



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRINING BUYRUG'I

20 24 yil “09-” sentabr

№ 290

Toshkent sh.

Davolash profilaktika muassasalari uchun Milliy klinik protokol va Milliy klinik standartlarni tasdiqlash hamda tibbiyot amaliyotiga joriy etish to‘g‘risida

O‘zbekiston Respublikasi Prezidenti .huzurida 2024-yil 5-fevralda bo‘lib o‘tgan 9-sodn yig‘ilish bayonida berilgan xalqaro tajriba asosida 300 ta klinik protokol va standartlarni ishlab chiqish topshirig‘i ijrosini ta’minlash maqsadida, **buyuraman:**

1. Davolash profilaktika muassasalarida ko‘rsatiladigan ambulator, statsionar yordam xussusiyatlari hamda tibbiy yordam ko‘rsatish hajmidan kelib chiqib 38 ta tibbiyot yo‘nalishlaridan 110 ta nozologiyalari bo‘yicha xorijiy tajriba asosida ishlab chiqilgan Milliy klinik protokollar **ro‘yxati 1- ilovaga;**

2. Sog’lijni saqlash vazirligining joriy yil 29-martdagi 107-sodn hamda 14-iyundagi 195-sodn buyruqlari bilan tasdiqlangan 31 ta tibbiyot yo‘nalishlaridan 71 ta nozologiyalar bo‘yicha Milliy klinik protokollarga muvofiq ishlab chiqilgan Milliy klinik standartlar **ro‘yxati 2- ilovaga muvofiq tasdiqlansin.**

3. Tibbiy yordamni tashkillashtirish departamenti (U.Gaziyeva), Onalik va bolalikni muhofaza qilish boshqarmasi (F.A.Fozilova), Xususiy tibbiyot va tibbiy turizmni rivojlantirish bo‘limi (Sh.Gulyamov), Tibbiy sug‘urta boshqarmasi (Sh.Almardanov), Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish bo‘limi (S.Ubaydullayeva), Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari, Tibbiyot oliy ta’lim muassasalari rahbarlari, Sog’lijni saqlash vazirligining Bosh mutaxassis (konsultant)lari:

mazkur buyruqning 1- va 2- ilovalaridagi Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni barcha davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalariga yetkazilishi ta’minlansin.

4. Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish bo‘limi (S.Ubaydullayeva), Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari, Tibbiyot oliy ta’lim muassasalari rahbarlari, Sog’lijni saqlash vazirligining Bosh mutaxassis (konsultant)lari,

Barcha davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalarida ko‘rsatiladigan ambulator va statsionar yordam xussusiyatlari hamda tibbiy yordam ko‘rsatish hajmidan kelib chiqib 3 oy muddatda 1- ilovadagi 38 ta tibbiyot

yo‘nalishlaridan 110 ta nozologiyalari bo‘yicha ishlab chiqilgan Milliy klinik protokollarga muvofiq Milliy klinik standartlari ishlab chiqilsin va tasdiqlansin;

2025-yil 10-yanvarga qadar mazkur buyruqning ilovalarida keltirilgan nozologiyalar bo‘yicha ishlab chiqilgan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni barcha davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalarining amaliyotiga bosqichma-bosqich joriy qilinsin, **bunda:**

Sog‘liqni saqlash vazirining 2024-yil 23-fevraldagi 52-sod buyrug‘idagi Metodologiyaning ikkinchi bosqichiga muvofiq mazkur buyruq bilan tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarning mazmun mohiyati yuzasidan onlayn/oflayn o‘quv-seminarlar, master-klasslar o‘tkazilsin;

Metodologiyanig uchinchi bosqichiga muvofiq mazkur buyruq bilan tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarga bo‘yicha tashxislash va davolash jarayonini olib borishni yo‘lga qo‘yish maqsadida baholash va monitoringni o‘tkazish orqali amaliy yordam ko‘rsatish ishlari olib borilsin.

5. Fan-ta’lim va innovatsiyalar boshqarmasi (O‘.Ismailov) tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni 2025-2026 o‘quv yilidan boshlab O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi tizimidagi tibbiy oliy ta’lim muassasalarining bakalavriat, magistratura, klinik ordinatura bosqichlari, shuningdek shifokorlarni qayta tayyorlash va malakasini oshirish bo‘yicha o‘quv dasturlariga kiritilgan holda ta’lim jarayonini tashkil qilinishini ta’milasın.

6. Qoraqalpog‘iston Respublikasi sog‘liqni saqlash vaziri, viloyatlar va Toshkent shahar sog‘liqni saqlash boshqarmalari boshliqlariga mazkur buyruq bilan tasdiqlangan nozologiyalar bo‘yicha Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalarida amaliyotga joriy etilishini nazorat qilish vazifasi yuklatilsin.

7. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlsh vazirligi tasarrufidagi barcha davolash-profilaktika muassasalari hamda respublika tibbiyot oliy t’alim muassasalari rahbarlari Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni ishlab chiqish, amaliyotga joriy qilish yuzasidan o‘quv seminarlar o‘tkazish va monitoring jarayonlariga jalb etilgan mutaxassislariga yetarli shart-sharoit yaratish, qonunchilikda belgilangan tartibda rag‘batlantirib borish choralarini ko‘rsin.

8. Nazorat inspeksiyasi (A.Alijonov) rejali va rejadan tashqari tekshirishlarda tasdiqlangan nozologiyalar bo‘yicha Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarning tibbiyot amaliyotiga joriy etilishi hamda ularga rioya qilinishi ustidan nazorat o‘rnatish vazifasi yuklatilsin.

9. Raqamli texnologiyalarni joriy etish va muvofiqlashtirish bo‘limi (N.Eshnazarov) tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni vazirlikning rasmiy veb-saytiga joylashtirish choralarini ko‘rilsin.

10. Matbuot xizmati bo‘limi (F.Sanayev) tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni mazmun mohiyatini ommaviy axborot vositalari orqali targ‘ibot qilishni ta’milasın.

11. Mazkur buyruq qabul qilinishi munosabati bilan Sog'liqni saqlash vazirinig 2023-yil 13-dekabrdagi "Davolash profilaktika muassasalari uchun klinik protokollar va standartlarni tasdiqlash to'g'risida"gi 322-son buyrug'i o'z kuchini yoqotgan deb topilsin.

12. O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirining 2021-yil 30-noyabrdagi "Davolash-profilaktika muassasalari uchun klinik bayonnomalar haimda kasalliklarni tashxislash va davolash standartlarini tasdiqlash tog'risida"gi 273-son buyrug'ining tegishli ilovalaridagi nozologiyalari mazkur buyruqning 3-ilovasidagi klinik protokollar va standartlari nozologiyalarining ro'yhati joriy yilning 20-noyabridan boshlab o'z kuchini yoqotgan deb topilsin.

13. Mazkur buyruq ijrosining nazorati vazir o'rinnbosari F.Sharipov zimmasiga yuklansin.

Vazir v.b.

A.Xudayarov



Приложение 1
к приказу № 290
от «9» сентября 2024 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА»**

ТАШКЕНТ 2024



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН ТАШКЕНТСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА»**

ТАШКЕНТ 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО ДИАГНОСТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА».... Ошибка! Закладка не определена.	
НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА»	21
НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЕ «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА»	35

ТАШКЕНТ - 2024

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО ДИАГНОСТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА**

ТАШКЕНТ – 2024

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

Данные клинические протоколы разработаны на основании рекомендаций, рекомендаций и данных специалистов Ташкентского государственного стоматологического института, "Научного общества стоматологической ассоциации Узбекистана" и Российской ассоциации стоматологов. Авторская группа полностью поддерживает мнения международных экспертов и отмечает, что клинические протоколы предоставляют наиболее точную и понятную информацию для опытных специалистов на момент публикации. Они никак не могут заменить клинический опыт в определении тактики лечения индивидуального пациента, но помогут сделать выбор с учетом особенностей пациента и его предпочтений. Подготовка к хирургическому протезированию полости рта - Национальные клинические протоколы КХБ-05.2, К05.3, К05.4 являются руководством для диагностики, лечения, реабилитации и профилактики. Может использоваться стоматологами всех медицинских учреждений республики. В основу разработки данного протокола положены клинические рекомендации и публикации в русскоязычных изданиях, данные базы данных PubMed (MEDLINE). Меры по лечению заболеваний пародонтиза и этапы операции

Меры лечения пародонтиза и этапы операции

Коды МКБ-05:

Код	Название
K05.2	Острый пародонтит
K05.3	Хронический пародонтит
K05.4	Пародонтоз

Дата разработки и пересмотра протокола: 2024 г., дата пересмотра — 2027 г.
или когда станут доступны новые ключевые доказательства. Все изменения
представленных рекомендаций будут опубликованы в соответствующих
документах.

**Учреждение, ответственное за разработку настоящего клинического
протокола и стандарта: Ташкентский государственный стоматологический
институт (ТДСИ).**

**-Члены многопрофильной рабочей группы: (место работы, ФИО,
должность/звание)**

1. Шомуродов К.Э. - проректор ТДСИ по научной работе и инновациям, профессор

2 Азимов А.М. - заведующий кафедрой «Хирургической стоматологии и дентальной имплантологии» ТДСИ, доцент.

