

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

30 ноября 2022 г. № 112

Об утверждении клинических протоколов

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с крапчатыми зубами» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с гипоплазией эмали» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с наследственными нарушениями структуры зубов» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с синдромом прорезывания зубов» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с изменением цвета зубов в процессе формирования» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с ретенированными и импактными зубами» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с кариесом временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корня» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с отложениями на зубах» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с болезнями пульпы» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с болезнями периапикальных тканей» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с острым гингивитом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с хроническим гингивитом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с хроническим периодонтитом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с юношеским (ювенильным) периодонтитом» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с рецессией десны» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) со стоматитом и родственными поражениями» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с болезнями губ» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с болезнями языка» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с переломом зуба» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с вывихом зуба» (прилагается).

2. Настоящее постановление вступает в силу с 1 марта 2023 г.

Министр

Д.Л.Пиневич

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Государственный пограничный
комитет Республики Беларусь

Комитет государственной
безопасности Республики Беларусь

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным
ситуациям Республики Беларусь

Национальная академия
наук Беларуси

Управление делами Президента
Республики Беларусь

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
30.11.2022 № 112

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (детское население) с крапчатыми зубами»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на терапевтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (детское население) с крапчатыми зубами (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K00.3 Крапчатые зубы: K00.30 Эндемическая (флюорозная) крапчатость эмали (флюороз зубов); K00.31 Неэндемическая крапчатость эмали (нефлюорозное помутнение эмали зубов); K00.39 Крапчатые зубы неопределенные).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

крапчатые зубы – патологии в виде эндемического флюороза, неэндемического помутнения эмали и крапчатости неясной этиологии. Данные патологии проявляются в виде крапинок и помутнений с четкими границами, эмаль при этом становится менее прозрачной, но сохраняет свой блеск.

ГЛАВА 2 КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРИЗНАКИ И КРИТЕРИИ КРАПЧАТЫХ ЗУБОВ

4. Эндемический флюороз зубов (эндемическая крапчатость эмали) – системное нарушение развития твердых тканей, проявляющееся в виде изменений цвета и нарушений целостности зубов различной тяжести при полном сохранении их функций и относительно большой устойчивости к кариесу.

Первые признаки эндемического флюороза зубов – крапчатость эмали. Эндемический флюороз проявляется на прорезывающихся зубах в виде изменения цвета эмали, которая теряет прозрачность, становится матовой, приобретает желтоватый или коричневатый цвет. Нарушения цвета видны на коронках зубов в виде полосок и пятен различных размеров. Их количество, размеры и окраска определяют тяжесть заболевания.

По характеру элементов поражения и площади поражения выделяют следующие формы эндемического флюороза:

сомнительная – наличие белых крапинок и пятен;
очень слабая – белые непрозрачные пятна, занимающие менее 25 % площади коронки зуба;

слабая – белые непрозрачные пятна, занимающие менее 50 % площади коронки зуба;
умеренная – пятна занимают более 50 % площади коронки, окраска – до коричневой, наблюдается стертость эмали;

тяжелая – на всей площади коронки коричневые пятна, ямки, углубления.

5. К неэндемическому (нефлюорозному) помутнению эмали (неэндемическая крапчатость эмали) относится гипоминерализация – нарушение формирования твердых тканей зубов системного происхождения с поражением от одного до четырех первых постоянных моляров, часто сочетающееся с поражением постоянных резцов. Для постановки диагноза должен быть поражен, по крайней мере, один первый постоянный моляр.

6. Признаками и критериями, определяющими крапчатые зубы, являются:

при эндемической крапчатости эмали – данные анамнеза: избыток поступления фторидов в организм в первые 6 лет жизни, постоянные зубы прорезались с измененным цветом эмали, который варьирует от меловидного до коричневатого в виде полосок и пятен различных размеров;

при неэндемическом (нефлюорозном) помутнении эмали – нарушения формирования твердых тканей постоянных зубов (от 1 до 4 первых моляров и (или) резцов) наблюдаются при их прорезывании и проявляются в виде участков непрозрачной эмали, ее помутнения

с четко определяемой границей между пораженной и неизменной тканью (опаковостью). Эмаль первых моляров приобретает желтоватый цвет с порами – «сырные» зубы. На резцах пятна имеют белую окраску. Зубы чувствительны к механическим и температурным раздражителям.

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА КРАПЧАТЫХ ЗУБОВ

7. Основными принципами диагностики крапчатых зубов являются:
сбор анамнеза и выявление факторов, влияющих на возникновение крапчатости зубов в период закладки и минерализации (в течение первых 6 лет жизни);
дифференциальная диагностика крапчатых зубов.
8. Обязательными диагностическими мероприятиями являются:
сбор анамнеза;
осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов, пальпация, перкуссия, оценка состояния твердых тканей зубов, зубных рядов, пломб, протезов и ортодонтических аппаратов (при их наличии), оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта;
индексная оценка стоматологического здоровья: индекс интенсивности кариеса зубов – КПУ, гигиенический индекс Green, Vermillion – ОНI-S или индекс зубного налета Silness, Loe – PLI, индексы оценки состояния тканей периодонта (десневой индекс Лое, Silness – GI).
9. Дополнительными диагностическими мероприятиями (по медицинским показаниям) являются:
витальное окрашивание твердых тканей зуба;
консультация врача-специалиста (врача-стоматолога-ортодонта, врача – детского эндокринолога);
инструментальное диагностическое исследование (лучевой метод исследования): конусно-лучевая компьютерная томография челюстно-лицевой области с применением программы для локальной зоны (при моляро-резцовой гипоминерализации детям в возрасте 6 лет и старше);
индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (далее – ИРОПЗ).
10. Дифференциальную диагностику крапчатых зубов проводят с кариесом эмали, кариесом дентина, гипоплазией эмали, с наследственным несовершенным амелогенезом.

ГЛАВА 4 ЛЕЧЕНИЕ КРАПЧАТЫХ ЗУБОВ

11. Общими принципами медицинской профилактики крапчатых зубов являются:
рациональное назначение системных и местных фторидсодержащих препаратов врачом-стоматологом детским в первые 6 лет жизни ребенка: только одно системное средство, рекомендуемое согласно возраста количество фторидсодержащей зубной пасты (от 0 до 2 лет – 1 000 ppm в количестве «рисовое зерно», от 2 до 6 лет – 1 000 ppm в количестве «маленькая горошина» и старше 6 лет – 1 450 ppm в количестве 1–2 см пасты). У детей в возрасте до 6 лет из высококонцентрированных средств использовать только фторидсодержащий лак;
при развитии эндемического флюороза пациентам рекомендуют проведение гигиены полости рта с использованием кальцийсодержащих зубных паст, при гипоминерализации – фторидсодержащих.
12. Планирование комплексного лечения пациентов с крапчатыми зубами включает следующие этапы:
оценка формы заболевания (при сомнительной, очень слабой и слабой форме эндемического флюороза лечение не проводится);
терапевтическое лечение – при наличии дефектов твердых тканей зубов;
хирургическое лечение – при быстром разрушении моляров в возрасте 6–8 лет;
ортодонтическое лечение – при дефектах зубов и зубочелюстных аномалиях;

ортопедическое лечение – при тяжелой форме эндемического флюороза и при наличии жалоб на эстетический недостаток.

13. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с крапчатыми зубами включают:

13.1. обязательные лечебные мероприятия:

мотивация пациента;

обучение гигиене полости рта с использованием кальцийсодержащих зубных паст при эндемическом флюорозе и с использованием зубных паст, содержащих ионы кальция, фосфора, фтора (с содержанием фторида не менее 1 450 ppm) при гипоминерализации;

проведение профессиональной гигиены полости рта;

при гипоминерализации – реминерализирующая терапия курсом 1 месяц 2 раза в год (кальций-фосфатсодержащие лекарственные средства), фторидсодержащий лак 2–4 раза в год;

герметизация фиссур и ямок (стеклоиономерные или метакрилатные силанты);

13.2. дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

реставрация зубов с применением стеклоиономерных цемента, компомеров, гиомеров, композиционных материалов;

для восстановления жевательной функции и по эстетическим показаниям при ИРОПЗ от 0,6 до 0,8 изготовление искусственных коронок (проводится врачом-стоматологом-ортодонтом);

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с крапчатыми зубами согласно приложению.

14. Медицинское наблюдение при эндемическом флюорозе сомнительной, очень слабой и слабой форм – 1 раз в год, при умеренной и тяжелой – 1 раз в 6 месяцев; при неэндемической крапчатости эмали – 1 раз в 3 месяца.

Приложение
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (детское население)
с крапчатыми зубами»

Лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов (детское население) с крапчатыми зубами

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D04AB Местные анестетики для наружного применения			
1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. Лекарственное средство можно наносить путем смазывания смоченным в средстве ватным тампоном
N01B Средства для местной анестезии			
2	Лидокаин/Хлоргексидин	Анестезирующий гель в шприцах 12,5 г; анестезирующий гель в шприцах 8,5 г	Для аппликационной анестезии слизистой оболочки полости рта, а также перед инъекционной анестезией. У детей до 2 лет применение противопоказано. Предназначен для детей с 2 лет. Для детей в возрасте от 2 до 11 лет максимально допустимая доза лидокаина гидрохлорида не должна превышать 2,9 мг/кг. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента
3	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/1 мл в ампулах 2 мл (картриджах 1,7 мл); раствор для инъекций	Инъекционная анестезия тканей полости рта. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента.

		(40 мг + 0,005 мг)/1 мл в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг/0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл; раствор для инъекций (40 мг/0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/1 мл в картриджах 1,7 мл	Необходимо использовать по возможности меньший объем лекарственного средства, обеспечивающий адекватную анестезию; доза лекарственного средства не должна превышать 7 мг артикаина на 1 кг массы тела. Использование у детей до года не изучалось
--	--	--	--

УТВЕРЖДЕНО

Постановление

Министерства здравоохранения

Республики Беларусь

30.11.2022 № 112

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (детское население) с гипоплазией эмали»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на терапевтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (детское население) с гипоплазией эмали (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K00.4 Нарушения формирования зубов: K00.40 Гипоплазия эмали; K00.41 Пренатальная гипоплазия эмали; K00.42 Неонатальная гипоплазия эмали; K00.46 Зуб Турнера).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

гипоплазия эмали – порок развития эмали, наступающий в результате нарушения метаболических процессов в формирующихся зубах и проявляющийся в количественном и качественном изменении эмали.

ГЛАВА 2 КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРИЗНАКИ И КРИТЕРИИ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ

4. В зависимости от периода жизни, в который действует неблагоприятный фактор, выделяют гипоплазию эмали, пренатальную и неонатальную гипоплазии эмали, а также зуб Турнера:

гипоплазия эмали – это нарушение развития постоянных зубов вследствие заболеваний ребенка: заболеваний центральной нервной системы, при которых нарушается обмен кальция и фосфора; заболеваний эндокринной системы (чаще щитовидной и паращитовидной желез); острых инфекционных заболеваний, протекающих с нарушением обмена веществ, гиповитаминозов С, D, E (особенно рахит); болезней почек, аллергических заболеваний; заболеваний органов пищеварения; токсической диспепсии, алиментарной дистрофии;

пренатальная гипоплазия эмали – гипоплазия эмали временных зубов, возникающая вследствие целого ряда заболеваний беременной женщины: краснуха, токсоплазмоз, идиопатическая эпилепсия, алкоголизм, гормональные нарушения, воздействие физических факторов во время беременности (облучение), недостаточное или

неполноценное питание беременной с локализацией дефектов на режущих краях передних зубов и буграх моляров;

неонатальная гипоплазия эмали – гипоплазия эмали временных зубов, возникающая вследствие факторов, связанных с состоянием плода (недоношенность) и родами (родовая травма, асфиксия), дефекты эмали локализуются ближе к шейке зубов;

зуб Турнера является проявлением местной гипоплазии. Данный вид поражения характеризуется нарушением развития эмали (иногда дентина) отдельных постоянных зубов. Причины появления зуба Турнера – хронический апикальный периодонтит временного зуба-предшественника, повреждение фолликула постоянного зуба в результате механической травмы временного зуба, травматичное удаление временного зуба-предшественника.

5. Признаки и критерии, определяющие гипоплазию эмали:

дефекты эмали могут быть в виде пятен, полосок, бороздок вплоть до участков полного отсутствия эмали (аплазия); появляются с момента прорезывания зубов; имеют, как правило, одинаковую величину на одноименных зубах, симметричность поражения; расположены параллельно режущему краю или жевательной поверхности зубов, чаще локализуются на вестибулярной поверхности и буграх. Стенки и края дефектов гладкие, возможна желто-коричневая пигментация. При значительных разрушениях эмали возникает кратковременная боль от температурных раздражителей;

зуб Турнера характеризуется нарушением развития твердых тканей отдельных постоянных зубов. Клинически при зубе Турнера возможны три типа изменений: изменение цвета (белое или желто-коричневое помутнение эмали), дефекты (гипоплазия), дефекты и изменение цвета.

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ

6. Основными принципами диагностики гипоплазии эмали являются:

выявление этиологического фактора, повлиявшего на возникновение и развитие гипоплазии эмали, характерных клинических проявлений, а также определение медицинских показаний к лечению, выбор метода лечения и тактики врача-специалиста;

дифференциальная диагностика гипоплазии эмали;

выявление взаимосвязи стоматологического и общего здоровья ребенка.

7. Обязательными диагностическими мероприятиями являются:

сбор анамнеза;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов, пальпация, перкуссия, оценка состояния твердых тканей зубов, зубных рядов, пломб, протезов и ортодонтических аппаратов (при их наличии), оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта;

индексная оценка стоматологического здоровья: индекс интенсивности кариеса зубов – КПУ, гигиенический индекс Green, Vermillion – OHI-S или индекс зубного налета Silness, Loe – PLI, индексы оценки состояния тканей периодонта (десневой индекс Loe, Silness – GI).

8. Дополнительными диагностическими мероприятиями (по медицинским показаниям) являются:

витальное окрашивание твердых тканей зуба;

инструментальное диагностическое исследование (лучевой метод исследования): прицельная внутриротовая контактная рентгенография;

консультация врача-стоматолога-ортодонта.

9. Дифференциальная диагностика гипоплазии эмали, пренатальной гипоплазии эмали, неонатальной гипоплазии эмали проводится с наследственными нарушениями твердых тканей зуба, кариесом эмали, эрозией и сошлифовыванием твердых тканей зубов; зуба Турнера – с кариесом эмали, кариесом дентина.

ГЛАВА 4 ЛЕЧЕНИЕ ГИПОПЛАЗИИ ЭМАЛИ

10. Общими принципами медицинской профилактики и лечения гипоплазии эмали являются консервативный и реставрационный методы лечения (выбор метода зависит от степени нарушения эстетики при улыбке, глубины локализации дефекта, вида и площади дефекта, степени постэруптивной минерализации эмали):

консервативный метод рассматривается как начальный этап перед реставрационным лечением и включает коррекцию индивидуальной гигиены полости рта в сочетании с местным применением препаратов фтора, кальция, фосфора;

реставрационный метод лечения предусматривает восстановление анатомической формы зуба современными адгезивными материалами либо ортопедическими конструкциями (по медицинским показаниям).

11. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с гипоплазией эмали включают:

11.1. обязательные лечебные мероприятия:

мотивация и обучение гигиене полости рта с использованием зубных паст, содержащих ионы кальция, фосфора, фтора в соответствии с возрастными рекомендациями (от 0 до 2 лет – 1 000 ppm в количестве «рисовое зерно», от 2 до 6 лет – 1 000 ppm в количестве «маленькая горошина» и старше 6 лет – 1 450 ppm в количестве 1–2 см пасты), профессиональное удаление зубных отложений; контроль эффективности гигиены полости рта детей старше 6 лет (контролируемая чистка зубов);

реминерализующая терапия курсом 1 месяц 2 раза в год (кальций-фосфатсодержащие лекарственные средства для местного применения), фторидсодержащий лак или гель 4 раза в год;

герметизация фиссур и ямок (стеклоиономерные или метакрилатные силанты);

реставрация зуба Турнера с применением стеклоиономерных цементов;

11.2. дополнительные лечебные мероприятия при гипоплазии эмали, пренатальной гипоплазии и неонатальной гипоплазии (по медицинским показаниям):

реставрация зубов с применением компомеров, гиомеров, композиционных материалов (врачом-стоматологом детским), протезирование с помощью виниров, искусственных коронок (врачом-стоматологом-ортодонтом); зуб Турнера – протезирование с помощью искусственных коронок (врачом-стоматологом-ортодонтом);

для восстановления жевательной функции и по эстетическим показаниям при индексе разрушения окклюзионной поверхности зуба от 0,6 до 0,8 – изготовление искусственных коронок (проводится врачом-стоматологом-ортодонтом);

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с гипоплазией эмали согласно приложению.

12. Частота медицинского наблюдения определяется активностью кариозного процесса: низкая активность – 2 раза в год; средняя активность – 4 раза в год; высокая активность – 4–6 раз в год.

Приложение
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (детское население)
с гипоплазией эмали»

Лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов (детское население) с гипоплазией эмали

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D04AB Местные анестетики для наружного применения			
1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. Лекарственное средство можно наносить путем смазывания

			смоченным в средстве ватным тампоном
N01B Средства для местной анестезии			
2	Лидокаин/Хлоргексидин	Анестезирующий гель в шприцах 12,5 г; анестезирующий гель в шприцах 8,5 г	Для аппликационной анестезии слизистой оболочки полости рта, а также перед инъекционной анестезией. У детей до 2 лет применение противопоказано. Предназначен для детей с 2 лет. Для детей в возрасте от 2 до 11 лет максимально допустимая доза лидокаина гидрохлорида не должна превышать 2,9 мг/кг. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента
3	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/1 мл в ампулах 2 мл (картриджах 1,7 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/1 мл в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг/0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл; раствор для инъекций (40 мг/0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/1 мл в картриджах 1,7 мл	Инъекционная анестезия тканей полости рта. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента. Необходимо использовать по возможности меньший объем лекарственного средства, обеспечивающий адекватную анестезию; доза лекарственного средства не должна превышать 7 мг артикаина на 1 кг массы тела. Использование у детей до года не изучалось

УТВЕРЖДЕНО

Постановление

Министерства здравоохранения

Республики Беларусь

30.11.2022 № 112

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (детское население) с наследственными нарушениями структуры зубов»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на терапевтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (детское население) с наследственными нарушениями структуры зубов (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K00.5 Наследственные нарушения структуры зубов: K00.50 Несовершенный амелогенез; K00.51 Несовершенный дентиногенез; K00.52 Несовершенный одонтогенез).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

наследственные нарушения структуры зубов – пороки формирования твердых тканей (эмали, дентина или одновременно обеих тканей), обусловленные генными мутациями.

ГЛАВА 2

КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРИЗНАКИ И КРИТЕРИИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЙ СТРУКТУРЫ ЗУБОВ

4. Наследственные нарушения структуры зубов включают: несовершенный амелогенез, несовершенный дентиногенез и несовершенный одонтогенез:

выделяют 4 типа несовершенного амелогенеза: наследственная гипоплазия эмали (гипопластический тип), нарушение созревания эмали (гипоматурационный тип), гипокальцификация эмали (гипокальцификационный тип), нарушение созревания эмали с гипоплазией и тауродонтизмом (гипопластически-гипоматурационный тип с тауродонтизмом);

при несовершенном дентиногенезе происходит нарушение формирования дентина на стадии закладки как временных, так и постоянных зубов;

при несовершенном одонтогенезе нарушения затрагивают амело- и дентиногенез временных и постоянных зубов.

5. Признаками и критериями, определяющими наследственные нарушения структуры зубов, являются:

при несовершенном амелогенезе поражается эмаль как временных, так и постоянных зубов в независимости от их групповой принадлежности и сроков формирования, при этом дентин, цемент и пульпа гистологически не отличаются от таковых у здоровых пациентов. Зубы могут иметь коническую и цилиндрическую формы, шероховатые из-за частичного отсутствия эмали. Цвет зубов – от желтого до темно-коричневого. Возможно сохранение нормальной величины, формы, цвета зуба и наличие вертикально расположенных бороздок (рифленные зубы). Иногда эмаль меловидная, лишена блеска и очень хрупкая (гипсовые зубы);

при несовершенном дентиногенезе зубы имеют измененный цвет от водянисто-серого до красно-коричневого. Эмаль очень тонкая, быстро скалывается, обнаженный дентин истирается вплоть до десневого края. На рентгенограмме корни короткие, определяется облитерация полости зуба и корневых каналов, в связи с чем электровозбудимость зубов снижена;

при несовершенном одонтогенезе временные зубы прорезываются с практически полным отсутствием эмали и значительно истонченным, гладким красно-коричневым дентином. Полости зубов и корневые каналы широкие, в отличие от несовершенного дентиногенеза облитерации их не происходит, изменений цемента нет, вторичный дентин не формируется. Эмаль на прорезывающихся постоянных зубах очень тонкая, серого цвета, на вестибулярных поверхностях резцов и в фиссурах моляров просвечивается коричневый дентин.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА НАСЛЕДСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЙ СТРУКТУРЫ ЗУБОВ

6. Основными принципами диагностики наследственных нарушений структуры зубов являются:

сбор анамнеза и выявление наследственного фактора;

дифференциальная диагностика наследственных нарушений структуры зубов.

7. Обязательными диагностическими мероприятиями являются:

сбор анамнеза;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов, пальпация, перкуссия, оценка состояния твердых тканей зубов, зубных рядов, пломб, протезов и ортодонтических аппаратов (при их наличии), оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта;

индексная оценка стоматологического здоровья: индекс интенсивности кариеса зубов – КПУ; гигиенический индекс Green, Vermillion – OHI-S или индекс зубного налета Silness, Loe – PLI; индексы оценки состояния тканей периодонта (десневой индекс Loe, Silness – GI);

инструментальное диагностическое исследование (лучевой метод исследования): ортопантомография челюстей.

8. Дополнительными диагностическими мероприятиями (по медицинским показаниям) являются:

инструментальное диагностическое исследование (лучевой метод исследования): конусно-лучевая компьютерная томография челюстно-лицевой области с применением программы для локальной зоны (детям в возрасте 6 лет и старше);

консультация врача-специалиста по медицинским показаниям (врача-генетика, врача-стоматолога-ортодонта).

9. Дифференциальную диагностику наследственных нарушений структуры зубов проводят с эндемической крапчатостью зубов, гипоминерализацией эмали, гипоплазией эмали.

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЙ СТРУКТУРЫ ЗУБОВ

10. Общими принципами медицинской профилактики и лечения наследственных нарушений структуры зубов являются:

консервативный метод – своевременное применение лекарственных средств, повышающих минерализацию твердых тканей зубов;

реставрационный метод – своевременная реставрация зубов и (или) протезирование для восстановления эстетической и жевательной функций, профилактики истирания зубов.

Выбор метода зависит от степени нарушения эстетики при улыбке, глубины локализации дефектов, вида и площади дефектов, степени постэруптивной минерализации эмали и дентина, степени истирания зубов.

Планирование комплексного лечения пациентов с наследственными нарушениями структуры зубов включает следующие этапы:

оценка степени заболевания;

терапевтическое лечение – при наличии дефектов твердых тканей зубов и воспаления маргинального периодонта;

ортодонтическое лечение – при дефектах зубов и зубочелюстных аномалиях, при истирании коронок зубов и при наличии жалоб на эстетический недостаток.

11. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с наследственными нарушениями структуры зубов включают:

11.1. обязательные лечебные мероприятия:

мотивация и обучение гигиене полости рта с использованием зубных паст, содержащих ионы кальция, фосфора, фтора в соответствии с возрастными рекомендациями (от 0 до 2 лет – 1 000 ppm в количестве «рисовое зерно», от 2 до 6 лет – 1 000 ppm в количестве «маленькая горошина» и старше 6 лет – 1 450 ppm в количестве 1–2 см пасты); профессиональное удаление зубных отложений; контроль эффективности гигиены полости рта детей старше 6 лет (контролируемая чистка зубов);

реминерализирующая терапия курсом 1 месяц 4 раза в год (кальций-фосфатсодержащие лекарственные средства для местного применения), фторидсодержащий лак или гель 4–6 раз в год;

герметизация фиссур и ямок (стеклоиономерные или метакрилатные силанты);

при несовершенном амелогенезе – реставрация зубов с применением стеклоиономерных цементов;

при несовершенном дентиногенезе и остеогенезе в зависимости от возраста пациента – покрытие индивидуальными коронками временных зубов; после прорезывания постоянных зубов – защита окклюзионных поверхностей премоляров и моляров адгезивными материалами или металлическими коронками; после окончания формирования зубочелюстной системы – протезирование и эстетическая реставрация (композиты, компомеры, гиомеры);

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с наследственными нарушениями структуры зубов согласно приложению;

11.2. дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

при несовершенном амелогенезе – протезирование с помощью виниров, искусственных коронок (проводится врачом-стоматологом-ортодонтом);

при несовершенном дентиногенезе и остеогенезе – использование защитных кап на ночь, протезирование с помощью виниров, искусственных коронок (проводится врачом-стоматологом-ортодонтом);

12. Медицинское наблюдение – 1 раз в 6 месяцев.

Приложение

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(детское население) с наследственными
нарушениями структуры зубов»

Лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов (детское население) с наследственными нарушениями структуры зубов

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D04AB Местные анестетики для наружного применения			
1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. Лекарственное средство можно наносить путем смазывания смоченным в препарате ватным тампоном
N01B Препараты для местной анестезии			
2	Лидокаин/Хлоргексидин	Анестезирующий гель в шприцах 12,5 г; анестезирующий гель в шприцах 8,5 г	Для аппликационной анестезии слизистой оболочки полости рта, а также перед инъекционной анестезией. У детей до 2 лет применение противопоказано. Предназначен для детей с 2 лет. Для детей в возрасте от 2 до 11 лет максимально допустимая доза лидокаина гидрохлорида не должна превышать 2,9 мг/кг. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента
3	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/1 мл в ампулах 2 мл (картриджах 1,7 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/1 мл в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг/0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл; раствор для инъекций (40 мг/0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/1 мл в картриджах 1,7 мл	Инъекционная анестезия тканей полости рта. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента. Необходимо использовать по возможности меньший объем лекарственного средства, обеспечивающий адекватную анестезию; доза лекарственного средства не должна превышать 7 мг артикаина на 1 кг массы тела. Использование у детей до года не изучалось

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
30.11.2022 № 112

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (детское население) с синдромом прорезывания зубов»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на терапевтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (детское население) с синдромом прорезывания зубов (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K00.7 Синдром прорезывания зубов).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

синдром прорезывания зубов – комплекс местных и общих симптомов, которые сопутствуют процессу прорезывания зубов через ткани десны.

ГЛАВА 2 ПРИЗНАКИ И КРИТЕРИИ СИНДРОМА ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ

4. Синдром прорезывания зубов отмечается при прорезывании как временных, так и постоянных зубов. Наиболее выражены симптомы при прорезывании временных зубов, так как наряду с местными симптомами страдает общее состояние.

Прорезывание зубов является одной из стадий развития зубочелюстной системы и в подавляющем большинстве случаев происходит у детей в возрасте между 6-м месяцем и 2-м годом жизни.

5. Признаками и критериями, определяющими синдром прорезывания зубов, являются:

местные симптомы – отек и покраснение десны на месте будущего зуба, болезненность при пальпации места прорезывания;

общие симптомы – беспокойство, раздражительность, плаксивость; сниженный аппетит или отказ от еды; обильное слюнотечение; субфебрильная температура (37,4–38,0 °C) в течение 1–2 дней; неустойчивый стул; кашель на фоне повышенного слюноотделения.

