

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 «ЧАСТИЧНАЯ АДЕНТИЯ»**

ТАШКЕНТ 2025

"Тасдиқлайман"
ТДСИ ректори
Н.К. Ҳайдаров



2025 йил

МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР "ҚИСМАН АДЕНТИЯ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА

Тошкент - 2025

Оглавление:

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ЧАСТИЧНАЯ АДЕНТИЯ»..... **5**

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ЧАСТИЧНАЯ АДЕНТИЯ»..... **21**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ
ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ И
ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ЧАСТИЧНАЯ
АДЕНТИЯ»**

ТАШКЕНТ - 2025

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Вводная часть

Аннотация. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи на ортопедическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях пациентам (взрослое население) с частичной адентией. Данная нозология имеется в МКБ-10 10-го пересмотра K10.22 Другие нарушения развития зубов. В данную нозология входят такие заболевания, как изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие несовместимости групп крови, изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие врождённого порока билиарной системы, изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие порфирии, изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие применения тетрациклина, другие уточнённые нарушения зубных рядов.

Коды МКБ-10:

Код	Название
K00.00	Частичная адентия
ссылка	https://mkb-10.com/index.php?pid=12554

Коды МКБ-11:

Код	Название
DA0A.1	Потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни
ссылка	https://mkb-10.com/index.php?pid=12554

Дата разработки и пересмотра протокола; 2025 год, дата пересмотра 2028 год или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

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

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:

По организации процесса члены рабочей группы по направлению
Стоматология:

1. **Шомуродов Қ.Э. - проректор по науке и инновациям ТГСИ. Д.м.н. проф**
2. **Хасанов А.И. - Президент Ассоциация стоматологов Узбекистана**
3. **Хабиллов Н.Л.- Зав. Кафедрой факультетской ортопедической стоматологии. Д.м.н. проф**

Список авторов:

Акбаров А.Н. – д.м.н., профессор, заведующий кафедры Факультетской ортопедической стоматологии ТГСИ.

Ризаева С.М. – д.м.н., профессор кафедры Факультетской ортопедической стоматологии ТГСИ.

Зиядуллаева Н.С. – д.м.н., доцент, профессор кафедры Факультетской ортопедической стоматологии ТГСИ.

Арсланов О.У. – д.м.н., доцент кафедры Факультетской ортопедической стоматологии ТГСИ.

Рецензенты:

Олимжонов С.Ш. – д.м.н., профессор, заведующий кафедры Ортопедической стоматологии и ортодонтии БухМИ.

Нуриева Н.С. – д.м.н., профессор кафедры Ортопедической стоматологии ЮУГМУ.

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Совещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации стоматологов Узбекистана, организаторов здравоохранения главных стоматологов региональных учреждений системы стоматологической службы в онлайн-формате 7 апреля 2023 г., протокол №2.

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.

Оценка приемлемости и используемости в практике клинических протоколов проведено совместно с представителями практического звена здравоохранения города Ташкента и Ташкентской области.

Практикующие врачи:

- 1.
- 2.
- 3..

Список сокращений

ТГСИ	Ташкентский государственный стоматологический институт
ЦРПКМР	Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Пользователи протокола по данной нозологии;

1. Ортопед стоматолог;
2. Стоматолог общей практики;
3. Зубной техник - лаборант;
4. Организаторы здравоохранения;
5. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, докторанты, преподаватели медицинских ВУЗов стоматологических факультетов;

Категории пациентов: больные с частичной адентией

Таблица 1

9) Шкала степень достоверности

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

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

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

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	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)
С	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

2.1. Введение

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)» разработан для решения следующих задач:

- установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных с частичным отсутствием зубов;
- унификация разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным с частичным отсутствием зубов;
- обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинском учреждении и на территории в рамках государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

Область распространения настоящего протокола – стоматологические медицинские организации.

В настоящем протоколе используется шкала убедительности доказательств данных:

- доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению;
- относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение;
- достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств;
- достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного лекарственного средства в определенной ситуации;
- веские отрицательные доказательства: имеются достаточно убедительные доказательства того, чтобы исключить лекарственное средство или методику из рекомендаций.

[Periostitis: Symptoms, Treatment, and More \(healthline.com\).
https://elestom.ru/handbook/safe_and_requirements/recommendations/rules/klinic_heskie-rekomendatsii-protokoly-lecheniya-pri-diagnoze-periostit.php](https://elestom.ru/handbook/safe_and_requirements/recommendations/rules/klinic_heskie-rekomendatsii-protokoly-lecheniya-pri-diagnoze-periostit.php)

2.2. Определения:

Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)

является одним из самых распространенных заболеваний: по данным Всемирной организации здравоохранения, им страдают до 75% населения в различных регионах земного шара.

Частичное отсутствие зубов непосредственным образом влияет на качество жизни пациента. Частичное отсутствие зубов обуславливает нарушение, вплоть до полной утраты, жизненно важной функции организма – пережевывания пищи, что сказывается на процессах пищеварения и поступления в организм необходимых питательных веществ, а также нередко является причиной развития заболеваний желудочно-кишечного тракта воспалительного характера.

Не менее серьезными являются последствия частичного отсутствия зубов для социального статуса пациентов: нарушения артикуляции и дикции сказываются на коммуникативных способностях пациента, эти нарушения, одновременно с изменениями внешности вследствие утраты зубов и развивающейся атрофии жевательных мышц, могут обусловить изменения психоэмоционального состояния, вплоть до нарушений психики. Частичное отсутствие зубов является также одной из причин развития специфических осложнений в челюстно-лицевой области, таких, как феномен Попова-Годона, дисфункции височно-нижнечелюстных суставов и соответствующего болевого синдрома. Несвоевременное и некачественное восстановление целостности зубных рядов при их частичном отсутствии обуславливает развитие таких функциональных нарушений, как перегрузка пародонта оставшихся зубов, развитие патологической стираемости, нарушения биомеханики зубочелюстной системы. Несвоевременное и/или некачественное лечение частичного отсутствия зубов ведет к развитию таких заболеваний зубочелюстной системы, как болезни пародонта, в отдаленной перспективе – к полной утрате зубов – полному отсутствию зубов обеих челюстей. Понятие «потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита» (K08.1 по МКБ-С – Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10) и такие термины, как «частичная вторичная адентия» и «частичное отсутствие зубов» (в отличие от адентии – нарушения развития и прорезывания зубов – K00.0), по сути являются синонимами и применяются как в отношении каждой из челюстей, так и к обеим челюстям. Синонимом терминов «частичное отсутствие зубов» и «частичная вторичная адентия» является также понятие дефекта зубного ряда, означающего отсутствие одного или нескольких зубов. Частичное отсутствие зубов следует отличать от адентии (первичной), при которой дефект зубного ряда развился вследствие отсутствия или гибели зачатков постоянных зубов. Частичное отсутствие зубов является следствием кариеса и его осложнений, удаления зубов и/или утраты вследствие несчастного случая (травмы), заболеваний пародонта и т. д. Несвоевременное ортопедическое лечение частичного отсутствия зубов, в свою очередь, обуславливает развитие осложнений в челюстно-лицевой области и височно-

нижнечелюстном суставе, а также усугубляет процесс утраты зубов. Главным признаком частичного отсутствия зубов считается отсутствие в зубном ряду от одного до пятнадцати зубов на одной из челюстей. Клиническая картина характеризуется отсутствием одного или нескольких зубов при наличии одного или нескольких естественных зубов или их корней. Проявления частичного отсутствия зубов зависят от топографии дефектов и количества отсутствующих зубов и отличаются многообразием. Особенностью данной патологии является отсутствие у пациентов болевого синдрома. При отсутствии одного или двух, а иногда и нескольких зубов больные нередко не ощущают дискомфорта и не обращаются к врачу. Частичное отсутствие даже одного зуба в любой функционально ориентированной группе зубов может привести к развитию феномена Попова-Годона, прямого или отраженного травматических узлов, в результате чего развивается воспаление в десне, деструкция костной ткани и развитие патологических карманов, в первую очередь, в области зубов, ограничивающих дефект. При отсутствии одного или нескольких фронтальных зубов на верхней челюсти клиническая картина характеризуется симптомом «западения» верхней губы. При значительном отсутствии боковых зубов отмечается «западение» мягких тканей щек, губ. При отсутствии даже одного фронтального зуба на верхней и/или нижней челюсти может наблюдаться нарушение дикции. Частичное отсутствие зубов на обеих челюстях без сохранения антагонизирующих пар зубов в каждой функционально ориентированной группе зубов приводит к снижению высоты нижнего отдела лица, нередко к развитию ангулярных хейлитов («заеды»), патологии височно-нижнечелюстного сустава, изменениям конфигурации лица, выраженным носогубным и подбородочной складкам, опущению углов рта. Частичное отсутствие жевательных зубов обуславливает нарушения функции жевания, больные жалуются на плохое пережевывание пищи.