**Список многопрофильных авторов, дополнительный авторский коллектив:
(место работы, ФИО, должность/звание)**

К.Ж. Сувонов – кафедра «Хирургической стоматологии и дентальной имплантологии» ТДСИ.

профессор.

Халманов Б.А. - доцент кафедры хирургической стоматологии и дентальной имплантологии ТДСИ.

Ходжаев С.Б. - ТДСИ «Хирургическая стоматология и дентальная имплантология» кафедра асс.

Рецензенты:

1. Абдуллаев Ш.Ю.- профессор, заведующий кафедрой челюстно-лицевых болезней и травм.

2. Джонибекова Розия Наджмиддинова – заведующая кафедрой челюстно-лицевой хирургии Таджикского государственного медицинского университета имени «Абу Али Ибн Сина», кандидат медицинских наук, доцент.

резюме обсуждения по методу AGREE на заседании консилиумов хирургической медицины и выписка из протокола заседания от даты _____ №_____ номер.

Экспертиза и редактирование технических оценок национальных клинических протоколов и стандартов:

-° (ФИО, место работы, должность/звание);

Экспертное заключение по оценке национального клинического протокола и стандартов экспертами Экспертной группы Минздрава:

-° (ФИО, место работы, должность/звание);

Настоящим национальным клиническим протоколом и стандартом является заместитель министра здравоохранения (ФИО, место работы, должность/звание), руководитель соответствующего ведомства (ФИО, место работы, должность/звание), руководитель клинического протокола. и отдела разработки стандартов (ФИО, место работы, должность/звание), разработанных под методическим руководством главных специалистов (ФИО, место работы, должность/звание).

Выписка из протокола заседания Координационного совета при Минздраве (дата, номер)

Список сокращений

ТГСИ
ЦРПКМР

Ташкентский государственный стоматологический институт
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Пользователи протокола по данной нозологии;

1. Челюстно-лицевой хирург.
2. Хирург стоматолог
3. Стоматолог общей практики;
4. Организаторы здравоохранения;
5. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, аспиранты, преподаватели медицинских вузов;

Категории пациентов: больные с пародонтитом

Таблица 1

9) Шкала степень достоверности

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные

	рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

2. Основная часть

2.1. Введение

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Пародонтит» разработаны для решения следующих задач: — установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных с пародонтитом; — унификация разработки базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным с пародонтитом; — обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинской организации. Область распространения настоящих клинических рекомендаций — медицинские организации всех уровней и организационно-правовых форм, оказывающие медицинскую стоматологическую помощь. В практике хирургической стоматологии часто наблюдаются те или иные проявления поражений пародонта. Пародонт — это комплекс тканей, окружающих зуб и обеспечивающих фиксацию зуба в челюсти. В состав пародонта входят: десна, волокнистый аппарат периодонта, кость альвеолярных отростков и поверхностный слой цемента корней зубов.

Распространенность заболеваний пародонта в различных регионах нашей страны, как и в других странах, примерно одинакова и составляет от 85 до

[98%.https://diseases.medelement.com/search?searched_data=diseases&q=&mq=&tq=&diseases_filter_type=section_medicine&diseases_content_type=10§ion_medicine=544746821495980557&category_mkb=0&parent_category_mkb=0](https://diseases.medelement.com/search?searched_data=diseases&q=&mq=&tq=&diseases_filter_type=section_medicine&diseases_content_type=10§ion_medicine=544746821495980557&category_mkb=0&parent_category_mkb=0)

2.2. Определения:

Пародонтит это – Этиологическим фактором воспалительных поражений пародонта является микробный. Выделяемые скапливающимися в придесневой области микробами кислоты, ферменты и токсины до определенного времени успешно нейтрализуются защитными клеточными и сывороточными компонентами слюны и десневой жидкости. По мере увеличения количества микробных бляшек, минерализации их поверхностных слоев и выпадения неорганических солей из слюны, активный микробный слой оказывается надежно закрытым сверху от защитного действия слюны панцирем твердых зубных отложений. В его составе появляются и интенсивно размножаются наиболее агрессивные по своему токсическому действию на окружающие ткани микроорганизмы, которые оцениваются как пародонтопатогенные. Как только их повреждающий потенциал начинает превосходить возможности защитных тканевых механизмов, клеточных и сывороточных компонентов крови, возникает клинически определяемая воспалительная реакция зуб.

https://diseases.medelement.com/search?searched_data=diseases&diseases_filter_type=section_medicine§ion_medicine=93824384149597942

Классификация пародонтит (по этиологии, стадиям). В классификации ВОЗ (10-й пересмотр) пародонтит включен в рубрику Коды МКБ-05:

.K05.2 Острый пародонтит

K05.3 Хронический пародонтит,

K05.4 Пародонтоз

ТЯЖЕСТЬ: легкая, средняя, тяжелая

ТЕЧЕНИЕ: острое, хроническое, обострение, ремиссия

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ: локализованный, генерализованный

ФОРМА: ранний, ювенильный, быстропрогрессирующий, устойчивый к лекарственной терапии .<https://mkb-10.com/index.php?pid=12554>

Клиническая картина. Первые воспалительные изменения ограничиваются мягкими тканями десны и проявляются гингивитом — покраснением, отечностью десневого края,

его кровоточивостью. На этом уровне процесс может сохраняться достаточно долго. Причиной является то, что зубодесневое соединение представляет собой мощный тканевой барьер, который надежно защищает нижележащие, непосредственно опорные структуры пародонта — волокнистый аппарат периодонтальной щели и кость альвеолярных отростков. Пока это соединение сохраняется, процесс может быть успешно извлечен. Но если происходит его повреждение, то поток микроорганизмов, их токсинов и ферментов устремляется в глубь волокнистых структур периодонта, где они вызывают деструктивные изменения связочного аппарата зубов и кости альвеолярных отростков. В этом случае речь идет о пародонтите. Формирование пародонтального кармана — это кардинальный признак пародонтита. Именно карман является резервуаром микробных и токсических скоплений и обуславливает прогрессирующую деструкцию пародонта.

В этих условиях изменяется характер действия механической нагрузки, которая в норме не только привычна, но даже необходима для сбалансированных трофических процессов в пародонте. Ослабленные опорные структуры становятся чувствительными к нагрузке, даже если она распределается равномерно на все зубы. В тех же случаях, когда на определенных участках механические усилия оказываются более интенсивными (так называемые травматические узлы), они уже не компенсируются эластичными и резистентными свойствами пародонтальных тканей. В итоге происходит разрушение и периодонтальных волокон, и альвеолярной кости чисто травматического характера. Травматический эффект возникает довольно часто (у 25—30 % пациентов) с возрастом, если эмалевые бугры не стираются, так как после 25 лет буферные свойства пародонта снижаются. При определенной степени деструкции кости возникает подвижность зубов. С этого момента процесс приобретает новые черты, так как любая механическая нагрузка становится травматичной. В совокупности с постоянно присущим микробным фактором, она оказывает мощный деструктивный эффект. Травматические узлы или супраконтакты усиливают его, их влияние выражается в появлении дополнительных очагов вертикального разрушения пародонта. В связи с этим хирург должен учитывать действие механического фактора и принимать меры для исключения локальных перегрузок и стабилизации подвижных зубов с помощью избирательного пришлифования, временного и постоянного шинирования.

Активное развитие предпротезной хирургии началось в конце 50-х годов, хотя она была известна давно. Врачи, занимавшиеся протезированием зубов, с большой неохотой прибегали к хирургии, хотя в большом проценте случаев отмечали плохие условия для фиксации протезов. R. Hopkins (1985) установил, что у 80 % пациентов, носящих зубные протезы, нет хорошей опоры для их фиксации и в полости рта наблюдаются патологические процессы, создающие дискомфорт.

Необходимость в предпротезной хирургии обусловлена рядом факторов, в частности тем, что после потери естественных зубов происходит атрофия альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти. У отдельных пациентов процессы атрофии кости могут прогрессировать в связи с сопутствующими заболеваниями и изменениями органов — системными заболеваниями, остеопорозом костей, в том числе в климактерическом и постклимактерическом периодах. На атрофию кости влияют также местные факторы. Прежде всего — это травма при удалении зуба и частая потеря одной из стенок альвеолы. Потере кости может способствовать также ношение протезов, особенно в случае их плохой фиксации.

Кроме общеорганных и локальных факторов, вызывающих атрофию кости при протезировании, трудности могут создавать анатомические особенности челюстей. Они могут проявляться как в результате атрофических процессов, так и в связи с особенностями, видом и развитием лицевых костей скелета. Ряд недостатков при протезировании может иметь сама костная ткань. После удаления зубов альвеолярные возвышения могут чрезмерно выступать. Кроме того, во время удаления зубов стенки зубных альвеол, чаще вестибулярные, могут смещаться, образуя неровности кости.

Плохие условия для протезирования создают также атрофические процессы в кости, происходящие чаще в вертикальном и переднезаднем направлениях, диспропорция челюстей, увеличение расстояния между альвеолярными дугами и уменьшение их ширины. Особенно часто протезирование усложняется из-за пародонтита, пародонтоза, усугубляющих атрофические процессы в челюстях.

