Приложение к Приказу

 Министерства здравоохранения

 Приднестровской Молдавской Республики

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

**Клинические рекомендации**

**«****Гингивит»**

**Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10):** К05.10, К05.11, К05.12, К05.13

**Возрастная категория:** Взрослые

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

**Оглавление**

[**Список сокращений** 3](#_Toc142474348)

[**Термины и определения** 4](#_Toc142474349)

[**1. Краткая информация** 4](#_Toc142474350)

[**1.1 Определение** 4](#_Toc142474351)

[**1.2 Этиология и патогенез** 4](#_Toc142474352)

[**1.3 Эпидемиология** 4](#_Toc142474353)

[**1.4 Кодирование по МКБ-10** 4](#_Toc142474354)

[**1.5 Классификация** 4](#_Toc142474355)

[**1.6 Клиническая картина** 5](#_Toc142474356)

[**2. Диагностика** 5](#_Toc142474357)

[**2.1 Простой маргинальный гингивит** 5](#_Toc142474358)

[**2.1.1 Жалобы и анамнез** 5](#_Toc142474359)

[**2.1.2 Физикальное обследование** 5](#_Toc142474360)

[**2.1.3 Лабораторная диагностика** 6](#_Toc142474361)

[**2.1.4 Инструментальная диагностика** 6](#_Toc142474362)

[**2.1.5 Иная диагностика** 6](#_Toc142474363)

[**2.2 Гиперпластический гингивит** 7](#_Toc142474364)

[**2.2.1 Жалобы и анамнез** 7](#_Toc142474365)

[**2.2.2 Физикальное обследование** 7](#_Toc142474366)

[**2.2.3 Лабораторная диагностика** 8](#_Toc142474367)

[**2.2.4 Инструментальная диагностика** 8](#_Toc142474368)

[**2.2.5 Иная диагностика** 8](#_Toc142474369)

[**2.3 Язвенный гингивит** 9](#_Toc142474370)

[**2.3.1 Жалобы и анамнез** 9](#_Toc142474371)

[**2.3.2 Физикальное обследование** 10](#_Toc142474372)

[**2.3.3 Лабораторная диагностика** 10](#_Toc142474373)

[**2.3.4 Инструментальная диагностика** 10](#_Toc142474374)

[**2.3.5 Иная диагностика** 10](#_Toc142474375)

[**2.4 Десквамативный гингивит** 11](#_Toc142474376)

[**2.4.1 Жалобы и анамнез** 11](#_Toc142474377)

[**2.4.2 Физикальное обследование** 12](#_Toc142474378)

[**2.4.3 Лабораторная диагностика** 12](#_Toc142474379)

[**2.4.4 Инструментальная диагностика** 12](#_Toc142474380)

[**2.4.5 Иная диагностика** 13](#_Toc142474381)

[**3. Лечение** 14](#_Toc142474382)

[**3.1 Простой маргинальный гингивит** 14](#_Toc142474383)

[**3.1.1 Консервативное лечение** 14](#_Toc142474384)

[**3.1.2 Хирургическое лечение** 15](#_Toc142474385)

[**3.1.3 Иное лечение** 15](#_Toc142474386)

[**3.2 Гиперпластический гингивит** 15](#_Toc142474387)

[**3.2.1 Консервативное лечение** 15](#_Toc142474388)

[**3.2.2 Хирургическое лечение** 17](#_Toc142474389)

[**3.2.3 Иное лечение** 17](#_Toc142474390)

[**3.3 Язвенный гингивит** 17](#_Toc142474391)

[**3.3.1 Консервативное лечение** 17](#_Toc142474392)

[**3.3.2 Хирургическое лечение** 19](#_Toc142474393)

[**3.3.3 Иное лечение** 19](#_Toc142474394)

[**3.4 Десквамативный гингивит** 19](#_Toc142474395)

[**3.4.2 Хирургическое лечение** 21](#_Toc142474396)

[**3.4.3 Иное лечение** 21](#_Toc142474397)

[**4. Реабилитация** 21](#_Toc142474398)

[**5. Профилактика и диспансерное наблюдение** 21](#_Toc142474399)

