

Приложение  
к приказу № 180  
от «23» июня 2025 года  
Министерства здравоохранения  
Республики Узбекистан

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

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

**ТАШКЕНТ 2025**

«УТВЕРЖДАЮ»

Ректор Ташкентского государственного  
стоматологического института

И.К.Хайдаров



\_\_\_\_\_ 2025\_\_ год

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

ТАШКЕНТ - 2025

## **ОГЛАВЛЕНИЕ:**

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРАДОНТА».....5

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА»..... 21

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ  
ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ И  
ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ  
ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА»**

**ТАШКЕНТ - 2025**

## 1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Настоящие клинические протоколы разработаны специалистами ТГСИ, на основе инструкций, рекомендаций и информации Общероссийской общественной организации травматологов и ортопедов России (АТОР) и учёными в данной области.

Группа авторов полностью поддерживает мнения международных экспертов и считает необходимым отметить, что клинические протоколы представляют собой наиболее правдивую и доступную опытным специалистам информацию на момент публикации. Они ни в коей мере не могут заменить клинический опыт при определении тактики лечения отдельного пациента, но помогут сделать выбор с учетом специфических особенностей пациента и его предпочтений.

Национальные клинические протоколы являются пособием для диагностики, лечения, реабилитации и профилактики пациентов с заболеваниями пародонта по шифру МКБ-10.23 и могут быть использованы врачами-стоматологами ортопедами Республики Узбекистан. Основу при разработке данного протокола составили клинические рекомендации и публикации в русскоязычных изданиях, информация из базы данных PubMed (MEDLINE).

### Коды МКБ-10:

МКБ-10	
<b>K10.23</b>	Ортопедическое лечение заболеваний пародонта
<b>K05.3</b>	Хронический пародонтит.
<b>K05.4</b>	Пародонтоз
<b>K05.5</b>	Другие заболевания пародонта.
<b>K05.6</b>	Заболевания пародонта неизвестной этиологии.
<b>Ссылки</b>	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=16451">https://mkb-10.com/index.php?pid=16451</a> <a href="https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D0%B7%D0%B8%D1%8F_%D1%82%D0%B0%D0%B7%D0%BE%D0%B1%D0%B5%D0%B4%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D1%81%D1%83%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%B2%D0%B0#:~:text=%D0%92%D1%80%D0%BE%D0%B6%D0%B4%D1%91%">https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D0%B7%D0%B8%D1%8F_%D1%82%D0%B0%D0%B7%D0%BE%D0%B1%D0%B5%D0%B4%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D1%81%D1%83%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%B2%D0%B0#:~:text=%D0%92%D1%80%D0%BE%D0%B6%D0%B4%D1%91%</a>

[D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B9%20%D0%B2%D1%8B%D0%B2%D0%B8%D1%85%20%D0%B1%D0%B5%D0%B4%D1%80%D0%B0%20\(%D1%81%D0%B8%D0%BD.,congenital%20dislocation%20of%20the%20hip\)](#)

## Коды МКБ-11:

МКБ-11	
<b>DA05.0Y<sub>1</sub></b>	Ортопедическое лечение заболеваний пародонта
<b>DA05.0</b>	Хронический пародонтит.
<b>DA05.2</b>	Пародонтоз
<b>DA05.0Y</b> <b>DA05.Z</b>	Другие заболевания пародонта.
<b>DA05.Z</b>	Заболевания пародонта неизвестной этиологии.
<b>Ссылки</b>	<a href="https://mkb11.online/113423">https://mkb11.online/113423</a> <a href="https://mkb11.online/113426#description">https://mkb11.online/113426#description</a> <a href="https://mkb11.online/113427">https://mkb11.online/113427</a> <a href="https://mkb11.online/113439">https://mkb11.online/113439</a>

**Дата разработки и пересмотра национального клинического протокола**  
Национальный клинический протокол разработан в 2024 году.

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

## **ЛИЦА, КОТОРЫЕ ВНЕСЛИ СВОЙ ВКЛАД В РАЗРАБОТКУ НАЦИОНАЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ И СТАНДАРТОВ:**

**Члены междисциплинарной рабочей группы:**

**Шомуродов Қахрамон Эркинович** - проректор по науке и инновациям, д.м.н., профессор

**Хасанов Адхам Ибрагимович** - Президент Ассоциация стоматологов Узбекистана, д.м.н.

**Хабиллов Нигмон Лукмонович** – заведующий кафедрой Госпитальной ортопедической стоматологии ТГСИ, д.м.н., профессор

**Сафаров М.Т.** – д.м.н., профессор кафедры Госпитальной ортопедической стоматологии ТГСИ.

**Мусаева К. А.** - ассистент кафедры госпитальной ортопедической стоматологии ТГСИ.

**Ташпулатова К. М.** - ассистент кафедры госпитальной ортопедической стоматологии ТГСИ.

**Рецензенты:**

**Из республики:**

**Боймурадов Ш.А.**-д.м.н., Оториноларингология ва стоматология кафедраси профессори, ТМА

**Из зарубежа:**

**Шукпаров А.Б.** д.м.н. Заведующий кафедрой хирургической и ортопедической стоматологии Южно – Казахстанской медицинской академии.

**Номер и дата выписки из протокола обсуждения проекта национальных клинических протоколов на заседании междисциплинарной рабочей группы:** Национальный клинический протокол по мультидисциплинарному направлению «Стоматология» обсужден и рекомендован к утверждению на совещании Центрального организационно-методического совета Ташкентского государственного стоматологического института 5 сентября 2024 г., протокол №5.

Национальный клинический протокол по мультидисциплинарному направлению «Стоматология» утвержден Ученым Советом Ташкентского государственного стоматологического института \_\_\_\_\_ г., протокол №\_\_\_\_\_.

