**«УТВЕРЖДАЮ»**

Заместитель Министра

здравоохранения и социального

развития Российской Федерации

В. И. Стародубов

от 17 октября 2006 г.

**ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ**

**КАРИЕС ЗУБОВ**

Протокол ведения больных «Кариес зубов» разработан Московским Государственным медико-стоматологическим университетом (Кузьми­на Э.М., Максимовский Ю.М., Малый А.Ю., Желудева И.В., Смирнова Т.А., Бычкова Н.В., Титкина Н.А.), Стоматологической ассоциаци­ей России (Леонтьев В.К., Боровский Е.В., Вагнер В.Д.), Московской медицинской акаде­мией им. И.М. Сеченова Росздрава (Воробьев П.А., Авксентьева М.В., Лукьянцева Д.В.), стоматологической поликлиникой № 2 г. Моск­вы (Чеповская С.Г., Кочеров A.M.., Багдасарян М.И., Кочерова М.А.).

**I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ**

Протокол ведения больных «Кариес зубов» предназначен для применения в системе здраво­охранения Российской Федерации.

**II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ**

В настоящем протоколе использованы ссыл­ки на следующие документы:

-Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.97 г. № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохране­ния и медицинской науки в Российской Фе­дерации» (Собрание законодательства Рос­сийской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).

- Постановление Правительства Российской Федерации от 26.10.1999 г. № 1194 «Об ут­верждении Программы государственных га­рантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью» (Собрание законодательства Россий­ской Федерации, 1997, № 46, ст. 5322).

- Номенклатура работ и услуг в здравоохране­нии. Утверждена Минздравсоцразвития Рос­сии 12.07.2004 г. — М., 2004. — 211 с.

**III. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Протокол ведения больных «Кариес зубов» разработан для решения следующих задач:

— установление единых требований к порядку ди­агностики и лечения больных с кариесом зубов;

— унификация разработки базовых программ обязательного медицинского страховании и оптимизация медицинской помощи больным с кариесом зубов;

— обеспечение оптимальных объемов, доступнос­ти и качества медицинской помощи, оказывае­мой пациенту в медицинском учреждении.

Область распространения настоящего прото­кола — лечебно-профилактические учреждения всех уровней и организационно-правовых форм, оказывающих медицинскую стоматологическую помощь, включая специализированные отделе­ния и кабинеты любых форм собственности.

В настоящем документе используется шкала убедительности доказательств данных:

**A)** **Доказательства убедительны:** есть веские доказательства предлагаемому утверждению.

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

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

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

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

**IV. ВЕДЕНИЕ ПРОТОКОЛА**

Ведение Протокола «Кариес зубов» осу­ществляется Московским государственным меди­ко-стоматологическим университетом Росздрава. Система ведения предусматривает взаимодейст­вие Московского государственного медико-сто­матологического университета со всеми заинте­ресованными организациями.

**V. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ**

***Кариес зубов*** *(К02* по МКБ-10) — это ин­фекционный патологический процесс, прояв­ляющийся после прорезывания зубов, при котором происходят деминерализация и размягчение твердых тканей зуба с последующим образова­нием дефекта в виде полости.

В настоящее время кариес зубов является наиболее распространенным заболеванием зубо-челюстной системы. Распространенность кари­еса в нашей стране у взрослого населения в воз­расте от 35 лет и старше составляет 98—99 %. В общей структуре оказания медицинской помо­щи больным в лечебно-профилактических учреж­дениях стоматологического профиля это заболе­вание встречается во всех возрастных группах па­циентов. Кариес зубов при несвоевременном или неправильном лечении может стать причиной развития воспалительных заболеваний пульпы и периодонта, потери зубов, развития гнойно-вос­палительных заболеваний челюстно-лицевой об­ласти. Кариес зубов — это потенциальные очаги интоксикации и инфекционной сенсибилизации организма.

Показатели развития осложнений кариеса зубов значительны: в возрастной группе 35—44 лет потребность в пломбировании и протезировании составляет 48 % и удалении зубов - 24 %.

Несвоевременное лечение кариеса зубов, а также удаление зубов в результате его осложне­ний в свою очередь приводят к появлению вто­ричной деформации зубных рядов и возникновению патологии височно-нижнечелюстного сустава. Кариес зубов непосредственным образом влияет на здоровье и качество жизни пациента, обусловливая нарушения процесса жевания вплоть до окончательной утраты данной функ­ции организма, что сказывается на процессе пищеварения.

Кроме того, кариес зубов нередко является причиной развития заболеваний желудочно-ки­шечного тракта.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Непосредственной причиной деминерализа­ции эмали и образования кариозного очага являются органические кислоты (в основном молочная), которые образуются в процессе ферментации углеводов микроорганизмами зубного налета. Кариес — процесс многофакторный. Микроорганизмы полости рта, характер и режим питания, резистентность эмали, количест­во и качество смешанной слюны, общее состояние организма, экзогенные воздействия на ор­ганизм, содержание фтора в питьевой воде влияют на возникновение очага деминерализа­ция эмали, течение процесса и возможность его стабилизации. Изначально кариозное пораже­ние возникает вследствие частого употребления углеводов и недостаточного ухода за полостью рта. В результате на поверхности зуба про­исходит адгезия и размножение кариесогенных микроорганизмов и формируется зубная бляш­ка. Дальнейшее поступление углеводов приво­дит к локальному изменению рН в кислую сто­рону, деминерализации и образованию микродефектов подповерхностных слоев эмали. Однако, если сохранена органическая матрица эмали, то кариозный процесс на этапе ее деми­нерализации может быть обратимым. Длитель­ное существование очага деминерализации при­водит к растворению поверхностного, более ус­тойчивого, слоя эмали. Стабилизация данного процесса клинически может проявляться образованием пигментированного пятна, существующего годами.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КАРИЕСА ЗУБОВ

Клиническая картина характеризуется мно­гообразием и зависит от глубины и топографии кариозной полости. Признаком начального ка­риеса является изменение цвета эмали зуба на ограниченном участке и появление пятна, впос­ледствии развивается дефект в виде полости, а основным проявлением развившегося кариеса является разрушение твердых тканей зуба.

С увеличением глубины кариозной полости больные ощущают повышенную чувствитель­ность к химическим, температурным и механи­ческим раздражителям. Боль от раздражителей кратковременна, после устранения раздражите­ля быстро проходит. Возможно отсутствие боле­вой реакции. Кариозное поражение жеватель­ных зубов обусловливает нарушения функции жевания, больные жалуются на болевые ощуще­ния при приеме пищи и нарушения эстетики.

КЛАССИФИКАЦИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ

В международной статистической классифи­кации болезней и проблем, связанных со здо­ровьем Всемирной организации здравоохране­ния десятого пересмотра (МКБ-10) кариес вы­делен в отдельную рубрикацию.

*К02.0* Кариес эмали

Стадия «белого (мелового) пятна» [началь­ный кариес]

*K02.I* Кариес дентина

*К02.2* Кариес цемента

*К02.3* Приостановившийся кариес зубов

*К02.4* Одонтоклазия

*К02.8* Другой кариес зубов

*К02.9* Кариес зубов неуточненный

**Модифицированная классификация кариозных поражений по локализации (по Блеку)**

Класс I — полости, локализующиеся в облас­ти фиссур и естественных углублений резцов, клыков, моляров и премоляров.

Класс II — полости, расположенные на кон­тактной поверхности моляров и премоляров.

Класс III— полости, расположенные на кон­тактной поверхности резцов и клыков без нару­шения режущего края.

Класс IV — полости, расположенные на кон­тактной поверхности резцов и клыков с нарушением угла коронковой части зуба и его режу­щего края.

Класс V — полости, расположенные в пришеечной области всех групп зубов.

Класс VI — полости, расположенные на буг­рах моляров и премоляров и режущих краях резцов и клыков.

Стадия пятна соответствует коду по МКБ-С *К02.0* — «Кариес эмали. Стадия «белого (мато­вого) пятна» [начальный кариес]». Кариес в стадии пятна характеризуется возникшими вследствие деминерализации изменениями цве­та (матовая поверхность), а затем и текстуры (шероховатость) эмали при отсутствии кариоз­ной полости, не распространившимися за преде­лы эмалево-дентинной границы.

Стадия кариес дентина соответствует коду по МКБ-С *К02.1* и характеризуется деструктивны­ми изменениями эмали и дентина с переходом эмалево-дентинной границы, однако пульпа за­крыта большим или меньшим слоем сохранен­ного дентина и без признаков гиперемии.

Стадия кариес цемента соответствует коду по МКБ-С *К02.2* и характеризуется поражением обнаженной поверхности корня зуба в прише­ечной области.

Стадия приостановившейся кариес соответст­вует коду по МКБ-С *К02.3* и характеризуется на­личием темного пигментированного пятна в пре­делах эмали (очаговой деминерализацией эмали).

1 МКБ-С — Международная классификация сто­матологических болезней на основе МКБ-10.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ КАРИЕСА ЗУБОВ

Диагностика кариеса зубов производится пу­тем сбора анамнеза, клинического осмотра и до­полнительных методов обследования.

Главная задача при диагностике заключается в определении стадии развития кариозного про­цесса и выбора соответствующего метода лече­ния. При диагностике устанавливается локали­зация кариеса и степень разрушения коронко­вой части зуба. В зависимости от поставленного диагноза выбирают метод лечения.

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

— наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;

— сопутствующие заболевания, отягощающие лечение;

— неадекватное психоэмоциональное состояние пациента перед лечением;

— острые поражения слизистой оболочки рта и красной каймы губ;

— острые воспалительные заболевания органов и тканей полости рта;

— угрожающие жизни острое состояние/заболева­ние или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, острое нару­шение мозгового кровообращения), развившие­ся менее чем за 6 мес до момента обращения за данной стоматологической помощью;

— заболевания тканей пародонта в стадии обо­стрения;

— неудовлетворительное гигиеническое состоя­ние полости рта;

— отказ от лечения.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ КАРИЕСА ЗУБОВ

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

— устранение факторов, обусловливающих процесс деминерализации;

— предупреждение дальнейшего развития пато­логического кариозного процесса;

— сохранение и восстановление анатомической формы пораженного кариесом зуба и функ­циональной способности всей зубочелюстной системы;

— предупреждение развития патологических процессов и осложнений;

— повышение качества жизни пациентов. Лечение кариеса может включать:

— устранение микроорганизмов с поверхности зубов;

— реминерализирующую терапию на стадии «белого (мелового) пятна»;

— фторирование твердых тканей зубов при приостановившемся кариесе;

— сохранение по мере возможности здоровых твердых тканей зуба, при необходимости ис­сечение патологически измененных тканей с последующим восстановлением коронки зуба;

— выдачу рекомендаций по срокам повторного обращения.

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

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

При лечении кариеса зубов применяются только те стоматологические материалы и лекарственные средства, которые разрешены к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С КАРИЕСОМ ЗУБОВ

Лечение пациентов с кариесом зубов прово­дится в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля, а также в отделениях и кабинетах терапевтической стоматологии многопрофильных лечебно-профилактических учреждений. Как правило, лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

Перечень стоматологических материалов и инструментов, необходимых для работы врача, представляем в Приложении 1.

Оказание помощи больным с кариесом зубов осуществляется в основном врачами-стоматологами, врачами-стоматологами терапевтами, врачами-стоматологами ортопедами, зубными врачами. В процессе оказания помощи прини­мает участие средний медицинский персонал и гигиенисты стоматологические.

VI. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ

**6.1. Модель пациента**

**Нозологическая форма:** кариес эмали

**Стадия:** стадия «белого (мелового) пятна» (начальный кариес)

**Фаза:** стабилизация процесса

**Осложнение:** без осложнений

**Код по МКБ-10:** *К02.0*

**6.1.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента**

— Пациенты с постоянными зубами.

— Зуб без видимых разрушений и кариозных полостей.

— Зуб со здоровой пульпой и периодонтом.

— Очаговая деминерализация эмали без обра­зования полости, имеются очаги деминерали­зации — белые матовые пятна. При зонди­ровании определяется гладкая или шерохо­ватая поверхность зуба без нарушения эмалево-дентинного соединения.

— Здоровый пародонт и слизистая оболочка рта.

**6.1.2 Порядок включения пациента в Протокол**

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

**6.1.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код | Название | Кратность выполнения |
| А01.07.001 | Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта | 1 |
| А01.07.002 | Визуальное исследование при патологии полости рта | 1 |
| А01.07.005 | Внешний осмотр челюстно-лицевой области | 1 |
| А02.07.001 | Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов | 1 |
| А02.07.005 | Термодиагностика зуба | 1 |
| А02.07.007 | Перкуссия зубов | 1 |
| А02.07.008 | Определение прикуса | Согласно алгоритму |
| А03.07.001 | Люминесцентная стоматоскопия | По потребности |
| А03.07.003 | Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации | По потребности |
| [A06.07.003](http://Afl6.07.003) | Прицельная внутриротовая контактная рентгенография | По потребности |
| А12.07.001 | Витальное окрашивание твердых тканей зуба | Согласно алгоритму |
| А12.07.003 | Определение индексов гигиены полости рта | Согласно алгоритму |
| А12.07.004 | Определение пародонтальных индексов | По потребности |

**6.1.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий**

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

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

***Сбор анамнеза***

При сборе анамнеза выясняют наличие жа­лоб на боль от химических и температурных раздражителей, аллергический анамнез, нали­чие соматических заболеваний. Целенаправлен­но выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области конкретного зуба, жалобы на застревание пищи, удовлетворенность пациента внеш­ним видом зуба, сроки появления жалоб, когда пациент обратил внимание на появление дис­комфорта. Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта, профессию пациента, регионы его рожде­ния и проживания (эндемические районы флю­ороза).

