



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ПРИКАЗ

«21» 06. 2024г.

№ 482 - ОД

г. Тирасполь

Об утверждении Клинических рекомендаций
по оказанию медицинской помощи
«Кариес зубов»

В соответствии с Законом Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года № 29-3 «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1), Постановлением Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 6 апреля 2017 года № 60 «Об утверждении Положения, структуры и предельной штатной численности Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики» (САЗ 17-15) с изменениями и дополнениями, внесенными постановлениями Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 14 июля 2017 года № 148 (САЗ 17-25), от 7 декабря 2017 года № 334 (САЗ 17-50), от 17 октября 2018 года № 352 (САЗ 18-42), от 14 декабря 2018 года № 448 (САЗ 18-51), от 26 апреля 2019 года № 143 (САЗ 19-17), от 8 августа 2019 года № 291 (САЗ 19-30), от 15 ноября 2019 года № 400 (САЗ 19-44), от 29 сентября 2020 года № 330 (САЗ 20-40), от 22 октября 2020 года № 364 (САЗ 20-43), от 8 декабря 2020 года № 433 (САЗ 20-50), от 25 января 2021 года № 19 (САЗ 21-4), от 30 декабря 2021 года № 426 (САЗ 21-52), от 20 января 2022 года № 11 (САЗ 22-2), от 28 октября 2022 года № 402 (САЗ 22-43), от 9 ноября 2022 года № 411 (САЗ 22-44), от 23 декабря 2022 года № 485 (САЗ 23-1), от 19 января 2023 года № 15 (САЗ 23-3), от 16 февраля 2023 года № 55 (САЗ 23-7), от 31 мая 2023 года № 186 (САЗ 23-22), от 12 октября 2023 года № 341 (САЗ 23-41), от 18 декабря 2023 года № 425 (САЗ 23-51), от 22 января 2024 года № 31 (САЗ 24-5), Приказом Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 6 мая 2021 года № 363 «Об утверждении Порядка разработки и применения клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи» (регистрационный номер № 10285 от 3 июня 2021 года) (САЗ 21-22) с изменениями, внесенными Приказом Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 15 октября 2021 года № 759 (регистрационный номер № 10571 от 4 ноября 2021 года) (САЗ 21-44), в целях повышения качества оказания медицинской помощи,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи «Кариес зубов» согласно Приложению к настоящему Приказу.
2. Руководителям подведомственных медицинских организаций принять настоящий Приказ к руководству и довести до сведения медицинского персонала Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи «Кариес зубов», утвержденные настоящим Приказом.
3. Контроль за исполнением настоящего Приказа оставляю за собой.

Министр

К.В. Албул

Приложение к Приказу
Министерства здравоохранения
Приднестровской Молдавской Республики
от « 21 » 06 2024 года № 482 - 02

Клинические рекомендации «Кариес зубов»

**Кодирование по Международной статистической классификации
болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10): K02.0, K02.1,
K02.2, K02.3**

Возрастная категория: Взрослые

Коды

Год утверждения (частота пересмотра): 2024 год (пересмотр каждые 5 лет)

Оглавление

Список сокращений	3
Термины и определения.....	3
1. Краткая информация	4
1.1 Определение	4
1.2 Этиология и патогенез.....	4
1.3 Эпидемиология	4
1.4 Кодирование по МКБ-10	4
1.5 Классификация.....	5
1.6 Клиническая картина.....	6
2. Диагностика	6
2.1 Кариес эмали.....	6
2.1.1 Жалобы и анамнез.....	6
2.1.2 Физикальное обследование	6
2.1.3 Лабораторная диагностика	7
2.1.4 Инструментальная диагностика	7
2.1.5 Иная диагностика.....	7
2.2 Кариес дентина	8
2.2.1 Жалобы и анамнез.....	8
2.2.2 Физикальное обследование	8
2.2.3 Лабораторная диагностика	9
2.2.4 Инструментальная диагностика	9
2.2.5 Иная диагностика.....	9
2.3 Кариес цемента	10
2.3.1 Жалобы и анамнез.....	10
2.3.2 Физикальное обследование	11
2.3.3 Лабораторная диагностика	11
2.3.4 Инструментальная диагностика	11
2.3.5 Иная диагностика.....	12
2.4 Приостановившийся кариес	12
2.4.1 Жалобы и анамнез.....	12
2.4.2 Физикальное обследование	13
2.4.3 Лабораторная диагностика	13
2.4.4 Инструментальная диагностика	13
2.4.5 Иная диагностика.....	14
3. Лечение.....	14
3.1 Кариес эмали	14
3.1.1 Консервативное лечение.....	14
3.1.2 Хирургическое лечение.....	15
3.1.3 Иное лечение	15
3.2 Кариес дентина	15
3.2.1 Консервативное лечение.....	15
3.2.2 Хирургическое лечение.....	19
3.2.3 Иное лечение	19
3.3 Кариес цемента	19

