

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ) ПРИ ДИАГНОЗЕ**

**«БОЛЕЗНИ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ» У ДЕТЕЙ**

### I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе «Болезни периапикальных тканей» разработаны для применения на территории Новосибирской области для оказания медицинскими организациями стоматологической помощи детям в рамках Территориальной программы государственной гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Новосибирской области.

### II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящих Клинических рекомендациях использованы ссылки на следующие документы:

* Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.97 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).
* Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).
* Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13.11.2012 г. № 910н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями».
* Клинические рекомендации при диагнозе «Болезни периапикальных тканей» (Утверждены Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года).
* Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30.12.2003 г. № 620 «Об утверждении протоколов «Ведение детей, страдающих стоматологическими заболеваниями».

### III. ОБОЗНАЧЕНия и сокращения

В настоящих Клинических рекомендациях используются следующие обозначения и сокращения:

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем Всемирной организации здравоохранения десятого пересмотра.

МКБ-С – Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10.

### Iv. общие положения

Клинические рекомендации (протоколы лечения) "Болезни периапикальных тканей" разработаны для решения следующих задач:

– установление единых требований к порядку диагностики и лечения заболеваний периапикальных тканей;

– оптимизация медицинской помощи больным с заболеваниями периапикальных тканей;

– обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинской организации в рамках Территориальной программы государственной гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Новосибирской области.

### V. Общие вопросы

В настоящее время заболевания периапикальных тканей являются распространенным заболеванием зубочелюстной системы. В общей структуре оказания медицинской помощи больным в медицинских организациях стоматологического профиля это заболевание встречается во всех возрастных группах пациентов и составляет 25–30% от общего числа обращений. Периодонтит при несвоевременном и/или неправильном лечении и прогрессировании процесса может стать причиной потери зубов, развития гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Зубы с хроническими формами периодонтита представляют собой очаги интоксикации и инфекционной сенсибилизации организма.

Несвоевременное лечение периодонтита приводит к развитию патологических процессов и как следствие к удалению зубов, что в свою очередь обусловливает возникновение вторичных деформаций зубных рядов и патологии височно-нижнечелюстного сустава. Болезни периодонта непосредственным образом влияют на здоровье и качество жизни пациента.

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Периодонтит (К04.4 – К04.9 по МКБ-10) – это воспаление периодонта.

Периодонт – сложное анатомическое образование соединительнотканного происхождения, расположенное между компактной пластинкой зубной ячейки и цементом корня зуба.

### ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Воспалительный процесс в периодонте зуба является результатом его реакции на различные раздражители. Наиболее часто причиной воспаления в периодонте являются микроорганизмы и их токсины, попадающие в периодонт вследствие гибели пульпы из кариозной полости через канал зуба и дентинные трубочки, из инфицированных пародонтальных карманов или с крово- и лимфотоком при острых и хронических воспалительных заболеваниях. Этиологическими факторами, вызывающими периодонтит, могут быть микроорганизмы кариозной полости, химические вещества (ингредиенты пломбировочных материалов, мышьяковистая паста), механические воздействия (острая или хроническая травма зуба, перемещение зубов при ортодонтическом лечении).

Основными возбудителями периодонтита являются стрептококки: гемолитические – 12% и негемолитические – 62%. Обнаруживаются так же грамположительные палочки, фузоспирохеты и грибы.

Воспалительный процесс в периодонте, как и в других соединительных тканях организма, протекает по общим закономерностям.

### КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЕРИОДОНТИТА

Клиническая картина острого периодонтита проявляется прогрессирующими воспалительными явлениями с быстрой сменой одних симптомов другими. В анамнезе могут быть самопроизвольные боли. Острый периодонтит характеризуется болями, которые продолжаются от 2–3 сут до 2 нед. Боли, как правило, постоянные, пациент может указать на причинный зуб. При осмотре возможна глубокая кариозная полость, перкуссия зуба резко болезненна в вертикальном, а затем в любом направлении, появляется симптом «выросшего зуба». Хронические формы периодонтита могут протекать бессимптомно, иногда отмечаются ноющие боли, образование свищевого хода, боли при приеме горячей или твердой пищи. При осмотре могут выявляться глубокая кариозная полость, обширная пломба, подвижность зуба. Чаще всего хронические формы периодонтита выявляются при рентгенологическом исследовании.

При проведении электродонтометрии определяется снижение электровозбудимости пульпы свыше 100 мкА, при этом на ток реагируют рецепторы периодонта. При наличии периапикальных изменений электровозбудимость может полностью отсутствовать.

Хронический периодонтит сопровождается изменениями в костной ткани.

### КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРИОДОНТИТА

В классификации ВОЗ (10-й пересмотр) периодонтит выделен в отдельную рубрикацию.

Классификация периодонтита (МКБ-10)

К 04.4 – острый апикальный периодонтит

К 04.5 – хронический апикальный периодонтит

К 04.6 – периапикальный абсцесс со свищом

К 04.7 – периапикальный абсцесс без свища

К 04.8 – корневая киста апикальная и боковая

К 04.8 – корневая киста периапикальная

### ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИОДОНТИТА

Диагностика периодонтита производится путем сбора анамнеза, клинического осмотра, дополнительных методов обследования и направлена на определение состояния периапикальных тканей и показаний к лечению, а также на выявление в анамнезе факторов, которые препятствуют немедленному началу лечения. Такими факторами могут быть:

* наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
* неадекватное психоэмоциональное состояние пациента перед лечением;
* острые поражения слизистой оболочки рта и красной каймы губ;
* острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;
* угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения и т.п.), развившиеся менее чем за 6 месяцев до момента обращения за данной стоматологической помощью;
* отказ от лечения.

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

### ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПЕРИОДОНТИТА

Принципы лечения больных с периодонтитом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

* предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;
* восстановление коронковой части пораженного зуба пломбой;
* повышение качества жизни пациентов.

Лечение периодонтита включает:

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

Рабочая длина канала – это длина канала до апикального сужения. При сохраненной коронковой части определяется у фронтальных зубов от режущего края, у жевательных зубов – от бугра, при разрушенной коронковой части – от устья канала. Рабочая длина канала необходима для контроля глубины проникновения инструментов при обработке и при пломбировании канала.

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

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы:

* анатомическое строение зуба (значительно изогнутые или атипичные по строению корни представляют значительную проблему);
* возраст пациента;
* степень сформированности корня зуба;
* патологическое состояние зуба (выраженная облитерация каналов, внутренняя или наружная резорбция корневых каналов, горизонтальные и вертикальные переломы корней);
* последствия проведенного ранее вмешательства на данном зубе;
* изоляция, доступ и возможность выполнения лечения (возможность качественно изолировать рабочее поле, степень открывания рта пациентом, сопутствующая патология);
* функциональная ценность зуба;
* возможность последующего восстановления коронковой части зуба пломбой.

Выбор метода лечения периодонтита зависит от клинической картины, проявлений и симптомов, диагноза и может быть разным – от динамического наблюдения до удаления зуба.

Основным принципом лечения периодонтита является выявление и устранение причин, приведших к данному заболеванию.

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

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

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

Лечение начинается с создания доступа к операционному полю, так как очень важна прямая видимость устьев корневых каналов. Проводится полное удаление всех кариозных тканей. В то же время необходимо максимально сохранить коронковую часть зуба, чтобы не ослабить стенки. Вскрытие полости зуба проводят шаровидным бором, а для ее расширения (раскрытия) лучше воспользоваться цилиндрическими борами с закругленным концом. Для исключения перфорации зондом исследуют дно полости зуба

Препарирование корневого канала можно разделить на три этапа. Эти этапы взаимосвязаны и направлены на:

- первичную обработку канала для удаления измененных тканей или инородных веществ;

- удаление дентинных опилок и начальное формирование канала;

- формирование устьевой, средней трети и околоверхушечной (апикальной) части канала для окончательной обработки и трехмерной обтурации.

После удаления содержимого корневых каналов проводится их механическая и медикаментозная обработка. Этому этапу следует уделять особое значение, так как он является залогом к успешному лечению данного заболевания.

Далее следует принятие решения о временном пломбировании канала или оставлении его открытым на несколько дней для создания оттока экссудата через корневой канал.

Следующий этап лечения – формирование корневого канала. Обращать особое внимание на предотвращение выхода инструмента за апикальное отверстие.

Придание формы корневым каналам имеет несколько целей:

* обработка всех поверхностей канала,
* адекватная элиминация (отток) промывающих растворов,
* сохранение адекватного размера апикального отверстия и физиологического сужения.

В случае положительной динамики лечения проводят окончательную обработку и пломбирование корневых каналов под рентгенологическим контролем. Процесс лечения периодонтита завершается рекомендациями пациенту по срокам повторного обращения и профилактике.

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

При лечении заболеваний периапикальных тканей применяются только те стоматологические материалы и лекарственные средства, которые разрешены к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке, и включены в Перечень стоматологических материалов, инструментария и лекарственных препаратов, используемых при оказании стоматологической помощи детям в рамках Территориальной программы государственной гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Новосибирской области (приложение 1).

### ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С заболеваниями ПЕРИапикальных тканей

Лечение пациентов с заболеваниями периапикальных тканей проводится в медицинских организациях Новосибирской области, работающих по стоматологическому профилю в системе обязательного медицинского страхования. Как правило, лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

Оказание помощи больным с заболеваниями периапикальных тканей осуществляется врачами-стоматологами, врачами-стоматологами детскими, врачами-стоматологами-хирургами, зубными врачами. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал.

### vi. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

***6.1 Модель пациента***

Нозологическая форма: острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения

**Стадия** – любая

**Фаза** – стабилизация процесса

**Осложнения** – без осложнений

**Код по МКБ-С:** К04.4

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

- пациенты с постоянными и временными зубами;

- локализованная боль постоянного характера;

- возможен симптом «выросшего зуба»;

- увеличение регионарных лимфатических узлов;

- возможна подвижность зуба;

- болезненность при перкуссии зуба;

- слизистая оболочка переходной складки гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации;

- возможны изменения в периапикальных тканях на рентгенограмме.

***6.1.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации***

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код | Название | Кратность выполнения\* |
| B01.064.003 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный | 1 |
| B01.065.003 | Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный |
| В01.067.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный |
| B01.064.004 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный | по потребности |
| B01.065.004 | Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный |
| В01.067.002 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный |
| A05.07.001 | Электроодонтометрия | по потребности |
| A06.30.002 | Описание и интерпретация рентгенографических изображений | согласно алгоритму |

\*«1» – если 1 раз; «согласно алгоритму» – если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

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

|  |
| --- |
| **Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный** |
| **Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный** |
| **Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный** |
| **Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный****Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга первичный****Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга повторный** |

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

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043.У).

*Сбор анамнеза*

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб от различных раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний.

Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области конкретного зуба, их характер, сроки появления, когда пациент обратил внимание на появление дискомфорта.

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

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

Необходимо проводить пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, который проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного и онкологического процесса.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки 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. Стоматологическим зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности. Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зуба, обследование тканей пародонта. Определяют характер болей на температурные раздражители, проводят электроодонтодиагностику, при необходимости рентгенографию.

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

| Код | Название | Кратность выполнения\* |
| --- | --- | --- |
| В01.003.004.002 | Проводниковая анестезия | по потребности |
| B01.003.004.004 | Аппликационная анестезия | по потребности |
| B01.003.004.005 | Инфильтрационная анестезия | по потребности |
| А16.07.030.003 | Временное пломбирование лекарственным препаратом одного корневого канала | по потребности |
| А16.07.002.011 | Наложение временной пломбы | по потребности |
| А16.07.091 | Снятие временной пломбы | по потребности |
| А16.07.092 | Трепанация зуба, искусственной коронки | по потребности |
| А16.07.009 | Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы) | по потребности |
| А16.07.010 | Экстирпация пульпы | по потребности |
| А16.07.030.001 | Инструментальная и медикаментозная обработка хорошо проходимого корневого канала | по потребности |
| А16.07.030.002 | Инструментальная и медикаментозная обработка плохо проходимого корневого канала | по потребности |
| А16.07.082.001 | Распломбировка корневого канала, ранее леченного гуттаперчевой пастой (1 канал) | по потребности |
| А16.07.082.002 | Распломбировка корневого канала, ранее леченного фосфат-цементом/резорцин-формальдегидным методом/термофилом (1 канал) | по потребности |
| А16.07.008.001 | Пломбирование одного корневого канала зуба пастой | по потребности |
| А16.07.008.002 | Пломбирование одного корневого канала зуба гуттаперчивыми штифтами | по потребности |
| А16.07.002.001 | Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта, I, V класс по Блэку с использованием стеклоиономерных цементов | по потребности |
| А16.07.002.002 | Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта, I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения |
| А16.07.002.004 | Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II, III класс по Блэку с использованием стеклоиономерных цементов |
| А16.07.002.005 | Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II,III класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения |
| А16.07.002.007 | Восстановление зуба, IV класс по Блэку с использованием стеклоиономерных цементов |
| А16.07.002.008 | Восстановление зуба IV класса по Блэку с использованием материалов химического отверждения |
| А16.07.002.003 | Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта, I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров |
| А16.07.002.006 | Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II, III класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров |
| А16.07.008.003 | Закрытие перфорации стенки канала с использованием цемента минерал триоксид агрегат (МТА) | по потребности |
| А16.07.094 | Удаление внутриканального штифта, вкладки | по потребности |
| А16.07.011 | Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления в полости рта | по потребности |
| А17.07.003 | Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов | по потребности |
| A17.07.001 | Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов | по потребности |
| A16.07.001.002 | Удаление постоянного зуба | по потребности |
| А16.07.001.001 | Удаление временного зуба | по потребности |
| A16.07.001.003 | Удаление зуба сложное с разъединением корней | по потребности |
| A15.07.002 | Наложение повязки при операциях в полости рта | по потребности |
| A16.30.069 | Снятие послеоперационных швов (лигатур) | по потребности |
| А16.07.012 | Вскрытие и дренирование одонтогенного абсцесса | по потребности |
| A25.07.001 | Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов | по потребности |
| A25.07.003 | Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях полости рта и зубов | по потребности |

\*«1» – если 1 раз; «согласно алгоритму» – если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

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

Немедикаментозная помощь направлена на:

- купирование воспалительного процесса;

- проведение обработки корневых каналов под контролем рентгенограммы;

**-** достижение обтурации корневых каналов до уровня анатомической верхушки, проводится под контролем методов лучевой визуализации;

- предупреждение развития осложнений;

- восстановление коронковой части зуба пломбой.

После диагностических исследований и принятия решения на том же приеме приступают к лечению.

***6.1.6.1. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения обработки корневых каналов***

Этапы проведения инструментальной и антисептической обработки корневых каналов:

* проведение местной анестезии по потребности;
* создание доступа к полости зуба;
* раскрытие полости зуба;
* создание прямого доступа к корневым каналам;
* прохождение канала или его распломбирование в ранее депульпированных зуба;
* определение рабочей длины корневого канала;
* обработка корневых каналов (механическая и медикаментозная);
* применение физических методов (по потребности);
* пломбирование корневых каналов временными и/или постоянными пломбировочными материалами;
* рентгенологический контроль на этапах лечения.
* восстановление коронковой части зуба пломбой.