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

При осмотре полости рта оценивают состоя­ние зубных рядов, обращая внимание на интен­сивность кариеса (наличие пломб, степень их прилегания, наличие дефектов твердых тканей зубов, количество удаленных зубов). Определя­ют состояние слизистой оболочки полости рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологиче­ских изменений.

Обследованию подлежат все зубы, начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами. Детально об­следуют все поверхности каждого зуба, обраща­ют внимание на цвет, рельеф эмали, наличие налета, наличие пятен и их состояние после вы­сушивания поверхности зубов, дефектов.

Обращают внимание на наличие белых ма­товых пятен на видимых поверхностях зубов, площадь, форму краев, текстуру поверхности, плотность, симметричность и множественность очагов поражения с целью установления степени выраженности изменений и скорости развития процесса, динамики заболевания, а также дифференциальной диагностики с некариозными по­ражениями. Для подтверждения диагноза может применяться люминесцентная стоматоскопия.

*Термодиагностика* применяется для выявления болевой реакции и уточнения диагноза.

*Перкуссия* используется для исключения осложнений кариеса.

*Витальное окрашивание твердых тканей зуба.* В трудных для дифференциальной диаг­ностики с некариозными поражениями случаях окрашивают очаг поражения 2 % раствором метиленового синего. При получении отрицательного результата проводят соответствующее лечение (другая модель пациента).

*Индексы гигиены полости рта* определяют до лечения и после обучения гигиене полости рта, с целью контроля.

**6.1.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код | Название | Кратность выполнения |
| А13.31.007 | Обучение гигиене полости рта | 1 |
| А14.07.004 | Контролируемая чистка зубов | 1 |
| А16.07.089 | Сошлифовывание твердых тканей зуба | 1 |
| А16.07.055 | Профессиональная гигиена полости рта и зубов | 1 |
| A11.07.013 | Глубокое фторирование твердых тканей зубов | Согласно алгоритму |
| [A16.07.061](http://Aie.07.061) | Запечатывание фиссуры зуба герметиком | По потребности |
| А25.07.001 | Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов | Согласно алгоритму |
| А25.07.002 | Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов | Согласно алгоритму |

**6.1.6 Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи**

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

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

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

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

***Алгоритм обучения гигиене полости рта***

*Первое посещение*

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

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

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

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

Длительность чистки составляет 3 мин.

Для качественной чистки контактных по­верхностей зубов необходимо использовать зуб­ные нити.

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

*Второе посещение*

С целью закрепления полученных навыков проводится контролируемая чистка зубов.

***Алгоритм контролируемой чистки зубов***

*Первое посещение*

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

— Чистка зубов пациентом в его обычной манере.

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

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

*Следующее посещение*

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

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

**Алгоритм профессиональной гигиены полос­ти рта и зубов**

Этапы профессиональной гигиены:

— обучение пациента индивидуальной гигиене полости рта;

— удаление над- и поддесневых зубных отложений;

— полировка поверхностей зубов, в том числе и поверхностей корней;

— устранение факторов, способствующих скоп­лению зубного налета;

— аппликации реминерализирующих и фторидсодержащих средств (за исключением районов с высоким содержанием фтора в питьевой воде);

— мотивация пациента к профилактике и лече­нию стоматологических заболеваний.

Процедура проводится в одно посещение.

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

— удаление зубного камня проводить с аппли­кационным обезболиванием;

— провести антисептическую обработку полос­ти рта раствором антисептика (0,06 % *рас­твором хлоргексидшш,* 0,05 *% раствором перманганата калия*);

— изолировать обрабатываемые зубы от слюны;

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

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

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

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

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

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

***Сошлифовывание твердых тканей зубов***

Сошлифовывание проводят перед началом курса реминерализирующей терапии при наличии шероховатых поверхностей.

***Запечатывание фиссуры зуба герметиком***

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

**6.1.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической**

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование группы** | **Кратность (продолжительность лечения)** |
| Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта*Препараты для профилактики кариеса* | Согласно алгоритму |
| Антисептики и средства для дезинфекции*Антисептики* | По потребности |

**6.1.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов**

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

***Реминерализующая терапия***

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

Аппликации реминерализирующими средства­ми на обработанной поверхности зуба в течение 15—20 мин со сменой тампона каждые 4—5 мин.

Аппликации 1—2 % раствором *фторида натрия* осуществляются в каждое 3-е посеще­ние, после аппликации реминерализующим рас­твором на очищенной и высушенной поверхно­сти зуба в течение 2—3 мин.

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

***Фторирование твердых тканей зубов***

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

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

**6.1.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации**

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

**6.1.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам**

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

**6.1.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям**

После завершения каждой лечебной проце­дуры рекомендуется не принимать пищу и не полоскать рот в течение 2 ч.

Ограничение потребления пищевых продук­тов и напитков с низкими значениями рН (соки, тонизирующие напитки, йогурты) и тщательное полоскание рта после их приема.

Ограничение пребывания углеводов в полос­ти рта (сосательные, жевательные конфеты).

**6.1.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Протокола**

См. Приложение 3.

**6.1.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи**

См. Приложение 4.

**6.1.14. Правила изменения требований при выполнении Протокола и прекращении действия требований**

**Протокола**

При выявлении в процессе диагностики при­знаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводит­ся в протокол ведения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

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

а) раздела этого протокола ведения больных, соответствующего ведению кариеса эмали;

б) протокола ведения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

**6.1.15. Возможные исходы и их характеристики**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование исхода | Частота развития, % | Критерии и Признаки | Ориентировочное вре­мя достижения исхода | Преемственность и этапность ока­зания медицинской помощи |
| Компенсация функции | 30 | Восстановление внеш­него вида зуба | 2 мес | Динамическое наблюдение 2 раза в год |
| Стабилизация | 60 | Отсутствие как поло­жительной, так и отри­цательной динамики | 2 мес | Динамическое наблюдение 2 раза в год |
| Развитие ятрогенных ослож­нений | 5 | Появление новых пора­жений или осложнений,обусловленных прово­димой терапией (на­пример, аллергическиереакции) | На любом этапе | Оказание медицинской помощи но протоколу соответствующего забо­левания |
| Развитие ново­го заболева­ния, связанно­го с основным | 5 | Рецидив кариеса, его прогрессирование | Через 6 мес после окончания лечения при отсутствии динамиче­ского наблюдения | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего забо­левания |

**6.1.16. Стоимостные характеристики Протокола**

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

**6.2. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА**

**Нозологическая форма:** кариес дентина

**Стадия:** любая

**Фаза:** стабилизация процесса

**Осложнения:** без осложнений

**Код по МКБ-10:** *К02.1*

**6.2.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента**

— Пациенты с постоянными зубами.

— Наличие полости с переходом эмалево-дентинной границы.

— Зуб со здоровой пульпой и периодонтом.

— Наличие размягченного дентина.

— При зондировании кариозной полости воз­можна кратковременная болезненность.

— Боли от температурных, химических и механических раздражителей, исчезающие после прекращения раздражения.

— Здоровые пародонт и слизистая оболочка рта.

— Отсутствие самопроизвольных болей на момент осмотра и в анамнезе.

— Отсутствие болезненности при перкуссии зуба.

— Отсутствие некариозных поражений твердых тканей зуба.

**6.2.2. Порядок включения пациента в Протокол**

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

**6.2.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код | Название | Кратность выполнения |
| А01.07.001 | Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта | 1 |
| А01.07.002 | Визуальное исследование при патологии полости рта | 1 |
| А01.07.005 | Внешний осмотр челюстно-лицевой области | 1 |
| А02.07.001 | Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов | 1 |
| А02.07.002 | Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда | 1 |
| А02.07.005 | Термодиагностика зуба | 1 |
| А02.07.007 | Перкуссия зубов | 1 |
| А12.07.003 | Определение индексов гигиены полости рта | 1 |
| А02.07.006 | Определение прикуса | Согласно алгоритму |
| А03.07.003 | Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации | По потребности |
| А05.07.001 | Электроодонтометрия | По потребности |
| А06.07.003 | Прицельная внутриротовая контактная рентгенография | По потребности |
| А06.07.010 | Радиовизиография челюстно-лицевой области | По потребности |
| А12.07.001 | Витальное окрашивание твердых тканей зуба | По потребности |
| А12.07.004 | Определение пародонтальных индексов | По потребности |

**6.2.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий**

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

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

***Сбор анамнеза***

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

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

При осмотре полости рта оценивают состоя­ние зубных рядов, обращая внимание на нали­чие пломб, степень их прилегания, наличие де­фектов твердых тканей зубов, количество удален­ных зубов. Определяют интенсивность кариеса (индекс КПУ — кариес, пломба, удален), индекс гигиены. Обращают внимание на состояние слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

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

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

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

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

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

**6.2.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код | **Название** | Кратность выполнения |
| А13.31.007 | Обучение гигиене полости рта | 1 |
| А14.07.004 | Контролируемая чистка зубов | 1 |
| А16.07.002 . | Восстановление зуба пломбой | 1 |
| А16.07.055 | Профессиональная гигиена полости рта и зубов | 1 |
| А16.07.003 | Восстановление зуба вкладками, виниром, полукоронкой | По потребности |
| А16.07.004 | Восстановление зуба коронкой | По потребности |
| А25.07.001 | Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов | Согласно алгоритму |
| А25.07.002 | Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов | Согласно алгоритму |

**6.2.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи**

Немедикаментозная помощь направлена на предупреждение развития кариозного процесса и включает три основных компонента: обеспечение надлежащей гигиены полости рта, плом­бирование кариозного дефекта и при необходи­мости протезирование.

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

Показаниями к протезированию являются:

— поражение твердых тканей коронковой части зуба после препарирования: для группы же­вательных зубов индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ) > 0,4 показано изготовление вкладок, ИРОПЗ > 0,6 — показано изготовление искусственных коронок, ИРОПЗ > 0,8—показано примене­ние штифтовых конструкций с последующим изготовлением коронок;

— предупреждение развития деформаций зубочелюстной системы при наличии соседних зу­бов с пломбами, восполняющими более ½ же­вательной поверхности.

Основные цели лечения:

— остановка патологического процесса;

— восстановление анатомической формы и функции зуба;

— предупреждение развития осложнений, в том числе предупреждение развития феномена Попова-Годона в области зубов антагонис­тов;

— восстановление эстетики зубного ряда.

Лечение кариеса дентина пломбированием и, при необходимости, протезированием позволяет добиться компенсации функции и стабилизации процесса (уровень убедительности доказа­тельств А).

***Алгоритм обучения гигиене полости рта***

*Первое посещение*

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

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

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

Завершают чистку круговыми движения зубной щетки при сомкнутых челюстях, осуществляя массаж десен справа налево.

Длительность чистки составляет 3 мин.

Для качественной чистки контактных поверхностей зубов необходимо использовать зубные нити.

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

*Второе посещение*

С целью закрепления полученных навыка проводится контролируемая чистка зубов.

***Алгоритм контролируемой чистки зубов***

*Первое посещение*

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

— Чистка зубов пациентом в его обычной манере.

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

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

*Следующее посещение*

Определение гигиеническою индекса, при удовлетворительном уровне гигиены полости рта — повторение процедуры.

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

***Алгоритм профессиональной гигиены полости рта и зубов***

Этапы профессиональной гигиены:

- обучение пациента индивидуальной гигиене полости рта;

- удаление над- и поддесневых зубных отложе­ний;

- полировка поверхностей зубов, в том числе и поверхностей корней;

- устранение факторов, способствующих скоп­лению зубного налета;

- аппликации реминерализирующих и фторидсодержащих средств (за исключением райо­нов с высоким содержанием фтора в питье­вой воде);

- мотивация пациента к профилактике и лече­нию стоматологических заболеваний. Процедура проводится в одно посещение.

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

- удаление зубного камня проводить с аппли­кационным обезболиванием;

- провести антисептическую обработку полос­ти рта раствором антисептика (0,06 *% рас­твором хлоргексидина,* 0,05 % *раствором перманганата калия);*

- изолировать обрабатываемые зубы от слюны;

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

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

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

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

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

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

***Алгоритм и особенности пломбирования***

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

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

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

Общие требования к препарированию по­лостей:

— обезболивание;

— «раскрытие» кариозной полости;

— максимальное удаление патологически изме­ненных тканей зуба;

— возможно полное сохранение интактных тка­ней зуба;

— иссечение эмали, лишенной подлежащего дентина (по показаниям);

— формирование полости;

— финирование полости.

