

В разработке

**КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ПРИ ДИАГНОЗЕ «Болезни периапикальных тканей» в системе ОМС (дети)**

Принимали участие:

Главный внештатный специалист по стоматологии департамента здравоохранения Костромской области, главный врач ОГБУЗ КОСП - Новиков Евгений Дмитриевич;

Главный врач ОГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №1 г. Костромы» - Нечаев Владимир Александрович;

Заместитель главного врача по клинико-экспертной работе ОГБУЗ КОСП – Лебедева Ольга Александровна;

Главный внештатный специалист по профилактической стоматологии департамента здравоохранения Костромской области, заведующая стоматологическим отделением ОГБУЗ КОСП - Апушкина Татьяна Евгеньевна;

Врач-методист, врач-стоматолог высшей категории ОГБУЗ КОСП – Панасенко Ольга Валентиновна;

Заведующая терапевтическим отделением ОГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №1» - Голицына Светлана Леонидовна.

### ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

### Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Болезни периапикальных тканей» разработаны для решения следующих задач:

- установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных с периодонтитом;  
- обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинском учреждении.

-достижение желаемых результатов лечения.

#### **II. КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ (МКБ-10)**

**Если коду диагноза по МКБ-10 не соответствует клинический диагноз, то в медицинской документации указывается диагноз по МКБ-10 (в диагнозе заболевания следует указывать формулу зуба, а также поверхность зуба).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Код по МКБ-10*** | ***Наименование*** | ***Клинический диагноз*** |
|  | **Периодонтит** | **Периодонтит** |
| **К 04.4** | **Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения**  Острый апикальный периодонтит БДУ\* | Периодонтит острый |
| **К 04.5** | **Хронический апикальный периодонтит** | Периодонтит хронический фиброзный  Периодонтит хронический фиброзный (в стадии обострения) |
| Апикальная гранулема | Периодонтит хронический гранулематозный Периодонтит хронический гранулематозный (в стадии обострения) |
| **К 04.6** | **Периапикальный абсцесс со свищом** | Периодонтит хронический гранулирующий (со свищем) |
| **К 04.60** | Имеющий сообщение (свищ) с верхнечелюстной пазухой |  |
| **К 04.61** | Имеющий сообщение (свищ) с носовой полостью |  |
| **К 04.62** | Имеющий сообщение (свищ) с полостью рта |  |
| **К 04.63** | Имеющий сообщение с кожей |  |
| **К 04.69** | Периапикальный абсцесс со свищем неуточненный |  |
| **К 04.7** | **Периапикальный абсцесс без свища**  Дентальный абсцесс (без свища),  Дентоальвеолярный абсцесс (без свища),  Периодонтальный абсцесс пульпарного происхождения (без свища),  Периапикальный абсцесс без свища. | Периодонтит хронический гранулирующий (без свища),  Периодонтит хронический гранулирующий (без свища)(в стадии обострения). |
| **К 04.8** | **Корневая киста** | Радикулярная киста |
| **К 04.80** | Апикальная и боковая  Периапикальная |  |

БДУ - без дополнительных уточнений

#### **III. ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИОДОНТИТА И БОЛЕЗНЕЙ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ**

Диагностика периодонтита и болезней периапикальных тканей производится путем сбора анамнеза, клинического осмотра, дополнительных методов обследования и направлена на определение состояния периапикальных тканей и показаний к лечению. Факторы, препятствующие немедленному началу лечения:

* наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
* неадекватное психоэмоциональное состояние пациента перед лечением;
* острые поражения слизистой оболочки рта и красной каймы губ;
* острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;
* общее состояние здоровья, препятствующее проведению лечения;

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

#### **IV.ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПЕРИОДОНТИТА**

**Принципы лечения больных с периодонтитом предусматривают одновременное решение нескольких задач:**

- предупреждение гибели зачатка постоянного зуба при периодонтите молочных зубов;

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

**Лечение периодонтита включает:**

* проведение местной анестезии (при необходимости и при отсутствии общих противопоказаний);
* создание доступа к полости зуба;
* раскрытие полости зуба;
* создание прямого доступа к корневым каналам;
* прохождение канала или его распломбирование в ранее депульпированных зубах;
* определение рабочей длины корневого канала;
* обработку корневых каналов (механическую и медикаментозную);
* применение физических методов (по потребности);
* пломбирование корневых каналов временными и/или постоянными пломбировочными материалами;
* рентгенологический контроль на этапах лечения;
* восстановление зуба пломбой после эндодонтического лечения.

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

Основные показания к удалению временного зуба:

* резорбция (рассасывание) корня более чем на 2/3 его длины;
* значительная подвижность зуба;
* наличие осложнений (остит, гранулема, свищ и пр.);
* если до прорезывания постоянного зуба осталось меньше года;
* при рецидиве заболевания после неудачного консервативного лечения;
* если у ребёнка в анамнезе определена аллергия или хронические инфекционные патологии, заболевания внутренних органов;
* при перфорации дна полости зуба;
* при разрушении пластинки костной ткани, расположенной вокруг фолликула формирующегося постоянного зуба;
* если ребёнок ослаблен основным хроническим заболеванием, у него снижена иммунная защита.