Инструментальная и антисептическая обработка корневых каналов при лечении данной формы периодонтита проводится с направлена на достижение первичной очистки канала от измененных тканей, удаление дентинных опилок и формирование канала для окончательной очистки и обтурации. Первичная очистка канала подразумевает удаление остатков некротизированных тканей, а также продуктов тканевого распада и микроорганизмов.

Для определения рабочей длины канала используют электрометрический метод с применением различных электронных приборов (апекслокаторов), а так же рентгенологический контроль с применением эндодонтических инструментов.

Следующий этап – формирование корневого канала. Корневой канал после обработки должен соответствовать следующим требованиям:

* сохранять свое направление;
* иметь форму конуса;
* завершаться апикальным сужением;
* не иметь неровностей на стенках;
* иметь достаточный диаметр на всем протяжении до апикального сужения для обтурации.

На данном этапе необходимо соблюдать следующие правила: проводить все манипуляции в пределах канала, не допускать проталкивание дентинных опилок и инфицированных тканей за верхушку корня. Необходимо точно определить рабочую длину канала и придать каналу достаточный диаметр для обеспечения полноценной антисептической обработки. Обращать особое внимание на предотвращение излишнего выхода инструмента за апикальное отверстие.

***6.1.6.2. Характеристики алгоритмов и особенностей пломбирования корневых каналов***

Целью пломбирования является достижение обтурации канала до апикального отверстия или физиологического сужения корня и предотвращение повторного инфицирования канала микроорганизмами. Пломбировать корневой канал можно в том случае, если отсутствуют болевые симптомы, выделение экссудата, чувствительность при перкуссии. Предварительно необходимо изолировать зуб от слюны.

Материал для пломбирования корневых каналов должен обладать следующими свойствами:

* легко поддаваться манипулированию в течение достаточно долгого рабочего времени;
* обладать пространственной стабильностью, не давать усадки и не менять форму после введения в канал;
* заполнять канал, повторяя его контуры;
* не раздражать периапикальные ткани;
* быть влагоустойчивым, непористым;
* быть рентгеноконтрастным,
* не изменять цвет зуба;
* при необходимости легко удаляться из корневого канала.

Критерии качества обтурации корневых каналов:

* Равномерная плотность материала на всем протяжении.
* Герметичность обтурации.
* Обтурация канала на всем протяжении до анатомической верхушки корня.

После обтурации канала (каналов) необходимо проведение рентгенологического контроля пломбирования.

***6.1.6.3. Восстановление коронковой части зуба пломбой после проведения эндодонтического лечения***

См. Приложение 3.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование группы | Кратность(продолжительность лечения) |
| Антигистаминные средства | По потребности |
| Сульфаниламидные препараты | По потребности |
| Антибиотики и другие противомикробные средства | По потребности |
| Витаминные препараты | По потребности |
| Иммуностимуляторы | По потребности |
| Ненаркотические анальгетики | По потребности |
| Противовоспалительные средства | По потребности |
| Анестетики местные | По потребности |
| Антидоты мышьяка | По потребности |
| Антисептики и средства для дезинфекцииАнтисептики | По потребности |
| Кровоостанавливающие препараты | По потребности |

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

Перед препарированием проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая) по показаниям.

Наряду с механической обработкой корневого канала выполняют его тщательное промывание антисептическими растворами.

Наиболее частыми в применении растворами для обработки корневых каналов являются гипохлорит натрия в концентрации от 2,5 до 3%, 0,05%хлоргексидин, 3% раствор перекиси водорода. Растворы в систему корневого канала вводят с помощью шприцев с эндодонтическими иглами. При использовании ирригантов следует помнить, что их применение должно быть ограничено пространством канала. Попадание этих растворов за пределы канала, особенно под давлением, может привести к сильному токсическому воздействию, повреждению периапикальных тканей.

Еще одной группой химических веществ, используемых для обработки корневых каналов, являются комплексоны (хелаты), в первую очередь этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА). Препарат состоит из ЭДТА и перекиси мочевины на органической водорастворимой основе и действует как окислитель и как смазка для канала. Он эффективно размягчает дентин, что облегчает прохождение, очистку и формирование канала.

При возникновении болевой реакции назначают анальгетические лекарственные средства. При возникновении выраженных воспалительных явлений возможно назначение лекарственных препаратов с антибактериальным и противовоспалительным действием.

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

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

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

Специальных требований нет.

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

Специальных требований нет.

***6.1.12. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций «Болезни периапикальных тканей» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций***

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующие выявленным заболеваниям и осложнениям.

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

а) раздела этих Клинических рекомендаций, соответствующего ведению начального пульпита

б) Клинических рекомендаций с выявленным заболеванием или синдромом.

***6.1.13. Возможные исходы и их характеристики***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Исход | Частота развития,% | Критерии и признаки | Ориентировочное время достижения исхода | Преемственность и этапность оказания медицинской помощи |
| Компенсация функции | 60 | Восстановление функции | Непосредственно после курса лечения | Динамическое наблюдение 2 раза в год |
| Стабилизация | 20 | Отсутствие рецидива и осложнений | Непосредственно после курса лечения | Динамическое наблюдение 2 раза в год |
| Развитие ятрогенных осложнений | 10 | Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции) | На этапе лечения зуба | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания |
| Развитие нового заболевания, связанного с основным | 10 | Развитие хронического периодонтита | Через 6 месяцев после окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания |

***6.2. Модель пациента***

**Нозологическая форма –** хронический апикальный периодонтит (апикальная гранулема)

**Стадия –** любая

**Фаза –** стабилизация процесса

**Осложнения –** без осложнений

**Код по МКБ-С:** К04.5

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

- пациенты с постоянными и временными зубами;

- наличие боли в анамнезе;

- возможно изменение в цвете коронковой части зуба;

- отсутствие болезненности при перкуссии зуба;

-снижение электровозбудимости;

- изменения в периапикальных тканях на рентгенограмме в виде ограниченного или диффузного расширения периодонтальной щели.

***6.2.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации***

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код | Название | Кратность выполнения\* |
| B01.064.003 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный | 1 |
| B01.065.003 | Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный |
| В01.067.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный |
| B01.064.004 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный | по потребности |
| B01.065.004 | Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный |
| В01.067.002 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный |
| A05.07.001 | Электроодонтометрия | по потребности |
| A06.30.002 | Описание и интерпретация рентгенографических изображений | согласно алгоритму |

\*«1» – если 1 раз; «согласно алгоритму» – если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

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

|  |
| --- |
| **Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный** |
| **Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный** |
| **Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный** |
| **Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный****Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга первичный****Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга повторный** |

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

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043.У).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб от различных раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний.

Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области конкретного зуба, их характер, сроки появления, когда пациент обратил внимание на появление дискомфорта.

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

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. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного и онкологического процесса.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки 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. Стоматологическим зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зуба, обследование тканей пародонта. Определяют характер болей на температурные раздражители, проводят электроодонтодиагностику, при необходимости рентгенографию.

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

| Код | Название | Кратность выполнения\* |
| --- | --- | --- |
| В01.003.004.002 | Проводниковая анестезия | по потребности |
| B01.003.004.004 | Аппликационная анестезия | по потребности |
| B01.003.004.005 | Инфильтрационная анестезия | по потребности |
| А16.07.030.003 | Временное пломбирование лекарственным препаратом одного корневого канала | по потребности |
| А16.07.002.011 | Наложение временной пломбы | по потребности |
| А16.07.091 | Снятие временной пломбы | по потребности |
| А16.07.092 | Трепанация зуба, искусственной коронки | по потребности |
| А17.07.003 | Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов | по потребности |
| А16.07.009 | Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы) | по потребности |
| А16.07.010 | Экстирпация пульпы | по потребности |
| А16.07.030.001 | Инструментальная и медикаментозная обработка хорошо проходимого корневого канала | по потребности |
| А16.07.030.002 | Инструментальная и медикаментозная обработка плохо проходимого корневого канала | по потребности |
| А16.07.082.001 | Распломбировка корневого канала, ранее леченного гуттаперчевой пастой (1 канал) | по потребности |
| А16.07.082.002 | Распломбировка корневого канала, ранее леченного фосфат-цементом/резорцин-формальдегидным методом/термофилом (1 канал) | по потребности |
| А16.07.008.001 | Пломбирование одного корневого канала зуба пастой | по потребности |
| А16.07.008.002 | Пломбирование одного корневого канала зуба гуттаперчивыми штифтами | по потребности |
| А16.07.002.001 | Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта, I, V класс по Блэку с использованием стеклоиономерных цементов | по потребности |
| А16.07.002.002 | Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта, I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения |
| А16.07.002.003 | Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов из фотоплимеров |
| А16.07.002.004 | Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II, III класс по Блэку с использованием стеклоиономерных цементов |
| А16.07.002.005 | Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II,III класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения |
| А16.07.002.006 | Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II,III класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров |
| А16.07.002.007 | Восстановление зуба, IV класс по Блэку с использованием стеклоиономерных цементов |
| А16.07.002.008 | Восстановление зуба IV класса по Блэку с использованием материалов химического отверждения |
| A17.07.001 | Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов | по потребности |
| А17.07.006 | Депофорез корневого канала зуба | по потребности |
| А16.07.094 | Удаление внутриканального штифта, вскладки | по потребности |
| A16.07.001.002 | Удаление постоянного зуба | по потребности |
| А16.07.001.001 | Удаление временного зуба | по потребности |
| A16.07.001.003 | Удаление зуба сложное с разъединением корней | по потребности |
| A15.07.002 | Наложение повязки при операциях в полости рта | по потребности |
| A16.30.069 | Снятие послеоперационных швов (лигатур) | по потребности |
| А16.07.007 | Резекция верхушки корня | по потребности |
| А16.07.059 | Гемисекция зуба | по потребности |
| А16.07.060 | Коронарно-радикулярная сепарация | по потребности |
| А16.30.064 | Иссечение свища мягких тканей | по потребности |
| A25.07.001 | Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов | по потребности |
| A25.07.003 | Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях полости рта и зубов | по потребности |

\*«1» – если 1 раз; «согласно алгоритму» – если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

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

Немедикаментозная помощь направлена на:

- купирование воспалительного процесса;

- проведение обработки корневых каналов под контролем рентгенограммы;

- достижение обтурации корневых каналов до уровня анатомической верхушки, проводится под контролем методов лучевой визуализации;

- предупреждение развития осложнений;

- восстановление коронковой части зуба пломбой.

После диагностических исследований и принятия решения на том же приеме приступают к лечению.

***6.2.6.1. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения обработки корневых каналов***

Этапы проведения инструментальной и антисептической обработки корневых каналов:

* проведение местной анестезии по потребности;
* создание доступа к полости зуба;
* раскрытие полости зуба;
* создание прямого доступа к корневым каналам;
* прохождение канала или его распломбирование в ранее депульпированных зуба;
* определение рабочей длины корневого канала;
* обработка корневых каналов (механическая и медикаментозная);
* применение физических методов (по потребности);
* пломбирование корневых каналов временными и/или постоянными пломбировочными материалами;
* рентгенологический контроль на этапах лечения.
* восстановление коронковой части зуба пломбой.

Инструментальная и антисептическая обработка корневых каналов при лечении данной формы периодонтита направлена на достижение первичной очистки канала от измененных тканей, удаление дентинных опилок и формирование канала для окончательной очистки и обтурации. Первичная очистка канала подразумевает удаление остатков некротизированных тканей, а также продуктов тканевого распада и микроорганизмов.

Для определения рабочей длины канала используют электрометрический метод с применением различных электронных приборов (апекслокаторов), а так же рентгенологический контроль с применением эндодонтических инструментов.

Следующий этап – формирование корневого канала. Корневой канал после обработки должен соответствовать следующим требованиям:

* Сохранять свое направление.
* Иметь форму конуса.
* Завершаться апикальным сужением.
* Не иметь неровностей на стенках.
* Иметь достаточный диаметр на всем протяжении до апикального сужения для обтурации.

На данном этапе необходимо соблюдать следующие правила: проводить все манипуляции в пределах канала, не допускать проталкивание дентинных опилок и инфицированных тканей за верхушку корня. Необходимо точно определить рабочую длину канала и придать каналу достаточный диаметр для обеспечения полноценной антисептической обработки. Обращать особое внимание на предотвращение излишнего выхода инструмента за апикальное отверстие.

***6.2.6.2. Характеристики алгоритмов и особенностей пломбирования корневых каналов***

Целью пломбирования является достижение обтурации канала до апикального отверстия или физиологического сужения корня и предотвращение повторного инфицирования канала микроорганизмами. Пломбировать корневой канал можно в том случае, если отсутствуют болевые симптомы, выделение экссудата, чувствительность при перкуссии. Предварительно необходимо изолировать зуб от слюны.

Материал для пломбирования корневых каналов должен обладать следующими свойствами:

* легко поддаваться манипулированию в течение достаточно долгого рабочего времени;
* обладать пространственной стабильностью, не давать усадки и не менять форму после введения в канал;
* заполнять канал, повторяя его контуры;
* не раздражать периапикальные ткани;
* быть влагоустойчивым, непористым;
* быть рентгеноконтрастным, легко определяться на снимках;
* не изменять цвет зуба;
* при необходимости легко удаляться из корневого канала.

Критерии качества обтурации корневых каналов:

* Равномерная плотность материала на всем протяжении.
* Герметичность обтурации.
* Обтурация канала на всем протяжении до анатомической верхушки корня.

После обтурации канала (каналов) необходимо проведение рентгенологического контроля пломбирования.

***6.2.6.3. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения хирургических вмешательств***

Оперативное лечение хронических периодонтитов применяют при патологических процессах в зубах и околозубных тканях, не подлежащих или не поддающихся терапевтическому лечению. Хирургические вмешательства позволяют сохранить весь зуб или часть его, создать условия для функционирования зуба. Выделяют следующие методы хирургического лечения периодонтитов: резекцию верхушки корня, гемисекцию и ампутацию корня, коронарно–радикулярную сепарацию, удаление зуба. На первом этапе проведения этих методов во всех каналах зуба обязательно осуществляют эндодонтическое лечение, а затем хирургическое вмешательство на корнях.

См. Приложение 5.

***6.2.6.4. Восстановление коронковой части зуба пломбой после проведения эндодонтического лечения***

См. Приложение 3.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование группы | Кратность(продолжительность лечения) |
| Антигистаминные средства | По потребности |
| Сульфаниламидные препараты | По потребности |
| Антибиотики и другие противомикробные средства | По потребности |
| Витаминные препараты | По потребности |
| Иммуностимуляторы | По потребности |
| Ненаркотические анальгетики | По потребности |
| Противовоспалительные средства | По потребности |
| Анестетики местные | По потребности |
| Антидоты мышьяка | По потребности |
| Антисептики и средства для дезинфекцииАнтисептики | По потребности |
| Кровоостанавливающие препараты | По потребности |

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

Перед препарированием проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая) по показаниям.