**Экспертное заключение технической оценки и редактирование национального клинического протокола и стандартов:**

Тешабоев М.У., заведующий кафедры челюстно-лицевой хирургии Андижанского медицинского института, DSc, доцент

**Экспертное заключение технической оценки специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:**

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

## Список сокращений

ТГСИ	Ташкентский государственный стоматологический институт
ТМА	Ташкентская медицинская академия

### Пользователи протокола по данной нозологии;

1. Ортопед-стоматолог
2. Стоматолог общей практики;
3. Организаторы здравоохранения;
4. Зубные техники-лаборанты,
5. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, докторанты, преподаватели медицинских стоматологических ВУЗов.

**Категории пациентов:** больные с заболеваниями пародонта

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

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

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

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

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

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

## 2. Основная часть

### Введение

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Ортопедическое лечение заболеваний пародонта» разработаны для решения следующих задач:

- установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных с заболеваниями пародонта;
- унификация разработки базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным с заболеваниями пародонта;
- обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинской организации.

Область распространения настоящих клинических рекомендаций — медицинские организации всех уровней и организационно-правовых форм, оказывающие медицинскую стоматологическую помощь.

Periodontitis: Symptoms, Treatment, and More (healthline.com).  
[https://elestom.ru/handbook/safe\\_and\\_requirements/recommendations/rules/klinicheskie-rekomendatsii-protokoly-ortopedicheskogo-lecheniya-pri-diagnoze-parodontit.php](https://elestom.ru/handbook/safe_and_requirements/recommendations/rules/klinicheskie-rekomendatsii-protokoly-ortopedicheskogo-lecheniya-pri-diagnoze-parodontit.php)

### Общая характеристика нозологии

**Пародонтит** — это заболевание зубочелюстной системы, характеризующееся развитием острого или хронического воспалительного процесса, деструкцией тканей пародонта и атрофией костной ткани альвеол. Копейкин В.Н. (1988) предложил развернутое определение понятия — «пародонтиты это собирательное название отдельных нозологических форм заболеваний зубочелюстной системы, характеризующихся развитием хронического или острого воспалительного процесса и деструкцией тканей пародонта, а также атрофией костной ткани альвеолярного отростка (альвеолярного отростка) челюсти». ([protokol\\_parodontit.pdf \(amikoesthetic.ru\)](#));

**Классификация** (по этиологии, стадиям). В классификации ВОЗ (10-й пересмотр) периостит включен в рубрику K10.23

K05.2 Острый пародонтит, как самостоятельная нозологическая форма, встречается крайне редко, он развивается вследствие острого механического или химического повреждения зубодесневого соединения. К острому пародонтиту относятся пародонтальный абсцесс десневого происхождения без свища и пародонтальный абсцесс десневого происхождения

со свищом. Как правило, развиваются в результате механической травмы. Характеризуется ограниченным воспалением и кровоточивостью десны; наличием пародонтального кармана и выделением из него экссудата; наличием свищевого хода (при пародонтальном абсцессе десневого происхождения со свищом).

K05.3. Хронический пародонтит всегда развивается на фоне неудовлетворительной гигиены рта. Как правило, ему предшествует гингивит. Характеризуется наличием мягких и твердых назубных отложений (над- и поддесневых); гиперемией, отеком и кровоточивостью десны; наличием пародонтальных карманов и выделением из них экссудата; патологической подвижностью зубов различной степени; возможна рецессия или гипертрофия десневого края, деформация зубных рядов, появление трем, диастем и преждевременных контактов зубов (супраконтактов).

КЛАССИФИКАЦИЯ ПАРОДОНТИТА по МКБ-10.

***K05.3 Хронический пародонтит***

K05.30 Локализованный

K05.31 Генерализованный

K05.38 Другой уточненный хронический пародонтит

K05.39 Хронический пародонтит неуточненный

<https://irbis.rmapo.ru/UploadsFilesForIrbis/16abdafc8c27ff414074de723c5521f6.pdf>

**3.Методы, подходы диагностики, подходы медицинских вмешательств и диагностические процессы.**

Диагностика пародонтита производится путем сбора анамнеза, клинического осмотра и дополнительных методов обследования и направлена на определение пародонтологического статуса, тяжести и распространенности заболевания, а также составления комплексного плана лечения.

Кроме того, диагностика дополнительно должна быть направлена на выявление факторов, которые препятствуют немедленному началу лечения. Такими факторами могут быть:

- наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых для лечения;
- сопутствующие заболевания, отягощающие лечение;
- острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;
- угрожающие жизни острое состояние-заболевание или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения), развившиеся менее чем за 6 месяцев до момента обращения за данной стоматологической помощью и другие тяжелые общесоматические состояния;
- отказ пациента от лечения.

<https://irbis.rmapo.ru/UploadsFilesForIrbis/16abdafc8c27ff414074de723c5521f6.pdf>

Данная патология рассматривается как одна из основных причин потери зубов у взрослого населения. Кроме того, пародонтит может являться как следствием, так и причиной развития некоторых общесоматических заболеваний.

Пародонтит развивается в результате воздействия одного или нескольких этиологических факторов, которые могут носить как местный (перегрузка пародонта, повреждающее действие микробных скоплений биопленки десневой борозды, ятрогенные причины) так и общий (авитаминозы, атеросклеротические изменение сосудов, эндокринная патология, снижение резистентности организма) характер. Важно понимать, что зубной налет и отложения не всегда обуславливают развитие кариеса, но всегда обуславливают развитие гингивита. Гингивит не всегда приводит к пародонтиту, но пародонтиту всегда предшествует гингивит.

Под влиянием повреждающего фактора возникают патологические изменения, которые обуславливают нарушение внутритканевого метаболизма тканей пародонта, что ведет к частичной гибели эпителия и разрушению коллагеновых волокон связочного аппарата зубов, деструкции костной ткани, сначала в кортикальной пластинке, а затем и губчатого вещества. Прогрессирование резорбции кости, утрата прикрепления десны к кости и расширения пародонтального кармана протекают не непрерывно, но фазами – активными и неактивными. Развивающиеся в пародонте патологические процессы приводят к увеличению подвижности зуба, в результате чего происходит увеличение влияния механического фактора на сосудистую систему, который способствует прогрессированию воспаления и нарастанию клинических проявлений.

