

Утверждено:

Ассоциация общественных объединений
«Стоматологическая Ассоциация России»

_____ Салеев Р.А.
М.П.



Клинические рекомендации

ТРАВМА ЗУБОВ

S03.2, S02.5

Возрастная категория: взрослые

Год утверждения (частота пересмотра): 2026

Разработчик клинической рекомендации:

- Совет Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая ассоциация России»

Оглавление

Список сокращений	4
Термины и определения	5
1 Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний).....	6
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)...	6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	7
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	8
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	8
2 Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики	9
2.1 Жалобы и анамнез	12
2.2 Физикальное обследование	10
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	13
2.4 Инструментальные диагностические исследования	14
2.5 Иная диагностика	15
3 Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	15
3.1 Консервативное лечение.....	17
3.2 Хирургическое лечение.....	19
3.3 Иное лечение.....	22
4 Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов	22
5 Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	22
6 Организация оказания медицинской помощи.....	24

	3
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	25
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	26
Список литературы	27
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций	29
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	30
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата	35
.....	
Приложение Б. Алгоритмы действий врача	43
Приложение В. Информация для пациентов.....	44
Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....	50

Список сокращений

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

УВЧ - ультравысокочастотная терапия

СВЧ – сверхвысокочастотная

НПВС - нестероидные противовоспалительные средства

МРУ и УС – место рабочее универсальное и установка стоматологическая

СПИД – синдром приобретённого иммунодефицита

ОПТГ – ортопантограмма

ОТЗ – острая травма зубов

КТ – компьютерная томограмма

КЛКТ – конусно-лучевая компьютерная томография

ЭОМ – электроодонтометрия

Термины и определения

Доказательная медицина – подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, а такие доказательства подвергаются поиску, сравнению, обобщению и широкому распространению для использования в интересах пациентов.

Заболевание - возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

Инструментальная диагностика – диагностика с использованием для обследования больного различных приборов, аппаратов и инструментов.

Лабораторная диагностика — совокупность методов, направленных на анализ исследуемого материала с помощью различного специализированного оборудования.

Медицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную или исследовательскую направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.

Уровень достоверности доказательств – отражает степень уверенности в том, что найденный эффект от применения медицинского вмешательства является истинным.

Уровень убедительности рекомендаций – отражает не только степень уверенности в достоверности эффекта вмешательства, но и степень уверенности в том, что следование рекомендациям принесет больше пользы, чем вреда в конкретной ситуации.

Хирургическое лечение — метод лечения заболеваний путём разъединения и соединения тканей в ходе хирургической операции.

1 Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний).

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).

Травма зубов - это нарушение анатомической целостности зубов и окружающих их тканей, приводящее к обратимой или необратимой утрате присущих им функциональных свойств.

Травмы зубов – обобщающий термин, объединяющий различные по своим механизмам повреждения структур зуба и окружающих тканей. Частота травм зубов в структуре стоматологической патологии неуклонно увеличивается, что связано с ростом травматизма в целом. У лиц мужского пола травмы зубов встречаются в 1,5-2 раза чаще, чем у представительниц женского пола. Травмы зубов часто сочетаются с повреждением челюстей, поэтому их лечение требует взаимодействия специалистов в области стоматологии и травматологии.

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).

Если говорить о возможных причинах травмы зубов, то здесь различают следующие причины травмы зубов – этиологическая классификация травмы зубов. Бытовая или домашняя травма зубов; дорожная или автомобильная травма зубов; спортивная травма зубов; производственная травма.

Бытовая (домашняя) травма встречается у 60% пациентов, которые обращаются с жалобами на травму зубов. И среди этих 60% более половины приходится на травму центральных резцов верхней челюсти. Так же мужчины обращаются чаще с травмами зубов, чем женщины.

Классификация травмы зубов по времени возникновения

Острая травма зуба

Хроническая травма зуба

Острая травма зуба

Острая травма зуба чаще всего возникает вследствие сильного, одномоментного воздействия. Причина острой травмы зубов могут быть удар, падение лицом вниз, падение на спину, удар подбородком и многое другое.

Хроническая травма зуба

Хроническая травма зуба вызывается постоянным механическим воздействием. То есть происходит постоянное истончение эмали зуба. Наиболее частыми причинами хронической травмы зуба являются: вредные привычки, такие как откусывание ниток, кусание ногтей, грызение семечек и орехов и т.п., Неправильная установка внутриканального штифта, ортодонтическое лечение, окклюзионная травма, как осложнение флюороза, гипоплазии эмали, кист и опухолей в челюсти.

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).

Среди травматических (механических повреждений) скелета человека переломы костей лица составляют от 3,2 до 8%. Средняя чистота их – 0,6 на 1000 человек населения.

Вывихи и переломы зубов составляют 3% травматических повреждений челюстно-лицевой области.