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

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

***Особенности препарирования и пломбирования полостей***

*Полости класса I*

Следует стремиться максимально сохранять бугры на окклюзионной поверхности, для этого перед препарированием с помощью артикуляци­онной бумаги выявляют участки эмали, которые несут окклюзионную нагрузку. Бугры снимают частично или полностью, если скат бугра по­врежден на 1/2 его длины. Препарирование по возможности проводят в контурах естественных фиссур. При необходимости применяют методи­ку «профилактического расширения» по Блеку. Применение данного метода способствует пред­отвращению рецидива кариеса. Этот тип препа­рирования рекомендован в первую очередь для материалов, не обладающих хорошей адгезией к тканям зуба (амальгама) и удерживающихся в полости за счет механической ретенции. Выпол­няя расширение полости для предупреждения вторичного кариеса необходимо обращать вни­мание на сохранение максимально возможной толщины дентина на дне полости.

Далее проводят формирование полости. Про­веряют качество удаления пораженных тканей с помощью зонда и детектора кариеса.

*Полости класса II*

Перед началом препарирования определяют виды доступа. Проводят формирование полости. Проверяют качество удаления пораженных тканей с помощью зонда и детектора кариеса.

При пломбировании необходимо использо­вать матричные системы, матрицы, межзубные клинья. При обширных разрушениях коронновой части зуба необходимо использовать матрицедержатель. Необходимо проводить обезболи­вание, так как наложение матрицедержателя или введение клина болезненны для пациента.

Правильно сформированная контактная по­верхность зуба ни в коем случае не может быть плоской — она должна иметь форму, близкую к сферической. Зона контакта между зубами должна располагаться в области экватора и чуть выше — как в интактных зубах. Не следует мо­делировать контактный пункт на уровне краевых гребней зубов: в этом случае помимо застре­вания пищи в межзубном промежутке возмож­ны сколы материала, из которого выполнена пломба. Как правило, эта погрешность связана с использованием плоской матрицы, не имею­щей выпуклого контура в области экватора.

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

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

*Полости класса III*

При препарировании важно определить оп­тимальный доступ. Прямой доступ возможен в случае отсутствия рядом стоящего зуба или при наличии отпрепарированной полости на смеж­ной контактной поверхности соседнего зуба. Предпочтительны язычный и небный доступы, так как это позволяет сохранить вестибулярную поверхность эмали и обеспечить более высокий функциональный эстетический уровень восста­новления зуба. При препарировании контактную стенку полости иссекают эмалевым ножом или бором, предварительно защитив интактный соседний зуб металлической матрицей. Форми­руют полость, удаляя эмаль, лишенную подле­жащего дентина, обрабатывают края финиш­ными борами. Допускается сохранение вестибулярной эмали, лишенной подлежащего дентина, если она не имеет трещин и признаков минерализации.

*Полости класса IV*

Особенностями препарирования полости класса IV являются широкий фальц, формиро­вание в некоторых случаях дополнительной пло­щадки на язычной или небной поверхности, ща­дящее препарирование тканей зуба при форми­ровании десневой стенки полости в случае распространения кариозного процесса ниже уровня десны. При препарировании предпочти­тельно создание ретенционной формы, так как адгезии композитных материалов часто бывает недостаточно.

При пломбировании обращать внимание на правильное формирование контактного пункта.

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

- формирование язычного и небного фрагмен­тов режущего края. Первое отсвечивание проводится через эмаль или ранее наложен­ный композит с вестибулярной стороны;

- формирование вестибулярного фрагмента режущего края; отсвечивание проводится че­рез отвержденный язычный или небный фрагмент.

*Полости класса V*

Перед началом препарирования обязательно определить глубину распространения процесса под десну, при необходимости направляют па­циента на коррекцию (иссечение) слизистой оболочки десневого края для раскрытия опера­ционного поля и удаление участка гипертрофи­рованной десны. В этом случае лечение проводит­ся в 2 и более посещений, т. к. после вмешатель­ства полость закрывают временной пломбой, в качестве материала для временной пломбы при­меняют цемент или масляный дентин до зажив­ления тканей десневого края. Затем проводят пломбирование.

Форма полости должна быть округлой. Если полость очень мала, допустимо щадящее препа­рирование шаровидными борами без создания ретенционных зон.

Для пломбирования дефектов, заметных при улыбке, следует выбрать материал с достаточ­ными эстетическими характеристиками.

У пациентов с плохой гигиеной полости рта рекомендуется использовать стеклоиономерные (полиалкенатные) цементы, обеспечивающие долговременное фторирование тканей зуба пос­ле пломбирования и обладающие приемлемыми эстетическими характеристиками. У пациентов пожилого и преклонного возраста, особенно при явлениях ксеростомии, следует применять амальгаму или стеклоиономеры. Так же воз­можно использование компомеров, обладающих преимуществами стеклоиономеров и высокой эстетичностью. Композитные материалы пока­заны при пломбировании дефектов в тех случа­ях, когда эстетика улыбки очень важна.

*Полости класса VI*

Особенности данных полостей требуют ща­дящего удаления пораженных тканей. Следует использовать боры, размер которых лишь незна­чительно превышает диаметр кариозной полос­ти. Допустим отказ от анестезии, особенно при незначительной глубине полости. Возможно со­хранение эмали, лишенной подлежащего денти­на, что связано с достаточно большой толщиной слоя эмали, особенно в области бугров моляров (Приложение 7).

***Алгоритм и особенности изготовления вкладки***

Показаниями к изготовлению вкладок при кариесе дентина являются полости классов I и II по Блеку. Вкладки могут изготавливаться как из металлов, так и из керамики и композитных материалов. Вкладки позволяют восстановить анатомическую форму, функцию зуба, предуп­редить развитие патологического процесса, обеспечить эстетику зубного ряда.

Противопоказаниями к применению вкладок при кариесе дентина являются поверхности зу­бов, малодоступные для формирования полостей под вкладки и зубы с неполноценной, хрупкой эмалью.

Вопрос о методе лечения вкладкой либо ко­ронкой при кариесе дентина может решаться только после удаления всех некротизированных тканей.

Вкладки изготавливают в несколько посе­щений.

*Первое посещение*

Во время первого посещения проводится формирование полости. Полость под вкладку формируется после удаления пораженных кариесом некротизированных и пигментированных тканей. Она должна отвечать следующим тре­бованиям:

— быть ящикообразной;

— дно и стенки полости должны выдерживать жевательное давление;

— форма полости должна обеспечивать удержа­ние вкладки от смещения в любых направ­лениях;

— для точного краевого прилегания, обеспечи­вающего герметизм, следует формировать скос (фальц) в пределах эмали под углом 45° (при изготовлении цельнолитых вкладок).

Препарирование полости проводят под мест­ной анестезией.

После формирования полости производится моделирование вкладки в полости рта или полу­чают оттиск.

При моделировании восковой модели вклад­ки обращают внимание на точность подгонки восковой модели по прикусу с учетом не только центральной окклюзии, но и всех движений нижней челюсти, на исключение возможности образования ретенционных участков, на прида­ние внешним поверхностям восковой модели правильной анатомической формы. При моде­лировании вкладки в полости класса II исполь­зуют матрицы для предотвращения поврежде­ний межзубного десневого сосочка.

При изготовлении вкладок непрямым мето­дом проводится получение оттисков. Получение оттиска после одонтопрепарирования на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта. Используются сили­коновые двухслойные и альгинатные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Реко­мендуется края ложек перед получением отти­сков окантовывать узкой полоской лейкопласты­ря для лучшей ретенции оттискного материала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. Пос­ле выведения ложек из полости рта производит­ся контроль качества оттисков.

В случае применения метода ретракции дес­ны при получении оттисков уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма) нельзя применять для ретракции десны вспомогательные средства, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные таки­ми составами).

При изготовлении керамических или компо­зитных вкладок проводят определение цвета.

После моделирования вкладки или получения оттисков для ее изготовления отпрепарированная полость зуба закрывается временной пломбой.

*Следующее посещение*

После изготовление вкладки в зуботехнической лаборатории производят припасовку вкладки. Обращают внимание на точность крае­вого прилегания, отсутствие зазоров, окклюзионные контакты с зубами антагонистами, аппроксимальные контакты, цвет вкладки. При необходимости проводят коррекцию.

При изготовлении цельнолитой вкладки пос­ле ее полировки, а при изготовлении керамиче­ской или композитной вкладок — после глазу­рования проводят фиксацию вкладки на посто­янный цемент.

Пациента инструктируют по поводу правил пользования вкладкой и указывают на необхо­димость регулярного посещения врача 1 раз в полгода.

***Алгоритм и особенности изготовления микропротезов (виниров)***

Под винирами в целях данного протокола сле­дует понимать фасеточные облицовки, изготавли­ваемые на фронтальные зубы верхней челюсти.

Особенности изготовления виниров:

— виниры устанавливаются только на фрон­тальные зубы с целью восстановления эсте­тики зубного ряда;

— виниры изготавливаются из стоматологической керамики или композитных материалов;

— при изготовлении виниров препарирование тканей зуба проводится только в пределах эмали, при этом сошлифовывают пигменти­рованные участки;

— виниры изготавливаются с перекрытием ре­жущего края зуба или без перекрытия.

*Первое посещение*

При принятии решения об изготовлении винира на том же приеме приступают к лечению.

**Подготовка к препарированию**

Для подтверждения решения сохранить ви­тальную пульпу зуба проводится электроодонтодиагностика до начала всех лечебных мероприятий.

**Препарирование опорных зубов**

Препарирование зуба под винир производится под местной анестезией.

При препарировании следует обращать осо­бое внимание на глубину: сошлифовывают 0,3—0,7 мм твердых тканей. Перед началом ос­новного препарирования целесообразно провес­ти ретракцию десны и маркировку глубины пре­парирования с использованием специального маркировочного бора (диска) размером 0,3—0,5 мм. Необходимо обращать внимание на сохранение апроксимальных контактов, из­бегать препарирования в пришеечной области.

Получение оттиска с отпрепарированного зу­ба проводится на том же приеме. Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков окантовывать узкой полоской лейкоп­ластыря для лучшей ретенции оттискного мате­риала. Желательно использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков на ложке. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков (точ­ность отображения анатомического рельефа, от­сутствие нор и пр.).

Для фиксации правильного соотношения зубных рядов в положении центральной окклю­зии применяются гипсовые или силиконовые блоки. Проводится определение цвета винира.

Отпрепарированные зубы покрываются вре­менными винирами, изготовленными из компо­зитного материала или пластмассы, которые фиксируют на временный кальций-содержащий цемент.

*Следующее посещение*

**Наложение и припасовка винира**

Особое внимание необходимо обращать на точность прилегания краев винира к твердым тка­ням зуба, проверяют отсутствие зазоров между виниром и зубом. Обращают внимание на аппроксимальные контакты, на окклюзионные кон­такты с зубами-антагонистами. Особо тщательно выверяют контакты во время сагиттальных и трансверзальных движений нижней челюсти. При необходимости проводится коррекция.

Проводится фиксация винира на постоянный цемент или композитный материал для цемен­тирования двойного отверждения. Обращать внимание на соответствие цвета цемента цвету винира. Пациента инструктируют по поводу пра­вил пользования виниром и указывают на необ­ходимость регулярного посещения врача 1 раз в полгода.

***Алгоритм и особенности изготовления цельнолитой коронки***

Показанием к изготовлению коронок являет­ся значительное поражение окклюзионной или режущей поверхности зубов при сохраненной витальной пульпы. Коронки изготавливаются на зубы после проведения лечения кариеса ден­тина пломбированием. Цельнолитые коронки при кариесе дентина изготавливают на любые зубы для восстановления анатомической формы и функции, а также для предупреждения даль­нейшего разрушения зуба. Коронки изготавли­ваются в несколько посещений.

Особенности изготовления цельнолитых ко­ронок:

— при протезировании моляров рекомендуется использование цельнолитой коронки или ко­ронки с металлической окклюзионной по­верхностью;

— при изготовлении цельнолитой металлокерамической коронки моделируется оральная гирлянда (металлический кантик по краю коронки);

— пластмассовая (по потребности — керамиче­ская) облицовка производится в области фронтальных зубов на верхней челюсти лишь до 5 зуба включительно и на нижней челюсти до 4 зуба включительно, далее — по потребности;

— при изготовлении коронок на зубы-антаго­нисты необходимо соблюдать определенную последовательность:

• первым этапом является одновременное изготовление временных капп на подле­жащие протезированию зубы обеих че­люстей с максимальным восстановлением окклюзионных соотношений и обязатель­ным определением высоты нижнего отде­ла лица, эти каппы должны как можно точнее воспроизводить конструкцию буду­щих коронок;

• сначала изготавливают постоянные ко­ронки на зубы верхней челюсти;

• после фиксации коронок на зубы верхней челюсти изготавливают постоянные ко­ронки на зубы нижней челюсти.

*Первое посещение*

После диагностических исследований, необ­ходимых подготовительных лечебных мероп­риятий и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

**Подготовка к препарированию**

Для определения жизнеспособности пульпы протезируемых зубов проводится электроодонтометрия до начала лечебных мероприятий.

Перед началом препарирования получают оттиски для изготовления временных пластмас­совых коронок (капп).