При пародонтитах обусловленных общесоматическими заболеваниями, местные факторы усугубляют воспалительный процесс.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.**

Острый пародонтит, как самостоятельная нозологическая форма, встречается крайне редко, он развивается вследствие острого механического или химического повреждения зубодесневого соединения. К острому пародонтиту относятся пародонтальный абсцесс десневого происхождения без свища и пародонтальный абсцесс десневого происхождения со свищом. Как правило, развиваются в результате механической травмы. Характеризуется ограниченным воспалением и кровоточивостью десны; наличием пародонтального кармана и выделением из него экссудата; наличием свищевого хода (при пародонтальном абсцессе десневого происхождения со свищом).

Хронический пародонтит всегда развивается на фоне неудовлетворительной гигиены рта. Как правило, ему предшествует гингивит. Характеризуется наличием мягких и твердых зубных отложений (над- и поддесневых); гиперемией, отеком и кровоточивостью десны; наличием пародонтальных карманов и выделением из них экссудата; патологической подвижностью зубов различной степени; возможна рецессия или гипертрофия десневого края, деформация зубных рядов, появление трем, диастем и преждевременных контактов зубов (супраконтактов).

Рентгенологическая картина зависит от степени тяжести пародонтита. Начало процесса характеризуется деструкцией кортикальной пластинки вершин межальвеолярных перегородок. В дальнейшем отмечается усеченность вершин, наряду с горизонтальной появляется и вертикальная резорбция, нередко с образованием костных карманов. Контуры костной ткани альвеолярных отростков имеют характерный фестончатый вид, «изъеденный вид».

У больных с локализованной формой пародонтита данные симптомы выявляются лишь у группы зубов, при генерализованной форме – у всех зубов.

Степень тяжести пародонтита определяется в основном тремя ведущими симптомами — глубиной пародонтального кармана, степенью резорбции костной ткани и, как следствие, патологической подвижностью зубов. Эти признаки принимаются за основу при постановке диагноза и составлении плана лечения. Подвижность зубов является важным метрическим критерием оценки состояния тканей пародонта. При планировании лечения исследование подвижности зубов является обязательным диагностическим мероприятием. Наиболее распространенной, при оценке подвижности зубов, является классификация Энтина, так же используется классификация Миллера в модификации Флезара.

В общей структуре оказания медицинской помощи больным в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля пародонтит встречается в любой возрастной группе пациентов и составляет 30% от общего числа обращений. Болезни пародонта (пародонтопатии), наряду с кариесом, являются основными массовыми поражениями зубочелюстной системы. Они характеризуются: скрытым началом, хроническим течением с

частыми обострениями, трудно поддаются в начальных стадиях диагностике, а при развитии процесса — лечению. Поэтому пародонтит при несвоевременном и/или неправильном лечении и прогрессировании процесса может стать причиной потери зубов, развития гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Полость рта пациентов с данным заболеванием представляет собой очаг интоксикации и инфекционной сенсibilизации организма. В результате заболевания значительно снижаются функциональные возможности всей зубочелюстной системы, что оказывает существенное влияние на жизнедеятельность организма человека, его психоэмоциональное состояние, снижают качество жизни. Пародонтит является опасным воспалительным заболеванием тканей пародонта, которые весьма сложно распознать на начальном этапе. Нередко человек обращается с жалобами на кровоточивость и болезненность десен, когда прикрепление зуба к кости уже нарушено, и патологический процесс перешел в хроническую стадию, поэтому необходимы регулярные профилактические осмотры для своевременного выявления заболевания.

## **ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАРОДОНТИТА**

Лечение болезней пародонта должно быть комплексным.

Принципы лечения больных с пародонтитом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- купирование воспалительных процессов в пародонте
- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;
- сохранение и восстановление функции зубочелюстной системы;
- предупреждение развития общих и местных осложнений;
- предупреждение негативного влияния на общее здоровье и качество жизни пациентов.

Лечение:

- 1) выборочное пришлифовывание бугорков зубов;
- 2) нормализация окклюзионных соотношений;
- 3) временное шинирование;
- 4) шинирование четырех зубов лигатурой, пластмассой, которая быстро затвердевает или химическим композитом;
- 5) получение альгинатных оттисков;
- 6) изготовление гипсовых моделей, подготовка гипсовой модели к изготовлению непосредственно протеза;
- 7) наложение и коррекция непосредственно протеза;
- 8) применение съемной и несъемной каппы;
- 9) наложение капповых назубных шин или связывания проволоки.

Лечение после снятия обострения:

- 1) получение оттисков эластомерами для протезов;
- 2) снятие оттиска индивидуальной ложкой;
- 3) снятие оттиска при наличии имплантата;
- 4) определение центральной окклюзии;

- 5) ортодонтическая помощь;
- 6) постоянное шинирование;
- 7) препарирование зубов под различные виды протезов: коронки – штампованные и цельнолитые; вкладки; препарирование зубов под опорно-удерживающий кламмер;
- 8) препарирование и фиксация пластмассовой, цельнолитой коронки;
- 9) препарирование и фиксация полукоронки и трехчетвертными коронки, препарирование и фиксация вкладки со штифтом;
- 10) препарирование и фиксация мостовидных протезов, цельнолитого, цельнолитого с облицовкой, паяного мостовидного протеза;
- 11) препарирование и фиксация цельнолитых протезов при наличии имплантата;
- 12) препарирование и фиксация ортопедической каппы;
- 13) препарирование и наложение бюгельного протеза (с двумя и более опорно-удерживающими кламмерами, шинирующего протеза, системы Румпеля);
- 14) проверка конструкции протеза при частичном отсутствии зубов;
- 15) препарирование и наложение съемного протеза (простого и с системой Румпеля).