3.3.1 Консервативное лечение.....	19
3.3.2 Хирургическое лечение.....	20
3.3.3 Иное лечение.....	20
3.4 Приостановившийся кариес зубов.....	20
3.4.1 Консервативное лечение.....	20
3.4.2 Хирургическое лечение.....	21
3.4.3 Иное лечение.....	21
4. Реабилитация.....	21
5. Профилактика и диспансерное наблюдение.....	21
6. Организация медицинской помощи.....	21
7. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/синдрома.....	22
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	23
Список литературы.....	24
Приложение А 1. Состав Рабочей группы.....	25
Приложение А2. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	26
Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	27
Приложение В. Информация для пациента.....	29

Список сокращений

ИРОПЗ – индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба
 КПУ- К – количество кариозных, П – пломбированных, У – удаленных зубов,
 КПУ – их сумма у одного человека
 МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра
 ЭДС — эмалево-дентинное соединение
 ЭОД – электроодонтодиагностика

Термины и определения

Адгезия – соединение материала с тканями зуба.

Деминерализация – вымывание из эмали минеральных веществ.

Феномен Попова – Годона – смещение зубов в различных направлениях после образования дефекта в зубной дуге, приводящая к деформации окклюзионной кривой.

Термодиагностика - определение реакции зуба на температурные раздражители (тепло или холод).

Реминерализующая терапия - это современная лечебно-восстановительная методика, нормализующая минеральный состав зубной эмали.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Кариес зубов - это инфекционный патологический процесс, проявляющийся после прорезывания зубов, при котором происходят деминерализация и размягчение твердых тканей зуба с последующим образованием дефекта в виде полости.

1.2 Этиология и патогенез

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

1.3 Эпидемиология

В настоящее время кариес зубов является наиболее распространенным заболеванием зубочелюстной системы. Распространенность кариеса в нашей стране у взрослого населения в возрасте от 35 лет и старше составляет 98-99 %. В общей структуре оказания медицинской помощи больным в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля это заболевание встречается во всех возрастных группах пациентов.

1.4 Кодирование по МКБ-10

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

K02 кариес зуба;

K02.0 кариес эмали. Стадия "белого (мелового) пятна" [начальный кариес];

K02.1 кариес дентина;

K02.2 кариес цемента;

K02.3 приостановившийся кариес зубов.

1.5 Классификация

- кариес эмали. Стадия "белого (мелового) пятна" [начальный кариес];

- кариес дентина;

- кариес цемента;

- приостановившийся кариес зубов.

Модифицированная классификация кариозных поражений по локализации (по Блеку):

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

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

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

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

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

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

Стадия пятна соответствует коду по МКБ-10 K02.0 - "Кариес эмали. Стадия "белого (мелового) пятна" [начальный кариес]". Кариес в стадии пятна характеризуется возникшими вследствие деминерализации изменениями цвета (матовая поверхность), а затем и текстуры (шероховатость) эмали при отсутствии кариозной полости, не распространившимися за пределы эмалево-дентинной границы.

Стадия кариес дентина соответствует коду по МКБ-10 K02.1 и характеризуется деструктивными изменениями эмали и дентина с переходом эмалево-дентинной границы, однако пульпа закрыта большим или меньшим слоем сохраненного дентина и без признаков гиперемии.

Стадия кариес цемента соответствует коду по МКБ-10 K02.2 и характеризуется поражением обнаженной поверхности корня зуба в пришеечной области.

Стадия приостановившейся кариес соответствует коду по МКБ-10 K02.3 и характеризуется наличием темного пигментированного пятна в пределах эмали (очаговой деминерализацией эмали).

1.6 Клиническая картина

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

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

2. Диагностика

2.1 Кариес эмали

2.1.1 Жалобы и анамнез

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

2.1.2 Физикальное обследование

Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- пациенты с постоянными зубами;
- зуб без видимых разрушений и кариозных полостей;
- зуб со здоровой пульпой и периодонтом;
- очаговая деминерализация эмали без образования полости, имеются очаги деминерализации - белые матовые пятна, при зондировании определяется гладкая или шероховатая поверхность зуба без нарушения эмалево-дентинного соединения;
- здоровый пародонт и слизистая оболочка рта.

При осмотре полости рта оценивают состояние зубных рядов, обращая внимание на интенсивность кариеса (наличие пломб, степень их прилегания, наличие дефектов твердых

тканей зубов, количество удаленных зубов). Определяют состояние слизистой оболочки полости рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

Обследованию подлежат все зубы, начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами. Детально обследуют все поверхности каждого зуба, обращают внимание на цвет, рельеф эмали, наличие налета, наличие пятен и их состояние после высушивания поверхности зубов, дефектов. Обращают внимание на наличие белых матовых пятен на видимых поверхностях зубов, площадь, форму краев, текстуру поверхности, плотность, симметричность и множественность очагов поражения с целью установления степени выраженности изменений и скорости развития процесса, динамики заболевания, а также дифференциальной диагностики с некариозными поражениями.

2.1.3 Лабораторная диагностика

Не проводится.

