913497)

[**2.3.1 Жалобы и анамнез 18**](#_Toc142913498)

[**2.3.2 Физикальное обследование 18**](#_Toc142913499)

[**2.3.3 Лабораторная диагностика 19**](#_Toc142913500)

[**2.3.4 Инструментальная диагностика 19**](#_Toc142913501)

[**2.3.5 Иная диагностика 20**](#_Toc142913502)

[**2.4 Хронический пародонтит локализованный (средняя стадия) 22**](#_Toc142913503)

[**2.4.1 Жалобы и анамнез 22**](#_Toc142913504)

[**2.4.2 Физикальное обследование 23**](#_Toc142913505)

[**2.4.3 Лабораторная диагностика 24**](#_Toc142913506)

[**2.4.4 Инструментальная диагностика 24**](#_Toc142913507)

[**2.4.5 Иная диагностика 24**](#_Toc142913508)

[**2.5 Хронический пародонтит локализованный (тяжелая стадия) 27**](#_Toc142913509)

[**2.5.1 Жалобы и анамнез 27**](#_Toc142913510)

[**2.5.2 Физикальное обследование 27**](#_Toc142913511)

[**2.5.3. Лабораторная диагностика 28**](#_Toc142913512)

[**2.5.4 Инструментальная диагностика 28**](#_Toc142913513)

[**2.5.5 Иная диагностика 29**](#_Toc142913514)

[**2.6 Хронический пародонтит генерализованный (легкая стадия) 31**](#_Toc142913515)

[**2.6.1 Жалобы и анамнез 31**](#_Toc142913516)

[**2.6.2 Физикальное обследование 31**](#_Toc142913517)

[**2.6.3 Лабораторная диагностика 32**](#_Toc142913518)

[**2.6.4 Инструментальная диагностика 32**](#_Toc142913519)

[**2.6.5 Иная диагностика 33**](#_Toc142913520)

[**2.7 Хронический пародонтит генерализованный (средняя стадия) 35**](#_Toc142913521)

[**2.7.1 Жалобы и анамнез 35**](#_Toc142913522)

[**2.7.2 Физикальное обследование 35**](#_Toc142913523)

[**2.7.3 Лабораторная диагностика 36**](#_Toc142913524)

[**2.7.4 Инструментальная диагностика 36**](#_Toc142913525)

[**2.7.5 Иная диагностика 37**](#_Toc142913526)

[**2.8 Хронический пародонтит генерализованный (тяжелая стадия) 39**](#_Toc142913527)

[**2.8.1 Жалобы и анамнез 39**](#_Toc142913528)

[**2.8.2 Физикальное обследование 40**](#_Toc142913529)

[**2.8.3 Лабораторная диагностика 41**](#_Toc142913530)

[**2.8.4 Инструментальная диагностика 41**](#_Toc142913531)

[**2.8.5 Иная диагностика 41**](#_Toc142913532)

[**3. Лечение 44**](#_Toc142913533)

[**3.1 Пародонтальный абсцесс десневого происхождения без свища 44**](#_Toc142913534)

[**3.1.1 Консервативное лечение 44**](#_Toc142913535)

[**3.1.2 Хирургическое лечение 47**](#_Toc142913536)

[**3.1.3 Иное лечение 48**](#_Toc142913537)

[**3.2 Пародонтальный абсцесс десневого происхождения со свищом 48**](#_Toc142913538)

[**3.2.1 Консервативное лечение 48**](#_Toc142913539)

[**3.2.2 Хирургическое лечение 51**](#_Toc142913540)

[**3.2.3 Иное лечение 51**](#_Toc142913541)

[**3.3 Хронический пародонтит локализованный (легкая стадия) 51**](#_Toc142913542)

[**3.3.1 Консервативное лечение 51**](#_Toc142913543)

[**3.3.2 Хирургическое лечение 54**](#_Toc142913544)

[**3.3.3 Иное лечение 54**](#_Toc142913545)

[**3.4 Хронический пародонтит локализованный (средняя стадия) 54**](#_Toc142913546)

[**3.4.1 Консервативное лечение 54**](#_Toc142913547)

[**3.4.2 Хирургическое лечение 57**](#_Toc142913548)

[**3.4.3 Иное лечение 57**](#_Toc142913549)

[**3.5 Хронический пародонтит локализованный (тяжелая стадия) 57**](#_Toc142913550)

[**3.5.1 Консервативное лечение 57**](#_Toc142913551)

[**3.5.2 Хирургическое лечение 60**](#_Toc142913552)

[**3.5.3 Иное лечение 61**](#_Toc142913553)

[**3.6 Хронический пародонтит генерализованный (легкая стадия) 61**](#_Toc142913554)

[**3.6.1 Консервативное лечение 61**](#_Toc142913555)

[**3.6.2 Хирургическое лечение 69**](#_Toc142913556)

[**3.6.3 Иное лечение 70**](#_Toc142913557)

[**3.7 Хронический пародонтит генерализованный (средняя стадия) 70**](#_Toc142913558)

[**3.7.1 Консервативное лечение 70**](#_Toc142913559)

[**3.7.2 Хирургическое лечение 78**](#_Toc142913560)

[**3.7.3 Иное лечение 79**](#_Toc142913561)

[**3.8 Хронический пародонтит генерализованный (тяжелая стадия) 80**](#_Toc142913562)

[**3.8.1 Консервативное лечение 80**](#_Toc142913563)

[**3.8.2 Хирургическое лечение 86**](#_Toc142913564)

[**3.2.3 Иное лечение 87**](#_Toc142913565)

[**4. Реабилитация 87**](#_Toc142913566)

[**5. Профилактика и диспансерное наблюдение 87**](#_Toc142913567)

[**6. Организация медицинской помощи 87**](#_Toc142913568)

[**7. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/синдрома 88**](#_Toc142913569)

[**Критерии оценки качества медицинской помощи 89**](#_Toc142913570)

[**Список литературы 90**](#_Toc142913571)

[**Приложение А1.**](#_Toc142913572) [**Состав Рабочей группы 92**](#_Toc142913573)

[**Приложение А2.**](#_Toc142913574) [**Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата 93**](#_Toc142913575)

[**Приложение Б.**](#_Toc142913576) [**Алгоритмы действий врача 94**](#_Toc142913577)

[**Приложение В.**](#_Toc142913579) [**Информация для пациента. 96**](#_Toc142913580)

# Список сокращений

КР – клинические рекомендации;

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра;

УДД – уровень достоверности доказательств;

УУР – уровень убедительности рекомендаций;

ВНЧС – височно-нижнечелюстной сустав

# Термины и определения

**Пародонтальный абсцесс** - это локально ограниченное гнойное воспаление десны.

**Пародонтальный карман** - это пространство, освободившееся в результате разрушения пародонта. Воспалительный процесс нарушает целостность зубодесневых соединений, начинается атрофия (рассасывание) альвеолярной кости. Возникает участок, где отсутствует крепление десны к поверхности зубного корня.

# 1. Краткая информация

## 1.1 Определение

Пародонтит- это заболевание зубочелюстной системы, характеризующееся развитием острого или хронического воспалительного процесса, деструкцией тканей пародонта и атрофией костной ткани альвеол.

## 1.2 Этиология и патогенез

Данная патология рассматривается как одна из основных причин потери зубов у взрослого населения. Кроме того, пародонтит может являться как следствием, так и причиной развития, некоторых общесоматических заболеваний.

Пародонтит развивается в результате воздействия одного или нескольких этиологических факторов, которые могут носить как местный (перегрузка пародонта, повреждающее действие микробных скоплений биопленки десневой борозды, ятрогенные причины) так и общий (авитаминозы, атеросклеротические изменение сосудов, эндокринная патология, снижение резистентности организма) характер. Важно понимать, что зубной налет и отложения не всегда обусловливают развитие кариеса, но всегда обусловливают развитие гингивита. Гингивит не всегда приводит к пародонтиту, но пародонтиту всегда предшествует гингивит.

Под влиянием повреждающего фактора возникают патологические изменения, которые обуславливают нарушение внутритканевого метаболизма тканей пародонта, что ведет к частичной гибели эпителия и разрушению коллагеновых волокон связочного аппарата зубов, деструкции костной ткани, сначала в кортикальной пластинке, а затем и губчатого вещества. Прогрессирование резорбции кости, утрата прикрепления десны к кости и расширение пародонтального кармана протекают не непрерывно, но фазами – активными и неактивными. Развивающиеся в пародонте патологические процессы приводят к увеличению подвижности зуба, в результате чего происходит увеличение влияния механического фактора на сосудистую систему, который способствует прогрессированию воспаления и нарастанию клинических проявлений.

При пародонтитах, обусловленных общесоматическими заболеваниями, местные факторы усугубляют воспалительный процесс.

## 1.3 Эпидемиология

В общей структуре оказания медицинской помощи больным в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля пародонтит встречается в любой возрастной группе пациентов и составляет30% от общего числа обращений. Болезни пародонта (пародонтопатии), наряду с кариесом, являются основными массовыми поражениями зубочелюстной системы.

## 1.4 Кодирование по МКБ-10

К05.2 Острый пародонтит

К05.20 Пародонтальный абсцесс десневого про­исхождения без свища.

К05.21 Пародонтальный абсцесс десневого про­исхождения со свищом.

К05.3 Хронический пародонтит

К05.30 Локализованный

К05.31 Генерализованный

## 1.5 Классификация

По течению:

- острый;

- хронический;

- обострившийся (в том числе абсцедирующий);

- ремиссия.

По тяжести процесса:

- легкая стадия;

 - средняя стадия;

- тяжелая стадия.

По распространенности процесса:

- локализованный;

- генерализованный**.**

##

## 1.6 Клиническая картина

Острый пародонтит, как самостоятельная нозологическая форма, встречается крайне редко, он развивается вследствие острого механического или химического повреждения зубодесневого соединения. К острому пародонтиту относятся пародонтальный абсцесс десневого про­исхождения без свища и пародонтальный абсцесс десневого про­исхождения со свищом. Как правило, развиваются в результате механической травмы. Характеризуется ограниченным воспалением и кровоточивостью десны; наличием пародонтального кармана и выделением из него экссудата; наличием свищевого хода (при пародонтальном абсцессе десневого про­исхождения со свищом).

Хронический пародонтит всегда развивается на фоне неудовлетворительной гигиены полости рта. Как правило, ему предшествует гингивит. Характеризуется наличием мягких и твердых зубных отложений (над- и поддесневых); гиперемией, отеком и кровоточивостью десны; наличием пародонтальных карманов и выделением из них экссудата; патологической подвижностью зубов различной степени; возможна рецессия или гипертрофия десневого края, деформация зубных рядов, появление трем, диастем и преждевременных контактов зубов (супраконтактов).

Рентгенологическая картина зависит от степени тяжести пародонтита. Начало процесса характеризуется деструкцией кортикальной пластинки вершин межальвеолярных перегородок. В дальнейшем отмечается усеченность вершин, наряду с горизонтальной появляется и вертикальная резорбция, нередко с образованием костных карманов. Контуры костной ткани альвеолярных отростков имеют характерный фестончатый вид, «изъеденный вид».

У больных с локализованной формой пародонтита данные симптомы выявляются лишь у группы зубов, при генерализованной форме – у всех зубов.

Степень тяжести пародонтита определяется в основном тремя ведущими симптомами — глубиной пародонтального кармана, степенью резорбции костной ткани и, как следствие, патологической подвижностью зубов. Эти признаки принимаются за основу при постановке диагноза и составлении плана лечения. Подвижность зубов является важным метрическим критерием оценки состояния тканей пародонта. При планировании лечения исследование подвижности зубов является обязательным диагностическим мероприятием. Наиболее распространенной, при оценке подвижности зубов, является классификация Энтина, так же используется классификация Миллера в модификации Флезара.

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

**2. Диагностика**

**2.1 Пародонтальный абсцесс десневого про­исхождения без свища**

### 2.1.1 Жалобы и анамнез

При сборе анамнеза выясняют жалобы и сроки их появления. Как правило, больной жалуется на припухлость десны, боль при накусывании на зуб, подвижность зуба. В некоторых случаях пациент отмечает выделение гноя из десны. Может наблюдаться ухудшение общего состояния больного, повышение температуры, головные боли, нарушения аппетита и сна. Пациент может отмечать, что ранее после самопроизвольного вскрытия абсцесса боль и припухлость десны уменьшались или проходили полностью.

Выявляют наличие у пациентов общесоматических заболеваний, аллергический анамнез. Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта.

### 2.1.2 Физикальное обследование

Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- пациенты с постоянными зубами;

- мягкие, твердые зубные отложения;

- десна гиперемирована, отечна;

- болезненность при пальпации десны;

- патологическая подвижность конкретного зуба /зубов;

- ограниченный инфильтрат;

- наличие пародонтального кармана;

- при пальпации выделение гнойного экссудата из пародонтального кармана;

- в патологический процесс могут быть вовлечены ткани пародонта как одного и/или нескольких зубов, как стоящих рядом, так и расположенных на разных участках челюсти;

- возможно повышение температуры тела;

- на рентгенограмме выявляется признаки резорбции костной ткани стенок альвеолы.

При осмотре челюстно-лицевой области отмечают наличие видимых изменений, проводят пальпацию лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины.

При осмотре полости рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки полости рта и горла, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.Обращают внимание на глубину преддверия, характер прикрепления уздечек губ, языка, тяжей слизистой оболочки преддверия полости 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.

**2.1.3 Лабораторная диагностика**

* Рекомендованы микробиологический анализ содержимого пародонтального кармана, общий анализ крови (развернутый), анализ на содержание кальция в крови, анализ на содержание сахара в крови.

### 2.1.4 Инструментальная диагностика

* Рекомендовано исследование пародонтальных карманов с использованием калиброванного пародонтального зонда (зондирование). Глубину пародонтального кармана измеряют от края десны до дна кармана. Инструмент располагают параллельно длинной оси зуба, плотно прижимая его к поверхности зуба. С каждой из сторон – вестибулярной и оральной – регистрируют показатели, полученные в трех точках: дистально, по средней линии и медиально в пародонтограмме.
* Кроме того, в пародонтограмме фиксируют показатели рецессии десны непрерывной линией. Рецессию измеряют от эмалево-цементной границы до края десны калиброванным пародонтальным зондом.
* Сумма показателей глубины пародонтального кармана и рецессии десны означает потерю прикрепления.



**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии: Зондирование рекомендуется для определения глубины пародонтальных карманов,*

● Рекомендована перкуссия.

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарий:**Данный метод применяют для определения степени воспалительного процесса связочного аппарата зуба.*

### 2.1.5 Иная диагностика

● Рекомендовано рентгенологическое исследование.

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 1).**

*Комментарии:* *Рентгенологическая картина зависит от степени тяжести пародонтита. Начало процесса характеризуется деструкцией кортикальной пластинки вершин межальвеолярных перегородок. В дальнейшем отмечается усеченность вершин, наряду с горизонтальной появляется и вертикальная резорбция, нередко с образованием костных карманов. Контуры костной ткани альвеолярных отростков имеют характерный фестончатый вид, «изъеденный вид».*

● Рекомендовано определение подвижности зубов.

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

Определение подвижности зубов по Д.А. Энтину.

Iстепень – смещение зуба только в вестибуло-оральном направлении;

II степень – видимая смещаемость зуба как в вестибуло-оральном, так и в медио-дистальном направлениях.;

III степень – смещение зуба в вестибуло-оральном, медио-дистальном и в вертикальном направлениях: при надавливании происходит погружение зуба в лунку, а затем он снова возвращается в исходное положение.

Используется метод оценки патологической подвижности по шкале Миллера (Miller) (Miller S. C. 1938) в модифи­кации Флезара (Fleszar) (Flezar et al., 1980):

Оценка подвижности зубов по шкале Миллера в модификации Флезара.

0 - устойчивый зуб, имеется только физиологическая подвижность;

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

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

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

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии****:*** *Подвижность зубов является важным метрическим критерием оценки состояния тканей пародонта.*

● Рекомендовано определение индекса зубного налета и индекса кровоточивости.

Алгоритм определения индекса зубного налета по Силнесс-Лое.

Индекс оценивает количество мягкого зубного налета в придесневой области. Оценка проводится визуально и зондом без окрашивания, обследуются 4 поверхности, для лучшей диагностики область шейки зуба предварительно высушивается воздушной струей.

Интенсивность налета, критерии оценки:

0 – на кончике зонда нет налета;

1 – небольшое количество налета;

2 – тонкий слой налета около шейки, на кончике зонда количество значительное;

3 – значительное количество налета в придесневой области и в межзубных промежутках.

Индекс рассчитывается по формуле:

Общий индекс = (сумма баллов) / (число обследованных зубов).

Индекс кровоточивости Мюллеманна (в модификации Коуэлла).

Определяет степень кровоточивости десневой борозды при зондировании или при давлении на десневой сосочек.

 В области «зубов Рамфьерда» (16,21,24,36,41,44) с щечной и язычной (небной) поверхностей кончик пародонтального зонда, без давления, ведут от медиальной к дистальной поверхности зуба.

Критерии оценки:

0 - после исследования кровоточивость отсутствует;

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

2 - кровоточивость возникает или сразу после проведения исследования, или в течении 30с;

3 - кровоточивость отмечается при приеме пищи или чистке зубов.

Значение индекса = (сумма показателей всех зубов) / (число зубов).

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Для определения степени воспаления десны.*

● Рекомендовано заполнение одонтопародонтограммы по В.Ю. Курляндскому, которую получают путем занесения сведений о каждом зубе и его опорном аппарате в специальную таблицу. Для заполнения таблицы необходимо проведение зондирования глубины пародонтального кармана с медиальной, дистальной, вестибулярной и оральной поверхностей. Выбирается максимальное значение и соотносится с коронковой частью зуба. Согласно анатомическим исследованиям соотношения коронковой части зуба к корню равно 1:2, поэтому погружение пародонтального зонда на величину коронковой части соответствует ½ высоты альвеолы зуба, на половину коронковой части зуба - ¼ высоты альвеолы и так далее. Данные зондирования заносятся в соответствующую графу.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 11.5 | 7.5 | 11.5 |
| более ¾ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30,5сумма |
| ¾ - 75% | 0,5 | 0,75 | 0,75 | 0,45 | 0,45 | 0,4 | 0,25 | 0,3 | 0,3 | 0,25 | 0,4 | 0,45 | 0,45 | 0,75 | 0,75 | 0,5 |
| ½ - 50% | 1,0 | 1,5 | 1,5 | 0,9 | 0,9 | 0,75 | 0,5 | 0,6 | 0,6 | 0,5 | 0,75 | 0,9 | 0,9 | 1,5 | 1,5 | 1,0 |
| ¼ - 25% | 1,5 | 2,25 | 2,25 | 1,3 | 1,3 | 1,1 | 0,75 | 0,9 | 0,9 | 0,75 | 1,1 | 1,3 | 1,3 | 2,25 | 2,25. | 1,5 |
| N | 2,0 | 3,0 | 3,0 | 1,75 | 1,75 | 1,5 | 1,0 | 1,25 | 1,25 | 1,0 | 1,5 | 1,75 | 1,75 | 3,0 | 3,0 | 2,0 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N | 2,0 | 3,0 | 3,0 | 1,75 | 1,75 | 1,5 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,5 | 1,75 | 1,75 | 3,0 | 3,0 | 2,0 | 30,0 сумма |
| ¼ - 25% | 1,5 | 2,25 | 2,25 | 1,3 | 1,3 | 1,1 | 0,75 | 0,9 | 0,9 | 0,75 | 1,1 | 1,3 | 1,3 | 2,25 | 2,25. | 1,5 |
| ½ - 50% | 1,0 | 1,5 | 1,5 | 0,9 | 0,9 | 0,75 | 0,5 | 0,6 | 0,6 | 0,5 | 0,75 | 0,9 | 0,9 | 1,5 | 1,5 | 1,0 |
| ¾ - 75% | 0,5 | 0,75 | 0,75 | 0,45 | 0,45 | 0,4 | 0,25 | 0,3 | 0,3 | 0,25 | 0,4 | 0,45 | 0,45 | 0,75 | 0,75 | 0,5 |
| более ¾ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|  | 11,5 | 7,0 | 11,5 |

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Одонтопародонтограмма по В. Ю. Курляндскому дает наглядную картину состояния зубных рядов опорного аппарата сохранившихся зубов, антагонирующих соотношений зубных рядов, функционального состояния зубочелюстной системы и течения процесса (при сопоставлении динамических записей).*

**2.2 Пародонтальный абсцесс десневого происхождения со свищом**

### 2.2.1 Жалобы и анамнез

При сборе анамнеза выясняют жалобы и сроки их появления. Как правило, больной жалуется на припухлость и боль в десне, боль при накусывании на зуб, подвижность зуба. Может наблюдаться ухудшение общего состояния больного, повышение температуры, головные боли, нарушения аппетита и сна. Пациент может отмечать, что подобное состояние наблюдалось ранее и после появления свищевого хода на десне боль и припухлость десны уменьшались или исчезали.