Определенные проблемы создают ретинированные зубы, особенно вызывающие деформацию кости.

На верхней челюсти в месте соединения двух пластинок, образующих твердое небо, может быть значительно выражен небный валик. Потеря центральных зубов может привести к увеличению и неправильному окклюзионному взаимоотношению альвеолярного отростка верхней челюсти с аналогичным отделом нижней челюсти. При потере моляров верхней челюсти могут создаваться неблагоприятные взаимоотношения с зубами-антагонистами как по высоте, так и по окклюзии, в связи с чем может требоваться уменьшение, увеличение или коррекция формы альвеолярного отростка.

На нижней челюсти трудности для протезирования создает сужение альвеолярной части, ее атрофия, вследствие чего подбородочный бугорок, косая линия, челюстно-подъязычная линия выступают, имеют острые края. Помимо процессов атрофии кости, по мнению R. Popkins (1985), протезированию может препятствовать микростомия, возникающая за счет хронических заболеваний зубов.

Врач-ортопед должен оценить условия для протезирования и направить для хирургического лечения тех пациентов, у которых имеются патологические изменения, не позволяющие полноценно обеспечить изготовление зубных протезов. Важны психологические факторы, а именно: понимание больным необходимости оперативных вмешательств; адекватности его жалоб; что он ожидает от хирургического и ортопедического лечения в функциональном и эстетическом плане. Особое внимание надо обращать на психологическую мотивацию больного к зубным протезам. Хирург-стоматолог должен при планировании хирургического лечения учитывать степень риска, в том числе при наличии у пациента общих системных заболеваний. Клинические исследования должны быть дополнены рентгенологическими, в том числе панoramными снимками и оценкой моделей челюстей.

Первым мероприятием для подготовки полости рта к последующему протезированию является соблюдение всех правил работы на альвеолярном отростке верхней челюсти, альвеолярной части нижней челюсти при удалении зубов и операциях. Следует обращать внимание на контуры альвеолярных дуг и при удалении зубов максимально сохранять и не травмировать костную и мягкую ткани.

При костно-пластиических операциях для зубного протезирования должны быть соблюдены следующие правила:

достаточность мягких тканей для закрытия костной раны;

перед пластикой кость должна быть подготовлена – проводят щадящую декортацию ее поверхности, чтобы она обильно омывалась кровью;

проведение расчетов уложенных биоматериалов в соответствии с окклюзией, результатов будущей реконструкции и реального размера ремоделированной кости;

соблюдение гармонии лица и эстетики зубных рядов при будущем протезировании с опорой на реконструированную кость.

https://diseases.medelement.com/search?searched_data=diseases&q=&mq=&tq=&diseases_filter_type=section_medicine&diseases_content_type=10§ion_medicine=544746821495980557&category_mkb=0&parent_category_mkb=0

https://diseases.medelement.com/search?searched_data=diseases&q=&mq=&tq=&diseases_filter_type=section_medicine&diseases_content_type=10§ion_medicine=544746821495980557&category_mkb=0&parent_category_mkb=0

3. Диагностика: методы, подходы и процедуры

3.1. Диагностические критерии

Клинические методы обследования - расспрос и осмотр больного. Расспрос начинают с выяснения возраста, профессии, характера питания (регулярность, преобладание в пищевом рационе углеводов, белков и др.). Уточняют, не страдали ли подобным заболеванием родители больного или другие члены семьи. Важно выяснить, имеются ли другие заболевания внутренних органов и систем.

Анамнез болезни. Выясняют жалобы, их характер (неприятный запах, кровоточивость десен, подвижность зубов и др.), течение процесса (быстрое, медленное, циклическое). При указании на быстрое прогрессирование заболевания (расшатанность, выпадение зубов), прежде всего следует исключить сахарный диабет, а потом выяснить другие общие и стоматологические признаки (сухость, жжение в полости рта, жажда, изменение массы тела и др.).

Осмотр больного. Различают внешний осмотр и осмотр полости рта. Обращают внимание на настроение, поведение больного (раздражительность, подавленность, замкнутость и.т.д.), цвет кожных покровов, состояние регионарных лимфатических узлов, упитанность больного. Определяют пропорции лица в горизонтальной, вертикальной и сагиттальной плоскостях.

Определение местного статуса. Слизистую оболочку полости рта лучше осматривать при естественном освещении. Обращают внимание на состояние слизистой оболочки десны, которую можно условно разделить на три части: межзубной десневой сосочек, десневой край, часть, покрывающую альвеолярный отросток. При осмотре обращают внимание на цвет (ярко-красный при остром воспалении, синюшный - при хроническом).

Осмотр зубов имеет большое значение с целью выявления и устранения факторов, отягощающих течение патологического процесса. Выявляют плотность контактов между зубами, наличие диастем, трем, выраженность бугров. При осмотре обращают внимание на наличие зубных отложений.

Следующим этапом оценки местного статуса является определение степени подвижности зубов. Принято условно различать 4 степени подвижности зубов: 1 степень – подвижность зуба в вестибуло – оральном направлении меньше 1 мм; 2 степень – смещение в вестибуло – оральном и медио – дистальном направлении на величину до 1 мм; 3 степень – смещение зуба в вестибуло – оральном и медио – дистальном направлении на величину более 1 мм; 4 степень – полная деструкция костной ткани и смещения зуба во всех направлениях.

Глубину пародонтального кармана измеряют с помощью специального зонда с градуированной шкалой. Измерение следует проводить с 4 сторон зуба во всех стадиях патологического процесса в пародонте.

Определяют вид прикуса, наличие первичной или вторичной травматической окклюзии. Окклюдограмму составляют на основании отпечатков, полученных на контактных восковых пластинках или специальных подковообразных полосках с прокладкой из фольги, что предотвращает их деформацию и позволяет сохранять их длительное время. Восковую пластинку вводят в полость рта и предлагают больному сомкнуть челюсти в состоянии центральной, сагиттальной, транверсальной окклюзии. Полученные на пластинке отпечатки переносят в зубную формулу с использованием обозначений: (+) - наличие контактов (-) - отсутствие контактов.

Специальные методы исследования. Рентгенологический метод является обязательным при обследовании больного с патологией пародонта. Он позволяет определить степень выраженности патологических изменений в костной ткани альвеолярных отростков челюстей, а также характер этих изменений. Наиболее

распространенной методикой обследования больного с патологией пародонта, несмотря на ряд недостатков, продолжает оставаться внутриротовая рентгенография. Для наиболее полного представления о состоянии пародонта следует производить рентгеновские снимки всего прикуса (5 – 8 снимков – фронтальные зубы, премоляры, и моляры обеих челюстей).

Наилучшим методом исследования является панорамная рентгенограмма.

Остеометрия – метод исследования плотности костной ткани нижней челюсти на основании времени прохождения ультразвука.

Физические особенности распространения ультразвука характеризуются определенной зависимостью скорости прохождения ультразвука от плотности костной ткани: чем больше плотность, тем меньше время проведения ультразвука.

Морфологические исследования патологической ткани (биоптаты десны, содержимое пародонтальных карманов) дают информацию для постановки более точного диагноза при таких заболеваниях, как эозинофильная гранулема, коллагенозы, идиопатические формы поражений пародонта. Морфологические исследования являются одними из основных методов диагностики.

https://diseases.medelement.com/search?searched_data=diseases&q=&mq=&tq=&diseases_filter_type=section_medicine&diseases_content_type=10§ion_medicine=544746821495980557&category_mkb=0&parent_category_mkb=0

Пародонтит-причиной является то, что зубодесневое соединение представляет собой мощный тканевой барьер, который надежно защищает нижележащие, непосредственно опорные структуры пародонта — волокнистый аппарат периодонтальной щели и кость альвеолярных отростков. Пока это соединение сохраняется, процесс может быть успешно извлечен. Но если происходит его повреждение, то поток микроорганизмов, их токсинов и ферментов устремляется в глубь волокнистых структур периодонта, где они вызывают деструктивные изменения связочного аппарата зубов и кости альвеолярных отростков. В этом случае речь идет о пародонтите.

Формирование пародонтального кармана — это кардинальный признак пародонтита. Именно карман является резервуаром микробных и токсических скоплений и обуславливает прогрессирующую деструкцию пародонта.

В этих условиях изменяется характер действия механической нагрузки, которая в норме не только привычна, но даже необходима для сбалансированных трофических процессов в пародонте. Ослабленные опорные структуры становятся чувствительными к нагрузке, даже если она распределяется равномерно на все зубы. В тех же случаях, когда на определенных участках механические усилия оказываются более интенсивными (так называемые травматические узлы), они уже не компенсируются эластичными и резистентными свойствами пародонтальных тканей. В итоге происходит разрушение и периодонтальных волокон, и альвеолярной кости чисто травматического характера. Травматический эффект возникает довольно часто (у 25—30 % пациентов) с возрастом, если эмалевые бугры не стираются, так как после 25 лет буферные свойства пародонта снижаются.