2.1.4 Инструментальная диагностика

- **Рекомендовано** исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда (зондирование).

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

Комментарии: При зондировании определяется гладкая или шероховатая поверхность зуба без нарушения эмалево-дентинного соединения.

- **Рекомендована** перкуссия.

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

Комментарий: Данный метод применяют для исключения осложненного кариеса.

2.1.5 Иная диагностика

- **Рекомендована** термодиагностика зуба.

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

Комментарий: Термодиагностику зуба рекомендуют для выявления болевой реакции и уточнения диагноза с целью определения жизнеспособности пульпы. В норме колебания температуры в границах от 17-22 до 50-52°C (индифферентная зона) не вызывают болевой реакции зуба.

- **Рекомендован** метод электроодонтодиагностики (ЭОД).

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: Электроодонтодиагностика получила большое распространение при диагностике кариеса, т.к. сила тока и продолжительность легко дозируется, а неоднократное исследование не вызывает повреждений. При сравнении с другими данными способствует постановке более точного диагноза. В норме показатели порогового возбуждения пульпы составляет 2-6 мкА.

- **Рекомендовано** витальное окрашивание твердых тканей зуба.

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

Комментарии: Деминерализованная вследствие кариозного процесса эмаль легко окрашивается, тогда как некариозные поражения не впитывают краситель.

2.2 Кариес дентина

2.2.1 Жалобы и анамнез

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

2.2.2 Физикальное обследование

Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- пациенты с постоянными зубами;
- наличие полости с переходом эмалево-дентинной границы;
- зуб со здоровой пульпой и периодонтом;
- наличие размягченного дентина;
- при зондировании кариозной полости возможна кратковременная болезненность;
- боли от температурных, химических и механических раздражителей, исчезающие после прекращения раздражения;
- здоровые пародонт и слизистая оболочка рта;
- отсутствие самопроизвольных болей на момент осмотра и в анамнезе;
- отсутствие болезненности при перкуссии зуба;
- отсутствие некариозных поражений твердых тканей зуба.

При осмотре полости рта оценивают состояние зубных рядов, обращая внимание на наличие пломб, степень их прилегания, наличие дефектов твердых тканей зубов,

количество удаленных зубов. Определяют интенсивность кариеса (индекс КПУ - кариес, пломба, удален), индекс гигиены. Обращают внимание на состояние слизистой оболочки полости рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений. Обследованию подлежат все зубы, начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами. Обследуют все поверхности каждого зуба, обращают внимание на цвет, рельеф эмали, наличие налета, наличие пятен и их состояние после высушивания поверхности зубов, дефектов.

2.2.3 Лабораторная диагностика

Не проводится.

2.2.4 Инструментальная диагностика

- **Рекомендовано** исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда (зондирование).

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

Комментарии: Зондирование рекомендуется для определения глубины, болезненности по ЭДС кариозной полости. При зондировании выявленной кариозной полости обращают внимание на ее форму, локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, изменение его цвета, болезненность или наоборот отсутствие болевой чувствительности. Особо тщательно обследуют апроксимальные поверхности зуба.

- **Рекомендована** перкуссия.

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

Комментарий: Данный метод применяют для исключения осложненного кариеса.

2.2.5 Иная диагностика

- **Рекомендована** термодиагностика зуба

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

Комментарий: Термодиагностику зуба рекомендуют для выявления болевой реакции и уточнения диагноза с целью определения жизнеспособности пульпы. В норме колебания температуры в границах от 17-22 до 50-52°C (индифферентная зона) не вызывают болевой реакции зуба.

- **Рекомендован** метод ЭОД.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: ЭОД получила большое распространение при диагностике кариеса, т.к. сила тока и продолжительность легко дозируется, а неоднократное исследование не вызывает повреждений. При сравнении с другими данными способствует постановке более точного диагноза. В норме показатели порогового возбуждения пульпы составляет 2-6 мкА.

- **Рекомендовано** рентгенологическое исследование.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: Рентгенологическое исследование проводится для определения состояния твердых тканей зуба, для выявления скрытых кариозных полостей на контактных поверхностях зуба, под пломбой, искусственной коронкой и т.д. В настоящее время успешно применяется при диагностике кариеса радиовизиография. Она позволяет получить все необходимую ситуацию и обсудить ее с пациентом.

- **Рекомендовано** определение индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ). Он представляет собой соотношение размеров площади «полость–пломба» к жевательной поверхности зуба.

Площадь полости или пломбы определяют наложением координационной сетки с ценой деления 1 мм^2 , нанесенной на прозрачную пластину из оргстекла толщиной 1 мм. Стороны квадрата сетки совмещают с направлением проксимальных поверхностей зубов. Результаты выражают в квадратных миллиметрах с точностью до $0,5 \text{ мм}^2$.