[**6. Организация медицинской помощи** 21](#_Toc142474400)

[**7. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/синдрома** 21](#_Toc142474401)

[**Критерии оценки качества медицинской помощи** 22](#_Toc142474402)

[**Список литературы** 22](#_Toc142474403)

[**Приложение А1.**](#_Toc142474404) [**Состав Рабочей группы** 24](#_Toc142474405)

[**Приложение Б.**](#_Toc142474406) [**Алгоритмы действий врача** 26](#_Toc142474407)

[**Приложение В.**](#_Toc142474409) [**Информация для пациента** 28](#_Toc142474410)

# **Список сокращений**

КР – клинические рекомендации

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра

УДД – уровень достоверности доказательств

УУР – уровень убедительности рекомендаций

# **Термины и определения**

**Профессиональная гигиена полости рта –** удаление с поверхности зуба мягких и твердых зубных отложений врачом стоматологом.

# **1. Краткая информация**

## **1.1 Определение**

Гингивит - воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов, нередко их сочетанием, протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления.

## **1.2 Этиология и патогенез**

Основным этиологическим фактором в развитии гингивита является микробная биопленка, как результат неудовлетворительной гигиены полости рта. Также в этиопатогенезе данной патологии принимают участие следующие факторы: химические вещества (ингредиенты пломбировочных материалов, мышьяковистая паста), механические воздействия (острая или хроническая травма зуба, перемещение зубов при ортодонтическом лечении), зубочелюстные деформации, вредные привычки, снижение резистентности организма, гормональные изменения, профессиональные заболевания, болезни крови, стресс, прием лекарственных препаратов.

## **1.3 Эпидемиология**

В общей структуре оказания медицинской помощи больным в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля это заболевание встречается у лиц разного возраста и составляет до 90% от общего числа обращений.

## **1.4 Кодирование по МКБ-10**

К05 Гингивит и болезни пародонта

К05.10 Простой маргинальный

K05.11 Гиперпластический

К05.12 Язвенный

Исключен: некротизирующий язвенный гингивит (А69.10)

К05.13 Десквамативный

## **1.5 Классификация**

- Простой маргинальный

- Гиперпластический

- Язвенный

- Десквамативный

## **1.6 Клиническая картина**

Клиническая картина гингивита характеризуется мно­гообразием и зависит от степени выраженности воспалительного процесса и его распространенности.

Заболевание может протекать бессимптомно и зависит от характера поражения десны (генерализованное или локализованное) и течения (острое или хроническое). Местные проявления: кровоточивость десны при чистке зубов, неприятный запах изо рта, изъязвления, гипертрофия маргинальной десны, скопление мягкого зубного налета на зубах. В анамнезе такие больные обычно указывают на кровоточивость дёсен продолжительностью от нескольких недель до нескольких лет. При осмотре могут обнаруживаться: зубные отложения как мягкие, так и твердые, кариозные полости, дефекты пломб, некачественные ортопедические конструкции, разрушенные коронковые части зубов, деформации зубных рядов, патология прикуса.

При гингивите не нарушается целостность зубодесневого прикрепления, однако за счет отека десны, увеличения ее объема может создаваться «углубление» десневой борозды.

# **2. Диагностика**

## **2.1 Простой маргинальный гингивит**

### **2.1.1 Жалобы и анамнез**

При сборе анамнеза жизни выясняют профессию пациента, возможные профессиональные вредности, вредные привычки, характер питания, аллергологический анамнез, наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания. Отмечают наличие у пациентов тяжелых соматических заболеваний.

При сборе анамнеза заболевания уточняют, сколько лет пациент страдает этим заболеванием или когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение). Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта. Когда проводилась последняя и как часто проводилась профессиональная гигиена.

### **2.1.2 Физикальное обследование**

Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- десна отечна, цианотична и/или гиперемирована;

- кровоточивость десны в анамнезе и при осмотре;

- неудовлетворительная гигиена рта;

- мягкие и твердые назубные отложения;

- отсутствие пародонтальных карманов;

- кровоточивость и дискомфорт при чистке зубов;

- отсутствие рентгенологических признаков резорбции костной ткани.