Наряду с механической обработкой корневого канала выполняют его тщательное промывание антисептическими растворами.

Наиболее частыми в применении растворами для обработки корневых каналов являются гипохлорит натрия в концентрации от 2,5 до 3%, 0,05% хлоргексидин, 3% раствор перекиси водорода. Растворы в систему корневого канала вводят с помощью шприцев с эндодонтическими иглами. При использовании ирригантов следует помнить, что их применение должно быть ограничено пространством канала. Попадание этих растворов за пределы канала, особенно под давлением, может привести к сильному токсическому воздействию, повреждению периапикальных тканей.

Еще одной группой химических веществ, используемых для обработки корневых каналов, являются комплексоны (хелаты), в первую очередь этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА). Препарат состоит из ЭДТА и перекиси мочевины на органической водорастворимой основе и действует как окислитель и как смазка для канала. Он эффективно размягчает дентин, что облегчает прохождение, очистку и формирование канала.

При возникновении болевой реакции назначают анальгетические лекарственные средства. При возникновении выраженных воспалительных явлений возможно назначение лекарственных препаратов с антибактериальным и противовоспалительным действием.

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

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

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

Специальных требований нет.

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

Специальных требований нет.

***6.2.12. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций «Болезни периапикальных тканей» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций***

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации, соответствующие выявленным заболеваниям и осложнениям.

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

а) раздела этих Клинических рекомендаций , соответствующих ведению острого пульпита;

б) Клинических рекомендаций с выявленным заболеванием или синдромом.

***6.2.13. Возможные исходы и их характеристики***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Исход | Частота развития, % | Критерии и признаки | Ориентировочное время достижения исхода | Преемственность и этапность оказания медицинской помощи |
| Компенсация функции | 60 | Восстановление функции | Непосредственно после лечения | Динамическое наблюдение 2 раза в год |
| Стабилизация | 20 | Отсутствие рецидива и осложнений | Непосредственно после лечения | Динамическое наблюдение 2 раза в год |
| Развитие ятрогенных осложнений | 10 | Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции) | На этапе лечения зуба | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания |
| Развитие нового заболевания, связанного с основным | 10 |  | После окончания лечения и при отсутствии динамического наблюдения | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания |

***6.3. Модель пациента***

**Нозологическая форма** – периапикальный абсцесс со свищом

**Стадия** – любая

**Фаза** – стабильное течение

**Осложнения** – без осложнений

**Код по МКБ-С:** К04.6

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

- пациенты с постоянными и временными зубами;

- наличие свищевого хода;

- возможно изменение в цвете коронковой части зуба;

- возможна болезненность при перкуссии зуба;

- снижение электровозбудимости;

- возможны изменения в периапикальных тканях на рентгенограмме в виде очага разрежения костной ткани в области верхушки корня.

***6.3.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации***

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код | Название | Кратность выполнения\* |
| B01.064.003 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный | 1 |
| B01.065.003 | Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный |
| В01.067.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный |
| B01.064.004 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный | по потребности |
| B01.065.004 | Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный |
| В01.067.002 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный |
| A05.07.001 | Электроодонтометрия | по потребности |
| A06.30.002 | Описание и интерпретация рентгенографических изображений | согласно алгоритму |

\*«1» – если 1 раз; «согласно алгоритму» – если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

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

|  |
| --- |
| **Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный** |
| **Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный** |
| **Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный** |
| **Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный****Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга первичный****Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга повторный** |

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

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043.У).

*Сбор анамнеза*

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб от различных раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний.

Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области конкретного зуба, их характер, сроки появления, когда пациент обратил внимание на появление дискомфорта.

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

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 рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки 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. Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зуба, обследование тканей пародонта. Определяют характер болей на температурные раздражители, проводят электроодонтодиагностику, при необходимости рентгенографию.

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

| Код | Название | Кратность выполнения\* |
| --- | --- | --- |
| В01.003.004.002 | Проводниковая анестезия | по потребности |
| B01.003.004.004 | Аппликационная анестезия | по потребности |
| B01.003.004.005 | Инфильтрационная анестезия | по потребности |
| А16.07.030.003 | Временное пломбирование лекарственным препаратом одного корневого канала | по потребности |
| А16.07.002.011 | Наложение временной пломбы | по потребности |
| А16.07.091 | Снятие временной пломбы | по потребности |
| А16.07.092 | Трепанация зуба, искусственной коронки | по потребности |
| А17.07.003 | Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов | по потребности |
| А16.07.009 | Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы) | по потребности |
| А16.07.010 | Экстирпация пульпы | по потребности |
| А16.07.030.001 | Инструментальная и медикаментозная обработка хорошо проходимого корневого канала | по потребности |
| А16.07.030.002 | Инструментальная и медикаментозная обработка плохо проходимого корневого канала | по потребности |
| А16.07.082.001 | Распломбировка корневого канала, ранее леченного гуттаперчевой пастой (1 канал) | по потребности |
| А16.07.082.002 | Распломбировка корневого канала, ранее леченного фосфат-цементом/резорцин-формальдегидным методом/термофилом (1 канал) | по потребности |
| А16.07.008.001 | Пломбирование одного корневого канала зуба пастой | по потребности |
| А16.07.008.002 | Пломбирование одного корневого канала зуба гуттаперчивыми штифтами | по потребности |
| А16.07.002.001 | Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта, I, V класс по Блэку с использованием стеклоиономерных цементов | по потребности |
| А16.07.002.002 | Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта, I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения |
| А16.07.002.003 | Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов из фотоплимеров |
| А16.07.002.004 | Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II, III класс по Блэку с использованием стеклоиономерных цементов |
| А16.07.002.005 | Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II,III класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения |
| А16.07.002.006 | Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II,III класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров |
| А16.07.002.007 | Восстановление зуба, IV класс по Блэку с использованием стеклоиономерных цементов |
| А16.07.002.008 | Восстановление зуба IV класса по Блэку с использованием материалов химического отверждения |
| A17.07.001 | Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов | по потребности |
| А17.07.006 | Депофорез корневого канала зуба | по потребности |
| А16.07.094 | Удаление внутриканального штифта, вскладки | по потребности |
| A16.07.001.002 | Удаление постоянного зуба | по потребности |
| А16.07.001.001 | Удаление временного зуба | по потребности |
| A16.07.001.003 | Удаление зуба сложное с разъединением корней | по потребности |
| A15.07.002 | Наложение повязки при операциях в полости рта | по потребности |
| A16.30.069 | Снятие послеоперационных швов (лигатур) | по потребности |
| А16.07.007 | Резекция верхушки корня | по потребности |
| А16.07.059 | Гемисекция зуба | по потребности |
| А16.07.060 | Коронарно-радикулярная сепарация | по потребности |
| А16.30.064 | Иссечение свища мягких тканей | по потребности |
| A25.07.001 | Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов | по потребности |
| A25.07.003 | Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях полости рта и зубов | по потребности |

\*«1» – если 1 раз; «согласно алгоритму» – если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

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

Немедикаментозная помощь направлена на:

- купирование воспалительного процесса;

- проведение обработки корневых каналов под контролем рентгенограммы;

- достижение обтурации корневых каналов до уровня анатомической верхушки; проводится под контролем методов лучевой визуализации;

- предупреждение развития осложнений;

- восстановление коронковой части зуба пломбой.

После диагностических исследований и принятия решения на том же приеме приступают к лечению.

***6.3.6.1. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения обработки корневых каналов***

Этапы проведения инструментальной и антисептической обработки корневых каналов:

* проведение местной анестезии по потребности,
* создание доступа к полости зуба,
* раскрытие полости зуба,
* создание прямого доступа к корневым каналам,
* прохождение канала или его распломбирование в ранее депульпированных зубах,
* определение рабочей длины корневого канала,
* обработка корневых каналов (механическая и медикаментозная),
* применение физических методов (по потребности),
* пломбирование корневых каналов временными и/или постоянными пломбировочными материалами,
* рентгенологический контроль на этапах лечения.
* восстановление коронковой части зуба пломбой.

Инструментальная и антисептическая обработка корневых каналов при лечении данной формы периодонтита направлена на достижение первичной очистки канала от измененных тканей, удаление дентинных опилок и формирование канала для окончательной очистки и обтурации. Первичная очистка канала подразумевает удаление остатков некротизированных тканей, а также продуктов тканевого распада и микроорганизмов.

Для определения рабочей длины канала используют электрометрический метод с применением различных электронных приборов (апекслокаторов), а так же рентгенологический контроль с применением эндодонтических инструментов.

Следующий этап – формирование корневого канала. Корневой канал после обработки должен соответствовать следующим требованиям:

* Сохранять свое направление.
* Иметь форму конуса.
* Завершаться апикальным сужением.
* Не иметь неровностей на стенках.
* Иметь достаточный диаметр на всем протяжении до апикального сужения для обтурации.

На данном этапе необходимо соблюдать следующие правила: проводить все манипуляции в пределах канала, не допускать проталкивание дентинных опилок и инфицированных тканей за верхушку корня. Необходимо точно определить рабочую длину канала и придать каналу достаточный диаметр для обеспечения полноценной антисептической обработки. Обращать особое внимание на предотвращение излишнего выхода инструмента за апикальное отверстие.

***6.3.6.2. Характеристики алгоритмов и особенностей пломбирования корневых каналов***

Целью пломбирования является достижение обтурации канала до апикального отверстия или физиологического сужения корня и предотвращение повторного инфицирования канала микроорганизмами. Пломбировать корневой канал можно в том случае, если отсутствуют болевые симптомы, выделение экссудата, чувствительность при перкуссии. Предварительно необходимо изолировать зуб от слюны.

Материал для пломбирования корневых каналов должен обладать следующими свойствами:

* легко поддаваться манипулированию в течение достаточно долгого рабочего времени;
* обладать пространственной стабильностью, не давать усадки и не менять форму после введения в канал;
* заполнять канал, повторяя его контуры;
* не раздражать периапикальные ткани;
* быть влагоустойчивым, непористым;
* быть рентгеноконтрастным, легко определяться на снимках;
* не изменять цвет зуба;
* при необходимости легко удаляться из корневого канала.

Критерии качества обтурации корневых каналов:

* Равномерная плотность материала на всем протяжении.
* Герметичность обтурации.
* Обтурация канала на всем протяжении до анатомической верхушки корня.

После обтурации канала (каналов) необходимо проведение рентгенологического контроля пломбирования.

***6.3.6.3. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения хирургических вмешательств***

Оперативное лечение хронических периодонтитов применяют при патологических процессах в зубах и околозубных тканях, не подлежащих или не поддающихся терапевтическому лечению. Хирургические вмешательства позволяют сохранить весь зуб или часть его, создать условия для функционирования зуба. Выделяют следующие методы хирургического лечения периодонтитов: резекцию верхушки корня, гемисекцию и ампутацию корня, коронарно–радикулярную сепарацию. На первом этапе проведения этих методов во всех каналах зуба обязательно осуществляют эндодонтическое лечение, а затем хирургическое вмешательство на корнях.

См. Приложение 5.

***6.3.6.4. Восстановление коронковой части зуба пломбой после проведения эндодонтического лечения***

См. Приложение 3.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование группы | Кратность(продолжительность лечения) |
| Антигистаминные средства | По потребности |
| Сульфаниламидные препараты | По потребности |
| Антибиотики и другие противомикробные средства | По потребности |
| Витаминные препараты | По потребности |
| Иммуностимуляторы | По потребности |
| Ненаркотические анальгетики | По потребности |
| Противовоспалительные средства | По потребности |
| Анестетики местные | По потребности |
| Антидоты мышьяка | По потребности |
| Антисептики и средства для дезинфекцииАнтисептики | По потребности |
| Кровоостанавливающие препараты | По потребности |

***6.3.8. Характеристики алгоритмов и особенностей применения медикаментов***

Перед препарированием проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая) по показаниям.

Наряду с механической обработкой корневого канала выполняют его тщательное промывание антисептическими растворами.

Наиболее частыми в применении растворами для обработки корневых каналов являются гипохлорит натрия в концентрации от 2,5 до 3%, 0,05% хлоргексидин, 3% раствор перекиси водорода. Растворы в систему корневого канала вводят с помощью шприцев с эндодонтическими иглами. При использовании ирригантов следует помнить, что их применение должно быть ограничено пространством канала. Попадание этих растворов за пределы канала, особенно под давлением, может привести к сильному токсическому воздействию, повреждению периапикальных тканей.

Еще одной группой химических веществ, используемых для обработки корневых каналов, являются комплексоны (хелаты), в первую очередь этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА). Препарат состоит из ЭДТА и перекиси мочевины на органической водорастворимой основе и действует как окислитель и как смазка для канала. Он эффективно размягчает дентин, что облегчает прохождение, очистку и формирование канала.

При возникновении болевой реакции назначают анальгетические лекарственные средства. При возникновении выраженных воспалительных явлений возможно назначение лекарственных препаратов с антибактериальным и противовоспалительным действием.

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

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

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

Специальных требований нет.

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

Специальных требований нет.

***6.3.12. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций «Болезни периапикальных тканей» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций***

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации, соответствующие выявленным заболеваниям и осложнениям.

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

а) раздела этих Клинических рекомендаций, соответствующего ведению гнойного пульпита

б) Клинических рекомендаций с выявленным заболеванием или синдромом.

***6.3.13. Возможные исходы и их характеристики***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Исход | Частота развития, % | Критерии и признаки | Ориентировочное время достижения исхода | Преемственность и этапность оказания медицинской помощи |
| Компенсация функции | 60 | Восстановление функции | Непосредственно после лечения | Динамическое наблюдение 2 раза в год |
| Стабилизация | 20 | Отсутствие рецидива и осложнений | Непосредственно после лечения | Динамическое наблюдение 2 раза в год |
| Развитие ятрогенных осложнений | 10 | Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции) | На этапе лечения зуба | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания |
| Развитие нового заболевания, связанного с основным | 10 |  | После окончания лечения и при отсутствии динамического наблюдения | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания |

***6.4. Модель пациента***

**Нозологическая форма:** периапикальный абсцесс без свища

Стадия – любая

Фаза – стабильное течение

Осложнения – без осложнений

Код по МКБ-С: К04.7

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

* пациенты с постоянными и временными зубами;
* наличие боли на момент осмотра и в анамнезе;
* болезненность при накусывании на зуб;
* возможно повышение температуры тела;
* возможен симптом «выросшего зуба»;
* возможно изменение в цвете коронковой части зуба;
* резкая болезненность при перкуссии зуба;
* снижение электровозбудимости;
* изменения в периапикальных тканях на рентгенограмме в виде очага разрежения костной ткани в области верхушки зуба.