Местные и общие симптомы неспецифичны и встречаются при различных инфекциях и воспалительных заболеваниях. Учитывая это, при развитии ребенка в период прорезывания зубов в первую очередь необходимо исключить инфекционно-воспалительные процессы и только при их отсутствии ставится диагноз «синдром прорезывания зубов».

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ

6. Основными принципами диагностики синдрома прорезывания зубов являются: сбор жалоб и анамнеза (со стороны близких родственников), выявление симптомов, характерных для синдрома прорезывания зубов;

- дифференциальная диагностика синдрома прорезывания зубов;
 выявление взаимосвязи синдрома прорезывания зубов с соматическим здоровьем.
 7. Обязательными диагностическими мероприятиями являются:
 сбор жалоб и анамнеза (со стороны близких родственников);
 внешний медицинский осмотр, осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов (пальпация, оценка состояния десны и слизистой оболочки полости рта);
 индексная оценка стоматологического здоровья (при наличии зубов): индекс интенсивности кариеса зубов – КПУ, гигиенический индекс (индекс зубного налета Silness, Loe – PLI).
8. Дифференциальную диагностику синдрома прорезывания зубов проводят с состоянием при острой респираторной вирусной инфекции.

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ

9. Общими принципами лечения и медицинской профилактики синдрома прорезывания зубов являются:
- улучшение качества жизни ребенка;
 - купирование воспаления десны.
10. Принципами лечения синдрома прорезывания зубов у детей являются:
- 10.1. обязательные лечебные мероприятия:
- мотивация родителей к регулярному уходу за полостью рта ребенка и рациональному питанию, исключению ночных кормлений сахаросодержащей пищей;
 - обучение гигиене полости рта с момента прорезывания первого зуба сначала силиконовым напальчником, после прорезывания верхних резцов – детской зубной щеткой с фторидсодержащей зубной пастой 1 000 ppm в количестве «рисовое зерно»;
- 10.2. симптоматическое лечение – массажное кольцо, охлажденные прорезыватели.
11. Дополнительным лечебным мероприятием (по медицинским показаниям) является применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с синдромом прорезывания зубов согласно приложению.

Приложение
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(детское население) с синдромом
прорезывания зубов»

Лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов (детское население) с синдромом прорезывания зубов

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D08A Антисептики и дезинфицирующие средства			
1	Хлоргексидин	Раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл	Неразведенный раствор применяется в виде орошений, полосканий и аппликаций – 5–10 мл раствора наносят на пораженную поверхность слизистой оболочки полости рта или на десну с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза в сутки (на тампоне или путем орошения). Длительность применения устанавливается индивидуально
A01AB Противомикробные средства для местного применения при заболеваниях полости рта			
2	Ромашки аптечной цветки	Цельное сырье 40 г, 50 г и 100 г в пачке; обмолоченное сырье 50 г в пачке; порошок крупный 1,2 г и 1,5 г в фильтрах-пакетах	Местно и наружно детям старше 12 лет для полосканий (по 1/2–1 стакану настоя 3–5 раз в день), орошений, примочек. Применение у детей младше 12 лет ¹ (раствор наносить путем смазывания смоченным в лекарственном средстве ватным тампоном). Длительность курса лечения определяется

			индивидуально с учетом особенностей заболевания, достигнутого эффекта и переносимости лекарственного средства. Цельное сырье (2,5 столовые ложки – 5 г) цветков помещают в эмалированную посуду, заливают 200 мл водой комнатной температуры, закрывают крышкой и настаивают на водяной бане при частом помешивании в течение 15 мин, затем охлаждают при комнатной температуре не менее 45 мин, процеживают. Оставшееся сырье отжимают. Объем полученного настоя доводят кипяченой водой до 200 мл. 2 фильтр-пакета помещают в стеклянную или эмалированную посуду, заливают 200 мл кипящей воды, закрывают крышкой и настаивают 15 мин
A01AD Прочие средства для местного лечения заболеваний полости рта			
3	Холина салицилат/Цеталкония хлорид	Гель стоматологический (87,1 мг + 0,1 мг)/г в тубах 10 г	Назначается детям старше 3 лет. Наносится на слизистую оболочку полости рта или десну тонким слоем 2–3 раза в сутки, длительность аппликации до 2 мин. Количество процедур индивидуально
N01B Средства для местной анестезии			
4	Лидокаин/Хлоргексидин	Анестезирующий гель в шприцах 12,5 г; анестезирующий гель в шприцах 8,5 г	Для аппликационной анестезии слизистой оболочки полости рта, а также перед инъекционной анестезией. У детей до 2 лет применение противопоказано. Предназначен для детей с 2 лет. Для детей в возрасте от 2 до 11 лет максимально допустимая доза лидокаина гидрохлорида не должна превышать 2,9 мг/кг. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента

¹ Применение «off-label» в стоматологической практике.

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
30.11.2022 № 112

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (детское население) с изменением цвета зубов в процессе формирования»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на терапевтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (детское население) с изменением цвета зубов в процессе формирования (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K00.8 Другие нарушения развития зубов: K00.80 Изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие несовместимости групп крови; K00.81 Изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие врожденного порока билиарной системы; K00.82 Изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие порфирии; K00.83 Изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие применения тетрациклина; K00.88 Другие уточненные нарушения развития зубов).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

изменение цвета зубов в процессе формирования – это нарушение цвета дентина вследствие отложения в нем пигментов в период минерализации.

ГЛАВА 2

ПРИЗНАКИ И КРИТЕРИИ ИЗМЕНЕНИЯ ЦВЕТА ЗУБОВ В ПРОЦЕССЕ ФОРМИРОВАНИЯ

4. Изменение цвета зубов в процессе формирования происходит по ряду причин:
вследствие несовместимости групп крови матери и ребенка – возникает в результате развитие гемолитической болезни новорожденных, сопровождающейся гемолизом эритроцитов, гемолитической желтухой, повышением содержания непрямого билирубина в крови;

вследствие врожденного порока билиарной системы – происходит в результате повышение уровня прямого и в меньшей степени непрямого билирубина из-за холестаза;

вследствие порфирии при врожденном или приобретенном нарушении обмена порфиринов – предшественников гемоглобина;

в результате применения лекарственных средств группы тетрациклина во время периода кальцификации временных или постоянных зубов.

5. Признаками и критериями, определяющими изменение цвета зубов в процессе формирования, являются:

5.1. повышенное содержание билирубина в крови, которое вследствие несовместимости групп крови матери и ребенка приводит к его накоплению и последующему распаду в тканях временных зубов (преимущественно в дентине), вызывая их окрашивание в различные цвета: желтый, зеленовато-голубой, коричневый. Со временем интенсивность окраски зубов постепенно уменьшается, что особенно заметно на передних зубах;

5.2. при врожденном пороке билиарной системы окрашивание (от желтого до коричневого) как временных, так и постоянных зубов в результате повышение уровня прямого и в меньшей степени непрямого билирубина из-за холестаза;

5.3. при врожденном или приобретенном нарушении обмена порфиринов временные и постоянные зубы имеют пурпурно-коричневую окраску, флуоресцируют в ультрафиолетовом свете (красный или оранжевый оттенок);

5.4. окрашивание от желтого до коричневого и от серого до черных тонов в результате применения лекарственных средств группы тетрациклина в период кальцификации временных или постоянных зубов.

Изменение цвета зубов вследствие применения тетрациклина классифицируют по степени поражения:

степень 1 – минимально выраженное окрашивание, занимающее до 3/4 коронки зуба и имеющее светло-желтый цвет;

степень 2 – окрашивание от однородного насыщенного желтого цвета до полосок серого цвета с четко заметной разницей цвета между пришеечной частью зуба и остальными 4/5 коронки;

степень 3 – темное однородное голубое или серое изменение цвета всего зуба.

Окрашивание всегда наиболее выражено на вестибулярных поверхностях передней группы зубов. Критический период для развития патологии во временных резцах верхней и нижней челюстей – от 4-го месяца внутриутробного развития до 3 месяцев после рождения; для постоянных – от 3–5 месяцев жизни до 7-летнего возраста (исключение составляют латеральные резцы верхней челюсти, кальцификация которых начинается в 10–12 месяцев).

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА ИЗМЕНЕНИЯ ЦВЕТА ЗУБОВ В ПРОЦЕССЕ ФОРМИРОВАНИЯ

6. Основными принципами диагностики изменения цвета зубов в процессе формирования являются:

сбор анамнеза и выявление факторов, влияющих на изменение цвета зубов в период закладки и минерализации;

дифференциальная диагностика изменения цвета зубов в процессе формирования;
выявление взаимосвязи изменения цвета зубов с соматическим здоровьем.

7. Обязательными диагностическими мероприятиями являются:

сбор анамнеза;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов, пальпация, перкуссия, оценка состояния твердых тканей зубов, зубных рядов, пломб, протезов и ортодонтических аппаратов (при их наличии), оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта;

индексная оценка стоматологического здоровья: индекс интенсивности кариеса зубов – КПУ, гигиенический индекс Green, Vermillion – OHI-S или индекс зубного налета Silness, Loe – PLI, индексы оценки состояния тканей периодонта: десневой индекс Loe, Silness – GI.

8. Дополнительными диагностическими мероприятиями (по медицинским показаниям) являются:

физический метод исследования: электроодонтометрия;

инструментальное диагностическое исследование (лучевой метод исследования): ортопантомография челюстей;

консультация врача-стоматолога-ортодонта.

9. Дифференциальную диагностику изменения цвета зубов в процессе формирования проводят с несовершенным амелогенезом, гипоплазией, изменением цвета зуба вследствие травмы и эндодонтического лечения, окрашивания пломбировочными материалами.

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЦВЕТА ЗУБОВ В ПРОЦЕССЕ ФОРМИРОВАНИЯ

10. Общий принцип лечения и медицинской профилактики изменения цвета зубов в процессе формирования: проводится при наличии жалоб на эстетический недостаток.

11. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с изменением цвета зубов в процессе формирования включают:

гигиенические мероприятия (обучение гигиене полости рта с использованием зубных паст, содержащих ионы кальция, фосфора, фтора в соответствии с возрастными рекомендациями (от 0 до 2 лет – 1 000 ppm в количестве «рисовое зерно», от 2 до 6 лет – 1 000 ppm в количестве «маленькая горошина» и старше 6 лет – 1 450 ppm в количестве 1–2 см пасты, отбеливающих зубных паст с 12-летнего возраста); профессиональное удаление зубных отложений;

коррекция дисколорита временных зубов при данной патологии не проводится (может выполняться только у детей старше 12 лет);

с учетом характера течения основного заболевания и выраженности дисколорита может проводиться: эстетическая реставрация зубов, внешнее отбеливание, изготовление виниров, искусственных коронок;

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с изменением цвета зубов в процессе формирования согласно приложению.

12. Медицинское наблюдение – 1 раз в 12 месяцев.

Приложение

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(детское население) с изменением
цвета зубов в процессе формирования»

**Лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов (детское население)
с изменением цвета зубов в процессе формирования**

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D04AB Местные анестетики для наружного применения			
1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. Лекарственное средство можно наносить путем смазывания смоченным в лекарственном средстве ватным тампоном
N01B Средства для местной анестезии			
2	Лидокаин/Хлоргексидин	Анестезирующий гель в шприцах 12,5 г; анестезирующий гель в шприцах 8,5 г	Для аппликационной анестезии слизистой оболочки полости рта, а также перед инъекционной анестезией. У детей до 2 лет применение противопоказано. Предназначен для детей с 2 лет. Для детей в возрасте от 2 до 11 лет максимально допустимая доза лидокаина гидрохлорида не должна превышать 2,9 мг/кг. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента
3	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/1 мл в ампулах 2 мл (картриджах 1,7 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/1 мл в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг/0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл; раствор для инъекций (40 мг/0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/1 мл в картриджах 1,7 мл	Инъекционная анестезия тканей полости рта. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента. Необходимо использовать по возможности меньший объем лекарственного средства, обеспечивающий адекватную анестезию; доза лекарственного средства не должна превышать 7 мг артикаина на 1 кг массы тела. Использование у детей до года не изучалось

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
30.11.2022 № 112

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (детское население)
с ретенрованными и импактными зубами»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на терапевтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (детское население) с ретенрованными и импактными зубами (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K01 Ретенрованные и импактные зубы: K01.0 Ретенрованные зубы; K01.1 Импактные зубы: K01.10 Резец верхней челюсти; K01.11 Резец нижней челюсти; K01.12 Клык верхней челюсти; K01.13 Клык нижней челюсти; K01.14 Премоляр верхней челюсти; K01.15 Премоляр нижней челюсти; K01.16 Моляр верхней челюсти; K01.17 Моляр нижней челюсти; K01.18 Сверхкомплектный зуб; K01.19 Импактный зуб неуточненный).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

ретенированный зуб – зуб, изменивший свое положение при прорезывании без препятствия со стороны соседнего зуба;

импактный зуб – зуб, изменивший свое положение при прорезывании из-за препятствия со стороны соседнего зуба.

ГЛАВА 2

ПРИЗНАКИ, КРИТЕРИИ И ДИАГНОСТИКА РЕТЕНИРОВАННЫХ И ИМПАКТНЫХ ЗУБОВ

4. Признаками и критериями, определяющими ретенированные и импактные зубы, являются:

данные анамнеза, жалобы пациента на покраснение и отечность в месте залегания ретенированного зуба;

нарушение откусывания пищи и жевания;

травма мягких тканей полости рта;

нарушение положения комплектных зубов (дистопия) и формирование неправильного прикуса;

нарушение артикуляции – нарушение произношения шипящих звуков;

подвижность рядом стоящих комплектных зубов;

костные деформации.

5. Основными принципами диагностики ретенированных и импактных зубов являются:

выявление факторов, влияющих на возникновение ретенированных и импактных зубов, определение медицинских показаний к лечению, выбор метода лечения и тактики врача-специалиста;

дифференциальная диагностика ретенированных и импактных зубов;

выявление взаимосвязи стоматологического и общего здоровья с возникновением ретенированных и импактных зубов.

6. Обязательными диагностическими мероприятиями являются:

сбор анамнеза;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов, пальпация, перкуссия, оценка состояния твердых тканей зубов, зубных рядов, пломб, протезов и ортодонтических аппаратов (при их наличии), оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта;

индексная оценка стоматологического здоровья: индекс интенсивности кариеса – КПУ, гигиенический индекс Green, Vermillion – OHI-S или индекс зубного налета Silness, Loe – PLI; индексы оценки состояния тканей периодонта (десневой индекс Loe, Silness – GI);

инструментальное диагностическое исследование (лучевой метод исследования): ортопантомография челюстей.

7. Дополнительными диагностическими мероприятиями (по медицинским показаниям) являются:

инструментальное диагностическое исследование (лучевой метод исследования): конусно-лучевая компьютерная томография челюстно-лицевой области (детям в возрасте 6 лет и старше);

консультация врача-специалиста соответствующего профиля (врача-стоматолога-ортодонта, врача-стоматолога-хирурга, врача – челюстно-лицевого хирурга, врача-оториноларинголога) для выяснения причины нарушения и назначения лечения.

ГЛАВА 3

ЛЕЧЕНИЕ РЕТЕНИРОВАННЫХ И ИМПАКТНЫХ ЗУБОВ

8. Общими принципами лечения и медицинской профилактики ретенированных и импактных зубов являются:

своевременное лечение и предупреждение кариеса временных зубов;
коррекция других факторов риска, имеющих отношение к стоматологическому здоровью; регулярные (1 раз в 6 месяцев) визиты к стоматологу;
рекомендации по выбору методов и средств индивидуальной гигиены полости рта.

9. Терапевтическое лечение пациентов с ретенированными и импактными зубами включает (по медицинским показаниям):

мотивацию к формированию здоровых привычек, имеющих отношение к стоматологическому здоровью;

гигиенические мероприятия (обучение гигиене полости рта с использованием зубных паст, содержащих ионы кальция, фосфора, фтора в соответствии с возрастными рекомендациями (от 0 до 2 лет – 1 000 ppm в количестве «рисовое зерно», от 2 до 6 лет – 1 000 ppm в количестве «маленькая горошина» и старше 6 лет – 1 450 ppm в количестве 1–2 см пасты), рекомендации по выбору методов, предметов и средств индивидуальной гигиены полости рта; профессиональное удаление зубных отложений; контроль эффективности гигиены полости рта детей старше 6 лет (контролируемая чистка зубов).

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
30.11.2022 № 112

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (детское население) с кариесом временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корня»

ГЛАВА 1

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на терапевтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (детское население) с кариесом временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корня (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K02 Кариес зубов: K02.0 Кариес эмали; K02.1 Кариес дентина; K02.3 Приостановившийся кариес зубов; K02.8 Другой уточненный кариес зубов).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

кариес зуба – сложный патологический процесс твердых тканей зуба, возникающий в результате сочетанного действия общих и местных факторов, характеризующийся в начале своего развития очаговой деминерализацией неорганической части эмали, разрушением ее органического матрикса и заканчивающийся, как правило, деструкцией твердых тканей зуба с образованием полости в эмали и дентине, а при отсутствии лечения – воспалительными осложнениями со стороны пульпы и периодонта.

ГЛАВА 2

ПРИЗНАКИ И КРИТЕРИИ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕЗАКОНЧЕННЫМ ФОРМИРОВАНИЕМ КОРНЯ

4. Кариес временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корня классифицируют:

4.1. анатомически:

кариес эмали;

кариес дентина;

приостановившийся кариес зубов;

другой кариес зубов;

4.2. по течению:

острый;

хронический.

5. Признаки и критерии кариеса временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корня:

кариес эмали характеризуется очаговой деминерализацией эмали без образования полости, с очагами деминерализации – белые матовые пятна. При зондировании пятна определяется гладкая или шероховатая поверхность зуба без нарушения эмалево-дентинного соединения;

кариес дентина характеризуется наличием полости с переходом эмалево-дентинной границы, выполненной размягченным дентином. При зондировании кариозной полости и воздействии температурных раздражителей возможна кратковременная болезненность. Отсутствие самопроизвольных болей на момент медицинского осмотра и в анамнезе. На рентгенограмме выявляются очаги просветления на твердых тканях;

приостановившийся кариес зубов характеризуется наличием темного пигментированного пятна, очаговой деминерализацией эмали, при зондировании определяется гладкая или шероховатая поверхность эмали зуба;

другой кариес зубов характеризуется наличием кариозной полости в депульпированном зубе, выполненной размягченным дентином, цементом, безболезненной перкуссией, а также в ранее пломбированных зубах с вторичным и рецидивирующим кариесом;

острый кариес характеризуется быстрым разрушением эмали и дентина, пораженные ткани светлые, мягкие, после высушивания быстро становятся влажными; болевые ощущения выражены значительно сильнее, чем при хроническом течении;

хронический кариес характеризуется медленным течением, пораженные ткани пигментированные, удаляются пластами, интенсивности болевых ощущений препятствует твердый заместительный дентин, имеющийся в кариозной полости.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕЗАКОНЧЕННЫМ ФОРМИРОВАНИЕМ КОРНЯ

6. Основными принципами диагностики кариеса временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корня являются:

выявление факторов, влияющих на возникновение и развитие кариеса, а также определение медицинских показаний к лечению, выбор метода лечения и тактики врача-специалиста;

дифференциальная диагностика кариеса.

7. Обязательными диагностическими мероприятиями являются:

сбор анамнеза;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов, пальпация, перкуссия, оценка состояния твердых тканей зубов, зубных рядов, пломб, протезов и ортодонтических аппаратов (при их наличии), оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта;

индексная оценка стоматологического здоровья: индекс интенсивности кариеса зубов – КПУ, гигиенический индекс Green, Vermillion – OHI-S или индекс зубного налета

Silness, Loe – PLI, индексы оценки состояния тканей периодонта (десневой индекс Loe, Silness – GI).

8. Дополнительными диагностическими мероприятиями (по медицинским показаниям) являются:

- витальное окрашивание твердых тканей зуба;
- инструментальные диагностические исследования (лучевые методы исследования): прицельная контактная внутриротовая рентгенография или конусно-лучевая компьютерная томография зубов;
- индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба;
- физические методы исследования: электроодонтометрия (не проводят во временных зубах, в постоянных зубах с незаконченным формированием корней полученные результаты сравнивают с данными одноименных зубов); количественная световая флуоресценция; трансиллюминация; лазерная диагностика; люминесцентная стоматоскопия;
- фотографирование для оценки твердых тканей зуба.

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С НЕЗАКОНЧЕННЫМ ФОРМИРОВАНИЕМ КОРНЯ

9. Принципами лечения кариеса временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корня являются:

- устранение факторов, обуславливающих процесс деминерализации;
- предупреждение дальнейшего развития патологического кариозного процесса;
- сохранение и восстановление анатомической формы пораженного кариесом зуба и функциональной способности всей зубочелюстной системы;
- предупреждение развития патологических процессов и осложнений;
- повышение качества жизни пациентов.

10. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с кариесом эмали временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корня включают:

10.1. обязательные лечебные мероприятия:

гигиенические мероприятия (мотивация и обучение гигиене полости рта с использованием зубных паст, содержащих ионы кальция, фосфора, фтора в соответствии с возрастными рекомендациями (от 0 до 2 лет – 1 000 ppm в количестве «рисовое зерно», от 2 до 6 лет – 1 000 ppm в количестве «маленькая горошина» и старше 6 лет – 1 450 ppm в количестве 1–2 см пасты); профессиональное удаление зубных отложений; контроль эффективности гигиены полости рта детей старше 6 лет (контролируемая чистка зубов);

при дефекте эмали в виде пятна без шероховатой поверхности эмали на гладких поверхностях проводится реминерализующая терапия с использованием фторид- и кальцийсодержащих лаков 4 раза в год до стабилизации состояния, в области фиссур и ямок – неинвазивная герметизация стеклоиономерным цементом;

при дефекте эмали в виде пятна с шероховатой поверхностью эмали на гладких поверхностях проводится сошлифовывание неровных шероховатых краев эмали и реминерализующая терапия с использованием фторид- и кальцийсодержащих лаков 4 раза в год до стабилизации состояния, в области фиссур и ямок – неинвазивная герметизация стеклоиономерным цементом;

при дефекте эмали с наличием кариозной полости проводится препарирование кариозной полости с последующим пломбированием стеклоиономерным цементом;

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с кариесом временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корня по медицинским показаниям согласно приложению;

10.2. дополнительные лечебные мероприятия по медицинским показаниям:

при дефекте эмали в виде пятна с шероховатой поверхностью эмали в области фиссур и ямок проводится инвазивная герметизация зубов с использованием композиционных герметиков;

при дефекте эмали с наличием кариозной полости проводится препарирование с последующим пломбированием композиционными материалами или компомерами, или гиомерами;

инфильтрация деминерализованной эмали композиционным материалом.

11. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с кариесом дентина временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корня включают:

11.1. обязательные лечебные мероприятия:

гигиенические мероприятия (мотивация и обучение гигиене полости рта с использованием зубных паст, содержащих ионы кальция, фосфора, фтора в соответствии с возрастными рекомендациями (от 0 до 2 лет – 1 000 ppm в количестве «рисовое зерно», от 2 до 6 лет – 1 000 ppm в количестве «маленькая горошина» и старше 6 лет – 1 450 ppm в количестве 1–2 см пасты), профессиональное удаление зубных отложений; контроль эффективности гигиены полости рта детей старше 6 лет (контролируемая чистка зубов);

препарирование кариозной полости с последующим пломбированием стеклоиономерными цементами;

11.2. дополнительные лечебные мероприятия по медицинским показаниям:

обезболивание с использованием лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с кариесом временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корня согласно приложению и препарирование кариозной полости с последующим пломбированием композиционными материалами, компомерами или гиомерами; или используется прокладочный материал с последующим пломбированием композиционными материалами, компомерами или гиомерами;

оперативно-восстановительное лечение кариеса дентина при остром течении кариозного процесса проводится в два этапа. Окончательная реставрация зуба композитом проводится после завершения минерализации тканей зуба;

не рекомендуется использовать композиционные материалы при невозможности тщательной изоляции их от слюны, у детей с высоким риском развития кариеса (множественный кариес, наличие очаговой деминерализации эмали, плохая гигиена полости рта, если пациент не поддерживает гигиену после обучения и мотивации).

12. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с приостановившимся кариесом временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корня включают:

12.1. обязательные лечебные мероприятия:

гигиенические мероприятия (мотивация и обучение гигиене полости рта с использованием зубных паст, содержащих ионы кальция, фосфора, фтора в соответствии с возрастными рекомендациями (от 0 до 2 лет – 1 000 ppm в количестве «рисовое зерно», от 2 до 6 лет – 1 000 ppm в количестве «маленькая горошина» и старше 6 лет – 1 450 ppm в количестве 1–2 см пасты), профессиональное удаление зубных отложений; контроль эффективности гигиены полости рта детей старше 6 лет (контролируемая чистка зубов);

реминерализирующая терапия с использованием фторид- и кальцийсодержащих лаков 4 раза в год до стабилизации состояния;

неинвазивная герметизация фиссур и ямок зубов стеклоиономерным цементом;

12.2. дополнительные лечебные мероприятия по медицинским показаниям:

обезболивание с использованием лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с кариесом временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корня согласно приложению;

при дефекте в виде пятна поверхности эмали в области фиссур зубов проводится инвазивная герметизация с использованием композиционного герметика;

при эстетическом дефекте в виде пятна поверхности эмали проводится препарирование с последующим пломбированием композиционными материалами, компомерами или гиомерами;

инфильтрация деминерализованной эмали композиционным материалом.

13. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с другим кариесом временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корня включают:

13.1. обязательные лечебные мероприятия:

препарирование кариозной полости с последующим пломбированием стеклоиономерными цементами;

13.2. дополнительные лечебные мероприятия по медицинским показаниям:

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с кариесом временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корня согласно приложению;

препарирование кариозной полости с последующим пломбированием композиционными материалами, компомерами или гиомерами;

использование прокладочных материалов с последующим пломбированием композиционными материалами, компомерами или гиомерами.

14. Медицинское наблюдение за результатами лечения у детей при остром течении кариеса – 1 раз в 3 месяца, при хроническом течении – 1 раз в 6 месяцев.

Приложение

к клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с кариесом временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корня»

Лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов (детское население) с кариесом временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корня

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D04AB Местные анестетики для наружного применения			
1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. У детей (в т. ч. в возрасте до 2 лет) лекарственное средство можно наносить путем смазывания смоченным в лекарственном средстве ватным тампоном
N01B Средства для местной анестезии			
2	Лидокаин/Хлоргексидин	Анестезирующий гель в шприцах 12,5 г; анестезирующий гель в шприцах 8,5 г	Для аппликационной анестезии слизистой оболочки полости рта, а также перед инъекционной анестезией. Противопоказан детям до 2 лет. Предназначен для детей с 2 лет. Для детей в возрасте от 2 до 11 лет максимально допустимая доза лидокаина гидрохлорида не должна превышать 2,9 мг/кг. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента
3	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/1 мл в ампулах 2 мл (картриджах 1,7 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/1 мл в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг/0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл; раствор для инъекций (40 мг/0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/1 мл в картриджах 1,7 мл	Инъекционная анестезия тканей полости рта. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента. Необходимо использовать по возможности меньший объем лекарственного средства, обеспечивающий адекватную анестезию; доза лекарственного средства не должна превышать 7 мг

		артикаина на 1 кг массы тела. Использование у детей до года не изучалось
--	--	--

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
30.11.2022 № 112

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (детское население) с отложениями на зубах»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на терапевтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (детское население) с зубными отложениями (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K03.6 Отложения на зубах: K03.60 Пигментированный налет; K03.61 Обусловленные привычкой употреблять табак; K03.62 Обусловленные привычкой жевать бетель; K03.63 Другие обширные мягкие отложения, включая белое вещество; K03.64 Наддесневой зубной камень; K03.65 Поддесневой зубной камень; K03.66 Зубной налет; K03.68 Другие уточненные отложения на зубах; K03.69 Отложение на зубах неуточненное).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

отложения на зубах – твердый или мягкий налет на поверхности эмали зубов, образующийся из микроорганизмов, паразитирующих в полости рта, продуктов их жизнедеятельности и компонентов химического состава внутренней среды полости рта.