Повреждения зубов верхней челюсти встречаются в 3 раза чаще, чем зубов нижней челюсти.[2]

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Код по МКБ-10:

S02.5 Перелом зуба,

S03.2 Вывих зуба

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Классификация согласно ВОЗ 1987 г.

Класс I. Ушиб зуба с незначительными структурными повреждениями (трещины эмали)

Класс II. Неосложненный перелом коронки зуба

Класс III. Осложненный перелом коронки зуба

Класс IV. Полный перелом коронки зуба

Класс V. Коронково-корневой перелом коронки зуба

Класс VI. Перелом корня зуба

Класс VII. Вывих зуба (неполный)

Класс VIII. Полный вывих зуба

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Ушиб зуба. Соответствует коду по МКБ-10 S02.5. Относится к первому классу травм по МКБ-10. Структура тканей незначительно нарушена, определяются трещины или сколы на эмали, как правило, без вскрытия пульпы зуба, но при этом целостность периодонтальных связок сохранилась. Несмотря на то, что данная травма относится к закрытому типу, при разрыве сосудисто-нервного пучка кровь проникает в камеру пульпы и нарушает ее кровоснабжение. Через 5-6 месяцев зуб после травмы приобретает темный оттенок и при отсутствии необходимой терапии может вызвать воспаление. При ушибе пациент обычно испытывает постоянную ноющую зубную боль, которая может переходить в острую при накусывании.

Перелом зуба. Соответствует коду по МКБ-10 S02.5. — это вид травмы, при котором происходят переломы корней, коронки зуба в пределах дентина или эмали и откол коронки. Разделяют два основных вида: перелом коронковой части и корневой. Переломы коронок проявляются нарушением формы зуба, эстетическим дефектом, болью; зуб неподвижен. Острые края травмируют слизистую; возможны острый пульпит или периодонтит. В свою очередь переломы корней делятся на: поперечные; оскольчатые; продольные; косые; в нижней/средней/верхней трети; со/без смещения. Симптомы: боль при надкусывании/перкуссии, подвижность коронки.

Обычно острые травмы зубов являются следствием одномоментных, чрезвычайных по силе воздействий: падения, удара в челюсть во время аварии, драки, спортивных занятий и т. п. Хронические травмы зубов возникают в результате длительной травматизации и могут быть связаны с привычкой держать во рту посторонние предметы, грызть ногти, перекусывать нитки и другими причинами. В результате длительного механического воздействия на зуб возникают истончение и сколы эмали, приводящие к разрушению зуба. В этом случае травма зуба может произойти при обычном по силе воздействии на зуб, например, пережевывании пищи. [1]

Кроме этого, травмы зубов могут возникать при нарушении техники проведения стоматологического лечения. Например, трещина зуба может образоваться в результате установки неподходящего по размеру внутриканального штифта, а вывих зуба возникать в результате неосторожного удаления соседних зубов при помощи элеватора. Возможно, травмирование зубов неправильно подобранными и установленными ортодонтическими аппаратами, завышающими пломбами и т. д. Нередки осложненные травмы зубов, являющиеся следствием пришеечного кариеса, флюороза, гипоплазии эмали, кист корня зуба, опухолей челюстей и прочих одонтогенных заболеваний.

Таким образом, в зависимости от длительности воздействия причинных факторов травмы зубов могут быть острыми и хроническими. Среди травм постоянных зубов наиболее часты переломы коронок.

Более сложной травмой, является вывих зуба. Зуб частично выпадает из лунки, становится подвижным и меняет свое положение относительно других зубов. Различают три типа вывиха: частичный, полный и вколоченный.

Частичный вывих (неполный вывих/экструзия). Соответствует коду по МКБ-10 S03.2. Наблюдается надрыв периодонтальных волокон. Стенка альвеолы повреждена. После травмы зуб подвижен, часто происходит смещение коронковой и корневой частей в противоположные стороны. Образуются глубокие периодонтальные карманы, которые могут кровоточить. Сильная боль при надавливании и жевании; болезненность при пальпации/перкуссии, отек, гиперемия, сниженная электровозбудимость пульпы. Рентген:

расширена/неравномерна периодонтальная щель. Осложнения: гранулемы, корневые кисты, хронический периодонтит, нарушения корня.

Полный вывих. Соответствует коду по МКБ-10 S03.2. Полный разрыв соединительных тканей, в результате чего зуб выпадает из лунки (чаще центральные резцы верхней челюсти). Обильное кровотечение, сильная боль. В некоторых случаях наблюдается серьезное повреждение мягких тканей и сосудов.