При показателях ИРОПЗ 0,2 – 0,4 применяется метод пломбирования. При ИРОПЗ > 0,4 показано изготовление вкладок из металлов, из керамики или из композитных материалов. При ИРОПЗ > 0,6 показано изготовление искусственных коронок, при ИРОПЗ > 0,8 показано применение штифтовых конструкций с последующим изготовлением коронок.

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

Комментарии: ИРОПЗ используют для оценки степени разрушения коронковой части зуба, для выбора метода восстановления анатомической формы коронковой части зуба. В зависимости от степени разрушения коронковой части зуба анатомическую форму восстанавливают пломбой, виниром, вкладкой, полукоронкой, коронкой.

2.3 Кариес цемента

2.3.1 Жалобы и анамнез

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

2.3.2 Физикальное обследование

Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- пациенты с постоянными зубами;
- здоровые пульпа и периодонт зуба;
- наличие кариозной полости, расположенной в пришеечной области;
- наличие размягченного дентина;
- при зондировании кариозной полости отмечается кратковременная болезненность;
- боли от температурных, химических и механических раздражителей, исчезающие после прекращения раздражения;
- здоровый пародонт и слизистая оболочка полости рта;
- отсутствие самопроизвольных болей на момент осмотра и в анамнезе;
- отсутствие болезненности при перкуссии зуба;
- отсутствие некариозных поражений твердых тканей зуба.

При осмотре полости рта оценивают состояние зубных рядов, обращая внимание на наличие пломб, степень их прилегания, наличие дефектов твердых тканей зубов, количество удаленных зубов. Определяют интенсивность кариеса (индекс КПУ - кариес, пломба, удален), индекс гигиены. Обращают внимание на состояние слизистой оболочки полости рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений. Обследованию подлежат все зубы, начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами. Обследуют все поверхности каждого зуба, обращают внимание на цвет, рельеф эмали, наличие налета, наличие пятен наличие пятен и их состояние после высушивания поверхности зубов, дефектов.

2.3.3 Лабораторная диагностика

Не проводится.

2.3.4 Инструментальная диагностика

- **Рекомендовано** исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда (зондирование).

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

Комментарии: Зондирование рекомендуется для определения глубины, болезненности по ЭДС и в области дна кариозной полости. При зондировании выявленной кариозной полости обращают внимание на ее форму, локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, изменение его цвета, болезненность или наоборот отсутствие болевой чувствительности. Особо тщательно обследуют апроксимальные поверхности зуба.

- Рекомендована перкуссия.

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

Комментарий: Данный метод применяют для исключения осложненного кариеса.

2.3.5 Иная диагностика

- Рекомендована термодиагностика зуба.

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

Комментарий: Термодиагностику зуба рекомендуют для выявления болевой реакции и уточнения диагноза с целью определения жизнеспособности пульпы. В норме колебания температуры в границах от 17-22 до 50-52°C (индифферентная зона) не вызывают болевой реакции зуба.

- Рекомендован метод ЭОД.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: ЭОД получила большое распространение при диагностике кариеса, т.к. сила тока и продолжительность легко дозируется, а неоднократное исследование не вызывает повреждений. При сравнении с другими данными способствует постановке более точного диагноза. В норме показатели порогового возбуждения пульпы составляет 2-6 мкА.

2.4 Приостановившийся кариес

2.4.1 Жалобы и анамнез

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

ртом, профессию пациента, регионы его рождения и проживания (эндемические районы флюороза).

2.4.2 Физикальное обследование

Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- пациенты с постоянными зубами;
- наличие темного пигментированного пятна;
- отсутствие некариозных болезней твердых тканей зубов;
- очаговая деминерализация эмали, при зондировании определяется гладкая или шероховатая поверхность эмали зуба;
- зуб со здоровой пульпой и периодонтом;
- здоровые пародонт и слизистая оболочка рта.

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

Обследованию подлежат все зубы, начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами. Детально обследуют все поверхности каждого зуба, обращают внимание на цвет, рельеф эмали, наличие налета, наличие пятен и их состояние после высушивания поверхности зубов, дефектов. Обращают внимание на наличие матового и/или пигментированного пятна на видимых поверхностях зуба, площадь, форму краев, текстуру поверхности, плотность, симметричность и множественность очагов поражения с целью установления степени выраженности заболевания и скорости развития процесса, динамики заболевания, а также дифференциальной диагностики с некариозными поражениями.

2.4.3 Лабораторная диагностика

Не проводится.

2.4.4 Инструментальная диагностика

- **Рекомендовано** исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда (зондирование).

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

Комментарии: Зондирование рекомендуется для определения глубины, болезненности по ЭДС и в области дна кариозной полости. При зондировании выявленной кариозной полости обращают внимание на ее форму, локализацию, величину, глубину,

наличие размягченного дентина, изменение его цвета, болезненность или наоборот отсутствие болевой чувствительности.

- Рекомендована перкуссия.

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

Комментарий: Данный метод применяют для исключения осложненного кариеса.