ГЛАВА 2 ПРИЗНАКИ И КРИТЕРИИ ОТЛОЖЕНИЙ НА ЗУБАХ

4. Отложения на зубах делят на минерализованные и неминерализованные: неминерализованные отложения – кутикула, пелликула, зубная бляшка, зубной налет; минерализованные отложения – наддесневой камень, поддесневой камень.

5. Признаки и критерии, определяющие отложения на зубах:

зубной налет – накапливается на поверхности зубов, пломб, десны преимущественно в период речевого и жевательного покоя и при отсутствии рациональной гигиены полости рта, имеет вид желтоватого слоя на поверхности зубов;

наддесневой зубной камень – твердой или глинообразной консистенции, хрупкий, сероватого или беловато-желтого цвета, чаще образуется около выводных протоков главных слюнных желез; обнаруживается при визуальной диагностике, путем соскабливания или скалывания специальными инструментами;

поддесневой камень (у детей определяется редко) – плотный, твердый, темно-коричневого или зеленовато-черного цвета; располагается на поверхности зуба в патологическом кармане, имеет темную окраску за счет пигментов, содержащихся в сыворотке крови.

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА ОТЛОЖЕНИЙ НА ЗУБАХ

6. Основными принципами диагностики отложений на зубах являются: выявление количества, качества отложений на зубах, их локализации; выявление факторов, ведущих к формированию отложений на зубах, а также определение медицинских показаний к лечению, выбор метода лечения и тактики врача-специалиста.

7. Обязательными диагностическими мероприятиями являются:

сбор анамнеза;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов, пальпация, перкуссия, оценка состояния твердых тканей зубов, зубных рядов, пломб, протезов и ортодонтических аппаратов (при их наличии), оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта;

индексная оценка стоматологического здоровья: индекс интенсивности кариеса зубов – КПУ, гигиенический индекс Green, Vermillion – OHI-S или индекс зубного налета Silness, Loe – PLI, индексы оценки состояния тканей периодонта (десневой индекс Loe, Silness – GI).

8. Дополнительными диагностическими мероприятиями (по медицинским показаниям) являются:

индикация зубного налета с помощью красителя;

индексная оценка стоматологического здоровья: индексы зубного налета O’Leary, РНР;

физический метод исследования: люминесцентная стоматоскопия;

фотографирование для оценки изменения тканей периодонта: зубные ряды в окклюзии (фас, правая половина, левая половина, верхний зубной ряд, нижний зубной ряд).

9. Дифференциальная диагностика зубных отложений проводится с изменением цвета твердых тканей зубов после прорезывания.

ГЛАВА 4 ЛЕЧЕНИЕ ОТЛОЖЕНИЙ НА ЗУБАХ

10. Общими принципами медицинской профилактики и лечения отложений на зубах являются:

мотивация к формированию здоровых повседневных привычек, имеющих отношение к стоматологическому здоровью, исключению вредных привычек и факторов, способствующих образованию отложений на зубах, рекомендации по выбору методов и средств индивидуальной гигиены полости рта;

регулярное механическое удаление зубного налета с помощью гигиенических средств, а также профессиональное удаление отложений на зубах, проведение контролируемой чистки зубов 1 раз в 6 месяцев.

11. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с отложениями на зубах включают:

11.1. обязательные лечебные мероприятия:

обучение индивидуальной гигиене полости рта;

контроль эффективности гигиены полости рта при проведении контролируемой чистки зубов;

профессиональное удаление отложений на зубах (с предварительным полосканием полости рта растворами антисептиков) с помощью ротационных щеточек и полировочной пасты, ручных инструментов, полировка зубов, применение реминерализующих лекарственных средств;

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с отложениями на зубах согласно приложению;

11.2. дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

профессиональное удаление отложений на зубах с применением воздушно-абразивных аппаратов, удаление отложений на зубах ультразвуковым методом (с учетом возрастных медицинских показаний и противопоказаний).

Приложение
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (детское население)
с отложениями на зубах»

**Лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов (детское население)
с отложениями на зубах**

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D08A Антисептики и дезинфицирующие средства			
1	Хлоргексидин	Раствор для местного и наружного применения 0,5 мг/мл	Неразведенный раствор применяется в виде орошений, полосканий и аппликаций – 5–10 мл раствора наносят на пораженную поверхность слизистой оболочки полости рта или на десну с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза в сутки (на тампоне или путем орошения). Длительность применения устанавливается индивидуально
D08AX Антисептические и дезинфицирующие средства			
2	Бензилдиметил- миристоиламино- пропиламмоний	Раствор для наружного (местного) применения 0,01 % водного раствора	Орошение (полоскание) полости рта перед и после удаления зубных отложений. При стоматитах, гингивитах, пародонтитах рекомендуется полоскание полости рта 10–15 мл лекарственного средства 3–4 раза в сутки. В случае невозможности полоскания допускается местное применение марлевых или ватных тампонов, смоченных раствором лекарственного средства
3	Перекись водорода	Раствор для наружного применения 30 мг/мл во флаконах	Полоскание (обработка) полости рта. Для наружного применения используют раствор 30 мг/мл; для полоскания полости рта и горла, нанесения на слизистые оболочки – раствор 2,5 мг/мл (раствор 30 мг/мл разводят водой в соотношении 1:11). Поврежденные участки кожи или слизистой оболочки обрабатывают ватным или марлевым тампоном, смоченным раствором лекарственного средства. Для полоскания полости рта и горла применяется у детей с 12 лет

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
30.11.2022 № 112

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (детское население) с болезнями пульпы»

**ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на терапевтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (детское население) с болезнями пульпы (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K04 Болезни пульпы и периапикальных тканей: K04.00 Пульпит начальный (гиперемия); K04.01 Пульпит острый; K04.02 Пульпит гнойный; K04.03 Пульпит хронический; K04.04 Пульпит хронический язвенный; K04.05 Пульпит хронический гиперпластический; K04.1 Некроз пульпы).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

пульпит – воспалительный процесс в пульпе зуба, возникающий в результате воздействия различных раздражителей инфекционной, токсической, аллергической или травматической природы, который может закончиться гибелью пульпы зуба.

ГЛАВА 2

КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРИЗНАКИ И КРИТЕРИИ БОЛЕЗНЕЙ ПУЛЬПЫ

4. Болезни пульпы классифицируют следующим образом:

пульпит начальный (гиперемия);

пульпит острый;

пульпит гнойный (пульпарный абсцесс);

пульпит хронический;

пульпит хронический язвенный;

пульпит хронический гиперпластический (пульпарный полип);

некроз пульпы.

5. Признаки и критерии, определяющие болезни пульпы:

для гиперемии пульпы характерны быстро проходящие болевые ощущения от разных видов раздражителей. Самопроизвольные боли в анамнезе отсутствуют;

острый пульпит характеризуется впервые появившимися болями, которые продолжаются в течение первых двух суток, боль часто возникает в ночное время. Провоцируют болевой приступ температурные раздражители (холодное и горячее), как правило, пациент указывает на причинный зуб. При медицинском осмотре определяется глубокая кариозная полость, зондирование болезненно в одной или нескольких точках, полость зуба не вскрыта, перкуссия безболезненна. При проведении электродиагностики определяется снижение порога возбудимости, рентгенологических изменений не выявляется;

для гнояного пульпита характерна самопроизвольная боль пульсирующего характера, иррадирующая, резко возрастающая при приеме горячей пищи, зондирование дна резко болезненно и нередко сопровождается вскрытием полости зуба с выделением капли гноя, перкуссия может быть болезненной, порог электровозбудимости снижен;

хронический пульпит протекает бессимптомно, иногда отмечаются ноющие боли, боли при приеме горячей или твердой пищи. При медицинском осмотре может выявляться глубокая кариозная полость, выполненная пигментированным дентином;

при гиперпластическом пульпите в раскрытой полости зуба определяется кровоточащая грануляционная ткань, которая вызывает боли при приеме пищи. При данной форме пульпита определяется расширение периодонтальной щели;

хронический язвенный пульпит может протекать как при открытой полости зуба, так и при сохранении герметичности полости. При зондировании отмечается отсутствие реакции, что указывает на гибель коронковой части пульпы, однако глубокое зондирование вызывает боль. Электровозбудимость пульпы резко снижена, рентгенологически выявляется расширение периодонтальной щели, иногда с разрыхлением костной ткани;

при некрозе пульпы полость зуба открыта, заполнена темным распадам с неприятным запахом, реакция на поверхностное зондирование отсутствует, глубокое зондирование вызывает сильную, но быстро проходящую боль. Электровозбудимость пульпы снижена. На рентгенограмме определяется расширение периодонтальной щели, сочетающееся с диффузным разрежением костной ткани.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНЕЙ ПУЛЬПЫ

6. Основными принципами диагностики болезней пульпы являются:
выявление факторов, влияющих на возникновение и развитие болезней пульпы зуба, определение степени выраженности, определение медицинских показаний к лечению, выбор метода лечения и тактики врача-специалиста;
дифференциальная диагностика болезней пульпы зуба.
7. Обязательными диагностическими мероприятиями являются:
сбор анамнеза;
осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов, пальпация, перкуссия, оценка состояния твердых тканей зубов, зубных рядов, пломб, протезов и ортодонтических аппаратов (при их наличии), оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта;
индексная оценка стоматологического здоровья: индекс интенсивности кариеса зубов – КПУ, гигиенический индекс Green, Vermillion – ОНI-S или индекс зубного налета Silness, Loe – PLI, индексы оценки состояния тканей периодонта (десневой индекс Loe, Silness – GI);
инструментальные диагностические исследования (лучевые методы исследования): прицельная внутриротовая контактная рентгенография.
8. Дополнительными диагностическими мероприятиями (по медицинским показаниям) являются:
физический метод исследования: электроодонтометрия;
инструментальное диагностическое исследование (лучевой метод исследования): ортопантомография челюстей, конусно-лучевая компьютерная томография челюстно-лицевой области с применением программы для локальной зоны (детям с хроническим пульпитом в возрасте 6 лет и старше).
9. Дифференциальная диагностика болезней пульпы проводится с кариесом дентина, апикальным периодонтитом.

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ ПУЛЬПЫ

10. Общими принципами медицинской профилактики являются:
мотивация и обучение гигиене полости рта с использованием зубных паст, содержащих ионы кальция, фосфора, фтора в соответствии с возрастными рекомендациями (от 0 до 2 лет – 1 000 ppm в количестве «рисовое зерно», от 2 до 6 лет – 1 000 ppm в количестве «маленькая горошина» и старше 6 лет – 1 450 ppm в количестве 1–2 см пасты), профессиональное удаление зубных отложений; контроль эффективности гигиены полости рта детей старше 6 лет (контролируемая чистка зубов); своевременное лечение кариеса зубов.
11. Планирование лечения пациентов с болезнями пульпы зуба включает мероприятия, направленные на сохранение жизнеспособности пульпы, обеспечение формирования корня за счет зоны роста в постоянных зубах с незаконченным формированием корней (апексогенез) и обеспечение физиологической резорбции корней временных зубов:
консервативные методы (прямая и непрямая пульпотерапия);
хирургические методы (пульпотомия и пульпэктомия);
восстановление коронки зуба;
медицинское наблюдение.
12. Результативность лечения пациента с болезнями пульпы зуба определяют с помощью следующих критериев:
выздоровление – восстановление функции зуба, физиологическая резорбция корней временных зубов, завершение формирования корней постоянного зуба;
ухудшение – прогрессирование процесса, развитие нового заболевания, связанного с основным.
13. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с гиперемией пульпы зуба включают:
- 13.1. обязательные лечебные мероприятия:

при гиперемии пульпы в постоянных зубах с незаконченным формированием корней – не прямое и прямое покрытие пульпы зуба; при не прямом покрытии пульпы – внесение на дно полости лечебной прокладки, содержащей гидроксид кальция для не прямого покрытия и (или) цинкоксидэвгенольного цемента; при прямом покрытии – внесение лечебной прокладки, содержащей минералтриоксидагегат (далее – МТА) или гидроксид кальция для прямого покрытия, изолирующей прокладки из цинкоксидэвгенольного цемента, реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цементов;

консервативные методы лечения гиперемии пульпы временных зубов имеют ограниченное применение;

13.2. дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с болезнями пульпы по медицинским показаниям согласно приложению;

реставрация зубов с применением компомеров, гиомеров, композиционных материалов (проводится врачом-стоматологом детским), для восстановления жевательной функции и по эстетическим показаниям при индексе разрушения окклюзионной поверхности зуба (далее – ИРОПЗ) от 0,6 до 0,8 – изготовление искусственных коронок (проводится врачом-стоматологом-ортодонтом);

13.3. медицинское наблюдение 1 раз в 3 месяца до окончания формирования корней.

14. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с острым пульпитом временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корней включают:

14.1. обязательные лечебные мероприятия у пациентов с острым пульпитом временных зубов:

метод витальной пульпотомии с использованием МТА;

метод девитальной пульпотомии с наложением девитализирующей параформальдегидсодержащей пасты с последующим применением пасты, обладающей антисептическим и (или) мумифицирующим действием;

реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цементов;

14.2. обязательные лечебные мероприятия у пациентов с острым пульпитом постоянных зубов:

метод витальной пульпотомии с использованием МТА или кальцийсодержащей пасты для прямого покрытия пульпы, изолирующей прокладки из цинкоксидэвгенольного цемента;

метод девитальной пульпотомии с наложением девитализирующей параформальдегидсодержащей пасты с последующим применением пасты, обладающей антисептическим и (или) мумифицирующим действием;

реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цементов;

после окончания формирования корня зуба с проведенной девитальной пульпотомией эндодонтическое лечение с постоянной obturацией корневого канала;

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с болезнями пульпы по медицинским показаниям согласно приложению;

14.3. дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

реставрация зубов с применением компомеров, гиомеров, композиционных материалов (проводится врачом-стоматологом детским), для восстановления жевательной функции и по эстетическим показаниям при ИРОПЗ от 0,6 до 0,8 – изготовление искусственных коронок (проводится врачом-стоматологом-ортодонтом).

15. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с гнойным пульпитом во временных и постоянных зубах с незаконченным формированием корней включают:

15.1. обязательные лечебные мероприятия у пациентов с гнойным пульпитом во временных зубах:

метод витальной или девитальной пульпэктомии с пломбированием корневых каналов рассасывающимися пастами;

реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цементов;

15.2. обязательные лечебные мероприятия у пациентов с гнойным пульпитом в постоянных зубах:

методы витальной пульпэктомии или девитальной пульпэктомии с однократным временным пломбированием корневых каналов кальцийсодержащими пастами до окончания формирования корня зуба;

реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цементов;

после окончания формирования корня зуба с проведенной витальной или девитальной пульпэктомией эндодонтическое лечение с постоянной obturацией корневого канала;

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с болезнями пульпы по медицинским показаниям согласно приложению;

15.3. дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

реставрация зубов с применением компомеров, гиомеров, композиционных материалов (проводится врачом-стоматологом детским), для восстановления жевательной функции и по эстетическим показаниям при ИРОПЗ от 0,6 до 0,8 – изготовление искусственных коронок (проводится врачом-стоматологом-ортодонтом).

16. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с хроническим пульпитом временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корней включают:

16.1. обязательные лечебные мероприятия у пациентов с хроническим пульпитом временных зубов:

метод витальной пульпотомии с использованием МТА;

метод девитальной пульпотомии с наложением девитализирующей параформальдегидсодержащей пасты с последующим применением пасты, обладающей антисептическим и (или) мумифицирующим действием;

реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цементов;

16.2. обязательные лечебные мероприятия у пациентов с хроническим пульпитом постоянных зубов:

метод витальной пульпотомии с использованием МТА или кальцийсодержащей пасты для прямого покрытия пульпы, изолирующей прокладки из цинкоксидаэвгенольного цемента;

метод девитальной пульпотомии с наложением девитализирующей параформальдегидсодержащей пасты с последующим применением пасты, обладающей антисептическим и (или) мумифицирующим действием;

реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цементов;

после окончания формирования корня зуба с проведенной девитальной пульпотомией эндодонтическое лечение с постоянной obturацией корневого канала;

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с болезнями пульпы по медицинским показаниям согласно приложению;

16.3. дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

реставрация зубов с применением компомеров, гиомеров, композиционных материалов (проводится врачом-стоматологом детским), для восстановления жевательной функции и по эстетическим показаниям при ИРОПЗ от 0,6 до 0,8 – изготовление искусственных коронок (проводится врачом-стоматологом-ортодонтом).

17. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с хроническим язвенным пульпитом во временных и постоянных зубах с незаконченным формированием корней включают:

17.1. обязательные лечебные мероприятия у пациентов с хроническим язвенным пульпитом во временных зубах:

метод витальной или девитальной пульпэктомии с пломбированием корневых каналов рассасывающимися пастами;

реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цементов;

17.2. обязательные лечебные мероприятия у пациентов с хроническим язвенным пульпитом в постоянных зубах:

методы витальной пульпэктомии и девитальной пульпэктомии с однократным временным пломбированием корневых каналов кальцийсодержащими пастами до окончания формирования корня зуба;

реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цементов;

после окончания формирования корня зуба с проведенной витальной или девитальной пульпотомией эндодонтическое лечение с постоянной obturацией корневого канала;

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с болезнями пульпы по медицинским показаниям согласно приложению;

17.3. дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

реставрация зубов с применением компомеров, гиомеров, композиционных материалов (проводится врачом-стоматологом детским), для восстановления жевательной функции и по эстетическим показаниям при ИРОПЗ от 0,6 до 0,8 – изготовление искусственных коронок (проводится врачом-стоматологом-ортодонтом).

18. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с хроническим гиперпластическим пульпитом временных и постоянных зубов с незаконченным формированием корней включают:

18.1. обязательные лечебные мероприятия у пациентов с хроническим гиперпластическим пульпитом временных зубов:

метод витальной пульпотомии с использованием МТА;

метод девитальной пульпотомии с наложением девитализирующей параформальдегидсодержащей пасты с последующим применением пасты, обладающей антисептическим и (или) мумифицирующим действием;

реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цемента;

18.2. обязательные лечебные мероприятия у пациентов с хроническим гиперпластическим пульпитом постоянных зубов:

метод витальной пульпотомии с использованием МТА или кальцийсодержащей пасты для прямого покрытия пульпы, изолирующей прокладки из цинкоксидаэвгенольного цемента;

метод девитальной пульпотомии с наложением девитализирующей параформальдегидсодержащей пасты с последующим применением пасты, обладающей антисептическим и (или) мумифицирующим действием;

реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цемента;

после окончания формирования корня зуба с проведенной девитальной пульпотомией эндодонтическое лечение с постоянной obturацией корневого канала;

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с болезнями пульпы по медицинским показаниям согласно приложению;

18.3. дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

реставрация зубов с применением компомеров, гиомеров, композиционных материалов (проводится врачом-стоматологом детским), для восстановления жевательной функции и по эстетическим показаниям при ИРОПЗ от 0,6 до 0,8 – изготовление искусственных коронок (проводится врачом-стоматологом-ортодонтом).

19. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с некрозом пульпы во временных и постоянных зубах с незаконченным формированием корней включают:

19.1. обязательные лечебные мероприятия у пациентов с некрозом пульпы во временных зубах:

метод витальной или девитальной пульпэктомии с пломбированием корневых каналов рассасывающимися пастами;

реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цемента;

19.2. обязательные лечебные мероприятия у пациентов с некрозом пульпы в постоянных зубах:

методы витальной пульпэктомии и девитальной пульпэктомии с однократным временным пломбированием корневых каналов кальцийсодержащими пастами до окончания формирования корня зуба;

реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цемента;

после окончания формирования корня зуба с проведенной витальной или девитальной пульпэктомией эндодонтическое лечение с постоянной obturацией корневого канала;

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с болезнями пульпы по медицинским показаниям согласно приложению;

19.3. дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

реставрация зубов с применением компомеров, гиомеров, композиционных материалов (проводится врачом-стоматологом детским), для восстановления жевательной

функции и по эстетическим показаниям при ИРОПЗ от 0,6 до 0,8 – изготовление искусственных коронок (проводится врачом-стоматологом-ортодонтом).

20. Медицинское наблюдение при проведении метода кальцийгидроксид-пульпотомии в постоянных зубах с незаконченным формированием корней через 1, 2, 3, 6, 12 месяцев.

Медицинское наблюдение при проведении метода девитальной пульпотомии и девитальной (витальной) пульпэктомии во временных зубах через 6, 12 месяцев.

Приложение
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (детское население)
с болезнями пульпы»

Лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов (детское население) с болезнями пульпы

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D04AB Местные анестетики для наружного применения			
1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. Лекарственное средство можно наносить путем смазывания смоченным в лекарственном средстве ватным тампоном
N01B Средства для местной анестезии			
2	Лидокаин/Хлоргексидин	Анестезирующий гель в шприцах 12,5 г; анестезирующий гель в шприцах 8,5 г	Для аппликационной анестезии слизистой оболочки полости рта, а также перед инъекционной анестезией. Противопоказан детям до 2 лет. Предназначен для детей с 2 лет. Для детей в возрасте от 2 до 11 лет максимально допустимая доза лидокаина гидрохлорида не должна превышать 2,9 мг/кг. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента
3	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/1 мл в ампулах 2 мл (картриджах 1,7 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/1 мл в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг/0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл; раствор для инъекций (40 мг/0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/1 мл в картриджах 1,7 мл	Инъекционная анестезия тканей полости рта. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента. Необходимо использовать по возможности меньший объем лекарственного средства, обеспечивающий адекватную анестезию; доза лекарственного средства не должна превышать 7 мг артикаина на 1 кг массы тела. Использование у детей до года не изучалось

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
30.11.2022 № 112

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

**«Диагностика и лечение пациентов (детское население)
с болезнями периапикальных тканей»**

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на терапевтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (детское население) с болезнями периапикальных тканей (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K04 Болезни пульпы и периапикальных тканей: K04.4 Острый апикальный периодонтит; K04.5 Хронический апикальный периодонтит; K04.6 Периапикальный абсцесс со свищем; K04.7 Периапикальный абсцесс без свища).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

апикальный периодонтит – воспалительный процесс околоверхушечных тканей зуба инфекционной, токсической, аллергической или травматической этиологии, сопровождающийся гибелью пульпы и деструкцией костной ткани.

ГЛАВА 2 КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРИЗНАКИ И КРИТЕРИИ БОЛЕЗНЕЙ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ

4. Болезни периапикальных тканей классифицируют как:
острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения;
хронический апикальный периодонтит;
периапикальный абсцесс со свищем;
периапикальный абсцесс без свища.

5. Признаки и критерии, определяющие болезни периапикальных тканей:

5.1. острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения характеризуется впервые появившейся постоянной, постепенно нарастающей болью, которая усиливается при вертикальной нагрузке на зуб. При медицинском осмотре определяется глубокая кариозная полость, зондирование безболезненно, полость зуба не вскрыта, перкуссия резко болезненна. При проведении электродиагностики определяется снижение порога возбудимости более 100 мкА, рентгенологических изменений не выявляется;

5.2. хронический апикальный периодонтит протекает бессимптомно, иногда отмечаются ноющие боли, усиливающиеся при приеме твердой пищи. При медицинском осмотре выявляется глубокая кариозная полость, выполненная пигментированным дентином, зондирование и перкуссия безболезненны, на слизистой оболочке в области причинного зуба изменений нет. При проведении электродиагностики определяется снижение порога возбудимости более 100 мкА. На рентгенограмме наблюдается расширение периодонтальной щели;

5.3. периапикальный абсцесс со свищем протекает бессимптомно, иногда отмечаются ноющие боли, усиливающиеся при приеме твердой пищи, и образование свища

на слизистой оболочке десны в области причинного зуба. При медицинском осмотре выявляется глубокая кариозная полость, выполненная пигментированным дентином, зондирование безболезненно, в полости зуба и корневых каналах может определяться распад пульпы или малоболезненная и кровоточащая ткань (грануляционная ткань), перкуссия безболезненна, на слизистой оболочке в области причинного зуба свищ с гнойным отделяемым. При проведении электродиагностики определяется снижение порога возбудимости более 100 мкА. На рентгенограмме наблюдается расширение периодонтальной щели сочетающееся с диффузным разрежением костной ткани;

5.4. периапикальный абсцесс без свища протекает бессимптомно, иногда отмечаются ноющие боли, усиливающиеся при приеме твердой пищи, и возможно образование свища на слизистой оболочке десны в области причинного зуба. При медицинском осмотре выявляется глубокая кариозная полость, выполненная пигментированным дентином, зондирование безболезненно, в полости зуба и корневых каналах может определяться распад пульпы или малоболезненная и кровоточащая ткань (грануляционная ткань), перкуссия безболезненна, на слизистой оболочке в области причинного зуба изменений нет. При проведении электродиагностики определяется снижение порога возбудимости более 100 мкА. На рентгенограмме наблюдается расширение периодонтальной щели, сочетающееся с диффузным разрежением костной ткани.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНЕЙ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ

6. Основными принципами диагностики болезней периапикальных тканей являются: выявление факторов, влияющих на возникновение и развитие болезней периапикальных тканей, определение степени выраженности, определение медицинских показаний к лечению, выбор метода лечения и тактики врача-специалиста;

дифференциальная диагностика болезней периапикальных тканей.

7. Обязательными диагностическими мероприятиями являются:

сбор анамнеза;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов, пальпация, перкуссия, оценка состояния твердых тканей зубов, зубных рядов, пломб, протезов и ортодонтических аппаратов (при их наличии), оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта;

индексная оценка стоматологического здоровья: индекс интенсивности кариеса зубов – КПУ, гигиенический индекс Green, Vermillion – OHI-S или индекс зубного налета Silness, Loe – PLI, индексы оценки состояния тканей периодонта (десневой индекс Loe, Silness – GI);

инструментальные диагностические исследования (лучевые методы исследования): прицельная внутриротовая контактная рентгенография, ортопантомография челюстей.

8. Дополнительными диагностическими мероприятиями (по медицинским показаниям) являются:

физический метод исследования: электроодонтодиагностика;

инструментальное диагностическое исследование (лучевой метод исследования): конусно-лучевая компьютерная томография зубов (детям в возрасте 6 лет и старше);

индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба (далее – ИРОПЗ).

9. Дифференциальная диагностика болезней периапикальных тканей проводится с кариесом дентина, гиперпластическим и язвенным пульпитом.

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ

10. Общими принципами медицинской профилактики болезней периапикальных тканей являются:

мотивация и обучение гигиене полости рта с использованием зубных паст, содержащих ионы кальция, фосфора, фтора в соответствии с возрастными рекомендациями (от 0 до 2 лет – 1 000 ppm в количестве «рисовое зерно», от 2 до 6 лет – 1 000 ppm в количестве «маленькая горошина» и старше 6 лет – 1 450 ppm в количестве 1–2 см пасты),

профессиональное удаление зубных отложений; контроль эффективности гигиены полости рта детей старше 6 лет (контролируемая чистка зубов).