Вколоченный вывих (интрузия). Соответствует коду по МКБ-10 S03.2. Суть этой травмы заключена в названии. Зуб в результате механического воздействия уходит глубоко в лунку: корень внедряется в кость, коронка погружается в лунку (становится короче). Визуально зуб становится короче, Симптомы: боль, редко кровотечение, отек/гиперемия десны. Коронка укорочена/отсутствует, неподвижна, перкуссия мало болезненна, возможен поворот/смещение. Рентген: сужена/прерывиста периодонтальная щель, корень кажется длиннее; при глубоком — зуб в челюсти или пазухе (нужны 2–3 проекции).

2 Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.

Диагностика травмы зуба производится путем сбора жалоб и анамнеза, клинического осмотра и дополнительных методов обследования.

Главная задача при диагностике заключается в определении модели, распространенности, тяжести и характера течения травмы зуба, выявлении эндогенных и экзогенных факторов. Проведение тщательной диагностики осуществляется врачом-стоматологом-хирургом и врачом-челюстно-лицевым хирургом с привлечением при необходимости других специалистов стоматологического профиля и врача оториноларинголога. В зависимости от поставленного диагноза составляется комплексный план лечения пациента.

Сложившаяся клиническая практика (GCP)

Критерии установления диагноза при острой травме зубов:

Нозологическая форма: перелом зуба в пределах эмали, перелом зуба в пределах эмали и дентина

Фаза: любая

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-10: S02.5

Взрослые пациенты

- Травматический дефект коронковой части зуба в пределах эмали без повреждения пульпы зуба

- Отсутствие патологических изменений тканей пародонта в области травмированного зуба
- Отсутствие патологических изменений в области корня зуба и тканей пародонта по данным рентгенологического исследования

Нозологическая форма: перелом коронки зуба с повреждением пульпы

Фаза: любая

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-10: S02.5

Взрослые пациенты

- Травматический дефект твердых тканей зуба в пределах эмали и дентина с повреждением пульпы
- По направлению линии перелома выделяют: косой, поперечный перелом
- Отсутствие патологических изменений тканей пародонта в области травмированного зуба
- Отсутствие патологических изменений в области корня зуба и тканей пародонта по данным рентгенологического исследования

Нозологическая форма: Перелом корня зуба

Фаза: любая

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-10: S02.5

Взрослые пациенты

- Патологическая подвижность зуба
- Повреждение тканей пародонта в области травмированного зуба
- Определяется линия перелома корня по данным рентгенологического исследования.

По направлению линии перелома выделяют: косой, поперечный и продольный перелом корня; при наличии нескольких линий – оскольчатый;

по уровню перелома: в верхушечной трети корня, средней и пришеечной частях.

Нозологическая форма: Перелом коронки и корня зуба

Фаза: любая

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-10: S02.5

Взрослые пациенты

- Патологическая подвижность зуба
- Повреждение тканей пародонта в области травмированного зуба
- Травматический дефект твердых тканей зуба в пределах эмали и дентина с повреждением пульпы
- Определяется линия перелома корня по данным рентгенологического исследования

Нозологическая форма: Вывих зуба

Фаза: неполный вывих (люксация зуба)

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-10: S03.2

Взрослые пациенты

- Изменение положения зуба в зубном ряду
- Патологическая подвижность зуба
- Повреждение тканей пародонта в области травмированного зуба
- Смещение зуба относительно лунки зуба по данным рентгенологического исследования
- Отсутствие патологических изменений тканей альвеолярного отростка челюстных костей

Нозологическая форма: Вывих зуба

Фаза: вколоченный вывих (интрузия)

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-10: S03.2

Взрослые пациенты

- Изменение положения зуба в зубном ряду
- Внедрение зуба в сторону лунки
- Повреждение тканей пародонта в области травмированного зуба
- Смещение зуба в сторону лунки, за счет внедрения зуба в костную ткань по данным рентгенологического исследования
- Отсутствие патологических изменений тканей альвеолярного отростка челюстных костей

Нозологическая форма: Вывих зуба

Фаза: полный вывих (экзартикуляция)

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-10: S03.2

Взрослые пациенты

- Пустая лунка зуба, заполненная кровяным сгустком
- Повреждение тканей пародонта в области травмированного зуба
- Отсутствие зуба в лунке по данным рентгенологического исследования
- Всем пациентам с острой травмой зубов для установки диагноза и назначения необходимого лечения **рекомендуется** проводить сбор анамнеза, осмотр полости рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (см. Приложение А3, таблица 1) [4,5].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5)

Комментарии: рациональная терапия зависит от корректного диагноза, который может быть поставлен с помощью разных методов обследования пациента. Так как травма зубов — это комплексное повреждение, то информация, полученная из разных методов исследования, поможет определить компоненты травмы и выбрать приоритеты в лечении.

Диагностика острой травмы зубов включает сбор анамнеза, клинический осмотр и дополнительные методы обследования.

2.1 Жалобы и анамнез.

При сборе анамнеза следует выяснять наличие или отсутствие жалоб, характер и время получения травмы, аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний.