2.4.5 Иная диагностика

- Рекомендована термодиагностика зуба

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

Комментарий: Термодиагностику зуба рекомендуют для выявления болевой реакции и уточнения диагноза с целью определения жизнеспособности пульпы. В норме колебания температуры в границах от 17-22 до 50-52°C (индифферентная зона) не вызывают болевой реакции зуба.

- Рекомендован метод ЭОД.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: ЭОД получила большое распространение при диагностике кариеса, т.к. сила тока и продолжительность легко дозируется, а неоднократное исследование не вызывает повреждений. При сравнении с другими данными способствует постановке более точного диагноза. В норме показатели порогового возбуждения пульпы составляет 2-6 мкА.

3. Лечение

3.1 Кариез эмали

3.1.1 Консервативное лечение

- Рекомендована реминерализующая терапия.

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

Комментарии: Терапия препаратами фтора и кальция при наличии симптомов кариеса эмали является наиболее целесообразной с точки зрения этиологии и патогенеза кариеса. Критерием эффективности курса реминерализующей терапии и фторирования является уменьшение размера очага деминерализации вплоть до его исчезновения, восстановление блеска эмали или менее интенсивное окрашивание очага деминерализации (по 10-балльной шкале окрашивания эмали) красителем 2 % раствором метиленового синего.

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

Аппликации реминерализующими средствами на обработанной поверхности зуба оставляют на 15-20 мин. со сменой тампона каждые 4-5 мин. Аппликации 1-2 % раствором фторида натрия осуществляются в каждое 3-е посещение, после аппликации реминерализующим раствором на очищенной и высушенной поверхности зуба в течение 2-3 мин. После проведения процедуры больному рекомендуют не принимать пищу в течение 2-3 ч.

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

- **Рекомендовано** запечатывание фиссуры зуба герметиком.

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

Комментарии: Для предотвращения развития кариозного процесса.

3.1.2 Хирургическое лечение

Не проводят.

3.1.3 Иное лечение

Не проводят.

3.2 Кариес дентина

3.2.1 Консервативное лечение

Для выбора метода восстановления анатомической формы коронковой части зуба необходимо оценить степень ее разрушения. Для этой цели используется ИРОПЗ.

- При показателях ИРОПЗ 0,2-0,4 **рекомендован** метод пломбирования.

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

Комментарии: Данный метод позволяет восстановить анатомическую форму зуба.

Материалы для постоянного пломбирования зубов:

- 1) Стоматологические цементы (минеральные, полимерные) используются для постоянного пломбирования кариозных полостей.

Минеральные двухкомпонентные цементы малорастворимы в воде и ротовой жидкости. Используются для пломбирования кариозных полостей без окклюзионной нагрузки.

Полимерные цементы связываются с зубом химически, не допуская микроподтекания. Биосовместимы, не требуют прокладок, длительно выделяют ионы фтора. На поверхности пломбы не образуется зубной налет. Рентгенконтрастны. Не обладают высокой прочностью и растворяются в ротовой жидкости.

2) Композиты (химические, светоотверждаемые).

Химические композиты обладают высокой прочностью, малой усадкой, плохой устойчивостью, ограниченным временем работы, токсичны, требуются прокладки.

Светоотверждаемые композиты обладают высокой прочностью, а пакуемые композиты имитируют по плотности амальгаму и составляют реальную альтернативу амальгаме. Высокая цветостабильность и эстетичность, «командная» полимеризация и удобство в работе, экономичность.

Композиты светоотверждаемые рекомендуются в качестве пломбировочных материалов при пломбировании всех групп зубов.

Особенности препарирования и пломбирования полостей:

Полости класса I

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

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

Полости класса II

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

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

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

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

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

Полости класса III

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

Полости класса IV

Особенностями препарирования полости класса IV являются широкий фальц, формирование в некоторых случаях дополнительной площадки на язычной или небной поверхности, щадящее препарирование тканей зуба при формировании десневой стенки полости в случае распространения кариозного процесса ниже уровня десны. При

препарировании предпочтительно создание ретенционной формы, так как адгезии композитных материалов часто бывает недостаточно.

При пломбировании обращать внимание на правильное формирование контактного пункта.

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

- формирование язычного и небного фрагментов режущего края. Первое отсвечивание проводится через эмаль или ранее наложенный композит с вестибулярной стороны;
- формирование вестибулярного фрагмента режущего края; отсвечивание проводится через отвержденный язычный или небный фрагмент.

Полости класса V

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

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

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

Полости класса VI

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

• **Рекомендовано** при ИРОПЗ > 0,4 изготовление вкладок из металлов, керамики или композитных материалов, при ИРОПЗ > 0,6 – изготовление искусственных коронок, при ИРОПЗ > 0,8 – применение штифтовых конструкций с последующим изготовлением коронок.

3.2.2 Хирургическое лечение

Не проводят.

3.2.3 Иное лечение

Не проводят.

3.3 Кариес цемента

3.3.1 Консервативное лечение

• **Рекомендовано** пломбирование кариозной полости.

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

Комментарии: Лечение кариеса цемента пломбированием позволяет добиться компенсации функции и стабилизации процесса.