При внешнем осмотре оценивают форму и конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Необходимо проводить пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, которая проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи.

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

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

**2.1.3 Лабораторная диагностика**

* Рекомендовано микробиологическое исследование.

### **2.1.4 Инструментальная диагностика**

● Рекомендовано использование стоматологического зонда (зондирование) для определения плотности твердых тканей, наличие пятен и кариозных полостей.

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

*Комментарии: При зондировании определяют наличие кариозных полостей. Отмечают неправильно поставленные пломбы, ортопедические и ортодонтические конструкции.*

### **2.1.5 Иная диагностика**

● Рекомендовано определение индекса зубного налета и индекса кровоточивости.

Алгоритм определения индекса зубного налета по Силнесс-Лое.

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

 Интенсивность налета, критерии оценки:

0 – на кончике зонда нет налета;

1 – небольшое количество налета;

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

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

Индекс рассчитывается по формуле:

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

Индекс кровоточивости Мюллеманна (в модификации Коуэлла).

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

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

Критерии оценки:

0 - после исследования кровоточивость отсутствует;

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

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

3 - кровоточивость отмечается при приеме пищи или чистке зубов.

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

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

*Комментарии: Для определения степени воспаления десны.*

## **2.2 Гиперпластический гингивит**

### **2.2.1 Жалобы и анамнез**

При сборе анамнеза жизни выясняют профессию пациента, возможные профессиональные вредности, вредные привычки, характер питания, аллергологический анамнез, наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания. Отмечают наличие у пациентов тяжелых соматических заболеваний и прием лекарственных препаратов.

При сборе анамнеза заболевания уточняют, сколько лет пациент страдает этим заболеванием или когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение). Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за ртом. Когда проводилась последняя и как часто проводилась профессиональная гигиена.

### **2.2.2 Физикальное обследование**

Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- увеличение десны в объеме с образованием «ложных» карманов;

- глянцево-синюшная поверхность десны;

- изменение конфигурации десневых сосочков;

- кровоточивость десны в анамнезе и при осмотре;

- мягкие и твердые назубные отложения;

- отсутствие пародонтальных карманов;

- неудовлетворительная гигиена рта;

- кровоточивость и дискомфорт при чистке зубов.

При внешнем осмотре оценивают форму и конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Необходимо проводить пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, которая проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи.

При осмотре полости рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

При осмотре полости рта обращают внимание на глубину преддверия, характер прикрепления уздечек губ, языка, тяжей слизистой оболочки преддверия полости рта. Определяют состояние прикуса, аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем.

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

### **2.2.3 Лабораторная диагностика**

* Рекомендовано микробиологическое исследование.

### **2.2.4 Инструментальная диагностика**

● Рекомендовано использование стоматологического зонда (зондирование) для определения плотности твердых тканей, наличие пятен и кариозных полостей.

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

*Комментарии: При зондировании определяют наличие кариозных полостей. Отмечают неправильно поставленные пломбы, ортопедические и ортодонтические конструкции.*

### **2.2.5 Иная диагностика**

● Рекомендовано определение индекса зубного налета и индекса кровоточивости.

Алгоритм определения индекса зубного налета по Силнесс-Лое.

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

 Интенсивность налета, критерии оценки:

0 – на кончике зонда нет налета;

1 – небольшое количество налета;

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

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

Индекс рассчитывается по формуле:

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

Индекс кровоточивости Мюллеманна (в модификации Коуэлла).

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

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

Критерии оценки:

0 - после исследования кровоточивость отсутствует;

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

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

3 - кровоточивость отмечается при приеме пищи или чистке зубов.

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

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

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

## **2.3 Язвенный гингивит**

### **2.3.1 Жалобы и анамнез**

При сборе анамнеза жизни выясняют профессию пациента, возможные профессиональные вредности, вредные привычки, характер питания, аллергологический анамнез, наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания. Отмечают наличие у пациентов тяжелых соматических заболеваний.

При сборе анамнеза заболевания уточняют, сколько лет пациент страдает этим заболеванием или когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение). Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта. Когда проводилась последняя и как часто проводилась профессиональная гигиена.