Выявляют наличие у пациентов общесоматических заболеваний, аллергический анамнез. Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта.

### 2.2.2 Физикальное обследование

Критерии и признаки, определяющие модель пациента

Пациенты с постоянными зубами:

 - определяется свищевой ход с гнойным отделяемым;

- мягкие, твердые зубные отложения;

- десна гиперемирована, отечна;

- болезненность при пальпации десны;

- патологическая подвижность конкретного зуба;

- ограниченный инфильтрат;

- наличие пародонтального кармана;

- в патологический процесс могут быть вовлечены ткани пародонта как одного и/или нескольких зубов, как стоящих рядом, так и расположенных на разных участках челюсти

-возможно повышение температуры тела;

- на рентгенограмме определяется резорбция костной ткани стенок альвеолы.

При осмотре челюстно-лицевой области отмечают наличие видимых изменений, проводят пальпацию лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины.

При осмотре полости рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта и горла, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.Обращают внимание на глубину преддверия, характер прикрепления уздечек губ, языка, тяжей слизистой оболочки преддверия полости 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.

**2.2.3 Лабораторная диагностика**

* Рекомендованы микробиологический анализ содержимого пародонтального кармана, общий анализ крови (развернутый), анализ на содержание кальция в крови, анализ на содержание сахара в крови.

### 2.2.4 Инструментальная диагностика

* Рекомендовано исследование пародонтальных карманов с использованием калиброванного пародонтального зонда. Глубину пародонтального кармана измеряют от края десны до дна кармана. Инструмент располагают параллельно длинной оси зуба, плотно прижимая его к поверхности зуба. С каждой из сторон- вестибулярной и оральной –регистрируют показатели, полученные в трех точках: дистально, по средней линии и медиально в пародонтограмме.
* Кроме того, в пародонтограмме фиксируют показатели рецессии десны непрерывной линией. Рецессию измеряют от эмалево-цементной границы до края десны калиброванным пародонтальным зондом.
* Сумма показателей глубины пародонтального кармана и рецессии десны означает потерю прикрепления.



**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии: Зондирование рекомендуется для определения глубины пародонтальных карманов,*

● Рекомендована перкуссия.

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарий:**Данный метод применяют для определения степени воспалительного процесса связочного аппарата зуба.*

### 2.2.5 Иная диагностика

● Рекомендовано рентгенологическое исследование.

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 1).**

*Комментарии:* *Рентгенологическая картина зависит от степени тяжести пародонтита. Начало процесса характеризуется деструкцией кортикальной пластинки вершин межальвеолярных перегородок. В дальнейшем отмечается усеченность вершин, наряду с горизонтальной появляется и вертикальная резорбция, нередко с образованием костных карманов. Контуры костной ткани альвеолярных отростков имеют характерный фестончатый вид, «изъеденный вид».*

● Рекомендовано определение подвижности зубов.

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

Определение подвижности зубов по Д.А. Энтину.

Iстепень – смещение зуба только в вестибуло-оральном направлении;

II степень – видимая смещаемость зуба как в вестибуло-оральном, так и в медио-дистальном направлениях.;

III степень – смещение зуба в вестибуло-оральном, медио-дистальном и в вертикальном направлениях: при надавливании происходит погружение зуба в лунку, а затем он снова возвращается в исходное положение.

Используется метод оценки патологической подвижности по шкале Миллера (Miller) (Miller S. C. 1938) в модифи­кации Флезара (Fleszar) (Flezar et al., 1980):

Оценка подвижности зубов по шкале Миллера в модификации Флезара.

0 - устойчивый зуб, имеется только физиологическая подвижность;

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

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

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

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии****:*** *Подвижность зубов является важным метрическим критерием оценки состояния тканей пародонта.*

● Рекомендовано определение индекса зубного налета и индекса кровоточивости.

Алгоритм определения индекса зубного налета по Силнесс-Лое.

Индекс оценивает количество мягкого зубного налета в придесневой области. Оценка проводится визуально и зондом без окрашивания, обследуются 4 поверхности, для лучшей диагностики область шейки зуба предварительно высушивается воздушной струей.

 Интенсивность налета, критерии оценки:

0 – на кончике зонда нет налета;

1 – небольшое количество налета;

2 – тонкий слой налета около шейки, на кончике зонда количество значительное;

3 – значительное количество налета в придесневой области и в межзубных промежутках.

Индекс рассчитывается по формуле:

Общий индекс = (сумма баллов) / (число обследованных зубов).

Индекс кровоточивости Мюллеманна (в модификации Коуэлла).

Определяет степень кровоточивости десневой борозды при зондировании или при давлении на десневой сосочек.

 В области «зубов Рамфьерда» (16,21,24,36,41,44) с щечной и язычной (небной) поверхностей кончик пародонтального зонда, без давления, ведут от медиальной к дистальной поверхности зуба.

Критерии оценки:

0 - после исследования кровоточивость отсутствует;

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

2 - кровоточивость возникает или сразу после проведения исследования, или в течении 30с;

3 - кровоточивость отмечается при приеме пищи или чистке зубов.

Значение индекса = (сумма показателей всех зубов) / (число зубов).

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Для определения степени воспаления десны.*

● Рекомендовано заполнение одонтопародонтограммы по В.Ю. Курляндскому путем занесения сведений о каждом зубе и его опорном аппарате в специальную таблицу, в которую внесены значения пародонта в норме, при атрофии на ¼, ½, ¾ и более высоты альвеолы зуба. Для заполнения таблицы необходимо проведение зондирования глубины пародонтального кармана с медиальной, дистальной, вестибулярной и оральной поверхностей. Выбирается максимальное значение и соотносится с коронковой частью зуба. Согласно анатомическим исследованиям соотношения коронковой части зуба к корню равно 1:2, поэтому погружение пародонтального зонда на величину коронковой части соответствует ½ высоты альвеолы зуба, на половину коронковой части зуба - ¼ высоты альвеолы и так далее. Данные зондирования заносятся в соответствующую графу.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 11.5 | 7.5 | 11.5 |
| более ¾ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30,5сумма |
| ¾ - 75% | 0,5 | 0,75 | 0,75 | 0,45 | 0,45 | 0,4 | 0,25 | 0,3 | 0,3 | 0,25 | 0,4 | 0,45 | 0,45 | 0,75 | 0,75 | 0,5 |
| ½ - 50% | 1,0 | 1,5 | 1,5 | 0,9 | 0,9 | 0,75 | 0,5 | 0,6 | 0,6 | 0,5 | 0,75 | 0,9 | 0,9 | 1,5 | 1,5 | 1,0 |
| ¼ - 25% | 1,5 | 2,25 | 2,25 | 1,3 | 1,3 | 1,1 | 0,75 | 0,9 | 0,9 | 0,75 | 1,1 | 1,3 | 1,3 | 2,25 | 2,25. | 1,5 |
| N | 2,0 | 3,0 | 3,0 | 1,75 | 1,75 | 1,5 | 1,0 | 1,25 | 1,25 | 1,0 | 1,5 | 1,75 | 1,75 | 3,0 | 3,0 | 2,0 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N | 2,0 | 3,0 | 3,0 | 1,75 | 1,75 | 1,5 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,5 | 1,75 | 1,75 | 3,0 | 3,0 | 2,0 | 30,0 сумма |
| ¼ - 25% | 1,5 | 2,25 | 2,25 | 1,3 | 1,3 | 1,1 | 0,75 | 0,9 | 0,9 | 0,75 | 1,1 | 1,3 | 1,3 | 2,25 | 2,25. | 1,5 |
| ½ - 50% | 1,0 | 1,5 | 1,5 | 0,9 | 0,9 | 0,75 | 0,5 | 0,6 | 0,6 | 0,5 | 0,75 | 0,9 | 0,9 | 1,5 | 1,5 | 1,0 |
| ¾ - 75% | 0,5 | 0,75 | 0,75 | 0,45 | 0,45 | 0,4 | 0,25 | 0,3 | 0,3 | 0,25 | 0,4 | 0,45 | 0,45 | 0,75 | 0,75 | 0,5 |
| более ¾ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|  | 11,5 | 7,0 | 11,5 |

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Одонтопародонтограмма по В. Ю. Курляндскому дает наглядную картину состояния зубных рядов опорного аппарата сохранившихся зубов, антагонирующих соотношений зубных рядов, функционального состояния зубочелюстной системы и течения процесса (при сопоставлении динамических записей).*

**2.3 Хронический пародонтит локализованный (легкая стадия)**

### 2.3.1 Жалобы и анамнез

При сборе анамнеза выясняют жалобы и сроки их появления. Как правило, больной жалуется на боль от всех видов раздражителей и/или самопроизволь­ную; кровоточивость десны при чистке зубов, во время приема пищи или спонтанную; локализованную подвижность зубов и их смещение, неприятный запах изо рта, дефекты пломб и ортопедических конструкций, эстетический дискомфорт. Уточняют, сколько лет пациент страдает этим заболеванием или когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания, выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучше­ние, без улучшения или ухудшение).

Выявляют наличие у пациентов общесоматических заболеваний, аллергический анамнез. Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта.

### 2.3.2 Физикальное обследование

Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- пациенты с постоянными зубами;

- отмечается ограниченный участок поражения как следствие влияния конкретного этиологического фактора;

- патологическая подвижность конкретного зуба 1 степени;

- глубина пародонтальных карманов до 4 мм;

- неудовлетворительная гигиена;

- мягкие и твердые зубные отложения;

- десна гиперемирована, цианотична;

- отечность десны;

**-** кровоточивость десны;

- рентгенологически определяется расширение периодонтальной щели, резорбция верхушек межзубных перегородок до 1\3 длины корня, разрушение кортикальной пластинки.

При осмотре челюстно-лицевой области отмечают наличие видимых изменений, проводят пальпацию лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины.

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

Определяют состояние слизистой оболоч­ки полости рта, ее цвет, степень отека, степень увлажненности, характер слюны.

Особое внимание уделяют выявлению неправильно изготовленных пломб, функциональному состоянию имеющихся ортопедических конструкций (съемных и несъемных), ортодонтических аппаратов, а также правильность ухода за протезами.

**2.3.3 Лабораторная диагностика**

* Рекомендованы микробиологический анализ содержимого пародонтального кармана, общий анализ крови (развернутый), анализ на содержание кальция в крови, анализ на содержание сахара в крови.

### 2.3.4 Инструментальная диагностика

● Рекомендовано исследование пародонтальных карманов с использованием калиброванного пародонтального зонда (зондирование). Глубину пародонтального кармана измеряют от края десны до дна кармана. Инструмент располагают параллельно длинной оси зуба, плотно прижимая его к поверхности зуба. С каждой из сторон- вестибулярной и оральной – регистрируют показатели, полученные в трех точках: дистально, по средней линии и медиально в пародонтограмме.

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

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

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии: Зондирование рекомендуется для определения глубины пародонтальных карманов,*

● Рекомендована перкуссия.

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарий:**Данный метод применяют для определения степени воспалительного процесса связочного аппарата зуба.*

### 2.3.5 Иная диагностика

● Рекомендовано рентгенологическое исследование.

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 1).**

*Комментарии:* *Рентгенологическая картина зависит от степени тяжести пародонтита. Начало процесса характеризуется деструкцией кортикальной пластинки вершин межальвеолярных перегородок. В дальнейшем отмечается усеченность вершин, наряду с горизонтальной появляется и вертикальная резорбция, нередко с образованием костных карманов. Контуры костной ткани альвеолярных отростков имеют характерный фестончатый вид, «изъеденный вид».*

● Рекомендовано определение подвижности зубов.

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

Определение подвижности зубов по Д.А. Энтину.

Iстепень – смещение зуба только в вестибуло-оральном направлении;

II степень – видимая смещаемость зуба как в вестибуло-оральном, так и в медио-дистальном направлениях.;

III степень – смещение зуба в вестибуло-оральном, медио-дистальном и в вертикальном направлениях: при надавливании происходит погружение зуба в лунку, а затем он снова возвращается в исходное положение.

Используется метод оценки патологической подвижности по шкале Миллера (Miller) (Miller S. C. 1938) в модифи­кации Флезара (Fleszar) (Flezar et al., 1980):

Оценка подвижности зубов по шкале Миллера в модификации Флезара.

0 - устойчивый зуб, имеется только физиологическая подвижность;

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

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

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

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии: Подвижность зубов является важным метрическим критерием оценки состояния тканей пародонта.*

● Рекомендовано определение индекса зубного налета и индекса кровоточивости.

Алгоритм определения индекса зубного налета по Силнесс-Лое.

Индекс оценивает количество мягкого зубного налета в придесневой области. Оценка проводится визуально и зондом без окрашивания, обследуются 4 поверхности, для лучшей диагностики область шейки зуба предварительно высушивается воздушной струей.

 Интенсивность налета, критерии оценки:

0 – на кончике зонда нет налета;

1 – небольшое количество налета;

2 – тонкий слой налета около шейки, на кончике зонда количество значительное;

3 – значительное количество налета в придесневой области и в межзубных промежутках.

Индекс рассчитывается по формуле:

Общий индекс = (сумма баллов) / (число обследованных зубов).

Индекс кровоточивости Мюллеманна (в модификации Коуэлла).

Определяет степень кровоточивости десневой борозды при зондировании или при давлении на десневой сосочек.

В области «зубов Рамфьерда» (16,21,24,36,41,44) с щечной и язычной (небной) поверхностей кончик пародонтального зонда, без давления, ведут от медиальной к дистальной поверхности зуба.

Критерии оценки:

0 - после исследования кровоточивость отсутствует;

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

2 - кровоточивость возникает или сразу после проведения исследования, или в течении 30с;

3 - кровоточивость отмечается при приеме пищи или чистке зубов.

Значение индекса = (сумма показателей всех зубов) / (число зубов).

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Для определения степени воспаления десны.*

● Рекомендовано заполнение одонтопародонтограммы по В.Ю. Курляндскому, которую получают путем занесения сведений о каждом зубе и его опорном аппарате в специальную таблицу, в которую внесены значения пародонта в норме, при атрофии на ¼, ½, ¾ и более высоты альвеолы зуба. Для заполнения таблицы необходимо проведение зондирования глубины пародонтального кармана с медиальной, дистальной, вестибулярной и оральной поверхностей. Выбирается максимальное значение и соотносится с коронковой частью зуба. Согласно анатомическим исследованиям соотношения коронковой части зуба к корню равно 1:2, поэтому погружение пародонтального зонда на величину коронковой части соответствует ½ высоты альвеолы зуба, на половину коронковой части зуба - ¼ высоты альвеолы и так далее. Данные зондирования заносятся в соответствующую графу.

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Одонтопародонтограмма по В. Ю. Курляндскому дает наглядную картину состояния зубных рядов опорного аппарата сохранившихся зубов, антагонирующих соотношений зубных рядов, функционального состояния зубочелюстной системы и течения процесса (при сопоставлении динамических записей).*

**2.4 Хронический пародонтит локализованный (средняя стадия)**

### 2.4.1 Жалобы и анамнез

При сборе анамнеза выясняют жалобы и сроки их появления. Как правило, больной жалуется на боль от всех видов раздражителей и/или самопроизволь­ную; кровоточивость десны при чистке зубов, во время приема пищи или спонтанную; локализованную подвижность зубов и их смещение, неприятный запах изо рта, дефекты пломб и ортопедических конструкций, эстетический дискомфорт. Уточняют, сколько лет пациент страдает этим заболеванием или когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания, выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучше­ние, без улучшения или ухудшение).

Выявляют наличие у пациентов общесоматических заболеваний, аллергический анамнез. Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта.

### 2.4.2 Физикальное обследование

Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- пациенты с постоянными зубами:

-отмечается ограниченный участок поражения как следствие влияния конкретного этиологического фактора;

- патологическая подвижность зубов 2 степени;

- глубина пародонтальных карманов до 6 мм;

- неудовлетворительная гигиена;

- мягкие, твердые зубные отложения;

- десна гиперемирована, цианотична;

- отечность десны;

- кровоточивость десны;

- обнажение корней зубов.

- рентгенологически определяется расширение периодонтальной щели, резорбция верхушек межзубных перегородок до 1\2 длины корня, разрушение кортикальной пластинки.

При осмотре челюстно-лицевой области отмечают наличие видимых изменений, проводят пальпацию лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины.

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

Определяют состояние слизистой оболоч­ки полости рта, ее цвет, степень отека, степень увлажненности, характер слюны.

**2.4.3 Лабораторная диагностика**

● Рекомендованы микробиологический анализ содержимого пародонтального кармана, общий анализ крови (развернутый), анализ на содержание кальция в крови, анализ на содержание сахара в крови.

### 2.4.4 Инструментальная диагностика

● Рекомендовано исследование пародонтальных карманов с использованием калиброванного пародонтального зонда (зондирование). Глубину пародонтального кармана измеряют от края десны до дна кармана. Инструмент располагают параллельно длинной оси зуба, плотно прижимая его к поверхности зуба. С каждой из сторон- вестибулярной и оральной –регистрируют показатели, полученные в трех точках: дистально, по средней линии и медиально в пародонтограмме.

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

Сумма показателей глубины пародонтального кармана и рецессии десны означает потерю прикрепления

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии: Зондирование пародонтального кармана осуществляется в 6 точках у каждого зуба (вестибуло-дистальной, вестибулярной, вестибуло-медиальной, язычно-дистальной, язычной и язычно-медиальной). У многокорневых зубов с помощью фуркационного зонда оценивают наличие фуркационных дефектов и их класс.*

● Рекомендована перкуссия.

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарий:**Данный метод применяют для определения степени воспалительного процесса связочного аппарата зуба.*

### 2.4.5 Иная диагностика

● Рекомендовано рентгенологическое исследование.

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 1).**

*Комментарии:* *Рентгенологическая картина зависит от степени тяжести пародонтита. Начало процесса характеризуется деструкцией кортикальной пластинки вершин межальвеолярных перегородок. В дальнейшем отмечается усеченность вершин, наряду с горизонтальной появляется и вертикальная резорбция, нередко с образованием костных карманов. Контуры костной ткани альвеолярных отростков имеют характерный фестончатый вид, «изъеденный вид».*

● Рекомендовано определение подвижности зубов.

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

Определение подвижности зубов по Д.А. Энтину.

Iстепень – смещение зуба только в вестибуло-оральном направлении;

II степень – видимая смещаемость зуба как в вестибуло-оральном, так и в медио-дистальном направлениях.;

III степень – смещение зуба в вестибуло-оральном, медио-дистальном и в вертикальном направлениях: при надавливании происходит погружение зуба в лунку, а затем он снова возвращается в исходное положение.

Используется метод оценки патологической подвижности по шкале Миллера (Miller) (Miller S. C. 1938) в модифи­кации Флезара (Fleszar) (Flezar et al., 1980):

Оценка подвижности зубов по шкале Миллера в модификации Флезара.

0 - устойчивый зуб, имеется только физиологическая подвижность;

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

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

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

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии: Подвижность зубов является важным метрическим критерием оценки состояния тканей пародонта.*

● Рекомендовано определение индекса зубного налета и индекса кровоточивости.

Алгоритм определения индекса зубного налета по Силнесс-Лое.

Индекс оценивает количество мягкого зубного налета в придесневой области. Оценка проводится визуально и зондом без окрашивания, обследуются 4 поверхности, для лучшей диагностики область шейки зуба предварительно высушивается воздушной струей.

Интенсивность налета, критерии оценки:

0 – на кончике зонда нет налета;

1 – небольшое количество налета;

2 – тонкий слой налета около шейки, на кончике зонда количество значительное;

3 – значительное количество налета в придесневой области и в межзубных промежутках.

Индекс рассчитывается по формуле:

Общий индекс = (сумма баллов) / (число обследованных зубов).

Индекс кровоточивости Мюллеманна (в модификации Коуэлла).

Определяет степень кровоточивости десневой борозды при зондировании или при давлении на десневой сосочек.

В области «зубов Рамфьерда» (16,21,24,36,41,44) с щечной и язычной (небной) поверхностей кончик пародонтального зонда, без давления, ведут от медиальной к дистальной поверхности зуба.

Критерии оценки:

0 - после исследования кровоточивость отсутствует;

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

2 - кровоточивость возникает или сразу после проведения исследования, или в течении 30с;

3 - кровоточивость отмечается при приеме пищи или чистке зубов.

Значение индекса = (сумма показателей всех зубов) / (число зубов).