При определенной степени деструкции кости возникает подвижность зубов. С этого момента процесс приобретает новые черты, так как любая механическая нагрузка становится травматичной. В совокупности с постоянно присутствующим микробным фактором она оказывает мощный деструктивный эффект. Травматические узлы или супраконтакты усиливают его, их влияние выражается в появлении дополнительных очагов вертикального разрушения пародонта.

В связи с этим хирург должен учитывать действие механического фактора и принимать меры для исключения локальных перегрузок и стабилизации подвижных зубов с помощью избирательного пришлифования, временного и постоянного шинирования.

В силу общих воздействий воспалительный процесс в пародонте протекает неравномерно: для него характерны периоды активизации и самопроизвольной ремиссии

при одном и том же микробном и механическом потенциале. Врач должен анализировать соотношение местных и общих факторов не только с целью выбора оптимальной тактики и реального прогнозирования возможных результатов, но иногда и для решения основного вопроса — о целесообразности самого хирургического вмешательства в конкретном случае.

Необходимо четко сознавать, что хронический генерализованный гингивит или пародонтит — это местная воспалительная реакция на действие микробных скоплений. Все остальные местные и общие факторы важны, но все же оказывают только модифицирующее влияние на течение местного воспалительного процесса.

В ответ на действие токсинов пародонтальные структуры разрушаются, в карманах образуются некротические массы, обильно разрастаются грануляции. Отделяемое из пародонтальных карманов (эксудат) является специфической особенностью пародонтита. Его количество и характер (серозное, гнойное, с запахом или без него) помогают определить течение заболевания либо оценить результаты лечения. По расширенным костномозговым пространствам микробные скопления (тем более их легко проникающие продукты — ферменты, токсины, кислоты) проникают в мягкие ткани и костные структуры, пропитывают поверхностный слой цемента корней зуба. Объем пораженной ткани очень большой:

площадь внутренних стенок карманов колеблется от 15 до 30 см², поэтому значительно и токсическое действие этого очага на организм; неизбежны не только местные, но и общие явления сенсибилизации, иммунопатологические нарушения клеточного и гуморального характера. Поскольку микробная обсемененность полости рта постоянная и высокая, в ткани пародонта микроорганизмы и их токсины поступают постоянно, поддерживая воспаление.

Указанные механизмы возникновения и развития типичных форм хронического воспалительного процесса в пародонте диктуют характер и последовательность лечебных вмешательств при гингивите и пародонтите. Эти две клинически очень разные формы заболевания по сути представляют собой только последовательные стадии развития единого процесса, особенность которого заключается в том, что он течет по принципу сверху вниз.

Общим причинным фактором гингивита и пародонтита является микробный. Клинически его присутствие и выраженность врачи обоснованно определяют по количеству бляшек зубного налета и зубного камня.

https://elestom.ru/handbook/safe_and_requirements/recommendations/rules/klinicheskie-rekomendatsii-protokoly-lecheniya-pri-diagnoze-periostit.php

Тактика лечения на амбулаторном и стационарном уровне:

Цели лечения:

- ликвидация воспалительного очага;
- купирование симптомов интоксикации;
- восстановление функции зуба-челюстной системы;
- профилактика осложнений.

Тактика лечения хронический пародонтит

- 1.Клинико-рентгенологическое обследование;
- 2.Оперативное лечение;
- 3.Медикаментозное лечение;
- 4.Профилактические мероприятия;
- 5.Другие виды лечения (физиолечение, ЛФК, массаж и др).

Немедикаментозное лечение:

- Режим в раннем послеоперационном периоде – полупостельный, в послеоперационном

периоде – общий. При консервативном лечении – общий. Диета стол - после хирургического лечения – №1а, 1б, в последующем №15.

Медикаментозное лечение:

Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Для местной анестезии используются преимущественно анестетики амидного ряда, реже – сложные эфиры. После разреза рану промывают антисептическими растворами.

Лекарственное лечение хронический пародонтит заключается в назначении антибактериальных препаратов перечисленных групп:

полусинтетических пенициллинов (амоксициллин), цефалоспоринов второго-третьего поколения, макролидов, фторхинолонов, линкозамидов, тетрациклических;

антигистаминных препаратов;

препаратов кальция;

обезболивающих препаратов;

витаминов (поливитамины, витамины С).

Повторный осмотр после вскрытия на следующий день. Проводят антисептическую обработку рана оценивают динамику течения воспалительного процесса. При осмотре и опросе определяют динамику стихания воспалительных явлений и в зависимости от этого назначают дополнительное лечение. При перевязках проводят местное лечение раны: промывание раны антисептическими растворами. www.chicagocentre.com

Органотропные средства

При пародонтиите больному вместе с антибиотиками назначают пробиотики, нормализующие микрофлору кишечника.

Антисептические средства

Антисептические средства используются в виде полоскания, активные в отношении простейших, грамположительных и грамотрицательных бактерий, вирусов (применяют до 14 дней). Для полоскания рта используют также гипертонический раствор (сода, соль).

Анестетики, используемые для местной анестезии

В настоящее время для местной анестезии используют анестетики преимущественно амидной группы. Также еще используются ранее широко распространенные анестетики группы сложных эфиров (новокаин).

Для каждого оперативного вмешательства выбирать тот анестетик, который показан пациенту с точки зрения функционального состояния его организма, аллергологического анамнеза, наличия сопутствующих заболеваний и степени их компенсации, характера предстоящего вмешательства.

Противомикробные препараты для системного применения

Эти препараты назначают по строгим показаниям при прогрессировании воспалительного процесса. Также назначаются при явлениях общей интоксикации, осложнениях после хирургического вмешательства.

Нестероидные противовоспалительные препараты

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) в большинстве своем — производные слабых органических кислот. К основным фармакодинамическим эффектам НПВС относятся противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее действие и антиагрегантное. Назначение препаратов в хирургической практике обусловлено их преимущественным анальгезирующим действием в первые сутки после хирургического вмешательства и выраженным противовоспалительным действием

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения): необходимо указать уровни доказанности

www.msmsu.ru

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
-------------------------------	-----------------------------	-------------------	-------------------------

Местнке аnestетики	2%лидокаин гидрохлорид 2%Суперкаин форте 4% артикаин гидрохлори Ультракаин* Септанест	2-6 мл для проводниковой и местной аnestезии	
антибиотики	Ампинцилин, Цефазолин, Цефтракцион порошок для приготовления раствора для инъекций 500 мг и 1000 мг	После пробы!!! расчета 50 мг/кг однократно) до разреза кожных покровов; после операции по 0,5-1 г каждые 6-8 часов в течение суток после операции с целью лечения и профилактики воспалительных осложнений	www.medlibrary.ru
Нестероидные противоспалител ьные средства	Парацетамол 200 мг или 500 мг. или другие таблетки НПВС 500мг; суспензия для приема внутрь 120 мг/5 мл или ректально 125 мг, 250 мг, 0,1 г	Взрослым и детям старше 12 лет с массой тела более 40 кг: разовая доза - 500 мг – 1,0 г (1-2 таблетки) до 4 раз в сутки. Максимальная разовая доза – 1,0 г. Интервал между приемами не менее 4 часов. Максимальная суточная доза - 4,0 г. Детям от 6 до 12 лет: разовая доза – 250 мг – 500 мг по 250 мг – 500 мг до 3-4 раз в сутки. Интервал между приемами не менее 4 часов. Максимальная суточная доза - 1,5 г - 2,0 г.	https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-prichin-razvitiya-odontogenno-go-periostita-chelyustnyh-kostey-u-detey/viewer
	Кетопрофен раствор для инъекций 100 мг/2мл по 2 мл или перорально 150мг пролонгированный 100мг.	суточная доза при в/в составляет 200-300 мг (не должна превышать 300 мг), далее пероральное применение пролонгированные капсулы 150мг 1 р/д, капс. таб. 100 мг 2 р/д Длительность лечения при в/в не должна превышать 48 часов. Длительность общего применения не должна превышать 5-7 дней, с противовоспалительной, жаропонижающей и болеутоляющей целью.	https://e-stomatology.ru/director/protokols/protokol_periostit.doc
Гемостатические средства	Этамзилат раствор для инъекций 12,5% - 2 мл	4-6 мл 12,5 % раствора в сутки. Детям, вводят однократно внутривенно или внутримышечно по 0,5-2 мл с учетом массы тела (10-15 мг/кг). При опасности послеоперационного кровотечения вводят с профилактической целью	https://e-stomatology.ru/director/protokols/protokol_periostit.doc

<https://www.vnmu.edu.ua/downloads/childstomat/20121219-114227.doc>

Индикаторы эффективности лечения:

- купирование клинических симптомов заболевания;
- восстановление функции зуба-челюстной системе.

www.ukrdental.com

www: stomat-burg.ru/statc

www.rusdent.com

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО
«ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ПАРОДОНТА»**

ТАШКЕНТ – 2024

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ По данным Всемирной организации здравоохранения, пародонтит рассматривается как осложнение гингивита. Рекомендации, приведенные в клиническом протоколе, основаны на общепринятых стандартах медицинской помощи больным пародонтитом. Эти рекомендации ориентированы на критерии медицинского подхода на этапах заболевания.