### **2.3.2 Физикальное обследование**

Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- изъязвление десны на фоне валикообразного ее утолщения;

- болезненность при воздействии любых видов раздражителей;

- кровоточивость десны;

- неприятный запах изо рта;

- утрачивается фестончатость десневых сосочков в участках поражения;

- неудовлетворительная гигиена рта;

- кровоточивость и дискомфорт при чистке зубов;

- назубные отложения;

- отсутствие рентгенологических признаков резорбции костной ткани.

При внешнем осмотре оценивают форму и конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Необходимо проводить пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, которая проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи.

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

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

### **2.3.3 Лабораторная диагностика**

* Рекомендовано микробиологическое исследование.

### **2.3.4 Инструментальная диагностика**

● Рекомендовано использование стоматологического зонда (зондирование) для определения плотности твердых тканей, наличие пятен и кариозных полостей.

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

*Комментарии: При зондировании определяют наличие кариозных полостей. Отмечают неправильно поставленные пломбы, ортопедические и ортодонтические конструкции.*

### **2.3.5 Иная диагностика**

● Рекомендовано определение индекса зубного налета и индекса кровоточивости.

Алгоритм определения индекса зубного налета по Силнесс-Лое.

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

 Интенсивность налета, критерии оценки:

0 – на кончике зонда нет налета;

1 – небольшое количество налета;

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

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

Индекс рассчитывается по формуле:

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

Индекс кровоточивости Мюллеманна (в модификации Коуэлла).

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

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

Критерии оценки:

0 - после исследования кровоточивость отсутствует;

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

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

3 - кровоточивость отмечается при приеме пищи или чистке зубов.

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

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

*Комментарии: Для определения степени воспаления десны.*

## **2.4 Десквамативный гингивит**

### **2.4.1 Жалобы и анамнез**

При сборе анамнеза жизни выясняют профессию пациента, возможные профессиональные вредности, вредные привычки, характер питания, аллергологический анамнез, наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания. Отмечают наличие у пациентов тяжелых соматических заболеваний.

При сборе анамнеза заболевания уточняют, сколько лет пациент страдает этим заболеванием или когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение). Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта. Когда проводилась последняя и как часто проводилась профессиональная гигиена.

### **2.4.2 Физикальное обследование**

Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- преимущественное поражение вестибулярной десны;

- багровая, блестящая поверхность десны в зоне поражения;

- участки десквамации эпителия;

- наличие папул и пузырьков, пузырей;

- отек десны;

- кровоточивость и дискомфорт при чистке зубов;

- выраженная чувствительность к приему кислой, острой и горячей пищи;

- неудовлетворительная гигиена рта;

- назубные отложения;

- отсутствие десневых карманов;

 - отсутствие рентгенологических признаков резорбции костной ткани.

При внешнем осмотре оценивают форму и конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Необходимо проводить пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, которая проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи.

При осмотре полости рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

При осмотре полости рта обращают внимание на глубину преддверия, характер прикрепления уздечек губ, языка, тяжей слизистой оболочки преддверия полости рта. Определяют состояние прикуса, аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем. Обращают внимание на клинико-морфологические признаки.

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

### **2.4.3 Лабораторная диагностика**

* Рекомендовано микробиологическое исследование.

### **2.4.4 Инструментальная диагностика**

● Рекомендовано использование стоматологического зонда (зондирование) для определения плотности твердых тканей, наличия пятен и кариозных полостей.

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

*Комментарии: При зондировании определяют наличие кариозных полостей. Отмечают неправильно поставленные пломбы, ортопедические и ортодонтические конструкции.*

### **2.4.5 Иная диагностика**

● Рекомендовано определение индекса зубного налета и индекса кровоточивости.

Алгоритм определения индекса зубного налета по Силнесс-Лое.

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

Интенсивность налета, критерии оценки:

0 – на кончике зонда нет налета;

1 – небольшое количество налета;

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

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

Индекс рассчитывается по формуле:

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

Индекс кровоточивости Мюллеманна (в модификации Коуэлла).