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Для определения степени воспаления десны.*

● Рекомендовано заполнение одонтопародонтограммы по В.Ю. Курляндскому, которую получают путем занесения сведений о каждом зубе и его опорном аппарате в специальную таблицу, в которую внесены значения пародонта в норме, при атрофии на ¼, ½, ¾ и более высоты альвеолы зуба. Для заполнения таблицы необходимо проведение зондирования глубины пародонтального кармана с медиальной, дистальной, вестибулярной и оральной поверхностей. Выбирается максимальное значение и соотносится с коронковой частью зуба. Согласно анатомическим исследованиям соотношения коронковой части зуба к корню равно 1:2, поэтому погружение пародонтального зонда на величину коронковой части соответствует ½ высоты альвеолы зуба, на половину коронковой части зуба - ¼ высоты альвеолы и так далее. Данные зондирования заносятся в соответствующую графу.

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Одонтопародонтограмма по В. Ю. Курляндскому дает наглядную картину состояния зубных рядов опорного аппарата сохранившихся зубов, антагонирующих соотношений зубных рядов, функционального состояния зубочелюстной системы и течения процесса (при сопоставлении динамических записей).*

**2.5 Хронический пародонтит локализованный (тяжелая стадия)**

### 2.5.1 Жалобы и анамнез

При сборе анамнеза выясняют жалобы и сроки их появления. Как правило больной жалуется на боль от всех видов раздражителей и/или самопроизволь­ную; кровоточивость десны при чистке зубов, во время приема пищи или спонтанную; локализованную подвижность зубов и их смещение, неприятный запах изо рта, дефекты пломб и ортопедических конструкций, эстетический дискомфорт. Уточняют, сколько лет пациент страдает этим заболеванием или когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания, выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучше­ние, без улучшения или ухудшение).

Выявляют наличие у пациентов общесоматических заболеваний, аллергический анамнез. Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта.

### 2.5.2 Физикальное обследование

Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- пациенты с постоянными зубами;

**-** отмечается ограниченный участок поражения как следствие влияния конкретного этиологического фактора;

**-** патологическая подвижность зубов 2-3 степени;

**-** глубина пародонтальных карманов более 6 мм;

- неудовлетворительная гигиена;

**-** мягкие, твердые зубные отложения;

**-** десна гиперемирована, цианотична;

- отечность десны;

- кровоточивость десны;

- обнажение корней зубов;

- смещение зубов, выраженная травматическая окклюзия;

- наличие экссудата из пародонтальных карманов;

- рентгенологически определяется расширение периодонтальной щели, резорбция верхушек межзубных перегородок более 1\2 длины корня, разрушение кортикальной пластинки.

При осмотре челюстно-лицевой области отмечают наличие видимых изменений, проводят пальпацию лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины.

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

Определяют состояние слизистой оболоч­ки полости рта, ее цвет, степень отека, степень увлажненности, характер слюны.

### 2.5.3. Лабораторная диагностика

● Рекомендованы микробиологический анализ содержимого пародонтального кармана, общий анализ крови (развернутый), анализ на содержание кальция в крови, анализ на содержание сахара в крови.

### 2.5.4 Инструментальная диагностика

● Рекомендовано исследование пародонтальных карманов с использованием калиброванного пародонтального зонда (зондирование). Глубину пародонтального кармана измеряют от края десны до дна кармана. Инструмент располагают параллельно длинной оси зуба, плотно прижимая его к поверхности зуба. С каждой из сторон- вестибулярной и оральной –регистрируют показатели, полученные в трех точках: дистально, по средней линии и медиально в пародонтограмме.

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

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

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии: Зондирование пародонтального кармана осуществляется в 6 точках у каждого зуба (вестибуло-дистальной, вестибулярной, вестибуло-медиальной, язычно-дистальной, язычной и язычно-медиальной). У многокорневых зубов помощью фуркационного зонда оценивают наличие фуркационных дефектов и их класс.*

● Рекомендована перкуссия.

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарий:**Данный метод применяют для определения степени воспалительного процесса связочного аппарата зуба.*

### 2.5.5 Иная диагностика

● Рекомендовано рентгенологическое исследование.

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 1).**

*Комментарии:* *Рентгенологическая картина зависит от степени тяжести пародонтита. Начало процесса характеризуется деструкцией кортикальной пластинки вершин межальвеолярных перегородок. В дальнейшем отмечается усеченность вершин, наряду с горизонтальной появляется и вертикальная резорбция, нередко с образованием костных карманов. Контуры костной ткани альвеолярных отростков имеют характерный фестончатый вид, «изъеденный вид».*

● Рекомендовано определение подвижности зубов.

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

Определение подвижности зубов по Д.А. Энтину:

Iстепень – смещение зуба только в вестибуло-оральном направлении;

II степень – видимая смещаемость зуба как в вестибуло-оральном, так и в медио-дистальном направлениях.;

III степень – смещение зуба в вестибуло-оральном, медио-дистальном и в вертикальном направлениях: при надавливании происходит погружение зуба в лунку, а затем он снова возвращается в исходное положение.

Используется метод оценки патологической подвижности по шкале Миллера (Miller) (Miller S. C. 1938) в модифи­кации Флезара (Fleszar) (Flezar et al., 1980):

Оценка подвижности зубов по шкале Миллера в модификации Флезара.

0 - устойчивый зуб, имеется только физиологическая подвижность;

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

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

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

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии****:*** *Подвижность зубов является важным метрическим критерием оценки состояния тканей пародонта.*

● Рекомендовано определение индекса зубного налета и индекса кровоточивости. Алгоритм определения индекса зубного налета по Силнесс-Лое.

Индекс оценивает количество мягкого зубного налета в придесневой области. Оценка проводится визуально и зондом без окрашивания, обследуются 4 поверхности, для лучшей диагностики область шейки зуба предварительно высушивается воздушной струей.

Интенсивность налета, критерии оценки:

0 – на кончике зонда нет налета;

1 – небольшое количество налета;

2 – тонкий слой налета около шейки, на кончике зонда количество значительное;

3 – значительное количество налета в придесневой области и в межзубных промежутках.

Индекс рассчитывается по формуле:

Общий индекс = (сумма баллов) / (число обследованных зубов).

Индекс кровоточивости Мюллеманна (в модификации Коуэлла).

Определяет степень кровоточивости десневой борозды при зондировании или при давлении на десневой сосочек.

 В области «зубов Рамфьерда» (16,21,24,36,41,44) с щечной и язычной (небной) поверхностей кончик пародонтального зонда, без давления, ведут от медиальной к дистальной поверхности зуба.

Критерии оценки:

0 - после исследования кровоточивость отсутствует;

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

2 - кровоточивость возникает сразу после проведения исследования, или в течении 30с;

3 - кровоточивость отмечается при приеме пищи или чистке зубов.

Значение индекса = (сумма показателей всех зубов) / (число зубов).

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Для определения степени воспаления десны.*

● Рекомендовано заполнение одонтопародонтограммы по В.Ю. Курляндскому, которую получают путем занесения сведений о каждом зубе и его опорном аппарате в специальную таблицу, в которую внесены значения пародонта в норме, при атрофии на ¼, ½, ¾ и более высоты альвеолы зуба. Для заполнения таблицы необходимо проведение зондирования глубины пародонтального кармана с медиальной, дистальной, вестибулярной и оральной поверхностей. Выбирается максимальное значение и соотносится с коронковой частью зуба. Согласно анатомическим исследованиям соотношения коронковой части зуба к корню равно 1:2, поэтому погружение пародонтального зонда на величину коронковой части соответствует ½ высоты альвеолы зуба, на половину коронковой части зуба - ¼ высоты альвеолы и так далее. Данные зондирования заносятся в соответствующую графу.

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Одонтопародонтограмма по В. Ю. Курляндскому дает наглядную картину состояния зубных рядов опорного аппарата сохранившихся зубов, антагонирующих соотношений зубных рядов, функционального состояния зубочелюстной системы и течения процесса (при сопоставлении динамических записей).*

**2.6 Хронический пародонтит генерализованный (легкая стадия)**

### 2.6.1 Жалобы и анамнез

При сборе анамнеза выясняют жалобы и сроки их появления. Как правило, больной жалуется на боль от всех видов раздражителей и/или самопроизволь­ную; кровоточивость десны при чистке зубов, во время приема пищи или спонтанную; локализованную подвижность зубов и их смещение, неприятный запах изо рта, дефекты пломб и ортопедических конструкций, эстетический дискомфорт. Уточняют, сколько лет пациент страдает этим заболеванием или когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания, выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучше­ние, без улучшения или ухудшение).

Выявляют наличие у пациентов общесоматических заболеваний, аллергический анамнез. Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта.

### 2.6.2 Физикальное обследование

Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- пациенты с постоянными зубами;

- в патологический процесс вовлечены ткани пародонта большей части зубов на одной или обеих челюстях;

- патологическая подвижность зубов 1 степени;

- глубина пародонтальных карманов до 4 мм;

**-** отмечается неприятный запах изо рта;

- в анамнезе кровоточивость десен;

- неудовлетворительная гигиена;

- мягкие, твердые зубные отложения;

- десна гиперемирована и\или цианотична;

- отмечается отечность маргинальной десны;

- отмечается кровоточивость десны при зондировании;

- рентгенологически определяется: расширение периодонтальной щели, резорбция костных стенок альвеол до 1\3 длины корня, разрушение кортикальной пластинки.

При осмотре челюстно-лицевой области отмечают наличие видимых изменений, проводят пальпацию лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины.

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

Определяют состояние слизистой оболоч­ки полости рта, ее цвет, степень отека, степень увлажненности, характер слюны.

**2.6.3 Лабораторная диагностика**

● Рекомендованы микробиологический анализ содержимого пародонтальных карманов, общий анализ крови (развернутый), анализ на содержание кальция в крови, анализ на содержание сахара в крови.

### 2.6.4 Инструментальная диагностика

● Рекомендовано исследование пародонтальных карманов с использованием калиброванного пародонтального зонда (зондирование). Глубину пародонтального кармана измеряют от края десны до дна кармана. Инструмент располагают параллельно длинной оси зуба, плотно прижимая его к поверхности зуба. С каждой из сторон- вестибулярной и оральной – регистрируют показатели, полученные в трех точках: дистально, по средней линии и медиально в пародонтограмме.

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

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

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии: Зондирование пародонтального кармана осуществляется в 6 точках у каждого зуба (вестибуло-дистальной, вестибулярной, вестибуло-медиальной, язычно-дистальной, язычной и язычно-медиальной). У многокорневых зубов помощью фуркационного зонда оценивают наличие фуркационных дефектов и их класс.*

● Рекомендована перкуссия.

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарий:**Данный метод применяют для определения степени воспалительного процесса связочного аппарата зуба.*

### 2.6.5 Иная диагностика

● Рекомендовано рентгенологическое исследование.

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 1).**

*Комментарии:* *Рентгенологическая картина зависит от степени тяжести пародонтита. Начало процесса характеризуется деструкцией кортикальной пластинки вершин межальвеолярных перегородок. В дальнейшем отмечается усеченность вершин, наряду с горизонтальной появляется и вертикальная резорбция, нередко с образованием костных карманов. Контуры костной ткани альвеолярных отростков имеют характерный фестончатый вид, «изъеденный вид».*

● Рекомендовано определение подвижности зубов.

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

Определение подвижности зубов по Д.А. Энтину:

Iстепень – смещение зуба только в вестибуло-оральном направлении;

II степень – видимая смещаемость зуба как в вестибуло-оральном, так и в медио-дистальном направлениях.;

III степень – смещение зуба в вестибуло-оральном, медио-дистальном и в вертикальном направлениях: при надавливании происходит погружение зуба в лунку, а затем он снова возвращается в исходное положение.

Используется метод оценки патологической подвижности по шкале Миллера (Miller) (Miller S. C. 1938) в модифи­кации Флезара (Fleszar) (Flezar et al., 1980):

Оценка подвижности зубов по шкале Миллера в модификации Флезара.

0 - устойчивый зуб, имеется только физиологическая подвижность;

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

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

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

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии: Подвижность зубов является важным метрическим критерием оценки состояния тканей пародонта.*

● Рекомендовано определение индекса зубного налета и индекса кровоточивости.

Алгоритм определения индекса зубного налета по Силнесс-Лое.

Индекс оценивает количество мягкого зубного налета в придесневой области. Оценка проводится визуально и зондом без окрашивания, обследуются 4 поверхности, для лучшей диагностики область шейки зуба предварительно высушивается воздушной струей.

 Интенсивность налета, критерии оценки:

0 – на кончике зонда нет налета;

1 – небольшое количество налета;

2 – тонкий слой налета около шейки, на кончике зонда количество значительное;

3 – значительное количество налета в придесневой области и в межзубных промежутках.

Индекс рассчитывается по формуле:

Общий индекс = (сумма баллов) / (число обследованных зубов).

Индекс кровоточивости Мюллеманна (в модификации Коуэлла).

Определяет степень кровоточивости десневой борозды при зондировании или при давлении на десневой сосочек.

 В области «зубов Рамфьерда» (16,21,24,36,41,44) с щечной и язычной (небной) поверхностей кончик пародонтального зонда, без давления, ведут от медиальной к дистальной поверхности зуба.

Критерии оценки:

0 - после исследования кровоточивость отсутствует;

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

2 - кровоточивость возникает или сразу после проведения исследования, или в течении 30с;

3 - кровоточивость отмечается при приеме пищи или чистке зубов.

Значение индекса = (сумма показателей всех зубов) / (число зубов).

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Для определения степени воспаления десны.*

● Рекомендовано заполнение одонтопародонтограммы по В.Ю. Курляндскому, которую получают путем занесения сведений о каждом зубе и его опорном аппарате в специальную таблицу, в которую внесены значения пародонта в норме, при атрофии на ¼, ½, ¾ и более высоты альвеолы зуба. Для заполнения таблицы необходимо проведение зондирования глубины пародонтального кармана с медиальной, дистальной, вестибулярной и оральной поверхностей. Выбирается максимальное значение и соотносится с коронковой частью зуба. Согласно анатомическим исследованиям соотношения коронковой части зуба к корню равно 1:2, поэтому погружение пародонтального зонда на величину коронковой части соответствует ½ высоты альвеолы зуба, на половину коронковой части зуба - ¼ высоты альвеолы и так далее. Данные зондирования заносятся в соответствующую графу.

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Одонтопародонтограмма по В. Ю. Курляндскому дает наглядную картину состояния зубных рядов опорного аппарата сохранившихся зубов, антагонирующих соотношений зубных рядов, функционального состояния зубочелюстной системы и течения процесса (при сопоставлении динамических записей).*

**2.7 Хронический пародонтит генерализованный (средняя стадия)**

### 2.7.1 Жалобы и анамнез

При сборе анамнеза выясняют жалобы и сроки их появления. Как правило, больной жалуется на боль от всех видов раздражителей и/или самопроизволь­ную; кровоточивость десны при чистке зубов, во время приема пищи или спонтанную; локализованную подвижность зубов и их смещение, неприятный запах изо рта, дефекты пломб и ортопедических конструкций, эстетический дискомфорт. Уточняют, сколько лет пациент страдает этим заболеванием или когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания, выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучше­ние, без улучшения или ухудшение).

Выявляют наличие у пациентов общесоматических заболеваний, аллергический анамнез. Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта.

### 2.7.2 Физикальное обследование

Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- пациенты с постоянными зубами;

- в патологический процесс вовлечены ткани пародонта большей части зубов на одной или обеих челюстях;

- патологическая подвижность зубов 2 степени;

-глубина пародонтальных карманов до 6 мм;

**-** отмечается неприятный запах изо рта;

- в анамнезе кровоточивость десен;

- неудовлетворительная гигиена;

- мягкие, твердые зубные отложения;

- десна гиперемирована и\или цианотична;

- отмечается отечность маргинальной десны;

- отмечается кровоточивость десны при зондировании;

- обнажение корней зубов;

-рентгенологически определяется: расширение периодонтальной щели, резорбция костных стенок альвеол на 1\2 длины корней зубов, разрушение кортикальной пластинки.

При осмотре челюстно-лицевой области отмечают наличие видимых изменений, проводят пальпацию лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины.

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

Определяют состояние слизистой оболоч­ки полости рта, ее цвет, степень отека, степень увлажненности, характер слюны.

**2.7.3 Лабораторная диагностика**

● Рекомендованы микробиологический анализ содержимого пародонтального кармана, общий анализ крови (развернутый), анализ на содержание кальция в крови, анализ на содержание сахара в крови.

### 2.7.4 Инструментальная диагностика

● Рекомендовано исследование пародонтальных карманов с использованием калиброванного пародонтального зонда (зондирование). Глубину пародонтального кармана измеряют от края десны до дна кармана. Инструмент располагают параллельно длинной оси зуба, плотно прижимая его к поверхности зуба. С каждой из сторон- вестибулярной и оральной – регистрируют показатели, полученные в трех точках: дистально, по средней линии и медиально в пародонтограмме.

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

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

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии: Зондирование пародонтального кармана осуществляется в 6 точках у каждого зуба (вестибуло-дистальной, вестибулярной, вестибуло-медиальной, язычно-дистальной, язычной и язычно-медиальной). У многокорневых зубов помощью фуркационного зонда оценивают наличие фуркационных дефектов и их класс.*

● Рекомендована перкуссия.

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарий:**Данный метод применяют для определения степени воспалительного процесса связочного аппарата зуба.*

### 2.7.5 Иная диагностика

● Рекомендовано рентгенологическое исследование.

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 1).**

*Комментарии:* *Рентгенологическая картина зависит от степени тяжести пародонтита. Начало процесса характеризуется деструкцией кортикальной пластинки вершин межальвеолярных перегородок. В дальнейшем отмечается усеченность вершин, наряду с горизонтальной появляется и вертикальная резорбция, нередко с образованием костных карманов. Контуры костной ткани альвеолярных отростков имеют характерный фестончатый вид, «изъеденный вид».*

● Рекомендовано определение подвижности зубов.

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

Определение подвижности зубов по Д.А. Энтину:

Iстепень – смещение зуба только в вестибуло-оральном направлении;

II степень – видимая смещаемость зуба как в вестибуло-оральном, так и в медио-дистальном направлениях.;

III степень – смещение зуба в вестибуло-оральном, медио-дистальном и в вертикальном направлениях: при надавливании происходит погружение зуба в лунку, а затем он снова возвращается в исходное положение.

Используется метод оценки патологической подвижности по шкале Миллера (Miller) (Miller S. C. 1938) в модифи­кации Флезара (Fleszar) (Flezar et al., 1980):

Оценка подвижности зубов по шкале Миллера в модификации Флезара.

0 - устойчивый зуб, имеется только физиологическая подвижность;

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

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

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

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии: Подвижность зубов является важным метрическим критерием оценки состояния тканей пародонта.*

● Рекомендовано определение индекса зубного налета и индекса кровоточивости.

Алгоритм определения индекса зубного налета по Силнесс-Лое.

Индекс оценивает количество мягкого зубного налета в придесневой области. Оценка проводится визуально и зондом без окрашивания, обследуются 4 поверхности, для лучшей диагностики область шейки зуба предварительно высушивается воздушной струей.

 Интенсивность налета, критерии оценки:

0 – на кончике зонда нет налета;

1 – небольшое количество налета;

2 – тонкий слой налета около шейки, на кончике зонда количество значительное;

3 – значительное количество налета в придесневой области и в межзубных промежутках.

Индекс рассчитывается по формуле:

Общий индекс = (сумма баллов) / (число обследованных зубов).

Индекс кровоточивости Мюллеманна (в модификации Коуэлла).

Определяет степень кровоточивости десневой борозды при зондировании или при давлении на десневой сосочек.

В области «зубов Рамфьерда» (16,21,24,36,41,44) с щечной и язычной (небной) поверхностей кончик пародонтального зонда, без давления, ведут от медиальной к дистальной поверхности зуба.

Критерии оценки:

0 - после исследования кровоточивость отсутствует;

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

2 - кровоточивость возникает или сразу после проведения исследования, или в течении 30с;

3 - кровоточивость отмечается при приеме пищи или чистке зубов.

Значение индекса = (сумма показателей всех зубов) / (число зубов).

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Для определения степени воспаления десны.*

● Рекомендовано заполнение одонтопародонтограммы по В.Ю. Курляндскому, которую получают путем занесения сведений о каждом зубе и его опорном аппарате в специальную таблицу, в которую внесены значения пародонта в норме, при атрофии на ¼, ½, ¾ и более высоты альвеолы зуба. Для заполнения таблицы необходимо проведение зондирования глубины пародонтального кармана с медиальной, дистальной, вестибулярной и оральной поверхностей. Выбирается максимальное значение и соотносится с коронковой частью зуба. Согласно анатомическим исследованиям соотношения коронковой части зуба к корню равно 1:2, поэтому погружение пародонтального зонда на величину коронковой части соответствует ½ высоты альвеолы зуба, на половину коронковой части зуба - ¼ высоты альвеолы и так далее. Данные зондирования заносятся в соответствующую графу.