11. Планирование лечения пациентов с болезнями периапикальных тканей включает: эндодонтическое лечение, восстановление коронки зуба и медицинское наблюдение, при отсутствии положительной динамики болезни – хирургическое лечение (удаление зуба), консультация врача-стоматолога-ортодонта;

12. Результативность лечения пациента с болезнями периапикальных тканей определяют с помощью следующих критериев:

выздоровление – восстановление функции зуба, физиологическая резорбция корней временных зубов, формированием апикального упора в канале корня постоянного зуба с незаконченным формированием корня;

ухудшение – прогрессирование процесса, развитие нового заболевания, связанного с основным.

13. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с болезнями периапикальных тканей включают:

13.1. обязательные лечебные мероприятия:

временный зуб с болезнями периапикальных тканей – эндодонтическое лечение, пломбирование корневого канала рассасывающимися пастами, реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цемента;

постоянный зуб с незаконченным формированием корня (один из методов по медицинским показаниям):

апексификация (с гидроксидом кальция или оксидом кальция) в течение 6–24 месяцев до формирования апикального барьера с последующей obturацией корневого канала нерассасывающимся пломбировочным материалом, реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цемента;

создание апикального барьера из минералтриоксидагегата с последующей obturацией корневого канала нерассасывающимся пломбировочным материалом, реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цемента;

13.2. дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с болезнями периапикальных тканей по медицинским показаниям согласно приложению;

реставрация зубов с применением компомеров, гиомеров, композиционных материалов (проводится врачом-стоматологом детским), для восстановления жевательной функции и по эстетическим показаниям при ИРОПЗ от 0,6 до 0,8 – изготовление искусственных коронок (проводится врачом-стоматологом-ортодонтом);

удаление временного зуба (проводится врачом-стоматологом-хирургом) при: резорбции корня более, чем на 1/3 длины; невозможности реставрации коронки зуба; резорбции (перфорации) дна полости зуба; распространении патологического процесса на зачаток постоянного зуба; рентгенологически видимой внутренней резорбции корня; прогрессировании воспалительного процесса; наличии одонтогенной или фолликулярной кисты; тяжелых общих заболеваниях (врожденные пороки сердца, лейкоemia, новообразования, дефекты иммунной системы, иммуносупрессивная терапия); за 1,5–2 года до смены зуба; неадекватном психоэмоциональном состоянии пациента и отсутствии возможности лечения в условиях общего обезболивания; отсутствии эффекта консервативного лечения; задержке в челюсти при прорезывании постоянного зуба;

удаление постоянного зуба (врачом-стоматологом-хирургом) с незаконченным формированием корня: при отсутствии эффекта консервативного лечения, отсутствии возможности лечения в условиях общего обезболивания.

14. Медицинское наблюдение при проведении метода апексификации в постоянных зубах с незаконченным формированием корней осуществляется через 1–2 недели от начала лечения, затем 1 раз в 3 месяца до образования апикального барьера в канале корня с последующей постоянной obturацией корневого канала; после проведенного лечения временного и постоянного зуба с сформированным корнем при положительной динамике осуществляется через 6, 12 месяцев.

Приложение
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(детское население) с болезнями
периапикальных тканей»

**Лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов (детское население)
с болезнями периапикальных тканей**

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D04AB Местные анестетики для наружного применения			
1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. Лекарственное средство можно наносить путем смазывания смоченным в средстве ватным тампоном
N01B Средства для местной анестезии			
2	Лидокаин/Хлоргексидин	Анестезирующий гель в шприцах 12,5 г; анестезирующий гель в шприцах 8,5 г	Для аппликационной анестезии слизистой оболочки полости рта, а также перед инъекционной анестезией. Противопоказан детям до 2 лет. Предназначен для детей с 2 лет. Для детей в возрасте от 2 до 11 лет максимально допустимая доза лидокаина гидрохлорида не должна превышать 2,9 мг/кг. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента
3	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/1 мл в ампулах 2 мл (картриджах 1,7 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/1 мл в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг/0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл; раствор для инъекций (40 мг/0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/1 мл в картриджах 1,7 мл	Инъекционная анестезия тканей полости рта. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента. Необходимо использовать по возможности меньший объем лекарственного средства, обеспечивающий адекватную анестезию; доза лекарственного средства не должна превышать 7 мг артикаина на 1 кг массы тела. Использование у детей до года не изучалось

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
30.11.2022 № 112

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (детское население) с острым гингивитом»

**ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на терапевтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (детское население) с острым гингивитом (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10) – K05.0 Острый гингивит).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

острый гингивит – острое воспаление десны, обусловленное воздействием неблагоприятных общих и местных факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления.

ГЛАВА 2

КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРИЗНАКИ И КРИТЕРИИ ОСТРОГО ГИНГИВИТА

4. Острый гингивит классифицируют по форме и распространенности:

4.1. по форме:

язвенный – изъязвление десны, в основе которого лежит воспаление, а микрофлора носит неспецифический характер. Исключение составляет острый некротизирующий язвенный гингивит (гингивит Венсана) (шифр по МКБ-10 – A69.10);

симптоматический – гингивит на фоне воздействия системных или других неблагоприятных факторов;

4.2. по распространенности:

локализованный – воспаление десны в области 1–2 зубов при видимой местной причине, исключение составляет участок от 3.3 до 4.3 зуба постоянного прикуса;

генерализованный – воспаление десны на всех участках верхней и нижней челюстей.

Острый локализованный гингивит обусловлен травмами: кариозные полости, некачественные пломбы, механическая травма, химическая травма, травма при выполнении стоматологических манипуляций, ауотравма.

Острый генерализованный гингивит возникает на фоне инфекционных заболеваний, сопутствует общей соматической патологии, а при тяжелом течении основного заболевания может переходить в язвенно-некротическую форму.

5. Признаки острого гингивита:

данные анамнеза;

изменение цвета десны (ярко-красный);

изменение контура десны (меняется за счет отека края маргинальной десны с дальнейшим распространением на ее альвеолярную часть);

изменение поверхностной структуры десны (гладкая, блестящая, зернистость поверхности исчезает, могут появляться эрозии, язвы, зоны некроза);

изменение консистенции десны (рыхлая, отечная);

боль в десне (непрерывная или преходящая);

кровоточивость десны (преходящая, спонтанная).

6. Критерии острого гингивита:

сохранение целостности зубодесневого прикрепления;

глубина десневого зондирования 3 мм и менее;

отсутствие рентгенологических изменений в периодонте и межальвеолярной кости.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ГИНГИВИТА

7. Основными принципами диагностики острого гингивита являются:

выявление факторов, влияющих на возникновение и развитие острого гингивита, а также определение медицинских показаний к лечению, выбор метода лечения и тактики врача-специалиста;

дифференциальная диагностика острого гингивита;

выявление взаимосвязи стоматологического и общего здоровья с состоянием десны.

8. Обязательными диагностическими мероприятиями являются:

сбор анамнеза;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов, пальпация, перкуссия, оценка состояния твердых тканей зубов, зубных рядов, пломб, протезов и ортодонтических аппаратов (при их наличии), оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта;

индексная оценка стоматологического здоровья: индекс интенсивности кариеса – КПУ, индекс зубного налета Silness, Loe – PLI или гигиенический индекс Green, Vermillion – OHI-S; индекс оценки состояния тканей периодонта (десневой индекс Loe, Silness – GI).

9. Дополнительными диагностическими мероприятиями (по медицинским показаниям) являются:

клинические мероприятия: состояние тканей периодонта (периодонтальный индекс Russel – PI); определение количества зубов с оголением их пришеечной области (индекс рецессии десны Stahl, Morris – IR); качественный и (или) количественный состав микрофлоры десневой борозды или полости рта (ПЦР-исследование); общий (клинический) анализ крови; общий анализ мочи;

инструментальные диагностические исследования (лучевые методы исследования): прицельная внутриротовая контактная рентгенография зубов или ортопантомография челюстей, или конусно-лучевая компьютерная томография челюстно-лицевой области (детям с острым гингивитом в возрасте 6 лет и старше);

консультация врача-специалиста (врача-педиатра, врача-детского эндокринолога, врача-инфекциониста, врача-гематолога, врача-аллерголога-иммунолога, врача-рентгенолога, врача клинической лабораторной диагностики, врача-физиотерапевта, врача-стоматолога-ортодонта).

10. Дифференциальная диагностика острого гингивита проводится с гингивостоматитом, вызванным вирусом простого герпеса, острым некротизирующим язвенным гингивитом, многоформной экссудативной эритемой, поражениями слизистой оболочки полости рта при вирусных заболеваниях (ветряная оспа, корь, краснуха, инфекционный мононуклеоз), травматическим повреждением слизистой оболочки полости рта, хроническим гипертрофическим гингивитом (отечная форма), инфильтрацией десны при остром лейкозе.

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГИНГИВИТА

11. Методами медицинской профилактики острого гингивита являются регулярное механическое удаление зубного налета с помощью гигиенических средств, а также профессиональное удаление зубных отложений.

12. Планирование комплексного лечения пациентов с острым гингивитом проводят с учетом состояния стоматологического статуса и общего состояния здоровья и включает следующие этапы:

подготовительные мероприятия у врача-стоматолога детского, которые предусматривают устранение местных неблагоприятных факторов развития острого гингивита, повторную оценку состояния тканей периодонта, поддерживающее лечение.

Основа поддерживающей терапии – регулярное механическое удаление зубного налета с помощью гигиенических средств, а также профессиональное удаление зубных отложений. Медицинское наблюдение при остром гингивите не требуется.

13. Результативность комплексного лечения пациентов с острым гингивитом определяют с помощью следующих критериев:

улучшение – улучшение показателей состояния тканей периодонта по сравнению с показателями после подготовительных мероприятий;

ухудшение – состояние тканей периодонта, при котором параметры объективных тестов свидетельствуют об активности патологического процесса.

14. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с острым гингивитом включают:

14.1. обязательные лечебные мероприятия:

обучение индивидуальной гигиене полости рта;

контроль эффективности гигиены полости рта проводят при контролируемой чистке зубов;

профессиональное удаление зубных отложений до показателей гигиенического индекса ОНП-S $\leq 0,3-0,6$ балла;

контролируемую чистку зубов и профессиональное удаление зубных отложений проводят после купирования воспаления и восстановления целостности слизистой оболочки десны;

устранение местных неблагоприятных факторов, способствующих развитию острого гингивита;

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с острым гингивитом по медицинским показаниям согласно приложению 1;

14.2. дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

для устранения местных неблагоприятных факторов, способствующих развитию острого гингивита, проводят обезболивание по медицинским показаниям с использованием лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с острым гингивитом согласно приложению 1;

физиотерапевтические методы лечения острого гингивита на очаги поражения согласно приложению 2.

Приложение 1

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (детское население)
с острым гингивитом»

Лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов (детское население) с острым гингивитом

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D04AB Местные анестетики для наружного применения			
1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. Лекарственное средство можно наносить путем смазывания смоченным в лекарственном средстве ватным тампоном
N01B Средства для местной анестезии			
2	Лидокаин/Хлоргексидин	Анестезирующий гель в шприцах 12,5 г; анестезирующий гель в шприцах 8,5 г	Для аппликационной анестезии слизистой оболочки полости рта, а также перед инъекционной анестезией. У детей до 2 лет применение противопоказано. Предназначен для детей с 2 лет. Для детей в возрасте от 2 до 11 лет максимально допустимая доза лидокаина гидрохлорида не должна превышать 2,9 мг/кг. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние

			области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента
3	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/1 мл в ампулах 2 мл (картриджах 1,7 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/1 мл в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг/0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл; раствор для инъекций (40 мг/0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/1 мл в картриджах 1,7 мл	Инъекционная анестезия тканей полости рта. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента. Необходимо использовать по возможности меньший объем лекарственного средства, обеспечивающий адекватную анестезию; доза лекарственного средства не должна превышать 7 мг артикаина на 1 кг массы тела. Использование у детей до года не изучалось
D08 Антисептические и дезинфицирующие средства			
4	Хлоргексидин	Раствор для местного и наружного применения 0,5 мг/мл	Неразведенный раствор применяется в виде орошений, полосканий и аппликаций – 5–10 мл раствора наносят на пораженную поверхность слизистой оболочки полости рта или на десну с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза в сутки (на тампоне или путем орошения) в течение 3–5 дней
5	Бензилдиметил-аммония хлорид	Раствор для наружного (местного) применения 0,01 % водного раствора	Рекомендуется полоскание полости рта 10–15 мл лекарственного средства 3–4 раза в сутки в течение 3–5 дней. В случае невозможности полоскания допускается местное применение марлевых или ватных тампонов, смоченных раствором лекарственного средства. Опыт клинического применения у детей до 18 лет ограничен
6	Перекись водорода	Раствор для наружного применения 30 мг/мл во флаконах	Полоскание (обработка) полости рта. Для наружного применения используют раствор 30 мг/мл; для полоскания полости рта и горла, нанесения на слизистые оболочки – раствор 2,5 мг/мл (раствор 30 мг/мл разводят водой в соотношении 1:11). Поврежденные участки кожи или слизистой оболочки обрабатывают ватным или марлевым тампоном, смоченным раствором лекарственного средства. Для полоскания полости рта и горла применяется у детей с 12 лет
R02AA20 Средства для лечения заболеваний горла. Антисептики			
7	Биклотимол/Эноксолон/Лизоцим гидрохлорид	Таблетки для рассасывания в блистерах	Для детей старше 6 лет. Обработка слизистой оболочки полости рта. Медленно рассасывать до полного растворения по 1 таблетке каждые 4 часа (максимальная суточная доза – 4 таблетки) 5 дней
A01AB Противомикробные средства для местного применения при заболеваниях полости рта			
8	Метронидазол/Хлоргексидин	Гель стоматологический в тубах	Для детей старше 6 лет. Гель наносится на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1–2 раза в сутки длительностью до 30 мин. Курс процедур – 7–10 дней
A01AD Прочие средства для местного применения при заболеваниях полости рта			

9	Лидокаина гидрохлорид моногидрат 20,0 мг / Ромашки аптечной цветков экстракт (1:4–5)	Гель для местного применения в тубах	Для детей старше 12 лет. Полоску геля длиной 0,5 см наносят на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем и осторожно втирают, кратность применения – 3 раза в сутки длительностью до 20 мин. Количество процедур индивидуально
D03BA Протеолитические ферменты			
10	Трипсин кристаллический ¹	Лиофилизат для приготовления раствора для инъекций и местного применения 10 мг во флаконах	Местно. На изъязвленную или некротизированную слизистую оболочку полости рта или десны накладывают смоченную салфетку раствором трипсина (готовят непосредственно перед применением: 10 мг трипсина растворяют в 10 мл стерильного физиологического раствора). Количество процедур индивидуально
11	Химотрипсин ¹	Лиофилизат для приготовления раствора для инъекций и местного применения 10 мг во флаконах	Местно. На гнойные поверхности слизистой оболочки полости рта или десны с некротизированными тканями накладывается смоченная салфетка раствором 10 мг химотрипсина в 10 мл стерильного физиологического раствора. Количество процедур индивидуально
A01AD Прочие средства для местного применения при заболеваниях полости рта			
12	Холина салицилат/Цеталкония хлорид	Гель стоматологический (87,1 мг + 0,1 мг)/г в тубах 10 г	Назначается детям старше 3 лет. Наносится на слизистую оболочку полости рта или десну тонким слоем 2–3 раза в сутки, длительность аппликации до 2 мин. Количество процедур индивидуально
D03AX Прочие средства, способствующие нормальному рубцеванию			
13	Депротеинизированный гемодериват крови телят ¹	Дентальная адгезивная паста в тубах 5 г	Применяется у детей с 2 лет. Наносится на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1 раз в сутки длительностью до 20 мин. Количество процедур индивидуально
14	Облепихи масло	Масло для приема внутрь, местного и наружного применения во флаконах 30 мл, 50 мл, 100 мл	Применяется у детей с 12 лет в комплексной терапии в качестве ранозаживляющего средства при поражении слизистых оболочек, масло наносится тампоном на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1 раз в сутки длительностью до 20 мин. Количество процедур индивидуально

¹ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

Физиотерапевтические методы лечения острого гингивита, применяемые при проведении дополнительных мероприятий

№ п/п	Метод физиотерапевтического лечения (1–2 метода по медицинским показаниям)	Режим применения, кратность
1	Орошение десен (гидротерапия, гидромассаж десен)	7–10 процедур 2 раза в день
2	Облучение короткими ультрафиолетовыми лучами (КУФ-облучение) очагов слизистой полости рта	5–6 процедур через день
3	Лазерная (магнитолазерная) терапия	5–6 процедур ежедневно
4	Флюктуоризация	6–8 процедур ежедневно
5	Местная гипотермия	3–4 процедуры ежедневно

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
30.11.2022 № 112

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (детское население) с хроническим гингивитом»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на терапевтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (детское население) с хроническим гингивитом (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10) – K05.1 Хронический гингивит: K05.10 Простой маргинальный; K05.11 Гиперпластический; K05.12 Язвенный; K05.13 Десквамативный).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

хронический гингивит – хроническое воспаление десны, обусловленное воздействием неблагоприятных общих и местных факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления.

ГЛАВА 2 КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРИЗНАКИ И КРИТЕРИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

4. Хронический гингивит классифицируют по форме, распространенности и степени тяжести:

4.1. по форме:

простой маргинальный – воспаление маргинальной десны, протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления;

язвенный – изъязвление десны, в основе которого лежит воспаление, а микрофлора носит неспецифический характер. Исключение составляет острый некротизирующий язвенный гингивит (гингивит Венсана) (шифр по МКБ-10 – A69.10);

гиперпластический – увеличение десны с количественным ростом тканевых элементов;

отечная форма – отечная, гиперемизированная, пастозная десна с кровоточивостью при зондировании десневого кармана, положительным симптомом «вазопареза»;

фиброзная форма – бугристая, плотная, бледно-розовая десна с деформацией рельефа и с десневыми карманами без кровоточивости десны, отрицательным симптомом «вазопареза»;

десквамативный (симптоматический) – воспаление десны на фоне воздействия системных или других неблагоприятных факторов, наблюдается слущивание эпителия, пузырьки, болезненные эрозии (симптом дерматозов, преобладание гормона прогестерона в пубертатном период у девочек);

4.2. по распространенности:

локализованный – воспаление десны в области 1–2 зубов при видимой местной причине, исключение составляет участок от 3.3 до 4.3 зуба;

генерализованный – воспаление десны на всех участках верхней и нижней челюстей;

4.3. по степеням тяжести:

легкая – воспаление десны с незначительным изменением цвета, структуры, консистенции и отсутствием кровоточивости при зондировании;

средняя – воспаление десны с умеренным покраснением и отеком, кровоточивость при зондировании;

тяжелая – воспаление десны с выраженным покраснением и отеком, с тенденцией спонтанной кровоточивости.

5. Признаки хронического гингивита:

данные анамнеза;

цвет (от темно-красного до синевато-красного);

контур (меняется за счет отека края маргинальной десны с дальнейшим распространением на ее альвеолярную часть);

поверхностная структура (гладкая, блестящая, зернистость поверхности исчезает);

консистенция десны (рыхлая, отечная);

боль в десне (преходящая);

кровоточивость десны (преходящая).

6. Критерии хронического гингивита:

сохранение целостности зубодесневого прикрепления;

глубина десневого зондирования 3 мм и менее;

отсутствие рентгенологических изменений в периодонте и межальвеолярной кости;

индексная оценка ($GI > 0,8$).

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

7. Основными принципами диагностики хронического гингивита являются:

выявление факторов, влияющих на возникновение и развитие хронического гингивита, а также определение медицинских показаний к лечению, выбор метода лечения и тактики врача-специалиста;

дифференциальная диагностика хронического гингивита;

выявление взаимосвязи стоматологического и общего здоровья с состоянием десны.

8. Обязательными диагностическими мероприятиями являются:

сбор анамнеза;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов, пальпация, перкуссия, оценка состояния твердых тканей зубов, зубных рядов, пломб, протезов и ортодонтических аппаратов (при их наличии), оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта;

индексная оценка стоматологического здоровья: индекс интенсивности кариеса – КПУ, индекс зубного налета Silness, Loe – PLI или гигиенический индекс Green, Vermillion – OHI-S; индексы оценки состояния тканей периодонта (десневой индекс Loe, Silness – GI).

9. Дополнительными диагностическими мероприятиями (по медицинским показаниям) являются:

клинические мероприятия: состояние тканей периодонта (периодонтальный индекс Russel – PI); определение количества зубов с оголением их пришеечной области (индекс рецессии десны Stahl, Morris – IR); качественный и (или) количественный состав

микрофлоры десневой борозды или полости рта (ПЦР-исследование); общий (клинический) анализ крови; общий анализ мочи; при гиперпластическом гингивите – определение симптома «вазопареза»; морфологическое исследование тканей из очага поражения;

инструментальные диагностические исследования (лучевые методы исследования): прицельная внутриротовая контактная рентгенография зубов или ортопантомография челюстей, или конусно-лучевая компьютерная томография челюстно-лицевой области (детям с хроническим гингивитом в возрасте 6 лет и старше);

консультация врача-специалиста (врача-педиатра, врача-детского эндокринолога, врача-акушера-гинеколога, врача-инфекциониста, врача-гематолога, врача-аллерголога-иммунолога, врача-рентгенолога, врача клинической лабораторной диагностики, врача-физиотерапевта, врача-стоматолога-ортодонта, врача-стоматолога-хирурга).

10. Дифференциальная диагностика хронического гингивита проводится с хроническим периодонтитом.

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

11. Методы медицинской профилактики хронического гингивита: своевременная диагностика и лечение острого гингивита; медицинская профилактика травмы тканей десны при проведении стоматологических манипуляций;

регулярное механическое удаление зубного налета с помощью гигиенических средств, а также профессиональное удаление зубных отложений.

12. Планирование комплексного лечения пациентов с хроническим гингивитом включает следующие этапы:

подготовительные мероприятия у врача-стоматолога детского включают устранение местных неблагоприятных факторов развития хронического гингивита, повторную оценку состояния тканей периодонта;

ортодонтическое лечение при зубочелюстных аномалиях у врача-стоматолога-ортодонта;

хирургическое лечение при гиперпластическом гингивите для коррекции контура десны у врача-стоматолога-хирурга или врача-челюстно-лицевого хирурга;

поддерживающее лечение.

13. Основа поддерживающей терапии – регулярное механическое удаление зубного налета с помощью гигиенических средств, а также профессиональное удаление зубных отложений.

Медицинское наблюдение при легкой форме заболевания – 1 раз в 6 месяцев, при средней и тяжелой – 1 раз в 3 месяца.

14. Результативность комплексного лечения пациентов с хроническим гингивитом определяют с помощью следующих критериев:

стабилизация процесса – состояние периодонта без признаков активности патологического процесса в течение 2 лет;

ремиссия – кратковременная стабилизация в пределах одного года без признаков активности процесса;

без изменений – состояние периодонта, при котором параметры объективных тестов не отличаются от первоначальных;

улучшение – улучшение показателей состояния тканей периодонта по сравнению с показателями после подготовительных мероприятий;

ухудшение – состояние периодонта, при котором параметры объективных тестов свидетельствуют об активности патологического процесса.

15. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с хроническим гингивитом включают:

15.1. обязательные лечебные мероприятия:

обучение индивидуальной гигиене полости рта;

контроль эффективности гигиены полости рта проводят при контролируемой чистке зубов;

профессиональное удаление зубных отложений до показателей гигиенического индекса ОНI-S $\leq 0,3-0,6$ балла;

контролируемую чистку зубов и профессиональное удаление зубных отложений при хроническом язвенном гингивите проводят после купирования воспаления и восстановления целостности слизистой оболочки десны;

устранение местных неблагоприятных факторов, способствующих развитию хронического гингивита;

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с хроническим гингивитом по медицинским показаниям согласно приложению 1;

15.2. дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

для устранения местных неблагоприятных факторов, способствующих развитию хронического гингивита, проводят обезболивание по медицинским показаниям с использованием лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с хроническим гингивитом согласно приложению 1;

физиотерапевтические методы лечения хронического гингивита на очаги поражения согласно приложению 2.