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

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

Критерии оценки:

0 - после исследования кровоточивость отсутствует;

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

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

3 - кровоточивость отмечается при приеме пищи или чистке зубов.

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

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

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

# **3. Лечение**

## **3.1 Простой маргинальный гингивит**

### **3.1.1 Консервативное лечение**

● Рекомендовано обучение пациента приемам гигиены полости рта.

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

*Комментарии:**Гигиена полости рта способствует предупреждению развития воспалительных заболеваний полости рта. Применяют лечебные зубные пасты на основе антисептиков и других противовоспалительных средств.*

● Рекомендована профессиональная гигиена полости рта.

Этапы профессиональной гигиены:

— обучение пациента индивидуальной гигиене полости рта;

— контролируемая чистка зубов;

— удаление зубных отложений;

— полирование поверхностей зубов;

— устранение факторов, способствующих скоп­лению зубного налета;

— аппликации реминерализирующих и фторсодержащих средств;

— мотивация пациента к профилактике и лече­нию стоматологических заболеваний.

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

— провести обработку полости рта раствором антисептика;

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

Для удаления налета и полирования поверхностей зубов используют резиновые колпачки, для жевательных поверхно­стей — вращающиеся щеточки, для контактных поверхностей — вращающиеся ершики, резиновые конусы, суперфлоссы, флоссы и абразивные штрипсы. Полировочную пасту следует использовать, начи­ная с крупнодисперсной и заканчивая мелкодис­персной. При обработке поверхностей имплантатов следует использовать мелкодисперсные полировочные пасты и резиновые колпачки

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

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

Для устранения травмирующих факторов по показаниям и в плановом порядке проводят терапевтическое и ортопедическое лечение.

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

*Комментарии:**Позволяет предотвратить воспалительные заболевания полости рта.*

● Рекомендовано применение антисептиков в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций.

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

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

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

● Рекомендована замена некачественных пломб, искусственных коронок.

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

*Комментарии:**Для предотвращения постоянного травмирующего воздействия на край десны.*

### **3.1.2 Хирургическое лечение**

Не проводится.

### **3.1.3 Иное лечение**

Не проводится.

## **3.2 Гиперпластический гингивит**

### **3.2.1 Консервативное лечение**

● Рекомендовано обучение пациента приемам гигиены полости рта.

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

*Комментарии:**Гигиена полости рта способствует предупреждению развития воспалительных заболеваний полости рта. Применяют лечебные зубные пасты на основе антисептиков и других противовоспалительных средств.*

● Рекомендована профессиональная гигиена полости рта.

Этапы профессиональной гигиены:

— обучение пациента индивидуальной гигиене полости рта;

— контролируемая чистка зубов;

— удаление зубных отложений;

— полирование поверхностей зубов;

— устранение факторов, способствующих скоп­лению зубного налета;

— аппликации реминерализирующих и фторсодержащих средств;

— мотивация пациента к профилактике и лече­нию стоматологических заболеваний.

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

— провести обработку полости рта раствором антисептика;

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

Для удаления налета и полирования поверхностей зубов используют резиновые колпачки, для жевательных поверхно­стей — вращающиеся щеточки, для контактных поверхностей — вращающиеся ершики, резиновые конусы, суперфлоссы, флоссы и абразивные штрипсы. Полировочную пасту следует использовать, начи­ная с крупнодисперсной и заканчивая мелкодис­персной. При обработке поверхностей имплантатов следует использовать мелкодисперсные полировочные пасты и резиновые колпачки

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

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

Для устранения травмирующих факторов по показаниям и в плановом порядке проводят терапевтическое и ортопедическое лечение.

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

*Комментарии:**Позволяет предотвратить воспалительные заболевания полости рта.*

● Рекомендовано применение антисептиков в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций.

● Рекомендована склерозирующая терапия.

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

*Комментарии:**Для уменьшения отечности и разрыхленности десневого края.*

● Рекомендована замена некачественных пломб, искусственных коронок.

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

*Комментарии:**Для предотвращения постоянного травмирующего воздействия на край десны.*

### **3.2.2 Хирургическое лечение**

● Рекомендована гингивэктомия.