Иногда значительное отсутствие зубов сопровождается привычным подвывихом или вывихом височно-нижнечелюстного сустава. После утраты или удаления зубов начинаются атрофические процессы в пародонте зубов ограничивающих дефект. При утрате более двух зубов, постепенно развивается атрофия самих альвеолярных отростков, прогрессирующая с течением времени. В пародонте и пульпе зубов лишенных антагонистов так же происходят атрофические процессы (Курляндский В.Ю. 1977). Частичное отсутствие зубов является необратимым процессом. Восстановление целостности зубных рядов возможно только ортопедическими методами лечения с помощью несъемных и/или съемных конструкций зубных протезов.

Классификация частичного отсутствия зубов (частичной вторичной адентии)

В клинической практике не выделяют частичное отсутствие зубов (частичную вторичную адентию) верхней челюсти и нижней челюсти. Принципы классификации одинаковы для обеих челюстей. Наибольшее распространение и практическое применение получила классификация частичного отсутствия зубов (дефектов зубных рядов) по Кеннеди.

В данной классификации выделяется четыре класса:

- двусторонний дистально неограниченный дефект (концевой дефект);
- односторонний дистально неограниченный дефект (концевой дефект);
- односторонний дистально ограниченный дефект (включенный дефект);
- отсутствие передних зубов (дефект во фронтальном отделе) (включенный дефект).

Каждый класс имеет ряд подклассов. При клиническом применении классификации Кеннеди врач редко встречается с «чистыми» классами, гораздо чаще наблюдаются варианты подклассов и/или сочетание дефектов различных классов и подклассов.

Другой известной классификацией дефектов зубных рядов является классификация Е.И. Гаврилова. В ней выделяется четыре группы дефектов:

- концевые односторонние и двусторонние;
- включенные (боковые – односторонние, двусторонние и передние);
- комбинированные;
- челюсти с одиночно сохранившимися зубами.

Близка к этой классификации классификация дефектов Вильда, в которой выделяются следующие основные категории (классы) частичной вторичной адентии:

- односторонний или двусторонний концевой дефект зубного ряда;
- один или несколько включенных дефектов;
- сочетание концевого (концевых) и включенного (включенных) дефектов зубного ряда.

https://e-stomatology.ru/director/protokols/protokol_periostit.doc

3. Диагностика: методы, подходы и процедуры

3.1. Диагностические критерии

Диагностика частичного отсутствия зубов (частичной вторичной адентии) производится путем клинического осмотра, сбора анамнеза и клинического обследования. Диагностика направлена на исключение факторов, которые препятствуют немедленному началу протезирования. Такими факторами могут быть наличие:

- не санированных зубов;
- не удаленных корней под слизистой оболочкой;
- экзостозов;
- опухолеподобных заболеваний;
- воспалительных процессов;
- заболеваний и поражений слизистой оболочки рта.

У пациентов, которым планируется ортопедическое лечение с использованием имплантатов, при обследовании необходимо определять степень атрофии альвеолярного отростка (альвеолярной части) челюсти и плотность костной ткани в области каждого предполагаемого места установки имплантата. При диагностике необходимо учитывать результаты клинического, рентгенологического и других исследований имеющихся зубов, в особенности планируемых под опоры, включая их пародонтальный статус, а также общее и функциональное состояние зубочелюстной системы.

https://elestom.ru/handbook/safe_and_requirements/recommendations/rules/klinicheskie-rekomendatsii-protokoly-lecheniya-pri-diagnoze-periodontit.php

Жалобы: Особенностью данной патологии является отсутствие у пациентов болевого синдрома. При отсутствии одного или двух, а иногда и нескольких зубов больные нередко не ощущают дискомфорта и не обращаются к врачу; частичное отсутствие жевательных зубов обуславливает нарушения функции жевания, больные жалуются на плохое пережевывание пищи; при отсутствии передних зубов основные жалобы больных на косметический дефект и дефект речи.

Анамнез: При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб, аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний. Определяют давность отсутствия зубов, проведенное ранее протезирование или его отсутствие.

Основная причиной частичного отсутствия зубов отличается от адентии (первичной), при которой дефект зубного ряда развился вследствие отсутствия или гибели зачатков постоянных зубов. Частичное отсутствие зубов является следствием кариеса и его осложнений, удаления зубов и/или

утраты вследствие несчастного случая (травмы), заболеваний пародонта и т. д.

https://elestom.ru/handbook/safe_and_requirements/recommendations/rules/klinicheskie-rekomendatsii-protokoly-lecheniya-pri-diagnoze-periostit.php

Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий:

Основные методы исследования

При внешнем осмотре челюстно-лицевой области обращают внимание на конфигурацию лица, цвет и состояние кожных покровов. Проводят пальпацию регионарных лимфатических узлов, жевательных мышц, слюнных желез и височно-нижнечелюстного сустава. Оценивают степень открывания рта.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов. Определяют гигиенический индекс и пародонтологический по потребности.

<https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskaya-harakteristika-razlichnyh-variantov-techeniya-ostryh-odontogennyh-vospalitelnyh-zabolevaniy>

Гиподентия

Общее состояние	Обычно удовлетворительное
Жалобы	Затрудненное разжёвывание пищи, косметический дефект, дефект речи.
Внешний осмотр	Имеется ли асимметрия лица. Занижение нижней трети лица. Западение губы или щек.
Осмотр рта	Вторичные деформации зубных рядов или их отсутствие; альвеолярные или зубо-альвеолярное удлинение.
Пальпация	Пальпация мягких тканей обычно безболезненна.
Рентгенограмма	На рентгенограмме может отмечаться горизонтальная и вертикальная атрофия костной ткани в области отсутствующих зубов.
Исход	Восстановление отсутствующих зубов протезированием или дентальной имплантацией.

https://e-stomatology.ru/director/protokols/protokol_periostit.doc

Тактика лечения на амбулаторном и стационарном уровне:

Цель

лечения:

включает одновременное решение нескольких задач:

- восстановление достаточной функциональной способности зубочелюстной системы;
- предупреждение развития патологических процессов и осложнений;
- повышение качества жизни пациентов;
- предупреждение или устранение негативных психоэмоциональных

последствий, связанных с отсутствием зубов.

Основные принципы ортопедического лечения частичного отсутствия зубов:

1. При планировании ортопедического лечения приоритетным должно быть сохранение оставшихся зубов.
2. Каждый зуб, планируемый под опору протеза, необходимо оценить с точки зрения перспектив состояния твердых тканей, пульпы, периапикальных тканей, пародонта. В зависимости от результатов этой оценки опора определяется как надежная, сомнительная или неудовлетворительная. Под опоры следует применять, в первую очередь, надежные зубы. Сохранение зуба в значительной мере зависит от его стратегической важности в качестве опоры протеза, а также от соотношения трудоемкости и стоимости лечебных мероприятий, необходимых для его сохранения и достижения результата.
3. Нельзя начинать протезирование без подготовительных мероприятий, если таковые не обходимы.
4. Не каждый дефект зубного ряда требует протезирования. Протезирование до полной комплектности зубных рядов не является обязательным. Решающую роль играют индивидуальные особенности зубочелюстной системы пациента.
5. Ортопедические конструкции должны обеспечивать возможности оптимальной гигиены полости рта.
6. При изготовлении несъемных мостовидных протезов предпочтительными являются конструкции небольшой протяженности. Следует избегать конструкций большой протяженности, связывающих в единый блок несколько функционально ориентированных групп зубов. Расширение масштабов протезирования оправдано лишь в условиях, когда это решение является единственной возможностью обеспечить оптимальное индивидуальное функционирование зубочелюстной системы.
7. Плохая гигиена полости рта пациента является относительным противопоказанием к имплантации и несъемному протезированию.
8. Чем хуже пациент выполняет врачебные рекомендации и идет на сотрудничество с врачом, тем проще должна быть ортопедическая конструкция [51].

Индикаторы эффективности лечения:

- восстановление функции жевания, речи и эстетических параметров.
[www: stomat-burg.ru/statc](http://www.stomat-burg.ru/statc) www.rusdent.com

Список использованных сайтов.