**Препарирование зубов под коронки**

Вид препарирования выбирается в зависи­мости от вида будущих коронок и групповой принадлежности протезируемых зубов. При препарировании нескольких зубов следует обра­щать особое внимание на параллельность клини­ческих осей культей зубов после препарирования.

Препарирование зубов с витальной пульпой проводится под местной анестезией. Получение оттиска с отпрепарированных зубов на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта при препарировании. Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек пе­ред получением оттиска окантовывать узкой по­лоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. Желательно использо­вать специальный клей для фиксации силико­новых оттисков на ложке. После выведения ло­жек из полости рта производится контроль ка­чества оттисков.

В случае применения метода ретракции десны при получении оттиска уделяется внимание сома­тическому статусу пациента. При наличии в анам­незе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма) нель­зя применять для ретракции десны вспомогатель­ные средства, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами).

Для фиксации правильного соотношения зубных рядов в положении центральной окклюзии применяются гипсовые или силиконовые блоки.

При изготовленных временных капп прово­дится их припасовка, при необходимости — пе­ребазировка и фиксация на временный кальцийсодержащий цемент.

Для предотвращения развития воспалитель­ных процессов в тканях краевого пародонта после препарирования назначается противовос­палительная регенерирующая терапия (полос­кание полости рта настойкой коры дуба, а так же настоями ромашки, шалфея и др., при не­обходимости аппликации масляным раствором витамина А или другими средствами, стимулирующими эпителизацию).

*Следующее посещение*

**Получение оттисков**

При изготовлении цельнолитых коронок рекомендуется назначать больного на прием на следующий день или через день после препари­рования для снятия рабочего двухслойного оттиска с отпрепарированных зубов и оттиска о зубов-антагонистов, если они не были сняты в первое посещение.

Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные массы, стандартные от­тискные ложки. Рекомендуется края ложек пе­ред получением оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. Желательно использо­вать специальный клей для фиксации силико­новых оттисков на ложке. После выведения ло­жек из полости рта производится контроль качества оттисков (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор).

В случае применения метода ретракции дес­ны при получении оттисков уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, ар­териальной гипертензии, нарушений сердечного ритма) нельзя применять для ретракции десны вспомогательные средства, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами).

*Следующее посещение*

Наложение и припасовка каркаса цельноли­той коронки. Не ранее, чем через 3 дня после препарирования для исключения травматичекого (термического) повреждения пульпы про­водится повторная электроодонтометрия (воз­можно проведение на следующем посещении).

Особое внимание необходимо обращать на точность прилегания каркаса в пришеечной об­ласти (краевое прилегание). Проверяют отсут­ствие зазора между стенкой коронки и культей зуба. Обращают внимание на соответствие кон­тура края опорной коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель, аппроксимальные контакты, окклюзионные контакты с зубами-антагониста­ми. При необходимости проводится коррекция. В случае если облицовка не предусмотрена, проводится полировка цельнолитой коронки и ее фиксация па временный или постоянный це­мент. Для фиксации коронок следует применять временные и постоянные кальцийсодержащие цементы. Перед фиксацией коронки на посто­янный цемент проводится электроодонтометрия для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы решается вопрос о депульпировании.

Если предусмотрена керамическая или пла­стмассовая облицовка, проводится выбор цвета облицовки.

Коронки с облицовкой на верхней челюсти де­лают до 5-го зуба включительно, на нижней — до 4-го включительно. Облицовки жевательных поверхностей боковых зубов не показаны.

*Следующее посещение*

Наложение и припасовка готовой цельноли­той коронки с облицовкой

Особое внимание следует обращать на точ­ность прилегания коронки в пришеечной облас­ти (краевое прилегание). Проверяют отсутст­вие зазора между стенкой коронки и культей зу­ба. Обращают внимание на соответствие контура края коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десне­вую щель, аппроксимальные контакты, окклю­зионные контакты с зубами-антагонистами.

При необходимости проводится коррекция. При применении металлопластмассовой корон­ки после полировки, а при применении металлокерамической коронки — после глазурования проводится фиксация на временный (на 2—3 нед.) и ли на постоянный цемент. Для фиксации коронок следует применять временные и постоян­ные кальцийсодержащие цементы. Особое внимание при фиксации на временный цемент не­обходимо обращать на удаление остатков цемента из межзубных промежутков.

*Следующее посещение*

**Фиксация на постоянный цемент**

Перед фиксацией коронки на постоянный цемент проводится электроодонтометрия для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы реша­ется вопрос о депульпировании. При витальных зубах для фиксации коронок следует применять постоянные кальцийсодержащие цементы.

Особое внимание при фиксации на постоян­ный цемент необходимо обращать на удаление остатков цемента из межзубных промежутков.

Пациента инструктируют по поводу правил пользования коронкой и указывают на необхо­димость регулярного посещения врача 1 раз в полгода.

***Алгоритм и особенности изготовления штампованной коронки***

Штампованная коронка при правильном из­готовлении полноценно восстанавливает анато­мическую форму зуба и предотвращает развитие осложнений.

*Первое посещение*

После диагностических исследований, необ­ходимых подготовительных лечебных мероп­риятий и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению. Ко­ронки изготавливаются на зубы после проведе­ния лечения кариеса дентина пломбированием.

**Подготовка к препарированию**

Для определения жизнеспособности пульпы опорных зубов проводится электроодонтомет­рия до начала всех лечебных мероприятий.

Перед началом препарирования получают оттиски для изготовления временных пластмас­совых коронок (канн). При невозможности из­готовить временные каппы из-за незначительно­го объема препарирования применяются фторлаки для защиты отпрепарированных зубов.

**Препарирование зубов**

При препарировании следует обращать вни­мание на параллельность стенок отпрепариро­ванного зуба (форма цилиндра). При препари­ровании нескольких зубов следует обращать внимание на параллельность клинических осей культей зубов после препарирования.

Препарирование зубов проводится под мест­ной анестезией.

Получение оттиска с отпрепарированных зу­бов на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта при пре­парировании. При изготовлении штампованных коронок применяются альгинатные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Реко­мендуется края ложек перед получением отти­сков окантовывать узкой полоской лейкоплас­тыря для лучшей ретенции оттискного матери­ала. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества.

Для фиксации правильного соотношения зубных рядов в положении центральной окклю­зии применяются гипсовые или силиконовые блоки.

В случае необходимости определения цент­рального соотношения челюстей изготавливаются восковые базисы с окклюзионными валиками.

При изготовленных временных капп прово­дится их припасовка, при необходимости — пе­ребазировка и фиксация на временный цемент.

Для предотвращения развития воспалитель­ных процессов в тканях краевого пародонта, связанных с травмированием при препарирова­нии, назначается противовоспалительная реге­нерирующая терапия (полоскание полости рта настоем коры дуба, ромашки, шалфея, при не­обходимости — аппликации масляным раство­ром витамина А или другими средствами, сти­мулирующими эпителизацию).

*Следующее посещение*

Проводится получение оттисков, если они не были получены в первое посещение.

Используются альгинатные оттискные мас­сы, стандартные оттискные ложки. Рекоменду­ется края ложек перед получением оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. После выведения ложек из полости рта произ­водится контроль качества оттисков (отображе­ние анатомического рельефа, отсутствие пор).

*Следующее посещение*

Не ранее, чем через 3 дня после препариро­вания для исключения травматического (терми­ческого) повреждения пульпы проводится повторная электроодонтометрия (возможно проведение на следующем посещении).

*Следующее посещение*

**Примерка и припасовка штампованных коронок**

Особое внимание следует обращать на точ­ность прилегания кортики в пришеечной облас­ти (краевое прилегание). Проверяют отсутствие давления коронки на ткани маргинального па­родонта. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, степень погружения края коронки в десневую щель (максимум на 0,3—0,5 мм), аппроксимальные контакты, окклюзионные кон­такты с зубами-антагонистами.

При необходимости проводится коррекция. При использовании комбинированных штампо­ванных коронок (по Белкину) после припасовки коронки получают оттиск культи зуба с по­мощью воска, налитого внутрь коронки. Опре­деляют цвет пластмассовой облицовки. Коронки с облицовкой на верхней челюсти делают до 5-го зуба включительно, на нижней — до 4-го вклю­чительно. Облицовки жевательных поверхно­стей боковых зубов в принципе не показаны. После полировки производится фиксация на по­стоянный цемент.

Перед фиксацией коронки на постоянный цемент проводится электроодонтометрия для выявления воспалительных процессов в пульпе зуба. Для фиксации коронок необходимо применять постоянные кальцийсодержащие цемен­ты. При признаках поражения пульпы решается вопрос о депульпировании.

Особое внимание при фиксации на постоян­ный цемент обращать на удаление остатков це­мента из межзубных промежутков.

Пациента инструктируют по поводу правил пользования коронками и указывают на необ­ходимость регулярного посещения врача 1 раз в полгода.

***Алгоритм и особенности изготовления целънокерамической коронки***

Показанием к изготовлению цельнокерамических коронок является значительное пораже­ние окклюзионной или режущей поверхности зубов при сохраненной витальной пульпе. Ко­ронки изготавливаются на зубы после проведе­ния лечения кариеса дентина пломбированием. Цельно-керамические коронки при кариесе дентина могут изготавливать на любые зубы для восстановления анатомической формы и функ­ции, а также для предупреждения дальнейшего разрушения зуба. Коронки изготавливаются в несколько посещений.

Особенности изготовления цельнокерамических коронок:

- Главной особенностью является необходи­мость препарирования зуба с циркулярным прямоугольным уступом под углом 90е.

- При изготовлении коронок на зубы-антаго­нисты необходимо соблюдать определенную последовательность:

• первым этапом является одновременное изготовление временных капп на подле­жащие протезированию зубы обеих че­люстей с максимальным восстановлением окклюзионных соотношений и обязатель­ным определением высоты нижнего отде­ла лица. Эти каппы должны как можно точнее воспроизводить конструкцию буду­щих коронок;

• поочередно изготавливают постоянные коронки на зубы верхней челюсти;

• после фиксации коронок на зубы верхней челюсти изготавливают постоянные ко­ронки на зубы нижней челюсти;

• при расположении уступа на уровне десневого края или ниже всегда необходимо применять ретракцию десны перед полу­чением оттиска.

*Первое посещение*

После диагностических исследований, необ­ходимых подготовительных лечебных мероп­риятий и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

**Подготовка к препарированию**

Для определения жизнеспособности пульпы протезируемых зубов проводится злектроодонтометрия до начала лечебных мероприятии.

Перед началом препарирования получают оттиски для изготовления временных пластмас­совых коронок (капп).

**Препарирование зубов под целыюкерамические коронки**

Всегда применяется препарирование с пря­моугольным циркулярным уступом под углом 90°. При препарировании нескольких зубов следует обращать особое внимание на параллельность клинических осей культей зубов после препарирования.

Препарирование зубов с витальной пульпой проводится под местной анестезией. Получение оттиска с отпрепарированных зубов на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта при препарировании. Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек пе­ред получением оттиска окантовывать узкой по­лоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. Желательно использо­вать специальный клей для фиксации силико­новых оттисков на ложке. После выведения ло­жек из полости рта производится контроль ка­чества оттисков.

В случае применения метода ретракции дес­ны при получении оттиска уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, ар­териальной гипертеизии, нарушений сердечного ритма) нельзя применять для ретракции десны вспомогательные средства, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные таки­ми составами).

Для фиксации правильного соотношения зубных рядов в положении центральной окклю­зии применяются гипсовые или силиконовые блоки.

При изготовленных временных капп прово­дится их припасовка, при необходимости — пе­ребазировка и фиксация на временный кальцийсодержащий цемент.

Проводится определение цвета будущей ко­ронки.

Для предотвращения развития воспалитель­ных процессов в тканях краевого пародонта после препарирования назначается противовос­палительная регенерирующая терапия (полоска­ние полости рта настойкой коры дуба, ромашки и шалфея, при необходимости — аппликации масляным раствором витамина А или другими средствами, стимулирующими эпителизацию).

*Следующее посещение*

**Получение оттисков**

При изготовлении цельнокерамических коро­нок рекомендуется назначать больного на прием на следующий день или через день после препарирования для получения рабочего двухслойного оттиска с отпрепарированных зубов и оттиска с зубов-антагонистов, если они не были получены в первое посещение. Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные массы, стандартные оттискные ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков окантовы­вать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного материала. Желательно ис­пользовать специальный клей для фиксации си­ликоновых оттисков на ложке. После выведения ложек из полости рта производится контроль ка­чества оттисков (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор).

В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков уделяется внимание сома­тическому статусу пациента. При наличии в анам­незе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма) нельзя применять для ретракции десны вспомогательные средства, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами).

*Следующее посещение*

**Наложение и припасовка цельнокерамической коронки**

Не ранее, чем через 3 дня после препариро­вания для исключения травматического (терми­ческого) повреждения пульпы проводится по­вторная электроодонтометрия (возможно про­ведение на следующем посещении).

Особое внимание необходимо обращать на точность прилегания коронки к уступу в пришеечной области (краевое прилегание).

Проверяют отсутствие зазора между стенкой коронки и культей зуба. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам края уступа, аппроксимальные контакты и окклюзионные контакты с зубами-антагонистами. При необходимости проводится коррекция.