***6.4.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)***

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код | Название | Кратность выполнения\* |
| B01.064.003 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный | 1 |
| B01.065.003 | Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный |
| В01.067.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный |
| B01.064.004 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный | по потребности |
| B01.065.004 | Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный |
| В01.067.002 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный |
| A05.07.001 | Электроодонтометрия | по потребности |
| A06.30.002 | Описание и интерпретация рентгенографических изображений | согласно алгоритму |

\*«1» – если 1 раз; «согласно алгоритму» – если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

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

|  |
| --- |
| **Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный** |
| **Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный** |
| **Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный** |
| **Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный****Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга первичный****Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга повторный** |

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

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043.У).

*Сбор анамнеза*

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб от различных раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний.

Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области конкретного зуба, их характер, сроки появления, когда пациент обратил внимание на появление дискомфорта.

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

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 рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки 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. Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зуба, обследование тканей пародонта. Определяют характер болей на температурные раздражители, проводят электроодонтодиагностику, при необходимости рентгенографию.

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

| Код | Название | Кратность выполнения\* |
| --- | --- | --- |
| В01.003.004.002 | Проводниковая анестезия | по потребности |
| B01.003.004.004 | Аппликационная анестезия | по потребности |
| B01.003.004.005 | Инфильтрационная анестезия | по потребности |
| А16.07.030.003 | Временное пломбирование лекарственным препаратом одного корневого канала | по потребности |
| А16.07.002.011 | Наложение временной пломбы | по потребности |
| А16.07.091 | Снятие временной пломбы | по потребности |
| А16.07.092 | Трепанация зуба, искусственной коронки | по потребности |
| А17.07.003 | Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов | по потребности |
| А16.07.009 | Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы) | по потребности |
| А16.07.010 | Экстирпация пульпы | по потребности |
| А16.07.030.001 | Инструментальная и медикаментозная обработка хорошо проходимого корневого канала | по потребности |
| А16.07.030.002 | Инструментальная и медикаментозная обработка плохо проходимого корневого канала | по потребности |
| А16.07.082.001 | Распломбировка корневого канала, ранее леченного гуттаперчевой пастой (1 канал) | по потребности |
| А16.07.082.002 | Распломбировка корневого канала, ранее леченного фосфат-цементом/резорцин-формальдегидным методом/термофилом (1 канал) | по потребности |
| А16.07.008.001 | Пломбирование одного корневого канала зуба пастой | по потребности |
| А16.07.008.002 | Пломбирование одного корневого канала зуба гуттаперчивыми штифтами | по потребности |
| А16.07.002.001 | Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта, I, V класс по Блэку с использованием стеклоиономерных цементов | по потребности |
| А16.07.002.002 | Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта, I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения |
| А16.07.002.003 | Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов из фотоплимеров |
| А16.07.002.004 | Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II, III класс по Блэку с использованием стеклоиономерных цементов |
| А16.07.002.005 | Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II,III класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения |
| А16.07.002.006 | Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II,III класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров |
| А16.07.002.007 | Восстановление зуба, IV класс по Блэку с использованием стеклоиономерных цементов |
| А16.07.002.008 | Восстановление зуба IV класса по Блэку с использованием материалов химического отверждения |
| A17.07.001 | Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов | по потребности |
| А17.07.006 | Депофорез корневого канала зуба | по потребности |
| А16.07.094 | Удаление внутриканального штифта, вскладки | по потребности |
| A16.07.001.002 | Удаление постоянного зуба | по потребности |
| А16.07.001.001 | Удаление временного зуба | по потребности |
| A16.07.001.003 | Удаление зуба сложное с разъединением корней | по потребности |
| A15.07.002 | Наложение повязки при операциях в полости рта | по потребности |
| A16.30.069 | Снятие послеоперационных швов (лигатур) | по потребности |
| А16.07.007 | Резекция верхушки корня | по потребности |
| А16.07.059 | Гемисекция зуба | по потребности |
| А16.07.060 | Коронарно-радикулярная сепарация | по потребности |
| A25.07.001 | Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов | по потребности |
| A25.07.003 | Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях полости рта и зубов | по потребности |

\*«1» – если 1 раз; «согласно алгоритму» – если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

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

Немедикаментозная помощь направлена на:

- купирование воспалительного процесса;

- проведение обработки корневых каналов под контролем рентгенограммы;

- достижение обтурации корневых каналов до уровня анатомической верхушки; проводится под контролем методов лучевой визуализации;

- предупреждение развития осложнений;

- восстановление коронковой части зуба пломбой.

После диагностических исследований и принятия решения на том же приеме приступают к лечению.

***6.4.6.1. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения обработки корневых каналов***

Этапы проведения инструментальной и антисептической обработки корневых каналов:

* проведение местной анестезии по потребности;
* создание доступа к полости зуба;
* раскрытие полости зуба;
* создание прямого доступа к корневым каналам;
* прохождение канала или его распломбирование в ранее депульпированных зубах;
* определение рабочей длины корневого канала;
* обработка корневых каналов (механическая и медикаментозная);
* применение физических методов (по потребности);
* пломбирование корневых каналов временными и/или постоянными пломбировочными материалами;
* рентгенологический контроль на этапах лечения;
* восстановление коронковой части зуба пломбой.

Инструментальная и антисептическая обработка корневых каналов при лечении данной формы периодонтита направлена на достижение первичной очистки канала от измененных тканей, удаление дентинных опилок и формирование канала для окончательной очистки и обтурации. Первичная очистка канала подразумевает удаление остатков некротизированных тканей, а также продуктов тканевого распада и микроорганизмов.

Для определения рабочей длины канала используют электрометрический метод с применением различных электронных приборов (апекслокаторов), а так же рентгенологический контроль с применением эндодонтических инструментов.

Следующий этап – формирование корневого канала. Корневой канал после обработки должен соответствовать следующим требованиям:

* Сохранять свое направление.
* Иметь форму конуса.
* Завершаться апикальным сужением.
* Не иметь неровностей на стенках.
* Иметь достаточный диаметр на всем протяжении до апикального сужения для обтурации.

На данном этапе необходимо соблюдать следующие правила: проводить все манипуляции в пределах канала, не допускать проталкивание дентинных опилок и инфицированных тканей за верхушку корня. Необходимо точно определить рабочую длину канала и придать каналу достаточный диаметр для обеспечения полноценной антисептической обработки. Обращать особое внимание на предотвращение излишнего выхода инструмента за апикальное отверстие.

***6.4.6.2. Характеристики алгоритмов и особенностей пломбирования корневых каналов***

Целью пломбирования является достижение обтурации канала до апикального отверстия или физиологического сужения корня и предотвращение повторного инфицирования канала микроорганизмами. Пломбировать корневой канал можно в том случае, если отсутствуют болевые симптомы, выделение экссудата, чувствительность при перкуссии. Предварительно необходимо изолировать зуб от слюны.

Материал для пломбирования корневых каналов должен обладать следующими свойствами:

* легко поддаваться манипулированию в течение достаточно долгого рабочего времени;
* обладать пространственной стабильностью, не давать усадки и не менять форму после введения в канал;
* заполнять канал латерально и апикально, повторяя его контуры;
* не раздражать периапикальные ткани;
* быть влагоустойчивым, непористым;
* быть рентгеноконтрастным, легко определяться на снимках;
* не изменять цвет зуба;
* при необходимости легко удаляться из корневого канала.

Критерии качества обтурации корневых каналов:

* Равномерная плотность материала на всем протяжении.
* Герметичность обтурации.
* Обтурация канала на всем протяжении до анатомической верхушки корня.

После обтурации канала (каналов) необходимо проведение рентгенологического контроля пломбирования.

***6.4.6.3. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения хирургических вмешательств***

Оперативное лечение хронических периодонтитов применяют при патологических процессах в зубах и околозубных тканях, не подлежащих или не поддающихся терапевтическому лечению. Хирургические вмешательства позволяют сохранить весь зуб или часть его, создать условия для функционирования зуба. Выделяют следующие методы хирургического лечения периодонтитов: резекцию верхушки корня, гемисекцию и ампутацию корня, коронарно–радикулярную сепарацию. На первом этапе проведения этих методов во всех каналах зуба обязательно осуществляют эндодонтическое лечение, а затем хирургическое вмешательство на корнях.

См. Приложение 5.

***6.4.6.4. Восстановление коронковой части зуба пломбой после проведения эндодонтического лечения***

См. Приложение 3.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование группы | Кратность(продолжительность лечения) |
| Антигистаминные средства | По потребности |
| Сульфаниламидные препараты | По потребности |
| Антибиотики и другие противомикробные средства | По потребности |
| Витаминные препараты | По потребности |
| Иммуностимуляторы | По потребности |
| Ненаркотические анальгетики | По потребности |
| Противовоспалительные средства | По потребности |
| Анестетики местные | По потребности |
| Антидоты мышьяка | По потребности |
| Антисептики и средства для дезинфекцииАнтисептики | По потребности |
| Кровоостанавливающие препараты | По потребности |

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

Перед препарированием проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая) по показаниям.

Наряду с механической обработкой корневого канала выполняют его тщательное промывание антисептическими растворами.

Наиболее частыми в применении растворами для обработки корневых каналов являются гипохлорит натрия в концентрации от 2,5 до 3%, 0,05% хлоргексидин, 3% раствор перекиси водорода. Растворы в систему корневого канала вводят с помощью шприцев с эндодонтическими иглами. При использовании ирригантов следует помнить, что их применение должно быть ограничено пространством канала. Попадание этих растворов за пределы канала, особенно под давлением, может привести к сильному токсическому воздействию, повреждению периапикальных тканей.

Еще одной группой химических веществ, используемых для обработки корневых каналов, являются комплексоны (хелаты), в первую очередь этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА). Препарат состоит из ЭДТА и перекиси мочевины на органической водорастворимой основе и действует как окислитель и как смазка для канала. Он эффективно размягчает дентин, что облегчает прохождение, очистку и формирование канала.

При возникновении болевой реакции назначают анальгетические лекарственные средства. При возникновении выраженных воспалительных явлений возможно назначение лекарственных препаратов с антибактериальным и противовоспалительным действием.

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

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

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

Специальных требований нет.

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

Специальных требований нет.

***6.4.12. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций «Болезни периапикальных тканей» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций***

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации, соответствующие выявленным заболеваниям и осложнениям.

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

а) раздела этих Клинических рекомендаций, соответствующего ведению гнойного пульпита

б) Клинических рекомендаций с выявленным заболеванием или синдромом.

***6.4.13. Возможные исходы и их характеристики***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Исход | Частота развития, % | Критерии и признаки | Ориентировочное время достижения исхода | Преемственность и этапность оказания медицинской помощи |
| Компенсация функции | 60 | Восстановление функции | Непосредственно после лечения | Динамическое наблюдение 2 раза в год |
| Стабилизация | 20 | Отсутствие рецидива и осложнений | Непосредственно после лечения | Динамическое наблюдение 2 раза в год |
| Развитие ятрогенных осложнений | 10 | Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции) | На этапе лечения зуба | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания |
| Развитие нового заболевания, связанного с основным | 10 |  | После окончания лечения и при отсутствии динамического наблюдения | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания |

***6.5. Модель пациента***

**Нозологическая форма:** корневая киста периапикальная

Стадия – любая

Фаза – стабильное течение

Осложнения – без осложнений

Код по МКБ-С: К04.8

***6.5.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента:***

* пациенты с постоянными и временными зубами;
* возможно отсутствие субъективных проявлений;
* наличие боли в анамнезе;
* возможно изменение в цвете коронковой части зуба;
* возможна болезненность при перкуссии зуба;
* снижение электровозбудимости;
* изменения в периапикальных тканях на рентгенограмме в виде очага разрежения костной ткани с четкими границами.

***6.5.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)***

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код | Название | Кратность выполнения\* |
| B01.064.003 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный | 1 |
| B01.065.003 | Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный |
| В01.067.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный |
| B01.064.004 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный | по потребности |
| B01.065.004 | Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный |
| В01.067.002 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный |
| A05.07.001 | Электроодонтометрия | по потребности |
| A06.30.002 | Описание и интерпретация рентгенографических изображений | согласно алгоритму |

\*«1» – если 1 раз; «согласно алгоритму» – если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

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

|  |
| --- |
| **Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный** |
| **Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный** |
| **Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный** |
| **Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный****Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга первичный****Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга повторный** |

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

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043.У).

*Сбор анамнеза*

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб от различных раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний.

Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области конкретного зуба, их характер, сроки появления, когда пациент обратил внимание на появление дискомфорта.

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

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 рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки 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. Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зуба, обследование тканей пародонта. Определяют характер болей на температурные раздражители, проводят электроодонтодиагностику, при необходимости рентгенографию.

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

| Код | Название | Кратность выполнения\* |
| --- | --- | --- |
| В01.003.004.002 | Проводниковая анестезия | по потребности |
| B01.003.004.004 | Аппликационная анестезия | по потребности |
| B01.003.004.005 | Инфильтрационная анестезия | по потребности |
| А16.07.030.003 | Временное пломбирование лекарственным препаратом одного корневого канала | по потребности |
| А16.07.002.011 | Наложение временной пломбы | по потребности |
| А16.07.091 | Снятие временной пломбы | по потребности |
| А16.07.092 | Трепанация зуба, искусственной коронки | по потребности |
| А17.07.003 | Диатермокоагуляция при паталогии полости рта и зубов | по потребности |
| А16.07.009 | Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы) | по потребности |
| А16.07.010 | Экстирпация пульпы | по потребности |
| А16.07.030.001 | Инструментальная и медикаментозная обработка хорошо проходимого корневого канала | по потребности |
| А16.07.030.002 | Инструментальная и медикаментозная обработка плохо проходимого корневого канала | по потребности |
| А16.07.008.001 | Пломбирование одного корневого канала зуба пастой | по потребности |
| А16.07.008.002 | Пломбирование одного корневого канала зуба гуттаперчевыми штифтами | по потребности |
| А16.07.008.003 | Закрытие перфорации стенки канала с использованием цемента минерал триоксид агрегат (МТА) | по потребности |
| А16.07.082.001 | Распломбировка корневого канала, ранее леченного гуттаперчевой пастой (1 канал) | по потребности |
| А16.07.082.002 | Распломбировка корневого канала, ранее леченного фосфат-цементом/резорцин-формальдегидным методом/термофилом (1 канал) | по потребности |
| А16.07.002.001 | Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта, I, V класс по Блэку с использованием стеклоиономерных цементов | по потребности |
| А16.07.002.002 | Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта, I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения |
| А16.07.002.003 | Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта, I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров |
| А16.07.002.004 | Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II, III класс по Блэку с использованием стеклоиономерных цементов |
| А16.07.002.005 | Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II,III класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения |
| А16.07.002.006 | Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II,III класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров |
| А16.07.002.007 | Восстановление зуба, IV класс по Блэку с использованием стеклоиономерных цементов |
| А16.07.002.008 | Восстановление зуба IV класса по Блэку с использованием материалов химического отверждения |
| A17.07.001 | Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов | по потребности |
| А17.07.006 | Депофорез корневого канала зуба | по потребности |
| А16.07.094 | Удаление внутриканального штифта, вкладки | по потребности |
| А16.07.001.001 | Удаление временного зуба | по потребности |
| A16.07.001.002 | Удаление постоянного зуба | по потребности |
| A16.07.001.003 | Удаление зуба сложное с разъединением корней | по потребности |
| A16.07.007 | Резекция верхушки корня | по потребности |
| А16.07.016 | Цистотомия или цистэктомия | по потребности |
| А16.07.059 | Гемисекция зуба | по потребности |
| А16.07.060 | Коронарно-радикулярная сепарация | по потребности |
| А16.30.064 | Иссечение свища мягких тканей | По потребности |
| A15.07.002 | Наложение повязки при операциях в полости рта | по потребности |
| A16.30.069 | Снятие послеоперационных швов (лигатур) | по потребности |
| A25.07.001 | Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов | по потребности |
| A25.07.003 | Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях полости рта и зубов | по потребности |

\*«1» – если 1 раз; «согласно алгоритму» – если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

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

Немедикаментозная помощь направлена на:

- купирование воспалительного процесса;

- проведение обработки корневых каналов под контролем рентгенограммы;

- достижение обтурации корневых каналов до уровня анатомической верхушки; проводится под контролем методов лучевой визуализации;

- предупреждение развития осложнений;

- восстановление коронковой части зуба пломбой.