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Одонтопародонтограмма по В. Ю. Курляндскому дает наглядную картину состояния зубных рядов опорного аппарата сохранившихся зубов, антагонирующих соотношений зубных рядов, функционального состояния зубочелюстной системы и течения процесса (при сопоставлении динамических записей).*

**2.8 Хронический пародонтит генерализованный (тяжелая стадия)**

### 2.8.1 Жалобы и анамнез

При сборе анамнеза выясняют жалобы и сроки их появления. Как правило, больной жалуется на боль от всех видов раздражителей и/или самопроизволь­ную; кровоточивость десны при чистке зубов, во время приема пищи или спонтанную; локализованную подвижность зубов и их смещение, неприятный запах изо рта, дефекты пломб и ортопедических конструкций, эстетический дискомфорт. Уточняют, сколько лет пациент страдает этим заболеванием или когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания, выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучше­ние, без улучшения или ухудшение).

Выявляют наличие у пациентов общесоматических заболеваний, аллергический анамнез. Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта.

### 2.8.2 Физикальное обследование

Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- пациенты с постоянными зубами;

- в патологический процесс вовлечены ткани пародонта большей части зубов на одной или обеих челюстях;

- патологическая подвижность 2-3 степени;

- глубина пародонтальных карманов более 6 мм;

**-** отмечается неприятный запах изо рта;

- в анамнезе кровоточивость десен;

- неудовлетворительная гигиена;

- мягкие, твердые зубные отложения;

- десна гиперемирована и\или цианотична;

- отмечается отечность маргинальной десны;

- отмечается кровоточивость десны при зондировании;

- смещение зубов;

- выраженная травматическая окклюзия;

- обнажение корней зубов;

- наличие гнойного экссудата из пародонтальных карманов;

- рентгенологически определяется: расширение периодонтальной щели, резорбция костных стенок альвеол более 1\2 длины корня.

 При осмотре челюстно-лицевой области отмечают наличие видимых изменений,

проводят пальпацию лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально,

сравнивая правую и левую половины.

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

Определяют состояние слизистой оболоч­ки полости рта, ее цвет, степень отека, степень увлажненности, характер слюны.

### 2.8.3 Лабораторная диагностика

● Рекомендованы микробиологический анализ содержимого пародонтального кармана, общий анализ крови (развернутый), анализ на содержание кальция в крови, анализ на содержание сахара в крови.

### 2.8.4 Инструментальная диагностика

● Рекомендовано исследование пародонтальных карманов с использованием калиброванного пародонтального зонда (зондирование). Глубину пародонтального кармана измеряют от края десны до дна кармана. Инструмент располагают параллельно длинной оси зуба, плотно прижимая его к поверхности зуба. С каждой из сторон- вестибулярной и оральной –регистрируют показатели, полученные в трех точках: дистально, по средней линии и медиально в пародонтограмме.

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

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

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии: Зондирование пародонтального кармана осуществляется в 6 точках у каждого зуба (вестибуло-дистальной, вестибулярной, вестибуло-медиальной, язычно-дистальной, язычной и язычно-медиальной). У многокорневых зубов помощью фуркационного зонда оценивают наличие фуркационных дефектов и их класс.*

● Рекомендована перкуссия.

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарий:**Данный метод применяют для определения степени воспалительного процесса связочного аппарата зуба.*

### 2.8.5 Иная диагностика

● Рекомендовано рентгенологическое исследование.

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 1).**

*Комментарии:* *Рентгенологическая картина зависит от степени тяжести пародонтита. Начало процесса характеризуется деструкцией кортикальной пластинки вершин межальвеолярных перегородок. В дальнейшем отмечается усеченность вершин, наряду с горизонтальной появляется и вертикальная резорбция, нередко с образованием костных карманов. Контуры костной ткани альвеолярных отростков имеют характерный фестончатый вид, «изъеденный вид».*

● Рекомендовано определение подвижности зубов.

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

Определение подвижности зубов по Д.А. Энтину:

Iстепень – смещение зуба только в вестибуло-оральном направлении;

II степень – видимая смещаемость зуба как в вестибуло-оральном, так и в медио-дистальном направлениях.;

III степень – смещение зуба в вестибуло-оральном, медио-дистальном и в вертикальном направлениях: при надавливании происходит погружение зуба в лунку, а затем он снова возвращается в исходное положение.

Используется метод оценки патологической подвижности по шкале Миллера (Miller) (Miller S. C. 1938) в модифи­кации Флезара (Fleszar) (Flezar et al., 1980):

Оценка подвижности зубов по шкале Миллера в модификации Флезара.

0 - устойчивый зуб, имеется только физиологическая подвижность;

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

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

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

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии: Подвижность зубов является важным метрическим критерием оценки состояния тканей пародонта.*

● Рекомендовано определение индекса зубного налета и индекса кровоточивости.

Алгоритм определения индекса зубного налета по Силнесс-Лое.

Индекс оценивает количество мягкого зубного налета в придесневой области. Оценка проводится визуально и зондом без окрашивания, обследуются 4 поверхности, для лучшей диагностики область шейки зуба предварительно высушивается воздушной струей.

 Интенсивность налета, критерии оценки:

0 – на кончике зонда нет налета;

1 – небольшое количество налета;

2 – тонкий слой налета около шейки, на кончике зонда количество значительное;

3 – значительное количество налета в придесневой области и в межзубных промежутках.

Индекс рассчитывается по формуле:

Общий индекс = (сумма баллов) / (число обследованных зубов).

Индекс кровоточивости Мюллеманна (в модификации Коуэлла).

Определяет степень кровоточивости десневой борозды при зондировании или при давлении на десневой сосочек.

 В области «зубов Рамфьерда» (16,21,24,36,41,44) с щечной и язычной (небной) поверхностей кончик пародонтального зонда, без давления, ведут от медиальной к дистальной поверхности зуба.

Критерии оценки:

0 - после исследования кровоточивость отсутствует;

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

2 - кровоточивость возникает или сразу после проведения исследования, или в течении 30с;

3 - кровоточивость отмечается при приеме пищи или чистке зубов.

Значение индекса = (сумма показателей всех зубов) / (число зубов).

**Уровень убедительности рекомендаций B** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Для определения степени воспаления десны.*

● Рекомендовано заполнение одонтопародонтограммы по В.Ю. Курляндскому, которую получают путем занесения сведений о каждом зубе и его опорном аппарате в специальную таблицу, в которую внесены значения пародонта в норме, при атрофии на ¼, ½, ¾ и более высоты альвеолы зуба. Для заполнения таблицы необходимо проведение зондирования глубины пародонтального кармана с медиальной, дистальной, вестибулярной и оральной поверхностей. Выбирается максимальное значение и соотносится с коронковой частью зуба. Согласно анатомическим исследованиям соотношения коронковой части зуба к корню равно 1:2, поэтому погружение пародонтального зонда на величину коронковой части соответствует ½ высоты альвеолы зуба, на половину коронковой части зуба - ¼ высоты альвеолы и так далее. Данные зондирования заносятся в соответствующую графу.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 11.5 | 7.5 | 11.5 |
| более ¾ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30,5сумма |
| ¾ - 75% | 0,5 | 0,75 | 0,75 | 0,45 | 0,45 | 0,4 | 0,25 | 0,3 | 0,3 | 0,25 | 0,4 | 0,45 | 0,45 | 0,75 | 0,75 | 0,5 |
| ½ - 50% | 1,0 | 1,5 | 1,5 | 0,9 | 0,9 | 0,75 | 0,5 | 0,6 | 0,6 | 0,5 | 0,75 | 0,9 | 0,9 | 1,5 | 1,5 | 1,0 |
| ¼ - 25% | 1,5 | 2,25 | 2,25 | 1,3 | 1,3 | 1,1 | 0,75 | 0,9 | 0,9 | 0,75 | 1,1 | 1,3 | 1,3 | 2,25 | 2,25. | 1,5 |
| N | 2,0 | 3,0 | 3,0 | 1,75 | 1,75 | 1,5 | 1,0 | 1,25 | 1,25 | 1,0 | 1,5 | 1,75 | 1,75 | 3,0 | 3,0 | 2,0 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N | 2,0 | 3,0 | 3,0 | 1,75 | 1,75 | 1,5 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,5 | 1,75 | 1,75 | 3,0 | 3,0 | 2,0 | 30,0 сумма |
| ¼ - 25% | 1,5 | 2,25 | 2,25 | 1,3 | 1,3 | 1,1 | 0,75 | 0,9 | 0,9 | 0,75 | 1,1 | 1,3 | 1,3 | 2,25 | 2,25. | 1,5 |
| ½ - 50% | 1,0 | 1,5 | 1,5 | 0,9 | 0,9 | 0,75 | 0,5 | 0,6 | 0,6 | 0,5 | 0,75 | 0,9 | 0,9 | 1,5 | 1,5 | 1,0 |
| ¾ - 75% | 0,5 | 0,75 | 0,75 | 0,45 | 0,45 | 0,4 | 0,25 | 0,3 | 0,3 | 0,25 | 0,4 | 0,45 | 0,45 | 0,75 | 0,75 | 0,5 |
| более ¾ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|  | 11,5 | 7,0 | 11,5 |

**Уровень убедительности рекомендаций С** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Одонтопародонтограмма по В. Ю. Курляндскому дает наглядную картину состояния зубных рядов опорного аппарата сохранившихся зубов, антагонирующих соотношений зубных рядов, функционального состояния зубочелюстной системы и течения процесса (при сопоставлении динамических записей).*

**3. Лечение**

**3.1 Пародонтальный абсцесс десневого про­исхождения без свища**

### 3.1.1 Консервативное лечение

● Рекомендована профессиональная гигиена полости рта.

Алгоритм ультразвукового удаления наддесневых и поддесневых зубных отложений.

Обработка зубов осуществляется непрерывным движением вдоль шейки каждого зуба, без излишнего давления, начиная с вестибулярной поверхности, затем обрабатываются апроксимальные и оральная поверхности.

 Кончик инструмента должен располагаться вдоль и под острым углом к обрабатываемой поверхности. Поверхность зуба следует обрабатывать с перерывом, учитывая термическое воздействие скейлера на пульпу зуба. Обращать особое внимание на зоны декальцинации, кариеса, эрозии, повышенной стираемости, краев реставрации, искусственных коронок, ортодонтических конструкций и систем и имплантатов. Необходимо также избегать контакта слизистой оболочки с наконечником ультразвукового и звукового приборов из-за опасности ее повреждения.

Обработку зубов следует проводить в определенной последовательности во избежание пропуска отдельных зубов. Ультразвуковая обработка обязательно завершается доснятием остатков зубных отложений ручными инструментами, полированием зубов специальной пастой при помощи полировочных резинок и щеточек, обработкой межзубных промежутков флоссами и штрипсами. Покрытие фторсодержащими препаратами – по необходимости.

Алгоритм удаления наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами).

Механическая обработка поверхностей зубов, выполняется ручными или ультразвуковыми инструментами, а чаще всего в комбинации использования этих инструментов. Как правило, после обработки инструментами с электроприводом (звуковое или ультразвуковое оборудование) необходимо вручную снять остатки зубных отложений и сгладить или заполировать поверхность корня. Для этого используют ручные скелеры – прямой и изогнутый, минимальный набор зоноспецифических кюрет Грейси из четырех двусторонних инструментов (5/6, 7/8, 11/12, 13/14).

Удаление зубных отложений начинают с вестибулярной поверхности зуба, затем удаляют с апроксимальных поверхностей и в последнюю очередь – с оральной поверхности (кюрета 5/6)

Вестибулярная поверхность фронтальных зубов.

Обработка задне - щечной поверхности: пациент находится в положении полулежа, голова повернута вправо. Положение врача на «9 часов». Рабочая рука опирается на большой палец левой руки, который придерживает зуб. Прямая видимость рабочей зоны.

Один режущий край инструмента обрабатывает задне- щечную поверхность зуба, а другой (с обратной стороны) – задне - щечную поверхность зуба.

Небная поверхность фронтальных зубов

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

Передне-небная и задне-небная поверхности обрабатываются разными концами кюреты (Кюрета № 11/12).

Мезиальная поверхность жевательных зубов

Обработка мезиальной поверхности (доступ со щечной стороны): голова пациента слегка наклонена вправо. Положение врача «на 10 часов». Прямая опора на соседний зуб. Прямая видимость. Безымянный палец создает точку опоры рабочей руки, располагаясь как можно ближе к мезиальной поверхности обрабатываемого зуба. Кюретаж поддесневой поверхности осуществляется вращательными движениями предплечья вокруг точки опоры.

Кюрета № 11/12 используется с щечной стороны, чтобы очистить мезиальную поверхность, включая вход в фуркацию.

Обработка мезиальной поверхности (доступ с небной стороны): голова пациента наклонена назад и влево. Положение врача «на 8 часов». Опора на нижнюю челюсть или на зубы антагонисты. Ведение по большому пальцу левой руки. Прямая видимость. Часть фуркации можно обработать только из небного доступа. Большой палец левой руки направляет и стабилизирует инструмент. Для того чтобы очистить корень, достаточно очень легких усилий, если инструмент правильно заточен (Кюрета № 13/14).

Дистальная поверхность жевательных зубов

Обработка дистальной поверхности (доступ со щечной стороны): голова пациента повернута вправо. Положение врача на «10 часов». Опора на соседние зубы. Видимость прямая; зеркалом отодвигают мягкие ткани щеки. Безымянный палец опирается на зуб 2.5, вблизи обрабатываемой зоны (дистальная поверхность зуба). Часть плеча инструмента, ближайшая к рабочей части, должна быть параллельна поверхности зуба.

Обработка дистальной поверхности (доступ с небной стороны): голова пациента повернута влево. Положение врача «на 9 часов». Опора на тыльную поверхность указательного пальца левой руки. Этот палец также направляет инструмент и оказывает давление на него. Прямая видимость. Небный корень очищается в направлении от неба к контактному пункту и фуркации (Кюрета № 7/8).

Вестибулярная поверхность жевательных зубов.

Обработка щечной поверхности зуба: голова пациента слегка наклонена в направлении врача. Положение врача «на 10 часов». Опора на соседний зуб. Прямая видимость. Вестибулярную поверхность очищают не только вертикальными, но диагональными и горизонтальными движениями. Средний палец располагается в первом углублении плеча инструмента. Углубление на вестибулярной поверхности соответствует входу в щечную фуркацию. Если корни обнажены, то вблизи фуркации их обрабатывают кюретами № 11/12 (с мезиальной стороны) и № 13/14 (с дистальной стороны).

Небная поверхность жевательных зубов.

Обработка небной поверхности: голова пациента повернута влево, «от врача». Положение врача «на 8 часов». Опора на окклюзионную поверхность. Точка опоры располагается непосредственно на жевательной поверхности. Видимость прямая. С небной стороны корень обычно выпуклый, однако могут оставаться узкие желобки, затрудняющие обработку.

Гладкость поверхностей зубов после процедуры проверяют зондом-эксплорером и флоссами в межзубных промежутках.

 Контроль качества проведенных манипуляций.

 После снятия зубных отложений врач должен проконтролировать качество проведенных мероприятий с помощью зонда, зеркала, флоссов, а также с помощью прикусных прицельных снимков. Последовательно и аккуратно со всех поверхностей просматривается каждый обработанный зуб.

**Уровень убедительности рекомендаций А** **(уровень достоверности доказательств – 1).**

*Комментарии:**Микробы зубных отложений оказывают основное раздражающее действие на ткани десен, усиливают воспаление за счет механических, химических и бактериальных раздражений пародонтальных тканей.*

● Рекомендовано медикаментозное лечение пародонтита:

- антисептики в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций;

- нестероидные противовоспалительные препараты для снятия болевого синдрома и отека;

- антигистаминные препараты;

- антибактериальные препараты.

### 3.1.2 Хирургическое лечение

● Рекомендовано вскрытие пародонтального абсцесса.

Алгоритм вскрытия пародонтального абсцесса.

Лечение пародонтального абсцесса десневого про­исхождения заключается в возможности дренирования его через десневой край. При апикальном расположении пародонтального абсцесса, делается разрез по нижней границе очага воспаления.

Операцию проводят под местной анестезией. При апикальном расположении пародонтального абсцесса, делается разрез по нижней границе очага воспаления для создания оттока, затем проводят антисептическую обработку и, при необходимости, дренируют.

● Рекомендовано удаление зуба.

Алгоритм удаления зуба.

Хирургическое вмешательство проводится как минимум через неделю после профессиональной гигиены. Операцию проводят под местной анестезией. Отделяют круговую связку от шейки зуба и десну от края альвеолы, после чего производят удаление зуба. Проводят кюретаж лунки зуба и гемостаз послеоперационной раны.

**Уровень убедительности рекомендаций В** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**При невозможности купирования воспалительного процесса.*

### 3.1.3 Иное лечение

Не проводится.

## 3.2 Пародонтальный абсцесс десневого происхождения со свищом

### 3.2.1 Консервативное лечение

● Рекомендована профессиональная гигиена полости рта.

Алгоритм ультразвукового удаления наддесневых и поддесневых зубных отложений.

Обработка зубов осуществляется непрерывным движением вдоль шейки каждого зуба, без излишнего давления, начиная с вестибулярной поверхности, затем обрабатываются апроксимальные и оральная поверхности.

 Кончик инструмента должен располагаться вдоль и под острым углом к обрабатываемой поверхности. Поверхность зуба следует обрабатывать с перерывом, учитывая термическое воздействие скейлера на пульпу зуба. Обращать особое внимание на зоны декальцинации, кариеса, эрозии, повышенной стираемости, краев реставрации, искусственных коронок, ортодонтических конструкций и систем и имплантатов. Необходимо также избегать контакта слизистой оболочки с наконечником ультразвукового и звукового приборов из-за опасности ее повреждения.

Обработку зубов следует проводить в определенной последовательности во избежание пропуска отдельных зубов. Ультразвуковая обработка обязательно завершается доснятием остатков зубных отложений ручными инструментами, полированием зубов специальной пастой при помощи полировочных резинок и щеточек, обработкой межзубных промежутков флоссами и штрипсами. Покрытие фторсодержащими препаратами – по необходимости.

Алгоритм удаления наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами).

Механическая обработка поверхностей зубов, выполняется ручными или ультразвуковыми инструментами, а чаще всего в комбинации использования этих инструментов. Как правило, после обработки инструментами с электроприводом (звуковое или ультразвуковое оборудование) необходимо вручную снять остатки зубных отложений и сгладить или заполировать поверхность корня. Для этого используют ручные скелеры – прямой и изогнутый, минимальный набор зоноспецифических кюрет Грейси из четырех двусторонних инструментов (5/6, 7/8, 11/12, 13/14).

Удаление зубных отложений начинают с вестибулярной поверхности зуба, затем удаляют с апроксимальных поверхностей и в последнюю очередь – с оральной поверхности (кюрета 5/6)

Вестибулярная поверхность фронтальных зубов.

Обработка задне-щечной поверхности: пациент находится в положении полулежа, голова повернута вправо. Положение врача на «9 часов». Рабочая рука опирается на большой палец левой руки, который придерживает зуб. Прямая видимость рабочей зоны.

Один режущий край инструмента обрабатывает задне-щечную поверхность зуба, а другой (с обратной стороны) – задне-щечную поверхность зуба.

Небная поверхность фронтальных зубов

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

Передне-небная и задне-небная поверхности обрабатываются разными концами кюреты (Кюрета № 11/12).

Мезиальная поверхность жевательных зубов

Обработка мезиальной поверхности (доступ со щечной стороны): голова пациента слегка наклонена вправо. Положение врача «на 10 часов». Прямая опора на соседний зуб. Прямая видимость. Безымянный палец создает точку опоры рабочей руки, располагаясь как можно ближе к мезиальной поверхности обрабатываемого зуба. Кюретаж поддесневой поверхности осуществляется вращательными движениями предплечья вокруг точки опоры.

Кюрета № 11/12 используется с щечной стороны, чтобы очистить мезиальную поверхность, включая вход в фуркацию.

Обработка мезиальной поверхности (доступ с небной стороны): голова пациента наклонена назад и влево. Положение врача «на 8 часов». Опора на нижнюю челюсть или на зубы антагонисты. Ведение по большому пальцу левой руки. Прямая видимость. Часть фуркации можно обработать только из небного доступа. Большой палец левой руки направляет и стабилизирует инструмент. Для того чтобы очистить корень, достаточно очень легких усилий, если инструмент правильно заточен (Кюрета № 13/14).

Дистальная поверхность жевательных зубов

Обработка дистальной поверхности (доступ со щечной стороны): голова пациента повернута вправо. Положение врача на «10 часов». Опора на соседние зубы. Видимость прямая; зеркалом отодвигают мягкие ткани щеки. Безымянный палец опирается на зуб 2.5, вблизи обрабатываемой зоны (дистальная поверхность зуба). Часть плеча инструмента, ближайшая к рабочей части, должна быть параллельна поверхности зуба.

Обработка дистальной поверхности (доступ с небной стороны): голова пациента повернута влево. Положение врача «на 9 часов». Опора на тыльную поверхность указательного пальца левой руки. Этот палец также направляет инструмент и оказывает давление на него. Прямая видимость. Небный корень очищается в направлении от неба к контактному пункту и фуркации (Кюрета № 7/8).