Приложение 1

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (детское население)
с хроническим гингивитом»

Лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов (детское население) с хроническим гингивитом

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D04AB Местные анестетики для наружного применения			
1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. Лекарственное средство можно наносить путем смазывания смоченным в средстве ватным тампоном
N01B Средства для местной анестезии			
2	Лидокаин/Хлоргексидин	Анестезирующий гель в шприцах 12,5 г; анестезирующий гель в шприцах 8,5 г	Для аппликационной анестезии слизистой оболочки полости рта, а также перед инъекционной анестезией. У детей до 2 лет применение противопоказано. Предназначен для детей с 2 лет. Для детей в возрасте от 2 до 11 лет максимально допустимая доза лидокаина гидрохлорида не должна превышать 2,9 мг/кг. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента
3	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/1 мл в ампулах 2 мл (картриджах 1,7 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/1 мл в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг/0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл; раствор для инъекций (40 мг/0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл; раствор для инъекций	Инъекционная анестезия тканей полости рта. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента. Необходимо использовать по возможности меньший объем лекарственного средства, обеспечивающий адекватную анестезию; доза лекарственного средства не должна превышать 7 мг артикаина на 1 кг массы тела. Использование у детей до года не изучалось

		(40 мг + 0,012 мг)/1 мл в картриджах 1,7 мл	
D08 Антисептические и дезинфицирующие средства			
4	Хлоргексидин	Раствор для местного и наружного применения 0,5 мг/мл	Неразведенный раствор применяется в виде орошений, полосканий и аппликаций – 5–10 мл раствора наносят на пораженную поверхность слизистой оболочки полости рта или на десну с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза в сутки (на тампоне или путем орошения) в течение 3–5 дней
5	Бензилдиметил-аммония хлорид	Раствор для наружного (местного) применения 0,01 % водного раствора	Рекомендуется полоскание полости рта 10–15 мл лекарственного средства, 3–4 раза в сутки в течение 3–5 дней. В случае невозможности полоскания допускается местное применение марлевых или ватных тампонов, смоченных раствором лекарственного средства. Опыт клинического применения у детей до 18 лет ограничен
6	Перекись водорода	Раствор для наружного применения 30 мг/мл во флаконах	Полоскание (обработка) полости рта. Для наружного применения используют раствор 30 мг/мл; для полоскания полости рта и горла, нанесения на слизистые оболочки – раствор 2,5 мг/мл (раствор 30 мг/мл разводят водой в соотношении 1:11). Поврежденные участки кожи или слизистой оболочки обрабатывают ватным или марлевым тампоном, смоченным раствором лекарственного средства. Для полоскания полости рта и горла применяется у детей с 12 лет
R02AA20 Средства для лечения заболеваний горла. Антисептики			
7	Биклотимол/Эноксолон/Лизоцим гидрохлорид	Таблетки для рассасывания в блистерах	Для детей старше 6 лет. Обработка слизистой оболочки полости рта. Медленно рассасывать до полного растворения по 1 таблетке каждые 4 часа (максимальная суточная доза – 4 таблетки) 5 дней
A01AB Противомикробные средства для местного применения при заболеваниях полости рта			
8	Метронидазол/Хлоргексидин	Гель стоматологический в тубах	Для детей старше 6 лет. Гель наносится на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1–2 раза в сутки длительностью до 30 мин. Курс процедур – 7–10 дней
A01AD Прочие средства для местного применения при заболеваниях полости рта			
9	Лидокаина гидрохлорид моногидрат 20,0 мг / Ромашки аптечной цветков экстракт (1:4–5)	Гель для местного применения в тубах	Для детей старше 12 лет. Полоску геля длиной 0,5 см наносят на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем и осторожно втирают, кратность применения – 3 раза в сутки длительностью до 20 мин. Количество процедур индивидуально
D03BA Протеолитические ферменты			
10	Трипсин кристаллический ¹	Лиофилизат для приготовления раствора для инъекций и местного применения 10 мг во флаконах	Местно. На изъязвленную или некротизированную слизистую оболочку полости рта или десны накладывают смоченную салфетку раствором трипсина (готовят непосредственно перед применением: 10 мг трипсина растворяют в 10 мл стерильного физиологического раствора). Количество процедур индивидуально
11	Химотрипсин ¹	Лиофилизат для приготовления раствора для инъекций и местного применения 10 мг во флаконах	Местно. На гнойные поверхности слизистой оболочки полости рта или десны с некротизированными тканями накладывается смоченная салфетка раствором 10 мг химотрипсина в 10 мл стерильного физиологического раствора. Количество процедур индивидуально

A01AD Прочие средства для местного применения при заболеваниях полости рта			
12	Холина салицилат/Цеталкония хлорид	Гель стоматологический (87,1 мг + 0,1 мг)/г в тубах 10 г	Назначается детям старше 3 лет. Наносится на слизистую оболочку полости рта или десну тонким слоем 2–3 раза в сутки, длительность аппликации до 2 мин. Количество процедур индивидуально
D03AX Прочие средства, способствующие нормальному рубцеванию			
13	Депротеинизированный гемодериват крови телят ¹	Дентальная адгезивная паста в тубах 5 г	Применяется у детей с 2 лет. Наносится на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1 раз в сутки длительностью до 20 мин. Количество процедур индивидуально
14	Облепихи масло	Масло для приема внутрь, местного и наружного применения во флаконах 30 мл, 50 мл, 100 мл	Применяется у детей с 12 лет в комплексной терапии в качестве ранозаживляющего средства при поражении слизистых оболочек, масло наносится тампоном на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1 раз в сутки длительностью до 20 мин. Количество процедур индивидуально
R02AA Средства лечения заболеваний гортани и глотки			
15	Спиртовое извлечение из цветков ноготков (цветков календулы) (содержит не менее 65 % этанола)	Настойка для наружного применения во флаконах 50 мл, 30 мл	Местно. В десневые карманы на 1 мин вводят тонкие турунды, обильно смоченные водным раствором лекарственного средства (1 чайную ложку настойки разводят в стакане теплой кипяченой воды) через 2 суток. Курс лечения индивидуально. Полоскание полости рта (1 чайную ложку настойки разводят в стакане теплой кипяченой воды) в течение 1–2 мин 2–3 раза в сутки. Курс лечения – 2–5 дней. Лекарственное средство не рекомендовано для детей до 12 лет – для местного применения (при воспалительных заболеваниях полости рта и глотки)
A01AD Прочие средства для местного применения при заболеваниях полости рта			
16	Комбинированное средство на основе компонентов растительного происхождения (ромашки цветков, календулы цветков, тысячелистника травы)	Экстракт жидкий (1:1) из лекарственного растительного сырья: ромашки цветков, календулы цветков, тысячелистника травы (2:1:1) (лекарственное средство содержит не менее 33 % спирта этилового. Флаконы 55 мл)	Детям старше 12 лет. Местно. Полоскание полости рта (1 чайную ложку настойки разводят в стакане теплой кипяченой воды) в течение 1–2 мин 2–3 раза в сутки. Курс лечения – 2–5 дней. В десневые карманы на 1 мин вводят тонкие турунды, обильно смоченные водным раствором лекарственного средства (1 чайную ложку настойки разводят в стакане теплой кипяченой воды). Процедуру проводят 1 раз в сутки ежедневно или через день. Курс лечения – 4–6 процедур
D08AX Прочие антисептические и дезинфицирующие средства			
17	Хлорофиллипта экстракт сухой	Раствор спиртовой 10 мг/мл во флаконах	Для детей старше 12 лет. Полоскание полости рта (орошение) (1 чайную ложку спиртового раствора разводят в стакане теплой кипяченой воды), экспозиция 1–2 мин 2–3 раза в сутки 2–5 дней. В десневые карманы на 1 мин вводят тонкие турунды, обильно смоченные водным раствором лекарственного средства (1 чайную ложку спиртового раствора разводят в стакане теплой кипяченой воды) через 2 суток. Курс лечения индивидуально

¹ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

**Физиотерапевтические методы лечения хронического гингивита,
применяемые при проведении дополнительных мероприятий**

№ п/п	Метод физиотерапевтического лечения	Режим применения, кратность
Хронический простой маргинальный гингивит средней и тяжелой степени тяжести (1–2 метода по медицинским показаниям)		
1	Орошение десен (гидротерапия, гидромассаж десен)	7–10 процедур 2 раза в день
2	Облучение короткими ультрафиолетовыми лучами (КУФ-облучение) очагов слизистой полости рта	5–6 процедур через день
3	Дарсонвализация десны (контактная и искровая)	10–15 процедур ежедневно
4	Лазеротерапия (магнитолазеротерапия)	5–10 процедур ежедневно
5	Гипо- и гипертермия местная (контрастная термотерапия)	6 процедур ежедневно
6	Магнитотерапия местная (магнитофорные аппликаторы, магнитная капа)	20–30 процедур ежедневно
Хронический гиперпластический гингивит отечная форма средней и тяжелой степени тяжести		
1	Орошение десен (гидротерапия, гидромассаж десен)	7–10 процедур 2 раза в день
Хронический гиперпластический гингивит фиброзная форма средней и тяжелой степени тяжести		
1	Лазеротерапия (магнитолазеротерапия)	7–10 процедур ежедневно
Хронический язвенный гингивит (1–2 метода по медицинским показаниям)		
1	Орошение десен (гидротерапия, гидромассаж десен)	7–10 процедур 2 раза в день
2	Облучение короткими ультрафиолетовыми лучами (КУФ-облучение) очагов слизистой полости рта	5–6 процедур через день
3	Лазерная (магнитолазерная) терапия	7–10 процедур ежедневно

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
30.11.2022 № 112

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов (детское население)
с хроническим периодонтитом»**

**ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на терапевтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (детское население) с хроническим периодонтитом (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K05.3 Хронический периодонтит: K05.30 Хронический простой периодонтит; K05.31 Хронический сложный периодонтит).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

хронический периодонтит – хроническое воспаление тканей периодонта, сопровождающееся деструкцией периодонтальной связки и межальвеолярной кости.

ГЛАВА 2

КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРИЗНАКИ И КРИТЕРИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА

4. Хронический периодонтит классифицируют по форме, распространенности и степени тяжести:

4.1. по форме:

простой – воспалительно-деструктивный процесс в тканях периодонта, сопровождающийся горизонтальной резорбцией альвеолярной кости;

сложный – воспалительно-деструктивный процесс в тканях периодонта, сопровождающийся вертикальной резорбцией и окклюзионной травмой;

4.2. по распространенности:

локализованный – локальный воспалительно-деструктивный процесс в тканях периодонта при видимой местной причине;

генерализованный – воспалительно-деструктивный процесс в тканях периодонта на всех участках верхней и нижней челюстей в результате взаимодействия общих и местных факторов;

4.3. по степени тяжести:

легкой степени тяжести – периодонтит с деструкцией альвеолярной кости и снижением ее высоты по соотношению к длине корня зуба до 1/3;

средней степени тяжести – периодонтит с деструкцией альвеолярной кости и снижением ее высоты по соотношению к длине корня зуба от 1/3 до 1/2;

тяжелой степени тяжести – периодонтит с деструкцией альвеолярной кости и снижением ее высоты по соотношению к длине корня зуба более 1/2.

5. Признаки хронического периодонтита:

данные анамнеза;

признаки хронического гингивита (изменение цвета десны; изменение объема десны; изменение контура десны; изменение поверхностной структуры десны; изменение консистенции десны; дискомфорт или боль в десне (преходящая), кровоточивость десны (преходящая); симптоматическая рецессия десны).

6. Критерии хронического периодонтита:

нарушение целостности зубодесневого прикрепления;

глубина десневого зондирования 3 мм и более;

наличие зубодесневого кармана (надкостный, внутрикостный);

рентгенологические признаки деструкции межальвеолярной кости;

подвижность зубов отсутствует или I–III степени;

индексная оценка ($GI > 0,8$; $PI > 4,0$).

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА

7. Основными принципами диагностики хронического периодонтита являются:

выявление факторов, влияющих на возникновение и развитие хронического периодонтита, а также определение медицинских показаний к лечению, выбор метода лечения и тактики врача-специалиста;

дифференциальная диагностика хронического периодонтита;

выявление взаимосвязи стоматологического и общего здоровья с состоянием десны.

8. Обязательными диагностическими мероприятиями являются:

сбор анамнеза;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов, пальпация, перкуссия, оценка состояния твердых тканей зубов, зубных рядов, пломб, протезов и ортодонтических аппаратов (при их наличии), оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта;

индексная оценка стоматологического здоровья: индекс интенсивности кариеса – КПУ, гигиенический индекс Green, Vermillion – OHI-S; индексы оценки состояния тканей периодонта (десневой индекс Loe, Silness – GI; периодонтальный индекс Russel – PI);

инструментальные диагностические исследования (лучевые методы исследования): прицельная внутриротовая контактная рентгенография или ортопантомография челюстей.

9. Дополнительными диагностическими мероприятиями (по медицинским показаниям) являются:

клинические мероприятия: индекс зубного налета – PLI (Silness, Loe); определение количества зубов с оголением их пришеечной области – IR (индекс рецессии десны Stahl, Morris); качественный и (или) количественный состав микрофлоры десневой борозды (ПЦР-исследование); общий (клинический) анализ крови; исследование уровня глюкозы в крови; общий анализ мочи;

инструментальное диагностическое исследование (лучевой метод исследования): конусно-лучевая компьютерная томография челюстно-лицевой области;

консультация врача-специалиста (врача-педиатра, врача-детского эндокринолога, врача-гематолога, врача-аллерголога-иммунолога, врача-рентгенолога, врача клинической лабораторной диагностики, врача-физиотерапевта, врача-стоматолога-ортодонта, врача-стоматолога-хирурга).

10. Дифференциальная диагностика хронического периодонтита проводится: с хроническими формами гингивитов, с юношеским (ювенильным) периодонтитом.

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА

11. Методы медицинской профилактики хронического периодонтита: своевременная диагностика и лечение хронического гингивита; медицинская профилактика травмы тканей десны при проведении стоматологических манипуляций;

регулярное механическое удаление зубного налета с помощью гигиенических средств, а также профессиональное удаление зубных отложений.

12. Планирование комплексного лечения пациентов с хроническим периодонтитом включает следующие этапы:

подготовительные мероприятия у врача-стоматолога детского включают устранение местных неблагоприятных факторов развития хронического периодонтита, повторную оценку состояния тканей периодонта;

ортодонтическое лечение при зубочелюстных аномалиях у врача-стоматолога-ортодонта;

хирургическое лечение для восстановления мукогингивальных соотношений, для устранения периодонтальных карманов, коррекции контура десны и альвеолярной кости, удаления поддесневых зубных отложений, грануляций, измененного эпителия и цемента у врача-стоматолога-хирурга или врача – челюстно-лицевого хирурга;

поддерживающее лечение.

13. Основа поддерживающей терапии – регулярное механическое удаление зубного налета с помощью гигиенических средств, а также профессиональное удаление зубных отложений. Медицинское наблюдение при легкой форме заболевания – 1 раз в 6 месяцев, при средней и тяжелой – 1 раз в 3 месяца.

14. Результативность комплексного лечения пациентов с периодонтитом определяют с помощью следующих критериев:

стабилизация процесса – состояние периодонта без признаков активности патологического процесса в течение 2 лет;

ремиссия – кратковременная стабилизация в пределах одного года без признаков активности процесса;

без изменений – состояние периодонта, при котором параметры объективных тестов не отличаются от первоначальных;

улучшение – улучшение показателей состояния тканей периодонта по сравнению с показателями после подготовительных мероприятий;

ухудшение – состояние периодонта, при котором параметры объективных тестов свидетельствуют об активности патологического процесса.

15. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с хроническим периодонтитом включают:

15.1. обязательные лечебные мероприятия:
 обучение индивидуальной гигиене полости рта;
 контроль эффективности гигиены полости рта проводят при контролируемой чистке зубов;
 профессиональное удаление зубных отложений до показателей гигиенического индекса ОНП-S $\leq 0,3-0,6$ балла;
 устранение местных неблагоприятных факторов, способствующих развитию хронического периодонтита;
 применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с хроническим периодонтитом по медицинским показаниям согласно приложению 1;
 15.2. дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):
 для устранения местных неблагоприятных факторов, способствующих развитию хронического периодонтита, проводят обезболивание по медицинским показаниям с использованием лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с хроническим периодонтитом согласно приложению 1;
 для иммобилизации подвижных зубов при периодонтите средней степени тяжести и тяжелом – временное или постоянное шинирование зубов (проводит врач-стоматолог детский);
 физиотерапевтические методы лечения хронического периодонтита на очаги поражения согласно приложению 2.

Приложение 1
 к клиническому протоколу
 «Диагностика и лечение
 пациентов (детское население)
 с хроническим периодонтитом»

Лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов (детское население) с хроническим периодонтитом

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D04AB Местные анестетики для наружного применения			
1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. Лекарственное средство можно наносить путем смазывания смоченным в средстве ватным тампоном
N01B Средства для местной анестезии			
2	Лидокаин/Хлоргексидин	Анестезирующий гель в шприцах 12,5 г; анестезирующий гель в шприцах 8,5 г	Для аппликационной анестезии слизистой оболочки полости рта, а также перед инъекционной анестезией. У детей до 2 лет применение противопоказано. Предназначен для детей с 2 лет. Для детей в возрасте от 2 до 11 лет максимально допустимая доза лидокаина гидрохлорида не должна превышать 2,9 мг/кг. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента
3	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/1 мл в ампулах 2 мл (картриджах 1,7 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/1 мл в ампулах 2 мл; раствор для инъекций	Инъекционная анестезия тканей полости рта. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента. Необходимо использовать по возможности меньший объем лекарственного средства, обеспечивающий адекватную анестезию; доза

		(40 мг/0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл; раствор для инъекций (40 мг/0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/1 мл в картриджах 1,7 мл	лекарственного средства не должна превышать 7 мг артикаина на 1 кг массы тела. Использование у детей до года не изучалось
D08 Антисептические и дезинфицирующие средства			
4	Хлоргексидин	Раствор для местного и наружного применения 0,5 мг/мл	Неразведенный раствор применяется в виде орошений, полосканий и аппликаций – 5– 10 мл раствора наносят на пораженную поверхность слизистой оболочки полости рта или на десну с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза в сутки (на тампоне или путем орошения) в течение 3–5 дней
5	Бензилдиметил-аммония хлорид	Раствор для наружного (местного) применения 0,01 % водного раствора	Рекомендуется полоскание полости рта 10– 15 мл лекарственного средства, 3–4 раза в сутки в течение 3–5 дней. В случае невозможности полоскания допускается местное применение марлевых или ватных тампонов, смоченных раствором лекарственного средства. Опыт клинического применения у детей до 18 лет ограничен
6	Перекись водорода	Раствор для наружного применения 30 мг/мл во флаконах	Полоскание (обработка) полости рта. Для наружного применения используют раствор 30 мг/мл; для полоскания полости рта и горла, нанесения на слизистые оболочки – раствор 2,5 мг/мл (раствор 30 мг/мл разводят водой в соотношении 1:11). Поврежденные участки кожи или слизистой оболочки обрабатывают ватным или марлевым тампоном, смоченным раствором лекарственного средства. Для полоскания полости рта и горла применяется у детей с 12 лет
R02AA20 Средства для лечения заболеваний горла. Антисептики			
7	Биклотимол/Эноксолон/Лизоцим гидрохлорид	Таблетки для рассасывания в блистерах	Для детей старше 6 лет. Обработка слизистой оболочки полости рта. Медленно рассасывать до полного растворения по 1 таблетке каждые 4 часа (максимальная суточная доза – 4 таблетки) 5 дней
A01AB Противомикробные средства для местного применения при заболеваниях полости рта			
8	Метронидазол/Хлоргексидин	Гель стоматологический в тубах	Для детей старше 6 лет. Гель наносится на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1–2 раза в сутки длительностью до 30 мин. Курс процедур – 7–10 дней
A01AD Прочие средства для местного применения при заболеваниях полости рта			
9	Лидокаина гидрохлорид моногидрат 20,0 мг / Ромашки аптечной цветков экстракт (1:4–5)	Гель для местного применения в тубах	Для детей старше 12 лет. Полоску геля длиной 0,5 см наносят на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем и осторожно втирают, кратность применения – 3 раза в сутки длительностью до 20 мин. Количество процедур индивидуально
D03BA Протеолитические ферменты			
10	Трипсин кристаллический ¹	Лиофилизат для приготовления раствора для инъекций и местного применения 10 мг во флаконах	Местно. На изъязвленную или некротизированную слизистую оболочку полости рта или десны накладывают смоченную салфетку раствором трипсина (готовят непосредственно перед применением: 10 мг трипсина растворяют в 10 мл стерильного физиологического

			раствора). Количество процедур индивидуально
11	Химотрипсин ¹	Лиофилизат для приготовления раствора для инъекций и местного применения 10 мг во флаконах	Местно. На гнойные поверхности слизистой оболочки полости рта или десны с некротизированными тканями накладывается смоченная салфетка раствором 10 мг химотрипсина в 10 мл стерильного физиологического раствора. Количество процедур индивидуально
A01AD Прочие средства для местного применения при заболеваниях полости рта			
12	Холина салицилат/Цеталкония хлорид	Гель стоматологический (87,1 мг + 0,1 мг)/г в тубах 10 г	Назначается детям старше 3 лет. Наносится на слизистую оболочку полости рта или десну тонким слоем 2–3 раза в сутки, длительность аппликации до 2 мин. Количество процедур индивидуально
D03AX Прочие средства, способствующие нормальному рубцеванию			
13	Депротеинизированный гемодериват крови телят ¹	Дентальная адгезивная паста в тубах 5 г	Применяется у детей с 2 лет. Наносится на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1 раз в сутки длительностью до 20 мин. Количество процедур индивидуально
14	Облепихи масло	Масло для приема внутрь, местного и наружного применения во флаконах 30 мл, 50 мл, 100 мл	Применяется у детей с 12 лет в комплексной терапии в качестве ранозаживляющего средства при поражении слизистых оболочек, масло наносится тампоном на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1 раз в сутки длительностью до 20 мин. Количество процедур индивидуально
R02AA Средства лечения заболеваний гортани и глотки			
15	Спиртовое извлечение из цветков ноготков (цветков календулы) (содержит не менее 65 % этанола)	Настойка для наружного применения во флаконах 50 мл, 30 мл	Местно. В десневые карманы на 1 мин вводят тонкие турунды, обильно смоченные водным раствором лекарственного средства (1 чайную ложку настойки разводят в стакане теплой кипяченой воды) через 2 суток. Курс лечения индивидуально. Полоскание полости рта (1 чайную ложку настойки разводят в стакане теплой кипяченой воды) в течение 1–2 мин 2–3 раза в сутки. Курс лечения – 2–5 дней. Лекарственное средство не рекомендовано для детей до 12 лет – для местного применения (при воспалительных заболеваниях полости рта и глотки)
A01AD Прочие средства для местного применения при заболеваниях полости рта			
16	Комбинированное средство на основе компонентов растительного происхождения (ромашки цветков, календулы цветков, тысячелистника травы)	Экстракт жидкий (1:1) из лекарственного растительного сырья: ромашки цветков, календулы цветков, тысячелистника травы (2:1:1) (лекарственное средство содержит не менее 33 % спирта этилового. Флаконы 55 мл)	Детям старше 12 лет. Местно. Полоскание полости рта (1 чайную ложку настойки разводят в стакане теплой кипяченой воды) в течение 1–2 мин 2–3 раза в сутки. Курс лечения – 2–5 дней. В десневые карманы на 1 мин вводят тонкие турунды, обильно смоченные водным раствором лекарственного средства (1 чайную ложку настойки разводят в стакане теплой кипяченой воды). Процедуру проводят 1 раз в сутки ежедневно или через день. Курс лечения – 4–6 процедур
D08AX Прочие антисептические и дезинфицирующие средства			
17	Хлорофиллипта экстракт сухой	Раствор спиртовой 10 мг/мл во флаконах	Для детей старше 12 лет. Полоскание полости рта (орошение) (1 чайную ложку спиртового раствора разводят в стакане теплой кипяченой воды), экспозиция 1–2 мин 2–3 раза в сутки 2–5 дней. В десневые карманы на 1 мин вводят тонкие

			турунды, обильно смоченные водным раствором лекарственного средства (1 чайную ложку спиртового раствора разводят в стакане теплой кипяченой воды) через 2 суток. Курс лечения индивидуально
--	--	--	---

¹ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (детское население)
с хроническим периодонтитом»

Физиотерапевтические методы лечения хронического периодонтита, применяемые при проведении дополнительных мероприятий

№ п/п	Метод физиотерапевтического лечения (1–2 метода по медицинским показаниям)	Режим применения, кратность
1	Гидротерапия, гидромассаж, минеральные ротовые ванночки	7–10 процедур 2 раза в день
2	Дарсонвализация десны (контактная и искровая)	10–12 процедур ежедневно
3	Озонотерапия	5–6 процедур ежедневно
4	Магнитотерапия местная (магнитофорные аппликаторы, магнитная капа)	20–30 процедур ежедневно
5	Гипо- и гипертермия местная (контрастная термотерапия)	6 процедур ежедневно
6	Лазеротерапия (магнитолазеротерапия)	7–10 процедур ежедневно

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
30.11.2022 № 112

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ **«Диагностика и лечение пациентов (детское население)** **с юношеским (ювенильным) периодонтитом»**

ГЛАВА 1 **ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на терапевтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (детское население) с юношеским (ювенильным) периодонтитом (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K05.4 Юношеский (ювенильный) периодонтит).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

юношеский (ювенильный) периодонтит – воспалительно-инфекционный процесс аутоиммунной природы с быстрой потерей альвеолярной кости в области более чем одного зуба постоянного прикуса.

ГЛАВА 2

КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРИЗНАКИ И КРИТЕРИИ ЮНОШЕСКОГО (ЮВЕНИЛЬНОГО) ПЕРИОДОНТИТА

4. Юношеский (ювенильный) периодонтит классифицируют по распространенности: локализованный – деструкция костной ткани в области центральных резцов и первых моляров (симметричные поражения);

генерализованный – кроме симметричных поражений в области центральных резцов и первых моляров регистрируются очаги резорбции в области остальных зубов.

В 90 % случаев у пациентов с локализованным юношеским (ювенильным) периодонтитом в содержимом десневого кармана присутствует *Actinobacillus actinomycetemcomitans*.

При генерализованном юношеском (ювенильном) периодонтите в содержимом десневого кармана встречаются микроорганизмы трех групп: *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (в 95–100 % случаев); *Capnocytophaga sputigena*; *Bacteroides intermedius*.

5. Признаки юношеского (ювенильного) периодонтита:

данные анамнеза (наследственная предрасположенность, возраст появления первых признаков – 11–13 лет);

поражение периапикальных тканей только в области постоянных зубов;

нормальный цвет десны или признаки легкого воспаления;

не характерно наличие обильных зубных отложений;

боль отсутствует.

6. Критерии юношеского (ювенильного) периодонтита:

нарушение целостности зубодесневого прикрепления;

глубина десневого зондирования 3 мм и более;

наличие зубодесневого кармана;

рентгенологические признаки деструкции межальвеолярной кости (вертикальный тип резорбции, аркообразная убыль альвеолярной кости от дистальной поверхности 2-го премоляра до медиальной поверхности 2-го моляра);

подвижность зубов I–III степени;

индексная оценка ($PI > 4,0$);

несоответствие степени деструкции тканей периодонта степени воздействия местных факторов.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА ЮНОШЕСКОГО (ЮВЕНИЛЬНОГО) ПЕРИОДОНТИТА

7. Основными принципами диагностики юношеского (ювенильного) периодонтита являются:

выявление факторов, влияющих на возникновение и развитие юношеского (ювенильного) периодонтита, а также определение медицинских показаний к лечению, выбор метода лечения и тактики врача-специалиста;

дифференциальная диагностика юношеского (ювенильного) периодонтита;

выявление взаимосвязи стоматологического и общего здоровья с состоянием десны.

8. Обязательными диагностическими мероприятиями являются:

сбор анамнеза;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов, пальпация, перкуссия, оценка состояния твердых тканей зубов, зубных рядов, пломб, протезов и ортодонтических аппаратов (при их наличии), оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта;

индексная оценка стоматологического здоровья: индекс интенсивности кариеса – КПУ, гигиенический индекс Green, Vermillion – OHI-S; индексы оценки состояния тканей периодонта (десневой индекс Loe, Silness – GI; периодонтальный индекс Russel – PI);

инструментальные диагностические исследования (лучевые методы исследования): прицельная внутриротовая контактная рентгенография или ортопантомография челюстей.

9. Дополнительными диагностическими мероприятиями (по медицинским показаниям) являются:

клинические мероприятия: индекс зубного налета – PLI (Silness, Loe); определение количества зубов с оголением их пришеечной области – IR (индекс рецессии десны Stahl, Morris); качественный и (или) количественный состав микрофлоры десневой борозды или полости рта (ПЦР-исследование); общий (клинический) анализ крови; исследование уровня глюкозы в крови; общий анализ мочи;

инструментальное диагностическое исследование (лучевой метод исследования): конусно-лучевая компьютерная томография челюстно-лицевой области;

консультация врача-специалиста (врача-педиатра, врача-детского эндокринолога, врача-гематолога, врача-аллерголога-иммунолога, врача-рентгенолога, врача клинической лабораторной диагностики, врача-физиотерапевта, врача-стоматолога-ортодонта, врача-стоматолога-хирурга).

10. Дифференциальная диагностика юношеского (ювенильного) периодонтита проводится: с хроническим простым маргинальным гингивитом, хроническим простым и сложным периодонтитами.

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ ЮНОШЕСКОГО (ЮВЕНИЛЬНОГО) ПЕРИОДОНТИТА

11. Методы медицинской профилактики юношеского (ювенильного) периодонтита: регулярное механическое удаление зубного налета с помощью гигиенических средств, а также профессиональное удаление зубных отложений.

12. Планирование комплексного лечения пациентов с юношеским (ювенильным) периодонтитом включает следующие этапы:

подготовительные мероприятия у врача-стоматолога детского включают устранение местных предрасполагающих неблагоприятных факторов развития юношеского (ювенильного) периодонтита, повторную оценку состояния тканей периодонта, контроль прироста зубного налета, мониторинг поддесневых патогенетических бактерий (*Actinobacillus actinomycetemcomitans*);

ортодонтическое лечение при зубочелюстных аномалиях у врача-стоматолога-ортодонта;

хирургическое лечение для восстановления мукогингивальных соотношений, для устранения периодонтальных карманов, коррекции контура десны и альвеолярной кости, удаления поддесневых зубных отложений, грануляций, измененного эпителия и цемента у врача-стоматолога-хирурга или врача-челюстно-лицевого хирурга;

поддерживающее лечение.