1. <https://mkb-10.com/index.php?pid=12554>
2. <https://www.vnmu.edu.ua/downloads/childstomat/20121219-114227.doc>
3. https://e-stomatology.ru/director/protokols/_protokol_periostit.doc

4. <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-prichin-razvitiya-odontogennogo-periostita-chelyustnyh-kostey-u-detey/viewer>
5. <https://www.vnmu.edu.ua/downloads/childstomat/20121219-114227.doc>
6. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/697_1#doc_a2
7. <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-prichin-razvitiya-odontogennogo-periostita-chelyustnyh-kostey-u-detey/viewer>
8. <https://tadqiqot.uz/index.php/oral/article/view/7121>
9. <https://proprikus.ru/blog/lechenie/periostit/>
10. https://inlibrary.uz/index.php/doctors_herald/article/view/4584
11. <https://inlibrary.uz/index.php/dental-implantology/article/view/16882>
12. <https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/21697>
13. <https://studfile.net/preview/5346587/page:2/>
14. https://e-stomatology.ru/director/protokols/protokol_periostit.doc
15. <https://www.dissercat.com/content/kompleksnoe-lechenie-ostrykh-gnoinykh-odontogennykh-p>
16. https://inlibrary.uz/index.php/doctors_herald/article/view/4584
17. <https://www.dissercat.com/content/kompleksnoe-lechenie-ostrykh-gnoinykh-odontogennykh-p>
18. https://e-stomatology.ru/director/protokols/protokol_periostit.doc
19. <https://studfile.net/preview/6204498/>
20. <https://studfile.net/preview/6057559/page:74/>
21. https://www.ort-art.ru/orthopedics/_klassifikatsiya-defektov
22. <https://dentalway.ru/blog/chastichnaya-adeniya/>
23. <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=1000>
24. <https://sapfircs.ru/docs/polnoeOtsutstvieZubov.pdf>
25. <https://chudostom.ru/articles/pervichnaya-i-vtorichnaya-adeniya/>
26. <https://cejsr.academicjournal.io/index.php/journal/article/view/1313>
27. <https://www.intereuroconf.com/index.php/APSEFMCH/article/download/2763/2135/2125>
28. <https://www.intereuroconf.com/index.php/APSEFMCH/article/view/2763>
29. <https://journals.researchparks.org/index.php/IJHCS/article/view/1448>
30. https://www.researchgate.net/publication/365792434_The_Effectiveness_of_Using_a_Digital_Method_for_Diagnosing_Occlusion_of_Teeth_and_Magnetophototherapy_in_Orthopedic_Treatment_of_Patients_with_Partial_Secondary_Adenia_and_Periodontal_Diseases
31. <https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/JEHS.2020.10.12.017>
32. <https://www.inovatus.es/index.php/ejmmmp/article/view/1194>
33. <http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds/article/download/783/674>
34. <https://journals.4science.ge/index.php/CSW/article/view/21>
35. <https://scholarexpress.net/index.php/wbph/article/download/195/205>

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ЧАСТИЧНАЯ АДЕНТИЯ»**

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ частичной адентии

Основные принципы ортопедического лечения частичного отсутствия зубов:

Основные принципы ортопедического лечения частичного отсутствия зубов:

1. При планировании ортопедического лечения приоритетным должно быть сохранение оставшихся зубов.
2. Каждый зуб, планируемый под опору протеза, необходимо оценить с точки зрения перспектив состояния твердых тканей, пульпы, периапикальных тканей, пародонта. В зависимости от результатов этой оценки опора определяется как надежная, сомнительная или неудовлетворительная. Под опоры следует применять, в первую очередь, надежные зубы. Сохранение зуба в значительной мере зависит от его стратегической важности в качестве опоры протеза, а также от соотношения трудоемкости и стоимости лечебных мероприятий, необходимых для его сохранения и достижения результата.
3. Нельзя начинать протезирование без подготовительных мероприятий, если таковые не обходимы.
4. Не каждый дефект зубного ряда требует протезирования. Протезирование до полной комплектности зубных рядов не является обязательным. Решающую роль играют индивидуальные особенности зубочелюстной системы пациента.
5. Ортопедические конструкции должны обеспечивать возможности оптимальной гигиены полости рта.
6. При изготовлении несъемных мостовидных протезов предпочтительными являются конструкции небольшой протяженности. Следует избегать конструкций большой протяженности, связывающих в единый блок несколько функционально ориентированных групп зубов. Расширение масштабов протезирования оправдано лишь в условиях, когда это решение является единственной возможностью обеспечить оптимальное индивидуальное функционирование зубочелюстной системы.
7. Плохая гигиена полости рта пациента является относительным противопоказанием к имплантации и несъемному протезированию.
8. Чем хуже пациент выполняет врачебные рекомендации и идет на сотрудничество с врачом, тем проще должна быть ортопедическая конструкция.

Цель лечения больных с частичным отсутствием зубов включает одновременное решение нескольких задач:

- восстановление достаточной функциональной способности зубочелюстной системы;
- предупреждение развития патологических процессов и осложнений;
- повышение качества жизни пациентов;
- предупреждение или устранение негативных психоэмоциональных последствий, связанных с отсутствием зубов.

Изготовление протезов не показано, если имеющийся протез еще функционален или если его функцию можно восстановить (например, починка, перебазировка).

Изготовление протеза включает: обследование, планирование, подготовку к протезированию и все мероприятия по изготовлению и фиксации протеза, в том числе устранение недостатков и контроль. Сюда относятся также инструктирование и обучение пациента уходу за протезом и полостью рта.

Врач стоматолог-ортопед должен определить особенности протезирования в зависимости от анатомического (с учетом топографии дефектов зубных рядов), физиологического, патологического и гигиенического состояния зубочелюстной системы пациента.

При выборе между одинаково эффективными видами протезов врач должен руководствоваться показателями экономичности. В случаях, когда невозможно немедленно начать и завершить в запланированные сроки лечение, показано применение временных протезов, в том числе съемных или несъемных имедиат-протезов.

Можно применять только те материалы, инструменты, оборудование, системы (например, имплантационные), средства профилактики и лечения, которые допущены к применению Минздравом России, клинически апробированы, безопасность которых доказана и подтверждена клинически опытом.

При подтвержденной аллергической реакции тканей полости рта на материал протеза следует провести тесты и выбрать тот материал, который показал себя как переносимый.

При планировании и проведении ортопедического лечения необходимо учитывать состояние здоровья, соматический статус, хронические заболевания пациента.

Важнейшим этапом лечения является подготовка зубочелюстной системы к протезированию.

Протезирование должно проводиться после следующих мероприятий:

- должна быть проведена полная санация рта (следует обращать внимание

- на зубы с повышенной чувствительностью);
- должна быть проверена целесообразность сохранения зубов, пораженных кариесом и другими заболеваниями (рентгенологический и электроодонтометрический контроль), в том числе запломбированных, зубов с поражениями пародонта и т. д., при планировании их в качестве опорных;
 - депульпированные зубы должны иметь корни, запломбированные на всем протяжении корневого канала до верхушки (рентгенологический контроль);
 - должно быть проведено необходимое лечение при заболеваниях пародонта и слизистой оболочки рта;
 - при подозрении на патологические процессы в зубах и челюстных костях необходимо провести дополнительные исследования;
 - зубы и корни, не подлежащие сохранению, должны быть удалены.

Если при рентгенологическом исследовании обнаруживается патологический процесс, его следует устранить до изготовления постоянной ортопедической конструкции. Любое лечение в рамках устранения заболеваний рта, препятствующих постоянному протезированию, должно быть завершено полностью.

При невозможности полного устранения патологических процессов, в первую очередь в периапикальных тканях, при протезировании должна учитываться возможность последующего хирургического вмешательства. В таких случаях необходим рентгенологический контроль, не позже чем через 9 месяцев.

Изготовление протеза на челюсть при частичном отсутствии зубов включает: препарирование зубов (при необходимости), получение оттисков (слепков) с обеих челюстей, изготовление диагностических и рабочих моделей, определение центрального соотношения челюстей или центральной окклюзии, проверку конструкции протеза, наложение, примерку, припасовку, установку, фиксацию, отдаленный контроль и коррекции.

При лечении частичного отсутствия зубов (частичной вторичной адентии) применяются несъемные мостовидные протезы, консольные несъемные протезы, одиночные коронки на зубы, частичные съемные пластиночные и бюгельные протезы.