Особенности пломбирования

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

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

Общие требования к препарированию полостей:

- обезболивание;
- максимальное удаление патологически измененных тканей зуба;
- возможно полное сохранение интактных тканей зуба;
- формирование полости.

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

Для пломбирования дефектов рекомендованы стеклоиономерные цементы и компомеры.

У пациентов, пренебрегающих гигиеной рта, рекомендуется использовать стеклоиономерные (полиалкенадные) цементы, обеспечивающие долговременное фторирование тканей зуба после пломбирования и обладающие приемлемыми эстетическими характеристиками.

У пациентов пожилого и преклонного возраста, особенно при явлениях ксеростомии (снижено слюноотделение), следует применять стеклоиомеры. Также возможно использование компомеров, обладающих преимуществами стеклоиономеров и высокой эстетичностью. Композитные материалы показаны при пломбировании дефектов в тех случаях, когда эстетика улыбки очень важна.

3.3.2 Хирургическое лечение

Не проводят.

3.3.3 Иное лечение

Не проводят.

3.4 Приостановившийся кариес зубов

3.4.1 Консервативное лечение

- **Рекомендована реминерализующая терапия.**

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

Комментарии: Терапия препаратами фтора и кальция при наличии симптомов приостановившегося кариеса является наиболее целесообразной с точки зрения этиологии и патогенеза кариеса.

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

Аппликации реминерализующими средствами на обработанной поверхности зуба оставляют на 15-20 мин. со сменой тампона каждые 4-5 мин. Аппликации 1-2 % раствором фторида натрия осуществляются в каждое 3-е посещение, после аппликации реминерализующим раствором на очищенной и высушенной поверхности зуба в течение 2-3 мин. После проведения процедуры больному рекомендуют не принимать пищу в течение 2-3 ч.

Нанесение на зубы фторлака, как аналога 1-2 % раствора фторида натрия осуществляется в каждое 3-е посещение после аппликации реминерализующим раствором,

на высушенной поверхности зуба. После аппликации пациенту не рекомендуют принимать пищу в течение 2-х часов и чистить зубы в течение 12 часов.

- **Рекомендовано** пломбирование кариозной полости.

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

Комментарии: Лечение кариеса пломбированием позволяет добиться компенсации функции и стабилизации процесса.

Лечение проводят в одно посещение. Создают полость, удаляя пигментированные деминерализованные ткани. Обращают внимание на то, чтобы полость была сформирована в пределах эмали. Если для фиксации пломбы необходимо превентивное расширение полости, допускается переход эмалево-дентинной границы. При лечении жевательных зубов формирование полости проводят в контурах естественных фиссур. Проводят финирирование краев полости, ее промывание и высушивание перед пломбированием. Затем проводят пломбирование. Обращают внимание на окклюзионные и апроксимальные контакты.

3.4.2 Хирургическое лечение

Не проводят.

3.4.3 Иное лечение

Не проводят.

4. Реабилитация

Не проводят.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

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

6. Организация медицинской помощи

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

Оказание помощи больным с кариесом зубов осуществляется в основном врачами-стоматологами, врачами-стоматологами терапевтами, зубными врачами. Перед медицинским вмешательством следует получить информированное добровольное согласие пациента.

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

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

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка выполнения	
1.1	Проводилось ли при постановке диагноза:		
	зондирование, перкуссия	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	определение жизнеспособности пульпы	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	определение ИРОПЗ	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.2	Проводилось ли местное обезболивание при лечении	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.3	Проведено окрашивание зубов при постановке диагноза	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.4	Выполнена профессиональная гигиена полости рта и зубов	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.5	Проведена реминерализующая терапия на стадии "белого (мелового) пятна"	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.6	Выполнено фторирование твердых тканей зубов при приостановившемся кариесе	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.7	Проводилось ли местное обезболивание при лечении	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.8	Восстановлена ли анатомическая форма зуба	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
2.1	Стабилизация кариозного процесса	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
2.2	Рекомендован профилактический осмотр раз в 6 месяцев	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
3.1	Восстановление функциональной ценности зуба	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
3.2	Восстановление функции зубочелюстной системы	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
4.1	Правильность и полнота заполнения медицинской документации	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