13. Основа поддерживающей терапии – регулярное механическое удаление зубного налета с помощью гигиенических средств, а также профессиональное удаление зубных отложений. Медицинское наблюдение – 1 раз в 3 месяца.

14. Результативность комплексного лечения пациентов с юношеским (ювенильным) периодонтитом определяют с помощью следующих критериев:

стабилизация процесса – состояние периодонта без признаков активности патологического процесса в течение 2 лет;

ремиссия – кратковременная стабилизация в пределах одного года без признаков активности процесса;

без изменений – состояние периодонта, при котором параметры объективных тестов не отличаются от первоначальных;

улучшение – улучшение показателей состояния тканей периодонта по сравнению с показателями после подготовительных мероприятий;

ухудшение – состояние периодонта, при котором параметры объективных тестов свидетельствуют об активности патологического процесса.

15. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с юношеским (ювенильным) периодонтитом включают:

15.1. обязательные лечебные мероприятия:

обучение индивидуальной гигиене полости рта;

контроль эффективности гигиены полости рта проводят при контролируемой чистке зубов;

профессиональное удаление зубных отложений до показателей гигиенического индекса ОНI-S $\leq 0,3-0,6$ балла;

устранение местных неблагоприятных факторов, способствующих развитию юношеского (ювенильного) периодонтита;

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с юношеским (ювенильным) периодонтитом по медицинским показаниям согласно приложению 1;

15.2. дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

для устранения местных неблагоприятных факторов, способствующих развитию юношеского (ювенильного) периодонтита проводят обезболивание по медицинским показаниям с использованием лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с юношеским (ювенильным) периодонтитом согласно приложению 1;

для иммобилизации подвижных зубов при юношеском (ювенильном) периодонтите – временное или постоянное шинирование зубов (проводит врач-стоматолог детский);

физиотерапевтические методы лечения юношеского (ювенильного) периодонтита на очаги поражения согласно приложению 2.

Приложение 1

к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(детское население) с юношеским
(ювенильным) периодонтитом»

Лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов (детское население) с юношеским (ювенильным) периодонтитом

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D04AB Местные анестетики для наружного применения			
1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. Лекарственное средство можно наносить путем смазывания смоченным в препарате ватным тампоном
N01B Препараты для местной анестезии			
2	Лидокаин/Хлоргексидин	Анестезирующий гель в шприцах 12,5 г; анестезирующий гель в шприцах 8,5 г	Для аппликационной анестезии слизистой оболочки полости рта, а также перед инъекционной анестезией. У детей до 2 лет применение противопоказано. Предназначен для детей с 2 лет. Для детей в возрасте от 2 до 11 лет максимально допустимая доза лидокаина гидрохлорида не должна превышать 2,9 мг/кг. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента
3	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/1 мл в ампулах 2 мл (картриджах 1,7 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/1 мл в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг/0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл; раствор для инъекций (40 мг/0,010 мг)/мл	Инъекционная анестезия тканей полости рта. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента. Необходимо использовать по возможности меньший объем лекарственного средства, обеспечивающий адекватную анестезию; доза лекарственного средства не должна превышать 7 мг артикаина на 1 кг массы тела. Использование у детей до года не изучалось

		в картриджах 1,7 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/1 мл в картриджах 1,7 мл	
D08 Антисептические и дезинфицирующие средства			
4	Хлоргексидин	Раствор для местного и наружного применения 0,5 мг/мл	Неразведенный раствор применяется в виде орошений, полосканий и аппликаций – 5–10 мл раствора наносят на пораженную поверхность слизистой оболочки полости рта или на десну с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза в сутки (на тампоне или путем орошения) в течение 3–5 дней
5	Бензилдиметил-аммония хлорид	Раствор для наружного (местного) применения 0,01 % водного раствора	Рекомендуется полоскание полости рта 10–15 мл лекарственного средства, 3–4 раза в сутки в течение 3–5 дней. В случае невозможности полоскания допускается местное применение марлевых или ватных тампонов, смоченных раствором лекарственного средства. Опыт клинического применения у детей до 18 лет ограничен
6	Перекись водорода	Раствор для наружного применения 30 мг/мл во флаконах	Полоскание (обработка) полости рта. Для наружного применения используют раствор 30 мг/мл; для полоскания полости рта и горла, нанесения на слизистые оболочки – раствор 2,5 мг/мл (раствор 30 мг/мл разводят водой в соотношении 1:11). Поврежденные участки кожи или слизистой оболочки обрабатывают ватным или марлевым тампоном, смоченным раствором лекарственного средства. Для полоскания полости рта и горла применяется у детей с 12 лет
R02AA20 Средства для лечения заболеваний горла. Антисептики			
7	Биклотимол/Эноксолон/Лизоцим гидрохлорид	Таблетки для рассасывания в блистерах	Для детей старше 6 лет. Обработка слизистой оболочки полости рта. Медленно рассасывать до полного растворения по 1 таблетке каждые 4 часа (максимальная суточная доза – 4 таблетки) 5 дней
A01AB Противомикробные препараты для местного применения при заболеваниях полости рта			
8	Метронидазол/Хлоргексидин	Гель стоматологический в тубах	Для детей старше 6 лет. Гель наносится на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1–2 раза в сутки длительностью до 30 мин. Курс процедур – 7–10 дней
A01AD Прочие препараты для местного применения при заболеваниях полости рта			
9	Лидокаина гидрохлорид моногидрат 20,0 мг / Ромашки аптечной цветков экстракт (1:4–5)	Гель для местного применения в тубах	Для детей старше 12 лет. Полоску геля длиной 0,5 см наносят на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем и осторожно втирают, кратность применения – 3 раза в сутки длительностью до 20 мин. Количество процедур индивидуально
D03BA Протеолитические ферменты			
10	Трипсин кристаллический ¹	Лиофилизат для приготовления раствора для инъекций и местного применения 10 мг во флаконах	Местно. На изъязвленную или некротизированную слизистую оболочку полости рта или десны накладывают смоченную салфетку раствором трипсина (готовят непосредственно перед применением: 10 мг трипсина растворяют в 10 мл стерильного физиологического раствора). Количество процедур индивидуально
11	Химотрипсин ¹	Лиофилизат для приготовления раствора для инъекций и местного	Местно. На гнойные поверхности слизистой оболочки полости рта или десны с некротизированными тканями накладывается смоченная салфетка раствором 10 мг химотрипсина в 10 мл

		применения 10 мг во флаконах	стерильного физиологического раствора. Количество процедур индивидуально
A01AD Прочие препараты для местного применения при заболеваниях полости рта			
12	Холина салицилат/Цеталкония хлорид	Гель стоматологический (87,1 мг + 0,1 мг)/г в тубах 10 г	Назначается детям старше 3 лет. Наносится на слизистую оболочку полости рта или десну тонким слоем 2–3 раза в сутки, длительность аппликации до 2 мин. Количество процедур индивидуально
D03AX Прочие препараты, способствующие нормальному рубцеванию			
13	Депротенизированный гемодериват крови телят ¹	Дентальная адгезивная паста в тубах 5 г	Применяется у детей с 2 лет. Наносится на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1 раз в сутки длительностью до 20 мин. Количество процедур индивидуально
14	Облепихи масло	Масло для приема внутрь, местного и наружного применения во флаконах 30 мл, 50 мл, 100 мл	Применяется у детей с 12 лет в комплексной терапии в качестве ранозаживляющего средства при поражении слизистых оболочек, масло наносится тампоном на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1 раз в сутки длительностью до 20 мин. Количество процедур индивидуально
R02AA Средства лечения заболеваний гортани и глотки			
15	Спиртовое извлечение из цветков ноготков (цветков календулы) (содержит не менее 65 % этанола)	Настойка для наружного применения во флаконах 50 мл, 30 мл	Местно. В периодонтальные карманы на 1 мин вводят тонкие турунды, обильно смоченные водным раствором лекарственного средства (1 чайную ложку настойки разводят в стакане теплой кипяченой воды) через 2 суток. Курс лечения индивидуально. Полоскание полости рта (1 чайную ложку настойки разводят в стакане теплой кипяченой воды) в течение 1–2 мин 2–3 раза в сутки. Курс лечения – 2–5 дней. Лекарственное средство не рекомендовано для детей до 12 лет – для местного применения (при воспалительных заболеваниях полости рта и глотки)
A01AD Прочие препараты для местного применения при заболеваниях полости рта			
16	Комбинированное средство на основе компонентов растительного происхождения (ромашки цветков, календулы цветков, тысячелистника травы)	Экстракт жидкий (1:1) из лекарственного растительного сырья: ромашки цветков, календулы цветков, тысячелистника травы (2:1:1) (лекарственное средство содержит не менее 33 % спирта этилового. Флаконы 55 мл)	Детям старше 12 лет. Местно. Полоскание полости рта (1 чайную ложку настойки разводят в стакане теплой кипяченой воды) в течение 1–2 мин 2–3 раза в сутки. Курс лечения – 2–5 дней. В периодонтальные карманы на 1 мин вводят тонкие турунды, обильно смоченные водным раствором лекарственного средства (1 чайную ложку настойки разводят в стакане теплой кипяченой воды). Процедуру проводят 1 раз в сутки ежедневно или через день. Курс лечения – 4–6 процедур
D08AX Прочие антисептические и дезинфицирующие средства			
17	Хлорофиллипта экстракт сухой	Раствор спиртовой 10 мг/мл во флаконах	Для детей старше 12 лет. Полоскание полости рта (орошение) (1 чайную ложку спиртового раствора разводят в стакане теплой кипяченой воды), экспозиция 1–2 мин 2–3 раза в сутки 2–5 дней. В периодонтальные карманы на 1 мин вводят тонкие турунды, обильно смоченные водным раствором лекарственного средства (1 чайную ложку спиртового раствора разводят в стакане теплой кипяченой воды) через 2 суток. Курс лечения индивидуально

¹ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям,

с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение пациентов
(детское население) с юношеским
(ювенильным) периодонтитом»

**Физиотерапевтические методы лечения юношеского (ювенильного) периодонтита,
применяемые при проведении дополнительных мероприятий**

№ п/п	Метод физиотерапевтического лечения (1–2 метода по медицинским показаниям)	Режим применения, кратность
1	Гидротерапия, гидромассаж, минеральные ротовые ванночки	7–10 процедур 2 раза в день
2	Дарсонвализация десны (контактная и искровая)	10–12 процедур ежедневно
3	Озонотерапия	5–6 процедур ежедневно
4	Магнитотерапия местная (магнитофорные аппликаторы, магнитная капа)	20–30 процедур ежедневно
5	Гипо- и гипертермия местная (контрастная термотерапия)	6 процедур ежедневно
6	Лазеротерапия (магнитолазеротерапия)	7–10 процедур ежедневно

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
30.11.2022 № 112

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (детское население) с рецессией десны»

**ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на терапевтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (детское население) с рецессией десны (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K06.0 Рецессия десны: K06.00 Рецессия десны локализованная; K06.01 Рецессия десны генерализованная).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

рецессия десны – смещение десневого края в апикальном направлении вдоль корня зуба без изменений в альвеолярной кости.

**ГЛАВА 2
КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРИЗНАКИ И КРИТЕРИИ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ**

4. Рецессию десны классифицируют по форме, распространенности и степени тяжести:

4.1. по форме:

анатомическая рецессия десны – результат анатомо-топографических особенностей зубочелюстной системы (оральная или щечная позиция зубов по отношению к зубной дуге; аномалии прикуса, зубов; нарушения архитектоники мягких тканей полости рта; парафункции и (или) результат травмы (механической при чрезмерной и неправильной

(горизонтальной) чистке зубов; агрессивного флоссинга; травмы, включающей грубое проведение профессиональной гигиены, нависающие края пломб, несостоятельные протезы и ортодонтические конструкции); хирургических манипуляций на тканях периодонта; химических повреждений (склерозирующая терапия, девитализация); физического повреждения (диатермокоагуляция);

симптоматическая – исход простого маргинального, язвенного, гиперпластического или симптоматического гингивитов (рецессию десны как симптом периодонтита или периодонтальной атрофии не обозначают в отдельную нозологическую форму);

4.2. по распространенности:

локализованная – в области 1–2 зубов при видимой местной причине, исключение составляет участок от 3.3 до 4.3 зуба;

генерализованная – на всех участках верхней и нижней челюстей;

4.3. по степени тяжести:

легкой степени тяжести – значение индекса рецессии десны Stahl, Morris (далее – IR) до 25 %;

средней степени тяжести – значение IR с 26 % до 50 %;

тяжелой степени тяжести – значение IR более 51 %.

5. Признаки рецессии десны:

данные анамнеза;

жалобы на эстетический недостаток улыбки;

отсутствие кровоточивости при десневом зондировании;

отсутствие признаков воспаления десны;

сглаживание десневого края.

6. Критерии рецессии десны:

сохранение целостности зубодесневого прикрепления;

глубина десневого зондирования 3 мм и менее;

отсутствие рентгенологических изменений в периодонте и межальвеолярной кости в области зуба с рецессией десны;

индексная оценка ($IR > 3 \%$).

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ

7. Основными принципами диагностики рецессии десны являются:

выявление факторов, влияющих на возникновение и развитие рецессии десны, а также определение медицинских показаний к лечению, выбор метода лечения и тактики врача-специалиста;

дифференциальная диагностика рецессии десны;

выявление взаимосвязи стоматологического и общего здоровья с состоянием десны.

8. Обязательными диагностическими мероприятиями являются:

сбор анамнеза;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов, пальпация, перкуссия, оценка состояния твердых тканей зубов, зубных рядов, пломб, протезов и ортодонтических аппаратов (при их наличии), оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта;

индексная оценка стоматологического здоровья: индекс интенсивности кариеса – КПУ, индекс зубного налета Silness, Loe – PLI или гигиенический индекс Green, Vermillion – OHI-S; индекс оценки состояния тканей периодонта (десневой индекс Loe, Silness – GI); определение количества зубов с убылью маргинальной части десны (IR).

9. Дополнительными диагностическими мероприятиями (по медицинским показаниям) являются:

клинические мероприятия: индекс оценки состояния тканей периодонта (периодонтальный индекс Russel – PI);

инструментальные диагностические исследования (лучевые методы исследования): прицельная внутриротовая контактная рентгенография зубов или ортопантомография челюстей, или конусно-лучевая компьютерная томография челюстно-лицевой области (детям с рецессией десны в возрасте 6 лет и старше);

консультация врача-специалиста (врача-стоматолога-ортодонта, врача-стоматолога-хирурга, врача-рентгенолога);

фотографирование для оценки изменения десневого контура: зубные ряды в окклюзии (фас, правая половина, левая половина, верхний зубной ряд, нижний зубной ряд).

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ

10. Методы медицинской профилактики рецессии десны:
своевременная диагностика и лечение зубочелюстных аномалий;
своевременная диагностика и лечение нарушений архитектоники мягких тканей полости рта;
своевременная диагностика и лечение болезней периодонта;
своевременная диагностика и лечение кариеса;
медицинская профилактика травмы тканей десны при проведении стоматологических манипуляций;
медицинская профилактика парафункций;
регулярное механическое удаление зубного налета с помощью гигиенических средств, а также профессиональное удаление зубных отложений.

11. Планирование комплексного лечения пациентов с рецессией десны включает следующие этапы:

подготовительные мероприятия у врача-стоматолога детского включают устранение местных неблагоприятных факторов развития рецессии десны, повторную оценку состояния тканей периодонта;

ортодонтическое лечение при зубочелюстных аномалиях и окклюзионной травме у врача-стоматолога-ортодонта;

хирургическое лечение при нарушениях архитектоники мягких тканей полости рта у врача-стоматолога-хирурга или врача-челюстно-лицевого хирурга;
поддерживающее лечение.

12. Основа поддерживающей терапии – дифференцированный подход к пациентам с рецессией десны с определением их в диспансерную группу. Медицинское наблюдение требуется у пациентов с симптоматической рецессией десны.

13. Результативность комплексного лечения пациентов с рецессией десны определяют с помощью следующих критериев:

стабилизация процесса – состояние периодонта без признаков активности патологического процесса в течение 2 лет;

ремиссия – кратковременная стабилизация в пределах одного года без признаков активности процесса;

без изменений – состояние периодонта, при котором параметры объективных тестов не отличаются от первоначальных;

улучшение – улучшение показателей состояния тканей периодонта по сравнению с показателями после подготовительных мероприятий;

ухудшение – состояние периодонта, при котором параметры объективных тестов свидетельствуют об активности патологического процесса.

14. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с рецессией десны включают:

14.1. обязательные лечебные мероприятия:

обучение индивидуальной гигиене полости рта;
контроль эффективности гигиены полости рта проводят при контролируемой чистке зубов;

профессиональное удаление зубных отложений до показателей гигиенического индекса ОНI-S $\leq 0,3-0,6$ балла;

устранение местных неблагоприятных факторов, способствующих развитию рецессии десны;

14.2. дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с рецессией десны согласно приложению;

для устранения местных неблагоприятных факторов, способствующих развитию рецессии десны, проводят обезболивание по медицинским показаниям с использованием лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с рецессией десны согласно приложению.

Приложение
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (детское население)
с рецессией десны»

Лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов (детское население) с рецессией десны

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D04AB Местные анестетики для наружного применения			
1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. Лекарственное средство можно наносить путем смазывания смоченным в лекарственном средстве ватным тампоном
N01B Средства для местной анестезии			
2	Лидокаин/Хлоргексидин	Анестезирующий гель в шприцах 12,5 г; анестезирующий гель в шприцах 8,5 г	Для аппликационной анестезии слизистой оболочки полости рта, а также перед инъекционной анестезией. У детей до 2 лет применение противопоказано. Предназначен для детей с 2 лет. Для детей в возрасте от 2 до 11 лет максимально допустимая доза лидокаина гидрохлорида не должна превышать 2,9 мг/кг. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента
3	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/1 мл в ампулах 2 мл (картриджах 1,7 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/1 мл в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг/0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл; раствор для инъекций (40 мг/0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/1 мл в картриджах 1,7 мл	Инъекционная анестезия тканей полости рта. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента. Необходимо использовать по возможности меньший объем лекарственного средства, обеспечивающий адекватную анестезию; доза средства не должна превышать 7 мг артикаина на 1 кг массы тела. Использование у детей до года не изучалось
D08 Антисептические и дезинфицирующие средства			
4	Хлоргексидин	Раствор для местного и наружного применения 0,5 мг/мл	Неразведенный раствор применяется в виде орошений, полосканий и аппликаций – 5–10 мл раствора наносят на пораженную поверхность слизистой оболочки полости рта или на десну с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза в сутки (на тампоне или путем орошения) в течение 3–5 дней

5	Бензилдиметил-аммония хлорид	Раствор для наружного (местного) применения 0,01 % водного раствора	Рекомендуется полоскание полости рта 10–15 мл лекарственного средства, 3–4 раза в сутки в течение 3–5 дней. В случае невозможности полоскания допускается местное применение марлевых или ватных тампонов, смоченных раствором лекарственного средства. Опыт клинического применения у детей до 18 лет ограничен
6	Перекись водорода	Раствор для наружного применения 30 мг/мл во флаконах	Полоскание (обработка) полости рта. Для наружного применения используют раствор 30 мг/мл; для полоскания полости рта и горла, нанесения на слизистые оболочки – раствор 2,5 мг/мл (раствор 30 мг/мл разводят водой в соотношении 1:11). Поврежденные участки кожи или слизистой оболочки обрабатывают ватным или марлевым тампоном, смоченным раствором лекарственного средства. Для полоскания полости рта и горла применяется у детей с 12 лет
R02AA20 Средства для лечения заболеваний горла. Антисептики			
7	Биклотимол/Эноксолон/Лизоцим гидрохлорид	Таблетки для рассасывания в блистерах	Для детей старше 6 лет. Обработка слизистой оболочки полости рта. Медленно рассасывать до полного растворения по 1 таблетке каждые 4 часа (максимальная суточная доза – 4 таблетки) 5 дней

УТВЕРЖДЕНО

Постановление

Министерства здравоохранения

Республики Беларусь

30.11.2022 № 112

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (детское население) со стоматитом и родственными поражениями»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на терапевтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (детское население) со стоматитом и родственными поражениями (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K12 Стоматит и родственные поражения: K12.00 Рецидивирующие афты полости рта; K12.01 Рецидивирующие (малые) афты (афтозный стоматит); K12.02 Герпетический стоматит (герпетическая сыпь); K12.03 Афты Беднара; K12.04 Травматическое изъязвление).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

стоматит – воспаление слизистой оболочки полости рта, протекающее без повреждения целостности или с повреждением целостности эпителия в различных отделах рта с уточненной и неуточненной этиологией.

ГЛАВА 2

КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРИЗНАКИ И КРИТЕРИИ СТОМАТИТА И РОДСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ

4. Стоматит и родственные поражения классифицируют следующим образом:
рецидивирующие афты полости рта;
рецидивирующие (малые) афты (афтозный стоматит);
герпетический стоматит (герпетическая сыпь);
афта Беднара;
травматическое изъязвление.

5. Признаками и критериями, определяющими стоматит и родственные поражения, являются:

5.1. рецидивирующие (малые) афты (афтозный стоматит) полости рта развиваются у детей, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта, имеющих выраженную сенсибилизацию к микробным аллергенам на фоне нарушения клеточного иммунитета. Рецидивы наблюдаются в весенне-осенний период, заболевание циклично. Протекает в двух формах – фиброзной и рубцующейся. В продромальном периоде отмечается чувство жжения, болезненность, парестезия слизистой оболочки в месте возникновения афты. Афты болезненны, локализуются на слизистой оболочке щек, вестибулярной поверхности губ, боковых поверхностях и кончике языка, в области переходных складок, их заживление происходит в течение 10–14 дней;

5.2. герпетический стоматит (герпетическая сыпь) имеет вирусную природу заболевания, выделяют острое и хроническое течение, а также три формы заболевания: легкая, среднетяжелая и тяжелая.

При легкой форме общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,0–37,5 °С, регионарный лимфаденит, локализованный катаральный гингивит, одиночные элементы поражения на слизистой оболочке полости рта.

При среднетяжелой форме общее состояние нарушено, температура тела 38–39 °С, регионарный лимфаденит, генерализованный катаральный гингивит, элементы поражения в количестве 10–25 на слизистой оболочке полости рта, красной кайме губ, коже.

При тяжелой форме общее состояние нарушено значительно, температура тела 39–40 °С, регионарный лимфаденит, генерализованный катаральный гингивит, элементы поражения в количестве до 100 на слизистой оболочке полости рта, красной кайме губ, коже;

5.3. афта Беднара бывает у недоношенных, страдающих врожденными заболеваниями, ослабленных детей, находящихся на искусственном вскармливании в результате механической травмы слизистой оболочки твердого неба длинной соской из грубой или некачественной резины и (или) воздействия вируса простого герпеса 1-го типа. Форма афты округлая или овальная, границы четкие, окружающая слизистая оболочка гиперемирована, располагается на границе твердого и мягкого неба;

5.4. травматическое изъязвление возникает в результате прямого воздействия на покровные ткани внешних и внутренних раздражающих факторов (механические, термические, электрические, радиационные, химические). Степень повреждения и клинические проявления зависят от природы раздражителя, времени и силы воздействия раздражающего фактора, его характера. Проявляется в виде болезненных эрозий, язв.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА СТОМАТИТА И РОДСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ

6. Основными принципами диагностики стоматита и родственных поражений являются:

сбор анамнеза, выявление факторов, вызвавших повреждение слизистой оболочки полости рта, характера и длительности воздействия травмирующего агента, а также определение медицинских показаний к лечению, выбор метода лечения и тактики врача-специалиста;

дифференциальная диагностика стоматита и родственных поражений;

выявление взаимосвязи стоматита и родственных поражений с соматическим здоровьем.

7. Обязательными диагностическими мероприятиями являются:

сбор жалоб и анамнеза;

медицинский осмотр кожных покровов, кожи околоротовой области, красной каймы губ, пальпация лимфатических узлов;

осмотр полости рта, языка и небных дужек с помощью дополнительных инструментов; оценка состояния твердых тканей зубов, зубных рядов, пломб, протезов и ортодонтических аппаратов (при их наличии); пальпация, перкуссия, оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта;

индексная оценка стоматологического здоровья: (индекс интенсивности кариеса зубов – КПУ, гигиенический индекс Green, Vermillion – OHI-S или индекс зубного налета Silness, Loe – PLI, индексы оценки состояния тканей периодонта (десневой индекс Лое, Silness – GI).

8. Дополнительными диагностическими мероприятиями (по медицинским показаниям) являются:

общий (клинический) анализ крови;

качественный, количественный состав микрофлоры элемента травматического повреждения слизистой оболочки (ПЦР-исследование);

консультация врача-специалиста (врача-педиатра, врача-инфекциониста, врача-аллерголога-иммунолога, врача-гастроэнтеролога, врача-стоматолога-ортодонта, врача-психотерапевта).

9. Дифференциальную диагностику стоматита и родственных поражений проводят с травматическими, вирусными, грибковыми и специфическими повреждениями слизистой оболочки полости рта, с проявлениями в полости рта вирусных заболеваний (корь, краснуха, ветряная оспа, энтеровирусный стоматит и другие), многоформной экссудативной эритемой, трофическими и злокачественными поражениями слизистой оболочки полости рта.

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ СТОМАТИТА И РОДСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ

10. Общими принципами лечения и медицинской профилактики стоматита и родственных поражений являются:

составление персонализированного плана лечения врачом-стоматологом детским совместно с другими врачами-специалистами;

при составлении плана лечения учитывается стоматологический статус (наличие факторов риска, очагов одонтогенной инфекции, нарушение биоценоза полости рта, других стоматологических заболеваний) и уровень общего здоровья пациента (хронические соматические заболевания, иммунодефицитные состояния, нерациональная антибиотикотерапия, резистентность к противогрибковым лекарственным средствам, другое).

11. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с рецидивирующими афтами включают:

11.1. обязательные лечебные мероприятия:

обучение индивидуальной гигиене полости рта;

контроль эффективности гигиены полости рта проводят при контролируемой чистке зубов;

профессиональное удаление зубных отложений;

устранение местных неблагоприятных факторов, способствующих развитию рецидивирующих афт: удаление и замена некачественных пломб, устранение вредных оральных привычек;

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) со стоматитом и родственными поражениями согласно приложению;

11.2. дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

лазеротерапия, 5–7 процедур ежедневно на очаги поражения.

медицинское наблюдение проводится при легкой форме 1 раз в год, при тяжелой – 3–4 раза в год.

12. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с герпетическим стоматитом включают:

12.1. обязательные лечебные мероприятия:

обучение индивидуальной гигиене полости рта, антисептические полоскания (не более 3 раз в день) при невозможности осуществления гигиены полости рта с помощью зубной щетки и пасты;

местное лечение при легкой форме;

местное и общее лечение при среднетяжелой и тяжелой форме;

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) со стоматитом и родственными поражениями согласно приложению;

12.2. дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

при хронической рецидивирующей герпетической инфекции в межрецидивный период санация полости рта, устранение вредных оральных привычек;

лазеротерапия, 5–7 процедур ежедневно на очаги поражения.

медицинское наблюдение проводится при легкой форме 1 раз в год, при тяжелой – 3–4 раза в год.

13. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с афтой Беднара включают:

обязательные лечебные мероприятия:

рекомендации по рациональному вскармливанию ребенка;

устранение травмирующего агента (замена соски-пустышки, кормление из ложечки);

гигиенический уход за полостью рта (протирание);

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) со стоматитом и родственными поражениями согласно приложению;

медицинское наблюдение проводится до полного выздоровления.

14. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с травматическими изъязвлениями включают:

14.1. обязательные лечебные мероприятия:

устранение причины травмы, ослабление действия и устранение травмирующего агента;

гигиенический уход за полостью рта (полоскание, протирание, чистка зубной щеткой);

рекомендация щадящей диеты;

при травматическом изъязвлении, вызванном химическим веществом, многократное промывание или полоскание полости рта теплой водой (исключение составляет контакт с серной кислотой); обработка слабым раствором нейтрализующего вещества или антидотом согласно приложению;

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) со стоматитом и родственными поражениями согласно приложению;

14.2. дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

проведение медицинской профилактики столбняка при загрязнении раны;

коррекция гипосаливации при травматическом изъязвлении, вызванном лучевым поражением, назначением полосканий отварами трав;

лазеротерапия, 5–7 процедур ежедневно на очаги поражения.

Приложение

к клиническому протоколу

«Диагностика и лечение пациентов (детское население) со стоматитом

и родственными поражениями»

**Лекарственные средства и средства для нейтрализации кислоты и щелочи,
применяемые при лечении пациентов (детское население) со стоматитом
и родственными поражениями**

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D08A Антисептики и дезинфицирующие средства			
1	Хлоргексидин	Раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл	Неразведенный раствор применяется в виде орошений, полосканий и аппликаций – 5–10 мл раствора наносят на пораженную поверхность слизистой оболочки полости рта или на десну с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза в сутки (на тампоне или путем орошения). Длительность применения устанавливается индивидуально
2	Бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний	Раствор для наружного (местного) применения 0,01 % водного раствора	Орошение (полоскание) полости рта перед и после удаления зубных отложений. При стоматитах, гингивитах, пародонтитах рекомендуется полоскание полости рта 10–15 мл лекарственного средства 3–4 раза в сутки. В случае невозможности полоскания допускается местное применение марлевых или ватных тампонов, смоченных раствором лекарственного средства. Длительность применения устанавливается индивидуально
D03BA Протеолитические ферменты			
3	Трипсин кристаллический ¹	Лиофилизат для приготовления раствора для инъекций и местного применения 10 мг во флаконах	Местно. На изъязвленную или некротизированную слизистую оболочку полости рта или десны накладывают смоченную салфетку раствором трипсина (готовят непосредственно перед применением: 10 мг трипсина растворяют в 10 мл стерильного физиологического раствора). Количество процедур индивидуально
4	Химотрипсин ¹	Лиофилизат для приготовления раствора для инъекций и местного применения 10 мг во флаконах	Местно. На гнойные поверхности слизистой оболочки полости рта или десны с некротизированными тканями накладывается смоченная салфетка раствором 10 мг химотрипсина в 10 мл стерильного физиологического раствора. Количество процедур индивидуально
D03AX Прочие средства, способствующие нормальному рубцеванию			
5	Депротеинизированный гемодериват крови телят ¹	Гель для наружного применения в тубах; дентальная адгезивная паста в тубах 5 г	Гель, паста наносится на пораженные участки красной каймы губ и углов рта тонким слоем 1 раз в сутки длительностью до 20 мин. Количество процедур индивидуально. Применяется у детей с 2 лет
6	Облепихи масло	Масло для приема внутрь, местного и наружного применения во флаконах 30 мл, 50 мл, 100 мл	Применяется у детей с 12 лет в комплексной терапии в качестве ранозаживляющего средства при поражении слизистых оболочек, масло наносится тампоном на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1 раз в сутки длительностью до 20 мин. Количество процедур индивидуально
A11 Витамины			
7	Токоферол ²	Капли для внутреннего применения (масляные) 10 % во флаконах 20 мл; капли для внутреннего применения (масляные) 30 % во флаконах 20 мл; капли для внутреннего применения (масляные) 5 % во флаконах 20 мл	Капли наносятся на пораженный участок слизистой оболочки полости рта или десны в течение 10–15 мин 1 раз в день. Количество процедур – до 10
D04AB Местные анестетики для наружного применения			
8	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. Лекарственное средство можно наносить путем смазывания смоченным в средстве ватным тампоном

N01B Средства для местной анестезии			
9	Лидокаин/Хлоргексидин	Анестезирующий гель в шприцах 12,5 г; анестезирующий гель в шприцах 8,5 г	Для аппликационной анестезии слизистой оболочки полости рта, а также перед инъекционной анестезией. У детей до 2 лет применение противопоказано. Предназначен для детей с 2 лет. Для детей в возрасте от 2 до 11 лет максимально допустимая доза лидокаина гидрохлорида не должна превышать 2,9 мг/кг. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента
D06BV Противовирусные средства			
10	Ацикловир	Таблетки, покрытые оболочкой, 200 мг	Внутрь, детям с 2 лет назначается в лечебной дозе 200 мг (1 таблетка) 5 раз в сутки. До 2 лет – в дозе 5–10 мг/кг/сутки. Курс лечения составляет 5–7 дней
11	Ацикловир	Мазь для наружного применения 25 мг/1 г в тубах	Применение у детей до 12 лет не рекомендовано. Мазь наносится на пораженные участки кожи лица тонким слоем каждые 4 часа. Количество процедур индивидуально
Средства для нейтрализации кислоты			
12	Гидрокарбонат натрия	Порошок для приготовления раствора для наружного применения	2 г порошка гидрокарбоната натрия разводят в 100 мл кипяченой воды для полоскания (орошения) полости рта. Однократно, для нейтрализации кислоты, в объеме 30–50 мл
Средства для нейтрализации щелочи			
13	Уксусная кислота	Раствор 9 %	Для промывания (орошения) полости рта при нейтрализации щелочи. Одну чайную ложку 9 % уксусной кислоты развести в 100 мл воды
14	Лимонная кислота	Кристаллический порошок	Для промывания (орошения) полости рта при нейтрализации щелочи, 1 г порошка развести в 200 мл воды

¹ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

² Применение «off-label» в стоматологической практике.

УТВЕРЖДЕНО

Постановление

Министерства здравоохранения

Республики Беларусь

30.11.2022 № 112

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (детское население) с болезнями губ»

ГЛАВА 1

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на терапевтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (детское население) с болезнями губ (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K13.0 Болезни губ: K13.00 Ангулярный хейлит. Ангулярный хейлоз. Трещина спайки (заеда) губ НКДР, K13.01 Гландулярный хейлит апостематозный, K13.02 Эксфолиативный хейлит, K13.03 Хейлит без дальнейших уточнений, K13.04 Хейлодиния, K13.08 Другие уточненные болезни губ, K13.09 Болезнь губ неуточненная; K13.1 Прикусывание щеки и губ).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих

медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

хейлит – воспаление красной каймы, слизистой оболочки и кожи губ.

ГЛАВА 2

КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРИЗНАКИ И КРИТЕРИИ БОЛЕЗНЕЙ ГУБ

4. Болезни губ могут развиваться самостоятельно или при нарушении обмена веществ и других заболеваниях. Данный термин включает в себя: ангулярный хейлит, хейлит эксфолиативный, прикусывание щеки и губ:

ангулярный хейлит – воспаление красной каймы, слизистой оболочки и кожи губ;

хейлит эксфолиативный – хроническое заболевание, при котором поражается только красная кайма губ (сухая и экссудативная форма);

прикусывание щеки и губ – механическая травма, возникающая у детей дошкольного и школьного возраста при наличии вредной привычки кусать губы или слизистую оболочку щеки.

5. Признаками и критериями, определяющими болезни губ, являются:

5.1. при ангулярном хейлите:

локализация воспалительного процесса на слизистой оболочке в области комиссур и прилегающих участков кожи (как правило, с двух сторон);

появление болезненных эрозий в складках кожи;

при присоединении стафилококковой инфекции эрозии покрыты корками желтого цвета, регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненные при пальпации;

при присоединении грибковой инфекции эрозии покрыты белым налетом;

5.2. при сухой форме эксфолиативного хейлита:

болезненное открывание рта;

появление на гиперемированной красной кайме губ сухих полупрозрачных чешуек, которые центральной частью плотно прикреплены к красной кайме, а по периферии отстают от нее. Через 5–7 дней после появления чешуйки легко снимаются без образования эрозий;

патологический процесс локализуется только на красной кайме губ;

при экссудативной форме эксфолиативного хейлита: резкая болезненность при движении губ, поэтому рот всегда приоткрыт;

значительный отек губ с образованием массивных отслаивающихся корок серовато-желтого или желтовато-коричневого цвета в зоне Клейна, которые могут свисать с губы в виде фартука;

после снятия корок обнажается ярко-красная гладкая поверхность красной каймы без образования эрозий;

процесс никогда не переходит на кожу и слизистую оболочку губ и имеет длительное течение;

5.3. при прикусывании щеки и губ:

общее состояние ребенка не нарушено;

образуются дефекты верхних слоев эпителия слизистой оболочки полости рта или красной каймы губ, возникающие в результате привычного прикусывания;

слизистая оболочка обычной окраски, в местах травмирования (в области щек, губ) ее поверхность неровная, видны обрывки эпителия белого цвета, иногда небольшие кровоизлияния;

5.4. при аутоанестезиофагии (самостоятельно нанесенной травме мягких тканей после местной анестезии):

сильный отек травмированной губы, образование болезненной эрозии больших размеров неправильной формы, покрытой фибринозным налетом;

окружающая слизистая оболочка слабо или умеренно гиперемирована.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНЕЙ ГУБ

6. Основными принципами диагностики болезней губ являются:
сбор анамнеза и выявление факторов, способствующих неправильному смыканию губ;

дифференциальная диагностика болезней губ;

выявление взаимосвязи стоматологического и общего здоровья с болезнями губ.

7. Обязательными диагностическими мероприятиями являются:

сбор анамнеза;

медицинский осмотр губ, осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов, пальпация, перкуссия, оценка функций челюстно-лицевой области, состояния твердых тканей зубов, зубных рядов, пломб, протезов и ортодонтических аппаратов (при их наличии); оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта;

индексная оценка стоматологического здоровья: индекс интенсивности кариеса зубов – КПУ, гигиенический индекс Green, Vermillion – OHI-S (детям в возрасте 6 лет и старше), индекс зубного налета Silness, Loe – PLI, индексы оценки состояния тканей периодонта (десневой индекс Loe, Silness – GI).

8. Дополнительными диагностическими мероприятиями (по медицинским показаниям) являются:

общий (клинический) анализ крови;

бактериологическое исследование содержимого элемента поражения;

консультация врача-специалиста (врача-педиатра, врача-инфекциониста, врача-детского эндокринолога, врача-психотерапевта, врача-детского невролога, врача-стоматолога-ортодонта).

9. Дифференциальную диагностику ангулярного хейлита проводят с атопическим и экзематозным хейлитом; сухую форму эксфолиативного хейлита – с атопическим, метеорологическим и контактным хейлитом; экссудативную форму – с экссудативной формой актинического хейлита; прикусывание щеки – с мягкой формой лейкоплакии.

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ ГУБ

10. Общими принципами медицинской профилактики и лечения болезней губ являются:

10.1. принципы медицинской профилактики:

своевременная диагностика и устранение факторов риска развития кариеса, зубочелюстных аномалий, вредных привычек (дышать ртом, прикусывать и облизывать губы), способствующих неправильному смыканию губ;

10.2. планирование комплексного лечения пациентов с болезнями губ, которое включает следующие этапы:

устранение (минимизацию) факторов, способствующих неправильному смыканию губ (лечение заболеваний носоглотки, устранение вредной привычки дышать ртом, прикусывать и облизывать губы, лечение аномалий прикуса);

мотивацию и обучение гигиене полости рта;

функциональное лечение, направленное на нормализацию тонуса круговой мышцы рта;

местное лечение;

общее лечение, которое проводят совместно с врачами-педиатрами.

11. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с болезнями губ включают:

11.1. обязательные лечебные мероприятия:

мотивация пациента и обучение гигиене полости рта, уходу за языком;

контроль эффективности гигиены полости рта детей старше 6 лет (контролируемая чистка зубов);

устранение местных неблагоприятных факторов, способствующих развитию хейлита;

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с болезнями губ согласно приложению;

11.2. дополнительные лечебные мероприятия (по медицинским показаниям):

для нормализации смыкания губ функциональное лечение и (или) изготовление защитных ортодонтических аппаратов у врача-стоматолога-ортодонта;

лазеротерапия, 5–7 процедур ежедневно на очаги поражения.

Приложение
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (детское население)
с болезнями губ»

Лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов (детское население) с болезнями губ

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D08A Антисептики и дезинфицирующие средства			
1	Хлоргексидин	Раствор для местного и наружного применения 0,5 мг/мл	Неразведенный раствор применяется в виде орошений, полосканий и аппликаций – 5–10 мл раствора наносят на пораженную поверхность слизистой оболочки полости рта или на десну с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза в сутки (на тампоне или путем орошения). Длительность применения устанавливается индивидуально
2	Бензилдиметил-аммония хлорид	Раствор для наружного (местного) применения 0,1 мг/мл	Неразведенный раствор применяется в виде протираний – 5–10 мл раствора наносят на красную кайму губ и углы рта на пораженную поверхность с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза в сутки (на тампоне, в течение 3–5 дней)
B06AA Ферментные средства			
3	Гиалуронидаза	Порошок лиофилизированный для приготовления раствора для внутримышечного и подкожного введения 725 ME	Местно. На изъязвленную или некротизированную слизистую оболочку полости рта или десны накладывается смоченная салфетка с раствором: 64 УЕ в 10 мл кипяченой воды комнатной температуры (готовят непосредственно перед применением). Количество процедур индивидуально
D03BA Протеолитические средства			
4	Трипсин кристаллический ¹	Лиофилизат для приготовления раствора для инъекций и местного применения 10 мг во флаконах	Местно. На изъязвленную или некротизированную слизистую оболочку полости рта или десны накладывают смоченную салфетку раствором трипсина (готовят непосредственно перед применением: 10 мг трипсина растворяют в 10 мл стерильного физиологического раствора). Количество процедур индивидуально
5	Химотрипсин ¹	Лиофилизат для приготовления раствора для инъекций и местного применения 10 мг во флаконах	Местно. На гнойные поверхности слизистой оболочки полости рта или десны с некротизированными тканями накладывается смоченная салфетка раствором 10 мг химотрипсина в 10 мл стерильного физиологического раствора. Количество процедур индивидуально
D07XB Кортикостероиды, умеренно активные в комбинации с другими средствами. Стероидные противовоспалительные средства			
6	Флуометазон 0,2 мг / К्लीохинол 30 мг	Мазь для наружного применения	Наносится на красную кайму губ и углы рта тонким слоем 1 раз в сутки; до 5 процедур (индивидуально). Не применять у детей младше 2 лет

7	Флуметазон 0,2 мг / Салициловая кислота 30 мг	Мазь для наружного применения	Наносится на красную кайму губ и углы рта тонким слоем 1 раз в сутки; до 5 процедур (индивидуально). Не применять у детей младше 2 лет
8	Гидрокортизон ²	Мазь для местного применения 1 %	Наносится на красную кайму губ и углы рта тонким слоем 1 раз в сутки; до 5 процедур (индивидуально). Не применять у детей младше 2 лет
9	Преднизолон ²	Мазь для местного применения 0,5 %	Наносится на красную кайму губ и углы рта тонким слоем 1 раз в сутки; до 5 процедур (индивидуально). Не применять у детей младше 1 года
D03AX Прочие средства, способствующие нормальной регенерации и нормальному рубцеванию			
10	Биен/Диоксидин	Мазь для наружного и местного применения в тубах	Местно. Мазь наносится в виде аппликаций (на ватных или марлевых пластинках) на эрозивные и язвенные поверхности слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1 раз в сутки до завершения эпителизации (не более 7 дней). Длительность процедуры 5–7 мин
11	Метилурацил	Мазь для местного применения 10 %	Мазь наносится на пораженные участки красной каймы губ и углов рта тонким слоем 1 раз в сутки длительностью до 20 мин. Количество процедур индивидуально
12	Депротеинизированный гемодериват крови телят ^{1, 2}	Мазь и гель для наружного применения в тубах	Гель, мазь наносится на пораженные участки красной каймы губ и углов рта тонким слоем 1 раз в сутки длительностью до 20 мин. Количество процедур индивидуально. Не применять у детей младше 2 лет
13	Облепихи масло	Масло для приема внутрь, местного и наружного применения во флаконах 30 мл, 50 мл, 100 мл	Применяется у детей с 12 лет в комплексной терапии в качестве ранозаживляющего средства при поражении слизистых оболочек, масло наносится тампоном на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1 раз в сутки длительностью до 20 мин. Количество процедур индивидуально
A11HA Прочие витамины (исключая комбинации)			
14	Токоферол ²	Капли для внутреннего применения (масляные) 10 % во флаконах 20 мл; капли для внутреннего применения (масляные) 30 % во флаконах 20 мл; капли для внутреннего применения (масляные) 5 % во флаконах 20 мл	Капли наносятся на пораженный участок слизистой оболочки полости рта или десны в течение 10–15 мин 1 раз в сутки, до 10 процедур
15	Рибофлавин ²	Раствор для местного применения 10 мг/мл	Раствор лекарственного средства (2 мг субстанции на 100 мл дистиллированной воды) наносится на пораженный участок красной каймы губ и углов рта в течение 10–20 мин 1 раз в сутки, до 10 процедур
D04AB Местные анестетики для наружного применения			
16	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. Лекарственное средство можно наносить путем смазывания смоченным в лекарственном средстве ватным тампоном
N01B Средства для местной анестезии			
17	Лидокаин/Хлоргексидин	Анестезирующий гель в шприцах 12,5 г; анестезирующий гель в шприцах 8,5 г	Для аппликационной анестезии слизистой оболочки полости рта. Не применять у детей младше 2 лет. Для детей в возрасте от 2 до 11 лет максимально допустимая доза лидокаина гидрохлорида не должна превышать 2,9 мг/кг. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента
D01AA Противогрибковые средства для местного применения			

18	Нистатин	Мазь для наружного применения 100 000 ЕД/г в тубах	Наружно, мазь наносится на пораженную поверхность красной каймы губ и углов рта 1 раз в сутки. Курс лечения – 10–14 дней
A01AD Прочие средства для местного применения при заболеваниях полости рта			
19	Лидокаина гидрохлорид моногидрат 20,0 мг / Ромашки аптечной цветков экстракт (1:4–5)	Гель для местного применения в тубах	Для детей старше 12 лет. Гель наносится на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1 раз в сутки длительностью до 20 мин. Количество процедур индивидуально
20	Холина салицилат/Цеталкония хлорид	Гель стоматологический (87,1 мг + 0,1 мг)/г в тубах 10 г	Назначается детям старше 3 лет. Наносится на слизистую оболочку полости рта или десну тонким слоем 2–3 раза в сутки, длительность аппликации до 2 мин. Количество процедур индивидуально
21	Комбинированное средство на основе компонентов растительного происхождения (ромашки цветков, календулы цветков, тысячелистника травы)	Экстракт жидкий (1:1) из лекарственного растительного сырья: ромашки цветков, календулы цветков, тысячелистника травы (2:1:1) (лекарственное средство содержит не менее 33 % спирта этилового. Флаконы 55 мл)	Протирание красной каймы губ и углов рта (1 чайную ложку настойки разводят в 250 мл теплой кипяченой воды) до 3 раз в сутки. Количество процедур индивидуально. Для детей старше 12 лет
D08AX Прочие антисептические и дезинфицирующие средства			
22	Хлорофиллипта экстракт сухой	Раствор спиртовой 10 мг/мл во флаконах	Для детей старше 12 лет. Курс лечения индивидуально. Полоскание полости рта (орошение) (1 чайную ложку настойки разводят в стакане теплой кипяченой воды), экспозиция 1–2 мин 2–3 раза в сутки 2–5 дней
23	Винилин ¹	Жидкость для наружного применения	Местно (для смачивания салфеток и непосредственного нанесения на пораженные участки) в достаточном количестве. Обработка полости рта проводится ежедневно. При необходимости такую процедуру повторяют с периодичностью раз в 2–3 часа. После всех проведенных манипуляций желательно воздержаться от приема пищи как минимум на полчаса. Продолжительность лечения 7 дней. Не применять у детей младше 14 лет

¹ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

² Применение «off-label» в стоматологической практике.

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
30.11.2022 № 112

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (детское население) с болезнями языка»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на терапевтическом стоматологическом приеме

в амбулаторных условиях пациентам (детское население) с болезнями языка (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – K14 Болезни языка: K14.0 Глоссит; K14.01 Травматическое изъязвление языка; K14.1 «Географический» язык; K14.5 Складчатый язык).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и его определения:

термин «болезни языка» объединяет травматическое изъязвление языка, «географический» язык, складчатый язык:

травматическое изъязвление языка – воспалительное заболевание языка вследствие длительного механического воздействия раздражающих факторов;

«географический» язык (доброкачественный мигрирующий глоссит, эксфолиативный глоссит) – воспалительно-дистрофическое заболевание собственно слизистой оболочки языка, сопровождающееся характерными изменениями внешнего вида его дорсальной и боковых поверхностей;

складчатый язык (морщинистый, бороздчатый, расщепленный) – врожденная аномалия формы и размеров языка.

ГЛАВА 2

ПРИЗНАКИ И КРИТЕРИИ БОЛЕЗНЕЙ ЯЗЫКА

4. Признаками и критериями, определяющими болезни языка, являются:

4.1. травматическое изъязвление языка:

травматические изъязвления языка бывают разного размера и глубины; имеют приподнятые над уровнем окружающей слизистой края, дно язвы покрыто налетом бледно-желтого цвета;

слизистая оболочка вокруг язвы гиперемирована, отечна;

пальпация язвы может быть болезненна;

инфицирование язвы сопровождается усилением отека окружающих тканей и болезненностью регионарных лимфатических узлов;

4.2. «географический» язык:

зона десквамации эпителия имеет форму кольца или полукольца и располагается на спинке и боковых поверхностях языка;

на участке десквамации нитевидных сосочков грибовидные сосочки выглядят увеличенными;

вокруг очагов десквамации появляются участки кератоза, которые образуют узкие полосы беловатого цвета;

при мигрирующей форме очаги десквамации непрерывно перемещаются, увеличиваются, сливаются между собой;

на участках десквамации никогда не бывает эрозий, эпителизация наступает через несколько дней;

в дальнейшем снова наблюдается десквамация нитевидных сосочков, образуя новую картину поражения с разнообразными фигурами, напоминающими картину географической карты;

4.3. складчатость языка:

сопровождается макроглоссией;

складки располагаются преимущественно симметрично продольно (форма листа) или в поперечном направлении (мозговая форма);

на дне и боковых поверхностях складок – сосочки, характерные для нормальной слизистой оболочки языка;

возможна десквамация эпителия языка, наличие катарального воспаления или кандидозного глоссита, запаха изо рта.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНЕЙ ЯЗЫКА

5. Основными принципами диагностики болезней языка являются:

сбор анамнеза и выявление травмирующих язык факторов;

выявление взаимосвязи стоматологического и общего здоровья с болезнями языка; дифференциальная диагностика болезней языка.

6. Обязательными диагностическими мероприятиями являются:

сбор анамнеза;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов, пальпация, перкуссия, оценка состояния твердых тканей зубов, зубных рядов, пломб, протезов и ортодонтических аппаратов (при их наличии); оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта;

индексная оценка стоматологического здоровья: индекс интенсивности кариеса зубов – КПУ, гигиенический индекс Green, Vermillion – OHI-S (детям в возрасте 6 лет и старше), индекс зубного налета Silness, Loe – PLI, индексы оценки состояния тканей периодонта: десневой индекс Loe, Silness – GI.

7. Дополнительными диагностическими мероприятиями (по медицинским показаниям) являются:

лабораторные методы диагностики: общий (клинический) анализ крови, цитологическое исследование материала из очага поражения, исследование кала на яйца гельминтов;

консультация врача-специалиста (врача-педиатра, врача-эндокринолога, врача-психотерапевта, врача-аллерголога-иммунолога).

8. Дифференциальную диагностику травматического изъязвления языка проводят с туберкулезной язвой, твердым шанкром, изъязвлениями и некрозом при заболеваниях крови, пузырчаткой.

Дифференциальную диагностику «географического» языка проводят с изменениями языка при вторичном сифилисе, кандидозе, лейкоплакии, типичной форме красного плоского лишая, гиповитаминозах В₂ и В₁₂.

Дифференциальную диагностику складчатого языка проводят со склерозирующим глосситом при третичном сифилисе.

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ ЯЗЫКА

9. Общими принципами медицинской профилактики и лечения болезней языка являются:

9.1. принципы медицинской профилактики:

своевременная диагностика и устранение факторов, приводящих к травме языка (нависающие края пломб, острые края зубов, элементы ортодонтических аппаратов), зубочелюстных аномалий, вредных привычек;

регулярное механическое удаление зубного налета с помощью гигиенических средств, а также профессиональное удаление зубных отложений;

9.2. планирование комплексного лечения пациентов с болезнями языка, которое включает следующие этапы:

выявление и контроль вредных привычек, санация полости рта, коррекция ортодонтических аппаратов;

мотивация и обучение гигиене полости рта; местное лечение; общее лечение, которое проводят совместно с врачами-специалистами.

10. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с болезнями языка включают:

10.1. обязательные лечебные мероприятия:

мотивация пациента и обучение гигиене полости рта, уходу за языком;

контроль эффективности гигиены полости рта детей старше 6 лет (контролируемая чистка зубов);

устранение местных неблагоприятных факторов, способствующих развитию заболеваний языка;

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с болезнями языка согласно приложению;

10.2. дополнительным лечебным мероприятием (по медицинским показаниям) является лазеротерапия, 5–7 процедур ежедневно на очаги поражения.