Мостовидные протезы, как правило, показаны, если:

- отсутствует до 4 резцов, но жевательная функция обеспечена естественными зубами, или уже имеющимися мостовидными протезами;
- в области боковых зубов на одной стороне челюсти отсутствует не более 3-х зубов и зубной ряд можно восстановить с помощью мостовидного

протеза с опорами с обеих сторон;

- мостовидный протез будет служить для фиксации съемного протеза.

Таким образом, мостовидные протезы изготавливаются с опорой на естественные зубы с двух сторон (за исключением консольных).

Мостовидные протезы не показаны:

- при недостаточной способности пародонта выдерживать нагрузку и таких общих соматических заболеваниях, которые неблагоприятно влияют на ткани пародонта;
- если рентгеновский снимок опорного зуба указывает на патологический процесс, который не удается купировать.

При замещении отсутствующих моляров тело мостовидного протеза следует изготавливать с широким промывом (около 1 мм), не прилегающим к слизистой оболочке. В других участках челюстей тело мостовидного протеза не должно прилегать к слизистой оболочке (под телом мостовидного протеза должен свободно проходить кончик стоматологического зонда). Необходимо отметить, что понятие «касательная» промежуточная часть мостовидного протеза относится к визуальному впечатлению, на деле должно обеспечиваться расстояние между телом протеза и слизистой, достаточное для свободного промыва.

При применении цельнолитых, металлокерамических и металлопластмассовых мостовидных протезов и коронок всегда проводится изготовление «гирлянды» с оральной стороны. Коронки с облицовкой и фасетки в мостовидных протезах на верхней челюсти делают лишь до 5-го зуба включительно, на нижней – до 4-го включительно. Облицовки жевательных поверхностей боковых зубов в принципе не показаны.

Коронки показаны:

- для сохранения зуба, если этого нельзя добиться другими методами на длительный срок;
- для защиты зуба от повреждения протезом;
- для опоры протеза;
- для изменения соотношения челюстей при протезировании].

Искусственные штампованные и цельнолитые коронки при частичной вторичной адентии могут применяться для покрытия опорных зубов при изготовлении съемных частичных пластиночных и бюгельных протезов.

При изготовлении искусственных цельнолитых коронок применяют четыре вида препарирования, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки, а также рекомендуемые показания (табл. 1).

Таблица 1

Клинические особенности различных форм препарирования культей зубов под коронки

Форма препарирования	Преимущества	Недостатки	Соответствующий вид протеза
Тангенциальное (без уступа)	Максимальное сохранение твердых тканей зуба, простота в выполнении, меньшая по размеру щель между краем коронки и культей зуба в случае неточности формы препарирования или ошибках при цементировании	Отсутствие четкой границы препарирования, риск избыточного сошлифовывания твердых тканей, большой риск травмы десневого края	Цельнолитые коронки (без облицовки), металлокерамические и металлопластмассовые коронки с оральной и вестибулярной гирляндой
С полукруглым уступом	Четкая граница препарирования хорошее распределение слепочных, моделировочных и фиксирующих материалов относительно щадящий метод для твердых тканей	Относительная сложность выполнения проблемы с ретенцией протеза при короткой клинической коронке риск развития осложнений (рецессия десны) при избыточно выпуклой облицовке в зоне десневого края	Цельнолитые металлопластмассовые и металлокерамические коронки
Препарирование с	Четкая граница препарирования	Большая потеря твердых тканей	Фарфоровые (жакетные) коронки и

прямоугольным циркулярным уступом	возможность добиться оптимальной эстетики благодаря достаточному месту небольшая опасность избыточного сошлифовывани я в пришеечной области	опасность повреждения пульпы большая по размеру цементируемая щель при неточности формы препарирования или ошибках при цементировании	полукоронки металлокерамические коронки с обжигаемой плечевой массой
Препарирование с уступом- скосом под углом 135°	Четкая граница препарирования , небольшая опасность избыточного сошлифовывани я в пришеечной области, меньшая по размеру щель между краем коронки и культей зуба в случае неточности формы препарирования или ошибках при цементировании	Сложность выполнения, потеря твердых тканей	Металлокерамически е и металлопластмассовы е коронки, в особенности на фронтальные зубы

При частичном отсутствии зубов при невозможности изготовить несъемную мостовидную конструкцию, как правило, следует изготавливать цельнолитые бюгельные протезы. При этом необходимо учитывать состояние тканей пародонта и принципы гигиены.

По мере утраты зубов и увеличения протяженности беззубого участка альвеолярного отростка (дефекта зубного ряда) расширяются показания к применению съемных пластиночных протезов.

При частичном отсутствии зубов при невозможности перераспределения нагрузки на пародонт опорных зубов, как правило, показаны частичные

съемные пластиночные протезы из пластмассы без сложных опорно-удерживающих элементов.

Применение комбинированных (сочетанных) протезов показано, если при использовании необходимых соединительных элементов и достаточном количестве сохранившихся опорных зубов можно добиться функционально более благоприятной фиксации и стабилизации, чем с помощью бюгельного протеза с кламмерной фиксацией или частичного съемного пластиночного протеза.

Такие соединительные элементы, как штанговые (балочные) системы, телескопические коронки и аттачмены, можно использовать только при условии равномерного распределения нагрузки на сохранившиеся опорные зубы.

Одним из рациональных способов ортопедического лечения при частичном отсутствии зубов является протезирование с использованием имплантатов. Вопрос о необходимости проведения дентальной имплантации для дальнейшего ортопедического лечения определяет врач-стоматолог ортопед. Он направляет пациента в хирургическое отделение на консультацию для определения возможности проведения имплантации.

При подготовке к проведению дентальной имплантации необходима документально подтвержденная консультация врача-стоматолога ортопеда (записанная в истории болезни или отдельном консультативном заключении). Пациент должен быть извещен и проинформирован об алгоритме подготовки к имплантации.

Организация медицинской помощи пациентам с частичным отсутствием зубов (частичной вторичной адентией)

Лечение пациентов с частичной вторичной адентией проводится в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля, а также в отделениях ортопедической стоматологии. Как правило, лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

Оказание помощи больным с частичной вторичной адентией осуществляется врачами стоматологами-ортопедами, врачами-стоматологами хирургами. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал, в том числе зубные техники.

АЛГОРИТМ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПОМОЩИ

Алгоритм диагностики направлен на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение возможных осложнений, определение возможности приступить к протезированию без

дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий. Включает сбор анамнеза, осмотр и пальпацию челюстно-лицевой области, оценку состояния оставшихся зубов и тканей пародонта.

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют время потери зубов, пользовался ли больной ранее протезами, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний. В случае наличия ортопедических конструкций уточняют время их изготовления.

Визуальное исследование

При внешнем осмотре обращают внимание на приобретенную и/или выраженную асимметрию лица и выраженность носогубных и подбородочной складок, характер смыкания губ. Обращают внимание на степень открывания рта (в норме разобщение зубных рядов при максимальном открывании рта составляет 40-50 мм). Предварительно определяют наличие снижения высоты нижнего отдела лица.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, обращают внимание на число и состояние оставшихся зубов, наличие и расположение дефектов зубных рядов и их протяженность, замещены ли отсутствующие зубы или дефекты отдельных зубов ортопедическими конструкциями. В случае наличия ортопедических конструкций оценивают их функциональное состояние. Обращают внимание на характер контактов между рядом стоящими зубами, на форму зубных дуг, уровень и положение каждого зуба, уровень окклюзионной поверхности и окклюзионной плоскости (деформацию зубных рядов).

Обращают внимание на наличие и расположение антагонизирующих пар зубов, окклюзионные контакты, соотношение зубных рядов, соотношение челюстей, вид прикуса, окклюзионные и артикуляционные соотношения зубных рядов, оценивают состояние слизистых оболочек.

При обследовании рта обращают внимание на выраженность и расположение уздечек и щечных складок.

Акцентируют внимание на наличие и выраженность атрофии альвеолярных отростков.

Пальпация

При пальпации определяют степень подвижности зубов. Обращают внимание на наличие экзостозов, скрытых под слизистой оболочкой корней зубов. При подозрении на их наличие – рентгенологическое обследование. Обращают внимание на наличие опухолеподобных заболеваний. При подозрении на их наличие – цитологическое исследование, биопсия.

Проводят пальпацию для определения торуса, степени податливости слизистой оболочки.