Коды МКБ-05:

Код	Название
K05.2	https://mkb-10.com/index.php?pid=12554
K05.3	Острый пародонтит
K05.4	Хронический пародонтит
	Пародонтоз

Дата разработки и пересмотра протокола; 2024 год, дата пересмотра 2026 год или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта: Ташкентский государственный стоматологический институт (ТГСИ)

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:

По организации процесса члены рабочей группы по направлению Стоматология:

- 1.Хайдаров Н.К. – ректор ТГСИ, профессор
- 2.Баймаков С.Р. – проректор ТГСИ по учебной работе, профессор
- 3.Шомуродов К.Э. – ТДСИ проректор по научной работе и инновациям, профессор

Список авторов:

Азимов А.М.-доцент заведующий кафедры хирургической стоматологии и дентальной имплантологии, ТГСИ

Сувонов К.Ж-ТДСИ профессор кафедры “хирургическая стоматология и дентальная имплантология”

Халманов Б.А.-ТДСИ доцент кафедры “хирургическая стоматология и дентальная имплантология”

Ходжаев С.Б.-ТДСИ ассистент кафедры “хирургическая стоматология и дентальная имплантология”

Рецензенты:

1. **Абдуллаев Ш.Ю.**- профессор, заведующий кафедрой челюстно-лицевых болезней и травм.

2. **Джонибекова Розия Наджмиддинова** – заведующая кафедрой челюстно-лицевой хирургии Таджикского государственного медицинского университета имени «Абу Али Ибн Сина», кандидат медицинских наук, доцент.

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Совещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации стоматологов Узбекистана, организаторов здравоохранения главных стоматологов региональных учреждений системы стоматологической службы в онлайн-формате 7 апреля 2023 г., протокол №2.

Руководитель рабочей группы- д.м.н. Хасанов А.И ТГСИ

Техническая экспертная оценка и редактирование:

1.

2...

Экспертная оценка специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:

- 1.
- 2.
- 3..

Экспертная оценка специалистов управления лекарственной политики Министерство здравоохранения Республики Узбекистан:

- 1.
- 2..

Экспертная оценка специалистов агентства Медицинского страхования при Министерстве Республики Узбекистан:

- 1.
- 2.
- 3..

Данный клинический протокол и стандарт был разработан при организационной и методической поддержке под руководством заместителя министра д.м.н., Ф.Р. Шарипова, Начальника управления медицинского страхования Ш.К.Алмарданова, начальника отдела разработки клинических протоколов и стандартов д.м.н. С.А. Убайдуллаевой, Главных специалистов отдела разработки клинических протоколов и стандартов Ш.Р.Нурикова, С.К.Усманова и Г.Т.Джумаевой.

Оценка приемлемости и используемости в практике клинических протоколов проведено совместно с представителями практического звена здравоохранения города Ташкента и Ташкентской области.

Список сокращений

ТГСИ ЦРПКМР	Ташкентский государственный стоматологический институт Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
----------------	---

Пользователи протокола по данной нозологии;

1. Челюстно-лицевой хирург.
2. Хирург стоматолог
3. Стоматолог общей практики;
4. Врачи скорой и неотложной помощи;
5. Врачи-лаборанты;
6. Организаторы здравоохранения;
7. Клинические фармакологи;
8. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, аспиранты, преподаватели медицинских вузов;

Категории пациентов: больные с пародонтит челюстей

Шкала степень достоверности

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

АЛГОРИТМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЮ ПАРОДОНТИТА

Принципы лечения больных с пародонтит предполагают одновременное решение нескольких задач:

- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;

- предупреждение развития острых одонтогенных воспалительных патологических процессов в околозубых и околочелюстных тканях;
- выявление и устранение причины заболевания;
- сохранение и восстановление функциональной способности всей зубочелюстной системы;
- устранение возникших осложнений патологического процесса;
- повышение качества жизни пациентов.

Комплекс лечебных мероприятий проводят преимущественно в условиях поликлиники. Принимают во внимание выраженность воспалительных явлений, общую и местную картину заболевания, а также рентгенологические данные.

<https://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spetsialistov/standarty-obsledovaniya-i-lecheniya/stomatologiya.php>

Оперативное вмешательство по поводу пародонита проводят под местным обезболиванием – проводниковой или инфильтрационной анестезией. По показаниям пациентам проводят операцию под наркозом. Хирургические вмешательства на мягких тканях у больных с болезнями пародонта

Кюретаж

Противопоказания:

- глубина кармана более 5 мм,
- резкое истончение десны,
- некроз десны,
- гноетечение, абсцедирование,
- острые воспалительные заболевания слизистой.

Открытый Кюретаж.

Методика проведения.«Открытый» кюретаж состоит из следующих этапов:

- 1) после антисептической обработки полости рта и анестезии проводят разрез по вершинам межзубных сосочеков, тупо отслаивают губо-щечные и язычные сосочки межзубной десны;
- 2) экскаваторами, крючками, рашпильтной гладилкой удаляют «зубные» отложения с группы зубов;
- 3) ножницами иссекают грануляции на внутренней поверхности десневых сосочеков, проводят деэпителизацию и формирование десневого края, удаляя измененную (шириной 1-1,5 мм) часть десны;
- 4) операционное поле промывают растворами антисептиков, «обработанные» межзубные сосочки укладывают на место и фиксируют лечебно-защитной повязкой на основе противовоспалительных мазей. В костный карман можно ввести биокомпозит (гидроксиапатит с коллагеном в соотношении 9:1), уплотнить его штопфером, затем наложить швы.

Осложнения открытого кюретажа: кровотечение, гноетечение из кармана, ретроградный пульпит.

Лоскутные операции по Видманну—Нейману

Лоскутные операции — хирургические вмешательства с образованием слизисто-надкостничного лоскута, которым закрывают костную рану вдоль гребня альвеолярного отростка. Используется для ликвидации зубодесневых карманов, коррекции дефектов края десны, для восстановления разрушенных тканей.

Существует несколько методик проведения лоскутных операций.Классической лоскутной операцией считается операция по Видманну—Нейману.Эта операция показана при смешанной форме атрофии альвеолярного отростка, когда есть чередование ниш и углублений. Ее проводят при пародонтитах средней тяжести с пародонтальными карманами более 5 мм, резорбцией костной ткани на 1/2 длины корня. В результате

операции ликвидируются зубодесневые и частично костные карманы.

Проводится такая операция следующим способом: Начинается операция как минимум через неделю после санации полости рта пациента, профессиональной гигиены и противовоспалительной терапии (при необходимости). Для доступа к корням и костным карманам, с целью их обработки, на границах лоскута, под местной анестезией, делают два вертикальных разреза. Эти разрезы соединяются разрезами со щечной и язычной сторон, отступив 1,0-1,5 мм от края десны.

После этого врач отслаивает лоскуты и отводит в стороны.

Проводят кюретаж: удаляют грануляции, снимает отложения и сглаживают поверхность обнаженных корней. Для того, чтобы обеспечить лучшее заживление, проводится остеопластика. Главным недостатком такого метода является то, что утраченная кость может быть восстановлена только остеобластами. После операции происходит нарушение контуров межзубных сосочеков, что особенно неприемлемо на фронтальных участках

<https://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spetsialistov/standarty-obsledovaniya-i-lecheniya/stomatologiya.php>

<https://volgstrom9.ru/poleznaya-informatsiya/informatsiya-dlya-patsientov/poryadki-i-standarty-stomatologicheskoy-pomoshchi.php>

Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

<https://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spetsialistov/standarty-obsledovaniya-i-lecheniya/stomatologiya.php>

Код	Наименование медицинской услуги	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта	1
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A02.30.001	Термометрия общая	По потребности
B01.064.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	1
B01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	1
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1
A06.07.003	Прицельная внутроротовая контактная рентгенография	1
A06.07.004	Ортопантомография	по потребности
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	по потребности
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	1
A02.07.008	Определение степени патологической	1

	подвижности зубов	
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	1
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности

<https://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spetsialistov/standarty-obsledovaniya-i-lecheniya/stomatologiya.php>

N	Наименование	Количество, шт.
1.	Автоклав (стерилизатор паровой) при отсутствии центральной стерилизационной	1 на отделение (кабинет)
2.	Аквадистиллятор (медицинский) при отсутствии центральной стерилизационной	1 на отделение (кабинет)
3.	Автоклав для наконечников (стерилизатор паровой настольный)	1 на кабинет
4.	Аппарат для снятия зубных отложений ультра-звуковой (скейлер) при отсутствии в МРУ и УС	1 на кабинет
5.	Аспиратор (отсасыватель) хирургический при отсутствии в МРУ и УС	1 на рабочее место врача
6.	Биксы (коробка стерилизационная для хранения стерильных инструментов и материала)	по требованию
7.	Бормашина стоматологическая портативная при отсутствии МРУ и УС с микромотором	1 на кабинет
8.	Бормашина стоматологическая портативная с физиодиспенсером	1 на отделение
9.	Боры стоматологические для прямого и углового наконечника	по требованию не менее 10 наименований по 2 каждого наименования
10.	Диатермокоагулятор хирургический, стоматологический при отсутствии в МРУ и УС	1 на кабинет
11.	Долота и остеотомы медицинские в ассортименте	по требованию не менее 2 наименований по 2 каждого
12.	Зажим кровоостанавливающий в ассортименте	не менее 3 наименований на рабочее место врача
13.	Инъектор стоматологический, для карпульной анестезии	не менее 5 на рабочее место врача
14.	Инъектор стоматологический универсальный, дозирующий, для карпульной анестезии	не менее 2 на кабинет
15.	Изделия одноразового применения: - шприцы и иглы для инъекций, - скальпели в ассортименте, - маски, - перчатки смотровые, диагностические, хирургические, - бумажные нагрудные салфетки для пациентов, - полотенца для рук в контейнере, - салфетки гигиенические, - медицинское белье для медицинского персонала,	по требованию