После глазурования проводится фиксация на временный (на 2—3 нед.) или на постоянный цемент. Для фиксации коронок следует применять временные и постоянные кальцийсодержащие цементы. Особое внимание при фиксации на временный цемент необходимо обращать на удаление остатков цемента из межзубных промежутков.

*Следующее посещение*

**Фиксация на постоянный цемент**

Перед фиксацией коронки на постоянный цемент проводится электроодонтометрия для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы решается вопрос о депульпировании. При витальных зубах для фиксации коронок следует применять постоянные кальцийсодержащие цементы.

Особое внимание при фиксации на постоянный цемент обращать на удаление остатков цемента из межзубных промежутков.

Пациента инструктируют по поводу правил пользования коронкой и указывают на необходи­мость регулярного посещения врача 1 раз в полгода.

**6.2.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-ноликлинической**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование группы | Кратность (продолжительность лечения) |
| Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, сред­ства для лечения ревматических заболеваний и подагры | Согласно алгоритму |
| Витамины | Согласно алгоритму |
| Средства, влияющие на кровь | По потребности |
| Местные анестетики | Согласно алгоритму |

**6.2.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов**

Применение местных противовоспалитель­ных и эпителизирующих средств показано при механической травме слизистой обо­лочки.

***Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры***

Назначают полоскания или ванночки отвара­ми одного из препаратов: *коры дуба, цветков ромашки, шалфея* 3—4 раза в день 3—5 дней (уровень убедительности доказательств С). Ап­пликации на пораженные участки *маслом об­лепихи* — 2—3 раза в день по 10—15 минут (уровень убедительности доказательств С).

***Витамины***

Применяются аппликации на пораженные участки масляным раствором *ретинола* — 2—3 раза в день по 10—15 мин. 3—5 дней (уровень убедительности доказательств С).

***Средства, влияющие на кровь***

*Гемодиализат депротеинизированный* — адгезивная паста для полости рта — 3—5 раз в сутки на пораженные участки 3—5 дней (уро­вень убедительности доказательств С).

***Местные анестетики***

Перед препарированием проводится анесте­зия (аппликационная, инфильтрационная, про­водниковая) по показаниям. Перед проведе­нием анестезии место вкола обрабатывается местными анестетиками *(лидокаин, артикаин, мепивакаин* и др.).

**6.2.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации**

Пациенты должны посещать специалиста один раз в полгода для наблюдения.

**6.2.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам**

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

**6.2.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям**

Специальных требований нет.

**6.2.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Протокола**

См. Приложение 3.

**6.2.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи**

См. Приложение 4.

**6.2.14. Правила изменения требований при выполнении Протокола и прекращении действия требований Протокола**

При выявлении в процессе диагностики при­знаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в протокол ведения больных, соответствующий вы­явленным заболеваниям и осложнениям.

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

а) раздела этого протокола ведения больных, соответствующего ведению кариеса эмали;

б) протокола ведения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

**6.2.15. Возможные исходы и их характеристики**

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

**6.2.16. Стоимостные характеристики Протокола**

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

**6.3. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА**

**Нозологическая форма:** кариес цемента

**Стадия:** любая

**Фаза:** стабилизация процесса

**Осложнения:** без осложнений

**Код по МКБ-10:** *К02.2*

**6.3.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента**

— Пациенты с постоянными зубами.

— Здоровые пульпа и периодонт зуба.

— Наличие кариозной полости, расположенной в пришеечной области.

— Наличие размягченного дентина.

— При зондировании кариозной полости отме­чается кратковременная болезненность.

— Боли от температурных, химических и меха­нических раздражителей, исчезающие после прекращения раздражения.

— Здоровые пародонт и слизистая оболочка рта.

— Отсутствие самопроизвольных болей на мо­мент осмотра и в анамнезе.

— Отсутствие болезненности при перкуссии зуба.

— Отсутствие некариозных поражений твердых тканей зуба.

**6.3.2. Порядок включения пациента в Протокол**

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

**6.3.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код | Название | Кратность выполнения |
| А01.07.001 | Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта | 1 |
| А01.07.002 | Визуальное исследование при патологии полости рта | 1 |
| А01.07.005 | Внешний осмотр челюстно-лицевой области | 1 |
| А02.07.001 | Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов | 1 |
| А02.07.002 | Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда | 1 |
| А02.07.007 | Перкуссия зубов | 1 |
| А12.07.003 | Определение индексов гигиены полости рта | 1 |
| А12.07.004 | Определение пародонтальных индексов | 1 |
| А02.07.006 | Определение прикуса | Согласно алгоритму |
| А02.07.005 | Термодиагностика зуба | По потребности |
| А03.07.003 | Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации | По потребности |
| А06.07.003 | Прицельная внутриротовая контактная рентгенография | По потребности |
| А06.07.010 | Радиовизиография челюстно-лицевой области | По потребности |

**6.3.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий**

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

С этой целью всем пациентам обязательно производят сбор анамнеза, осмотр полости рта и

зубов, а также другие необходимые исследова­ния, результаты которых заносят в медицин­скую карту стоматологического больного (фор­ма 043/у).

*Сбор анамнеза*

При сборе анамнеза выясняют наличие жалоб на характер боли от раздражителей, аллер­гический анамнез, наличие соматических заболеваний. Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области конкретного зуба, жалобы на застревание пищи, как давно они появились, когда пациент обратил внимание на них. Выясняют профессию пациента, осуществ­ляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта, время последнего посеще­ния врача-стоматолога.

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

При осмотре полости рта оценивают состоя­ние зубных рядов, обращая внимание на наличие пломб, степень их прилегания, наличие дефектов твердых тканей зубов, количество удаленных зу­бов. Определяют интенсивность кариеса (индекс КПУ — кариес, пломба, удален), индекс гигиены. Обращают внимание на состояние слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

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

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

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

Обращают внимание на то, чтобы зондирование проводилось без сильного давления. Выявля­ют наличие пятен на видимых поверхностях зу­бов, площадь, форму краев, текстуру поверхно­сти, плотность, симметричность и множествен­ность очагов поражения с целью установления степени выраженности заболевания и скорости развития процесса, динамики заболевания, а также дифференциальной диагностики с нека­риозными поражениями. При зондировании вы­явленной кариозной полости обращают внима­ние на ее форму, локализацию, величину, глу­бину, наличие размягченных тканей, изменение их цвета, болезненность или наоборот отсутст­вие болевой чувствительности. Особо тщательно обследуют апроксимальные поверхности зуба.

Проводится термодиагностика.

Перкуссия используется для исключения ос­ложнений кариеса.

Для подтверждения диагноза проводят рент­генографию.

**6.3.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код | Название | Кратность выполнения |
| А13.31.007 | Обучение гигиене полости рта | 1 |
| А16.07.002 | Восстановление зуба пломбой | 1 |
| А16.07.055 | Профессиональная гигиена полости рта и зубов | 1 |
| А14.07.004 | Контролируемая чистка зубов | Согласно алгоритму |
| А25.07.001 | Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов | Согласно алгоритму |
| А25.07.002 | Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов | Согласно алгоритму |

**6.3.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи**

Немедикаментозная помощь направлена на предупреждение развития кариозного процесса и включает два основных компонента: обеспе­чение надлежащей гигиены полости рта и плом­бирование кариозного дефекта.

Лечение кариеса цемента пломбированием позволяет добиться компенсации функции и стабилизации (уровень убедительности доказа­тельств А).

***Алгоритм обучения гигиене полости рта***

*Первое посещение*

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

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

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

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

Длительность чистки составляет 3 минуты.

Для качественной чистки контактных по­верхностей зубов необходимо использовать зуб­ные нити.

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

*Второе посещение*

С целью закрепления полученных навыков проводится контролируемая чистка зубов.

***Алгоритм контролируемой чистки зубов***

*Первое посещение*

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

— Чистка зубов пациентом в его обычной ма­нере.

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

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

*Следующие посещения*

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

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

***Алгоритм профессиональной гигиены полости рта и зубов***

Этапы профессиональной гигиены:

— обучение пациента индивидуальной гигиене полости рта;

— удаление над- и поддесневых зубных отложе­ний;

— полировка поверхностей зубов, в том числе и поверхностей корней;

— устранение факторов, способствующих скоп­лению зубного начета;

— аппликации реминерализирующих и фторидсодержащих средств (за исключением райо­нов с высоким содержанием фтора в питье­вой воде);

— мотивация пациента к профилактике и лече­нию стоматологических заболеваний.

Процедура проводится в одно посещение.

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

— удаление зубного камня проводить с аппли­кационным обезболиванием;

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

— изолировать обрабатываемые зубы от слюны;

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

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

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

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

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

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

***Алгоритм и особенности пломбирования***

При кариесе цемента (как правило, полости V класса) пломбирование проводят в одно или несколько посещений. После диагностических исследований и принятия решения о лечении на том же приеме приступают к лечению.

Перед началом препарирования обязательно определяют глубину распространения процесса под десну, при необходимости направляют па­циента на коррекцию (иссечение) слизистой оболочки десневого края для раскрытия опера­ционного поля и удаление участка гипертрофи­рованной десны. В этом случае лечение прово­дится в 2 и более посещений, т. к. после вме­шательства полость закрывают временной пломбой, в качестве материала для временной пломбы применяют цемент или масляный ден­тин до заживления тканей десневого края. За­тем проводят пломбирование.

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

Общие требования к препарированию по­лостей:

— обезболивание;

— максимальное удаление патологически из­мененных тканей зуба;

— возможно полное сохранение интактных тка­ней зуба;

— формирование полости.

Форма полости должна быть округлой. Если полость очень мала, допустимо щадящее препа­рирование шаровидными борами без создания ретенционных зон (уровень убедительности до­казательств В).

Для пломбирования дефектов применяются амальгамы, стеклоиономерные цементы и компомеры.

У пациентов, пренебрегающих гигиеной по­лости рта, рекомендуется использовать стеклоио­номерные (полиалкенатные) цементы, обеспечивающие долговременное фторирование тканей зу­ба посте пломбировании и обладающие приемлемыми эстетическими характеристиками. У пациентов пожилого и преклонного возраста, особенно при явлениях ксеростомии (снижено слюноотделение), следует применять амальгаму или стеклоиономеры. Так же возможно исполь­зование компомеров, обладающих преимущества­ми стеклоиономеров и высокой эстетичностью. Композитные материалы показаны при пломби­ровании дефектов в тех случаях, когда эстетика улыбки очень важна (см. Приложение 7).

Пациентов назначают на прием к врачу ми­нимум один раз в полгода для проведения про­филактических осмотров.

**Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование группы | Кратность (продолжительность лечения) |
| Местные анестетики | Согласно алгоритму |

**Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов**

*Местные анестетики*

Перед препарированием проводится анесте­зия (аппликационная, инфильтрационная, про­водниковая) по показаниям. Перед проведе­нием анестезии место вкола обрабатывается местными анестетиками *(лидокаин, артикаин, мепивакаин* и др.).

**6.3.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации**

Пациенты должны посещать специалиста один раз в полгода для проведения профилак­тических осмотров и обязательно для полировки композитных пломб.

**6.3.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам**

Специальных требований нет

**6.3.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям**

Специальных требований нет.

**6.3.12. Форма добровольного информированного согласия пациента при выполнении Протокола**

См. Приложение 3.

**6.3.13. Дополнительная информация** для **пациента и членов его семьи**

См. Приложение 4.

**6.3.14. Правила изменения требований при выполнении Протокола и прекращении действия требований**

**Протокола**

При выявлении в процессе диагностики при­знаков, требующих проведения подготовитель­ных мероприятий к лечению, пациент переводится в протокол ведения больных, соответст­вующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

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

а) раздела этого протокола ведения больных, соответствующего ведению кариеса эмали;

б) протокола ведения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

**6.3.15. Возможные исходы и их характеристики**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование исхода | Частота развития, % | Критерии и признаки | Ориентировочное вре­мя достижения исхода | Преемственность и этапного оказания медицинской помощи |
| Компенсация функции | 40 | Восстановление ана­томической формы и функции зуба | Непосредственно после лечения | Динамическое наблюдение 2 раза в год |
| Стабилизация | 15 | Отсутствие рецидива и осложнений | Непосредственно после лечения | Динамическое наблюдение 2 раза в год |
| Развитие ятро-генных ослож­нений | 25 | Появление новых по­ражений или ослож­нений, обусловлен­ных проводимой тера­пией (например, ал­лергические реакции) | На любом этапе | Оказание медицинской помо­щи по протоколу соответствую­щего заболевания |
| Развитие ново го заболева­ния, связанно­го с основным | 20 | Рецидив кариеса, его прогрессирование | Через 6 мес после окон­чания лечения при от­сутствии динамическо­го наблюдения | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания |

**6.3.16. Стоимостные характеристики Протокола**

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

**6.4. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА**

**Нозологическая форма:** приостановивший­ся кариес зубов

**Стадия:** любая

Фаза: стабилизация процесса

**Осложнения:** без осложнений

**Код по МКБ-10:** *К02.3*

**6.4.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента**

— Пациенты с постоянными зубами.