- Всем взрослым пациентам с острой травмой зуба для установки диагноза **рекомендуется** выяснить осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта (Определение индексов гигиены полости рта см. Приложение А3.4. Гигиенический индекс), выявить жалобы (Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта), а также характер боли и дискомфорт в области травмированного сегмента (приложение А3.2. Анкета пациента), возможное нарушение или изменение прикуса (Определение прикуса), определить давность возникновения изменений, проведенное ранее лечение или его отсутствие [1, 2, 5,14]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Жалобы при различных видах травматических повреждений

При переломе корня

- болезненность от механических раздражителей (при откусывании, надавливании на зуб)
- подвижность зуба (может отсутствовать при переломе, проходящем через верхушечную треть)

При переломе коронки и корня зуба

- косметический дефект
- боль от механических и температурных раздражителей
- подвижность зуба

В случае наличия сообщения с полостью зуба отмечаются болевые ощущения, характерные для пульпита.

При ушибе зуба

- болезненность при откусывании пищи, надавливании на зуб
- изменение цвета зуба (при сотрясении пульпы или нарушении целостности сосудистой стенки)

Чаще коронковая часть зуба остается интактной, и пациенты обращаются лишь при возникновении осложнений в результате некроза пульпы с симптомами обострения хронического периодонтита, обнаружении на слизистой оболочке в проекции верхушки корня свищевого хода, изменении цвета зуба

При неполном вывихе (люксации) зуба

- смещение зуба
- подвижность зуба
- боль от механических раздражителей
- кровоточивость слизистой из-за повреждения тканей пародонта
- нарушение окклюзионных контактов вплоть до невозможности закрыть рот (при значительном смещении зуба)

При экзартикуляции зуба

- на укорочение коронки зуба или ее полное отсутствие
- боль
- кровоточивость десны

При полном вывихе

- отсутствие, выпадение зуба
- боль
- кровоточивость десны в области лунки
- косметический дефект
- дискомфорт при употреблении пищи
- дефект речи. [4,5].

- При сборе анамнеза взрослым пациентам с острой травмой зубов (Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта) с целью диагностики заболевания, составления плана лечения и решения вопроса о необходимости направления пациента к другим специалистам **рекомендуется** выяснять и фиксировать в истории болезни:
 - обстоятельства произошедшего (где, когда, как, обо что и в результате чего произошла травма);
 - терял ли сознание или были ли другие признаки черепно-мозговой травмы (рвота, тошнота, головокружение, головная боль и др. неврологические симптомы);
 - точное время травмы;
 - оказывалась ли медицинская помощь пациенту на месте травмы или в другом медицинском учреждении;
 - проводилась ли противостолбнячная вакцинация (в случае загрязнения раны и попадания в нее инородных тел);

- наличие сопутствующей патологии, аллергической реакции, приема лекарственных препаратов;
- была ли ранее травма челюстно-лицевой области и зубов;
- учитываются жалобы пациента или уточняются у его законных представителей (на боль и дискомфорт в области конкретного зуба, изменение внешнего вида зуба, сроки появления жалоб);
- произошло ли изменение прикуса [11,12].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

2.2 Физикальное обследование.

- **Рекомендуется** проводить физикальное обследование взрослым пациентам с травмой зуба (Визуальное исследование при патологии полости рта, Пальпация челюстно-лицевой области, Определение степени патологической подвижности зубов, Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти, Перкуссия зубов, Исследование зубодесневых карманов с помощью пародонтологического зонда зонда, Пальпация органов полости рта, Определение пародонтальных индексов (см. Приложение А3.4. Пародонтологический индекс), Термодиагностика зуба) для установления наличия, локализации, степени травматического повреждения мягких тканей лица, слизистой оболочки полости рта, зубов и окружающих их тканей. В зависимости от поставленного диагноза выбирают метод лечения [4, 6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии.

1. Внешний осмотр челюстно – лицевой области:

- возможно нарушение конфигурации лица за счет отека мягких тканей лица в области травмы или за счет перелома и смещения костей лица;
- оценка цвета и состояния кожных покровов;
- при пальпации лимфатических узлов увеличение региональных лимфатических узлов, связанных с ОГЗ, практически не наблюдается;
- пальпация жевательных мышц, слюнных желез и височно-нижнечелюстного сустава;
- оценка степень открывания рта и болезненность;
- определение произошедшие изменения прикуса;
- наличие травматического повреждения кожи, губ (ссадины, гематомы, раны);
- наличие признаков загрязнения раны, попадания в нее инородных тел.