#### **Список использованных сайтов.**

1. <https://www.dr.arut.ru/mezhdunarodnaya-klassifikatsiya-bolezney-polosti-rta-slyunnyih-zhelyoz-i-chelyustey/>
2. [https://docviewer.yandex.uz/view/0/?\\*=GnwHhmBWGCKaYWPMznD00NaBTI97InVybCI6Imh0dHBzOi8vbWluemRyYXYuZ292LmJ5L3VwbG9hZC9kYWWR2ZmlsZXMvQ1Byb3Rva29sLy](https://docviewer.yandex.uz/view/0/?*=GnwHhmBWGCKaYWPMznD00NaBTI97InVybCI6Imh0dHBzOi8vbWluemRyYXYuZ292LmJ5L3VwbG9hZC9kYWWR2ZmlsZXMvQ1Byb3Rva29sLy)
3. [https://docviewer.yandex.uz/view/0/?page=4&\\*=bg](https://docviewer.yandex.uz/view/0/?page=4&*=bg)
4. [https://docviewer.yandex.uz/view/0/?\\*=BEkPEsrxl5tGRB31cMBwsGfs7B7InVybCI6I](https://docviewer.yandex.uz/view/0/?*=BEkPEsrxl5tGRB31cMBwsGfs7B7InVybCI6I)
5. <https://diseases.medelement.com/disease/диагностика-и-лечение-пациентов-с-изменением-цвета-зубов-в-процессе-формирования-детское-население-кп-рб-2022/17584?ysclid=lwj94j8zvx232300270>
6. <https://diseases.medelement.com/disease/диагностика-и-лечение-пациентов-с-изменением-цвета-зубов-в-процессе-формирования-детское-население-кп-рб-2022/17584?ysclid=lwj97jyz11569997101>
7. [https://docviewer.yandex.uz/view/0/?\\*=fd](https://docviewer.yandex.uz/view/0/?*=fd)
8. <https://research-journal.org/archive/2-116-2022-february/sovremennye-metody-lecheniya-diskoloritov-zubov>
9. <https://hollywood-dent.ru/wp-content/uploads/2023/05/3-1.pdf?ysclid=lwj9wxboi791071370>
10. <https://hollywood-dent.ru/wp-content/uploads/2023/05/3-1.pdf?ysclid=lwja5js9al695572360>

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

**ТАШКЕНТ - 2025**

## Коды МКБ-10:

МКБ-10	
<b>K10.23</b>	Ортопедическое лечение заболеваний пародонта
<b>K05.3</b>	Хронический пародонтит.
<b>K05.4</b>	Пародонтоз
<b>K05.5</b>	Другие заболевания пародонта.
<b>K05.6</b>	Заболевания пародонта неизвестной этиологии.
<b>Ссылки</b>	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=16451">https://mkb-10.com/index.php?pid=16451</a> <a href="https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D0%B7%D0%B8%D1%8F_%D1%82%D0%B0%D0%B7%D0%BE%D0%B1%D0%B5%D0%B4%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D1%81%D1%83%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%B2%D0%B0#:~:text=%D0%92%D1%80%D0%BE%D0%B6%D0%B4%D1%91%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B9%20%D0%B2%D1%8B%D0%B2%D0%B8%D1%85%20%D0%B1%D0%B5%D0%B4%D1%80%D0%B0%20(%D1%81%D0%B8%D0%BD.,congenital%20dislocation%20of%20the%20hip)">https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D0%B7%D0%B8%D1%8F_%D1%82%D0%B0%D0%B7%D0%BE%D0%B1%D0%B5%D0%B4%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D1%81%D1%83%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%B2%D0%B0#:~:text=%D0%92%D1%80%D0%BE%D0%B6%D0%B4%D1%91%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B9%20%D0%B2%D1%8B%D0%B2%D0%B8%D1%85%20%D0%B1%D0%B5%D0%B4%D1%80%D0%B0%20(%D1%81%D0%B8%D0%BD.,congenital%20dislocation%20of%20the%20hip)</a>

## Коды МКБ-11:

МКБ-11	
DA05.0Y <sup>1</sup>	Ортопедическое лечение заболеваний пародонта
DA05.0	Хронический пародонтит.
DA05.2	Пародонтоз
DA05.0Y DA05.Z	Другие заболевания пародонта.
DA05.Z	Заболевания пародонта неизвестной этиологии.
Ссылки	<a href="https://mkb11.online/113423">https://mkb11.online/113423</a> <a href="https://mkb11.online/113426#description">https://mkb11.online/113426#description</a> <a href="https://mkb11.online/113427">https://mkb11.online/113427</a> <a href="https://mkb11.online/113439">https://mkb11.online/113439</a>

## 1.ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

### ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРАДОНТА

Лечение представляет собой совокупность этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии. Пародонтит необратим. Болезнь не претерпевает обратного развития, а лишь может быть стабилизирована благодаря значительным усилиям врачей-стоматологов всех профилей, применения комплекса лечебных мероприятий и средств.

Лечение острых форм пародонтита предполагает проведение экстренных мероприятий, направленных на купирование воспаления (вскрытие пародонтального абсцесса, вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага и т.п.).

Выбор средств и методов для лечения хронического пародонтита определяется степенью тяжести и особенностями клинического течения заболевания. В комплексной терапии пародонтита применяют терапевтическое (немедикаментозное и медикаментозное), хирургическое, ортодонтическое и ортопедическое лечение, направленное на ликвидацию воспаления в тканях пародонта, устранение пародонтального кармана, стимуляцию репаративного остеогенеза, восстановление функции зубочелюстной системы.