— Наличие темного пигментированного пятна.

— Отсутствие некариозных болезней твердых тканей зубов.

— Очаговая деминерализация эмали, при зон­дировании определяется гладкая или шеро­ховатая поверхность эмали зуба.

— Зуб со здоровой пульной и периодонтом.

— Здоровые пародонт и слизистая оболочка рта.

**6.4.2. Порядок включения пациента в Протокол**

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

**6.4.3. Требования к диагностике амбулаторио-поликлинической**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код | Название | Кратность выполнения |
| А01.07.001 | Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта | 1 |
| А0 1.07.002 | Визуальное исследование при патологии полости рта | 1 |
| А01.07.005 | Внешний осмотр челюстно-лицевой области | 1 |
| А02.07.001 | Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов | 1 |
| А02.07.002 | Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда | 1 |
| А02.07.007 | Перкуссия зубов | 1 |
| А02.07.005 | Термодиагностика зуба | По потребности |
| А02.07.006 | Определение прикуса | По потребности |
| А0З.07.003 | Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств луче­вой визуализации | По потребности |
| А05.07.001 | Электроодонтометрия | По потребности |
| А06.07.003 | Прицельная внутриротовая контактная рентгенография | По потребности |
| [A06.07.010](http://A06.07.010) | Радиовизиография челюстно-лицевой области | По потребности |
| А12.07.003 | Определение индексов гигиены полости рта | Согласно алгоритму |
| A12.07.004 | Определение пародонтальных индексов | По потребности |

**6.4.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий**

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

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

Основным дифференциальным диагностиче­ским признаком является цвет пятна: пигмен­тированное и не окрашивается метиленовым си­ним, в отличие от «белого (мелового) пятна», ко­торое окрашивается.

***Сбор анамнеза***

При сборе анамнеза выясняют наличие жа­лоб на боль от химических и температурных раздражителей, аллергический анамнез, нали­чие соматических заболеваний. Целенаправлен­но выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области конкретного зуба, жалобы на застрева­ние пищи, удовлетворенность пациента внеш­ним видом зуба, сроки появления жалоб, когда пациент обратил внимание на появление дискомфорта. Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта, профессию пациента, регионы его рождения и проживания (эндемические районы флюороза).

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

При осмотре полости рта оценивают состояние зубных рядов, обращая внимание на интенсив­ность кариеса (наличие пломб, степень их приле­гания, наличие дефектов твердых тканей зубов, количество удаленных зубов). Определяют со­стояние слизистой оболочки полости рта, еецвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

Обследованию подлежат все зубы, начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчива­ют правыми нижними молярами. Детально об­следуют все поверхности каждого зуба, обраща­ют внимание на цвет, рельеф эмали, наличие

налета, наличие пятен и их состояние после высушивания поверхности зубов, дефектов.

Обращают внимание на наличие матового и/или пигментированного пятна на видимых поверхностях зуба, площадь, форму краев, текстуру поверхности, плотность, симметрич­ность и множественность очагов поражения с целью установления степени выраженности за­болевания и скорости развития процесса, дина­мики заболевания, а также дифференциальной диагностики с некариозными поражениями. Для подтверждения диагноза может применять­ся люминесцентная стоматоскопия.

*Термодиагностика* применяется для выявления болевой реакции и уточнения диагноза.

*Перкуссия* используется для исключения осложнений кариеса.

*Индексы гигиены полости рта определя­ют* до лечения и после обучения гигиене полос­ти рта, с целью контроля.

**6.4.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код | Название | Кратность выполнения |
| А13.31.007 | Обучение гигиене полости рта | 1 |
| А14.07.004 | Контролируемая чистка зубов | 1 |
| А16.07.055 | Профессиональная гигиена полости рта и зубов | 1 |
| [A11.07.013](http://All.07.013) | Глубокое фторирование твердых тканей зубов | Согласно алгоритму |
| А16.07.002 | Восстановление зуба пломбой | По потребности |
| А16.07.061 | Запечатывание фиссуры зуба герметиком | По потребности |
| А25.07.001 | Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов | Согласно алгоритму |
| А25.07.002 | Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов | Согласно алгоритму |

**6.4.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи**

Лечение приостановившегося кариеса неза­висимо от локализации кариозной полости включает:

— при распространенности пятна менее 4 мм2 по окклюзионной поверхности или одной трети контактной поверхности — апплика­ция фторсодержащих препаратов и динами­ческое наблюдение;

— при невозможности динамического наблюде­ния за развитием процесса или при распро­страненности поражения более 4 мм — со­здание полости и пломбирование.

Немедикаментозная помощь направлена на предупреждение развития кариозного процесса и включает два основных компонента: обеспечение надлежащей гигиены полости рта и при необхо­димости, пломбирование кариозного дефекта.

Реминерализирующая терапия и, при необ­ходимости, лечение пломбированием позволяют обеспечить стабилизацию (уровень убедитель­ности доказательств В).

***Алгоритм обучения гигиене полости рта***

*Первое посещение*

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

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

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

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

Длительность чистки составляет 3 мин.

Для качественной чистки контактных по­верхностей зубов необходимо использовать зуб­ные нити.

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

*Второе посещение*

С целью закрепления полученных навыков проводится контролируемая чистка зубов.

***Алгоритм контролируемой чистки зубов***

*Первое посещение*

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

— Чистка зубов пациентом в его обычной ма­нере.

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

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

*Следующие посещения*

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

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

***Алгоритм профессиональной гигиены полости рта и зубов***

Этапы профессиональной гигиены:

— обучение пациента индивидуальной гигиене полости рта;

— удаление над- и поддесневых зубных отложе­ний;

— полировка поверхностей зубов, в том числе и поверхностей корней;

— устранение факторов, способствующих скоп­лению зубного налета;

— аппликации реминерализирующих и фторидсодержащих средств (за исключением райо­нов с высоким содержанием фтора в питье­вой воде);

— мотивация пациента к профилактике и лече­нию стоматологических заболеваний.

Процедура проводится в одно посещение.

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

— удаление зубного камня проводить с аппли­кационным обезболиванием;

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

— изолировать обрабатываемые зубы от слюны;

— обратить внимание, что рука, удерживающая инструмент, должна быть фиксирована на подбородке пациента или соседних зубах, тер­минальный стержень инструмента располага­ется параллельно оси зуба, основные движе­ния — рычагообразные и соскабливающие — должны быть плавными, не травмирующими. В области металлокерамических, керамиче­ских, композитных реставраций, имплантатов (при обработке последних используются плас­тиковые инструменты) применяется ручной способ удаления зубных отложений.

Ультразвуковые аппараты не следует исполь­зовать у пациентов с респираторными, инфек­ционными заболеваниями и находящихся на ме­дикаментозном режиме по контролю электро­литного баланса, а также у больных с кардиостимулятором.

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

Обращают внимание на необходимость уст­ранения факторов, способствующих скоплению зубного налета: удаляют нависающие края Пломб, проводят повторную полировку пломб.

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

***Запечатывание фиссуры зуба герметиком***

Для предотвращения развития кариозного процесса проводится запечатывание фиссур зу­бов герметиком при наличие глубоких, узких (выраженных) фиссур.

***Алгоритм и особенности пломбирования***

*Первое посещение*

Лечение проводят в одно посещение.

 Создают полость, удаляя пигментированные деминерализованные ткани. Обращают внимание на то, чтобы полость была сформирована в пределах эмали. Если для фиксации пломбы не­обходимо превентивное расширение полости, допускается переход эмалево-дентинной грани­цы. При лечении жевательных зубов формирование полости проводят в контурах естественных фиссур. Проводят финирование краев по­лости, ее промывание и высушивание перед пломбированием. Затем проводят пломбирова­ние. Обращают внимание на обязательное вос­становление анатомической формы зуба, выверяют окклюзионные и апроксимальные контакты (см. Приложение 7).

**6.4.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование группы | Кратность (продолжительность лечения) |
| Средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта | Согласно алгоритму |

**6.4.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов**

Основным методом лечения приостановившего­ся кариеса при наличии пигментированного пятна является фторирование твердых тканей зуба.

*Фторирование твердых тканей зубов*

Аппликации 1—2 % раствором фторида нат­рия осуществляются в каждое 3-е посещение.

после аппликации реминерализующим раствором на очищенной и высушенной поверхности зуба в течение 2—3 мин.

Покрытие зубов *фторлаком,* как аналога 1—2 % раствора *фторида натрия,* осуществ­ляется в каждое 3-е посещение после аппликации реминерализующим раствором, на высу­шенной поверхности зуба. После аппликации пациенту не рекомендуют принимать пищу в те­чение 2-х часов и чистить зубы в течение 12 час. Критерием эффективности фторирования является стабильное состояние размера пятна.

**6.4.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации**

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

**6.4.10. Требования к уходу за пациентом** и **вспомогательным** процедурам

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

**6.4.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям**

После завершения каждой лечебной проце­дуры рекомендуется не принимать нишу и не полоскать рот в течение 2 ч.

Ограничение потребления пищевых продук­тов и напитков с низкими значениями рН (соки, тонизирующие напитки, йогурты) и тщательное полоскание рта после их приема. Ограничение пребывания углеводов в полости рта (сосатель­ные, жевательные конфеты).

**6.4.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Протокола**

**См. Приложение 3.**

**6.4.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи**

**См. Приложение 4.**

**6.4.14. Правила изменения требований при выполнении Протокола и прекращении действия требований**

**Протокола**

При выявлении в процессе диагностики при­знаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент перево­дится в протокол ведения больных, соответст­вующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

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

а) раздела этого протокола ведения больных, соответствующего ведению кариеса эмали;

б) протокола ведения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

**6.4.15. Возможные исходы и их характеристики**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование исхода | Частота раз­вития, % | Критерии и признаки | Ориентировочное время достижения исхода | Преемственность и этапность оказания медицинской помощи |
| Компенсация функции | 30 | Восстановление внеш­него вида зуба | 2 мес при реминерализации, при пломбировании непосредственно после лечения | Динамическое наблюдение 2 раза в год |
| Стабилизация | 50 | Отсутствие как поло­жительной, так и отрицательной динамики | 2 мес при реминерализации, при пломбировании непосредственно после лечения | Динамическое наблюдение 2 раза в год |
| Развитие ятро-генных ослож­нений | 10 | Появление новых пора­жений или осложне­ний, обусловленных проводимой терапией (например, аллергиче­ские реакции) | На этапе лечения зуба | Оказание медицинской помо­щи по протоколу соответствую­щего заболевания |
| Развитие ново­го заболевания, связанного с ос­новным | 10 | Рецидив кариеса, его прогрессирование | Через 6 мес после окон­чания лечения и при от­сутствии динамического наблюдения | Оказание медицинской помо­щи по протоколу соответствую­щего заболевания |

**6.4.16. Стоимостные характеристики Протокола**

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

**VII. ГРАФИЧЕСКОЕ, СХЕМАТИЧЕСКОЕ И ТАБЛИЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ПРОТОКОЛА**

Не требуется.

**VIII. МОНИТОРИРОВАНИЕ**

КРИТЕРИИ И МЕТОДОЛОГИЯ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОТОКОЛА

Мониторирование проводится на всей терри­тории Российской Федерации.

Перечень медицинских учреждений, в кото­рых проводится мониторирование данного доку­мента, определяется ежегодно учреждением, от­ветственным за мониторирование. Медицин­ская организация информируется о включении в перечень по мониторированию протокола письменно. Мониторирование включает в себя:

— сбор информации: о ведении пациентов с ка­риесом зубов в лечебно-профилактических учреждениях всех уровней;

— анализ полученных данных;

— составление отчета о результатах проведен­ного анализа;

— представление отчета группе разработчиков Протокола в Отдел стандартизации в здраво­охранении Института общественного здоровья и управления здравоохранения Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова.

Исходными данными при мониторировании являются:

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

— тарифы на медицинские услуги;

— тарифы на стоматологические материалы и лекарственные средства.

При необходимости при мониторировании Протокола могут быть использованы иные доку­менты.

В лечебно-профилактических учреждениях, определенных перечнем по мониторированию, раз в полгода на основании медицинской доку­ментации составляется карта пациента (Прило­жение 5) о лечении пациентов с кариесом зу­бов, соответствующих моделям пациента в дан­ном протоколе.

В анализируемые в процессе мониторинга показатели входят: критерии включения и иск­лючения из Протокола, перечни медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортимента, перечни лекарственных средств обяза­тельного и дополнительного ассортимента, исхо­ды заболевания, стоимость выполнения меди­цинской помощи по Протоколу и др.

ПРИНЦИПЫ РАНДОМИЗАЦИИ

В данном Протоколе рандомизация (лечеб­ных учреждений, пациентов и т. д.) не предус­мотрена.

ПОРЯДОК ОЦЕНКИ И ДОКУМЕНТИРОВАНИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ И РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ

Информация о побочных эффектах и ослож­нениях, возникших в процессе диагностики и лечения больных, регистрируется в карте пациента (см. Приложение 5).