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы:

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

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

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

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

В зависимости от клинической ситуации лечение проводится в 1 или несколько посещений (оставление корневых каналов открытыми для создания оттока экссудата, наложением временной пломбы и т.д.).

Лечение начинается с создания доступа к операционному полю, так как очень важна прямая видимость устьев корневых каналов. Проводится полное удаление всех кариозных тканей, дефектных реставраций. В то же время необходимо максимально сохранить коронковую часть зуба, чтобы не ослабить стенки. Для исключения перфорации зондом исследуют дно полости зуба.

**В случае положительной динамики лечения проводят окончательную обработку и пломбирование корневых каналов под рентгенологическим контролем.**

Для выбора метода восстановления анатомической формы коронковой части ***постоянного зуба со сформированными корнями*** необходимо оценить степень разрушения коронковой части зуба. Восстановление коронковой части зуба (пломбирование полости) стоматологическими цементами, в том числе стеклоиономерными и композитами химического отверждения, а также материалами из фотополимеров ( V, III, IV класс по Блэку только для фронтальных зубов – резцов и клыков) показано при разрушении коронковой части зуба не более чем на 30% от её объёма. Для выбора метода восстановления анатомической формы жевательных зубов используют индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) по В.Ю. Миликевичу.

При показателях ИРОПЗ 0,2 — 0,4 применяется метод пломбирования. После окончания эндодонтического лечения возможна постановка временной пломбы (повязки), если невозможно поставить постоянную пломбу в первое посещение или для предотвращения возможных осложнений. Постоянное пломбирование проводят в одно посещение.

Для группы жевательных зубов при ИРОПЗ> 0,4 показано изготовление вкладок из металлов, из керамики или из композитных материалов ***(для*** ***постоянного зуба со сформированными корнями*** ). При ИРОПЗ > 0,6 показано изготовление искусственных коронок, при ИРОПЗ>0,8 показано применение штифтовых конструкций с последующим изготовлением коронок.

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

#### **V. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЯМИ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ**

Лечение пациентов с периодонтитом и болезнями периапикальных тканей проводится в стоматологических медицинских организациях. Оказание помощи больным с периодонтитом и болезнями периапикальных тканей осуществляется врачами-стоматологами детскими, врачами-стоматологами \*\*\*, зубными врачами. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал, в том числе и гигиенисты стоматологические.

**VI. ТРЕБОВАНИЯ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Вид медицинской помощи** | первичная медико-санитарная помощь |
| **Условия оказания медицинской помощи** | амбулаторно |
| **Форма оказания медицинской помощи** | плановая |
| **Категория возрастная** | дети |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код по МКБ-10** | Диагностические мероприятия | | Лечебные мероприятия | | Лекарственные препараты и медикаменты, стоматологические материалы/ физиолечение (на усмотрение лечащего врача, по показаниям) | Сроки лечения | Достигнутый результат |
| Обязательные, кратность выполнения: *«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (1 и более)* | Требующие обоснования (по показаниям, на усмотрение лечащего врача) | Обязательные, кратность выполнения: *«1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (1 и более)* | Требующие обоснования (по показаниям, на усмотрение лечащего врача) |
| **К04.4**  **К04.5**  **К04.6**  **К04.60**  **К04.61**  **К04.62**  **К04.63**  **К04.69**  **К04.7**  **К04.8**  **К04.80** | Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта-1; внешний осмотр челюстно-лицевой области-1; визуальное исследование при патологии полости рта-1;  осмотр полости рта с помощью инструментов (с заполнением зубной формулы)-1 (при первичном обращении);  определение прикуса (временный, сменный, постоянный)-1 (при первичном обращении);  пальпация органов полости рта – 1 и более; определение индекса КПУ / кп / КПУ + кп - 1 (при первичном обращении);  термодиагностика зуба -1; перкуссия зубов-1; прицельная внутриротовая контактная ренгенография или радиовизиография -1 (для постановки диагноза и оценки степени разрушения зуба); описание и интерпретация рентгенологических изображений-1. | Люминесцентная стоматоскопия; электроодонтометрия; описание и интерпретация рентгенологических изображений; определение индекса гигиены; определение пародонтальных индексов;  консультация врача-стоматолога-хирурга. | Обучение гигиене полости рта - 1; аппликационная анестезия - 1; эвакуация распада пульпы-1-4; инструментальная и медикаментозная обработка корневого канала-1-4;  пломбирование корневого канала -1-4; прицельная внутриротовая контактная рентгенография или радиовизиография челюстно-лицевой области – 1 (контроль качества пломбирования корневых каналов и оценка степени разрушения зуба); описание и интерпретация рентгенологических изображений – 1 ; восстановление зуба пломбой\*\*\*\* -1. | Профессиональная гигиена полости рта и зубов;  инфильтрационная анестезия и/или проводниковая анестезия; снятие пломбы\*;  наложение временной пломбы; снятие временной пломбы; коагуляция десны;  трепанация зуба;  распломбировка корневого канала; фиксация внутриканального (анкерного) штифта, вкладки;  временное пломбирование лекарственным препаратом корневого канала; назначение лекарственных препаратов при заболеваниях зубов. | Анестетики; препараты для аппликационной анестезии; антисептики; материалы для временных пломб; материалы для пломбирования корневого канала (временного или постоянного); материалы для постоянного пломбирования (за исключением амальгамы); фотополимеры – V, III, IV класс по Блэку только для фронтальных зубов, анкерные штифты, материалы для фиксации штифтов, пасты полировочные; пасты для снятия зубного налёта; материалы для распломбировки корневых каналов; физиолечение. | До 21 дней | Лечение завершено (301); выздоровление (301). |