Вестибулярная поверхность жевательных зубов.

Обработка щечной поверхности зуба: голова пациента слегка наклонена в направлении врача. Положение врача «на 10 часов». Опора на соседний зуб. Прямая видимость. Вестибулярную поверхность очищают не только вертикальными, но диагональными и горизонтальными движениями. Средний палец располагается в первом углублении плеча инструмента. Углубление на вестибулярной поверхности соответствует входу в щечную фуркацию. Если корни обнажены, то вблизи фуркации их обрабатывают кюретами № 11/12 (с мезиальной стороны) и № 13/14 (с дистальной стороны).

Небная поверхность жевательных зубов.

Обработка небной поверхности: голова пациента повернута влево, «от врача». Положение врача «на 8 часов». Опора на окклюзионную поверхность. Точка опоры располагается непосредственно на жевательной поверхности. Видимость прямая. С небной стороны корень обычно выпуклый, однако могут оставаться узкие желобки, затрудняющие обработку.

Гладкость поверхностей зубов после процедуры проверяют зондом-эксплорером и флоссами в межзубных промежутках.

 Контроль качества проведенных манипуляций.

 После снятия зубных отложений врач должен проконтролировать качество проведенных мероприятий с помощью зонда, зеркала, флоссов, а также с помощью прикусных прицельных снимков. Последовательно и аккуратно со всех поверхностей просматривается каждый обработанный зуб.

**Уровень убедительности рекомендаций А** **(уровень достоверности доказательств – 1).**

*Комментарии:**Микробы зубных отложений оказывают основное раздражающее действие на ткани десен, усиливает воспаление за счет механических, химических и бактериальных раздражений пародонтальных тканей.*

● Рекомендовано медикаментозное лечение пародонтита:

- антисептики в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций;

- нестероидные противовоспалительные препараты для снятия болевого синдрома и отека;

- антигистаминные препараты;

- антибактериальные препараты.

### 3.2.2 Хирургическое лечение

● Рекомендовано удаление зуба.

Алгоритм удаления зуба.

Хирургическое вмешательство проводится как минимум через неделю после профессиональной гигиены. Операцию проводят под местной анестезией. Отделяют круговую связку от шейки зуба и десну от края альвеолы, после чего производят удаление зуба. Проводят кюретаж лунки зуба и гемостаз послеоперационной раны.

**Уровень убедительности рекомендаций В** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**При невозможности купирования воспалительного процесса.*

### 3.2.3 Иное лечение

Не проводится.

**3.3 Хронический пародонтит локализованный (легкая стадия)**

### 3.3.1 Консервативное лечение

● Рекомендована профессиональная гигиена полости рта.

Алгоритм ультразвукового удаления наддесневых и поддесневых зубных отложений.

Обработка зубов осуществляется непрерывным движением вдоль шейки каждого зуба, без излишнего давления, начиная с вестибулярной поверхности, затем обрабатываются апроксимальные и оральная поверхности.

 Кончик инструмента должен располагаться вдоль и под острым углом к обрабатываемой поверхности. Поверхность зуба следует обрабатывать с перерывом, учитывая термическое воздействие скейлера на пульпу зуба. Обращать особое внимание на зоны декальцинации, кариеса, эрозии, повышенной стираемости, краев реставрации, искусственных коронок, ортодонтических конструкций и систем и имплантатов. Необходимо также избегать контакта слизистой оболочки с наконечником ультразвукового и звукового приборов из-за опасности ее повреждения.

Обработку зубов следует проводить в определенной последовательности во избежание пропуска отдельных зубов. Ультразвуковая обработка обязательно завершается доснятием остатков зубных отложений ручными инструментами, полированием зубов специальной пастой при помощи полировочных резинок и щеточек, обработкой межзубных промежутков флоссами и штрипсами. Покрытие фторсодержащими препаратами – по необходимости.

Алгоритм удаления наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами).

Механическая обработка поверхностей зубов, выполняется ручными или ультразвуковыми инструментами, а чаще всего в комбинации использования этих инструментов. Как правило, после обработки инструментами с электроприводом (звуковое или ультразвуковое оборудование) необходимо вручную снять остатки зубных отложений и сгладить или заполировать поверхность корня. Для этого используют ручные скелеры – прямой и изогнутый, минимальный набор зоноспецифических кюрет Грейси из четырех двусторонних инструментов (5/6, 7/8, 11/12, 13/14).

Удаление зубных отложений начинают с вестибулярной поверхности зуба, затем удаляют с апроксимальных поверхностей и в последнюю очередь – с оральной поверхности (кюрета 5/6)

Вестибулярная поверхность фронтальных зубов.

Обработка задне-щечной поверхности: пациент находится в положении полулежа, голова повернута вправо. Положение врача на «9 часов». Рабочая рука опирается на большой палец левой руки, который придерживает зуб. Прямая видимость рабочей зоны.

Один режущий край инструмента обрабатывает задне-щечную поверхность зуба, а другой (с обратной стороны) – задне-щечную поверхность зуба.

Небная поверхность фронтальных зубов

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

Передне-небная и задне-небная поверхности обрабатываются разными концами кюреты (Кюрета № 11/12).

Мезиальная поверхность жевательных зубов

Обработка мезиальной поверхности (доступ со щечной стороны): голова пациента слегка наклонена вправо. Положение врача «на 10 часов». Прямая опора на соседний зуб. Прямая видимость. Безымянный палец создает точку опоры рабочей руки, располагаясь как можно ближе к мезиальной поверхности обрабатываемого зуба. Кюретаж поддесневой поверхности осуществляется вращательными движениями предплечья вокруг точки опоры.

Кюрета № 11/12 используется с щечной стороны, чтобы очистить мезиальную поверхность, включая вход в фуркацию.

Обработка мезиальной поверхности (доступ с небной стороны): голова пациента наклонена назад и влево. Положение врача «на 8 часов». Опора на нижнюю челюсть или на зубы антагонисты. Ведение по большому пальцу левой руки. Прямая видимость. Часть фуркации можно обработать только из небного доступа. Большой палец левой руки направляет и стабилизирует инструмент. Для того чтобы очистить корень, достаточно очень легких усилий, если инструмент правильно заточен (Кюрета № 13/14).

Дистальная поверхность жевательных зубов

Обработка дистальной поверхности (доступ со щечной стороны): голова пациента повернута вправо. Положение врача на «10 часов». Опора на соседние зубы. Видимость прямая; зеркалом отодвигают мягкие ткани щеки. Безымянный палец опирается на зуб 2.5, вблизи обрабатываемой зоны (дистальная поверхность зуба). Часть плеча инструмента, ближайшая к рабочей части, должна быть параллельна поверхности зуба.

Обработка дистальной поверхности (доступ с небной стороны): голова пациента повернута влево. Положение врача «на 9 часов». Опора на тыльную поверхность указательного пальца левой руки. Этот палец также направляет инструмент и оказывает давление на него. Прямая видимость. Небный корень очищается в направлении от неба к контактному пункту и фуркации (Кюрета № 7/8).

Вестибулярная поверхность жевательных зубов.

Обработка щечной поверхности зуба: голова пациента слегка наклонена в направлении врача. Положение врача «на 10 часов». Опора на соседний зуб. Прямая видимость. Вестибулярную поверхность очищают не только вертикальными, но диагональными и горизонтальными движениями. Средний палец располагается в первом углублении плеча инструмента. Углубление на вестибулярной поверхности соответствует входу в щечную фуркацию. Если корни обнажены, то вблизи фуркации их обрабатывают кюретами № 11/12 (с мезиальной стороны) и № 13/14 (с дистальной стороны).

Небная поверхность жевательных зубов.

Обработка небной поверхности: голова пациента повернута влево, «от врача». Положение врача «на 8 часов». Опора на окклюзионную поверхность. Точка опоры располагается непосредственно на жевательной поверхности. Видимость прямая. С небной стороны корень обычно выпуклый, однако могут оставаться узкие желобки, затрудняющие обработку.

Гладкость поверхностей зубов после процедуры проверяют зондом-эксплорером и флоссами в межзубных промежутках.

 Контроль качества проведенных манипуляций.

 После снятия зубных отложений врач должен проконтролировать качество проведенных мероприятий с помощью зонда, зеркала, флоссов, а также с помощью прикусных прицельных снимков. Последовательно и аккуратно со всех поверхностей просматривается каждый обработанный зуб.

**Уровень убедительности рекомендаций А** **(уровень достоверности доказательств – 1).**

*Комментарии:**Микробы зубных отложений оказывают основное раздражающее действие на ткани десен, усиливает воспаление за счет механических, химических и бактериальных раздражений пародонтальных тканей.*

● Рекомендовано медикаментозное лечение пародонтита:

- антисептики в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций;

- нестероидные противовоспалительные препараты для снятия болевого синдрома и отека;

- антигистаминные препараты;

- антибактериальные препараты.

### 3.3.2 Хирургическое лечение

Не проводится.

### 3.3.3 Иное лечение

Не проводится.

**3.4 Хронический пародонтит локализованный (средняя стадия)**

### 3.4.1 Консервативное лечение

● Рекомендована профессиональная гигиена полости рта.

Алгоритм ультразвукового удаления наддесневых и поддесневых зубных отложений.

Обработка зубов осуществляется непрерывным движением вдоль шейки каждого зуба, без излишнего давления, начиная с вестибулярной поверхности, затем обрабатываются апроксимальные и оральная поверхности.

 Кончик инструмента должен располагаться вдоль и под острым углом к обрабатываемой поверхности. Поверхность зуба следует обрабатывать с перерывом, учитывая термическое воздействие скейлера на пульпу зуба. Обращать особое внимание на зоны декальцинации, кариеса, эрозии, повышенной стираемости, краев реставрации, искусственных коронок, ортодонтических конструкций и систем и имплантатов. Необходимо также избегать контакта слизистой оболочки с наконечником ультразвукового и звукового приборов из-за опасности ее повреждения.

Обработку зубов следует проводить в определенной последовательности во избежание пропуска отдельных зубов. Ультразвуковая обработка обязательно завершается доснятием остатков зубных отложений ручными инструментами, полированием зубов специальной пастой при помощи полировочных резинок и щеточек, обработкой межзубных промежутков флоссами и штрипсами. Покрытие фторсодержащими препаратами – по необходимости.

Алгоритм удаления наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами).

Механическая обработка поверхностей зубов, выполняется ручными или ультразвуковыми инструментами, а чаще всего в комбинации использования этих инструментов. Как правило, после обработки инструментами с электроприводом (звуковое или ультразвуковое оборудование) необходимо вручную снять остатки зубных отложений и сгладить или заполировать поверхность корня. Для этого используют ручные скелеры – прямой и изогнутый, минимальный набор зоноспецифических кюрет Грейси из четырех двусторонних инструментов (5/6, 7/8, 11/12, 13/14).

Удаление зубных отложений начинают с вестибулярной поверхности зуба, затем удаляют с апроксимальных поверхностей и в последнюю очередь – с оральной поверхности (кюрета 5/6)

Вестибулярная поверхность фронтальных зубов.

Обработка задне-щечной поверхности: пациент находится в положении полулежа, голова повернута вправо. Положение врача на «9 часов». Рабочая рука опирается на большой палец левой руки, который придерживает зуб. Прямая видимость рабочей зоны.

Один режущий край инструмента обрабатывает задне-щечную поверхность зуба, а другой (с обратной стороны) – задне-щечную поверхность зуба.

Небная поверхность фронтальных зубов

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

Передне-небная и задне-небная поверхности обрабатываются разными концами кюреты (Кюрета № 11/12).

Мезиальная поверхность жевательных зубов

Обработка мезиальной поверхности (доступ со щечной стороны): голова пациента слегка наклонена вправо. Положение врача «на 10 часов». Прямая опора на соседний зуб. Прямая видимость. Безымянный палец создает точку опоры рабочей руки, располагаясь как можно ближе к мезиальной поверхности обрабатываемого зуба. Кюретаж поддесневой поверхности осуществляется вращательными движениями предплечья вокруг точки опоры.

Кюрета № 11/12 используется с щечной стороны, чтобы очистить мезиальную поверхность, включая вход в фуркацию.

Обработка мезиальной поверхности (доступ с небной стороны): голова пациента наклонена назад и влево. Положение врача «на 8 часов». Опора на нижнюю челюсть или на зубы антагонисты. Ведение по большому пальцу левой руки. Прямая видимость. Часть фуркации можно обработать только из небного доступа. Большой палец левой руки направляет и стабилизирует инструмент. Для того чтобы очистить корень, достаточно очень легких усилий, если инструмент правильно заточен (Кюрета № 13/14).

Дистальная поверхность жевательных зубов

Обработка дистальной поверхности (доступ со щечной стороны): голова пациента повернута вправо. Положение врача на «10 часов». Опора на соседние зубы. Видимость прямая; зеркалом отодвигают мягкие ткани щеки. Безымянный палец опирается на зуб 2.5, вблизи обрабатываемой зоны (дистальная поверхность зуба). Часть плеча инструмента, ближайшая к рабочей части, должна быть параллельна поверхности зуба.

Обработка дистальной поверхности (доступ с небной стороны): голова пациента повернута влево. Положение врача «на 9 часов». Опора на тыльную поверхность указательного пальца левой руки. Этот палец также направляет инструмент и оказывает давление на него. Прямая видимость. Небный корень очищается в направлении от неба к контактному пункту и фуркации (Кюрета № 7/8).

Вестибулярная поверхность жевательных зубов.

Обработка щечной поверхности зуба: голова пациента слегка наклонена в направлении врача. Положение врача «на 10 часов». Опора на соседний зуб. Прямая видимость. Вестибулярную поверхность очищают не только вертикальными, но диагональными и горизонтальными движениями. Средний палец располагается в первом углублении плеча инструмента. Углубление на вестибулярной поверхности соответствует входу в щечную фуркацию. Если корни обнажены, то вблизи фуркации их обрабатывают кюретами № 11/12 (с мезиальной стороны) и № 13/14 (с дистальной стороны).

Небная поверхность жевательных зубов.

Обработка небной поверхности: голова пациента повернута влево, «от врача». Положение врача «на 8 часов». Опора на окклюзионную поверхность. Точка опоры располагается непосредственно на жевательной поверхности. Видимость прямая. С небной стороны корень обычно выпуклый, однако могут оставаться узкие желобки, затрудняющие обработку.

Гладкость поверхностей зубов после процедуры проверяют зондом-эксплорером и флоссами в межзубных промежутках.

 Контроль качества проведенных манипуляций.

 После снятия зубных отложений врач должен проконтролировать качество проведенных мероприятий с помощью зонда, зеркала, флоссов, а также с помощью прикусных прицельных снимков. Последовательно и аккуратно со всех поверхностей просматривается каждый обработанный зуб.

**Уровень убедительности рекомендаций А** **(уровень достоверности доказательств – 1).**

*Комментарии:**Микробы зубных отложений оказывают основное раздражающее действие на ткани десен, усиливает воспаление за счет механических, химических и бактериальных раздражений пародонтальных тканей.*

● Рекомендовано медикаментозное лечение пародонтита:

- антисептики в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций;

- нестероидные противовоспалительные препараты для снятия болевого синдрома и отека;

- антигистаминные препараты;

- антибактериальные препараты.

● Рекомендовано физиотерапевтическое лечение: лазер, вакуум – массаж, дарсонвализация, электрофорез и др.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Улучшают лимфо- и кровообращение, угнетают рост патологических грануляций, уменьшают воспалительные и застойные явления, улучшают метаболические процессы, повышают сопротивляемость тканей.*

### 3.4.2 Хирургическое лечение

Не проводится.

### 3.4.3 Иное лечение

Не проводится.

## 3.5 Хронический пародонтит локализованный (тяжелая стадия)

### 3.5.1 Консервативное лечение

● Рекомендована профессиональная гигиена полости рта.

Алгоритм ультразвукового удаления наддесневых и поддесневых зубных отложений.

Обработка зубов осуществляется непрерывным движением вдоль шейки каждого зуба, без излишнего давления, начиная с вестибулярной поверхности, затем обрабатываются апроксимальные и оральная поверхности.

 Кончик инструмента должен располагаться вдоль и под острым углом к обрабатываемой поверхности. Поверхность зуба следует обрабатывать с перерывом, учитывая термическое воздействие скейлера на пульпу зуба. Обращать особое внимание на зоны декальцинации, кариеса, эрозии, повышенной стираемости, краев реставрации, искусственных коронок, ортодонтических конструкций и систем и имплантатов. Необходимо также избегать контакта слизистой оболочки с наконечником ультразвукового и звукового приборов из-за опасности ее повреждения.

Обработку зубов следует проводить в определенной последовательности во избежание пропуска отдельных зубов. Ультразвуковая обработка обязательно завершается доснятием остатков зубных отложений ручными инструментами, полированием зубов специальной пастой при помощи полировочных резинок и щеточек, обработкой межзубных промежутков флоссами и штрипсами. Покрытие фторсодержащими препаратами – по необходимости.

Алгоритм удаления наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами).

Механическая обработка поверхностей зубов, выполняется ручными или ультразвуковыми инструментами, а чаще всего в комбинации использования этих инструментов. Как правило, после обработки инструментами с электроприводом (звуковое или ультразвуковое оборудование) необходимо вручную снять остатки зубных отложений и сгладить или заполировать поверхность корня. Для этого используют ручные скелеры – прямой и изогнутый, минимальный набор зоноспецифических кюрет Грейси из четырех двусторонних инструментов (5/6, 7/8, 11/12, 13/14).

Удаление зубных отложений начинают с вестибулярной поверхности зуба, затем удаляют с апроксимальных поверхностей и в последнюю очередь – с оральной поверхности (кюрета 5/6)

Вестибулярная поверхность фронтальных зубов.

Обработка задне-щечной поверхности: пациент находится в положении полулежа, голова повернута вправо. Положение врача на «9 часов». Рабочая рука опирается на большой палец левой руки, который придерживает зуб. Прямая видимость рабочей зоны.

Один режущий край инструмента обрабатывает задне-щечную поверхность зуба, а другой (с обратной стороны) – задне - щечную поверхность зуба.

Небная поверхность фронтальных зубов

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

Передне-небная и задне-небная поверхности обрабатываются разными концами кюреты (Кюрета № 11/12).

Мезиальная поверхность жевательных зубов

Обработка мезиальной поверхности (доступ со щечной стороны): голова пациента слегка наклонена вправо. Положение врача «на 10 часов». Прямая опора на соседний зуб. Прямая видимость. Безымянный палец создает точку опоры рабочей руки, располагаясь как можно ближе к мезиальной поверхности обрабатываемого зуба. Кюретаж поддесневой поверхности осуществляется вращательными движениями предплечья вокруг точки опоры.

Кюрета № 11/12 используется с щечной стороны, чтобы очистить мезиальную поверхность, включая вход в фуркацию.

Обработка мезиальной поверхности (доступ с небной стороны): голова пациента наклонена назад и влево. Положение врача «на 8 часов». Опора на нижнюю челюсть или на зубы антагонисты. Ведение по большому пальцу левой руки. Прямая видимость. Часть фуркации можно обработать только из небного доступа. Большой палец левой руки направляет и стабилизирует инструмент. Для того чтобы очистить корень, достаточно очень легких усилий, если инструмент правильно заточен (Кюрета № 13/14).

Дистальная поверхность жевательных зубов

Обработка дистальной поверхности (доступ со щечной стороны): голова пациента повернута вправо. Положение врача на «10 часов». Опора на соседние зубы. Видимость прямая; зеркалом отодвигают мягкие ткани щеки. Безымянный палец опирается на зуб 2.5, вблизи обрабатываемой зоны (дистальная поверхность зуба). Часть плеча инструмента, ближайшая к рабочей части, должна быть параллельна поверхности зуба.

Обработка дистальной поверхности (доступ с небной стороны): голова пациента повернута влево. Положение врача «на 9 часов». Опора на тыльную поверхность указательного пальца левой руки. Этот палец также направляет инструмент и оказывает давление на него. Прямая видимость. Небный корень очищается в направлении от неба к контактному пункту и фуркации (Кюрета № 7/8).

Вестибулярная поверхность жевательных зубов.

Обработка щечной поверхности зуба: голова пациента слегка наклонена в направлении врача. Положение врача «на 10 часов». Опора на соседний зуб. Прямая видимость. Вестибулярную поверхность очищают не только вертикальными, но диагональными и горизонтальными движениями. Средний палец располагается в первом углублении плеча инструмента. Углубление на вестибулярной поверхности соответствует входу в щечную фуркацию. Если корни обнажены, то вблизи фуркации их обрабатывают кюретами № 11/12 (с мезиальной стороны) и № 13/14 (с дистальной стороны).

Небная поверхность жевательных зубов.