Список литературы

1. Алыниц А.М. Пломбирование кариозных полостей вкладками. - М.: Медицина, 1969.
2. Биденко Н.В. Стеклоиономерные цементы в стоматологии. — К.: Книга плюс, 1999.
3. Большаков Г.В. Подготовка зубов к пломбированию и протезированию. — М.: Медицина, 1983.
4. Борисенко А.В., Неспрядько В.П. Композиционные пломбировочные и облицовочные материалы в стоматологии. — К.: Книга плюс, 2002.
5. Боровский Е.В. Кариес зубов: препарирование и пломбирование. — М.: АО «Стоматология», 2001.
6. Боровский Е.В., Леус П.А. Кариес зубов. — М.: Медицина, 1979.
7. Грохольский А.П., Центило Т.Д., Заноздра Л.Н., Гирина Е.В. Реставрация разрушенных коронок зубов современными пломбировочными материалами. — К.: УМК КМАПО, 2001.
8. Грошиков М.И. Профилактика и лечение кариеса зубов. — М.: Медицина, 1980.
9. Иоффе Е. // Новое в стоматологии. Специальный выпуск. — 1997. — № 3.
10. Иоффе Е. // Новое в стоматологии. — 1998. — № 1.
11. Леманн К.М., Хельвиг Э. Основы терапевтической и ортопедической стоматологии: Пер. с нем. — Львов: ГалДент, 1999.
12. Леонтьев В.К. Шевыроногов В.З., Чекмезова И.В. // Стоматология, — 1983. — № 5.
13. Макеева И.М. Восстановление зубов светоотверждаемыми композитными материалами. — М.: Стоматология, 1997.
14. Максимовский Ю.М., Фурлянд Д.Г. // Новое в стоматологии. — 2001.— № 2.
15. Марусов И.В., Мишнев Л.М., Соловьева А.М. Справочник врача-стоматолога по лекарственным препаратам — 2002.
16. МКБ-С: Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10: Пер. с англ. / ВОЗ: Науч. ред. А.Г. Колесник — 3-е изд. — М.: Медицина, 1997. — VIII.
17. Николишин А.К. Современные композиционные пломбировочные материалы. — Полтава, 1996.
18. Овруцкий Г.Д., Леонтьев В.К. Кариес зубов. — М.: Медицина, 1986.

Состав Рабочей группы

Председатель:

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

Члены:

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

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

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

Конфликт интересов: конфликт интересов отсутствует.

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

Конфликт интересов: конфликт интересов отсутствует.

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

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

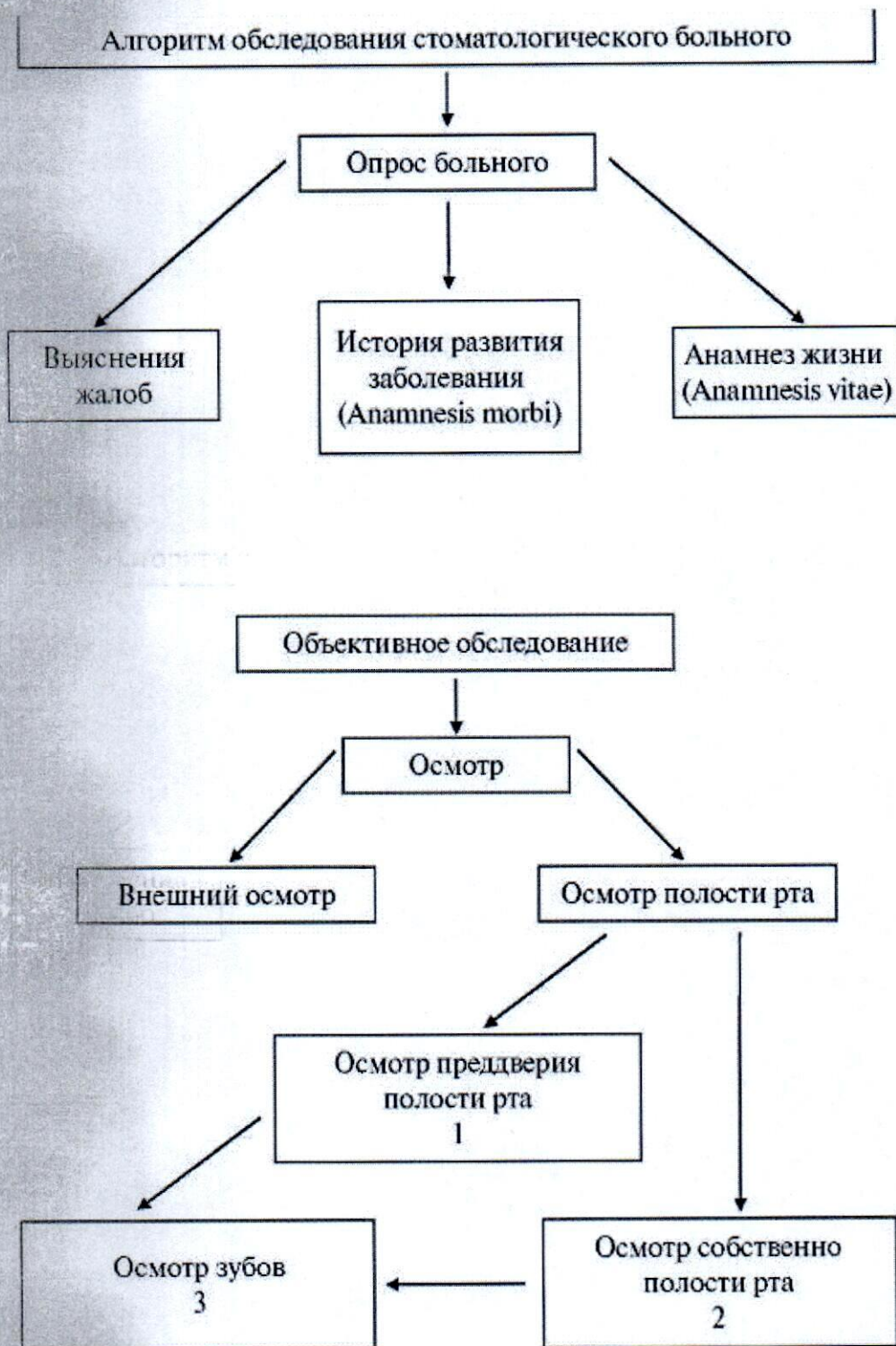
Объем диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяет лечащий врач, в соответствии с требованиями к объему исследований при определенных заболеваниях, состояниях, с учетом возможностей лечебно-профилактических организаций по предоставлению определенных видов исследований и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