Ортопедическое лечение направлено на восстановление функции зубочелюстной системы, восстановление целостности зубных рядов, стабилизацию патологических процессов в пародонте, создание условий для

функционирования зубочелюстной системы в компенсированном состоянии и включает в себя изготовление съемных и/или несъемных шинирующих ортопедических конструкций. Положительным результатом лечения средних и тяжелых стадий пародонтита можно считать восстановление зубочелюстной системы до субкомпенсированного состояния и стабилизацию патологического процесса на этом уровне. Без ортопедического вмешательства (постоянного шинирования) это невозможно.

Ортопедическое лечение при заболеваниях пародонта проводится с целью профилактики, устранения или ослабления функциональной перегрузки пародонта, которая на определенной стадии болезни является одним из главных патологических факторов, определяющих течение болезни. Устранение или уменьшение функциональной перегрузки ставит пародонт в новые условия, при которых воспаление и дистрофия развиваются медленнее. Благодаря этому терапевтические мероприятия становятся более эффективными. Главными задачами ортопедического лечения являются стабилизация клинической ситуации и перевод субкомпенсированного и декомпенсированного состояния в компенсированное и субкомпенсированное соответственно. Эти задачи достигаются применением постоянного протезирования и шинирования с применением съемных, несъемных конструкций и их комбинацией. Планирование ортопедического лечения проводится с учетом одонтопародонтограммы, видов стабилизации. Лечение проводят комплексно с применением общих и местных лечебных мероприятий. Местные лечебные мероприятия носят терапевтический, физиотерапевтический, хирургический и ортопедический характер.

Ортопедическое лечение надо начинать одновременно с терапевтическим, но после того, как будут проведены необходимые санационные процедуры (снятие зубных отложений, удаление разрушенных зубов и корней, не подлежащих восстановлению, снятие воспалительных наслоений). Далее проводят мероприятия по нормализации окклюзии путем сошлифовывания преждевременных контактов режущих поверхностей и бугорков зубов, ортодонтические мероприятия, протезирование дефектов зубных рядов, включающее шинирование.

Альгинатной массой снимают оттиски с верхней и нижней челюстей для диагностических моделей. По полученным оттискам отливают модели из гипса. Далее определяют центральную окклюзию. После этого необходимо фиксировать диагностические модели в артикуляторе с помощью лицевой дуги.

Шинирование проводится цельнолитыми съемными протезами и/или бюгельными протезами. Под шинированием понимают объединение

нескольких зубов или всего зубного ряда в блок каким-либо ортопедическим аппаратом - шиной. Шинами могут служить спаянные вместе полные, экваторные коронки, полукоронки, кольца, колпачки и шинирующие бюгельные лечебные аппараты с различными комбинациями опорно-удерживающих кламмеров. С помощью шины удастся объединить зубы в общую систему, выступающую при восприятии жевательного давления как единое целое.

Функциональная перегрузка зубов при заболевании пародонта, как уже отмечалось, возникает не сразу, а постепенно. Поэтому важно по определенным клиническим признакам установить время ее появления. Таким симптомом служит патологическая подвижность зубов, свидетельствующая о декомпенсированном состоянии пародонта. Шинирование можно проводить и на поздних стадиях болезни, но лучший терапевтический эффект достигается при первых признаках функциональной перегрузки.

При изготовлении бюгельных протезов, особенно шинирующих, в обязательном порядке проводится параллелометрия, после проведения которой и получения обзорной линии разбирается вопрос о планировании конструкции бюгельного протеза. Основными принципами этого планирования является последовательность при выборе отдельных элементов протеза и способов распределения функциональной нагрузки в зависимости от морфологических условий и функционального состояния опорных тканей.

Планирование опорно-удерживающих элементов начинают с выбора кламмеров, по конструкции наиболее соответствующим данным анатомических и функциональных условий.

При планировании и изготовлении цельнолитых съемных конструкций важной задачей является подготовка зубных рядов:

- а) подготовка места для кламмеров и окклюзионных накладок;
- б) восстановление анатомической формы опорных зубов;
- в) иммобилизация (шинирование) для равномерного распределения жевательной нагрузки.

### **Лечение:**

- 1) выборочное пришлифовывание бугорков зубов;
- 2) нормализация окклюзионных соотношений;
- 3) временное шинирование;

- 4) шинирование четырех зубов лигатурой, пластмассой, которая быстро затвердевает или химическим композитом;
- 5) получение альгинатных оттисков;
- 6) изготовление гипсовых моделей, подготовка гипсовой модели к изготовлению непосредственно протеза;
- 7) наложение и коррекция непосредственно протеза;
- 8) применение съемной и несъемной каппы;
- 9) наложение капповых назубных шин или связывания проволоки.

#### **Лечение после снятия обострения:**

- 1) получение оттисков эластомерами для протезов;
- 2) снятие оттиска индивидуальной ложкой;
- 3) снятие оттиска при наличии имплантата;
- 4) определение центральной окклюзии;
- 5) ортодонтическая помощь;
- 6) постоянное шинирование;
- 7) препарирование зубов под различные виды протезов: коронки – штампованные и цельнолитые; вкладки; препарирование зубов под опорно-удерживающий кламмер;
- 8) препарирование и фиксация пластмассовой, цельнолитой коронки;
- 9) препарирование и фиксация полукоронки и трехчетвертными коронки, препарирование и фиксация вкладки со штифтом;
- 10) препарирование и фиксация мостовидных протезов, цельнолитого, цельнолитого с облицовкой, паяного мостовидного протеза;
- 11) препарирование и фиксация цельнолитых протезов при наличии имплантата;
- 12) препарирование и фиксация ортопедической каппы;
- 13) препарирование и наложение бюгельного протеза (с двумя и более опорно-удерживающими кламмерами, шинирующего протеза, системы Румпеля);
- 14) проверка конструкции протеза при частичном отсутствии зубов;
- 15) препарирование и наложение съемного протеза (простого и с системой Румпеля).