Обработка небной поверхности: голова пациента повернута влево, «от врача». Положение врача «на 8 часов». Опора на окклюзионную поверхность. Точка опоры располагается непосредственно на жевательной поверхности. Видимость прямая. С небной стороны корень обычно выпуклый, однако могут оставаться узкие желобки, затрудняющие обработку.

Гладкость поверхностей зубов после процедуры проверяют зондом-эксплорером и флоссами в межзубных промежутках.

 Контроль качества проведенных манипуляций.

 После снятия зубных отложений врач должен проконтролировать качество проведенных мероприятий с помощью зонда, зеркала, флоссов, а также с помощью прикусных прицельных снимков. Последовательно и аккуратно со всех поверхностей просматривается каждый обработанный зуб.

**Уровень убедительности рекомендаций А** **(уровень достоверности доказательств – 1).**

*Комментарии:**Микробы зубных отложений оказывают основное раздражающее действие на ткани десен, усиливает воспаление за счет механических, химических и бактериальных раздражений пародонтальных тканей.*

● Рекомендовано медикаментозное лечение пародонтита:

- антисептики в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций;

- нестероидные противовоспалительные препараты для снятия болевого синдрома и отека;

- антигистаминные препараты;

- антибактериальные препараты.

### 3.5.2 Хирургическое лечение

● Рекомендовано удаление зуба.

Алгоритм удаления зуба.

Хирургическое вмешательство проводится как минимум через неделю после профессиональной гигиены. Операцию проводят под местной анестезией. Отделяют круговую связку от шейки зуба и десну от края альвеолы, после чего производят удаление зуба. Проводят кюретаж лунки зуба и гемостаз послеоперационной раны.

**Уровень убедительности рекомендаций В** **(уровень достоверности доказательств – 2)**

*Комментарии:**При невозможности купирования воспалительного процесса.*

### 3.5.3 Иное лечение

Не проводится.

**3.6 Хронический пародонтит генерализованный (легкая стадия)**

### 3.6.1 Консервативное лечение

● Рекомендована профессиональная гигиена полости рта.

Алгоритм ультразвукового удаления наддесневых и поддесневых зубных отложений.

Обработка зубов осуществляется непрерывным движением вдоль шейки каждого зуба, без излишнего давления, начиная с вестибулярной поверхности, затем обрабатываются апроксимальные и оральная поверхности.

 Кончик инструмента должен располагаться вдоль и под острым углом к обрабатываемой поверхности. Поверхность зуба следует обрабатывать с перерывом, учитывая термическое воздействие скейлера на пульпу зуба. Обращать особое внимание на зоны декальцинации, кариеса, эрозии, повышенной стираемости, краев реставрации, искусственных коронок, ортодонтических конструкций и систем и имплантатов. Необходимо также избегать контакта слизистой оболочки с наконечником ультразвукового и звукового приборов из-за опасности ее повреждения.

Обработку зубов следует проводить в определенной последовательности во избежание пропуска отдельных зубов. Ультразвуковая обработка обязательно завершается доснятием остатков зубных отложений ручными инструментами, полированием зубов специальной пастой при помощи полировочных резинок и щеточек, обработкой межзубных промежутков флоссами и штрипсами. Покрытие фторсодержащими препаратами – по необходимости.

Алгоритм удаления наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами).

Механическая обработка поверхностей зубов, выполняется ручными или ультразвуковыми инструментами, а чаще всего в комбинации использования этих инструментов. Как правило, после обработки инструментами с электроприводом (звуковое или ультразвуковое оборудование) необходимо вручную снять остатки зубных отложений и сгладить или заполировать поверхность корня. Для этого используют ручные скелеры – прямой и изогнутый, минимальный набор зоноспецифических кюрет Грейси из четырех двусторонних инструментов (5/6, 7/8, 11/12, 13/14).

Удаление зубных отложений начинают с вестибулярной поверхности зуба, затем удаляют с апроксимальных поверхностей и в последнюю очередь – с оральной поверхности (кюрета 5/6)

Вестибулярная поверхность фронтальных зубов.

Обработка задне-щечной поверхности: пациент находится в положении полулежа, голова повернута вправо. Положение врача на «9 часов». Рабочая рука опирается на большой палец левой руки, который придерживает зуб. Прямая видимость рабочей зоны.

Один режущий край инструмента обрабатывает задне-щечную поверхность зуба, а другой (с обратной стороны) – задне-щечную поверхность зуба.

Небная поверхность фронтальных зубов

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

Передне-небная и задне-небная поверхности обрабатываются разными концами кюреты (Кюрета № 11/12).

Мезиальная поверхность жевательных зубов

Обработка мезиальной поверхности (доступ со щечной стороны): голова пациента слегка наклонена вправо. Положение врача «на 10 часов». Прямая опора на соседний зуб. Прямая видимость. Безымянный палец создает точку опоры рабочей руки, располагаясь как можно ближе к мезиальной поверхности обрабатываемого зуба. Кюретаж поддесневой поверхности осуществляется вращательными движениями предплечья вокруг точки опоры.

Кюрета № 11/12 используется с щечной стороны, чтобы очистить мезиальную поверхность, включая вход в фуркацию.

Обработка мезиальной поверхности (доступ с небной стороны): голова пациента наклонена назад и влево. Положение врача «на 8 часов». Опора на нижнюю челюсть или на зубы антагонисты. Ведение по большому пальцу левой руки. Прямая видимость. Часть фуркации можно обработать только из небного доступа. Большой палец левой руки направляет и стабилизирует инструмент. Для того чтобы очистить корень, достаточно очень легких усилий, если инструмент правильно заточен (Кюрета № 13/14).

Дистальная поверхность жевательных зубов

Обработка дистальной поверхности (доступ со щечной стороны): голова пациента повернута вправо. Положение врача на «10 часов». Опора на соседние зубы. Видимость прямая; зеркалом отодвигают мягкие ткани щеки. Безымянный палец опирается на зуб 2.5, вблизи обрабатываемой зоны (дистальная поверхность зуба). Часть плеча инструмента, ближайшая к рабочей части, должна быть параллельна поверхности зуба.

Обработка дистальной поверхности (доступ с небной стороны): голова пациента повернута влево. Положение врача «на 9 часов». Опора на тыльную поверхность указательного пальца левой руки. Этот палец также направляет инструмент и оказывает давление на него. Прямая видимость. Небный корень очищается в направлении от неба к контактному пункту и фуркации (Кюрета № 7/8).

Вестибулярная поверхность жевательных зубов.

Обработка щечной поверхности зуба: голова пациента слегка наклонена в направлении врача. Положение врача «на 10 часов». Опора на соседний зуб. Прямая видимость. Вестибулярную поверхность очищают не только вертикальными, но диагональными и горизонтальными движениями. Средний палец располагается в первом углублении плеча инструмента. Углубление на вестибулярной поверхности соответствует входу в щечную фуркацию. Если корни обнажены, то вблизи фуркации их обрабатывают кюретами № 11/12 (с мезиальной стороны) и № 13/14 (с дистальной стороны).

Небная поверхность жевательных зубов.

Обработка небной поверхности: голова пациента повернута влево, «от врача». Положение врача «на 8 часов». Опора на окклюзионную поверхность. Точка опоры располагается непосредственно на жевательной поверхности. Видимость прямая. С небной стороны корень обычно выпуклый, однако могут оставаться узкие желобки, затрудняющие обработку.

Гладкость поверхностей зубов после процедуры проверяют зондом-эксплорером и флоссами в межзубных промежутках.

 Контроль качества проведенных манипуляций.

 После снятия зубных отложений врач должен проконтролировать качество проведенных мероприятий с помощью зонда, зеркала, флоссов, а также с помощью прикусных прицельных снимков. Последовательно и аккуратно со всех поверхностей просматривается каждый обработанный зуб.

**Уровень убедительности рекомендаций А** **(уровень достоверности доказательств – 1)**

*Комментарии:**Микробы зубных отложений оказывают основное раздражающее действие на ткани десен, усиливает воспаление за счет механических, химических и бактериальных раздражений пародонтальных тканей.*

● Рекомендовано медикаментозное лечение пародонтита:

- антисептики в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций;

- нестероидные противовоспалительные препараты для снятия болевого синдрома и отека;

- антигистаминные препараты;

- антибактериальные препараты.

●Рекомендовано избирательное пришлифовывание зубов, устранение преждевременных контактов путем сошлифовывания твердых тканей в пределах эмали.

*Комментарии:**Для маркировки окклюзионных контактов применяют артикуляционную бумагу различной толщины, начиная с 200 мкм и заканчивая 8-11 мкм, воск для окклюдограммы. Дополнительным методом выявления окклюзионных контактов может быть использование прибора T-scan (TekScan). В сложных случаях при комплексной и обширной реабилитации, с целью изучения окклюзии, необходимо установить диагностические модели в артикулятор.*

● Рекомендуется проводить избирательное пришлифовывание в 4-6 посещений с интервалами 7-10 дней для адаптации пародонта и нейромышечной системы. Через 10-15 дней после последнего посещения, при необходимости, проводят избирательное пришлифовывание зубов всех трех классов, проверяют результаты. Повторные посещения проводят 1 раз в 6 месяцев для осмотра и возможной коррекции окклюзии.

*Комментарии:* *Избирательное пришлифовывание лучше проводить в первой половине дня. Один сеанс не должен быть более 30-40 мин.*

При анализе окклюдограммы особое внимание следует уделять состоянию триангулярной площадки. При гармоничном соотношении челюстей отпечатки жевательной группы зубов представлены тремя видами множественных контактов:

- в области опорных бугров на расстоянии 0,5–1 мм вокруг их вершины

- в области центральных фиссур;

- на боковых скатах бугров с апроксимальных сторон.

Правила функционального избирательного пришлифовывания:

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

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

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

- Реставрация анатомической формы и уплощение контура зуба в области экватора.

-Устранение супраконтактов наиболее щадящей для тканей зуба методикой пришлифовывания.

- При пришлифовывании в боковых окклюзиях на рабочей стороне должен быть одноименный бугорковый контакт, на балансирующей стороне – разноименный или его отсутствие.

● Рекомендовано после каждого посещения проводить полировку и обработку фторсодержащими препаратами пришлифованных поверхностей. Для этого необходимо щёточки, полиры, полировочные пасты.

*Комментарии: Чаще всего используют методики функционального избирательного пришлифовывания по Шюйлеру и по Д. Дженкельсону (1972), которая является наиболее биологически целесообразной для тканей зуба. Методика по Дженкельсону способствует установлению окклюзионных соотношений в наиболее физиологичной для опорных тканей и удобной для пациента форме. По этой методике устраняют преждевременные контакты, выявленные в центральной и дистальной окклюзиях; боковые и передние артикуляционные движения нижней челюсти при этом не корригируют. По методу Шюйлера сначала устраняют контакты в центральной и дистальной окклюзиях, затем в передней окклюзии и в последнюю очередь в боковых окклюзиях.*

Смыкание зубных рядов осуществляется самим пациентом (без помощи врача) в наиболее удобном для него положении сидя. В процессе функционального избирательного пришлифовывания оптимальные окклюзионные взаимоотношения зубных рядов в момент их смыкания полностью контролируются самим больным (ощущение комфорта) и зависят от индивидуального нервно-мышечного контроля центральной окклюзии.

Классификация супраконтактов по Дженкельсону:

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

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

- III класс — щёчные поверхности нёбных бугров верхних моляров и премоляров.

● Рекомендовано избирательное пришлифовывание супраконтактов:

*Комментарии:* *Данная методика основана на принципе этапности и включает пять визитов пациента с периодичностью от 5 до 10–12 дней. При необходимости можно сократить сроки между посещениями (от 3 до 7 дней), но последовательность вмешательств менять не рекомендуется. Опытный стоматолог может выполнить избирательное пришлифовывание за один визит, а дополнительную коррекцию провести через 3 дня, когда сам пациент сможет указать на участки, которые доставляют ему неудобства.*

Первое посещение - устраняют преждевременные контакты III класса в дистальной окклюзии.

Второе посещение - устраняется преждевременные контакты I класса в центральной окклюзии. Проверка и коррекция результатов предыдущего этапа.

Третье посещение - устранение преждевременных контактов II класса в центральной окклюзии. Проверка и коррекция результатов предыдущего этапа.

Четвертое посещение - устранение преждевременных контактов III класса в центральной окклюзии. Проверка и коррекция результатов предыдущего этапа.

Пятое посещение - контрольное посещение, проверка всех классов контактов.

 *●* Рекомендовано шинирование зубов.

Временная шина – ортопедическая конструкция, использующаяся для иммобилизации группы зубов или всего зубного ряда на время лечения заболеваний пародонта до начала постоянного шинирования.

При генерализованном пародонтите в шину включают все зубы, при локализованном пародонтите в шину, помимо пораженного участка, обязательно включают зубы с непораженным пародонтом. При атрофии костной ткани до ½ длины корня - шинирование проводится в горизонтальной плоскости, при атрофии до ¾ - необходимо шинировать зубы в горизонтальной и вертикальной плоскости.

Временная шина должна соответствовать следующим требованиям: фиксировать группу зубов и/или весь зубной ряд, легко накладываться и сниматься при необходимости, равномерно распределять давление, при необходимости восполнять дефект зубного ряда, не травмировать слизистую оболочку рта, не препятствовать лечебным мероприятиям, отличаться простотой изготовления.

Временная шина может быть изготовлена из пластмассы, ортодонтической проволоки, армированного композита на основе органической или неорганической матрицы.

При планировании применения временной шины следует обращать внимание на степень тяжести заболевания, наличие дефектов зубных рядов, снижение высоты нижнего отдела лица.

После диагностических исследований и выбора конструкции временной шины на том же приеме приступают к лечению.

Алгоритм и особенности изготовления временной шины из пластмассы

Первое посещение

Первым этапом изготовления временной шины из пластмассы является получение оттисков с обеих челюстей при помощи стандартных оттискных ложек и альгинатных оттискных масс. Рекомендуется края ложек перед снятием оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря или использовать специальный клей для лучшей ретенции оттискного материала. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков. Отливаются модели из гипса.

Следующее посещение

Определение центрального соотношения челюстей для определения правильного положения нижней челюсти по отношению к верхней в трех плоскостях (вертикальной, сагиттальной и трансверзальной).

Определение центрального соотношения челюстей производится с применением изготовленных в зуботехнической лаборатории восковых базисов с окклюзионными валиками. Особое внимание следует обращать на высоту нижнего отдела лица. При дефектах зубных рядов производится подбор искусственных зубов.

Следующее посещение

Перед наложением и припасовкой готовой временной шины в полости рта необходимо оценить качество шины.

Шину вводят в полость рта, проверяют прилегание и фиксацию к зубам, отсутствие балансирования.

Особое внимание следует обратить на окклюзионные контакты и отсутствие блокирований движений нижней челюсти.

При необходимости проводят частичную и/или полную перебазировку временной шины при помощи самотвердеющей пластмассы.

Алгоритм и особенности изготовления оральной многозвеньевой шины из пластмассы

Первым этапом изготовления оральной многозвеньевой шины из пластмассы является получение оттисков с одной и/или обеих челюстей при помощи стандартных оттискных ложек и альгинатных оттискных масс. Рекомендуется края ложек перед снятием оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря или использовать специальный клей для лучшей ретенции оттискного материала. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков. Отливаются модели из гипса.

На гипсовой модели с оральной стороны на границе от режущего края и/или перехода жевательной поверхности в оральную до линии экватора зуба равномерным слоем толщиной 2-3 мм наносят самотвердеющую пластмассу. При наличии трем и дефектов зубных рядов также заполняют пластмассой. После отверждения пластмассы оральную поверхность обрабатывают и полируют. Шину снимают с модели и припасовывают в полости рта.

Особое внимание следует обратить на прилегание шины и ее фиксацию к зубам, отсутствие балансирования.

При необходимости проводят частичную и/или полную перебазировку временной шины при помощи самотвердеющей пластмассы.

Фиксацию оральной многозвеньевой шины к зубам можно проводить на различные материалы (стоматологический цемент, светоотверждаемый материал и т.д.).

Алгоритм и особенности изготовления шины из армированного композита на основе органической матрицы

 Работы с армирующими материалами на основе органичекой матрицы требуют работы с использованием специальных перчаток и ножниц, особые условия хранения. Изготовление шины проводится в одно посещение. При подвижности зубов 1-2 степени не требуется создания ретенционных пунктов, шина располагается на небной или язычной поверхностях. При подвижности 2-3 степени и при шинирование боковой группы зубов требуется создание ретенционных борозд глубиной 1-1.5 мм, на зубах передней группы шина может располагаться по режущему краю, на зубах боковой группы ретенционные борозды создаются на окклюзионной поверхности.

Алгоритм изготовления:

1. удаление зубных отложений, при необходимости- создание ретенционных пунктов;
2. измерение длины армирующего волокна с помощью фольги;
3. пропитывание волокна специальным бондом для предотвращения разволокнения;
4. травление твердых тканей зубов;
5. нанесение и полимеризация бондинговой системы на ткани зубов;
6. нанесение жидкотекучего композита и погружение в него армирующего волокна, моделирование и полимеризация;
7. обработка шины, выверение окклюзионных контактов, полировка.

Алгоритм и особенности изготовления шины из армированного композита на основе неорганической матрицы

Изготовление шины проводится в одно посещение. При подвижности зубов 1-2 степени передних зубов не требуется создания ретенционных пунктов, шина располагается на небной или язычной поверхностях. При подвижности 2-3 степени и при шинировании боковой группы зубов требуется создание ретенционных борозд глубиной 1-1.5 мм, на зубах передней группы шина может располагаться по режущему краю, на зубах боковой группы ретенционные борозды создаются на окклюзионной поверхности. Последовательность изготовления:

1. удаление зубных отложений, при необходимости создание ретенционных пунктов;
2. измерение длины армирующего волокна с помощью фольги;
3. пропитывание волокна специальным бондом для предотвращения разволокнения;
4. травление твердых тканей зубов;
5. нанесение и полимеризация бондинговой системы на ткани зубов;
6. нанесение жидкотекучего композита и погружение в него армирующего волокна, моделирование и полимеризация;
7. обработка шины, выверение окклюзионных контактов, полировка.

**Уровень убедительности рекомендаций В** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Для иммобилизации группы зубов или всего зубного ряда.*

●Рекомендовано физиотерапевтическое лечение: лазер, вакуум – массаж, дарсонвализация, электрофорез и др.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Улучшают лимфо- и кровообращение, угнетают рост патологических грануляций, уменьшают воспалительные и застойные явления, улучшают метаболические процессы, повышают сопротивляемость тканей.*

### 3.6.2 Хирургическое лечение

● Рекомендован закрытый кюретаж.

Алгоритм проведения закрытого кюретажа

Кюретаж пародонтального кармана – хирургическая манипуляция, направленная на уменьшение глубины пародонтального кармана или его устранение. Цель проведения кюретажа заключается в удалении поддесневого зубного камня, грануляций, вегетирующего эпителия десневой борозды, воспаленной соединительной ткани стенки кармана.

Техника закрытого кюретажа

После медикаментозной обработки под инфильтрационной или проводниковой анестезией удаляют поддесневые зубные отложения и патологически измененный цемент корня зуба в следующей последовательности: сначала вестибулярно, затем апроксимально и орально. При этом инструмент направляют от верхушки кор­ня к коронке зуба, плотно прижимая его к поверхности корня, либо из глубины вокруг корня к краю коронки, по диагонали. В процессе промывают операционное поле антисептическим раствором. Далее приступают к удалению грануляционной тка­ни со дна кармана острой кюретой. Последний этап — деэпителизация кармана ножницами. После это­го операционное поле обрабатывают изотоническим раствором хлори­да натрия, десну плотно прижимают к зубу и накладывают защитную повязку.

Послеоперационный уход в течение недели:

- пародонтальную повязку сохранять от 2 до 5 дней, ограничив чистку зубов щеткой на этом участке; после удаления повязки необходимо вернуться к применению зубной щетки;

- медикаментозное лечение: ротовые ванночки с антисептическим раствором 2 раза в день по 3-5 минут;

- местное применение кератопластических препаратов после удаления повязки.

**Уровень убедительности рекомендаций В** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Для ликвидации пародонтальных карманов.*

● Рекомендована гингивэктомия.

Алгоритм проведения гингивэктомии

Гингивэктомия — иссечение части десны. Хирургическое вмешательство проводится как минимум через неделю после профессиональной гигиены. Операцию проводят под местной анестезией. Пинцетом Крейна-Каплана проводят маркировку дна десневого кармана, затем скальпелем, расположенным под тупым углом к коронке зуба отсекают часть десны. Обращают особое внимание на то, чтобы скальпель был в постоянном контакте с поверхностью зуба. Очищают поверхность от зубных отложений, полируют поверхность корня, промывают операционную рану антисептическим раствором; после чего накладывают изолирующую пародонтальную повязку.

### 3.6.3 Иное лечение

Не проводится.