После диагностических исследований и принятия решения на том же приеме приступают к лечению.

***6.5.6.1. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения обработки корневых каналов***

Этапы проведения инструментальной и антисептической обработки корневых каналов:

* проведение местной анестезии по потребности;
* создание доступа к полости зуба;
* раскрытие полости зуба;
* создание прямого доступа к корневым каналам;
* прохождение канала или его распломбирование в ранее депульпированных зубах;
* определение рабочей длины корневого канала;
* обработка корневых каналов (механическая и медикаментозная);
* применение физических методов (по потребности);
* пломбирование корневых каналов временными и/или постоянными пломбировочными материалами;
* рентгенологический контроль на этапах лечения;
* восстановление коронковой части зуба пломбой.

Инструментальная и антисептическая обработка корневых каналов при лечении данной формы периодонтита направлена на достижение очистки канала от измененных тканей, удаление дентинных опилок и формирование канала для окончательной очистки и обтурации.

Для определения рабочей длины канала используют электрометрический метод с применением различных электронных приборов (апекслокаторов), а так же рентгенологический контроль с применением эндодонтических инструментов.

Следующий этап – формирование корневого канала. Корневой канал после обработки должен соответствовать следующим требованиям:

* Сохранять свое направление.
* Иметь форму конуса.
* Завершаться апикальным сужением.
* Не иметь неровностей на стенках.
* Иметь достаточный диаметр на всем протяжении до апикального сужения для обтурации.

На данном этапе необходимо соблюдать следующие правила: проводить все манипуляции в пределах канала, не допускать проталкивание дентинных опилок и инфицированных тканей за верхушку корня. Необходимо точно определить рабочую длину канала и придать каналу достаточный диаметр для обеспечения полноценной антисептической обработки. Обращать особое внимание на предотвращение излишнего выхода инструмента за апикальное отверстие.

***6.5.6.2. Характеристики алгоритмов и особенностей пломбирования корневых каналов***

Целью пломбирования является достижение обтурации канала до апикального отверстия или физиологического сужения корня и предотвращение повторного инфицирования канала микроорганизмами. Пломбировать корневой канал можно в том случае, если отсутствуют болевые симптомы, выделение экссудата, чувствительность при перкуссии. Предварительно необходимо изолировать зуб от слюны.

Материал для пломбирования корневых каналов должен обладать следующими свойствами:

* легко поддаваться манипулированию в течение достаточно долгого рабочего времени;
* обладать пространственной стабильностью, не давать усадки и не менять форму после введения в канал;
* заполнять канал латерально и апикально, повторяя его контуры;
* не раздражать периапикальные ткани;
* быть влагоустойчивым, непористым;
* быть рентгеноконтрастным, легко определяться на снимках;
* не изменять цвет зуба;
* при необходимости легко удаляться из корневого канала.

Критерии качества обтурации корневых каналов:

* Равномерная плотность материала на всем протяжении.
* Герметичность обтурации.
* Обтурация канала на всем протяжении до анатомической верхушки корня.

После обтурации канала (каналов) необходимо проведение рентгенологического контроля пломбирования.

***6.5.6.3. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения хирургических вмешательств***

Оперативное лечение хронических периодонтитов применяют при патологических процессах в зубах и околозубных тканях, не подлежащих или не поддающихся терапевтическому лечению. Хирургические вмешательства позволяют сохранить весь зуб или часть его, создать условия для функционирования зуба. Выделяют следующие методы хирургического лечения периодонтитов: резекцию верхушки корня, гемисекцию и ампутацию корня, коронарно–радикулярную сепарацию, цистотомию, цистэктомию. На первом этапе проведения этих методов во всех каналах зуба обязательно осуществляют эндодонтическое лечение, а затем хирургическое вмешательство на корнях.

См. Приложение 5.

***6.5.6.4. Восстановление коронковой части зуба пломбой после проведения эндодонтического лечения***

См. Приложение 3.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование группы | Кратность(продолжительность лечения) |
| Антигистаминные средства | По потребности |
| Сульфаниламидные препараты | По потребности |
| Антибиотики и другие противомикробные средства | По потребности |
| Витаминные препараты | По потребности |
| Иммуностимуляторы | По потребности |
| Ненаркотические анальгетики | По потребности |
| Противовоспалительные средства | По потребности |
| Анестетики местные | По потребности |
| Антидоты мышьяка | По потребности |
| Антисептики и средства для дезинфекцииАнтисептики | По потребности |
| Кровоостанавливающие препараты | По потребности |

***6.5.8. Характеристики алгоритмов и особенностей применения медикаментов***

Перед препарированием проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая) по показаниям.

Наряду с механической обработкой корневого канала выполняют его тщательное промывание антисептическими растворами.

Наиболее частыми в применении растворами для обработки корневых каналов являются гипохлорит натрия в концентрации от 2,5 до 3%, 0,05% хлоргексидин, 3% раствор перекиси водорода, мирамистин. Растворы в систему корневого канала вводят с помощью шприцев с эндодонтическими иглами. При использовании ирригантов следует помнить, что их применение должно быть ограничено пространством канала. Попадание этих растворов за пределы канала, особенно под давлением, может привести к сильному токсическому воздействию, повреждению периапикальных тканей.

Еще одной группой химических веществ, используемых для обработки корневых каналов, являются комплексоны (хелаты), в первую очередь этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА). Препарат состоит из ЭДТА и перекиси мочевины на органической водорастворимой основе и действует как окислитель и как смазка для канала. Он эффективно размягчает дентин, что облегчает прохождение, очистку и формирование канала.

При возникновении болевой реакции назначают анальгетические лекарственные средства. При возникновении выраженных воспалительных явлений возможно назначение лекарственных препаратов с антибактериальным и противовоспалительным действием.

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

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

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

Специальных требований нет.

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

Специальных требований нет.

***6.5.12. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций «Болезни периапикальных тканей» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций***

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации, соответствующие выявленным заболеваниям и осложнениям.

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

а) раздела этих Клинических рекомендаций, соответствующего ведению гнойного пульпита;

б) Клинических рекомендаций с выявленным заболеванием или синдромом.

***6.5.13. Возможные исходы и их характеристики***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Исход | Частота развития,% | Критерии и признаки | Ориентировочное время достижения исхода | Преемственность и этапность оказания медицинской помощи |
| Компенсация функции | 60 | Восстановление функции | Непосредственно после лечения | Динамическое наблюдение 2 раза в год |
| Стабилизация | 20 | Отсутствие рецидива и осложнений | Непосредственно после лечения | Динамическое наблюдение 2 раза в год |
| Развитие ятрогенных осложнений | 10 | Появление но-вых поражений или осложне-ний, обуслов-ленных прово-димой терапией (например, аллергические реакции) | На этапе лечения зуба | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания |
| Развитие нового заболевания, связанного с основным | 10 |  | После окончания лечения и при отсутствии динамического наблюдения | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания |

*6.6. Модель пациента*

Нозологическая форма: корневая киста апикальная и боковая

Стадия *–* любая

Фаза – стабильное течение

Осложнения – без осложнений

Код по МКБ-С: К04.80

***6.6.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента:***

* пациенты с постоянными и временными зубами;
* возможно отсутствие субъективных проявлений;
* наличие боли в анамнезе;
* возможна болезненность при перкуссии зуба;
* изменения в периапикальных тканях на рентгенограмме.

***7.6.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения)***

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код | Название | Кратность выполнения\* |
| B01.064.003 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный | 1 |
| B01.065.003 | Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный |
| В01.067.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный |
| B01.064.004 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный | по потребности |
| B01.065.004 | Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный |
| В01.067.002 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный |
| A05.07.001 | Электроодонтометрия | по потребности |
| A06.30.002 | Описание и интерпретация рентгенографических изображений | согласно алгоритму |

\*«1» – если 1 раз; «согласно алгоритму» – если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

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

|  |
| --- |
| **Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный** |
| **Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный** |
| **Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный** |
| **Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный****Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга первичный****Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга повторный** |

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

С этой целью производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043.У).

*Сбор анамнеза*

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб от различных раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний.

Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области конкретного зуба, их характер, сроки появления, когда пациент обратил внимание на появление дискомфорта.

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

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 рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки 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. Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зуба, обследование тканей пародонта. Определяют характер болей на температурные раздражители, проводят электроодонтодиагностику, при необходимости рентгенографию.

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

| Код | Название | Кратность выполнения\* |
| --- | --- | --- |
| В01.003.004.002 | Проводниковая анестезия | по потребности |
| B01.003.004.004 | Аппликационная анестезия | по потребности |
| B01.003.004.005 | Инфильтрационная анестезия | по потребности |
| А16.07.030.003 | Временное пломбирование лекарственным препаратом одного корневого канала | по потребности |
| А16.07.002.011 | Наложение временной пломбы | по потребности |
| А16.07.091 | Снятие временной пломбы | по потребности |
| А16.07.092 | Трепанация зуба, искусственной коронки | по потребности |
| А17.07.003 | Диатермокоагуляция при паталогии полости рта и зубов | по потребности |
| А16.07.009 | Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы) | по потребности |
| А16.07.010 | Экстирпация пульпы | по потребности |
| А16.07.030.001 | Инструментальная и медикаментозная обработка хорошо проходимого корневого канала | по потребности |
| А16.07.030.002 | Инструментальная и медикаментозная обработка плохо проходимого корневого канала | по потребности |
| А16.07.008.001 | Пломбирование одного корневого канала зуба пастой | по потребности |
| А16.07.008.002 | Пломбирование одного корневого канала зуба гуттаперчевыми штифтами | по потребности |
| А16.07.008.003 | Закрытие перфорации стенки канала с использованием цемента минерал триоксид агрегат (МТА) | по потребности |
| А16.07.082.001 | Распломбировка корневого канала, ранее леченного гуттаперчевой пастой (1 канал) | по потребности |
| А16.07.082.002 | Распломбировка корневого канала, ранее леченного фосфат-цементом/резорцин-формальдегидным методом/термофилом (1 канал) | по потребности |
| А16.07.002.001 | Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта, I, V класс по Блэку с использованием стеклоиономерных цементов | по потребности |
| А16.07.002.002 | Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта, I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения |
| А16.07.002.003 | Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта, I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров |
| А16.07.002.004 | Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II, III класс по Блэку с использованием стеклоиономерных цементов |
| А16.07.002.005 | Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II,III класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения |
| А16.07.002.006 | Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта, II,III класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров |
| А16.07.002.007 | Восстановление зуба, IV класс по Блэку с использованием стеклоиономерных цементов |
| А16.07.002.008 | Восстановление зуба IV класса по Блэку с использованием материалов химического отверждения |
| A17.07.001 | Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов | по потребности |
| А17.07.006 | Депофорез корневого канала зуба | по потребности |
| А16.07.094 | Удаление внутриканального штифта, вкладки | по потребности |
| А16.07.001.001 | Удаление временного зуба | по потребности |
| A16.07.001.002 | Удаление постоянного зуба | по потребности |
| A16.07.001.003 | Удаление зуба сложное с разъединением корней | по потребности |
| A16.07.007 | Резекция верхушки корня | по потребности |
| А16.07.016 | Цистотомия или цистэктомия | по потребности |
| А16.07.059 | Гемисекция зуба | по потребности |

\*«1» – если 1 раз; «согласно алгоритму» – если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача).

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

Немедикаментозная помощь направлена на:

- купирование воспалительного процесса;

- проведение обработки корневых каналов под контролем рентгенограммы;

- достижение обтурации корневых каналов до уровня анатомической верхушки; проводится под контролем методов лучевой визуализации;

- предупреждение развития осложнений;

- восстановление коронковой части зуба пломбой.

После диагностических исследований и принятия решения на том же приеме приступают к лечению.

***6.6.6.1. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения обработки корневых каналов***

Этапы проведения инструментальной и антисептической обработки корневых каналов:

* проведение местной анестезии по потребности;
* создание доступа к полости зуба;
* раскрытие полости зуба;
* создание прямого доступа к корневым каналам;
* прохождение канала или его распломбирование в ранее депульпированных зубах;
* определение рабочей длины корневого канала;
* обработка корневых каналов (механическая и медикаментозная);
* применение физических методов (по потребности);
* пломбирование корневых каналов временными и/или постоянными пломбировочными материалами;
* рентгенологический контроль на этапах лечения;
* восстановление коронковой части зуба пломбой.

Инструментальная и антисептическая обработка корневых каналов при лечении данной формы периодонтита направлена на достижение первичной очистки канала от измененных тканей, удаление дентинных опилок и формирование канала для окончательной очистки и обтурации. Первичная очистка канала подразумевает удаление остатков некротизированных тканей, а также продуктов тканевого распада и микроорганизмов.

Для определения рабочей длины канала используют электрометрический метод с применением различных электронных приборов (апекслокаторов), а так же рентгенологический контроль с применением эндодонтических инструментов.

Следующий этап – формирование корневого канала. Корневой канал после обработки должен соответствовать следующим требованиям:

* Сохранять свое направление.
* Иметь форму конуса.
* Завершаться апикальным сужением.
* Не иметь неровностей на стенках.
* Иметь достаточный диаметр на всем протяжении до апикального сужения для обтурации.

На данном этапе необходимо соблюдать следующие правила: проводить все манипуляции в пределах канала, не допускать проталкивание дентинных опилок и инфицированных тканей за верхушку корня. Необходимо точно определить рабочую длину канала и придать каналу достаточный диаметр для обеспечения полноценной антисептической обработки. Обращать особое внимание на предотвращение излишнего выхода инструмента за апикальное отверстие.

***6.6.6.2. Характеристики алгоритмов и особенностей пломбирования корневых каналов***

Целью пломбирования является достижение обтурации канала до апикального отверстия или физиологического сужения корня и предотвращение повторного инфицирования канала микроорганизмами. Пломбировать корневой канал можно в том случае, если отсутствуют болевые симптомы, выделение экссудата, чувствительность при перкуссии. Предварительно необходимо изолировать зуб от слюны.