ПОРЯДОК ИСКЛЮЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА ИЗ МОНИТОРИРОВАНИЯ

Пациент считается включенным в монито­рирование при заполнении на него Карты па­циента. Исключение из мониторирования проводится в случае невозможности продол­жения заполнения Карты (например, неявка на врачебный прием) (см. Приложение 5). В этом случае Карта направляется в учрежде­ние, ответственное за мониторирование, с от­меткой о причине исключения пациента из Протокола.

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ОЦЕНКА И ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРОТОКОЛ

Оценка выполнения Протокола проводится один раз в год по результатам анализа сведений, полученных при мониторировании.

Внесение изменений в Протокол проводится в случае получения информации:

а) о наличии в Протоколе требований, наносящих урон здоровью пациентов,

б) при получении убедительных данных о не­обходимости изменений требований Протокола обязательного уровня.

Решение об изменениях принимается груп­пой разработчиков. Введение изменений требо­ваний Протокола в действие осуществляется Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в установлен­ном порядке.

ПАРАМЕТРЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПРОТОКОЛА

Для оценки качества жизни пациента с кари­есом зубов, соответствующей моделям Протокола, используют аналоговую шкалу (Приложение 6).

ОЦЕНКА СТОИМОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОТОКОЛА И ЦЕНЫ КАЧЕСТВА

Клинико-экономический анализ проводится со­гласно требованиям нормативных документов.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

При мониторировании Протокола ежегодно проводится сравнение результатов выполнения его требований, статистических данных, пока­зателей деятельности лечебно-профилактиче­ских учреждений.

ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ ОТЧЕТА

В ежегодный отчет о результатах мониторирования включаются количественные результа­ты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, пред­ложения по актуализации Протокола.

Отчет представляется в Министерство здра­воохранения и социального развития Россий­ской Федерации учреждением, ответственным за мониторирование данного Протокола. Ре­зультаты отчета могут быть опубликованы в от­крытой печати.

**Приложение 1**

к Протоколу ведения больных «Кариес зубов»

**ПЕРЕЧЕНЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ И ИНСТРУМЕНТОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ РАБОТЫ ВРАЧА ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ АССОРТИМЕНТ**

1. Набор инструментов стоматологических (лоток, зеркало, шпатель, пинцет стоматологический, зонд стоматологический, экскаваторы, гладилки, штопферы)

2. Стекла стоматологические для замешивания

3. Набор инструментов для работы с амальгамами

4. Набор инструментов для работы с komi книгам и

5. Артикуляционная бумага

6. Турбинный наконечник

7. Прямой наконечник

8. Угловой наконечник

9. Стальные боры для углового наконечника

10. Алмазные боры для турбинного наконечника для препарирования твердых тканей зубов

11. Алмазные боры для углового наконечника для препарирования твердых тканей зубов

12. Твердосплавные боры для турбинного наконечни­ка

13. Твердосплавные боры для углового наконечника

14. Дискодержатели для углового наконечника для полировочных дисков

15. Резиновые полировочные головки

16. Полировочные щеточки

17. Полировочные диски

18. Штрипсы металлические разной степени зернис­тости

19. Штрипсы пластиковые

20. Ретракционные нити

21. Перчатки одноразовые

22. Маски одноразовые

23. Слюноотсосы одноразовые

24. Стаканы одноразовые

25. Очки для работы с гелиолампой

26. Одноразовые шприцы

27. Карпульный шприц

28. Иглы к карпульному шприцу

29. Цветовая шкала

30. Материалы для повязок и временных пломб

31. Силикатные цементы

32. Фосфатные цементы

33. Стелоиономерные цементы

34. Амальгамы в капсулах

35. Двухкамерные капсулы для замешивания амаль­гамы

30. Капсулосмеситель

37. Композиционные материалы химического от­верждения

38. Жидкотекучие композиты

39. Материалы для лечебных и изолирующих прокла­док

40. Адгезивные системы для светоотверждаемых композитов

41. Адгезивные системы для композитов химического отверждения

42. Антисептики для медикаментозной обработки по­лости рта и кариозной полости

43. Композиционный поверхностный герметик, пост-бондинг

44. Абразивные пасты, не содержащие фтор для очи­щения поверхности зуба

45. Пасты для полирования пломб и зубов

46. Лампы для фотоиолимеризации композита

47. Аппарат для злектроодонтодиагностики

48. Межзубные клинья деревянные

49. Межзубные клинья прозрачные

50. Матрицы металлические

51. Матрицы стальные контурированные

52. Матрицы прозрачные

53. Матрицедержатель

54. Матричная фиксирующая система

55. Пистолет-аппликатор для капсульных композит­ных материалов

56. Аппликаторы

57. Средства для обучения пациента гигиене полости рта (зубные щетки, пасты, нити, держатели для зубных нитей)

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ АССОРТИМЕНТ

1. Микромотор

2. Высокоскоростной наконечник (угловой) для тур­бинных боров

3. Стерилизатор гласперленовый

4. Аппарат ультразвуковой для очистки боров

5. Стандартные ватные валики

6. Бокс для стандартных ватных валиков

7. Фартуки для пациента

8. Бумажные блоки ми замешивания

9. Ватные шарики для высушивания кариозных по­лостей

10. Квикдам (коффердам)

11. Эмалевый нож

12. Триммеры десневого края

13. Таблетки для окрашивания зубов при гигиениче­ски мероприятиях

14. Аппарат для диагностики кариеса

15. Инструменты для создания контактных пунктов на молярах и премолярах

16. Боры для фиссуротомии

17. Штрипсы для изоляции протоков околоушных слюн­ных желез

18. Защитные очки

19. Защитный экран

Приложение 2

к Протоколу ведения больных «Кариес зубов»

**ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДБОРУ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТА**

|  |  |
| --- | --- |
| Контингент пациентов | Рекомендуемые средства гигиены |
| Население районов с содержанием фторида в питьевой воде менее 1 мг/л. Наличие у пациента очагов деминерализа­ции мши, гипоплазии | Зубная щетка мягкая или средней жесткости, противокариозные зубные пасты — фторид- и кальцийсодержащие (соответственно возрасту), зуб­ные нити (флоссы), фторидсодержащие ополаскиватели |
| Население районов с содержанием фторида в питьевой воде более 1 мг/л.Наличие у пациента проявлений флюороза | Зубная щетка мягкая или средней жесткости, зубные пасты не содержа­щие фторид, кальцийсодержащие; зубные нити (флоссы), не пропитан­ные фторидами, ополаскиватели, не содержащие фторид |
| Наличие у пациента воспалительных забо­леваний пародонта (в период обострения) | Зубная щетка с мягкой щетиной, противовоспалительные зубные пасты (с лекарственными травами, антисептиками\*, солевыми добавками), зуб­ные нити (флоссы), ополаскиватели с противовоспалительными компо­нентами\* Примечание: рекомендуемый курс использования зубных паст и ополас­кивателей с антисептиками — 7—10 дней |
| Наличие у пациента зубочелюстных анома­лии (скученность, дистопия зубов) | Зубная щетка средней жесткости и лечебно-профилактическая зубная паста (соответственно возрасту), зубные нити (флоссы), зубные ершики, ополаскиватели |
| Наличие у пациента в полости рта брекет-систем | Зубная щетка ортодонтическая средней жесткости, противокариозные и противовоспалительные зубные пасты (чередование), зубные ершики, мо­нопучковые щетки, зубные нити (флоссы), ополаскиватели с противокариозными и противовоспалительными компонентами, ирригаторы |
| Наличие у пациента стоматологических имплантатов | Зубная щетка с различной высотой пучков щетины\*, противокариозные и противовоспалительные зубные пасты (чередование), зубные ершики, мо­нопучковые щетки, зубные нити (флоссы), не содержащие спирта опо­ласкиватели с противокариозными и противовоспалительными компонен­тами, ирригаторыНе следует использовать зубочистки и жевательные резинки\* Примечание: зубные щетки с ровной подстрижкой щетины использоватьне рекомендуется вследствие их более низкой очищающей эффективности |
| Наличие у пациента съемных ортопедических и ортодонтических конструкций | Зубная щетка для съемных протезов (двусторонняя, с жесткой щетиной), таблетки для очищения съемных протезов |
| Пациенты с повышенной чувствительно­стью зубов. | Зубная щетка с мягкой щетиной, зубные пасты для снижения чувстви­тельности зубов (содержащие хлорид стронция, нитрат калия, хлорид ка­лия, гидроксианатит), зубные нити (флоссы), ополаскиватели для чувст­вительных зубов |
| Пациенты с ксеростомией | Зубная щетка с очень мягкой щетиной, зубная паста с ферментными системами и низким ценообразованием, ополаскиватель без спирта, увлаж­няющий гель, зубные нити (флоссы) |

Приложение 3

к Протоколу ведения больных «Кариес зубов»

ФОРМА ДОБРОВОЛЬНОГО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПРОТОКОЛА ПРИЛОЖЕНИЕ К МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЕ №\_\_\_\_\_

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

получая разъяснения по поводу диагноза кариес, получил информацию:

об особенностях течения заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

вероятной длительности лечения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

о вероятном прогнозе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациенту предложен план обследования и лечения, включающий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациенту предложено\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

из материалов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Примерная стоимость лечения составляет около\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациенту известен прейскурант, принятый в клинике.

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

диагностики и лечения.

Пациент извещен о необходимости подготовки к лечению:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент извещен о необходимости в ходе лечения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

получил указания и рекомендации по уходу за полостью рта.

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

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

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

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

Беседу провел врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись врача).

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_200\_\_\_г.

Пациент согласился с предложенным планом лечения, в чем

расписался собственноручно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись пациента)

или

расписался его законный представитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись законного представителя)

или

что удостоверяют присутствовавшие при беседе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись врача)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись свидетеля)

Пациент не согласился с планом лечения

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

(подпись пациента)

или расписался его законный представитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись законного представителя)

или

что удостоверяют присутствовавшие при беседе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись врача)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись свидетеля)

Пациент изъявил желание:

— дополнительно к предложенному лечению пройти обследование

— получить дополнительную медицинскую услугу

— вместо предложенного материала пломбы получить

Пациент получил информацию об указанном методе обследования/лечения.

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

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись пациента)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись врача)

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

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись пациента)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись врача)

Приложение 4

к Протоколу ведения больных «Кариес зубов»

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА**

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

2. Для чистки межзубных промежутков мож­но использовать зубные нити (флоссы) после обучения их применению и по рекомендации врача-стоматолога.

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

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 ни­щи. Если указанные симптомы не проходят в те­чение 1—2 нед., необходимо обратиться к лечащему стоматологу.

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

8. Во избежание сколов пломбы и прилегаю­щих к пломбе твердых тканей зуба не рекомен­дуется принимать и пережевывать очень жест­кую пищу (например: орехи, сухари), откусы­вать от больших кусков (например: от цельного яблока).

9. 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).

Приложение 5

к Протоколу ведения больных «Кариес зубов»

**КАРТА ПАЦИЕНТА**

История болезни № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование учреждения

Дата: начало наблюдения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ окончание наблюдения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_возраст.

Диагноз основной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Модель пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Объем оказанной нелекарственной медицинской помощи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Кодмедицинскойуслуги | Название медицинской услуги | Кратность выполнения |
| ДИАГНОСТИКА |
| А01.07.001 | Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта |  |
| А01.07.002 | Визуальное исследование при патологии полости рта |  |
| А01.07.005 | Внешний осмотр челюстно-лицевой области |  |
| А02.07.001 | Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов |  |
| А02.07.005 | Термодиагностика зуба |  |
| А02.07.006 | Определение прикуса |  |
| А02.07.007 | Перкуссия зубов |  |
| А03.07.001 | Люминесцентная стоматоскопия |  |
| А0З.07.003 | Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лу­чевой визуализации |  |
| А06.07.003 | Прицельная внутриротовая контактная рентгенография |  |
| А12.07.001 | Витальное окрашивание твердых тканей зуба |  |
| А12.07.003 | Определение индексов гигиены полости рта |  |
| А12.07.004 | Определение пародонтальных индексов |  |
| А02.07.002 | Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда |  |
| А05.07.001 | Электроодонтометрия |  |
| A06.07.0I0 | Радиовизиография челюстно-лицевой области |  |
| ЛЕЧЕНИЕ |
| А11.07.013 | Глубокое фторирование твердых тканей зубов |  |
| А13.31.007 | Обучение гигиене полости рта |  |
| А14.07.004 | Контролируемая чистка зубов |  |
| A16.07.002 | Восстановление зуба пломбой |  |
| А16.07.003 | Восстановление зуба вкладками, винирами, полукоронкой |  |
| А16.07.004 | Восстановление зуба коронкой |  |
| А16.07.055 | Профессиональная гигиена полости рта и зубов |  |
| А16.07.061 | Запечатывание фиссуры зуба герметикой |  |
| А16.07.089 | Сошлифовывание твердых тканей зуба |  |
| A25.07.001 | Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов |  |
| A25.07.002 | Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов |  |

Лекарственная помощь (указать применяемый препарат):

Лекарственные осложнения (указать проявления): Наименование препарата, их вызвавшего: Исход (по классификатору исходов):

Информация о пациенте передана в учреждение, мониторирующее Протокол:

(Название учреждения) (Дата)

Подпись лица, ответственного за мониторирование протокола

в медицинском учреждении: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРИ МОНИТОРИРОВАНИИ** | Полнота выполнения обязательного перечня немедикаментозной помощи | Да | Нет | **ПРИМЕЧАНИЕ** |
| Выполнение сроков выполнения меди­цинских услуг | Да | Нет |  |
| Полнота выполнения обязательного перечня лекарственного ассортимента | Да | Нет |  |
| Соответствие лечения требования про­токола по срокам/продолжительности | Да | Нет |  |
| Комментарии: |  |  |  |
|  |  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись) |  |

Приложение 6

к Протоколу ведения больных «Кариес зубов»

**АНКЕТА ПАЦИЕНТА**

**ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ**

**КАК ВЫ ОЦЕНИВАЕТЕ ВАШЕ ОБЩЕЕ САМОЧУВСТВИЕ НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ?**

Отметьте, пожалуйста, на шкале значение, соответствующее состоянию Вашего здоровья.