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

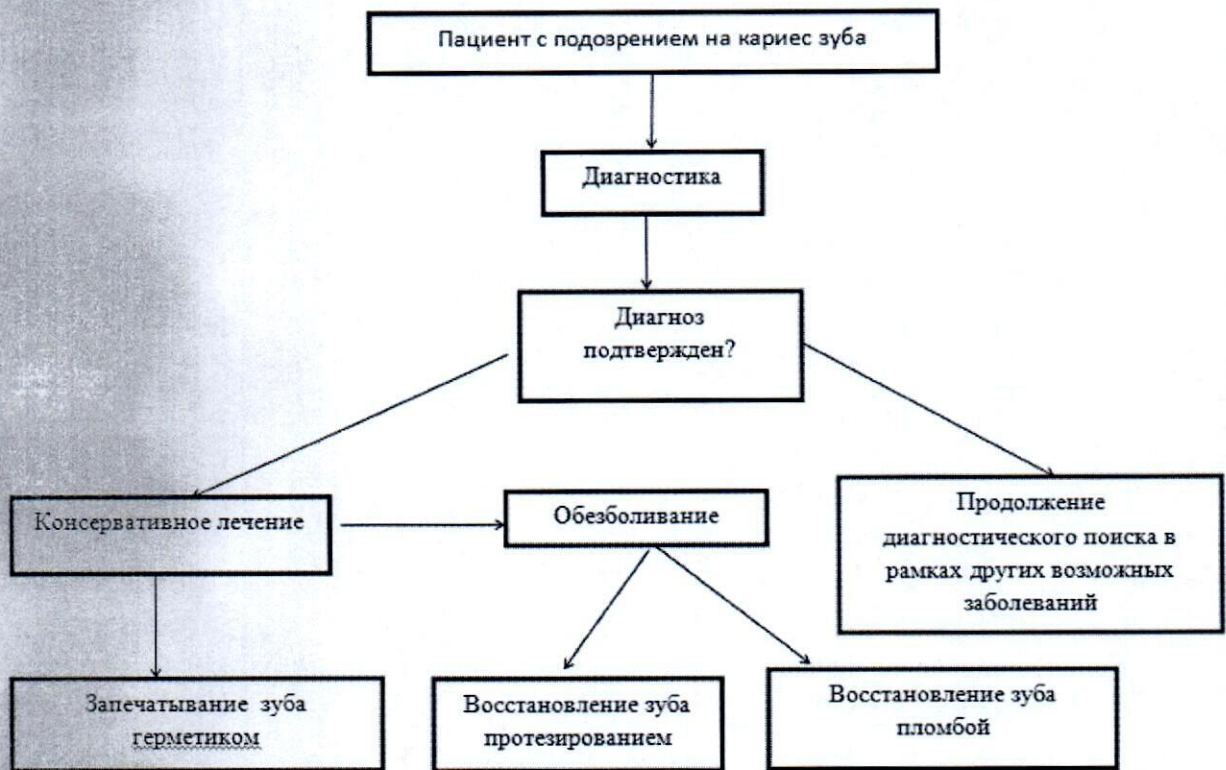
Настоящие клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативных правовых актов:

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

Алгоритмы действий врача



Алгоритм лечения пациента



Информация для пациента.

1. Чистить зубы необходимо два раза в день.

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

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

Завершают чистку круговыми движениями зубной щетки при сомкнутых челюстях, осуществляя массаж десен, справа налево. Длительность чистки составляет 3 мин.

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

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

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

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

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

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

8. При возникновении в зубе резкой боли необходимо как можно быстрее обратиться к лечащему стоматологу.
9. Во избежание сколов пломбы и прилегающих к пломбе твердых тканей зуба не рекомендуется принимать и пережевывать очень жесткую пищу (например: орехи, сухари), откусывать от больших кусков (например: от цельного яблока).
10. Раз в полгода следует посещать стоматолога для проведения профилактических осмотров и необходимых манипуляций (при пломбах из композитных материалов — для полировки пломбы, что увеличит срок её службы).