Сбор анамнеза и жалоб при патологии суставов, визуальное исследование суставов, пальпация суставов

Выясняют, нет ли хруста (щелчков) и боли в височно-нижнечелюстных суставах при движениях нижней челюсти. При открывании рта визуально и с помощью пальпации определяют синхронность подвижности головок височно-нижнечелюстных суставов. Определяют пространственное смещение линии центра зубного ряда нижней челюсти по отношению к линии центра верхнего зубного ряда при медленном закрывании и открывании рта. При отсутствии фронтальных зубов линии центра определяют по уздечкам губ и/или средней линии лица.

Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда

Выявляют наличие кариозного процесса и некариозных поражений твердых тканей. Особое внимание обращают на наличие, объем и характер пломб, степень разрушения твердых тканей жевательных зубов с помощью индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ по В.Ю. Миликевичу), что позволяет определить необходимость и метод восстановления данного зуба.

Исследование зубодесневых карманов с помощью зонда

Зондирование зубодесневых карманов каждого зуба проводится с четырех сторон тупым градуированным зондом. По результатам заполняется одонтопародонтограмма по В.Ю. Курляндскому. Эта методика позволяет определить с достаточной точностью степень атрофии костных стенок альвеол оставшихся зубов и при необходимости направить больного на пародонтологическое лечение, планировать дальнейшие мероприятия.

Для данной модели пациента не характерны экзостозы; выраженная атрофия альвеолярного отростка; выраженная патология височно-нижнечелюстного сустава; заболевания слизистой оболочки рта; наличие феномена Попова-Годона; наличие поражений пародонта оставшихся зубов; наличие патологической стираемости твердых тканей оставшихся зубов; наличие разрушенных зубов, требующих восстановления их коронковой части штифтовыми конструкциями.

Электроодонтометрия

Проводят при наличии патологической стираемости, клиновидных дефектах, расширении периодонтальной щели, вторичной деформации зубных рядов и т. д., перед началом препарирования зубов под коронки для определения необходимости депульпирования. При работе с зубами с витальной пульпой электроодонтодиагностику необходимо проводить до начала лечения, не ранее чем через три дня после препарирования и перед фиксацией несъемной конструкции на постоянный цемент для определения необходимости депульпирования при развитии воспалительного процесса в результате препарирования.

Лечение частичного отсутствия зубов при включенных дефектах производится с использованием как несъемного, так и съемного протезирования, а также их комбинации. При частичном отсутствии зубов также возможно протезирование с использованием внутрикостных дентальных имплантатов: изготовлении искусственных коронок и мостовидных протезов (см. Приложение 10).

Эти методы позволяют восстановить основную функцию зубочелюстной системы: пережевывание пищи, а также эстетические пропорции лица; препятствуют развитию деформации зубных рядов, перегрузке пародонта оставшихся зубов, прогрессированию атрофии альвеолярных отростков челюстной кости и атрофии мышц челюстно-лицевой области, развитию патологии височно-нижнечелюстных суставов (уровень убедительности доказательств А).

Выбор конструкции при лечении включенных дефектов зависит в первую очередь от их протяженности и расположения. Одиночный включенный дефект в жевательных группах зубов (с одной или с двух сторон челюсти) при физиологических видах прикуса не обязательно требует протезирования. При включенных дефектах с отсутствием одного или двух моляров при отсутствии моляров-антагонистов протезирование может не проводиться.

При включенных дефектах с отсутствием более 1-го зуба в области моляров (при наличии показаний), премоляров, клыков и резцов можно применять как съемные протезы, так и несъемные мостовидные протезы в зависимости от топографии дефектов и других факторов (см. приложение 3 к настоящему протоколу ведения больных).

Изготовление несъемного мостовидного протеза большой протяженности («дуга») для восстановления дефекта протяженностью более 4-х зубов на одной челюсти не рекомендуется. При отсутствии более 3-х зубов в области жевательных зубов использование несъемных мостовидных конструкций не рекомендуется. При включенных дефектах с отсутствием более 4-х зубов в зубном ряду при условии достаточного количества опорных зубов могут изготавливаться несъемные мостовидные протезы для замещения отдельных дефектов.

С учетом данных одонтопародонтограммы по В.Ю. Курляндскому, каждому искусственному зубу в мостовидном протезе должно соответствовать не менее двух опорных зубов со здоровым пародонтом для предотвращения перегрузки опорных зубов.

При отсутствии 1-4 зубов во фронтальной области для замещения дефекта показано изготовление несъемного мостовидного протеза.

При включенных дефектах в различных функционально ориентированных группах зубов возможно одновременное применение съемных и несъемных конструкций. При этом съемные конструкции изготавливаются после фиксации несъемных протезов (за исключением конструкций с замковыми элементами).

АЛГОРИТМ И ОСОБЕННОСТИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ НЕСЪЕМНЫХ ЦЕЛЬНОЛИТЫХ МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ

Особенности изготовления цельнолитых мостовидных протезов заключаются в четком регламентировании их конструкции:

- следует использовать в качестве опорных не менее двух зубов на один искусственный;
- при использовании цельнолитых комбинированных мостовидных протезов рекомендуется в качестве дистальных опор использовать цельнолитые коронки или коронки с металлической окклюзионной поверхностью;
- при изготовлении цельнолитых металлокерамических протезов моделируется оральная гирлянда (металлический кантик по краю коронки и тела мостовидного протеза);
- пластмассовая (по потребности – керамическая) облицовка производится в области фронтальных зубов на верхней челюсти лишь до 5 зуба включительно и на нижней челюсти до 4 зуба включительно, далее – по потребности;
- при замещении включенных дефектов на обеих челюстях в первую очередь изготавливают несъемные мостовидные протезы на верхнюю челюсть для формирования правильной протетической плоскости;
- при изготовлении несъемных конструкций на зубы-антагонисты необходимо соблюдать определенную последовательность:
 - первым этапом является одновременное изготовление временных капп на подлежащие протезированию участки зубных рядов обеих челюстей с максимальным восстановлением окклюзионных соотношений и обязательным определением высоты нижнего отдела лица. Эти каппы должны как можно точнее воспроизводить конструкцию будущих протезов;
 - после окончания адаптационного периода (от 2 до 4 недель)

- изготавливают постоянные несъемные протезы на верхнюю челюсть;
- после фиксации протеза на верхнюю челюсть изготавливают постоянные несъемные конструкции на нижнюю челюсть;
 - в случае если протяженность дефекта нижнего зубного ряда превышает протяженность дефекта верхнего зубного ряда приблизительно вдвое, изготовление постоянных конструкций начинают с нижней челюсти.

Первое посещение

После диагностических исследований, необходимых подготовительных лечебных мероприятий и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

Принимается решение о депульпировании зубов, определенных в качестве опорных, или сохранении их витальной пульпы.

Подготовка к препарированию

При решении вопроса о депульпировании зубов пациента направляют на соответствующие мероприятия. Для подтверждения решения сохранить витальную пульпу опорных зубов проводится электроодонтодиагностика до начала всех лечебных мероприятий.

При решении оставить пульпу витальной перед началом препарирования получают оттиски (слепки) для изготовления временных пластмассовых коронок (капп).

Препарирование опорных зубов

Производится препарирование зубов под цельнолитые коронки. Вид препарирования выбирается в зависимости от вида коронок. При препарировании следует обращать особое внимание на параллельность клинических осей культей зубов после препарирования.

Препарирование зубов с витальной пульпой проводится под местной анестезией.

Получение оттиска (слепка) с отпрепарированных зубов на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта при препарировании. Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные (слепочные) массы, стандартные оттискные (слепочные) ложки. Рекомендуется края ложек перед снятием оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного

(слепочного) материала или использовать адгезивный материал (специальный клей) для фиксации силиконовых оттисков (слепков) на ложке. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков (слепков) уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма и пр.) нельзя применять вспомогательные средства для ретракции десны, содержащие катехоламины (в том числе нитей, пропитанных такими составами), учитывать действие антикоагулянтной терапии.

Для фиксации правильного соотношения зубных рядов в положении центральной окклюзии применяются гипсовые или силиконовые блоки.

В случае необходимости определения центрального соотношения челюстей изготавливаются восковые базисы с окклюзионными валиками.

При изготовленных временных каппах проводится их припасовка, при необходимости – перебазировка и фиксация на временный цемент.

Для предотвращения развития воспалительных процессов в тканях краевого пародонта назначается противовоспалительная регенерирующая терапия, включающая полоскания полости рта настойкой коры дуба, а также настоями ромашки и шалфея. При необходимости – аппликации масляным раствором витамина А или другими средствами, стимулирующими эпителизацию. При изготовлении цельнолитых конструкций рекомендуется назначать больного на приём на следующий день или через день после препарирования для получения рабочего двухслойного оттиска (слепка) с отпрепарированных зубов и оттиска (слепка) с зубов-антагонистов, если они не были сняты в первое посещение.