2. Внутриротовое обследование:

- осмотр слизистой оболочки в области поврежденного зуба;

- выявление гиперемии, отека, гематомы в подслизистом слое, болезненность при пальпации, наличие разрывов слизистой оболочки, присутствие язв, эрозий, других патологических процессов на слизистой оболочке. попадания в нее инородных тел, фрагментов зубов;
- изменение коронковой части зуба;
- изменение цвета зуба, наличие дефекта коронки, трещины в твердых тканях, изменение положение зуба в зубном ряду;
- оценка состояния пародонта;
- наличие отека, гиперемии, кровотечения из десневой борозды;
- оценка состояния всех имеющихся зубов, особенно рядом стоящих зубов
- оценка состояния периодонта и пародонта;
- проведение вертикальной и горизонтальной перкуссии;
- пальпаторно определяется наличие инфильтрата;
- определение подвижности зуба и ее степень;
- . определение гигиенического индекса и пародонтологического по потребности.

3. Пальпация.

При проведении пальпации оценивают наличие:

- болезненности;
- локальной гипертермии;
- инфильтрации (локализация, размеры);
- гематомы (плотность, консистенция, смещаемость по отношению к окружающим тканям, флюктуация и размягчение);
- отека.

4. Перкуссия.

Позволяет оценить болезненность, связанную с повреждением тканей пародонта, периапикальных тканей. Наблюдается положительный результат при ушибе, вывихе, коронково-корневом переломе, переломе корня зуба. Наиболее выражена в первые дни после травматического повреждения.

При физикальном обследовании целенаправленно выявляют:

- неадекватное психоэмоциональное состояние пациента перед лечением;
- острые поражения слизистой оболочки рта и красной каймы губ;
- острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;
- заболевания тканей пародонта;
- неудовлетворительное гигиеническое состояние рта;
- отказ от лечения [1; 13].

При осмотре пациента с травмой зубов следует также проводить дополнительные методы обследования:

- рентгенологическое исследование (ОПТГ, КТ, КЛКТ): позволяет увидеть расширение периодонтальной щели и исключить перелом корня зуба; при вывихе зуба отражает направление и степень смещения поврежденного зуба; при отсутствии зуба в лунке рентгенологическое исследование должно проводиться особенно тщательно (при глубоком внедрении зуб на рентгенограмме может находиться в теле челюсти, в области верхнечелюстной пазухи и других местах).
- функциональные исследования: для оценки состояния пульпы – электроодонтодиагностика и другие методы обследования [2, 14] (см. Приложение А3, таблица 1).

2.3 Лабораторные диагностические исследования.

- **Рекомендуется** взрослым пациентам с острой травмой зубов с целью уточнения характера и тяжести течения заболевания, исключения заболеваний органов кроветворения, а также для составления плана лечения назначить общий (клинический) анализ крови развернутый, анализ крови биохимический общетерапевтический и цитологический метод исследования (цитологическое исследование содержимого кисты (абсцесса) полости рта или содержимого зубодесневого кармана, цитологическое исследование отделяемого полости рта, цитологическое исследование микропрепарата тканей полости рта) [13, 14].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5) Комментарии

Цитологическая диагностика направлена на изучении структурных особенностей клеточных элементов и их конгломератов с помощью исследования мазка-отпечатка, мазка-перепечатка, мазка-соскоба с поверхности слизистой оболочки, эрозии, язвы, свищей, пародонтальных карманов, а также осадка промывной жидкости полости рта и пунктата участка, расположенного в глуболежащих тканях.

Абсолютными показаниями к проведению общего (клинического) анализ крови развернутого и анализа крови биохимического общетерапевтического являются наличие в полости рта участка некроза слизистой оболочки, длительно не заживающих язв, а также все случаи, когда возникает подозрение на заболевание органов кроветворения.

При биохимическом исследовании крови особое внимание уделяют показателям: общий белок, мочевины, остаточный азот, глюкоза, билирубин общий, холестерин, мочевины, кислоты, микроэлементы и другие. Исследование на содержание глюкозы проводят при клиническом подозрении на сахарный диабет (сухость во рту, хронический рецидивирующий кандидоз, болезни пародонта). [13, 14]

2.4 Инструментальные диагностические исследования

2.4.1 Лучевая диагностика

- **Рекомендуется** взрослым пациентам с травмой зубов для дифференциальной диагностики между различными видами травматических поражений, а также оценки целостности твердых тканей зубов и челюстей изучения твердых тканей зуба назначать рентгенологический метод исследования в области травмированных зубов (ортопантомография А06.07.004, внутриротовая рентгенография в прикус А06.07.007, панорамная рентгенография верхней челюсти А06.07.001, панорамная рентгенография нижней челюсти А06.07.002, рентгенография верхней челюсти в косой проекции А06.07.008, рентгенография нижней челюсти в боковой проекции А06.07.009, компьютерная томография челюстно-лицевой области А06.07.013, прицельная внутриротовая контактная рентгенография А06.07.003) [4,5].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии. Рентгенологическое исследование позволяет выявить:

- состояние костной ткани;
- состояние тканей периодонта;
- целостность компактной пластинки, окружающей ростковую зону зуба и костную стенку альвеолы;
- наличие линии перелома, ее направление, локализацию, соотношение отломков;
- положение корня зуба относительно лунки, симметричных и рядом расположенных зубов, соседних анатомических областей;
- ширину периодонтальной щели на различных участках;
- соотношение линии перелома коронковой части с полостью зуба.