Приложение
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (детское население)
с болезнями языка»

Лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов (детское население) с болезнями языка

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D04AB Местные анестетики для наружного применения			
1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Одну порцию (1–3 нажатия на дозирующий клапан) аэрозоля наносят на слизистую оболочку полости рта или десну. Лекарственное средство можно наносить путем смазывания смоченным в лекарственном средстве ватным тампоном
N01B Средства для местной анестезии			
2	Лидокаин/Хлоргексидин	Анестезирующий гель в шприцах 12,5 г; анестезирующий гель в шприцах 8,5 г	Для аппликационной анестезии слизистой оболочки полости рта. Не применять у детей младше 2 лет. Для детей в возрасте от 2 до 11 лет максимально допустимая доза лидокаина гидрохлорида не должна превышать 2,9 мг/кг. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента
D08A Антисептики и дезинфицирующие средства			
3	Хлоргексидин	Раствор для местного и наружного применения 0,5 мг/мл	Неразведенный раствор применяется в виде орошений, полосканий и аппликаций – 5–10 мл раствора наносят на пораженную поверхность слизистой оболочки полости рта или на десну с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза в сутки (на тампоне или путем орошения). Длительность применения устанавливается индивидуально
4	Бензилдиметил-аммония хлорид	Раствор для наружного (местного) применения 0,1 мг/мл	Неразведенный раствор применяется в виде протираний – 5–10 мл раствора наносят на слизистую оболочку полости рта на пораженную поверхность с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза в сутки (на тампоне, в течение 3–5 дней)
D03BA Протеолитические ферменты			
5	Трипсин кристаллический ¹	Лиофилизат для приготовления раствора для инъекций и местного применения 10 мг во флаконах	Местно. На изъязвленную или некротизированную слизистую оболочку полости рта или десны накладывают смоченную салфетку раствором трипсина (готовят непосредственно перед применением: 10 мг трипсина растворяют в 10 мл стерильного физиологического раствора). Количество процедур индивидуально
6	Химотрипсин ¹	Лиофилизат для приготовления раствора для инъекций и местного применения 10 мг во флаконах	Местно. На гнойные поверхности слизистой оболочки полости рта или десны с некротизированными тканями накладывается смоченная салфетка раствором 10 мг химотрипсина в 10 мл

			стерильного физиологического раствора. Количество процедур индивидуально
B06AA Ферментные средства			
7	Гиалуронидаза	Порошок лиофилизированный для приготовления раствора для внутримышечного и подкожного введения 725 ME	Местно. На изъязвленную или некротизированную слизистую оболочку полости рта или десны накладывается смоченная салфетка с раствором: 64 УЕ в 10 мл кипяченой воды комнатной температуры (готовят непосредственно перед применением). Количество процедур индивидуально
D07 Кортикостероиды			
8	Флуметазон 0,2 мг / Клиохинол 30 мг	Мазь для наружного применения	Наносится на слизистую оболочку полости рта или десну тонким слоем 1 раз в сутки; до 5 процедур (индивидуально). Не применять у детей младше 2 лет
9	Флуметазон 0,2 мг / Салициловая кислота 30 мг	Мазь для наружного применения	Наносится на слизистую оболочку полости рта или десну тонким слоем 1 раз в сутки; до 5 процедур (индивидуально). Не применять у детей младше 2 лет
10	Гидрокортизон ²	Мазь для местного применения 1 %	Наносится на слизистую оболочку полости рта или десну тонким слоем 1 раз в сутки; до 5 процедур (индивидуально). Не применять у детей младше 2 лет
11	Преднизолон ²	Мазь для местного применения 0,5 %	Наносится на слизистую оболочку полости рта или десну тонким слоем 1 раз в сутки; до 5 процедур (индивидуально). Не применять у детей младше 1 года
D03AX Прочие средства, способствующие нормальному рубцеванию			
12	Депротеинизированный гемодериват крови телят ¹	Дентальная адгезивная паста в тубах 5 г	Разрешен у детей с 2 лет. Наносится на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1 раз в сутки длительностью до 20 мин. Количество процедур индивидуально
13	Облепихи масло	Масло для приема внутрь, местного и наружного применения во флаконах 30 мл, 50 мл, 100 мл	Применяется у детей с 12 лет в комплексной терапии в качестве ранозаживляющего средства при поражении слизистых оболочек, масло наносится тампоном на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1 раз в сутки длительностью до 20 мин. Количество процедур индивидуально
A11 Витамины			
14	Токоферол ²	Капли для внутреннего применения (масляные) 10 % во флаконах 20 мл; капли для внутреннего применения (масляные) 30 % во флаконах 20 мл; капли для внутреннего применения (масляные) 5 % во флаконах 20 мл	Капли наносятся на пораженный участок слизистой оболочки полости рта или десны в течение 10–15 мин 1 раз в сутки до 10 процедур
15	Рибофлавин ²	Раствор для местного применения 10 мг/мл	Раствор лекарственного средства (2 мг субстанции на 100 мл дистиллированной воды) наносится на пораженный участок слизистой оболочки полости рта в течение 10–20 мин 1 раз в сутки до 10 процедур
A01AD Прочие средства для местного лечения заболеваний полости рта			
16	Холина салицилат/Цеталкония хлорид	Гель стоматологический (87,1 мг + 0,1 мг)/г в тубах 10 г	Назначается детям старше 3 лет. Наносится на слизистую оболочку полости рта или десну тонким слоем 2–3 раза в сутки, длительность аппликации до 2 мин. Количество процедур индивидуально
17	Комбинированное средство на основе компонентов растительного происхождения (ромашки цветков, календулы	Экстракт жидкий (1:1) из лекарственного растительного сырья: ромашки цветков, календулы цветков, тысячелистника травы	Местно. Полоскание полости рта (1 чайную ложку настойки разводят в 250 мл теплой кипяченой воды) до 3 раз в сутки. Количество процедур индивидуально. Для детей старше 12 лет

	цветков, тысячелистника травы)	(2:1:1) (лекарственное средство содержит не менее 33 % спирта этилового. Флаконы 55 мл)	
18	Лидокаина гидрохлорид моногидрат 20,0 мг / Ромашки аптечной цветков экстракт (1:4–5)	Гель для местного применения в тубах	Для детей старше 12 лет. Гель наносится на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1 раз в сутки длительностью до 20 мин. Количество процедур индивидуально
D08AX Прочие антисептические и дезинфицирующие средства			
19	Хлорофиллипта экстракт сухой	Раствор спиртовой 10 мг/мл во флаконах	Для детей старше 12 лет. Курс лечения индивидуально. Полоскание полости рта (орошение) (1 чайную ложку настойки разводят в стакане теплой кипяченой воды), экспозиция 1–2 мин 2–3 раза в сутки 2–5 дней

¹ Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения – лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

² Применение «off-label» в стоматологической практике.

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
30.11.2022 № 112

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (детское население) с переломом зуба»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на терапевтическом и ортопедическом стоматологических приемах в амбулаторных условиях пациентам (детское население) с переломом зуба (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – S02.5 Перелом зуба: S02.50 Перелом только эмали зуба; S02.51 Перелом коронки зуба без повреждения пульпы; S02.52 Перелом коронки зуба с повреждением пульпы; S02.53 Перелом корня зуба; S02.54 Перелом коронки и корня зуба; S02.57 Множественные переломы зубов; S02.59 Перелом зуба неуточненный).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

перелом зуба – травматическое повреждение зуба под действием механической силы, которое сопровождается нарушением целостности корня или коронки.

ГЛАВА 2 КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРИЗНАКИ И КРИТЕРИИ ПЕРЕЛОМА ЗУБА

4. Перелом зуба классифицируют по локализации:
перелом только эмали зуба;

перелом коронки зуба без повреждения пульпы;
перелом коронки зуба с повреждением пульпы;
перелом корня зуба;
перелом коронки и корня зуба;
множественные переломы зубов;
перелом зуба неуточненный.

5. Признаками и критериями, определяющими перелом зуба, являются:

5.1. перелом только эмали зуба – зуб без значительных разрушений коронки или корня, с нескрытой пульпой, с рентгенологической картиной без травматической патологии. Характерно наличие травматического дефекта эмали зуба, отсутствие боли при прикосновении к зубу, отсутствие боли при жевании, боли от температурных, химических и механических раздражителей, отсутствие болезненности при перкуссии зуба, отсутствие подвижности зуба или его фрагмента, отсутствие кровотечения от поврежденного зуба;

5.2. перелом коронки без повреждения пульпы – характерно наличие травматического дефекта эмали зуба, перкуссия безболезненная, подвижность зуба в норме, реакция от температурных, химических и механических раздражителей, отсутствие кровотечения от поврежденного зуба. Зуб с частичным разрушением коронки, с потерей фрагмента эмали, со здоровой пульпой и периодонтом, без видимых разрушений корня, с нескрытой пульпой, с рентгенологической картиной без травматической патологии;

5.3. перелом коронки зуба с повреждением пульпы – характерно наличие травматического дефекта эмали и дентина зуба, перкуссия безболезненная, подвижность зуба в норме, обнаженная пульпа чувствительна к раздражителям, боль от температурных, химических и механических раздражителей, перелом коронки определяется визуально. Зуб с частичным разрушением коронки, с поврежденной пульпой, со здоровым периодонтом, без видимых разрушений корня, со вскрытой пульпой, с рентгенологической картиной без травматической патологии;

5.4. перелом корня зуба:

для перелома корня витального зуба характерно наличие травматического дефекта эмали зуба, травматического дефекта дентина, травматического дефекта корня зуба, перкуссия болезненная, зуб подвижен, обнаженная пульпа чувствительна к раздражителям, боль от температурных, химических и механических раздражителей, кровотечение из зубодесневой борозды. Зуб с частичным разрушением коронки, с потерей фрагмента коронки или с полной потерей коронки, с поврежденной пульпой, с поврежденным периодонтом, с видимым разрушением корня, со вскрытой пульпой, с рентгенологической картиной травматической патологии;

для перелома корня эндодонтически леченного зуба характерно наличие травматического дефекта эмали зуба, травматического дефекта дентина, травматического дефекта корня зуба, перкуссия болезненная, зуб подвижен, отсутствует чувствительность пульпы к раздражителям, кровотечение из зубодесневой борозды. Зуб с частичным разрушением коронки, с потерей фрагмента коронки или с полной потерей коронки, с поврежденным периодонтом, с видимым разрушением корня, с рентгенологической картиной травматической патологии;

5.5. перелом коронки и корня зуба – характерно наличие травматического дефекта эмали и дентина зуба, сочетающегося с травматическим дефектом корня зуба, линия перелома находится ниже уровня десны, перкуссия болезненная, подвижность коронального фрагмента, боль от температурных, химических и механических раздражителей, кровотечение из зубодесневой борозды, проверка витальности апикального фрагмента, как правило, положительная, зуб с рентгенологической картиной с травматической патологии;

5.6. множественные переломы зубов – клиническая картина в зависимости от локализации линии перелома и клинической ситуации как описано выше;

5.7. перелом зуба неуточненный – клиническая картина в зависимости от локализации линии перелома и клинической ситуации как описано выше.

ГЛАВА 3

ДИАГНОСТИКА ПЕРЕЛОМА ЗУБА

6. Диагностика перелома зуба проводится путем сбора анамнеза, медицинского осмотра и дополнительных методов обследования. Главная задача диагностики заключается в определении локализации линии перелома и выбора соответствующего метода лечения. При диагностике устанавливается глубина линии перелома, витальность пульпы зуба, степень разрушения коронковой части зуба и поражение тканей периодонта.

Дифференциальная диагностика перелома зуба проводится с некариозными поражениями зубов, гиперемией пульпы, хроническим пульпитом, хроническим периодонтитом.

7. Обязательными диагностическими мероприятиями являются:

сбор анамнеза;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов, пальпация, зондирование, перкуссия, термодиагностика, оценка состояния твердых тканей зубов, зубных рядов, пломб, протезов и ортодонтических аппаратов (при их наличии); оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта;

индексная оценка стоматологического здоровья: индекс интенсивности кариеса зубов – КПУ, гигиенический индекс Green, Vermillion – OHI-S или индекс зубного налета Silness, Loe – PLI;

инструментальные диагностические исследования (лучевые методы исследования): прицельная внутриротовая контактная рентгенография, ортопантомография челюстей.

8. Дополнительными диагностическими мероприятиями (по медицинским показаниям) являются:

физические методы исследования: электроодонтодиагностика постоянных зубов с незаконченным формированием корня;

инструментальное диагностическое исследование (лучевой метод исследования): конусно-лучевая компьютерная томография челюстно-лицевой области с применением программы для локальной зоны (детям в возрасте 6 лет и старше);

консультация врача-специалиста (врача-стоматолога-хирурга, врача-стоматолога-ортодонта, врача-рентгенолога, врача-детского невролога);

индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба;

фотографирование для оценки твердых тканей зуба.

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ЗУБА

9. Общими принципами медицинской профилактики и лечения перелома зуба являются:

предупреждение развития прогрессирования процесса и осложнений;

сохранение и восстановление анатомической формы пораженного зуба;

обеспечение физиологического формирования зубочелюстной системы у детей до 18 лет;

медицинское наблюдение и выдача рекомендаций по срокам повторного обращения.

10. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с переломом только эмали зуба (откол эмали) во временных и постоянных зубах с незаконченным формированием корней включают:

10.1. обязательные лечебные мероприятия:

гигиенические мероприятия (мотивация и обучение гигиене полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст), ограничение окклюзионной нагрузки на зуб в течение 7 дней;

проведение пришлифовки острых краев эмали;

аппликация реминерализующих лекарственных средств;

медицинское наблюдение следует проводить 1 раз в 3, 6, 12 месяцев до физиологической смены временного зуба или окончания формирования корня постоянного зуба;

10.2. дополнительные лечебные мероприятия по медицинским показаниям:

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с переломом зуба по медицинским показаниям согласно приложению;

применение десенситайзеров;

восстановление формы и функции зуба – пломбирование композиционными материалами или компомерами, или гиомерами.

11. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с переломом коронки зуба без повреждения пульпы во временных и постоянных зубах с незаконченным формированием корней включают:

11.1. обязательные лечебные мероприятия:

гигиенические мероприятия (мотивация и обучение гигиене полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст), очищение травмированного сегмента зубного ряда от налета;

шлифовка краев перелома или реставрация стеклоиономерными цементами;

лечебная прокладка для не прямой пульпотерапии;

ограничение окклюзионной нагрузки на зуб в течение 7–10 дней;

медицинское наблюдение 1 раз в 3, 6, 12 месяцев до физиологической смены временного зуба или окончания формирования корня постоянного зуба;

11.2. дополнительные лечебные мероприятия по медицинским показаниям:

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с переломом зуба согласно приложению;

реставрация зубов с применением компомеров, гиомеров, композиционных материалов (проводится врачом-стоматологом детским), протезирование с помощью виниров, искусственных коронок (проводится врачом-стоматологом-ортодонтом).

12. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с переломом коронки зуба с повреждением пульпы включают:

12.1. обязательные лечебные мероприятия у пациентов с переломом коронки зуба с повреждением пульпы во временных зубах:

гигиенические мероприятия (мотивация и обучение гигиене полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст), очищение травмированного сегмента зубного ряда от налета;

метод витальной или девитальной пульпэктомии, пломбирование корневого канала рассасывающимися пастами, реставрация стеклоиономерными цементами, компомерами, гиомерами или композиционными материалами;

в случае невозможности провести лечение (неконтактный ребенок, зуб с осложненным кариесом или зуб с резорбирующимся корнем) показано удаление зуба (проводится врачом-стоматологом-хирургом);

12.2. обязательные лечебные мероприятия у пациентов с переломом коронки зуба с повреждением пульпы в постоянных зубах с незаконченным формированием корней:

гигиенические мероприятия (мотивация и обучение гигиене полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст), очищение травмированного сегмента зубного ряда от налета;

прямая пульпотерапия (если с момента травмы прошло не более 3–4 часов и диаметр вскрытия пульпы не более 1 мм) с использованием минералтриоксидагегата или кальцийсодержащей пасты для прямого покрытия пульпы, восстановление коронки зуба стеклоиономерными цементами;

витальная пульпотомия (если с момента травмы прошло более 3–4 часов или диаметр вскрытия пульпы более 1 мм) с использованием минералтриоксидагегата или кальцийсодержащей пасты для прямого покрытия пульпы, изолирующей прокладки из цинкоксидэвгенольного цемента; временная пломба из стеклоиономерного цемента;

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с переломом зуба по медицинским показаниям согласно приложению;

окончательная реставрация коронки зуба с применением стеклоиономерных цемента;

медицинское наблюдение 1 раз в 3, 6, 12 месяцев до смены временного зуба или окончания формирования корня постоянного зуба с последующей постоянной obturацией корневого канала (по медицинским показаниям);

12.3. дополнительные лечебные мероприятия по медицинским показаниям:

реставрация зубов с применением компомеров, гиомеров, композиционных материалов (врачом-стоматологом детским), протезирование с помощью виниров, искусственных коронок (врачом-стоматологом-ортодонтом).

13. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с переломом корня зуба включают:

13.1. обязательные лечебные мероприятия у пациентов с переломом корня зуба во временных зубах – удаление (проводится врачом-стоматологом-хирургом):

13.2. обязательные лечебные мероприятия у пациентов с переломом корня зуба в постоянных зубах с незаконченным формированием корней:

гигиенические мероприятия (мотивация и обучение гигиене полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст), очищение травмированного сегмента зубного ряда от налета;

репозиция и иммобилизация шиной на 3 месяца с ограничением окклюзионной нагрузки на зуб;

контроль состояния шины и жизнеспособности пульпы зуба через 1, 2, 3 месяца;

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с переломом зуба по медицинским показаниям согласно приложению;

медицинское наблюдение через 6, 12 месяцев до окончания формирования корня постоянного зуба;

при некрозе пульпы – эндодонтическое лечение;

13.3. дополнительные лечебные мероприятия по медицинским показаниям:

при некрозе пульпы – эндодонтическое лечение коронального фрагмента (до линии перелома).

14. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с переломом коронки и корня зуба во временных и постоянных зубах с незаконченным формированием корней включают:

14.1. обязательные лечебные мероприятия:

гигиенические мероприятия (мотивация и обучение гигиене полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст), очищение травмированного сегмента зубного ряда от налета;

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с переломом зуба согласно приложению;

хирургический метод лечения – удаление зуба (проводится врачом-стоматологом-хирургом);

14.2. медицинское наблюдение проводится через 1, 3, 6, 12 месяцев до окончания формирования корня постоянного зуба.

Приложение
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (детское население)
с переломом зуба»

Лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов (детское население) с переломом зуба

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D04AB Местные анестетики для наружного применения			
1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Для аппликационной анестезии слизистой оболочки полости рта, а также перед инъекционной анестезией. Разовая доза 1–3 нажатия на клапан флакона. Максимально допустимая доза – 70 мг/кг веса тела. Спрей следует предпочтительно наносить при помощи ватного тампона
N01B Средства для местной анестезии			

2	Лидокаин/Хлоргексидин	Анестезирующий гель в шприцах 12,5 г; анестезирующий гель в шприцах 8,5 г	Для аппликационной анестезии слизистой оболочки полости рта, а также перед инъекционной анестезией. Противопоказан детям до 2 лет. Предназначен для детей с 2 лет. Для детей в возрасте от 2 до 11 лет максимально допустимая доза лидокаина гидрохлорида не должна превышать 2,9 мг/кг. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента
3	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл), в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (в ампулах 2 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (в ампулах 2 мл)	Инфильтрационная и проводниковая анестезия тканей полости рта. Разрешен у детей с 3,5 лет. Максимально допустимая доза артикаина 7 мг/кг массы тела. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента

УТВЕРЖДЕНО

Постановление

Министерства здравоохранения

Республики Беларусь

30.11.2022 № 112

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (детское население) с вывихом зуба»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на терапевтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (детское население) с вывихом зуба (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – S03.2 Вывих зуба; S03.20 Люксация зуба; S03.21 Интрузия или экстррузия зуба; S03.22 Вывих зуба (экзартикуляция).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

вывих зуба – травматическое повреждение зуба под действием механической силы, которое сопровождается его смещением и повреждением ткани периодонта.

ГЛАВА 2 КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРИЗНАКИ И КРИТЕРИИ ВЫВИХА ЗУБА

4. Вывих зуба классифицируют по локализации смещенного зуба:

люксация зуба;

интрузия или экстррузия зуба;

вывих зуба.

5. Признаками и критериями, определяющими вывих зуба, являются:

5.1. люксация зуба:

ушиб зуба без значительных разрушений коронки или корня, зуб с невоскрытой пульпой, прикосновение к зубу болезненное, зуб с рентгенологической картиной без травматической патологии, перкуссия зуба болезненная, боль при жевании, отсутствие подвижности зуба или его фрагмента, возможно кровотечение из зубодесневой борозды;

подвывих – зуб с невоскрытой пульпой, прикосновение к зубу болезненное, перкуссия зуба болезненная, зуб с рентгенологической картиной без травматической патологии, боль при жевании, подвижность зуба, возможно кровотечение из зубодесневой борозды, тест на витальность пульпы может быть отрицательный из-за обратимого временного повреждения сосудисто-нервного пучка;

5.2. интрузия зуба или эктрузия зуба:

эктрузивный вывих зуба – зуб выглядит удлинённым, зуб с невоскрытой пульпой, прикосновение к зубу болезненное, перкуссия зуба болезненная, увеличение периапикального пространства на рентгенограмме, боль при жевании, подвижность зуба, возможно кровотечение из зубодесневой борозды, тесты на витальность пульпы, как правило, отрицательные;

интрузивный вывих зуба – зуб выглядит укорочённым, зуб сдвинут апикально внутрь альвеолярной кости, зуб с невоскрытой пульпой, прикосновение к зубу болезненное, перкуссия зуба болезненная, при перкуссии слышится высокий, металлический (анкилогический) звук. На рентгенограмме отсутствие периодонтального пространства (частично или полностью), граница между цементом и эмалью расположена апикальнее по отношению к соседним зубам (иногда даже апикальнее верхушки альвеолярной кости). Боль при жевании, зуб неподвижен, возможно кровотечение из зубодесневой борозды, тесты на витальность пульпы, как правило, отрицательные;

5.3. вывих зуба (эксарткуляция) – смещение коронки зуба, как правило в палатинальном или язычном направлении (так же может быть смещение и в лабиальном направлении), зуб с невоскрытой пульпой, прикосновение к зубу болезненное, перкуссия зуба болезненная, при перкуссии высокий, металлический звук, расширение периапикального пространства на рентгенограмме, боль при жевании, зуб неподвижен, возможно кровотечение из зубодесневой борозды, тесты на витальность пульпы, как правило, отрицательные.

ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА ВЫВИХА ЗУБА

6. Диагностика вывиха зуба производится путем сбора анамнеза, медицинского осмотра и дополнительных методов обследования. Главная задача при диагностике заключается в определении состояния альвеолярной кости, тканей периодонта, витальности пульпы и выбора соответствующего метода лечения. При диагностике устанавливается тип вывиха зуба, витальность пульпы зуба, степень разрушения альвеолярной кости и тяжесть поражения тканей периодонта. В зависимости от поставленного диагноза выбирают метод лечения.

Дифференциальная диагностика вывиха зуба проводится с другими видами травм.

7. Обязательными диагностическими мероприятиями являются:

сбор анамнеза;

осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов, пальпация, зондирование, перкуссия, термодиагностика, оценка состояния твердых тканей зубов, зубных рядов, пломб, протезов и ортодонтических аппаратов (при их наличии); оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта;

индексная оценка стоматологического здоровья: индекс интенсивности кариеса зубов – КПУ, гигиенический индекс Green, Vermillion – OHI-S или индекс зубного налета Silness, Loe – PLI;

инструментальные диагностические исследования (лучевые методы исследования): прицельная внутриротовая контактная рентгенография, ортопантомография челюстей.

8. Дополнительными диагностическими мероприятиями (по медицинским показаниям) являются:

физические методы исследования: электроодонтодиагностика постоянных зубов с незаконченным формированием корня;

инструментальное диагностическое исследование (лучевой метод исследования):
конусно-лучевая компьютерная томография челюстно-лицевой области с применением программы для локальной зоны (детям в возрасте 6 лет и старше);
фотографирование для оценки твердых тканей зуба.

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ ВЫВИХА ЗУБА

9. Общими принципами медицинской профилактики и лечения вывиха зуба являются:
предупреждение развития прогрессирования процесса и осложнений;
сохранение и восстановление анатомической формы пораженного зуба;
обеспечение физиологического формирования зубочелюстной системы у детей до 18 лет.

10. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с люксацией зуба включают:

10.1. обязательные лечебные мероприятия у пациентов с люксацией зуба временных зубов с незначительным смещением:

гигиенические мероприятия (мотивация и обучение гигиене полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст), очищение травмированного сегмента зубного ряда от налета;

медицинское наблюдение (через 1, 3, 6 месяцев);

при значительном смещении или сильно выраженной подвижности, а также зубы с резорбирующимися корнями или с осложненным кариесом – удаление (проводит врач-стоматолог-хирург);

10.2. обязательные лечебные мероприятия у пациентов с люксацией зуба постоянных зубов с незаконченным формированием корней:

гигиенические мероприятия (мотивация и обучение гигиене полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст), очищение травмированного сегмента зубного ряда от налета;

репозиция и иммобилизация шиной на 3–4 недели, ограничение окклюзионной нагрузки на зуб в течение 3 месяцев;

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с вывихом зуба по медицинским показаниям согласно приложению;

медицинское наблюдение через 1, 3, 6, 12 месяцев до окончания формирования корня постоянного зуба;

при некрозе пульпы зуба – эндодонтическое лечение;

10.3. дополнительные лечебные мероприятия не показаны.

11. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с интрузией или экстррузией зуба включают:

11.1. обязательные лечебные мероприятия у пациентов с интрузией во временных зубах:

гигиенические мероприятия (мотивация и обучение гигиене полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст), очищение травмированного сегмента зубного ряда от налета;

медицинское наблюдение спонтанного повторного прорезывания в течение 6 месяцев или удаление зуба;

при экстррузии – репозиция или удаление;

11.2. обязательные лечебные мероприятия у пациентов с интрузией в постоянных зубах с незаконченным формированием корней:

гигиенические мероприятия (мотивация и обучение гигиене полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст), очищение травмированного сегмента зубного ряда от налета;

ранняя репозиция или выжидание самостоятельного повторного прорезывания;

при экстррузии – репозиция и иммобилизация шиной на 2–4 недели;

ограничение окклюзионной нагрузки на зуб в течение 3 месяцев;

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с вывихом зуба по медицинским показаниям согласно приложению;

медицинское наблюдение через 3, 6, 12 месяцев до окончания формирования корня постоянного зуба;

при некрозе пульпы зуба – эндодонтическое лечение;

11.3. дополнительные лечебные мероприятия не показаны.

12. Терапевтические лечебные мероприятия у пациентов с вывихом зуба (экзартикуляцией) включают:

12.1. обязательные лечебные мероприятия:

во временных зубах лечение не показано;

в постоянных зубах с незаконченным формированием корней:

гигиенические мероприятия (мотивация и обучение гигиене полости рта с использованием лечебно-профилактических зубных паст), очищение травмированного сегмента зубного ряда от налета;

реплантация и иммобилизация шиной на 2–4 недели, эндодонтическое лечение (по медицинским показаниям);

ограничение окклюзионной нагрузки на зуб в течение 3 месяцев;

применение лекарственных средств при лечении пациентов (детское население) с вывихом зуба по медицинским показаниям согласно приложению;

медицинское наблюдение через 1, 3, 6, 12 месяцев до окончания формирования корня постоянного зуба;

12.2. дополнительные лечебные мероприятия не показаны.

Приложение
к клиническому протоколу
«Диагностика и лечение
пациентов (детское население)
с вывихом зуба»

Лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов (детское население) с вывихом зуба

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D04AB Местные анестетики для наружного применения			
1	Лидокаин	Спрей для местного применения 100 мг/мл во флаконах 50 мл	Для аппликационной анестезии слизистой оболочки полости рта, а также перед инъекционной анестезией. Разовая доза 1–3 нажатия на клапан флакона. Максимально допустимая доза – 70 мг/кг веса тела. Спрей следует предпочтительно наносить при помощи ватного тампона
N01B Средства для местной анестезии			
2	Лидокаин/Хлоргексидин	Анестезирующий гель в шприцах 12,5 г; анестезирующий гель в шприцах 8,5 г	Для аппликационной анестезии слизистой оболочки полости рта, а также перед инъекционной анестезией. Противопоказан детям до 2 лет. Предназначен для детей с 2 лет. Для детей в возрасте от 2 до 11 лет максимально допустимая доза лидокаина гидрохлорида не должна превышать 2,9 мг/кг. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения лекарственного средства и общее состояние пациента
3	Артикаин/Эпинефрин	Раствор для инъекций (40 мг + 0,005 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл), в ампулах 2 мл; раствор для инъекций (40 мг + 0,006 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (в ампулах 2 мл); раствор для инъекций (40 мг +	Инфильтрационная и проводниковая анестезия тканей полости рта. Разрешен у детей с 3,5 лет. Максимально допустимая доза артикаина 7 мг/кг массы тела. Разовую дозу врач-специалист назначает индивидуально, учитывая состояние области нанесения

		0,010 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (1,8 мл); раствор для инъекций (40 мг + 0,012 мг)/мл в картриджах 1,7 мл (в ампулах 2 мл)	лекарственного средства и общее состояние пациента
--	--	---	--