Материал для пломбирования корневых каналов должен обладать следующими свойствами:

* легко поддаваться манипулированию в течение достаточно долгого рабочего времени;
* обладать пространственной стабильностью, не давать усадки и не менять форму после введения в канал;
* заполнять канал латерально и апикально, повторяя его контуры;
* не раздражать периапикальные ткани;
* быть влагоустойчивым, непористым;
* быть рентгеноконтрастным, легко определяться на снимках;
* не изменять цвет зуба;
* при необходимости легко удаляться из корневого канала.

Критерии качества обтурации корневых каналов:

* Равномерная плотность материала на всем протяжении.
* Герметичность обтурации.
* Обтурация канала на всем протяжении до анатомической верхушки корня.

После обтурации канала (каналов) необходимо проведение рентгенологического контроля пломбирования.

***6.6.6.3. Характеристики алгоритмов и особенностей проведения хирургических вмешательств***

Оперативное лечение хронических периодонтитов применяют при патологических процессах в зубах и околозубных тканях, не подлежащих или не поддающихся терапевтическому лечению. Хирургические вмешательства позволяют сохранить весь зуб или часть его, создать условия для функционирования зуба. Выделяют следующие методы хирургического лечения периодонтитов: резекцию верхушки корня, гемисекцию и ампутацию корня, коронаро-радикулярную сепарацию, цистотомию, цистэктомию. На первом этапе проведения этих методов во всех каналах зуба обязательно осуществляют эндодонтическое лечение, а затем хирургическое вмешательство на корнях.

См. Приложение 5.

***6.6.6.4. Восстановление коронковой части зуба пломбой после проведения эндодонтического лечения***

См. Приложение 3.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование группы | Кратность(продолжительность лечения) |
| Антигистаминные средства | По потребности |
| Сульфаниламидные препараты | По потребности |
| Антибиотики и другие противомикробные средства | По потребности |
| Витаминные препараты | По потребности |
| Иммуностимуляторы | По потребности |
| Ненаркотические анальгетики | По потребности |
| Противовоспалительные средства | По потребности |
| Анестетики местные | По потребности |
| Антидоты мышьяка | По потребности |
| Антисептики и средства для дезинфекцииАнтисептики | По потребности |
| Кровоостанавливающие препараты | По потребности |

***6.6.8. Характеристики алгоритмов и особенностей применения медикаментов***

Перед препарированием проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая) по показаниям.

Наряду с механической обработкой корневого канала выполняют его тщательное промывание антисептическими растворами.

Наиболее частыми в применении растворами для обработки корневых каналов являются гипохлорит натрия в концентрации от 2,5 до 3%, 0,05% хлоргексидин, 3% раствор перекиси водорода. Растворы в систему корневого канала вводят с помощью шприцев с эндодонтическими иглами. При использовании ирригантов следует помнить, что их применение должно быть ограничено пространством канала. Попадание этих растворов за пределы канала, особенно под давлением, может привести к сильному токсическому воздействию, повреждению периапикальных тканей.

Еще одной группой химических веществ, используемых для обработки корневых каналов, являются комплексоны (хелаты), в первую очередь этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА). Препарат состоит из ЭДТА и перекиси мочевины на органической водорастворимой основе и действует как окислитель и как смазка для канала. Он эффективно размягчает дентин, что облегчает прохождение, очистку и формирование канала.

При возникновении болевой реакции назначают анальгетические лекарственные средства. При возникновении выраженных воспалительных явлений возможно назначение лекарственных препаратов с антибактериальным и противовоспалительным действием.

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

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

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

Специальных требований нет.

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

Специальных требований нет.

***6.6.12. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций «Болезни периапикальных тканей» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций***

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

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

а) раздела этих Клинических рекомендаций, соответствующего ведению гнойного пульпита

б) Клинических рекомендаций с выявленным заболеванием или синдромом.

***6.6.13. Возможные исходы и их характеристики***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Исход | Частота развития, % | Критерии и признаки | Ориентировочное время достижения исхода | Преемственность и этапность оказания медицинской помощи |
| Компенсация функции | 60 | Восстановление функции | Непосредственно после лечения | Динамическое наблюдение 2 раза в год |
| Стабилизация | 20 | Отсутствие рецидива и осложнений | Непосредственно после лечения | Динамическое наблюдение 2 раза в год |
| Развитие ятрогенных осложнений | 10 | Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции) | На этапе лечения зуба | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания |
| Развитие нового заболевания, связанного с основным | 10 |  | После окончания лечения и при отсутствии динамического наблюдения | Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания |

**Приложение 1**

к клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Болезни периапикальных тканей»

**Перечень расходных материалов, инструментария и лекарственных препаратов, используемых при оказании стоматологической помощи детскому населению в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Новосибирской области**

**Расходные стоматологические материалы**

| Код | Наименование группы/подгруппы | Наименование материала | Лекарственные формы |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Пломбировочные материалы** |
|  | Постоянные пломбировочные материалы |  |  |
|  | Стеклоиономерные цементы | Цемион РХ | порошок + жидкость + кондиционер + лак покрывной |
|  |  | Цемион РХЦ |
|  |  | Цемион АРХ |
|  |  | Аквион |
|  |  | Стион РХ | порошок + жидкость + жидкость для очистки + покрытие для защиты пломб |
|  |  | Стион РХЦ |
|  |  | Глассин Рест | порошок + жидкость |
|  |  | Глассин Кидс | порошок + жидкость |
|  |  | Цемфил | порошок + раствор полиакриловой кислоты |
|  |  | Дентис | порошок + жидкость |
|  |  | Аргецем | порошок + жидкость + кондиционер + лак покрывной |
|  |  | Целит иономер | порошок + жидкость |
|  |  | Стомафил | порошок + жидкость |
|  |  | Стомалит | порошок + жидкость |
|  |  | Стомасил | порошок + жидкость |
|  | Композиты химического отверждения | Призма | «паста-паста» |
|  | Компоцем | «паста-паста» |
|  | Композиты светового отверждения | ДентЛайт | паста |
|  | Призмафил | композит + адгезив + гель |
|  |  | Унирест | композит + адгезив + гель |
|  |  | Флоурест | композит |
|  |  | Эстелюкс НК | композит + праймер-адгезив + гель |
|  | Материалы для повязок и временных пломб | Дентин-порошок | порошок |
|  | Дентин-паста | паста |
|  |  | Темпопро | паста |
|  |  | Темподент | паста, порошок |
|  |  | Кависил | паста |
|  |  | Темпелайт | шприц |
|  | Материалы для изолирующих прокладок |  |  |
|  | Стеклоиономерные цементы | Стион ПХ | порошок + жидкость + жидкость |
|  |  | Стион АПХ | порошок + кондиционер + жидкость |
|  |  | БейзЛайн | порошок + жидкость |
|  |  | Глассин Бейз | порошок + жидкость |
|  |  | НеоДент | порошок + жидкость |
|  |  | Цемилайн | порошок + жидкость + кондиционер |
|  |  | Целит-иономер ПХ |
|  | Композитные материалы | Изолайн | паста в шприце |
|  | Средства для медикаментозной обработки корневых каналов | Белодез 3% | жидкость |
|  | Гипохлоран-3 | жидкость |
|  |  | Гипохлоран-5 | жидкость |
|  |  | Эндо-Жи № 3 | жидкость |
|  |  | Камфорфен | жидкость |
|  |  | Гваяфен | жидкость |
|  |  | Гваяфен-форте | жидкость |
|  |  | ЖР-3 | жидкость |
|  | Средства для антисептических повязок | Крезодент-жидкость | жидкость |
|  | Крезатин жидкость | жидкость |
|  |  | Пульпевит | жидкость |
|  |  | Жидкость для антисептической обработки корневых каналов зубов | жидкость |
|  | Средства для химического расширения корневых каналов | ЭндоЖи № 2 | жидкость |
|  | Эндогель | гель |
|  |  | Канал-глайд | гель |
|  |  | Эдеталь жидкость | жидкость |
|  |  | Эдеталь гель | гель |
|  |  | Эдеталь эндо | гель |
|  |  | Жидкость для расширения и выявления устьев каналов зубов | жидкость |
|  |  | Гель для расширения и выявления устьев каналов зубов | гель |
|  |  | Колор-тест № 4 | жидкость |
|  |  | ЭДТА | жидкость |
|  |  | ЖР-2 | жидкость |
|  | Средства для остановки кровотечения из корневого канала | Гемостаб | жидкость |
|  | Эндо-Жи № 4 | жидкость |
|  |  | ЖР-4 | жидкость |
|  |  | Альгамин Р | порошок |
|  | Средства для высушивания корневых каналов | Эндо-Жи №1 | жидкость |
|  | ЖР-1 | жидкость |
|  |  | Жидкость для обезжиривания и высушивания корневых каналов зубов | жидкость |
|  | Средства для распломбирования корневых каналов | Гуттапласт | жидкость |
|  | Сольвадент-жидкость | жидкость |
|  |  | Сольвадент-гель | гель |
|  |  | Фенопласт | жидкость |
|  |  | Эвгенат | жидкость |
|  | Средства для временного пломбирования корневых каналов | Кальсепт | паста |
|  | Кальсепт-Йодо | паста |
|  |  | Йодекс | паста |
|  |  | Пульпосептин | паста |
|  |  | Метрозоль | паста |
|  |  | Кальцевит | паста |
|  |  | Йодотин | паста |
|  |  | Кальцетин | паста |
|  |  | Иодент | паста |
|  |  | Кальцесепт | паста |
|  |  | Эндасепт | паста |
|  |  | Кальция гидроокись | паста |
|  |  | Супрадент К | паста |
|  | Материалы для постоянного пломбирования корневых каналов |  |  |
|  | Цинк-эвгенольные цементы | Цинкоксид эвгеноловая паста | порошок + жидкость |
|  |  | Эодент | порошок + жидкость |
|  |  | Эвгетин | порошок + жидкость |
|  |  | Эвгедент | порошок + жидкость |
|  |  | Тиэдент | порошок + жидкость |
|  |  | Цеодент | порошок + жидкость |
|  |  | Эндовит | порошок + жидкость |
|  | Эндогерметики на основе полимерных смол | Гуттасилер | порошок + жидкость |
|  | Гуттасилер плюс | паста + паста |
|  |  | Виэдент | паста + паста |
|  |  | Силдент | паста + паста |
|  | Препараты на основе резорцин-формальдегидной смолы | Резорцин формальдегидная паста | порошок + жидкость |
|  |  | Резотин | порошок + жидкость |
|  |  | Резодент | порошок + жидкость |
|  | Безэвгенольные препараты | Нон фенол | порошок + жидкость |
|  |  | Компоцем-эндо | паста + паста + праймер |
|  |  | Радоцем | порошок + жидкость |
|  |  | Радент | порошок + жидкость |
|  |  | Фосфадент | порошок + жидкость |
|  |  | Оксидент | паста + паста |
|  | Фенолсодержащие препараты | Пульподент | порошок + жидкость |
|  |  | Камфорфен А | паста |
|  |  | Камфорфен В | паста |
|  |  | Крезатин -паста | паста |
|  |  | Иодент | паста |
|  |  | Крезодент паста | паста |
|  |  | Трикредент | порошок + жидкость + растворитель |
|  | Кальцийсодержащий препараты затворяющие | Триоксидент | порошок |
|  | Рутдент | порошок |
|  |  | Канал МТА | порошок |
|  |  | Купродент | Порошок + жидкость |
|  | Штифты гуттаперчевые |  | штифт |
|  | Средства для диагностики кариеса | Кариес-индикатор | жидкость |
|  | Колор-тест № 2 | жидкость |
|  |  | Индикатор «Радуга» | жидкость |
|  | Средства для полировки пломб из композитов и СИЦ | Полирпаст | паста |
|  | Полидент | паста |
|  |  | ПП «Радуга» | паста |
|  |  | ПолирДент | паста |
|  | Материалы для хирургии |  |  |
|  | Шовный материал | ПГА |  |
| Мепфил |  |
| Фторэкс |  |
| Ультрасорб |  |
| Моносорб |  |
| Шелк |  |
| Кетгут |  |
|  | Препараты гемостатические | Альванес | паста, порошок |
|  |  | Алюмогель | гель |
|  |  | Капрамин | жидкость |
|  |  | Жидкость для остановки десневого кровотечения | жидкость |
|  | Хирургические остеопластические материалы | Остеоиндуцин | гранулы |
|  | Гиалуост | гранулы |
|  |  | Биопласт-дент | гранулы |
|  |  | Клипдент | гранулы |
|  |  | Клипдент-цем | жидкость + порошок |
|  |  | Альвобел | губка |
|  | Вспомогательные материалы | Травекс 37 | гель |
|  |  | Бумага артикуляционная |  |
|  |  | Бумажные абсорберы |  |
|  |  | Воск липкий |  |
|  |  | Травлин | гель |
|  |  | Белагель-О (эндо) для отбеливания | гель |
|  |  | Аксил (защитное покрытие пломб) | паста |
|  |  | Белабонб (адгезив химического отверждения) | жидкость + жидкость |
|  |  | Гель для травления | гель |
|  |  | ПЗ «Радуга» | жидкость |

**Медикаменты для лечения**

**стоматологических заболеваний**

| Код | Наименование группы/подгруппы | Наименование материала | Лекарственные формы |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Анестетики и местноанестезирующие препараты | Лидоксор-гель | гель анестезирующий |
|  | Десенсил | спрей, гель, жидкость |
|  |  | Десенсил-асепт | спрей |
|  |  | Лидокаина гидрохлорид 2% | раствор для инъекций |
|  |  | Лидокаина гидрохлорид 10% спрей | спрей анестезирующий |
|  |  | Артикаин | раствор для инъекций |
|  |  | Артикаин с адреналином | раствор для инъекций |
|  |  | Геланес | гель анестезирующий |
|  | Антисептические средства | Гипохлорит натрия | раствор |
|  |  | Хлоргексидина биглюконат | раствор |
|  |  | Белсол | жидкость |
|  |  | Белаиод | паста |
|  |  | Парасепт антисептический | паста |
|  |  | Фторасепт | гель |
|  |  | Перекись водорода 1%, 3% | раствор |
|  |  | Раствор формалина 10% | раствор |
|  |  | Резорцин | порошок |
|  |  | Дентасептин | жидкость |
|  |  | Спирт этиловый 70% |  |
|  |  | Спирт этиловый 95% |  |
|  | Противовоспалительные препараты | Гиалудент | гель |
|  | Витадонт | паста-повязка |
|  |  | Парасепт | паста |
|  |  | Димексид 20% | жидкость |
|  |  | Левомиколь мазь | мазь |
|  |  | Холисал-гель | гель |
|  |  | Асепта | гель |
|  |  | Преднизолоновая мазь 0,5% | мазь |
|  |  | Метилурациловая мазь 10% | мазь |
|  |  | Гидрокортизоновая мазь 1% | мазь |
|  |  | Индометациновая мазь 10% | мазь |
|  |  | Фуксин | жидкость |
|  |  | ППА 1 «Рад» | паста-повязка |
|  |  | ППА 2«Рад» | паста-повязка |
|  |  | ППА 3«Рад» | паста-повязка |
|  | Противомикробные и противовоспалительные | Гвоздичное масло | масло эфирное |
|  | Бриллиантовый зеленый | раствор спиртовой для наружного применения |
|  |  | Йодинол | раствор |
|  |  | Йод 5% | раствор |
|  |  | Раствор метронидазола 0,5% | раствор |
|  |  | Раствор калия перманганата 1% | раствор |
|  |  | Метронидазол таб. 0,25 | раствор |
|  |  | Сагвиритрин 0,2% | таблетки |
|  |  | Йодоформ | жидкость |
|  |  | Радогель-П1 | порошок |
|  |  | Радогель-П2 | гель |
|  |  | Радогель-П3 | гель |
|  |  | Хлоргексидина гель 2% | гель |
|  |  | ППА 4 «Рад» | гель |
|  |  | ППА 5 «Рад» | паста-повязка |
|  | Ингибиторы фибринолиза | Аминокапроновая кислота 5% | раствор |