Следующее посещение

Получение оттисков (слепков).

Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные (слепочные) массы, стандартные оттискные (слепочные) ложки.

Рекомендуется края ложек перед получением оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного (слепочного) материала или использовать адгезивный материал (специальный клей) для фиксации силиконовых оттисков (слепков) на ложке.

После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков (слепков) уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма и пр.) нельзя применять вспомогательные средства для ретракции десны, содержащие катехоламины (в том числе нитей, пропитанных такими составами), учитывать действие антикоагулянтной терапии.

Следующее посещение

Не ранее чем через 3 дня после препарирования на витальных зубах для исключения травматического (термического) повреждения пульпы проводится повторная электроодонтодиагностика (возможно проведение на следующем посещении).

Следующее посещение

Наложение и припасовка каркаса цельнолитого мостовидного протеза.

Особое внимание необходимо обращать на точность прилегания каркаса в пришеечной области (краевое прилегание), проверяют отсутствие зазора между стенкой коронки и культей зуба. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель. Обращают внимание на аппроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами, на промыв под промежуточной частью. При необходимости проводится коррекция.

В случае если облицовка не предусмотрена, проводится полировка цельнолитого протеза и его фиксация на постоянный цемент. Если опорные зубы с витальной пульпой, то протез фиксируют на временный цемент на период 2-3 недели. После этого перед фиксацией мостовидного протеза на постоянный цемент проводится электроодонтодиагностика для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы решается вопрос о депульпировании.

Если предусмотрена керамическая или пластмассовая облицовка, проводится выбор цвета облицовки.

Коронки с облицовкой и фасетки в мостовидных протезах на верхней челюсти делают лишь до 5-го зуба включительно, на нижней – до 4-го

включительно. Облицовки жевательных поверхностей боковых зубов в принципе не показаны.

Следующее посещение

Наложение и припасовка готового цельнолитого мостовидного протеза.

Особое внимание следует обращать на точность прилегания протеза в пришеечной области (краевое прилегание), проверяют отсутствие зазора между стенкой коронки и культей зуба. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель. Обращают внимание на апроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами. При необходимости проводится коррекция. При применении металлопластмассового протеза после полировки, а при применении металлокерамического протеза – после глазурования проводится фиксация на временный (на 2-3 недели) или на постоянный цемент.

Если опорные зубы с витальной пульпой, то протез фиксируют на временный цемент на период 2-3 недели. Особое внимание при фиксации на временный цемент обращают на удаление остатков цемента из-под промежуточной части мостовидного протеза и межзубных промежутков.

Следующее посещение

Фиксация на постоянный цемент. Перед фиксацией мостовидного протеза на постоянный цемент проводится электроодонтодиагностика для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы решается вопрос о депульпации.

Особое внимание при фиксации на постоянный цемент обращают на удаление остатков цемента из-под промежуточной части мостовидного протеза и межзубных промежутков.

Пациента инструктируют по поводу правил пользования протезом и указывают на необходимость регулярного посещения врача 1 раз в 6 месяцев.

Алгоритм и особенности изготовления несъемных штампованно-паяных мостовидных протезов

Особенности изготовления несъемных мостовидных штампованно-паяных протезов:

- штампованно-паяные мостовидные протезы можно использовать при

- протяженности дефекта в одну единицу (один зуб);
- следует использовать в качестве опорных не менее двух зубов на один искусственный;
 - пластмассовая облицовка производится в области фронтальных зубов до 5 зуба включительно на верхней челюсти и до 4 включительно – на нижней челюсти;
 - при необходимости восполнения включенных дефектов на обеих челюстях в первую очередь изготавливают несъемные мостовидные протезы на верхнюю челюсть для формирования правильной протетической плоскости.

Первое посещение

После диагностических исследований, необходимых подготовительных лечебных мероприятий и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

Принимается решение о депульпировании зубов, определенных в качестве опорных, или сохранении их витальной пульпы.

Подготовка к препарированию

При решении о депульпировании зубов пациента направляют на соответствующие мероприятия. Для подтверждения решения сохранить витальную пульпу опорных зубов проводится электроодонтодиагностика до начала всех лечебных мероприятий.

По возможности, при решении оставить пульпу витальной, перед началом препарирования получают оттиски (слепки) для изготовления временных пластмассовых коронок (капп).

Препарирование опорных зубов

Производится препарирование зубов под штампованные коронки. При препарировании следует обращать внимание на параллельность стенок отпрепарированных зубов (форма цилиндра) и клинических осей культей зубов.

Препарирование зубов с витальной пульпой проводится под местной анестезией.

Получение оттиска (слепка) с отпрепарированных зубов на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта при препарировании. При изготовлении штампованно-паяных мостовидных

протезов применяются альгинатные оттискные (слепочные) массы, стандартные оттискные (слепочные) ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного (слепочного) материала. После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

Для фиксации правильного соотношения зубных рядов в положении центральной окклюзии применяются гипсовые или силиконовые блоки.

В случае необходимости определения центрального соотношения челюстей изготавливаются восковые базисы с окклюзионными валиками.

При изготовленных временных каппах проводится их припасовка, при необходимости – перебазировка и фиксация на временный цемент.

При изготовлении штампованно-паяного протеза снятие слепков (оттисков) может проводиться в день препарирования.

Для предотвращения развития воспалительных процессов в тканях краевого пародонта, связанных с травмированием при препарировании, назначается противовоспалительная регенерирующая терапия, включающая полоскания рта настоем коры дуба, а также настоями ромашки и шалфея. При необходимости – аппликации масляным раствором витамина А или другими средствами, стимулирующими эпителизацию.

Следующее посещение

Получение оттисков (слепков), если они не были сняты в первое посещение.

Используются альгинатные оттискные (слепочные) массы, стандартные оттискные (слепочные) ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного (слепочного) материала. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

Следующее посещение

Не ранее чем через 3 дня после препарирования для исключения травматического (термического) повреждения пульпы проводится повторная электроодонтодиагностика (возможно проведение на следующем посещении).

Следующее посещение

Примерка и припасовка штампованных коронок.

Особое внимание обращать на точность прилегания коронки в пришеечной области (краевое прилегание), проверяют отсутствие давления коронки на ткани маргинального пародонта. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель (максимум на 0,3–0,5 мм) [25]. Обращают внимание на апроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами. При необходимости проводится коррекция.

При использовании комбинированных штампованных коронок (по Белкину) после припасовки коронки получают оттиск культи зуба с помощью воска, налитого внутрь коронки. Определяют цвет пластмассовой облицовки. Коронки с облицовкой на верхней челюсти делают лишь до 5-го зуба включительно, на нижней – до 4-го включительно. Облицовки жевательных поверхностей боковых зубов в принципе не показаны.

Получают оттиск (слепок) альгинатной массой для спайки. Применяются стандартные оттискные (слепочные) ложки. Рекомендуется края ложек перед снятием оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного (слепочного) материала. После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

Следующее посещение

Наложение и припасовка готового штампованно-паяного мостовидного протеза.

Особое внимание следует обращать на точность прилегания протеза в пришеечной области (краевое прилегание). Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель (максимум на 0,3–0,5 мм) [25]. Обращают внимание на апроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами, на промыв под промежуточной частью. При необходимости проводится коррекция.

Производится фиксация на постоянный цемент.

При витальной пульпе опорных зубов перед фиксацией мостовидного протеза на постоянный цемент проводится электроодонтодиагностика для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы решается вопрос о депульпировании.

Особое внимание при фиксации на постоянный цемент обращать на удаление остатков цемента из-под промежуточной части мостовидного протеза и межзубных промежутков.

Пациента инструктируют по поводу правил пользования протезом и указывают на необходимость регулярного посещения врача 1 раз в 6 месяцев.

Алгоритм и особенности изготовления одиночного зуба с использованием имплантатов

Одиночный включенный дефект зубного ряда при интактных соседних зубах является одним из классических показаний к применению стоматологических (дентальных) имплантатов.

Основной предпосылкой применения одиночных дентальных имплантатов является наличие интактных соседних зубов и желание сохранить их таковыми.

Выбор конструкции имплантата и искусственной коронки зависит от клинической картины, состояния тканей протезного ложа и метода имплантации.

При принятии решения о применении дентального имплантата необходимо учитывать противопоказания к этому методу лечения.