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

*Комментарии:**Иссечение десны в целях ликвидации «ложного» кармана и улучшения условий для последующей гигиены полости рта.*

Алгоритм проведения гингивэктомии

После медикаментозной обработки полости рта проводят определение уровня дна «ложного» кармана. Затем под инфильтрационной анестезией осуществляют непрерывный косой разрез ножом для гингивэктомии. Далее проводят иссечение гипертрофированной десны и удаление иссеченного фрагмента десны. С помощью соответствующего инструментария очищают и полируют поверхности корней зубов и накладывают пародонтальную повязку.

Послеоперационный уход:

- в течение недели ограничить чистку зубов щеткой в области наложения пародонтальной повязки. Если пародонтальная повязка не используется, рекомендуется щадящая чистка зубов мягкой зубной щеткой в области проведения хирургической процедуры;

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

-медикаментозное лечение: после удаления повязки местное применение кератопластических препаратов; назначение противовоспалительной терапии не требуется.

### **3.2.3 Иное лечение**

Не проводится.

## **3.3 Язвенный гингивит**

### **3.3.1 Консервативное лечение**

● Рекомендовано обучение пациента приемам гигиены полости рта.

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

*Комментарии: Гигиена полости рта способствует предупреждению развития воспалительных заболеваний полости рта. Применяют лечебные зубные пасты на основе антисептиков и других противовоспалительных средств.*

● Рекомендована профессиональная гигиена полости рта.

Этапы профессиональной гигиены:

— обучение пациента индивидуальной гигиене полости рта;

— контролируемая чистка зубов;

— удаление зубных отложений;

— полирование поверхностей зубов;

— устранение факторов, способствующих скоп­лению зубного налета;

— аппликации реминерализирующих и фторсодержащих средств;

— мотивация пациента к профилактике и лече­нию стоматологических заболеваний.

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

— провести обработку полости рта раствором антисептика;

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

Для удаления налета и полирования поверхностей зубов используют резиновые колпачки, для жевательных поверхно­стей — вращающиеся щеточки, для контактных поверхностей — вращающиеся ершики, резиновые конусы, суперфлоссы, флоссы и абразивные штрипсы. Полировочную пасту следует использовать, начи­ная с крупнодисперсной и заканчивая мелкодис­персной. При обработке поверхностей имплантатов следует использовать мелкодисперсные полировочные пасты и резиновые колпачки

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

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

Для устранения травмирующих факторов по показаниям и в плановом порядке проводят терапевтическое и ортопедическое лечение.

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

*Комментарии:**Позволяет предотвратить воспалительные заболевания полости рта.*

● Рекомендовано применение:

- антисептиков в виде ротовых ванночек, ирригаций и лечебных повязок;

- аппликаций ферментов в сочетании с антибиотиками;

- аппликаций кератопластическими средствами.

● Рекомендована замена некачественных пломб, искусственных коронок.

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

*Комментарии:**Для предотвращения постоянного травмирующего воздействия на край десны.*

### **3.3.2 Хирургическое лечение**

Не проводится.

### **3.3.3 Иное лечение**

Не проводится.

## **3.4 Десквамативный гингивит**

**3.4.1 Консервативное лечение**

● Рекомендовано обучение пациента приемам гигиены полости рта.

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

*Комментарии:**Гигиена полости рта способствует предупреждению развития воспалительных заболеваний полости рта. Применяют лечебные зубные пасты на основе антисептиков и других противовоспалительных средств.*

● Рекомендована профессиональная гигиена полости рта.

Этапы профессиональной гигиены:

— обучение пациента индивидуальной гигиене полости рта;

— контролируемая чистка зубов;

— удаление зубных отложений;

— полирование поверхностей зубов;

— устранение факторов, способствующих скоп­лению зубного налета;

— аппликации реминерализирующих и фторсодержащих средств;

— мотивация пациента к профилактике и лече­нию стоматологических заболеваний.