**Медицинский инструментарий**

| № | Наименование |
| --- | --- |
|  | Боры алмазные в ассортименте |
|  | Боры стальные в ассортименте |
|  | Боры твердосплавные в ассортименте |
|  | Гладилка двусторонняя |
|  | Головки шлифовальные в ассортименте |
|  | Дискодержатели, диски |
|  | Долото |
|  | Зажим кровеостанавливающий «Москит» |
|  | Зеркало стоматологическое |
|  | Зонд зубной изогнутый |
|  | Иглодержатель |
|  | Иглы для пункционной биопсии |
|  | Иглы стерильные в ассортименте |
|  | Иглы хирургические в ассортименте |
|  | Клинья фиксирующие |
|  | Корнцанг |
|  | Крючки хирургические |
|  | Кусачки костные стоматологические |
|  | Лезвия скальпеля |
|  | Ложка кюретажная |
|  | Ложка острая двухсторонняя |
|  | Микрокисточка (аппликатор) |
|  | Матрицедержатель |
|  | Матрицы для пломб в ассортименте |
|  | Набор инструментов для извлечения отломков стержневых инструментов из корневых каналов |
|  | Набор стоматологический терапевтический |
|  | Наконечник для слюноотсоса |
|  | Наконечник для пылесоса |
|  | Наконечник прямой |
|  | Наконечник турбинный |
|  | Наконечник угловой |
|  | Ножницы в ассортименте |
|  | Переходник для наконечника |
|  | Пинцет анатомический |
|  | Пинцет стоматологический изогнутый |
|  | Пинцет хирургический |
|  | Пластмассовая чашка |
|  | Полиры силиконовые |
|  | Полоски матричные в ассортименте |
|  | Распатор, стоматологический |
|  | Ретрактор |
|  | Роторасширитель |
|  | Ручка для зеркала |
|  | Ручка скальпеля |
|  | Скальпели |
|  | Спиртовка |
|  | Стакан металлический с крышкой |
|  | Стекло для замешивания цемента |
|  | Фреза твердосплавная |
|  | Фрезы шлифовальные для зуботехнических работ |
|  | Чашечки (головки) резиновые полировочные |
|  | Чашка Петри |
|  | Шнур для бормашины |
|  | Шпатель двусторонний для замешивания цемента |
|  | Шпатель для языка прямой плоский двусторонний |
|  | Шприцы одноразовые в ассортименте |
|  | Шприц карпульный |
|  | Штопфер-гладилка в ассортименте |
|  | Щетки полировочные в ассортименте |
|  | Щипцы для удаления зубов в ассортименте |
|  | Щипцы для удаления зубов детских в ассортименте |
|  | Экскаватор №№ 1-5 |
|  | Элеваторы в ассортименте |
|  | Эндодонтический инструментарий в ассортименте: |
|  | пульпоэкстракторы |
|  | дрильборы |
|  | каналорасширители |
|  | каналонаполнители |
|  | напильники корневые |
|  | иглы корневые |
|  | спредеры |
|  | Языкодержатель |

**Прочие расходные средства**

| Код | Наименование группы | Наименование средства | Комментарии |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Вспомогательные материалы для рентгенкабинета | Рентгеновская пленка «Кодак |  |
| Препарат для автоматического проявления рентгеновской пленки |  |
| Проявитель «Кодак» |  |
| Фиксаж «Кодак» |  |
|  | Аксессуары для врача и пациента |  |  |
|  |  | Шапочка берет |  |
|  |  | Шапочка колпак |  |
|  |  | Халат медицинский одноразовый |  |
|  |  | Халат медицинский тканевый |  |
|  |  | Халат хирургический |  |
|  |  | Маски медицинские |  |
|  |  | Очки защитные |  |
|  |  | Экраны стоматологические |  |
|  |  | Перчатки медицинские в ассортименте |  |
|  |  | Салфетки одноразовые |  |
|  |  | Полотенце одноразовое |  |
|  |  | Простыня одноразовая |  |
|  |  | Слюноотсосы одноразовые |  |
|  |  | Насадки для спрея |  |
|  |  | Бахилы |  |
|  |  | Костюм медицинский тканевый |  |
|  |  | Зажимы для салфеток |  |
|  |  | Фартук |  |

\* Перечень стоматологических материалов, инструментов, лекарственных препаратов и прочих расходных средств, используемых при оказании амбулаторной стоматологической помощи детскому населению по программе обязательного медицинского страхования по разделу «Стоматология детская» может пересматриваться не чаще одного раза в год.

\*\* Обозначенные в Перечне наименования могут быть заменены аналогами.

**Приложение 2**

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Болезни периапикальных тканей»

**ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ ПЕРИОДОНТИТЕ**

Физиотерапия позволяет купировать воспаление, нормализовать трофику тканей, стимулирует процессы регенерации, при этом применяют постоянный электрический ток; импульсные токи низкой, средней и высокой частоты; электрические и магнитные поля; светолечение; ультразвук и т.д.

Включение физиотерапии в комплекс лечебных мероприятий способствует повышению эффективности и качества лечения, уменьшает количество как ближайших, так и отдаленных осложнений.

**Электроодонтометрия**

Зуб изолируют от слюны и тщательно высушивают ватными шариками. Пассивный электрод располагают в руке больного. При исследовании интактных зубов, а так же зубов, покрытых пломбами, активный электрод помещают на чувствительные точки зуба: середина режущего края – на фронтальных зубах, вершина щечного бугра – у премоляров, вершина переднего щечного бугра – у моляров. В кариозных зубах активный электрод помещают на дно кариозной полости. Перед проведением исследования должен быть удален размягченный дентин. Исследование проводят в 3 разных точках кариозной полости, учитывают минимальное полученное значение. В тех случаях, когда электроодонтометрию проводят со дна полости зуба, активный электрод помещают по очереди на устье (проекцию устья) каждого корневого канала. При проведении электроодонтометрии непосредственно из корневого канала в корневой канал вводят корневую иглу или эндодонтический файл, к которому прикасаются активным электродом. Подается минимальная сила тока, вызывающая ощущение легкого укола, толчка, легкой болезненности.

Электровозбудимость интактных зубов со сформированными корнями составляет 2–6 мкА. Реакция на ток до 2 мкА свидетельствует о повышении электровозбудимости пульпы, выше 6 мкА – о понижении. При поражении коронковой пульпы электровозбудимость составляет 7–60 мкА. Незначительное снижение электровозбудимости до 20–25 мкА при соответствующей клинике свидетельствует об изменениях обратимого характера. Выраженное понижение электровозбудимости (25–60 мкА) говорит о распространенности процесса в коронковой пульпе. Реакция 61–100 мкА указывает на гибель коронковой пульпы и на переход воспаления на корневую. 101–200 мкА соответствует полной гибели пульпы, при этом на ток реагируют рецепторы периодонта. При наличии выраженных периапикальных изменений (периодонтит, радикулярная киста) электровозбудимость может полностью отсутствовать.

Физиотерапия при: – остром апикальном периодонтите;

– периапикальном абсцессе без свища;

– периапикальном абсцессе со свищом.

**При наличии выраженного отека окружающих мягких тканей применяется:**

УВЧ-терапия

Применяется поперечное, под углом и продольное расположение конденсаторных пластин по отношению к пораженному зубу. Используют нетепловую дозу воздействия при мощности до 20 Вт. Курс лечения составляет 3–5 процедур продолжительностью до 10 мин, ежедневно.

Инфракрасно-лазеромагнитотерапия

Воздействие проводят наружно, на кожу щеки или губы в проекции пораженного зуба. Мощность излучения до 10 Вт в импульсе, при частоте следования импульсов 50 – 3000 Гц. Продолжительность процедуры 5–10 мин, интенсивность магнитного поля до 50 мТл. Курс лечения 3–5 процедур, ежедневно.

Магнитотерапия

Воздействуют постоянным или переменным низкочастотным магнитным полем. Индуктор помещают на кожу щеки или губы в проекции пораженного зуба. Интенсивность магнитного поля до 50 мТл. Продолжительность процедуры 10 мин. Курс лечения 3–5 процедур, ежедневно или через день.

Лазеротерапия (красный лазер)

Воздействие наружное или ротовое (облучают кожу или слизистую оболочку в проекции корня зуба). Методика может быть стабильной или лабильной. Мощность излучения до 20 мВт. Курс лечения до 5 процедур, продолжительность воздействия до 10 мин, ежедневно или через день.

Ультрафиолетовое облучение (местное)

Облучают участок десны в проекции корня зуба. Дозирование: 1-й день — 2–3 биодозы, в последующие дни прибавляют по 0,5–1 биодозе. Курс 3-5 процедур.

**При отсутствии выраженного отека окружающих мягких тканей применяется:**

Трансканальная анодгальванизация с использованием медного электрода

Процедура позволяет снизить экссудацию, оказывает противовоспалительное, обезболивающее и бактерицидное действие, вызывает дегидратацию периодонта. За счет анодного растворения электрода обеспечивает проникновение соединений меди в систему корневого канала и дентин корня зуба.

Активную часть медного электрода – анода (+), освобождённую от изоляции, обернув ватным тампоном, смоченным водой, помещают на дно полости зуба, на устья корневых каналов. Зуб изолируют липким воском. Пассивный электрод (-) располагают продольно, на предплечье правой руки. Сила тока до 3 мА. Продолжительность процедуры 15 – 20 мин. Курс лечения в зависимости от скорости стихания воспаления составляет от 1 до 3–4 процедур. Процедуры проводят ежедневно.

Микроволновая терапия

Излучатель располагают контактно на коже щеки или губы в проекции поражённого зуба, мощность 2–3 Вт, продолжительность процедуры 5–7 мин. Курс лечения до 5 процедур, ежедневно или через день.

Флюктуоризация

Электроды располагают поперечно. Форма тока № 1, доза малая, средняя. Курс лечения 1–5 процедур по 10 мин, ежедневно.

Ультратонтерапия

Стеклянный электрод, заполненный неоном, перемещают вдоль проекции корня с вестибулярной или язычной (небной) стороны альвеолярного отростка. Используют тихий разряд. Проводят 2–5 процедур по 3–4 мин, ежедневно. Применяется так же воздействие по ходу ветви тройничного нерва со стороны слизистой полости рта или наружно до 5 процедур по 10 мин, ежедневно.

Дарсонвализация

Стеклянный вакуумный электрод перемещают вдоль проекции корня с вестибулярной или язычной (небной) стороны альвеолярного отростка. Используют тихий разряд. Проводят 2–5 процедур по 3–4 мин, ежедневно. Применяется так же воздействие по ходу ветви тройничного нерва со стороны слизистой полости рта или наружно до 5 процедур по 10 мин, ежедневно.

**Физиотерапия при хроническом периодонтите, а также при всех других формах периодонтита при отсутствии или стихании острых явлений:**

Диатермокоагуляция содержимого корневого канала.

Зуб изолируют от слюны, высушивают полость зуба. Электрод — корневую иглу помещают на 1/3 длины корня, и подают ток 1–2 сек, ток отключают и корневую иглу продвигают еще на 1/3 длины корня и опять подают ток на 1–2 с. Манипуляции проводят до достижения физиологического апекса (Ступенчатая методика).

Трансканальный электрофорез периодонта (ТЭП)

Наряду с действием вводимого лекарственного препарата процедура способствует снижению воспалительных явлений в периодонте вследствие повышения физиологической активности в тканях, изменения рН, стимулирует регенерацию костной ткани вследствие активации трофических процессов, образования депо лекарственного вещества в дентине корня зуба и периодонте.

Наиболее часто используют трансканальный электрофорез:

- йода из 10% раствора йодида калия (–);

- димексида (–), трипсина(–);

- террилитина (+), лизоцима (–);

- хонсурида (–).

На устья корневых каналов помещают тампон, смоченный лекарственным веществом, и соединяют его с активным электродом, представляющим собой одножильный провод в изоляционной оболочке. Полость зуба изолируют липким воском. При наличии свищевого хода пассивный электрод – ротовой, его накладывают на свищ. В остальных случаях пассивный электрод располагают на предплечье руки. Сила тока до 3 мА. Продолжительность процедуры –20 мин.

Курс лечения: при отсутствии периапикальных изменений – 1–2 процедуры; при разрежении не более 3 мм — 3–4 процедуры; при разрежении 3–5 мм — 5–6 процедур. (При наличии свищевого хода количество процедур увеличивают на две.).

После каждой процедуры зуб закрывают временной пломбой, оставляя на дне полости зуба тампон с тем лекарственным веществом, с каким проводили трансканальный электрофорез. Процедуры проводят ежедневно.

**Приложение 3**

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Болезни периапикальных тканей»

***Восстановление коронковой части зуба пломбой после проведения эндодонтического лечения***

*Характеристики алгоритмов и особенностей пломбирования*

После окончания эндодонтического лечения приступают к восстановлению анатомической формы зуба пломбированием. При необходимости возможна постановка временной пломбы (повязки). Проводят окончательное формирование полости, соблюдая общие требования, а именно:

* при необходимости - местное обезболивание;
* возможно полное сохранение интактных тканей зуба;
* иссечение эмали, лишенной подлежащего дентина (по показаниям);
* формирование полости;
* финирование краев эмали полости.

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

При пломбировании композитными материалами допускается щадящее препарирование полостей.

Проверяют качество удаления пораженных тканей с помощью зонда и детектора кариеса. При пломбировании полостей класса II следует использовать матричные системы, матрицы, меж­зубные клинья. При обширных разрушениях коронковой части зуба необходимо использовать матрицедержатель. Правильно сформированная пломба на контактной поверхности 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, обеспечение оптимального прилегания материала к десневой стенке, предотвращение избыточного введения материала в область десневой стенки полости (избегая создания «нависающего края»).

При препарировании полости класса III 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.