К общим противопоказаниям относят:

- любые основания для отказа от хирургического вмешательства;
- любые противопоказания к местной анестезии;
- заболевания, на которые может отрицательно повлиять имплантация (например, эндокардит, искусственный сердечный клапан или водитель ритма, трансплантация органов, ревматические заболевания и др.);
- формы терапии, которые могут отрицательно повлиять на заживление и сохранение имплантата, а также на его ложе (например, иммуноподавляющие средства, антидепрессанты, противосвертывающие средства, цитостатики);
- психические заболевания;
- ситуации, связанные с тяжелым психологическим или физическим стрессом;
- кахексия;
- недостаточная привычка к общей гигиене.

Возраст не является абсолютным противопоказанием, исключаящим дентальную имплантацию.

Местные противопоказания:

- недостаточная склонность к гигиене полости рта;
- недостаточное наличие костной ткани, не подходящая структура костной ткани;
- неблагоприятное расстояние до Nervus alveolaris inferior, до верхнечелюстной и носовой пазух.

Противопоказания временного характера:

- острые заболевания;
- стадии реабилитации и выздоровления;
- беременность;
- наркотическая зависимость;
- состояние после облучения (минимум в течение года).

Для успешной установки имплантатов необходимо учитывать следующие основные требования:

- ширина костной ткани в щечно-язычном отделах не менее 6 мм;
- расстояние между корнями соседних зубов не менее 8 мм;
- количество кости над нижнечелюстным каналом и ниже гайморовой пазухи – 10 мм (или необходима специальная оперативная подготовка).

Минимальная толщина кортикальной пластинки и низкая плотность губчатой кости костного ложа ставит под сомнение успех остеоинтеграции имплантата.

Определение объема и структуры костного ложа проводится с помощью рентгенологического обследования (панорамная, прицельная рентгенограммы).

Методика имплантации и последующего протезирования проводятся в соответствии с выбранной имплантационной системой и конструкцией супраструктуры согласно рекомендациям производителей.

Применение дентальных имплантатов требует специального информирования пациента по поводу альтернативных методов лечения, возможных побочных явлений и т. д., инструктирования по пользованию имплантатом и методам гигиены.

Алгоритм и особенности изготовления несъемных консольных протезов

Особенности применения консольных несъемных протезов заключаются в четком регламентировании их конструкции:

- длина подвесной части должна быть не более одной второй длины опорной части;
- площадь окклюзионной поверхности подвесной части должна быть не более одной второй площади опорной части;
- следует использовать в качестве опорных не менее двух зубов;
- следует применять только цельнолитые мостовидные протезы.

После диагностических исследований, необходимых подготовительных лечебных мероприятий и принятия решения о протезировании на том же приеме приступают к лечению.

Принимается решение о депульпировании зубов, определенных в качестве опорных, или сохранении их витальной пульпы.

Первое посещение

Подготовка к препарированию.

При решении вопроса о депульпировании зубов пациента направляют на соответствующие мероприятия. Для подтверждения решения сохранить витальную пульпу опорных зубов проводится электроодонтодиагностика до начала всех лечебных мероприятий.

При решении оставить пульпу витальной перед началом препарирования получают оттиски (слепки) для изготовления временных пластмассовых коронок (капп).

Препарирование опорных зубов

Производится препарирование зубов под цельнолитые коронки. Вид препарирования выбирается в зависимости от вида коронок. При препарировании следует обращать особое внимание на параллельность клинических осей культей зубов после препарирования.

Препарирование зубов с витальной пульпой проводится под местной анестезией.

Получение оттиска (слепка) с отпрепарированных зубов на том же приеме возможно при отсутствии повреждений маргинального пародонта при препарировании. Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные (слепочные) массы, стандартные оттискные (слепочные) ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного (слепочного) материала или использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков (слепков) на ложке. После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков (слепков) уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма и пр.) нельзя применять вспомогательные средства для ретракции десны, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами), учитывать действие антикоагулянтной терапии.

Для фиксации правильного соотношения зубных рядов в положении центральной окклюзии применяются гипсовые или силиконовые блоки.

В случае необходимости определения центрального соотношения челюстей изготавливаются восковые базисы с окклюзионными валиками.

При изготовленных временных каппах проводится их припасовка, при необходимости – перебазировка и фиксация на временный цемент.

Для предотвращения развития воспалительных процессов в тканях краевого пародонта назначается противовоспалительная регенерирующая терапия, включающая полоскания полости рта настойкой коры дуба, а также настоями ромашки и шалфея; аппликации масляным раствором витамина А или другими средствами, стимулирующими эпителизацию. При необходимости больной назначается на прием на следующий день или через день для получения рабочего двухслойного оттиска (слепка) с отпрепарированных зубов и оттиска (слепка) с зубов-антагонистов, если они не были сняты в первое посещение.

Следующее посещение

Для снятия слепка используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттискные (слепочные) массы, стандартные оттискные (слепочные) ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции оттискного (слепочного) материала или использовать специальный клей для фиксации силиконовых оттисков (слепков) на ложке. После выведения ложек

изо рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

В случае применения метода ретракции десны при получении оттисков (слепков) уделяется внимание соматическому статусу пациента. При наличии в анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний (ишемической болезни сердца, стенокардии, артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма и пр.) нельзя применять вспомогательные средства для ретракции десны, содержащие катехоламины (в том числе нити, пропитанные такими составами), учитывать действие антикоагулянтной терапии.

Следующее посещение

Не ранее чем через 3 дня после препарирования для выявления травматического (термического) повреждения пульпы проводится повторная электроодонтодиагностика (возможно проведение на этапе наложения и припасовки каркаса).

Следующее посещение

Наложение и припасовка каркаса цельнолитого несъемного консольного протеза.

Особое внимание необходимо обращать на точность прилегания каркаса в пришеечной области (краевое прилегание), проверяют отсутствие зазора между стенкой коронки и культей зуба. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель. Обращают внимание на аппроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами, на промыв под подвесной частью. При необходимости проводится коррекция.

В случае если облицовка не предусмотрена, проводится полировка цельнолитого протеза и его фиксация на постоянный цемент. Если опорные зубы с витальной пульпой, то протез фиксируют на временный цемент на период 2-3 недели. После этого перед фиксацией несъемного консольного протеза на постоянный цемент проводится электроодонтодиагностика для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы решается вопрос о депульпировании.

Если предусмотрена металлокерамическая или металлопластмассовая облицовка, проводится выбор цвета облицовки.

Коронки с облицовкой и фасетки в мостовидных протезах на верхней челюсти делают лишь до 5-го зуба включительно, на нижней – до 4-го

включительно. Облицовки жевательных поверхностей боковых зубов в принципе не показаны.

Следующее посещение

Наложение и припасовка готового цельнолитого несъемного консольного протеза.

Особое внимание следует обращать на точность прилегания протеза в пришеечной области (краевое прилегание), проверяют отсутствие зазора между стенкой коронки и культей зуба. Обращают внимание на соответствие контура края опорной коронки контурам десневого края, на степень погружения края коронки в десневую щель. Обращают внимание на аппроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами, на промыв под подвесной частью (не менее 1 мм). При необходимости проводится коррекция. При применении металлопластмассового протеза после полировки, а при применении металлокерамического протеза – после глазурования проводится фиксация на временный (на 2-3 недели) или на постоянный цемент.

Если опорные зубы с витальной пульпой, то протез фиксируют на временный цемент на период 2-3 недели. После этого перед фиксацией несъемного протеза на постоянный цемент проводится электроодонтодиагностика для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы решается вопрос о депульпировании.

Характеристики алгоритмов и особенностей применения медикаментов

В клинике ортопедической стоматологии инфильтрационная или проводниковая анестезия применяется при препарировании зубов с витальной пульпой. При проведении ретракции десны, при препарировании депульпированных зубов применяется аппликационная анестезия, например, аэрозолем лидокаина для местного применения 10%.

Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты

Применение местных противовоспалительных и эпителизирующих средств (витаминов и растительного происхождения) при механической травме слизистой оболочки, возникновении язв на слизистой оболочке, особенно в период адаптации к протезу, показывает достаточную результативность в повседневной стоматологической практике.

Обычно назначают полоскания и/или ванночки отварами коры дуба, цветков ромашки, шалфея 3-4 раза в день (уровень убедительности доказательства С). Аппликации на пораженные участки маслом облепихи – 2-3 раза в день по 10-15 минут (уровень убедительности доказательства С).