Перелом корня зуба. Рентгенологическая диагностика позволяет определить линию перелома (выглядит как темная полоса (линия просветления), пересекающая корень). При сомнительных данных рекомендуется проведение рентгенологического исследования в других проекциях. Более точную информацию можно получить при проведении компьютерной лучевой диагностики.

При ушибе зуба патологических изменений не выявляется.

Неполный вывих. На рентгенограмме при смещении коронки в сторону окклюзионной плоскости, периодонтальная щель равномерно расширена, коронка зуба расположена ниже рядом стоящих зубов. При мезиальном или дистальном смещении коронки — периодонтальная щель с одной стороны расширена, с другой сужена или вовсе не прослеживается.

Интрузия зуба. При рентгенологическом обследовании определяется смещение зуба в сторону лунки, периодонтальная щель чаще всего отсутствует. Режущий край и эмалево-дентинная граница находятся выше, чем у соседних зубов, корень зуба кажется длиннее. При

глубоком внедрении на рентгенограмме зуб может находиться в теле челюсти, в области верхнечелюстной пазухи, полости носа и т.д. Поэтому при отсутствии зуба в лунке рекомендуется проведение рентгенологического исследования в 2-3 проекциях [4,5].

Для получения более точной информации о положении вколоченного зуба, наличии перелома альвеолярного отростка, стенки верхнечелюстной пазухи, корня зуба и других патологических изменений рекомендуется использование конусно-лучевой томографии (A06.07.013) [24,25].

Полный вывих. На рентгенограмме определяется пустая лунка зуба, может отмечаться нарушение целостности и компактного, и губчатого вещества с какой-либо стороны, что свидетельствует о направлении действующей силы. [4,5]

2.4.2 Электроодонтометрия зуба (ЭОМ)

- Для оценки состояния пульпы взрослым пациентам с острой травмой зубов **рекомендуется** проводить электроодонтометрию зуба при травматическом повреждении постоянных зубов [4,5]. При неполном вывихе показания электроодонтометрии от 2-4 мкА при сохранении сосудисто-нервного пучка и до 40-60 мкА при разрыве сосудисто-нервного пучка. При полном - свыше 100 мкА, а при вколоченном чувствительность пульпы резко снижена до 80-100 мкА. [2,3,4]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: При электроодонтометрии в первые дни после травмы электровозбудимость пульпы снижается из-за повреждения сосудисто-нервного пучка, сдавления гематомой или экссудатом (часто обратимо). Рекомендуется динамическое наблюдение.

Норма: 2-6 мкА; при кариесе — до 12-15 мкА. Сравнивать с интактными зубами, учитывая калибровку аппаратов. Чувствительность может снижаться при латеральных вывихах.

При ушибе, переломах коронки (с/без повреждения пульпы), неполном вывихе электровозбудимость снижается; стойкое повышение >100 мкА через 10-15 дней указывает на гибель пульпы.

При вколоченном вывихе — необратимая некроз пульпы, электровозбудимость >100 мкА.

2.5 Иные диагностические исследования.

Для проведения иной диагностики взрослым пациентам с травмой зубов следует обратиться к помощи смежных специалистов: врача-челюстно-лицевого хирурга, врача-терапевта, врача-инфекциониста [5, 14].

2.5.1 Термометрия (термодиагностика зуба)

- Пациентам с острой травмой зубов **рекомендуется** проводить термометрию (термодиагностику зубов) для определения чувствительности сосудисто-нервного пучка постоянного зуба [4,5].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии

Температурные пробы (разогретая гуттаперча, сухой лед, уголекислота) позволяют оценить реакцию поврежденного и соседних зубов. Сильная и сохраняющаяся после устранения раздражителя боль свидетельствует о воспалении пульпы. Отсутствие реакции чаще говорит о некрозе сосудисто-нервного пучка, но в первые дни после травмы может быть связано с обратимым нарушением проводимости нерва из-за гематомы или отека, поэтому чувствительность оценивают в динамике [18,19].

Метод имеет ограничения, так как при травматическом неврите повышена болевая чувствительность и возможно возникновение резкой боли. Отсутствие реакции при повторных пробах, изменение цвета коронки и деструкция кости у верхушки корня на рентгенограмме позволяют предположить некроз пульпы и необходимость соответствующего лечения [18,19].

3 Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Общие подходы к лечению травмы зубов

Принципы лечения больных с травмой зубов предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- устранение травматической причины, вызвавший патологические изменения;*
- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;*
- сохранение и восстановление функциональной способности зуба или зубов и всей зубочелюстной системы;*
- устранение возникших осложнений патологического процесса;*
- повышение качества жизни пациентов.*

Комплекс лечебных мероприятий проводят преимущественно в условиях поликлиники. Принимают во внимание выраженность травмы, её объем и наличие воспалительных явлений, общую и местную картину заболевания, а также рентгенологические данные.