Особенностями препарирования полости класса IV являются создание скоса. При препарировании предпочтительно создание ретенционной формы, так как адгезии композитных материалов часто бывает недостаточно.

При пломбировании обращать внимание на правильное формирование контактного пункта.

**Приложение 4**

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Болезни периапикальных тканей»

**ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ**

**Алгоритм удаления зуба**

Обращать особое внимание на максимально атравматичное удаление зуба, особенно во временном прикусе.

1. Медикаментозная обработка операционного поля антисептическим раствором в виде полоскания рта или орошения

2. Обезболивание (тип анестезии выбирается в зависимости от удаляемого зуба, как правило, это инфильтрационная или проводниковая анестезия местная анестезия, но в случае сложного удаления третьих моляров может применяться общая анестезия в условиях стационара)

3. Лигаментотомия. Отделяют круговую связку от шейки зуба и десну от края альвеолы при помощи гладилки или узкого плоского распатора, за исключением временных зубов.

4. Основные этапы операции удаления зуба:

* Наложение щипцов. Одну щечку накладывают с язычной (нёбной), другую - с щечной стороны зуба. Ось щечек щипцов должна совпадать с осью зуба.
* Продвижение щечек щипцов под десну и смыкание щипцов, во временном прикусе – без продвижения щечек щипцов под десну.
* Вывихивание зуба. Прием осуществляется двумя способами: раскачиванием (люксация) и ротация вокруг оси зуба на 20-25° (если зуб однокорневой). На нижней челюсти передние зубы вывихивают в вестибулярную сторону, остальные зубы - в оральную сторону.
* Извлечение зуба из лунки.

5. Кюретаж лунки (удаление патологических тканей, выполняется кюретажной ложкой). При необходимости возможно использование остеопластических материалов. Во временном прикусе не проводится.

6. Сближением краев послеоперационной раны путем сдавления их пальцами руки, а при наличии острых выступающих костных краев лунки и межкорневой перегородки их сглаживают путем скусывания или с помощью фрезы и бормашины.

7. Гемостаз. Убедиться, что лунка заполнена состоятельным геморрагическим сгустком, в случае необходимости наложить сближающие швы на края лунки или рыхло прикрыть йодоформной турундой.

**Резекция верхушки корня зуба**

Операции предшествует механическая, медикаментозная обработка канала зуба и постоянное пломбирование канала.

Операцию выполняют под местной анестезией. Проводят разрез длиной 1,5 – 2 см через слизистую оболочку и надкостницу. Вершина разреза должна находиться на уровне середины проекции корня. Основание лоскута должно быть обращено к переходной складке. Слизисто-надкостничный лоскут отделяют распатором. Трепанацию и удаление костной стенки альвеолы производят долотами или специальными шаровидными борами (фрезами). Резекцию верхушки корня проводят на 1/3 его длины, перпендикулярно оси корня, используя для этого фиссурные боры или торцевую фрезу, и удаляют гранулему, кюретаж. В случае необходимости применяют ретроградное пломбирование. Для этого резекцию верхушки корня проводят не перпендикулярно оси корня, а под углом, создав на корне наклонную плоскость, которая обращена к вестибулярной (наружной) поверхности. После этого полость промывают растворами антисептиков, слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место и фиксируют узловыми швами.

**Ампутация корня**

Операции предшествует механическая, медикаментозная обработка канала «остающегося» корня зуба с последующей постоянной пломбировкой.

Операцию проводят под местной анестезией. Отслаивают слизисто-надкостничный лоскут и иссекают костную стенку альвеолы. С помощью твердосплавного фиссурного бора отсекают корень на уровне фуркации и удаляют его, используя элеватор или щипцы. Острые края альвеолы сглаживают кусачками или с помощью конусовидной фрезы. После механической и антисептической обработки костной раны слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место и фиксируют узловыми швами.

**Гемисекция зуба**

Операции предшествует механическая, медикаментозная обработка канала «остающегося» корня зуба с последующей постоянной пломбировкой.

Операцию проводят под местной анестезией. С помощью алмазного бора распиливают коронковую часть и корень по фуркации, и удаляют его, используя элеватор или щипцы. Межкорневую перегородку и костную ткань, окружающую оставшийся корень, сохраняют. Далее проводят тщательную механическую и антисептическую обработку костной раны.

**Коронорадикулярная сепарация**

Данная операция используется только на молярах нижней челюсти. Операции предшествует механическая, медикаментозная обработка каналов зуба с последующей постоянной пломбировкой каналов.

Операцию проводят под местной анестезией. С помощью алмазного бора распиливают коронковую часть и корень по бифуркации. Далее проводят тщательную механическую и антисептическую обработку костной раны.

**Цистотомия**

Операции предшествует механическая, медикаментозная обработка канала зуба с последующей постоянной пломбировкой канала.

Операцию выполняют под местной анестезией. В области кисты со стороны преддверия рта производят полукруглый или трапециевидный разрез через слизистую оболочку и надкостницу. Основание лоскута обращено к переходной складке. Слизисто-надкостничный лоскут отсепаровывают распатором. Трепанацию и удаление наружной костной стенки альвеолы производят долотами или специальными шаровидными борами (фрезами). При необходимости резецируют корни зубов, обращенные в полость кисты, не более 1/3 длины; проводят ретроградное пломбирование; сглаживают острые края кости. Удаляют содержимое кисты. После высушивания полости слизисто-надкостничный лоскут укладывают в полость и плотно тампонируют йодоформным тампоном. Тампон удаляют на 5-6-е сутки, полость промывают антисептическими растворами и вновь рыхло тампонируют или изготавливают обтуратор из быстротвердеющей пластмассы. Смену йодоформных тампонов производят каждые 4–5 дней.

**Цистэктомия**

Операции предшествует механическая, медикаментозная обработка канала зуба с последующей постоянной пломбировкой канала.

Операцию выполняют под местной анестезией. В области кисты со стороны преддверия рта производят полукруглый или трапециевидный разрез через слизистую оболочку и надкостницу. Основание лоскута обращено к переходной складке. Слизисто-надкостничный лоскут отсепаровывают. Трепанацию и удаление наружной костной стенки альвеолы производят долотами или специальными шаровидными борами (фрезами). Сглаживают острые края. Удаляют содержимое кисты. Распатором отделяют кисту от кости. Удаляют целиком кисту, проводят кюретаж. В случае необходимости, если верхушки корней выступают в полость кисты, проводят резекцию верхушек корней и ретроградное пломбирование. После этого полость промывают растворами антисептиков, слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место и фиксируют узловыми швами.

**Список литературы**

1. Ахмедова З.Р. Совершенствование метода инструментальной обработки и рентгенологического исследования корневых каналов различных групп зубов: Автореф. …канд. мед. наук: 14.00.21-М., 2008. -25 с.
2. Барер Г.М., Антанян А.А. Сравнительная оценка точности надежности показаний апекслокаторов Endoest Apex (Россия), Root ZX (Япония) и Apex Finder (США): исследования in vitro. – Эндодонтия today.-2003,-№1-2.-С.12-18.
3. Бауманн М. Пломбирование системы корневых каналов //Клиническая стоматология. – 1998, №4. – С.18-24.
4. Биденко Н.В. Стеклоиономерные цементы в стоматологии. – К.: Книга плюс, 1999.-120 с.
5. Бондаренко Н.Н. Пульпит. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение: учебное пособие / Н.Н. Бондаренко, Л.М. Лукиных. – Н. Новгород: Издательство Нижегородской государственной медицинской академии, 2014.
6. Боровский Е.В. Кариес зубов: препарирование и пломбирование. – М.: АО «Стоматология», 2001. – 144 с.
7. Боровский Е.В. Клиническая эндодонтия //М.: «Стоматология», 2003. - 176 с.
8. Боровский Е.В. Лечение осложнений кариеса зубов: проблемы и их решения //Стоматология. – 1999, №1. – С.21-24.
9. Боровский Е.В. Проблемы эндодонтии по данным анкетирования //Клиническая стоматология. – 1998, №1. – С.6-9.
10. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов.– М.: Медицинское информационное агентство (МИА), 2011.
11. Боровский Е.В., Протасов М.Ю. Распространенность осложнений кариеса и эффективность эндодонтического лечения //Клиническая стоматология. – 1998, №3. –С.4-8.
12. Вагнер В.Д., Рогачкова Е.А. Требования к оснащению кабинета терапевтической стоматологии в зависимости от разряда медицинской организации //Проблемы стоматологии .- 2005, №3. - С. 34-37.
13. Волков А.Г. Трансканальные воздействия постоянным током в эндодонтическом лечении зубов: Автореф. …доктор мед. наук: 14.01.14; 14.03.11-М., 2010. -50 с.
14. Волков А.Г., Дикопова Н.Ж. Внутриканальное воздействие постоянным током при лечении зубов с труднопроходимыми корневыми каналами// Материалы X Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы стоматологии», М., 2003. - С.75-76.
15. Вульфорд М. Клиническая техника эндодонтической подготовки // ДентАрт. – 1996, №4. – С.30-38.
16. Гречишников В.И., Лавриненко В.И., Меликов Л.П. Экспериментально-морфологическая оценка регенерации компонентов культи пульпы после витальной субтотальной экстирпации// Новое в теории и практике стоматологии.- Ставрополь, 2002.-С.16-23
17. Грошиков М.И. Профилактика и лечение кариеса зубов. – М.: «Медицина», 1980. – 192 с.
18. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство / под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.
19. Ефанов О.И., Волков А.Г. Электроодонтодиагностика.-М., 1999. - 22 с.
20. Ефанов О.И., Носов В.В., Волков А.Г., Дикопова Н.Ж. Способ направленного локального внутриканального воздействия постоянным током (апекс-форез) при эндодонтическом лечении зубов// Бюллетень изобретения. Полезные модели, 2005, №15, ч. 4. - С.747.
21. Золотова Л.Ю. Оценка степени минерализации дентина и факторов, влияющих на этот процесс в динамике лечения кариеса у лиц с различным уровнем резистентности зубов: Автореф. дис…. канд. мед. наук. - Омск, 2003. – 22 с.
22. Кузьмина Д.А., Пихур О.Л., Иванов А.С. Эндодонтическое лечение зубов: методология и технология: учебное пособие / Д.А. Кузьмина, О.Л. Пихур, А.С. Иванов.– СПб.: СпецЛит, 2010.
23. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. Учебное пособие. – «Поли Медиа Пресс», 2001; 216 с.
24. Леонова Л.Е., Коломойцев В.Ф., Черепанов А.Ю., Бастанжиева Т.В. Клинико-иммунологическая оценка эффективности временного пломбирования корневых каналов// Материалы XVII Всероссийской научно-практической конференции.-М.- 2007.-С.22-24.
25. Лукиных Л.М. Ирригация системы корневых каналов: учебно-методическое пособие / Под ред. д.м.н. проф. Л.М. Лукиных. – Н. Новгород: Издательство Нижегородской государственной медицинской академии, 2014.
26. Лукиных Л.М. Обтурация системы корневых каналов: учебно-методическое пособие / под ред. Л.М. Лукиных. — Н. Новгород: Издательство Нижегородской государственной медицинской академии, 2015.
27. Лукиных Л.М. Физиотерапия в практике терапевтической стоматологии: учебное пособие / Л.М. Лукиных, О.А. Успенская; 4-е изд.– Н. Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2010.
28. Лукиных Л.М., Шестопалова Л.В. Пульпит (клиника, диагностика, лечение)// Н. Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004.-88 с.
29. Луцкая И.К. Эндодонтия: практическое руководство. – М.: Медицинская литература, 2013.
30. Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н., Орехова Л.Ю. Терапевтическая стоматология// М.: Медицина, 2002.-640 с.
31. Максимовский Ю. М., Фурлянд Д.Г. Принципы формирования полости для реставрации зуба и методы препарирования. Обзор литературы // Новое в стоматологии.- 2001.-№2.-С. 3-11.
32. Мамедова Л.А. Искусство эндодонтии // М.: Мед. Книга, 2005.-120 с.
33. Мамедова Л.А. Принципы эндодонтического лечения зубов.– М.: Медицинская книга, 2009.
34. Мамедова Л.А., Подойникова М.Н. Ошибки и осложнения в эндодонтии// М.: Мед. Книга, 2006.-43 с.
35. Марусов И.В., Мишнев Л.М., Соловьева А.М. «Справочник врача-стоматолога по лекарственным препаратам» - 2002 г.
36. МКБ-С: Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10: Перевод с англ. / ВОЗ: Науч. ред. А.Г.Колесник - 3-е изд. - М.: Медицина, 1997. – VIII, 248 с.
37. Николаев А.И. Практическая терапевтическая стоматология: учебное пособие / А.И. Николаев, Л.М. Цепов. - 9-е изд.– М.: МЕДпресс-информ, 2013.
38. Николаев А.И. Препарирование кариозных полостей: современные инструменты, методики, критерии качества / А.И. Николаев. - 2-е изд., перераб. И доп.– М.: МЕДпресс-информ, 2010.
39. Николаев А.И., Петрова Е.В. Электроодонтодиагностика: учебное пособие / Под ред. А.И. Николаева, Е.В. Петровой. – М.: МЕДпресс-информ, 2014.
40. Николишин А.К. Современные композиционные пломбировочные материалы.- Полтава, 1996.-56 с.
41. Овруцкий Г.Д., Леонтьев В.К. Кариес зубов. – М.: «Медицина», 1986. – 144 с.
42. Петрова Е.В., Галанова Т.А., Тургенева Л.Б. Применение апекслокатора в повседневной клинической практике врача-стоматолога// Проблемы стоматологии.-2009, №4.-С.29-30
43. Петрокас А.Ж. Пульпэктомия. – Тверь, 2000.
44. Радчик А.В. Сравнительные аспекты эффективности средств антимикробной санации системы корневых каналов зубов в эндодонтической практике: Автореф. … канд. мед. наук: 14.00.21; 03.00.07-М., 2008.-24 с.
45. Рубин Л.Р. Электроодонтодиагностика. – М.: Медицина, 1976. – 136 с.
46. Рыбаков А.И. Ошибки и осложнения в терапевтической стоматологии. – М.: «Медицина», 1966. – 152 с.
47. Справочник по стоматологии / Под ред. В.М. Безрукова. – М.: Медицина, 1998. – 656 с.
48. Стоматологическая заболеваемость населения России / Под ред. Э.М. Кузьминой. – М., 1999. – 228 с.
49. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов/ Под ред. Е.В. Боровского. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2004. – 840 с.
50. Терапевтическая стоматология: Учебник/под ред. Ю.М. Максимовского.– М.: Медицина, 2002. – 640 с.
51. Хазанова В.В. Сравнительная оценка антимикробного действия некоторых антисептиков, применяемых при обработке корневых каналов //Клиническая стоматология. – 1997, №3. – 8-11.
52. Царев В.В., Митронин А.В., Черджиева Д.А. Анализ микробной флоры системы корневых каналов при хроническом язвенном пульпите// Dental Forum, 2010, №1-2 (34)-С.7-14.