ПРИЛОЖЕНИЕ 7

к Протоколу ведения больных «Кариес зубов»

ТАБЛИЦА ВЫБОРА ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Класс II | Любая | Цинк-фосфатные цементы |  | Изолирующие или базовые прокладки | Композиты повышенной текучести | Модифицированное препарирование (не требующее создания ящикообразной полости) | Базовые про­кладки; методика «закрытого» сэндвича |
| Амальгама | Классическое препарирова­ние |  | Компомеры | Модифицированное препа­рирование (не требующее создания ящикообразной полости) |  |
| Композиты химического отверждения | Модифицированное препа­рирование (не требующее создания ящикообразной по­лости) |  | Гибридные свето-отверждаемыекомпозиты | Модифицированное препа­рирование (не требующее создания ящикообразной полости) |  |
| Стеклоиономерные цементы | Модифицированное препа­рирование (не требующее создания ящикообразной по­лости) | Для пломбирова­ния предесневой части полости | Пакуемые компо­зиты | Модифицированное препа­рирование (не требующее создания ящикообразной полости) |  |
| Ормокеры | Модифицировшшое препа­рирование (не требующее создания ящикообразной полости) |  |
| Вкладки (цельно­литые, керамиче­ские) | Согласно алгоритму в зависимости от вида вкладки | ИРОПЗ = 0,4—0,5\* |
| ИРОПЗ= 0,5—0,8\* | Искусственные коронки (без облицовки) | согласно алгоритму в зави­симости от вида коронки | Кроме премоля-ров на в/ч и пер­вых премоляров на н/ч | Искусственные ко­ронки с облицовкой | Согласно алгоритму в за­висимости от вида коронки |  |
| Искусственные коронки с облицовкой | Согласно алгоритму в зави­симости от вида коронки | На премоляры в/ч и первые пре­моляры н/ч |  |  |  |
| Класс III | Любая | Цинк-фосфатные цементы |  | Изолирующие или базовые прокладки | Компомеры | Модифицированное пре­парирование (не требую­щее создания ящикооб­разной полости) |  |
| Силиксфосфатные цементы | Классическое препарирова­ние по Блеку |  | Гибридные светоотверждаемыекомпозиты | Модифицированное пре­парирование (не требую­щее создания ящикооб­разной полости) |  |
| Поликарбоксилатные це­менты | Классическое препарирова­ние по Блеку |  | Микрогибридные светоотверждаемые композиты | Модифицированное пре­парирование (не требую­щее создания ящикооб­разной полости) |  |
| Композиты химического отверждения | Модифицированное препа­рирование (не требующее создания ящикообразной по­лости) |  | Композиты повы­шенной текучести | Модифицированное пре­парирование (не требую­щее создания ящикооб­разной полости) |  |
| Стеклоиономерные цемен­ты | Классическое препарирова­ние по Блеку |  |  |  |  |
| Класс IV | Любая | Цинк-фосфатные цементы |  | Изолирующие прокладки | Компомеры |  | Базовые прокладки |
| Стеклоиономерные цементы |  | Базовые прокладки | Гибридные светоотверждаемые композиты | Модифицированное пре­парирование (не требую­щее создания ящикооб­разной полости) |  |
| Композиты химического отверждения | Модифицированное препа­рирование (не требующее создания ящикообразной по­лости) |  | Микрогибридные светоотверждаемые композиты | Модифицированное пре­парирование (не требую­щее создания ящикооб­разной полости) |  |
| Композиты повы­шенной текучести |  | Базовые про­кладки |
| Класс V | Любая | Цинк-фосфатные цементы |  | Изолирующие прокладки |  |  |  |
| Стеклоиономерные цементы | Классическое препарирова­ние по Блеку |  | Композиты повы­шенной текучести | Модифицированное пре­парирование (не требую­щее создания ящикооб­разной полости) |  |
| Поликарбоксилатные це­менты | Классическое препарирова­ние по Блеку |  | Компомеры | Модифицированное пре­парирование (не требую­щее создания ящикооб­разной полости) |  |
| Амальгама | Классическое препарирова­ние по Блеку |  | Микрогибридные светоотверждаемые композиты | Модифицированное пре­парирование (не требую­щее создания ящикооб­разной полости) |  |
| Ормокеры | Модифицированное пре­парирование (не требую­щее создания ящикооб­разной полости) |  |
| Вкладки цельноли­тые | Согласно алгоритму | В случае распо­ложения кламмера съемного протеза в данной области |
| Класс VI | Любая | Гибридные светоотверждаемые композиты | Модифицированное препа­рирование (не требующее создания ящикообразной по­лости) |  | Пакуемые компо­зиты | Модифицированное пре­парирование (не требую­щее создания ящикооб­разной полости) |  |
| Ормокеры | Модифицированное пре­парирование (не требую­щее создания ящикооб­разной полости) |  |
| Микрогибридные светоотверждаемые композиты | Модифицированное препа­рирование (не требующее создания ящикообразной по­лости) |  |  |  |  |

•ИРОПЗ (индекс разрушения окклюзионной поверхности зуб») — представляет собой соотношение размеров площади «полость-пломба» к жевательной поверхности зуба. (Миликевич В. Ю., 1984.)

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Алыниц A.M. Пломбирование кариозных полостей вкладками. — М.: Медицина, 1969.

2. Базин А.К. Эпидемиология и комплексная профилак­тика кариеса зубов у детей аграрных и промышленных районов Новосибирской области: Дис. ... к. м. н. — Новосибирск, 2003.

3. Биденко Н.В. Стеклоиономерные цементы в стомато­логии. — К.: Книга плюс, 1999.

4. Большаков Г.В. Подготовка зубов к пломбированию и протезированию. — М.: Медицина, 1983.

5. Борисенко А.В., Неспрядько В.П. Композиционные пломбировочные и облицовочные материалы в сто­матологии. — К.: Книга плюс, 2002.

6. Боровский Е.В. Кариес зубов: препарирование и пломбирование. — М.: АО «Стоматология», 2001.

7. Боровский Е.В., Леус П.А. Кариес зубов. — М.: Ме­дицина, 1979.

8. Боянов Б., Христозов Т. Микропротезирование: Пер. с болт. — София: Медицина и физкультура, 1962.

9. Вайнштейн Б.Р., Городецкий Ш.И. Пломбирование зубов литыми вкладками. — М., 1961.

10. Владимирова И.Ю. Повышение эффективности лече­ния кариеса зубов у больных с сахарным диабетом с применением сверхсверхэластичных материалов: Дис. ... к. м. н. — Новосибирск, 2003.

11. Грохольский А.П., Центило Т.Д., Заноздра Л.Н., Гирина Е.В. Реставрация разрушенных коронок зубов современными пломбировочными материалами. — К.: УМК КМАПО, 2001.

12. Грошиков М.И. Профилактика и лечение кариеса зу­бов. — М.: Медицина, 1980.

13. Дзюба О.Н. Клинико-экспериментальное обоснова­ние причин развития и профилактики гиперестезии при использовании композитных материалов: Дис. ... к. м. н. — Екатеринбург, 2003.

14. Золотова Л.Ю. Оценка степени минерализации ден­тина и факторов, влияющих на этот процесс в дина­мике лечения кариеса у лиц с различным уровнем ре­зистентности зубов: Дис. ... к. м. н. — Омск, 2003.

15. Иоффе Е. // Новое в стоматологии. Специальный выпуск. — 1997. — № 3. — С. 139.

16. Иоффе Е. // Новое в стоматологии. — 1998. — № 1. — С. 22.

17. Копейкин В.Н., Миргазизов М.З., Малый А.Ю. Ошибки в ортопедической стоматологии: Професси­ональные и медико-правовые аспекты — 2-е изд, перераб. и доп. — М.: Медицина, 2002.

18. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболе­ваний. Учебное пособие. — «Поли Медиа Пресс», 2001.

19. Ландинова Е.В. Повышение эффективности лечения кариеса дентина у пациентов с декомпенсированной формой заболевания: Дис .... к. м. н. — Омск, 2004.

20. Леманн К.М., Хельвиг Э. Основы терапевтической и ортопедической стоматологии: Пер. с нем. — Львов: ГалДент, 1999.

21. Леонтьев В.К. Шевыроногов В.З., Чекмезова И.В. // Стоматология, — 1983. — № 5. — С. 7-10.

22. Лукиных Л.М. Лечение и профилактика кариеса зу­бов. — Н. Новгород: НГМА, 1999.

23. Макеева И.М. Восстановление зубов светоотверждаемыми композитными материалами. — М.: Стоматоло­гия, 1997.

24. Максимовский Ю.М., Фурлянд Д.Г. // Новое в сто­матологии. — 2001.— № 2. — С. 3—11.

25. Матый А.Ю. Медико-правовое обоснование врачебных стандартов оказания медицинской помощи в клинике ор­топедической стоматологии: Дис. ... д. м. н. — М., 2001.

26. Марусов И.В., Мишнев Л.М., Соловьева A.M. Спра­вочник врача-стоматолога по лекарственным препара­там — 2002.

27. Миликевич В.Ю. Профилактика осложнений при де­фектах коронок жевательных зубов и зубных рядов: Дис. ... к. м. н. — М., 1984.

28. МКБ-С: Международная классификация стоматологи­ческих болезней на основе МКБ-10: Пер. с англ. / ВОЗ: Науч. ред. А.Г. Колесник — 3-е изд. — М.: Медицина, 1997. — VIII.

29. Николишин А.К. Современные композиционные плом­бировочные материалы. — Полтава, 1996.

30. Номенклатура работ и услуг в здравоохранении. Ут­верждена Минздравсоцразвития 12 июля 2004 г. -М.: Ньюдиамед, 2004.

31. Овруцкий Г.Д., Леонтьев В.К. Кариес зубов. — М.: Медицина, 1986.

32. Пахомов Г.Н. Первичная профилактика в стоматоло­гии. — М.: Медицина, 1982.

33. Радлинский С. // ДентАрт. — 1996. — № 4. -С. 22—29.

34. Радлинский С. // Там же. — 1998. - № 3. -С. 29—40.

35. Рубин Л.Р. Электроодонтодиагностика. — М.: Меди­цина, 1976.

36. Руководство по ортопедической стоматологии / Под ред. В.Н. Копейкина. — М., Медицина. — 1993.

37. Рыбаков А.И. Ошибки и осложнения в терапевтиче­ской стоматологии. — М.: Медицина, 1966.

38. Сальников А.Н. Профилактика осложнений после протезирования концевых дефектов зубных рядов: Дис. ... к. м. н. — М., 1991.

39. Справочник по стоматологии / Под ред. В.М. Безру­кова. — М.: Медицина, 1998.

40. Стоматологическая заболеваемость населения России / Под ред. проф. Э.М. Кузьминой. — М.: Информзлектро, 1999,

41. Терапевтическая стоматология: Учебник / Под ред. Ю.М. Максимовского. — М.: Медицина, 2002.

42. Терапевтическая стоматология: Учебник для студен­тов медицинских вузов / Под ред. Е.В. Боровского. — М.: «Медицинское информационное агентство», 2004.

43. Devis E.L., Jount R.B. // Dent. Res. — 1996. -Vol. 65. — P. 149—156.

44. Duke E.S. // Dent Clin. North Am. - 1993 -Vol. 37. — P. 329—337.

45. Eick J.D., Robinson S.I. // Quintessence Int. — 1993. -Vol. 24.— P. 572—579.

46. Fusayma T. // Ester. Dent. — 1990. — Vol. 2. -P. 95—99.

47. Hugo В., StassinakisA., Hotz P., Klaiber В. // Новое в стоматологии. — 2001. — № 2. — С. 20—26.

48. Hunt P. R. Micro-conservative restorations for approximal carious lesions //J. Amer. Dent. Assoc. — 1990. — Vol. 120. — P. 37.

49. Jenkins J.M. The physiology and biochemistry of the mouth. 4th ed /- Oxford, 1978. — 600 p.

50. Joffe E. // Новое в стоматологии. — 1995. — № 6. — С. 24—26.

51. Naricawa К., Naricawa К. // Стоматологический сбор­ник. — 1994. — № 10—11. — С. 17-22.

52. Smith D.C. // Квинтэссенция. — 1995. — № № 5/6. -С. 25—44.