3.1 Консервативное лечение

Немедикаментозная помощь при острой травме предполагает проведение экстренных мероприятий, направленных на устранение причин, и снижение воспалительных реакций. Дальнейшее лечение в плановом порядке.

3.1.1 Медикаментозная терапия

- **Рекомендовано** пациентам с травмой зубов проведение рациональной антибактериальной терапии в целях профилактики и лечения бактериальных инфекций. Назначают антибактериальные препараты системного действия: пенициллины широкого спектра действия, фторхинолоны, цефалоспорины второго-третьего поколения, макролиды, линкозамиды, тетрациклины [20].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии

Пациентам с травмой зубов при лечении ушиба и перелома зуба назначают препараты перечисленных групп:

- антигистаминные препараты для системного применения;
- анальгетики;
- препараты кальция;
- витамины (поливитаминные, аскорбиновая кислота, включая комбинацию с другими средствами)

Антибактериальную терапию назначают индивидуально, исходя из общесоматического состояния пациента. Обязательно назначение антибиотикотерапии пациентам с сопутствующими заболеваниями (сердечно-сосудистой системы, иммунной системы, с онкологическими заболеваниями, пациентам преклонного возраста и т.д.). См. раздел А3.1 таблица 1. Требования к лекарственной помощи при амбулаторно-поликлиническом лечении

- Пациентам при ушибе и переломе зуба больному вместе с антибактериальными препаратами системного действия **рекомендуется** назначить противодиарейные препараты, в том числе препараты, содержащие микроорганизмы, продуцирующие молочную кислоту в комбинации с другими препаратами с целью профилактики антибиотик-ассоциированной диареи и псевдомембранозного колита, а также других экологически нежелательных эффектов [10, 15].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Для лечения травмы зуба взрослым пациентам **рекомендуется** использовать антисептики и дезинфицирующие средства, активные в отношении простейших, грамположительных и грамотрицательных бактерий, вирусов, в виде полоскания (применяют до 14 дней). [10, 15].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Для местной анестезии при лечении травмы зубов взрослым пациентам **рекомендуется** использовать местные анестетики в комбинации с альфа- и бета-адреномиметиками, а также ранее широко распространенные препараты группы замещенных амидов (антиаритмические препараты, класс Ib C01BB), реже группы сложных эфиров (эфир аминобензойной кислоты N01BA) для обеспечения эффективного обезболивания, увеличения продолжительности анестезии, уменьшения

кровотечение и метаболической стабильности в воспаленных местах травмы [21, 22, 23].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Взрослым пациентам с травмой зубов в целях минимизации рисков и обеспечение безопасности каждого оперативного вмешательства **рекомендуется** выбирать тот анестетик, который показан пациенту с точки зрения функционального состояния его организма, аллергологического анамнеза, наличия сопутствующих заболеваний и степени их компенсации, характера предстоящего вмешательства [24].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- При травме зубов у взрослых пациентов при развитии воспалительного процесса и явлениях общей интоксикации **рекомендуется** назначать противомикробные препараты и антисептики для местного лечения заболеваний полости рта в целях предупреждения осложнений (острого гнойного периостита, распространения гнойного экссудата в кость и развития острого остеомиелита челюсти или в околочелюстные мягкие ткани с образованием абсцесса или флегмоны) [10, 15].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- При травме зубов у взрослых пациентов в первые сутки после хирургического вмешательства **рекомендуется** назначение нестероидных противовоспалительных препаратов для купирования боли и воспалительного процесса [25].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) в большинстве своем — производные слабых органических кислот. К основным фармакодинамическим эффектам НПВП относятся противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее действие и антиагрегантное.

3.1.2. Сглаживание острых краев зуба

- **Рекомендуется** проводить сглаживание острых краев зуба (избирательное пришлифовывание твердых тканей зуба А16.07.025) пациентам с острой травмой зубов для исключения травмы слизистой оболочки полости рта в следующих клинических ситуациях:
 - перелом коронки в пределах поверхностных слоев эмали зуба
 - в случаях, когда невозможно осуществить реставрацию коронковой части зуба [17, 18].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *проводится с помощью вращающихся инструментов с водяным охлаждением. Основная задача – профилактика или устранение травматизации слизистой*

оболочки губы острыми краями, образовавшегося в результате травмы дефекта твердых тканей зуба.

После пришлифовывания твердых тканей зуба осуществляется аппликация реминерализующих препаратов (А11.07.012 Глубокое фторирование эмали зуба) на обработанной поверхности [26].