\*\* Дополнительная информация

**\***Снятие пломбы из амальгамы.

**\*\*1.** Явка на прием к врачу-стоматологу (лечащему врачу) минимум один раз в полгода для проведения профилактических осмотров, гигиенических мероприятий.

2.Запломбированные зубы чистить зубной щеткой с пастой так же, как естественные зубы — два раза в день. После еды полоскать рот для удаления остатков пищи.

3. Для чистки межзубных промежутков можно использовать зубные нити (флоссы).

4.Если после пломбирования и окончания действия анестезии пломба мешает смыканию зубов, то необходимо в ближайшее время обратиться к лечащему врачу.

5.При пломбах из композитных материалов не следует принимать пищу, содержащую естественные и искусственные красители (например: чернику, чай, кофе и т. п.), в течение первых двух суток после пломбирования зуба.

6. Возможно временное появление боли (повышенной чувствительности) в запломбированном зубе во время приема и пережевывания пищи. Если указанные симптомы не проходят в течение 1—2 нед., необходимо обратиться к лечащему врачу.

7. При возникновении в зубе резкой боли необходимо как можно быстрее обратиться к лечащему врачу.

8. Раз в полгода следует посещать стоматолога для проведения профилактических осмотров и необходимых манипуляций (при пломбах из композитных материалов — для полировки пломбы, что увеличит срок её службы).

9. После проведения лечения необходимо динамическое наблюдение за зубом в течение 2-х лет. Контрольное рентгенологическое исследование следует проводить не ранее 3 месяцев и не позднее 1 года после пломбирования.

\*\*\*Врачами-стоматологами (прошедшими аккредитацию в 2016 году и позднее). Врач – стоматолог проводит лечение болезней периапикальных тканей молочных и постоянных зубов (исключая санацию детей в условиях анестезиологического пособия).

\*\*\*\* Шлифовка и/или полировка пломбы входят в состав услуги «Восстановление зуба пломбой».

**Алгоритм профессиональной гигиены рта и зубов**

Этапы профессиональной гигиены:

— обучение пациента индивидуальной гигиене рта;

— контролируемая чистка зубов

— удаление над- и поддесневых зубных отложений;

— полирование поверхностей зубов;

— устранение факторов, способствующих скоп­лению зубного налёта;

— аппликации реминерализирующих и фторсодержащих средств (за исключением районов с высоким содержанием фтора в питьевой воде, более 1 мг/л);

— мотивация пациента к профилактике и лече­нию стоматологических заболеваний.

Процедура проводится в одно посещение.

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

— провести обработку рта раствором антисептика (0,06% раствор хлоргексидина, 0,05% раствор перманганата калия);

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

-- изолировать обрабатываемые зубы от слюны;

-- обратить внимание на то, что рука, удерживающая инструмент, должна быть фиксирована на подбородке пациента или соседних зубах, терминальный стержень инструмента располагается параллельно оси зуба, основные движения – рычагообразные и соскабливающие – должны быть плавными, нетравмирующими.

В области коронок, композитных реставраций применяют ручной способ удаления зубных отложений.

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

Для удаления налёта и полирования поверхностей зубов используют резиновые колпачки, для жевательных поверхно­стей — вращающиеся щёточки, для контактных по­верхностей — вращающиеся ёршики, резиновые конусы, суперфлоссы, флоссы и абразивные штрипсы. Полировочную пасту следует использовать, начи­ная с крупнодисперсной и заканчивая мелкодис­персной.

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

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

**В КАЖДОМ КОНКРЕТНОМ СЛУЧАЕ ЗА ВРАЧОМ ОСТАЕТСЯ ПРАВО ВЫБОРА ТОЙ ИЛИ ИНОЙ МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, А ТАК ЖЕ РЕШЕНИЕ О ВЫБОРЕ ПРИМЕНЯЕМЫХ РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ.**