**3.7 Хронический пародонтит генерализованный (средняя стадия)**

### 3.7.1 Консервативное лечение

● Рекомендована профессиональная гигиена полости рта.

Алгоритм ультразвукового удаления наддесневых и поддесневых зубных отложений.

Обработка зубов осуществляется непрерывным движением вдоль шейки каждого зуба, без излишнего давления, начиная с вестибулярной поверхности, затем обрабатываются апроксимальные и оральная поверхности.

 Кончик инструмента должен располагаться вдоль и под острым углом к обрабатываемой поверхности. Поверхность зуба следует обрабатывать с перерывом, учитывая термическое воздействие скейлера на пульпу зуба. Обращать особое внимание на зоны декальцинации, кариеса, эрозии, повышенной стираемости, краев реставрации, искусственных коронок, ортодонтических конструкций и систем и имплантатов. Необходимо также избегать контакта слизистой оболочки с наконечником ультразвукового и звукового приборов из-за опасности ее повреждения.

Обработку зубов следует проводить в определенной последовательности во избежание пропуска отдельных зубов. Ультразвуковая обработка обязательно завершается доснятием остатков зубных отложений ручными инструментами, полированием зубов специальной пастой при помощи полировочных резинок и щеточек, обработкой межзубных промежутков флоссами и штрипсами. Покрытие фторсодержащими препаратами – по необходимости.

Алгоритм удаления наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами).

Механическая обработка поверхностей зубов, выполняется ручными или ультразвуковыми инструментами, а чаще всего в комбинации использования этих инструментов. Как правило, после обработки инструментами с электроприводом (звуковое или ультразвуковое оборудование) необходимо вручную снять остатки зубных отложений и сгладить или заполировать поверхность корня. Для этого используют ручные скелеры – прямой и изогнутый, минимальный набор зоноспецифических кюрет Грейси из четырех двусторонних инструментов (5/6, 7/8, 11/12, 13/14).

Удаление зубных отложений начинают с вестибулярной поверхности зуба, затем удаляют с апроксимальных поверхностей и в последнюю очередь – с оральной поверхности (кюрета 5/6).

Вестибулярная поверхность фронтальных зубов.

Обработка задне-щечной поверхности: пациент находится в положении полулежа, голова повернута вправо. Положение врача на «9 часов». Рабочая рука опирается на большой палец левой руки, который придерживает зуб. Прямая видимость рабочей зоны.

Один режущий край инструмента обрабатывает задне-щечную поверхность зуба, а другой (с обратной стороны) – задне-щечную поверхность зуба.

Небная поверхность фронтальных зубов

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

Передне-небная и задне-небная поверхности обрабатываются разными концами кюреты (Кюрета № 11/12).

Мезиальная поверхность жевательных зубов

Обработка мезиальной поверхности (доступ со щечной стороны): голова пациента слегка наклонена вправо. Положение врача «на 10 часов». Прямая опора на соседний зуб. Прямая видимость. Безымянный палец создает точку опоры рабочей руки, располагаясь как можно ближе к мезиальной поверхности обрабатываемого зуба. Кюретаж поддесневой поверхности осуществляется вращательными движениями предплечья вокруг точки опоры.

Кюрета № 11/12 используется с щечной стороны, чтобы очистить мезиальную поверхность, включая вход в фуркацию.

Обработка мезиальной поверхности (доступ с небной стороны): голова пациента наклонена назад и влево. Положение врача «на 8 часов». Опора на нижнюю челюсть или на зубы антагонисты. Ведение по большому пальцу левой руки. Прямая видимость. Часть фуркации можно обработать только из небного доступа. Большой палец левой руки направляет и стабилизирует инструмент. Для того чтобы очистить корень, достаточно очень легких усилий, если инструмент правильно заточен (Кюрета № 13/14).

Дистальная поверхность жевательных зубов

Обработка дистальной поверхности (доступ со щечной стороны): голова пациента повернута вправо. Положение врача на «10 часов». Опора на соседние зубы. Видимость прямая; зеркалом отодвигают мягкие ткани щеки. Безымянный палец опирается на зуб 2.5, вблизи обрабатываемой зоны (дистальная поверхность зуба). Часть плеча инструмента, ближайшая к рабочей части, должна быть параллельна поверхности зуба.

Обработка дистальной поверхности (доступ с небной стороны): голова пациента повернута влево. Положение врача «на 9 часов». Опора на тыльную поверхность указательного пальца левой руки. Этот палец также направляет инструмент и оказывает давление на него. Прямая видимость. Небный корень очищается в направлении от неба к контактному пункту и фуркации (Кюрета № 7/8).

Вестибулярная поверхность жевательных зубов.

Обработка щечной поверхности зуба: голова пациента слегка наклонена в направлении врача. Положение врача «на 10 часов». Опора на соседний зуб. Прямая видимость. Вестибулярную поверхность очищают не только вертикальными, но диагональными и горизонтальными движениями. Средний палец располагается в первом углублении плеча инструмента. Углубление на вестибулярной поверхности соответствует входу в щечную фуркацию. Если корни обнажены, то вблизи фуркации их обрабатывают кюретами № 11/12 (с мезиальной стороны) и № 13/14 (с дистальной стороны).

Небная поверхность жевательных зубов.

Обработка небной поверхности: голова пациента повернута влево, «от врача». Положение врача «на 8 часов». Опора на окклюзионную поверхность. Точка опоры располагается непосредственно на жевательной поверхности. Видимость прямая. С небной стороны корень обычно выпуклый, однако могут оставаться узкие желобки, затрудняющие обработку.

Гладкость поверхностей зубов после процедуры проверяют зондом-эксплорером и флоссами в межзубных промежутках.

 Контроль качества проведенных манипуляций.

 После снятия зубных отложений врач должен проконтролировать качество проведенных мероприятий с помощью зонда, зеркала, флоссов, а также с помощью прикусных прицельных снимков. Последовательно и аккуратно со всех поверхностей просматривается каждый обработанный зуб.

**Уровень убедительности рекомендаций А** **(уровень достоверности доказательств – 1).**

*Комментарии:**Микробы зубных отложений оказывают основное раздражающее действие на ткани десен, усиливает воспаление за счет механических, химических и бактериальных раздражений пародонтальных тканей.*

● Рекомендовано медикаментозное лечение пародонтита:

- антисептики в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций;

- нестероидные противовоспалительные препараты для снятия болевого синдрома и отека;

- антигистаминные препараты;

- антибактериальные препараты.

●Рекомендовано избирательное пришлифовывание зубов, устранение преждевременных контактов путем сошлифовывания твердых тканей в пределах эмали.

*Комментарии:**Для маркировки окклюзионных контактов применяют артикуляционную бумагу различной толщины, начиная с 200 мкм и заканчивая 8-11 мкм, воск для окклюдограммы. Дополнительным методом выявления окклюзионных контактов может быть использование прибора T-scan (TekScan). В сложных случаях при комплексной и обширной реабилитации, с целью изучения окклюзии, необходимо установить диагностические модели в артикулятор.*

● Рекомендуется проводить избирательное пришлифовывание в 4-6 посещений с интервалами 7-10 дней для адаптации пародонта и нейромышечной системы. Через 10-15 дней после последнего посещения, при необходимости, проводят избирательное пришлифовывание зубов всех трех классов, проверяют результаты. Повторные посещения проводят 1 раз в 6 месяцев для осмотра и возможной коррекции окклюзии.

*Комментарии: Избирательное пришлифовывание лучше проводить в первой половине дня. Один сеанс не должен быть более 30-40 мин.*

При анализе окклюдограммы особое внимание следует уделять состоянию триангулярной площадки. При гармоничном соотношении челюстей отпечатки жевательной группы зубов представлены тремя видами множественных контактов:

- в области опорных бугров на расстоянии 0,5–1 мм вокруг их вершины

- в области центральных фиссур;

- на боковых скатах бугров с апроксимальных сторон.

Правила функционального избирательного пришлифовывания:

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

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

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

- Реставрация анатомической формы и уплощение контура зуба в области экватора.

-Устранение супраконтактов наиболее щадящей для тканей зуба методикой пришлифовывания.

- При пришлифовывании в боковых окклюзиях на рабочей стороне должен быть одноименный бугорковый контакт, на балансирующей стороне – разноименный или его отсутствие.

● Рекомендовано после каждого посещения проводить полировку и обработку фторсодержащими препаратами пришлифованных поверхностей. Для этого необходимо щёточки, полиры, полировочные пасты.

*Комментарии: Чаще всего используют методики функционального избирательного пришлифовывания по Шюйлеру и по Д. Дженкельсону (1972), которая является наиболее биологически целесообразной для тканей зуба. Методика по Дженкельсону способствует установлению окклюзионных соотношений в наиболее физиологичной для опорных тканей и удобной для пациента форме. По этой методике устраняют преждевременные контакты, выявленные в центральной и дистальной окклюзиях; боковые и передние артикуляционные движения нижней челюсти при этом не корригируют. По методу Шюйлера сначала устраняют контакты в центральной и дистальной окклюзиях, затем в передней окклюзии и в последнюю очередь в боковых окклюзиях.*

Смыкание зубных рядов осуществляется самим пациентом (без помощи врача) в наиболее удобном для него положении сидя. В процессе функционального избирательного пришлифовывания оптимальные окклюзионные взаимоотношения зубных рядов в момент их смыкания полностью контролируются самим больным (ощущение комфорта) и зависят от индивидуального нервно-мышечного контроля центральной окклюзии.

Классификация супраконтактов по Дженкельсону:

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

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

- III класс – щёчные поверхности нёбных бугров верхних моляров и премоляров.

● Рекомендовано избирательное пришлифовывание супраконтактов:

*Комментарии:* *Данная методика основана на принципе этапности и включает пять визитов пациента с периодичностью от 5 до 10 – 12 дней. При необходимости можно сократить сроки между посещениями (от 3 до 7 дней), но последовательность вмешательств менять не рекомендуется. Опытный стоматолог может выполнить избирательное пришлифовывание за один визит, а дополнительную коррекцию провести через 3 дня, когда сам пациент сможет указать на участки, которые доставляют ему неудобства.*

Первое посещение - устраняют преждевременные контакты III класса в дистальной окклюзии.

Второе посещение - устраняется преждевременные контакты I класса в центральной окклюзии. Проверка и коррекция результатов предыдущего этапа.

Третье посещение - устранение преждевременных контактов II класса в центральной окклюзии. Проверка и коррекция результатов предыдущего этапа.

Четвертое посещение - устранение преждевременных контактов III класса в центральной окклюзии. Проверка и коррекция результатов предыдущего этапа.

Пятое посещение - контрольное посещение, проверка всех классов контактов.

**Уровень убедительности рекомендаций** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Для коррекции окклюзии и артикуляции через устранение преждевременных контактов зубов.*

 *●* Рекомендовано шинирование зубов.

Временная шина – ортопедическая конструкция, использующаяся для иммобилизации группы зубов или всего зубного ряда на время лечения заболеваний пародонта до начала постоянного шинирования.

При генерализованном пародонтите в шину включают все зубы, при локализованном пародонтите в шину, помимо пораженного участка, обязательно включают зубы с непораженным пародонтом. При атрофии костной ткани до ½ длины корня - шинирование проводится в горизонтальной плоскости, при атрофии до ¾ - необходимо шинировать зубы в горизонтальной и вертикальной плоскости.

Временная шина должна соответствовать следующим требованиям: фиксировать группу зубов и/или весь зубной ряд, легко накладываться и сниматься при необходимости, равномерно распределять давление, при необходимости восполнять дефект зубного ряда, не травмировать слизистую оболочку рта, не препятствовать лечебным мероприятиям, отличаться простотой изготовления.

Временная шина может быть изготовлена из пластмассы, ортодонтической проволоки, армированного композита на основе органической или неорганической матрицы.

При планировании применения временной шины следует обращать внимание на степень тяжести заболевания, наличие дефектов зубных рядов, снижение высоты нижнего отдела лица.

После диагностических исследований и выбора конструкции временной шины на том же приеме приступают к лечению.

Алгоритм и особенности изготовления временной шины из пластмассы

Первое посещение

Первым этапом изготовления временной шины из пластмассы является получение оттисков с обеих челюстей при помощи стандартных оттискных ложек и альгинатных оттискных масс. Рекомендуется края ложек перед снятием оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря или использовать специальный клей для лучшей ретенции оттискного материала. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков. Отливаются модели из гипса.

Следующее посещение

Определение центрального соотношения челюстей для определения правильного положения нижней челюсти по отношению к верхней в трех плоскостях (вертикальной, сагиттальной и трансверзальной).

Определение центрального соотношения челюстей производится с применением изготовленных в зуботехнической лаборатории восковых базисов с окклюзионными валиками. Особое внимание следует обращать на высоту нижнего отдела лица. При дефектах зубных рядов производится подбор искусственных зубов.

Следующее посещение

Перед наложением и припасовкой готовой временной шины в полости рта необходимо оценить качество шины.

Шину вводят в полость рта, проверяют прилегание и фиксацию к зубам, отсутствие балансирования.

Особое внимание следует обратить на окклюзионные контакты и отсутствие блокирований движений нижней челюсти.

При необходимости проводят частичную и/или полную перебазировку временной шины при помощи самотвердеющей пластмассы.

Алгоритм и особенности изготовления оральной многозвеньевой шины из пластмассы

Первым этапом изготовления оральной многозвеньевой шины из пластмассы является получение оттисков с одной и/или обеих челюстей при помощи стандартных оттискных ложек и альгинатных оттискных масс. Рекомендуется края ложек перед снятием оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря или использовать специальный клей для лучшей ретенции оттискного материала. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков. Отливаются модели из гипса.

На гипсовой модели с оральной стороны на границе от режущего края и/или перехода жевательной поверхности в оральную до линии экватора зуба равномерным слоем толщиной 2-3 мм наносят самотвердеющую пластмассу. При наличии трем и дефектов зубных рядов также заполняют пластмассой. После отверждения пластмассы оральную поверхность обрабатывают и полируют. Шину снимают с модели и припасовывают в полости рта.

Особое внимание следует обратить на прилегание шины и ее фиксацию к зубам, отсутствие балансирования.

При необходимости проводят частичную и/или полную перебазировку временной шины при помощи самотвердеющей пластмассы.

Фиксацию оральной многозвеньевой шины к зубам можно проводить на различные материалы (стоматологический цемент, светоотверждаемый материал и т.д.).

Алгоритм и особенности изготовления шины из армированного композита на основе органической матрицы

 Работы с армирующими материалами на основе органичекой матрицы требуют работы с использованием специальных перчаток и ножниц, особые условия хранения. Изготовление шины проводится в одно посещение. При подвижности зубов 1-2 степени не требуется создания ретенционных пунктов, шина располагается на небной или язычной поверхностях. При подвижности 2-3 степени и при шинирование боковой группы зубов требуется создание ретенционных борозд глубиной 1-1.5 мм, на зубах передней группы шина может располагаться по режущему краю, на зубах боковой группы ретенционные борозды создаются на окклюзионной поверхности.

Алгоритм изготовления:

1. удаление зубных отложений, при необходимости- создание ретенционных пунктов;
2. измерение длины армирующего волокна с помощью фольги;
3. пропитывание волокна специальным бондом для предотвращения разволокнения;
4. травление твердых тканей зубов;
5. нанесение и полимеризация бондинговой системы на ткани зубов;
6. нанесение жидкотекучего композита и погружение в него армирующего волокна, моделирование и полимеризация;
7. обработка шины, выверение окклюзионных контактов, полировка.

Алгоритм и особенности изготовления шины из армированного композита на основе неорганической матрицы

Изготовление шины проводится в одно посещение. При подвижности зубов 1-2 степени передних зубов не требуется создания ретенционных пунктов, шина располагается на небной или язычной поверхностях. При подвижности 2-3 степени и при шинировании боковой группы зубов требуется создание ретенционных борозд глубиной 1-1.5 мм, на зубах передней группы шина может располагаться по режущему краю, на зубах боковой группы ретенционные борозды создаются на окклюзионной поверхности. Последовательность изготовления:

1. удаление зубных отложений, при необходимости создание ретенционных пунктов;
2. измерение длины армирующего волокна с помощью фольги;
3. пропитывание волокна специальным бондом для предотвращения разволокнения;
4. травление твердых тканей зубов;
5. нанесение и полимеризация бондинговой системы на ткани зубов;
6. нанесение жидкотекучего композита и погружение в него армирующего волокна, моделирование и полимеризация;
7. обработка шины, выверение окклюзионных контактов, полировка.

**Уровень убедительности рекомендаций В** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Для иммобилизации группы зубов или всего зубного ряда.*

● Рекомендовано физиотерапевтическое лечение: лазер, вакуум – массаж, дарсонвализация, электрофорез и др.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Улучшают лимфо- и кровообращение, угнетают рост патологических грануляций, уменьшают воспалительные и застойные явления, улучшают метаболические процессы, повышают сопротивляемость тканей.*

### 3.7.2 Хирургическое лечение

● Рекомендовано удаление зубов.

Алгоритм удаления зуба.

Хирургическое вмешательство проводится как минимум через неделю после профессиональной гигиены. Операцию проводят под местной анестезией. Отделяют круговую связку от шейки зуба и десну от края альвеолы, после чего производят удаление зуба. Проводят кюретаж лунки зуба и гемостаз послеоперационной раны.

**Уровень убедительности рекомендаций В** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**При невозможности купирования воспалительного процесса.*

*●* Рекомендована лоскутная операция.

Алгоритм проведения лоскутной операции

 Лоскутная операция – это вмешательство, при котором доступ к области операции создается путем формирования слизистого (расщепленного) или слизисто-надкостничного (полного) лоскута, а при завершении операции лоскут укладывается на прежнее место (простой) или переносится на новое (перемещенный). Лоскутная операция позволяет под визуальным контролем качествен­но обработать операционное поле.

Хирургическое вмешательство проводится как минимум через неделю после профессиональной гигиены. Операцию проводят под местной анестезией. Проводят параллельные вертикальные разрезы с вестибулярной и оральной поверхностей от края десны до слизисто- десневой границы, затем рассекают десневые сосочки и отслаивают слизисто-надкостничные лоскуты, промывают операционную рану антисептическим раствором. Под визуальным контролем тщательно удаляют поддесневые твердые зубные отложения, инфицированный цемент, грануляционную и эпителиальные ткани. Внутренние поверхности лоскута деэпителизируют острыми ножницами. Полируют поверхность корня финирами, полирами. Обращать особое внимание на необходимость постоянного орошения операционного поля растворами антисептиков и изотоническим раствором хлорида натрия. При необходимости в костные дефекты вводят остеопластические (остеоиндуктивные) материалы. Применение остеоиндуктивных материалов возможно только после шинирования подвижных зубов временными или постоянными ортопедическими конструкциями. Лоскут укладывают на место и фиксируют.

**Уровень убедительности рекомендаций В** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Используют остеостимулирующие препараты для стабилизации пародонта,**ликвидации пародонтальных карманов,**уменьшения атрофии костной ткани,**снижения подвижности зубов.*

### 3.7.3 Иное лечение

Не проводится.

**3.8 Хронический пародонтит генерализованный (тяжелая стадия)**

### 3.8.1 Консервативное лечение

● Рекомендована профессиональная гигиена полости рта.

Алгоритм ультразвукового удаления наддесневых и поддесневых зубных отложений.

Обработка зубов осуществляется непрерывным движением вдоль шейки каждого зуба, без излишнего давления, начиная с вестибулярной поверхности, затем обрабатываются апроксимальные и оральная поверхности.

 Кончик инструмента должен располагаться вдоль и под острым углом к обрабатываемой поверхности. Поверхность зуба следует обрабатывать с перерывом, учитывая термическое воздействие скейлера на пульпу зуба. Обращать особое внимание на зоны декальцинации, кариеса, эрозии, повышенной стираемости, краев реставрации, искусственных коронок, ортодонтических конструкций и систем и имплантатов. Необходимо также избегать контакта слизистой оболочки с наконечником ультразвукового и звукового приборов из-за опасности ее повреждения.

Обработку зубов следует проводить в определенной последовательности во избежание пропуска отдельных зубов. Ультразвуковая обработка обязательно завершается доснятием остатков зубных отложений ручными инструментами, полированием зубов специальной пастой при помощи полировочных резинок и щеточек, обработкой межзубных промежутков флоссами и штрипсами. Покрытие фторсодержащими препаратами – по необходимости.

Алгоритм удаления наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами).

Механическая обработка поверхностей зубов, выполняется ручными или ультразвуковыми инструментами, а чаще всего в комбинации использования этих инструментов. Как правило, после обработки инструментами с электроприводом (звуковое или ультразвуковое оборудование) необходимо вручную снять остатки зубных отложений и сгладить или заполировать поверхность корня. Для этого используют ручные скелеры – прямой и изогнутый, минимальный набор зоноспецифических кюрет Грейси из четырех двусторонних инструментов (5/6, 7/8, 11/12, 13/14).