	<ul style="list-style-type: none"> - перевязочные средства, - слюноотсосы, - стаканы пластиковые 	
16.	Камеры для хранения стерильных инструментов (при отсутствии системы пакетирования)	1 на кабинет
17.	Корцанг прямой	не менее 5 на кабинет
18.	Кресло стоматологическое при отсутствии в МРУ и УС	1 на 2 должности врача при двухсменной работе
19.	Крючки хирургические, зубчатые разных размеров	не менее 5 на кабинет
20.	Кюрета хирургическая разных размеров	по требованию не менее 5
21.	Лампа (облучатель) бактерицидная для помещений	по требованию
22.	Лампа (облучатель) бактерицидная для помещений передвижная	по требованию
23.	Ложки хирургические (костные), разных размеров	не менее 5 на рабочее место врача
24.	Лупа бинокулярная для врача	по требованию не менее 1 на кабинет
25.	Машина упаковочная (аппарат для предстерилизационной упаковки инструментария) при отсутствии центральной стерилизационной	1 на отделение
26.	Место рабочее (комплект оборудования) для врача-стоматолога : Установка стоматологическая (УС), включающая блок врача-стоматолога (бормашина), кресло стоматологическое, гидроблок стоматологический, светильник операционный стоматологический (данные части могут быть закреплены на единой несущей станине либо крепиться взаимно либо раздельно к несущим конструкциям (стене, мебели)) или Место рабочее универсальное врача-стоматолога (МРУ), включающее УС, оснащенную турбиной, микромотором, диатермокоагулятором, ультразвуковым скалером, пылесосом, негатоскопом	1 комплект на 2 врачебные должности при двухсменном рабочем дне
27.	Микромотор стоматологический с оптикой или без оптики при отсутствии в МРУ и УС	1 на кабинет
28.	Набор аппаратов, инструментов, медикаментов, методических материалов и документов для оказания экстренной медицинской помощи при состояниях, угрожающих жизни (укладка-аптечка для оказания экстренной помощи при	1 на кабинет

	общесоматических осложнениях в условиях стоматологических кабинетов)	
29.	Набор инструментов, игл и швного материала	по требованию не менее 2 видов
30.	Набор инструментов для осмотра рта (базовый): - лоток медицинский стоматологический, - зеркало стоматологическое, - зонд стоматологический угловой, - пинцет зубоврачебный, - экскаваторы зубные, - гладилка широкая двухсторонняя	по требованию
31.	Набор инструментов для трахеотомии	1 на поликлинику
32.	Набор медикаментов для индивидуальной профилактики парентеральных инфекций (аптечка "анти-СПИД")	1 на кабинет
33.	Набор реактивов для контроля (индикаторы) дезинфекции и стерилизации	по требованию
34.	Наконечник механический прямой для микромотора при отсутствии в комплекте МРУ и УС	не менее 2 на рабочее место
35.	Наконечник механический угловой для микромотора при отсутствии в комплекте МРУ и УС	не менее 2 на рабочее место
36.	Негатоскоп при отсутствии в комплекте МРУ и УС	1 на кабинет
37.	Ножницы в ассортименте	по требованию не менее 5 на кабинет
38.	Отсасыватель слюны при отсутствии в комплекте МРУ и УС	1 на рабочее место врача
39.	Очиститель ультразвуковой (устройство ультразвуковой очистки и дезинфекции инструментов и изделий)	1 на кабинет
40.	Пинцеты анатомические разных размеров	по требованию не менее 5 на кабинет
41.	Прибор (установка) для утилизации шприцев и игл при отсутствии централизованной утилизации	по требованию
42.	Программное обеспечение диагностического процесса, видеоархива и ведения компьютерной истории болезни, программа учета	1 на рабочее место врача
43.	Расходные стоматологические материалы и медикаментозные средства: - лечебные, - анестетики, - антисептические препараты	по требованию
44.	Радиовизиограф или рентген дентальный при отсутствии рентгенкабинета или договора на лучевую диагностику	1 на отделение
45.	Распаторы стоматологические	по требованию, не менее 2
46.	Светильник стоматологический при отсутствии в комплекте МРУ и УС	1 на рабочее место врача
47.	Система индивидуального кондиционирования и увлажнения воздуха в лечебных помещениях	согласно СанПиНа

48.	Скальпели (держатели) и одноразовые лезвия в ассортименте	не менее 3
49.	Средства индивидуальной защиты от ионизирующего излучения при наличии источника излучения	по требованию в соответствии с СанПиН
50.	Средства и емкости-контейнеры для дезинфекции инструментов	по требованию
51.	Стерилизатор суховоздушный при отсутствии центральной стерилизационной	1 на кабинет
52.	Стол письменный для врача	1 на рабочее место врача
53.	Столик стоматологический	1 на рабочее место врача
54.	Стул для ассистента врача при отсутствии в комплекте МРУ и УС	1 на рабочее место ассистента
55.	Стул для врача-стоматолога при отсутствии в комплекте МРУ и УС	1 на рабочее место врача
56.	Шкаф медицинский для хранения расходных материалов	не менее 1 на кабинет
57.	Шкаф медицинский для медикаментов	не менее 1 на кабинет
58.	Шкаф для медицинской одежды и белья	по требованию
59.	Штатив медицинский для длительных инфузионных вливаний	1 на кабинет
60.	Щипцы стоматологические для удаления зубов и корней зубов на верхней и нижней челюстях в ассортименте	по требованию, не менее 25 на рабочее место врача
61.	Щитки защитные (от механического повреждения глаз) для врача и ассистента	по требованию не менее 2
62.	Элеваторы стоматологические для удаления корней зубов на верхней и нижней челюстях в ассортименте	по требованию, не менее 15 на рабочее место врача
63.	Наборы диагностические для проведения тестов на выявление новообразований (скрининг) и контроля за лечением новообразований	не менее 1 на кабинет

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ АССОРТИМЕНТ

1. Одноразовый шпатель
2. Дезинфицирующие салфетки
3. Йодоформная турунда
4. Гемостатическая губка
5. Крючок Фарабефа
6. Периотом
7. Держатель языка
8. Ронжиры (костные кусачки)
9. Зажим гемостатический
10. Экран защитный
11. Турбинный наконечник
12. Бумага артикуляционная
13. Фартук для пациента
14. Валики стандартные ватные

https://elestom.ru/handbook/safe_and_requirements/recommendations/rules/klinicheskie-rekomendatsii-protokoly-lecheniya-pri-diagnoze-periostit.php

Требования к подготовке пациента (описание процесса подготовки пациента к проведению процедуры или вмешательство), а также непосредственная методика проведения процедуры (вмешательства);

Послеоперационный уход:

антибактериальные препараты: пенициллины, фторхинолоны, цефалоспорины, макролиды, линкозамиды, тетрациклины;

нестероидные противовоспалительные препараты;

антигистаминные препараты;

антисептические ротовые ванночки;

полоскания рта гипертоническим раствором (водный раствор соды, соли);

соблюдение гигиены полости рта;

препараты кальция;

витамины;

в день хирургического вмешательства воздержаться на 2-3 часа от приема пищи, избегать перегрева организма, ограничить физические нагрузки, прикладывать лед на щеку со стороны вмешательства по 10-20 минут с перерывами в 30 минут в течение первых суток после операции.

Критерии оценки качества оказания медицинской помощи к

4. Организационные аспекты протокола:

- отсутствует конфликт интересов
- указание условий пересмотра протокола (пересмотр протокола через 3 после его разработки или при наличии новых методов с уровнем доказательности);
- список использованной литературы (необходимы ссылки валидные исследования на перечисленные источники в тексте протокола).

Индикаторы эффективности лечения:

отсутствие воспалительных осложнений;

восстановление функции полного открывания рта, жевания, глотания.

Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь при пародонтите предполагает проведение мероприятий, направленных на устранение или снижение воспаления. Дальнейшее лечение в плановом порядке.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО
ПРОФИЛАКТИКЕ ПО «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА»**

ТАШКЕНТ – 2024

По данным Всемирной организации здравоохранения, пародонтит рассматривается как осложнение гингивита. Рекомендации, приведенные в клиническом протоколе, основаны на общепринятых стандартах медицинской помощи больным пародонтитом. Эти рекомендации ориентированы на критерии медицинского подхода на этапах заболевания

Код	Название
K05.2	https://mkb-10.com/index.php?pid=12554
K05.3	Острый пародонтит
K05.4	Хронический пародонтит
	Пародонтоз

Дата разработки и пересмотра протокола; 2024 год, дата пересмотра 2026 год или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта: Ташкентский государственный стоматологический институт (ТГСИ)

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:

По организации процесса члены рабочей группы по направлению Стоматология:

1. **Хайдаров Н.К.** – ректор ТГСИ, профессор
2. **Баймаков С.Р.** – проректор ТГСИ по учебной работе, профессор
3. **Шомуродов К.Э.** – ТДСИ проректор по научной работе и инновациям, профессор

Список авторов:

Азимов А.М.-доцент заведующий кафедры хирургической стоматологии и дентальной имплантологии, ТГСИ

Сувонов К.Ж-ТДСИ профессор кафедры “хирургическая стоматология и дентальная имплантология”

Халманов Б.А.-ТДСИ доцент кафедры “хирургическая стоматология и дентальная имплантология”

Ходжаев С.Б.-ТДСИ ассистент кафедры “хирургическая стоматология и дентальная имплантология”

Рецензенты:

1. **Абдуллаев Ш.Ю.**- профессор, заведующий кафедрой челюстно-лицевых болезней и травм.

2. **Джонибекова Розия Наджмиддинова** – заведующая кафедрой челюстно-лицевой хирургии Таджикского государственного медицинского университета имени «Абу Али Ибн Сина», кандидат медицинских наук, доцент.

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Совещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации стоматологов Узбекистана, организаторов здравоохранения главных стоматологов региональных учреждений системы стоматологической службы в онлайн-формате 7 апреля 2023 г., протокол №2.

Руководитель рабочей группы- д.м.н. Хасанов А.И ТГСИ

Техническая экспертная оценка и редактирование:

- 1.
- 2...

Экспертная оценка специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:

- 1.

2.

3..

Экспертная оценка специалистов управления лекарственной политики Министерство здравоохранения Республики Узбекистан:

1.

2..

Экспертная оценка специалистов агентства Медицинского страхования при Министерстве Республики Узбекистан:

1.

2.

3..

Данный клинический протокол и стандарт был разработан при организационной и методической поддержке под руководством заместителя министра д.м.н., Ф.Р. Шарипова, Начальника управления медицинского страхования Ш.К.Алмарданова, начальника отдела разработки клинических протоколов и стандартов д.м.н. С.А. Убайдуллаевой, Главных специалистов отдела разработки клинических протоколов и стандартов Ш.Р.Нурикова, С.К.Усманова и Г.Т.Джумаевой.

Оценка приемлемости и используемости в практике клинических протоколов проведено совместно с представителями практического звена здравоохранения города Ташкента и Ташкентской области.

Практикующие врачи:

1.

2.

3..

Список сокращений

ТГСИ
ЦРПКМР

Ташкентский государственный стоматологический институт
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Пользователи протокола по данной нозологии;

1. Челюстно-лицевой хирург.
2. Хирург стоматолог
3. Стоматолог общей практики;
4. Врачи скорой и неотложной помощи;
5. Врачи-лаборанты;
6. Организаторы здравоохранения;
7. Клинические фармакологи;
8. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, аспиранты, преподаватели медицинских вузов;

Категории пациентов: больные с периоститом челюстей

Шкала степень достоверности

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Основная часть.

Мировая стоматологическая практика убедительно доказывает, что в настоящее время сохранить здоровые зубы и ткани периодонта и улучшить сложившуюся ситуацию возможно лишь через внедрение в повседневную практику методов профилактики стоматологических заболеваний. На основе профилактики и реабилитации периостита стоит профилактика заболевания зубов и зубочелюстной системы.

<https://diseases.medelement.com/disease/>

<https://mrtpetrograd.ru/stati/zabolevaniya/gnoynyy-periostit>

Профилактика - это система государственных, социальных, гигиенических и медицинских мер, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья и предупреждение заболеваний. В системе профилактики выделяют два звена единого профилактического процесса: первичную профилактику и вторичную.

Основные задачи **первичной профилактики** заболеваний пародонта:

Профилактика и своевременное лечение аномалий прикуса.

Регулярное определение жевательной нагрузки методом окклюзиографии своевременная ее коррекция. Диагностика и устранение аномалий прикрепления уздечек верхней и нижней губы, языка, преддверия полости рта. Гигиенический уход. Укрепление здоровья с целью обеспечения здоровой реактивности и резистентности организма. Переход ребенка из группы здоровых детей в группу имеющих стоматологическую патологию свидетельствует о том, что не все возможные меры профилактики использованы

Вторичная профилактика предусматривает ранее выявление заболевания, предупреждение рецидивов, прогрессирования и возможных осложнений. Вторичная профилактика проводится у детей, уже страдающих каким-то заболеванием. Перед врачами на данном этапе стоят следующие задачи: снижение числа осложнений кариеса (пульпита, периодонтита), уменьшение прироста кариеса и др. Вторичная профилактика является частью программы реабилитации.

Реабилитация включает в себя мероприятия по лечению вторичной профилактике заболеваний. И если средства и методы первичной и вторичной профилактики могут быть одни и те же, то критерии оценки эффективности вторичной профилактики будут отличаться от таковых первичной. Изменение интенсивности прироста кариеса за определенный срок является достаточно информативным показателем для оценки профилактического действия комплекса мероприятий вторично профилактики.

Вторичная профилактика может считаться эффективной, если патологический процесс стабилизировался, уменьшилась степень тяжести его течения и т.д.

<https://minzdrav.gov.by/ru/novoe-na-sayte/utverzhdeny-28-klinicheskikh-protokolov-poterapevticheskoy-stomatologii-vzrosloe-naselenie/>

Таким образом, при разработке комплекса мер вторичной профилактики необходимо учитывать не только возраст пациента, но и характер течения патологического процесса.

<https://minzdrav.gov.by/ru/novoe-na-sayte/utverzhdeny-28-klinicheskikh-protokolov-poterapevticheskoy-stomatologii-vzrosloe-naselenie/>

Третичная профилактика - направлена на выздоровление, предупреждение перехода болезни в более тяжелую форму или стадию, предупреждение обострений в ее течении, на снижение временной нетрудоспособности, инвалидности, смертности.

Существует классификация профилактических мероприятий, принятая ВОЗ в 1972 г., согласно которой следует различать 3- группы мероприятий.

Первичная профилактика включает:

- а) санитарное просвещение по вопросам гигиены полости рта;
- б) диспансерное наблюдение населения;
- в) нормализация питания;
- г) улучшение условий труда и быта.

Специфическая профилактика предусматривает:

- а) фторирование питьевой воды;
- б) местное применение фтористых препаратов;
- в) личную гигиену полости рта.

Вторичная профилактика включает:

- а) раннюю диагностику;
- б) лечение кариеса зубов современными методами.

Санация полости рта является основной частью плановой стоматологической диспансеризации. www.medlibrary.ru;

https://e-stomatology.ru/director/protokols/protokol_periostit.doc

Различают этиотропную (этиологическую) и патогенетическую профилактику кариеса зубов. Этиотропная профилактика кариеса зубов включает в себя борьбу с микрофлорой полости рта, проводимую с целью снижения ее численности и изменения качественного состава, устранения продуктов жизнедеятельности микрофлоры - мягкого зубного налета, улучшения самоочищения зубов, проведения профессиональной гигиены полости рта.

Более широк круг мер патогенетически обоснованного повышения резистентности тканей зубов к действию кариесогенных факторов. К ним относятся общая и местная фторизация и воздействие другими реминерализирующими средствами, а также биологически активными веществами.

. С позиции общегосударственного планирования задачами эпидемиологического исследования являются определение распространенности и тяжести заболеваний или их совокупности у населения области или страны в целом. Например, обобщение опыта фторирования питьевой воды в различных странах показало, что эта мера профилактики кариеса целесообразна лишь для зон с высокой или очень высокой интенсивностью поражения. В зонах, с незначительной интенсивностью кариеса его профилактика не является задачей общегосударственного значения. Профилактические мероприятия планируются в отношении других заболеваний, например, пародонтальных, которые для этого региона имеются (по данным эпидемиологических исследований) наиболее интенсивными.

. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Пациентам с острым серозным периоститом челюсти проводят неотложное лечение – вскрытие полости причинного зуба для создания оттока экссудата. Необходимо наблюдение за пациентом до полного стихания воспалительного процесса (стойкое нарушение трудоспособности), в среднем от 3 до 5 дней. Исключить тепловые процедуры (баня, горячие ванны и т.д.) и физические нагрузки.

<https://www.surgery.by/details.php?&lang=ru&year=2022&issue=4&number=2>

Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Пациенту рекомендуют явиться на следующий день на прием для осмотра после лечебных мероприятий, далее, в зависимости от необходимости проведения перевязок или следующего этапа лечения, график посещения назначают индивидуально в зависимости от течения воспалительного процесса. Требуется проведения 2 раза в год профилактических осмотров и гигиенических мероприятий.