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

— провести обработку полости рта раствором антисептика;

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

Для удаления налета и полирования поверхностей зубов используют резиновые колпачки, для жевательных поверхно­стей — вращающиеся щеточки, для контактных поверхностей — вращающиеся ершики, резиновые конусы, суперфлоссы, флоссы и абразивные штрипсы. Полировочную пасту следует использовать, начи­ная с крупнодисперсной и заканчивая мелкодис­персной. При обработке поверхностей имплантатов следует использовать мелкодисперсные полировочные пасты и резиновые колпачки

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

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

Для устранения травмирующих факторов по показаниям и в плановом порядке проводят терапевтическое и ортопедическое лечение.

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

*Комментарии:**Позволяет предотвратить воспалительные заболевания полости рта.*

● Рекомендовано применение:

- антисептиков в виде ротовых ванночек, ирригаций и лечебных повязок;

- применение лечебных зубных паст и ополаскивателей на основе противовоспалительных компонентов и антисептиков.

● Рекомендована замена некачественных пломб, искусственных коронок.

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

*Комментарии:**Для предотвращения постоянного травмирующего воздействия на край десны.*

### **3.4.2 Хирургическое лечение**

Не проводится.

### **3.4.3 Иное лечение**

Не проводится.

**4. Реабилитация**

Не проводится.

**5. Профилактика и диспансерное наблюдение**

После проведения лечения необходимо проводить мероприятия по профилактике воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта не реже 2 раз в год.

**6. Организация медицинской помощи**

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

Оказание помощи больным с гингивитом осуществляется в основном врачами-стоматологами, врачами-стоматологами терапевтами, врачами-стоматологами ортопедами, врачами ортодонтами, зубными врачами. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал, в том числе зубные техники и гигиенисты стоматологические.

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование исхода | Частота развития, % | Критерии и признаки | Ориентировочное вре­мя достижения исхода | Преемственность и этапность ока­зания медицинской помощи |
| выздоровление | 90% | Восстановление внеш­него вида десны, отсутствие признаков воспаления | После лечения | Профилактические мероприятия не реже 2 раз в год |
| Стабилизация  | 4% | Отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики | После лечения | Профилактические мероприятия не реже 4 раз в год |
| Развитие ятрогенных ослож­нений | 1% | Появление новых пора­жений или осложнений, обусловленных прово­димой терапией (например, аллергические реакции) | На любом этапе | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего забо­левания |
| Развитие ново­го заболева­ния, связанно­го с основным | 5% | Прогрессирование гиперпластического гингивита, переход его в язвенно-некротическую форму или в хронический пародонтит | Через 12 мес после окончания лечения при отсутствии динамиче­ского наблюдения | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего забо­левания |

# **Критерии оценки качества медицинской помощи**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Критерии качества** | **Оценка выполнения** |
| **1** | **Событийные (смысловые, содержательные, процессные) критерии качества** |  |  |
|  | Проводилось ли при постановке диагноза: сбор жалоб и анамнеза, визуальный осмотр, пальпация ЧЛО, перкуссия зубов, определение прикуса, и индексов гигиены. | Да | Нет |
|  | Соответствует ли план лечения поставленному диагнозу | Да | Нет |
|  | Проводились ли мероприятия по устранению факторов, обусловивших возникновение заболевания | Да | Нет |
|  | Обучение гигиене полости рта | Да | Нет |
| **2** | **Временные критерии качества** |  |  |
|  | Отсутствие осложнений (общих и местных)  | Да | Нет |
|  | Динамическое наблюдение каждые полгода | Да | Нет |
|  | Профилактическая гигиена полости рта 2 раза в год | Да | Нет |
| **3** | **Результативные критерии качества** |  |  |
|  | Восстановление функций зубочелюстной системы | Да | Нет |
|  | Улучшение качества жизни | Да | Нет |