### **Алгоритм изготовления бюгельных протезов:**

- 1) анестезия по показаниям;
- 2) снятие слепков;
- 3) наложение и припасовка цельнолитого каркаса бюгельного протеза;
- 4) проверка конструкции протеза (постановка зубов);
- 5) наложение и припасовка готового бюгельного протеза
- 6) коррекция.

**Первое посещение.** Перед началом лечения необходимо изготовить диагностические модели, которые позволяют определить наличие места для окклюзионных частей кламмеров. После этого принимают решение о протезировании, на том же приеме приступают к лечению. При отсутствии места на модели отмечают участки, подлежащие сошлифовыванию, после чего проводят необходимое сошлифовывание твердых тканей зубов полости рта в местах, где будут располагаться окклюзионные накладки, допустимо искусственное углубление естественных фиссур зубов. При необходимости опорные зубы покрываются искусственными бюгельными коронками.

Первым этапом изготовления бюгельного протеза является снятие слепков (оттисков). С протезируемой челюсти снимается рабочий слепок (оттиск), с противоположной — прикусной, с помощью стандартных слепочных (оттискных) ложек и альгинатных слепочных (оттискных) масс. Рекомендуется края ложек перед снятием слепков (оттисков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции слепочного (оттискного) материала. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества слепков (оттисков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.). Отливаются модели: рабочая модель из супергипса, прикусная — из простого гипса. Проводится параллелометрия и определяется путь введения и выведения шинирующего бюгельного протеза.

**Следующее посещение.** Наложение и припасовка цельнолитого каркаса бюгельного протеза. Особое внимание следует обращать на отсутствие давления дуги бюгельного протеза на слизистую оболочку, точность прилегания и охвата опорно-удерживающими элементами (кламмерами и окклюзионными накладками) опорных зубов, отсутствие балансирования. Дуга бюгельного протеза на нижнюю челюсть на всем своем протяжении должна отстоять от слизистой оболочки у верхнего края на 0,5—0,6 мм, у нижнего — не менее чем на 1 мм. Дуга протеза на верхнюю челюсть отстоит от слизистой на 0,6—1 мм. Отклонение от этих требований может привести к

образованию пролежней в будущем. Внесение исправлений в металлический каркас нежелательно, т. к. его истончение чревато переломом или уменьшением жесткости. Проводится определение центрального соотношения челюстей с применением изготовленных в зуботехнической лаборатории восковых базисов с окклюзионными валиками. Особое внимание следует обращать на формирование правильной протетической плоскости, определение высоты нижнего отдела лица.

Выбор цвета, размера и формы искусственных зубов производится в соответствии с оставшимися зубами и индивидуальными особенностями (возраст пациента, размеры и форма лица).

**Следующее посещение.** Проверка конструкции протеза (постановки зубов на восковой конструкции, проведенной в условиях зуботехнической лаборатории) на восковом базисе для оценки правильности всех предыдущих клинических и лабораторных этапов изготовления протеза и внесения необходимых исправлений.

**Следующее посещение.** Наложение и припасовка готового бюгельного протеза после лабораторного этапа замены воскового базиса седловидной части на пластмассовый. Перед наложением необходимо оценить качество базиса протеза (отсутствие пор, острых краев, выступов, шероховатостей и т. д.). Цвет может указывать на некачественную полимеризацию.

Протез вводят в полость рта, проверяют плотность смыкания зубных рядов и фиксацию бюгельного протеза, точность прилегания и охвата опорно-удерживающими элементами (кламмерами и окклюзионными накладками) опорных зубов, отсутствие балансирования.

**Следующее посещение.** Первая коррекция назначается на следующий день после сдачи протеза, далее по показаниям (не чаще одного раза в три дня). Период адаптации может длиться до 1,5 месяца.

При появлении болей в области тканей протезного ложа, связанных с травмой слизистой оболочки, больному рекомендуют немедленно прекратить пользоваться протезом, явиться на прием к врачу, возобновив пользование протезом за 3 часа до посещения врача.

При механическом повреждении слизистой оболочки, образовании язв под седловидной частью бюгельного протеза участки протеза в этих местах минимально сошлифовываются. Коррекцию базиса протеза проводят до появления первого субъективного ощущения уменьшения болевого синдрома. В случае неправильного изготовления дуги бюгельного протеза допускается минимальное ее сошлифовывание. Однако следует учитывать, что истончение дуги чревато переломом или уменьшением жесткости.

Назначается медикаментозная терапия противовоспалительными средствами и средствами, ускоряющими эпителизацию слизистой оболочки рта.

Пациенты с аллергическими реакциями.

При выявлении аллергического анамнеза проводят аллергические кожные пробы на материал базиса протеза. При положительной реакции на пластмассу рекомендуется изготавливать бюгельные протезы с использованием бесцветной пластмассы. При появлении у пациента аллергической реакции на металл, из которого изготовлен каркас, производится золочение металлических частей гальваническим методом.

Пациента инструктируют по поводу правил пользования конструкцией и указывают на необходимость регулярного посещения врача 1 раз в полгода.

#### **Алгоритм изготовления коронки:**

- 1) препарирование опорных зубов, ретракция десны и снятие оттисков;
- 2) изготовление и фиксация коронок, припасовка и фиксация покрывной конструкции;
- 3) снятие оттисков для изготовления съемной части ортопедической конструкции.

#### **Алгоритм изготовления штамповано-паяного мостовидного протеза:**

- 1) анестезия по показаниям;
- 2) препарирование зубов;
- 3) снятие слепков для коронок, определение прикуса (по показаниям);
- 4) припасовка коронок для штампованно паянного мостовидного протеза;
- 5) снятие слепков для мостовидного протеза;
- 6) припасовка каркаса мостовидного протеза;
- 7) припасовка готового мостовидного протеза;
- 8) совместная оценка готового протеза в полости рта врачом и пациентом;
- 9) фиксация мостовидного протеза.