Требования к диетическим назначениям и ограничениям

После завершения хирургической процедуры не рекомендовано принимать пищу в течение двух часов. В день оперативного вмешательства следует избегать приема грубой, горячей пищи и не жевать на прооперированной стороне, не греть ее. Подробные рекомендации приведены в алгоритмах к каждому виду вмешательства. Правила изменения требований при выполнении Протокола и прекращении действия требований протокола

При выявлении признаков другого заболевания наряду с периоститом, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этих клинических рекомендаций (протокола лечения), соответствующего периоститу;
- б) клинических рекомендаций протокола лечения с выявленным заболеванием или синдромом.

Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

Подробные рекомендации приведены в алгоритмах к каждому виду вмешательства

Правила изменения требований при выполнении Протокола и прекращении действия требований протокола

При выявлении признаков другого заболевания наряду с периоститом, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- а) раздела этих клинических рекомендаций (протокола лечения), соответствующего периоститу;
- б) клинических рекомендаций протокола лечения с выявленным заболеванием или синдромом.

<https://ctoma.ru/stati/profilaktika-kariesa>

<https://denteyaclinic.ru/article/profilaktika-kariesa/>

Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преемственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	90	Восстановление внешнего вида слизистой оболочки десневого края	После лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу периостита
Стабилизация	5	Отсутствие прогрессирования заболевания	После лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу периостита
Развитие осложнений, ятрогенных заболеваний	3	Появление новых поражений или осложнений, несмотря на проводимое лечение (например, рецидив, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	2	Воспалительный процесс распространяется на кость (остеомиелит челюсти) или около-челюстные мягкие ткани с образованием абсцесса или флегмоны	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

<https://minzdrav.gov.by/ru/novoe-na-sayte/utverzhdeny-28-klinicheskikh-protokolov-oterapevticheskoy-stomatologii-vzrosloe-naselenie/>

Организационные аспекты протокола:

- 1) информация об отсутствии конфликта интересов;
Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Протокола. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи. Подробные рекомендации приведены в алгоритмах к каждому виду вмешательства. Правила изменения требований при выполнении Протокола и прекращении действия требований протокола. При выявлении признаков другого заболевания наряду с периоститом, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:
 - а) раздела этих клинических рекомендаций (протокола лечения), соответствующего периоститу;
 - б) клинических рекомендаций протокола лечения с выявленным заболеванием или синдромом
- 2) данные экспертов (специалистов республики и зарубежных стран);
Мониторирование проводится на всей территории Узбекистана.

Перечень медицинских организаций, 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 периоститом в стоматологических медицинских организациях;
- анализ полученных данных;
- составление отчета о результатах проведенного анализа;
- представление отчета группе разработчиков Протокола.

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.

По необходимости при мониторировании Протокола могут быть использованы иные документы.

В стоматологических медицинских организациях, определенных перечнем по мониторированию, раз в полгода на основании медицинской документации составляется карта пациента о лечении пациентов с периоститом, соответствующих моделям пациента в данном протоколе.

КАРТА ПАЦИЕНТА

История болезни №_____

Наименование учреждения

Дата: начало наблюдения_____

Ф.И.О.

окончание наблюдения

возраст _____

Диагноз основной

Сопутствующие заболевания:

Модель пациента:

Объем оказанной нелекарственной медицинской помощи:

Лекарственная помощь (указать применяемый препарат):

Осложнения лекарственной терапии (указать проявления):

Наименование препарата, их вызвавшего:

Исход (по классификатору исходов):

Информация о пациенте передана в учреждение, мониторирующее Протокол:

(название учреждения) (дата)

Подпись лица, ответственного за мониторирование протокола в медицинском учреждении:

Код	Наименование медицинской услуги	Частота предоставления	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта		
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта		
A01.07.003	Пальпация органов полости рта		
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области		
B01.064.001	Прием (осмотр, консультация) врача-		

	стоматолога первичный		
B01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный		
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти		
A02.07.006	Определение прикуса		
A02.07.007	Перкуссия зубов		
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография		
A06.07.004	Ортопантомография		
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области		
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений		
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов		
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда		
A11.03.001	Биопсия кости		
A11.30.005	Зондирование свищей		

Код	Наименование медицинской услуги	Частота предоставления	Кратность выполнения
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта		
A15.07.002	Наложение повязки при операциях на органах полости рта		
A16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани		
A16.07.001	Удаление зуба		
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов		
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов		
A17.07.005	Магнитотерапия при патологии полости рта и зубов		
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии		

	полости рта		
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов		
A17.07.009	Воздействие электрическими полями (КВЧ) при патологии полости рта и зубов		
A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов		
A17.07.011	Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов		
A17.07.012	Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов		
A17.07.013	Воздействие магнитными полями при патологии полости рта и зубов		
B01.003.004.004	Аппликационная анестезия		
B01.003.004.002	Проводниковая анестезия		
B01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия		
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта		
B01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный		
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область		
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления		
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов		

<https://minzdrav.gov.by/ru/novoe-na-sayte/utverzhdeny-28-klinicheskikh-protokolov-oterapevticheskoy-stomatologii-vzrosloie-naselenie/>

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 (медицинских организаций, 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 (Приложение 4).

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). 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 на основании решения Совета Стоматологической Ассоциации Узбекистана.

ПАРАМЕТРЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПРОТОКОЛА

Для оценки качества жизни пациента с периоститом, соответствующей моделям Протокола, используют аналоговую шкалу (Приложение 5).

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 медицинских организаций.

ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ ОТЧЕТА

В ежегодный отчет о результатах мониторирования включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, предложения по актуализации Протокола. Отчет представляется в Стоматологическую Ассоциацию Узбекистана учреждением, ответственным за мониторирование данного Протокола. Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой

печати. Пересмотра протокола через 3 лет после его разработки или при наличии новых методов с уровнем доказательности; Список использованной литературы (необходимы ссылки на перечисленные источники в тексте протокола).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Дусмухamedov M.Z., Садикова X.K. и соавторы "Пародонтология" Учебное пособие. - Самарканд. 2023
2. Дусмухamedov D.M., Садикова X.K. и соавт. «Пародонтальная хирургия» Учебное пособие. - Ташкент. Типография ТТА. 2019
3. Гаффаров С.А., Ризаев Ж.А., Жилонов А.А., Садикова X.K. Стоматология. Методическое пособие. - Ташкент. Урок пресса. 2018
4. Робуста Т.Г. Хирургическая стоматология.-Москва: "Медицина" 2010.503с.
5. Болезни пародонта. Лечение - "Практическая медицина", г. Москва, 2014 г.

6. Учебное пособие по пародонтологии и методам преподавания в
 7. стоматологических вузах.
 8. Регенеративные технологии в стоматологии - "Практическая медицина", г.
 9. Москва, 2015 г. Книга для стоматологов пародонтологов, хирургов,
 10. имплантологов.
 11. Пластическая хирургия мягких тканей полости рта - "Азбука", г. Москва 2014 г.,
 12. Наглядное пособие для стоматологов-хирургов, имплантологов и пародонтологов.
-
13. Диагностика и лечение заболеваний пародонта - "Азбука" г. Москва, 2015 г. Книга для пародонтологов, стоматологов - хирургов, имплантологов и ортодонтов
 14. Данилевский, Н.Ф. Парадонтология. Москва, 2017.
 15. Молоков, В.Д. Временное шинирование зубов. Учебное пособие. г. Иркутск, 2010.
 16. David A. Mitchell, Anastasios N. Kanatas. An Introduction to Oral and Maxillofacial surgery. Press Taylor & Francis group. 2015 y.
 17. Neelima Anil Malik. Textbook of Oral and Maxillofacial Surgery. India. JPBMP Printed at Ajanta. 2008 y.
 18. Harris, R.J. A short-term and long-term comparison of root coverage with an acellular dermal matrix and a subepithelial graft // R.J.Harris // J. Periodontol. 2004. -Vol. 75, N 5. - P. 734-43.
Harris, R.J. Clinical evaluation of a composite bone graft with a calcium sulfate barrier / R.J. Harris // J. Periodontol. 2004. - Vol. 75, N 5. - P. 685-92.
 19. Periodontal repair in dogs: examiner reproducibility in the supraalveolar periodontal defect model / K.T. Koo, G. Polimeni, J.M. Albandar, U.M.Wikesjo // J. Clin. Periodontal. 2004. - Vol. 31, N 6. - P. 39-42.
 20. Polymer-assisted regeneration therapy with Atrisorb barriers in human periodontal intrabony defects / L.T. Hou, J.J. Yan, A.Y. Tsai et al. // J. Clin. Periodontol. 2004. Vol. 31, N 1. - P. 68-74.
 21. Reidy, M.E. Clinical evaluation of calcium sulfate in combination with demineralized freeze-dried bone allograft for the treatment of human intraosseous defects / M.E. Reidy, C.D. Heath, M.A.Reynolds // J. Periodontol. 2004. -Vol. 75, N3. -P. 340-7.
 22. Пожарицкая М.М., Симакова Т.Г., Старосельцева Л.К., Кириенко .В. Воспалительные заболевания пародонта у больных с метаболическим синдромом / // Стоматология. 2004. - № 6. - С. 13.
 23. Белоусов, Н.Н. Проблемы обследования и диагностики при заболеваниях пародонта / Н.Н. Белоусов, В.И.Буланов// Стоматология. — 2004. № 2. - С. 47.