Удаление зубных отложений начинают с вестибулярной поверхности зуба, затем удаляют с апроксимальных поверхностей и в последнюю очередь – с оральной поверхности (кюрета 5/6)

Вестибулярная поверхность фронтальных зубов.

Обработка задне-щечной поверхности: пациент находится в положении полулежа, голова повернута вправо. Положение врача на «9 часов». Рабочая рука опирается на большой палец левой руки, который придерживает зуб. Прямая видимость рабочей зоны.

Один режущий край инструмента обрабатывает задне-щечную поверхность зуба, а другой (с обратной стороны) – задне-щечную поверхность зуба.

Небная поверхность фронтальных зубов

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

Передне-небная и задне-небная поверхности обрабатываются разными концами кюреты (Кюрета № 11/12).

Мезиальная поверхность жевательных зубов

Обработка мезиальной поверхности (доступ со щечной стороны): голова пациента слегка наклонена вправо. Положение врача «на 10 часов». Прямая опора на соседний зуб. Прямая видимость. Безымянный палец создает точку опоры рабочей руки, располагаясь как можно ближе к мезиальной поверхности обрабатываемого зуба. Кюретаж поддесневой поверхности осуществляется вращательными движениями предплечья вокруг точки опоры.

Кюрета № 11/12 используется с щечной стороны, чтобы очистить мезиальную поверхность, включая вход в фуркацию.

Обработка мезиальной поверхности (доступ с небной стороны): голова пациента наклонена назад и влево. Положение врача «на 8 часов». Опора на нижнюю челюсть или на зубы антагонисты. Ведение по большому пальцу левой руки. Прямая видимость. Часть фуркации можно обработать только из небного доступа. Большой палец левой руки направляет и стабилизирует инструмент. Для того чтобы очистить корень, достаточно очень легких усилий, если инструмент правильно заточен (Кюрета № 13/14).

Дистальная поверхность жевательных зубов

Обработка дистальной поверхности (доступ со щечной стороны): голова пациента повернута вправо. Положение врача на «10 часов». Опора на соседние зубы. Видимость прямая; зеркалом отодвигают мягкие ткани щеки. Безымянный палец опирается на зуб 2.5, вблизи обрабатываемой зоны (дистальная поверхность зуба). Часть плеча инструмента, ближайшая к рабочей части, должна быть параллельна поверхности зуба.

Обработка дистальной поверхности (доступ с небной стороны): голова пациента повернута влево. Положение врача «на 9 часов». Опора на тыльную поверхность указательного пальца левой руки. Этот палец также направляет инструмент и оказывает давление на него. Прямая видимость. Небный корень очищается в направлении от неба к контактному пункту и фуркации (Кюрета № 7/8).

Вестибулярная поверхность жевательных зубов.

Обработка щечной поверхности зуба: голова пациента слегка наклонена в направлении врача. Положение врача «на 10 часов». Опора на соседний зуб. Прямая видимость. Вестибулярную поверхность очищают не только вертикальными, но диагональными и горизонтальными движениями. Средний палец располагается в первом углублении плеча инструмента. Углубление на вестибулярной поверхности соответствует входу в щечную фуркацию. Если корни обнажены, то вблизи фуркации их обрабатывают кюретами № 11/12 (с мезиальной стороны) и № 13/14 (с дистальной стороны).

Небная поверхность жевательных зубов.

Обработка небной поверхности: голова пациента повернута влево, «от врача». Положение врача «на 8 часов». Опора на окклюзионную поверхность. Точка опоры располагается непосредственно на жевательной поверхности. Видимость прямая. С небной стороны корень обычно выпуклый, однако могут оставаться узкие желобки, затрудняющие обработку.

Гладкость поверхностей зубов после процедуры проверяют зондом-эксплорером и флоссами в межзубных промежутках.

 Контроль качества проведенных манипуляций.

 После снятия зубных отложений врач должен проконтролировать качество проведенных мероприятий с помощью зонда, зеркала, флоссов, а также с помощью прикусных прицельных снимков. Последовательно и аккуратно со всех поверхностей просматривается каждый обработанный зуб.

**Уровень убедительности рекомендаций А** **(уровень достоверности доказательств – 1).**

*Комментарии:**Микробы зубных отложений оказывают основное раздражающее действие на ткани десен, усиливает воспаление за счет механических, химических и бактериальных раздражений пародонтальных тканей.*

● Рекомендовано медикаментозное лечение пародонтита:

- антисептики в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций;

- нестероидные противовоспалительные препараты для снятия болевого синдрома и отека.

- антигистаминные препараты;

- антибактериальные препараты.

*●* Рекомендовано шинирование зубов.

Временная шина – ортопедическая конструкция, использующаяся для иммобилизации группы зубов или всего зубного ряда на время лечения заболеваний пародонта до начала постоянного шинирования.

При генерализованном пародонтите в шину включают все зубы, при локализованном пародонтите в шину, помимо пораженного участка, обязательно включают зубы с непораженным пародонтом. При атрофии костной ткани до ½ длины корня - шинирование проводится в горизонтальной плоскости, при атрофии до ¾ - необходимо шинировать зубы в горизонтальной и вертикальной плоскости.

Временная шина должна соответствовать следующим требованиям: фиксировать группу зубов и/или весь зубной ряд, легко накладываться и сниматься при необходимости, равномерно распределять давление, при необходимости восполнять дефект зубного ряда, не травмировать слизистую оболочку рта, не препятствовать лечебным мероприятиям, отличаться простотой изготовления.

Временная шина может быть изготовлена из пластмассы, ортодонтической проволоки, армированного композита на основе органической или неорганической матрицы.

При планировании применения временной шины следует обращать внимание на степень тяжести заболевания, наличие дефектов зубных рядов, снижение высоты нижнего отдела лица.

После диагностических исследований и выбора конструкции временной шины на том же приеме приступают к лечению.

Алгоритм и особенности изготовления временной шины из пластмассы

Первое посещение

Первым этапом изготовления временной шины из пластмассы является получение оттисков с обеих челюстей при помощи стандартных оттискных ложек и альгинатных оттискных масс. Рекомендуется края ложек перед снятием оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря или использовать специальный клей для лучшей ретенции оттискного материала. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков. Отливаются модели из гипса.

Следующее посещение

Определение центрального соотношения челюстей для определения правильного положения нижней челюсти по отношению к верхней в трех плоскостях (вертикальной, сагиттальной и трансверзальной).

Определение центрального соотношения челюстей производится с применением изготовленных в зуботехнической лаборатории восковых базисов с окклюзионными валиками. Особое внимание следует обращать на высоту нижнего отдела лица. При дефектах зубных рядов производится подбор искусственных зубов.

Следующее посещение

Перед наложением и припасовкой готовой временной шины в полости рта необходимо оценить качество шины.

Шину вводят в полость рта, проверяют прилегание и фиксацию к зубам, отсутствие балансирования.

Особое внимание следует обратить на окклюзионные контакты и отсутствие блокирований движений нижней челюсти.

При необходимости проводят частичную и/или полную перебазировку временной шины при помощи самотвердеющей пластмассы.

Алгоритм и особенности изготовления оральной многозвеньевой шины из пластмассы

Первым этапом изготовления оральной многозвеньевой шины из пластмассы является получение оттисков с одной и/или обеих челюстей при помощи стандартных оттискных ложек и альгинатных оттискных масс. Рекомендуется края ложек перед снятием оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря или использовать специальный клей для лучшей ретенции оттискного материала. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков. Отливаются модели из гипса.

На гипсовой модели с оральной стороны на границе от режущего края и/или перехода жевательной поверхности в оральную до линии экватора зуба равномерным слоем толщиной 2-3 мм наносят самотвердеющую пластмассу. При наличии трем и дефектов зубных рядов также заполняют пластмассой. После отверждения пластмассы оральную поверхность обрабатывают и полируют. Шину снимают с модели и припасовывают в полости рта.

Особое внимание следует обратить на прилегание шины и ее фиксацию к зубам, отсутствие балансирования.

При необходимости проводят частичную и/или полную перебазировку временной шины при помощи самотвердеющей пластмассы.

Фиксацию оральной многозвеньевой шины к зубам можно проводить на различные материалы (стоматологический цемент, светоотверждаемый материал и т.д.).

Алгоритм и особенности изготовления шины из армированного композита на основе органической матрицы

Работы с армирующими материалами на основе органичекой матрицы требуют работы с использованием специальных перчаток и ножниц, особые условия хранения. Изготовление шины проводится в одно посещение. При подвижности зубов 1-2 степени не требуется создания ретенционных пунктов, шина располагается на небной или язычной поверхностях. При подвижности 2-3 степени и при шинирование боковой группы зубов требуется создание ретенционных борозд глубиной 1-1.5 мм, на зубах передней группы шина может располагаться по режущему краю, на зубах боковой группы ретенционные борозды создаются на окклюзионной поверхности.

Алгоритм изготовления:

1. удаление зубных отложений, при необходимости- создание ретенционных пунктов;
2. измерение длины армирующего волокна с помощью фольги;
3. пропитывание волокна специальным бондом для предотвращения разволокнения;
4. травление твердых тканей зубов;
5. нанесение и полимеризация бондинговой системы на ткани зубов;
6. нанесение жидкотекучего композита и погружение в него армирующего волокна, моделирование и полимеризация;
7. обработка шины, выверение окклюзионных контактов, полировка.

Алгоритм и особенности изготовления шины из армированного композита на основе неорганической матрицы

Изготовление шины проводится в одно посещение. При подвижности зубов 1-2 степени передних зубов не требуется создания ретенционных пунктов, шина располагается на небной или язычной поверхностях. При подвижности 2-3 степени и при шинировании боковой группы зубов требуется создание ретенционных борозд глубиной 1-1.5 мм, на зубах передней группы шина может располагаться по режущему краю, на зубах боковой группы ретенционные борозды создаются на окклюзионной поверхности. Последовательность изготовления:

1. удаление зубных отложений, при необходимости создание ретенционных пунктов;
2. измерение длины армирующего волокна с помощью фольги;
3. пропитывание волокна специальным бондом для предотвращения разволокнения;
4. травление твердых тканей зубов;
5. нанесение и полимеризация бондинговой системы на ткани зубов;
6. нанесение жидкотекучего композита и погружение в него армирующего волокна, моделирование и полимеризация;
7. обработка шины, выверение окклюзионных контактов, полировка.

 **Уровень убедительности рекомендаций В** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Для иммобилизации группы зубов или всего зубного ряда.*

● Рекомендовано физиотерапевтическое лечение: лазер, вакуум – массаж, дарсонвализация, электрофорез и др.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Улучшают лимфо- и кровообращение, угнетают рост патологических грануляций, уменьшают воспалительные и застойные явления, улучшают метаболические процессы, повышают сопротивляемость тканей.*

### 3.8.2 Хирургическое лечение

● Рекомендовано удаление зубов.

Алгоритм удаления зуба.

Хирургическое вмешательство проводится как минимум через неделю после профессиональной гигиены. Операцию проводят под местной анестезией. Отделяют круговую связку от шейки зуба и десну от края альвеолы, после чего производят удаление зуба. Проводят кюретаж лунки зуба и гемостаз послеоперационной раны.

**Уровень убедительности рекомендаций В** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**При невозможности купирования воспалительного процесса.*

*●* Рекомендована лоскутная операция.

Алгоритм проведения лоскутной операции

 Лоскутная операция – это вмешательство, при котором доступ к области операции создается путем формирования слизистого (расщепленного) или слизисто-надкостничного (полного) лоскута, а при завершении операции лоскут укладывается на прежнее место (простой) или переносится на новое (перемещенный). Лоскутная операция позволяет под визуальным контролем качествен­но обработать операционное поле.

Хирургическое вмешательство проводится как минимум через неделю после профессиональной гигиены. Операцию проводят под местной анестезией. Проводят параллельные вертикальные разрезы с вестибулярной и оральной поверхностей от края десны до слизисто- десневой границы, затем рассекают десневые сосочки и отслаивают слизисто-надкостничные лоскуты, промывают операционную рану антисептическим раствором. Под визуальным контролем тщательно удаляют поддесневые твердые зубные отложения, инфицированный цемент, грануляционную и эпителиальные ткани. Внутренние поверхности лоскута деэпителизируют острыми ножницами. Полируют поверхность корня финирами, полирами. Обращать особое внимание на необходимость постоянного орошения операционного поля растворами антисептиков и изотоническим раствором хлорида натрия. При необходимости в костные дефекты вводят остеопластические (остеоиндуктивные) материалы. Применение остеоиндуктивных материалов возможно только после шинирования подвижных зубов временными или постоянными ортопедическими конструкциями. Лоскут укладывают на место и фиксируют.

**Уровень убедительности рекомендаций В** **(уровень достоверности доказательств – 2).**

*Комментарии:**Используют остеостимулирующие препараты для стабилизации пародонта,**ликвидации пародонтальных карманов,**уменьшения атрофии костной ткани,**снижения подвижности зубов.*

### 3.2.3 Иное лечение

Не проводится.

# 4. Реабилитация

Не проводится.

**5. Профилактика и диспансерное наблюдение**

Пациенту рекомендуют явиться на следующий день после лечебных мероприятий на осмотр. Последующий график посещений назначают индивидуально в зависимости от течения воспалительного процесса.

В первый день рекомендуют не перегревать организм и исключить физические нагрузки.

Проводить профессиональную гигиену полости рта два раза в год.

# 6. Организация медицинской помощи

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.

# 7. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/синдрома

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование исхода | Частота развития, % | Критерии и Признаки | Ориентировочное вре­мя достижения исхода | Преемственность и этапность ока­зания медицинской помощи |
| Компенсация функции | 80 | Отсутствие признаков воспаления десны | Через7 дней | Оказание медицинской помощи по модели хронического пародонтита локализованного |
| Стабилизация | 10 | Отсутствие прогрессирования заболевания | Через7 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 |

# Критерии оценки качества медицинской помощи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Критерии качества** | **Оценка выполнения** |
| **1.** | **Событийные (смысловые, содержательные, процессные) критерии качества** |  |
|  | Проводилось ли при постановке диагноза: сбор жалоб и анамнеза, визуальный осмотр, пальпация ЧЛО, перкуссия зубов, определение прикуса, измерение глубины пародонтальных карманов, измерение величины рецессии, степени подвижности зубов | Да | Нет |
|  | Определение индексов: папиллярно-маргинально-альвеолярный, индекс гигиены | Да | Нет |
|  | Ортопантомограмма | Да | Нет |
|  | Снятие над-и поддесневых зубных отложений | Да | Нет |
|  | Снятие и анализ окклюдограммы | Да | Нет |
|  | Анализ крови: клинический и на содержание глюкозы | Да | Нет |
|  | Соответствует ли план лечения поставленному диагнозу | Да | Нет |
|  | Проводились ли мероприятия по устранению факторов, обусловивших возникновение заболевания | Да | Нет |
|  | Обучение гигиене рта | Да | Нет |
| **2.**  | **Временные критерии качества** |  |  |
|  | Отсутствие осложнений (общих и местных)  | Да | Нет |
|  | Динамическое наблюдение каждые полгода | Да | Нет |
|  | Профилактическая гигиена рта 2 раза в год | Да | Нет |
| **3.** | **Результативные критерии качества** |  |  |
|  | Восстановление функций зубочелюстной системы | Да | Нет |
|  | Улучшение качества жизни | Да | Нет |
| **4.** | **Правильность и полнота заполнения медицинской документации** |  |  |
|  | Правильность и полнота заполнения медицинской документации | Да | Нет |

**Список литературы**

1. МКБ-10, Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, в 3-х томах - М., 2003.
2. Аболмасов Н.Н. Избирательная пришлифовка зубов. – Смоленск, 2004.
3. Барер Г.М. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 ч. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Ч.2. – Болезни пародонта.
4. Безрукова И.В., Грудянов А.И. Агрессивные формы пародонтита. – М.: МИА.
5. Безрукова А.П. Пародонтология. – М.
6. Боттичелли А.Т. Руководство по стоматологической гигиене. – Издательский дом «Азбука», 2006.
7. Грудянов А.И. Заболевания пародонта. – М.: Издательство «Медицинское информационное агенство», 2009.
8. Грудянов А.И., Григорьян А.С., Фролова О.А. Диагностика в пародонтологии. – М., 2004.
9. Грудянов А.И., Москалев К.Е. Инструментальная обработка поверхностей корней зубов. – М., 2005.
10. Грудянов А.И., Ерохин А.И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. – М., 2006.
11. Детьенвиль Р. Лечение пародонтита тяжелой степени. – Издательский дом «Азбука», 2008.
12. Дибарт С, Карима М. Практическое руководство по пластической пародонтологической хирургии. – Издательский дом «Азбука», 2007.
13. Дмитриева Л.А. Пародонтит. - М.:МИА, 2007.
14. Иванов В.С. Заболевания пародонта. – М.: МИА, 1998.
15. Ньюман М, Винкельхофф А. Антимикробные препараты в стоматологической практике. – Издательский дом «Азбука», 2004.
16. Мюллер Х. – П. Пародонтология. Науч.ред. изд. На русск. яз. проф. А.М. Политун. Пер. с нем. – Львов: ГалДент, 2004.
17. Орехова Л.Ю. Заболевания пародонта. Под редакцией / М.: Поли Медиа Пресс, 2004.
18. Орехова Л.Ю. «Основы профессиональной гигиены полости рта» - методические указания - Спб.: 2004.
19. Сивовол С.И. Клинические аспекты пародонтологии. М. – 2001.
20. Цепов Л.М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему. – М., 2006.
21. 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.
22. Янушевич О.О., Дмитриева Л.А., Ревазова З.Э. Пародонтит XXI век. – М.: МГМСУ, 2012.

**Приложение А1**

**Состав Рабочей группы**

**Председатель:**

Китаева Е.Ю. – главный внештатный стоматолог Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главный врач государственного учреждения «Государственная региональная стоматологическая поликлиника»;

**Члены:**

Голубова А.С. – заведующая Бендерским отделением государственного учреждения «Государственная региональная стоматологическая поликлиника»;

Фукс А.П. – заместитель главного врача государственного учреждения «Государственная региональная стоматологическая поликлиника»;

Черников О.А. – врач стоматолог-ортопед государственного унитарного предприятия «Республиканская стоматология».

**Конфликт интересов:** конфликт интересов отсутствует.

Экспертизу проекта клинических рекомендаций провелэксперт по клиническому направлению (специальности) «Стоматология» **Вишнякова Т.Е. –** заместитель главного врача по лечебной работе государственного унитарного предприятия «Республиканская стоматология».

**Конфликт интересов:** конфликт интересов отсутствует.

**Приложение А2**

**Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата**

Настоящие клинические рекомендации несут рекомендательный характер для организаторов здравоохранения и практикующих специалистов соответствующего клинического направления. Виды и объём медицинской помощи населению Приднестровской Молдавской Республики, в соответствии с данными клиническими рекомендациями, могут быть обеспечены за счет средств и в пределах лимитов финансирования, предусмотренных законами о республиканском бюджете, при наличии источников финансирования, а также других поступлений, не запрещенных действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики.

Объём диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяет лечащий врач, в соответствии с требованиями к объёму исследований при определенных заболеваниях, состояниях, с учетом возможностей лечебно-профилактических организаций по предоставлению определенных видов исследований и лечения.

Актуализация данных клинических рекомендаций будет проводиться не реже, чем один раз в пять лет. Принятие решения об обновлении будет принято на основании предложений, представленных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями с учетом результатов комплексной оценки лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также результатов клинической апробации.

Настоящие клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативных правовых актов:

1. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года
№ 29-З «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1);
2. Постановление Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 31 января 2020 года № 16 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи» (САЗ 20-6);
3. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 6 мая 2021 года № 363 «Об утверждении Порядка разработки и применения клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи» (регистрационный № 10285 от 3 июня 2021 года) (САЗ 21-22).

# Приложение Б

# Алгоритмы действий врача



**Алгоритм лечения пациента**



**Приложение В**

**Информация для пациента.**

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

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

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

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

5. Профессиональная гигиена (удаление над- и поддесневых зубных отложений) должна проводиться не реже 1 раза в 4 месяца у лечащего врача-стоматолога.

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

7. После проведения шинирования не рекомендуется откусывать жесткую пищу во избежания повреждения шины.

8. После проведения зубосохраняющих операций необходимо:

- строго следовать указаниям и рекомендациям лечащего врача-стоматолога;

- делать ротовые ванночки с растворами антисептиков;

- при возникновении боли после проведения оперативного вмешательства необходимо принять обезболивающий препарат;

- при отеке, возникающем на 2-3 сутки после оперативного вмешательства, принять любой антигистаминный препарат и немедленно обратиться к лечащему врачу-стоматологу.

9. В течение 3 дней после проведения оперативного вмешательства исключить физические нагрузки и пребывание в местах с высокой температурой (бани, сауны, горячий душ).

10. Обязательно посещать плановые осмотры.