#### **Алгоритм изготовления цельнолитого мостовидного протеза:**

- 1) анестезия по показаниям;
- 2) снятие слепков альгинатной массой для изготовления временных пластмассовых коронок;
- 3) препарирование зубов;

- 4) наложение ретракционных нитей;
- 5) снятие силиконового слепка основным (базисным) слоем;
- 6) удаление ретракционных нитей;
- 7) снятие слепка коррегирующей массой;
- 8) изготовление временных пластмассовых коронок при помощи предварительно снятых альгинатных слепков;
- 9) фиксация временных пластмассовых коронок на временный цемент;
- 10) определение прикуса (по показаниям);
- 11) припасовка цельнолитых мостовидных протезов;
- 12) совместная оценка готового цельнолитого мостовидного протеза в полости рта врачом и пациентом;
- 13) фиксация цельнолитого мостовидного протеза на временный цемент;
- 14) фиксация цельнолитого мостовидного протеза на постоянный цемент.

**Алгоритм изготовления цельнолитого мостовидного протеза с облицовкой:**

- 1) анестезия по показаниям;
- 2) снятие слепков альгинатной массой для изготовления временных пластмассовых коронок;
- 3) препарирование зубов;
- 4) наложение ретракционных нитей.;
- 5) снятие силиконового слепка основным (базисным) слоем;
- 6) удаление ретракционных нитей;
- 7) снятие слепка коррегирующей массой;
- 8) изготовление временных пластмассовых коронок при помощи предварительно снятых альгинатных слепков;
- 9) фиксация временных пластмассовых коронок на временный цемент;
- 10) определение прикуса (по показаниям);
- 11) припасовка каркаса цельнолитого мостовидного протеза;
- 12) определение цвета облицовки;

- 13) припасовка готового цельнолитого мостовидного протеза с облицовкой;
- 14) совместная оценка готового цельнолитого мостовидного протеза с облицовкой в полости рта врачом и пациентом;
- 15) фиксация цельнолитого мостовидного протеза с облицовкой на временный цемент;
- 16) фиксация цельнолитого мостовидного протеза с облицовкой на постоянный цемент.

**Алгоритм и особенности временного шинирования при болезнях пародонта.** Временная шина – ортопедическая конструкция, используемая для иммобилизации группы зубов или всего зубного ряда на время лечения заболеваний пародонта до начала постоянного шинирования.

При генерализованном пародонтите в шину включают все зубы, при локализованном пародонтите в шину, помимо пораженного участка, обязательно включают зубы с непораженным пародонтом. При атрофии костной ткани до  $\frac{1}{2}$  длины корня - шинирование проводится в горизонтальной плоскости, при атрофии до  $\frac{3}{4}$  - необходимо шинировать зубы в горизонтальной и вертикальной плоскости.

Временная шина должна соответствовать следующим требованиям: фиксировать группу зубов и/или весь зубной ряд, легко накладываться и сниматься при необходимости, равномерно распределять давление, при необходимости восполнять дефект зубного ряда, не травмировать слизистую оболочку рта, не препятствовать лечебным мероприятиям, отличаться простотой изготовления

Временная шина может быть изготовлена из пластмассы, ортодонтической проволоки, армированного композита на основе органической или неорганической матрицы.

При планировании применения временной шины следует обращать внимание на степень тяжести заболевания, наличие дефектов зубных рядов, снижение высоты нижнего отдела лица.

После диагностических исследований и выбора конструкции временной шины на том же приеме приступают к лечению.

**Алгоритм и особенности изготовления временной шины из пластмассы.** Первым этапом изготовления временной шины из пластмассы является получение оттисков с обеих челюстей при помощи стандартных оттискных ложек и альгинатных оттискных масс. Рекомендуется края ложек перед снятием оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря или использовать специальный клей для лучшей ретенции оттискного материала.

После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков. Отливаются модели из гипса.

**Следующее посещение.** Определение центрального соотношения челюстей для определения правильного положения нижней челюсти по отношению к верхней в трех плоскостях (вертикальной, сагиттальной и трансверзальной). Определение центрального соотношения челюстей производится с применением изготовленных в зуботехнической лаборатории восковых базисов с окклюзионными валиками. Особое внимание следует обращать на высоту нижнего отдела лица. При дефектах зубных рядов производится подбор искусственных зубов.

**Следующее посещение.** Перед наложением и припасовкой готовой временной шины во рту необходимо оценить качество шины. Шину вводят в рот, проверяют прилегание и фиксацию к зубам, отсутствие балансирования. Особое внимание следует обратить на окклюзионные контакты и отсутствие блокирований движений нижней челюсти. При необходимости проводят частичную и/или полную перебазировку временной шины при помощи самотвердеющей пластмассы.

**Алгоритм и особенности изготовления оральной многозвеньевой шины из пластмассы.** Первым этапом изготовления оральной многозвеньевой шины из пластмассы является получение оттисков с одной и/или обеих челюстей при помощи стандартных оттискных ложек и альгинатных оттискных масс. Рекомендуется края ложек перед снятием оттисков окантовывать узкой полоской лейкопластыря или использовать специальный клей для лучшей ретенции оттискного материала. После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков. Отливаются модели из гипса. На гипсовой модели с оральной стороны на границе от режущего края и/или перехода жевательной поверхности в оральную до линии экватора зуба равномерным слоем толщиной 2-3 мм наносят самотвердеющую пластмассу. При наличии трем и дефектов зубных рядов также заполняют пластмассой. После отверждения пластмассы оральную поверхность обрабатывают и полируют. Шину снимают с модели и припасовывают во рту. Особое внимание следует обратить на прилегание шины и ее фиксацию к зубам, отсутствие балансирования. При необходимости проводят частичную и/или полную перебазировку временной шины при помощи самотвердеющей пластмассы. Фиксацию оральной многозвеньевой шины к зубам можно проводить на различные материалы (стоматологический цемент, светоотверждаемый материал и т.д.).