# **Список литературы**

1. Блохин В.П. Комплексное лечение генерализованного пародонтита: учебное пособие. - СПб. : Издательство СПбМАПО, 2007.
2. Безрукова И.В., Грудянов А.И. Агрессивные формы пародонтита. – М.:МИА.
3. Безрукова А.П. Пародонтология. – М., 1999.
4. Григорьян А.С., Рахметова С.Ю., Зырянова Н.В. Микроорганизмы в заболеваниях пародонта: экология, патогенез, диагностика. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
5. Григорьян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н.А., Фролова О.А. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение. – М.:МИА, 2004.
6. Грудянов А.И., Григорьян А.С., Фролова О.А. Диагностика в пародонтологии. – М., 2004.
7. Грудянов А.И., Овчинникова В.В., Дмитриева Н.А. Антимикробная и противовоспалительная терапия в пародонтологии. – М., 2004.
8. Грудянов А.И., Овчинникова В.В. Профилактика воспалительных заболевание пародонта. – М., 2007.
9. Грудянов А.И., Ерохин А.И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. – М., 2006.
10. Дмитриева Л.А. Терапевтическая стоматология. - М.: МЕДпресс-информ, 2003.
11. Дмитриева Л.А. Современные аспекты клинической пародонтологии. М.: МЕДпресс, 2001.
12. Дмитриева Л.А. Терапевтическая стоматология. Национальное руководство. - М.:МИА, 2009.
13. Дмитриева Л.А. Пародонтит. - М.:МИА, 2007.
14. Дунязина Т.М., Калинина Н.М., Никифорова И.Д. Современные методы диагностики заболеваний пародонта. – Спб., 2001.
15. Зайцева Е.М. Пародонтит. Современный взгляд на лечение. - СПб.: ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет», Кафедра терапевтической стоматологии, 2007.
16. Кучумова Е.Д., Стюф Я.В., Шулепова М.К. Инструменты для удаления зубных отложений. Обзор // Пародонтология.— №3(13).— 1999.
17. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология: учебное пособие (8 – е издание). - М.: МЕДпресс-информ, 2008.
18. Орехова Л.Ю. «Основы профессиональной гигиены полости рта» - методические указания - Спб.: 2004.
19. Петрова М.Д., Фомичева Е.А., Фомичев А.В. Рецессия тканей пародонта. Современнное состояние вопроса. Новое в стоматологии. – 2005.
20. Сивовол С.И. Клинические аспекты пародонтологии. М. – 2001.
21. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки рта./Под редакцией проф. О.О.Янушевича – М.:МГМСУ,2008.
22. Цепов Л.М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему.
23. Цепов Л.М., Николаев А.И., Михеева Е.А. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта. - 3-е изд., испр. и доп. — М.: МЕ Дпресс-информ, 2008.
24. Цимбалистов А.В., Шторина Г.Б., Михайлова Е.С. Профессиональная гигиена полости рта. — Санкт-Петербургский институт стоматологии, 2002.
25. Улитовский С.Б. Практическая гигиена полости рта. М., 2002.

# **Приложение А1.**

# **Состав Рабочей группы**

**Председатель:**

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

**Члены:**

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

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

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

**Конфликт интересов:** конфликт интересов отсутствует.

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

**Конфликт интересов:** конфликт интересов отсутствует.

# **Приложение Б.**

# **Алгоритмы действий врача**



**Алгоритм лечения пациента**



# **Приложение В.**

# **Информация для пациента**

1. Зубы необходимо чистить мягкой зубной щеткой с пастой два раза в день. После еды следует полоскать рот для удаления остатков пищи.
2. Для чистки межзубных промежутков использовать межзубные ершики, зубные нити (флоссы).
3. По рекомендации (назначению) лечащего врача-стоматолога применять ирригатор, после обучения правилам его использования.
4. При возникновении кровоточивости при чистке зубов нельзя прекращать гигиенические процедуры. Если кровоточивость не проходит в течение 3-х дней, необходимо обратиться к врачу.
5. Профессиональная гигиена (удаление над- и поддесневых зубных отложений) должна проводиться не реже 1 раза в 6 месяцев у лечащего врача-стоматолога.
6. Если после проведения профессиональной гигиены появилась повышенная чувствительность твердых тканей зубов, использовать специальные зубные пасты для снижения чувствительности зубов и обратиться к своему лечащему врачу-стоматологу.
7. Обязательно посещать плановые осмотры
8. Необходимо полноценное и своевременное восстановление дефектов зубов и зубных рядов
9. Необходимо устранить или нейтрализовать действие профессиональных вредных факторов на пародонт.

10. Оздоровление условий труда, отдыха, питания, здоровый образ жизни.