Витамины

Аппликации на пораженные участки масляным раствором ретинола (витамин А) – 2-3 раза в день по 10–15 минут (уровень убедительности доказательства С).

Средства, влияющие на кровь

Гемодиализат дипротенинизированный – адгезивная паста для полости рта – 3-5 раз в сутки на пораженные участки (уровень убедительности доказательства С).

[.https://elestom.ru/handbook/safe_and_requirements/recommendations/rules/klinicheskie-rekomendatsii-protokoly-lecheniya-pri-diagnoze-perioditit.php](https://elestom.ru/handbook/safe_and_requirements/recommendations/rules/klinicheskie-rekomendatsii-protokoly-lecheniya-pri-diagnoze-perioditit.php)
https://elestom.ru/handbook/safe_and_requirements/recommendations/rules/klinicheskie-rekomendatsii-protokoly-lecheniya-pri-diagnoze-perioditit.php

ПЕРЕЧЕНЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ И ИНСТРУМЕНТОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ РАБОТЫ ВРАЧА

Обязательный инструмент:

1. набор инструментов стоматологических (лоток, зеркало, шпатель, пинцет стоматологический, зонд стоматологический);
2. алмазные боры для турбинного наконечника для препарирования твердых тканей зубов при изготовлении различных видов искусственных коронок;
3. карборундовые головки для прямого наконечника;
4. алмазные головки для прямого наконечника;
5. алмазные диски;
6. карборундовые диски;
7. дискодержатели для прямого наконечника;
8. турбинный наконечник;
9. прямой наконечник;
10. высокоскоростной наконечник (угловой) для турбинных боров;
11. стандартные слепочные (оттискные) ложки;
12. альгинатная слепочная (оттискная) масса;
13. базисный воск;
14. самотвердеющая пластмасса холодной полимеризации;
15. клей для силиконовых слепочных (оттискных) масс;
16. полиры;
17. искусственные зубы;
18. цветовая шкала для определения цвета облицовки и искусственных зубов;
19. перчатки одноразовые;
20. специальный маркер для определения места коррекции на базисе протеза (карандаш, чернила);

21. гипс простой;
22. шпатель для замешивания альгинатных слепочных (оттискных) материалов и гипса;
23. стекла стоматологические для замешивания;
24. чашка резиновая;
25. артикуляционная бумага;
26. цинкфосфатные цементы для постоянной фиксации несъемных конструкций;
27. горелка газовая;
28. маски одноразовые;
29. цементы для временной фиксации несъемных протезов;
30. карпульный шприц;
31. иглы к карпульному шприцу;
32. слюноотсосы одноразовые;
33. стаканы одноразовые;
34. щипцы крампонные;
35. ножницы коронковые;
36. щипцы коронковые;
37. наковальня;
38. молоточек стоматологический;
39. коронкосбиватель;
40. полиэфирный монофазный оттискной (слепочный) материал;
41. силиконовая оттискная (слепочная) масса для двойного оттиска (слепка);
42. дезинфицирующий раствор для оттисков (слепков);
43. контейнер для дезинфицирующего раствора;
44. стандартные ватные валики;
45. фартуки для пациента;
46. бумажные блоки для замешивания;
47. цветовая шкала для определения цвета облицовки и искусственных зубов;
48. стекла стоматологические для замешивания;
49. артикуляционная бумага;
50. карпульный шприц;
51. иглы к карпульному шприцу;

Дополнительный ассортимент

1. лейкопластырь (для обклейки краев стандартной слепочной (оттискной) ложки);
2. эластичные материалы для перебазировки съемного протеза в клинике;
3. супергипс;
4. индивидуально настраиваемый артикулятор с лицевой дугой;

5. стерилизатор гласперленовый;
6. аппарат ультразвуковой для очистки боров;
7. стеклоиономерный цемент для фиксации несъемных конструкций;
8. материал для изготовления временных капп в клинике;
9. бокс для стандартных ватных валиков;
10. слепочные модули;
11. динамометрический ключ;
12. ортопедический набор ключей для используемой системы имплантатов;
13. канюли для диспенсера.

https://elestom.ru/handbook/safe_and_requirements/recommendations/rules/klinicheskie-rekomendatsii-protokoly-lecheniya-pri-diagnoze-periostit.php

4. Организационные аспекты протокола:

- отсутствует конфликт интересов
- указание условий пересмотра протокола (пересмотр протокола через 3 после его разработки или при наличии новых методов с уровнем доказательности);
- список использованной литературы (необходимы ссылки валидные исследования на перечисленные источники в тексте протокола).

Индикаторы эффективности лечения:
Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	80	Частичное, иногда полное восстановление способности пережевывать пищу	1-5 недель после окончания протезирования	Перебазировка или замена съемных протезов по потребности или раз в 3-4 года Замена несъемных мостовидных протезов по потребности
Стабилизация	10	Отсутствие отрицательной динамики в течение частичной	1-5 недель после окончания протезирования	Срок пользования съемными пластиночными, бюгельными протезами,

		вторичной адентии		несъемными мостовидными протезами – не ограничен
Развитие ятрогенных осложнений	5	Появление новых заболеваний или осложнений, обусловленных проводимой терапией, (например, аллергические реакции на пластмассу, токсический стоматит)	На этапе припасовки и адаптации к протезу	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	5	Присоединение нового заболевания, связанного с частичной вторичной адентии	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь при остром гнойном периостите предполагает проведение экстренных мероприятий, направленных на устранение или снижение воспаления (первичная хирургическая обработка гнойной раны, удаление зуба по показаниям). Дальнейшее лечение в плановом порядке.

Список сайтов:

1. <https://mkb-10.com/index.php?pid=12554>
2. <https://www.vnmu.edu.ua/downloads/childstomat/20121219-114227.doc>
3. https://e-stomatology.ru/director/protokols /protokol _periostit.doc
4. <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-prichin-razvitiya-odontogennogo-periostita-chelyustnyh-kostey-u-detey/viewer>
5. <https://www.vnmu.edu.ua/downloads/childstomat/20121219-114227.doc>
6. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/697_1#doc_a2
7. <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-prichin-razvitiya-odontogennogo-periostita-chelyustnyh-kostey-u-detey/viewer>
8. <https://tadqiqot.uz/index.php/oral/article/view/7121>
9. <https://proprikus.ru/blog/lechenie/periostit/>
10. https://inlibrary.uz/index.php/doctors_herald/article/view/4584
11. <https://inlibrary.uz/index.php/dental-implantology/article/view/16882>

12. <https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/21697>
13. <https://studfile.net/preview/5346587/page:2/>
14. https://e-stomatology.ru/director/protokols/protokol_periostit.doc
15. <https://www.dissercat.com/content/kompleksnoe-lechenie-ostrykh-gnoinykh-odontogennykh-p>
16. <https://cyberleninka.ru/article/n/ostrye-odontogennye-vospalitelnye-zabolevaniya-varianty-techeniya-razlichnyh-klinicheskikh-form>
17. https://e-stomatology.ru/director/protokols/protokol_periostit.doc
18. <https://tadqiqot.uz/index.php/oral/article/view/7163>
19. <https://studfile.net/preview/6057559/page:74/>
20. https://www.ort-art.ru/orthopedics/_klassifikatsiya-defektov
21. <https://dentalway.ru/blog/chastichnaya-adeniya/>
22. <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=1000>
23. <https://sapfircs.ru/docs/polnoeOtsutstvieZubov.pdf>
24. <https://chudostom.ru/articles/pervichnaya-i-vtorichnaya-adeniya/>
25. <https://cejsr.academicjournal.io/index.php/journal/article/view/1313>
26. <https://www.intereuroconf.com/index.php/APSEFMCH/article/download/2763/2135/2125>
27. <https://www.intereuroconf.com/index.php/APSEFMCH/article/view/2763>
28. <https://journals.researchparks.org/index.php/IJHCS/article/view/1448>
29. https://www.researchgate.net/publication/365792434_The_Effectiveness_of_Using_a_Digital_Method_for_Diagnosing_Occlusion_of_Teeth_and_Magnetophototherapy_in_Orthopedic_Treatment_of_Patients_with_Partial_Secondary_Adenia_and_Periodontal_Diseases
30. <https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/JEHS.2020.10.12.017>
31. <https://www.inovatus.es/index.php/ejmmmp/article/view/1194>
32. <http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds/article/download/783/674>
33. <https://journals.4science.ge/index.php/CSW/article/view/21>
34. <https://scholarexpress.net/index.php/wbph/article/download/195/205>
35. <https://scholarexpress.net/index.php/wbph/article/download/195/205>