Алгоритм и особенности изготовления шины из армированного композита на основе органической матрицы. Работы с армирующими материалами на основе органической матрицы требуют работы с использованием специальных перчаток и ножниц, особые условия хранения. Изготовление шины проводится в одно посещение. При подвижности зубов 1-2 степени не

требуется создания ретенционных пунктов, располагается на небной или язычной поверхностях. При подвижности 2-3 степени и при шинировании боковой группы зубов требуется создание ретенционных борозд глубиной 1-1.5 мм, на зубах передней группы шина может располагаться по режущему краю, на зубах боковой группы ретенционные борозды создаются на окклюзионной поверхности.

**Алгоритм изготовления:**

1. Удаление зубных отложений, при необходимости создание ретенционных пунктов.
2. Измерение длины армирующего волокна с помощью фольги.
3. Пропитывание волокна специальным бондом для предотвращения разволокнения.
4. Травление твердых тканей зубов.
5. Нанесение и полимеризация бондинговой системы на ткани зубов.
6. Нанесение жидкотекучего композита и погружение в него армирующего волокна, моделирование и полимеризация.
7. Обработка шины, выверение окклюзионных контактов, полировка.

Алгоритм и особенности изготовления шины из армированного композита на основе неорганической матрицы. Изготовление шины проводится в одно посещение. При подвижности зубов 1-2 степени передних зубов не требуется создания ретенционных пунктов и располагается на небной или язычной поверхностях. При подвижности 2-3 степени и при шинировании боковой группы зубов требуется создание ретенционных борозд глубиной 1-1.5 мм, на зубах передней группы шина может располагаться по режущему краю, на зубах боковой группы ретенционные борозды создаются на окклюзионной поверхности.

**Последовательность изготовления:**

1. Удаление зубных отложений, при необходимости создание ретенционных пунктов.
2. Измерение длины армирующего волокна с помощью фольги.
3. Пропитывание волокна специальным бондом для предотвращения разволокнения.
4. Травление твердых тканей зубов.
5. Нанесение и полимеризация бондинговой системы на ткани зубов.

6. Нанесение жидкотекучего композита и погружение в него армирующего волокна, моделирование и полимеризация.

7. Обработка шины, выверение окклюзионных контактов, полировка.

**Диспансеризация.** Диспансерный учет у стоматолога 2 раза в год (при осложнениях – немедленно).

#### **Профилактика:**

- 1) проведение профессиональной гигиены полости рта;
- 2) обучение и контроль индивидуальной гигиене рта;
- 3) назначение лечебно-профилактических зубных паст;
- 4) назначение комплексных препаратов кальция, фтора, микроэлементов;
- 5) отказ от курения;
- 6) правила пользования протезами;
- 7) замена протеза по потребности.

Лечение больных с диагнозом пародонтит позволяет добиться компенсации функции и стабилизации процесса (уровень убедительности доказательств А).

Требования к амбулаторно-поликлинической лекарственной помощи:

-витаминотерапия, местные анестетики (при необходимости);

-требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации;

Пациенты должны посещать специалиста один раз в полгода для наблюдения.

<https://irbis.rmapo.ru/UploadsFilesForIrbis/16abdafc8c27ff414074de723c5521f6.pdf>

## **ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПАРОДОНТИТОМ**

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

Оказание помощи больным с пародонтитом осуществляют врачи-стоматологи общей практики, врачи-стоматологи-терапевты, врачи-стоматологи-ортопеды, врачи-стоматологи-хирурги, врачи ортодонты,

зубные врачи. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал, в том числе зубные техники и гигиенисты стоматологические.

Список использованных сайтов.

1. <https://www.dr.arut.ru/mezhdunarodnaya-klassifikatsiya-bolezney-polosti-rti-slyunnyih-zhelyoz-i-chelyustey/>
2. [https://docviewer.yandex.uz/view/0/?\\*=GnwHhmBWGCKaYWPMznD00NaBT197InVybCI6Imh0dHBzOi8vbWluemRyYXYuZ292LmJ5L3VwbG9hZC9kYWR2ZmlsZXMvQ1Byb3Rva29sLy](https://docviewer.yandex.uz/view/0/?*=GnwHhmBWGCKaYWPMznD00NaBT197InVybCI6Imh0dHBzOi8vbWluemRyYXYuZ292LmJ5L3VwbG9hZC9kYWR2ZmlsZXMvQ1Byb3Rva29sLy)
3. [https://docviewer.yandex.uz/view/0/?page=4&\\*=bg](https://docviewer.yandex.uz/view/0/?page=4&*=bg)
4. [https://docviewer.yandex.uz/view/0/?\\*=BEkPEsrxl5tGRB31cMBwsGfs7B7InVybCI6I](https://docviewer.yandex.uz/view/0/?*=BEkPEsrxl5tGRB31cMBwsGfs7B7InVybCI6I)
5. <https://diseases.medelement.com/disease/диагностика-и-лечение-пациентов-с-изменением-цвета-зубов-в-процессе-формирования-детское-население-кп-рб-2022/17584?ysclid=lwj94j8zvx232300270>
6. <https://diseases.medelement.com/disease/диагностика-и-лечение-пациентов-с-изменением-цвета-зубов-в-процессе-формирования-детское-население-кп-рб-2022/17584?ysclid=lwj97jyzl1569997101>
7. [https://docviewer.yandex.uz/view/0/?\\*=fd](https://docviewer.yandex.uz/view/0/?*=fd)
8. <https://research-journal.org/archive/2-116-2022-february/sovremennye-metody-lecheniya-diskoloritov-zubov>
9. <https://hollywood-dent.ru/wp-content/uploads/2023/05/3-1.pdf?ysclid=lwj9wxeb0i791071370>
10. <https://hollywood-dent.ru/wp-content/uploads/2023/05/3-1.pdf?ysclid=lwja5js9al695572360>
11. <https://irbis.rmapo.ru/UploadsFilesForIrbis/16abdafc8c27ff414074de723c5521f6.pdf>