3.1.3. Реставрация коронковой части зуба

- **Рекомендуется** проводить реставрацию коронковой части зубов (А16.07.033 Восстановление зуба коронкой с использованием цельнолитой культевой вкладки; А16.07.032 Восстановление зуба коронкой с использованием композитной культевой вкладки на анкерном штифте; А16.07.002.005 Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием стеклоиномерных цемента; А16.07.002.006 Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения; А16.07.002.008 Восстановление зуба пломбой из амальгамы II класс по Блэку; А16.07.002.010 Восстановление зуба пломбой I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров; А16.07.002.011 Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров) пациентам с острой травмой зубов с целью восстановления анатомической целостности зуба при переломе коронки в пределах эмали и дентина [17, 18]. Для восстановления анатомической формы возможно использование прокладки из стеклоиномерного цемента и применение композитных пломбировочных материалов [17, 18].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии. *в подавляющем большинстве случаев осуществляется при первичном обращении пациента с острой травмой зуба.*

Для проведения реставрации образовавшихся дефектов используют: стеклоиномерные цементы, компомерные и композитные пломбировочные материалы.

Метод временной реставрации рекомендован при первичном обращении пациента с переломом коронки в пределах эмали и дентина без обнажения пульпы в случаях, когда невозможно проведение постоянного восстановления дефекта твердых тканей зуба.

Методика заключается в проведении медикаментозной обработки линии перелома слабыми растворами антисептиков, наложении кальцийсодержащего препарата в проекции рога пульпы и закрытии линии перелома повязкой из стеклоиномерного цемента для предотвращения инфицирования пульпы.

3.1.4. Экстирпационный метод

- **Рекомендуется** с целью устранения источника инфекции и острой боли, а также распространения воспаления на периодонт и корень проводить экстирпационный

метод (Экстирпация пульпы A16.07.010) лечения пациентам с острой травмой зубов в следующих случаях:

1. при прохождении линии перелома коронки через эмаль и дентин с обнажением пульпы зуба;
2. при наличии признаков воспалительного процесса в пульпе зуба [18, 27]

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии

Алгоритм и особенности экстирпационного метода лечения зубов:

1. *предварительное рентгенологическое исследование (A06.07.001 Панорамная рентгенография верхней челюсти; A06.07.002 Панорамная рентгенография нижней челюсти, A06.07.003 Прицельная внутриротовая контактная рентгенография, A06.07.004 Ортопантомография, A06.07.007 Внутриротовая рентгенография в прикус, A06.07.008 Рентгенография верхней челюсти в косой проекции, A06.07.009 Рентгенография нижней челюсти в боковой проекции, A06.07.013 Компьютерная томография челюстно-лицевой области)*
2. *проведение местной анестезии;*
3. *изоляция операционного поля;*
4. *формирование эндодонтического доступа;*
5. *тщательное удаление содержимого корневого канала;*
6. *определение рабочей длины корневого канала;*
7. *механическая обработка*
8. *инструментальная и медикаментозная обработка корневых каналов (механическая обработка минимальная; ирригация проводится с использованием хлоргексидина**, водорода пероксида**, натрия гипохлорита (разведенным дистиллированной водой до концентрации менее 1%);*
9. *высушивание осуществляется с помощью стерильных бумажных штифтов;*
10. *рентгенологический контроль (A06.07.001 Панорамная рентгенография верхней челюсти; A06.07.002 Панорамная рентгенография нижней челюсти, A06.07.003 Прицельная внутриротовая контактная рентгенография, A06.07.004 Ортопантомография, A06.07.007 Внутриротовая рентгенография в прикус, A06.07.008 Рентгенография верхней челюсти в косой проекции, A06.07.009 Рентгенография нижней челюсти в боковой проекции, A06.07.013 Компьютерная томография челюстно-лицевой области): осуществляется после obtурации корневых каналов и на этапах диспансерного наблюдения (Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога B04.065.005);*
11. *восстановление анатомической формы зуба: рекомендуется проводить в следующее посещение после пломбирования корневых каналов;*

12. для восстановления коронковой части зуба применяются стеклоиономерные цементы, компомерные и композитные пломбировочные материалы, а также возможно восстановление зуба с помощью стандартных защитных коронок;

13. динамическое наблюдение:

14. обязательный осмотр и рентгенологическое исследование (A06.07.001 Панорамная рентгенография верхней челюсти; A06.07.002 Панорамная рентгенография нижней челюсти, A06.07.003 Прицельная внутриротовая контактная рентгенография, A06.07.004 Ортопантомография, A06.07.007 Внутриротовая рентгенография в прикус, A06.07.008 Рентгенография верхней челюсти в косой проекции, A06.07.009 Рентгенография нижней челюсти в боковой проекции, A06.07.013 Компьютерная томография челюстно-лицевой области) через 3 месяца, далее 2 раза в год [26].

При временном пломбировании корневого канала производится изоляции рабочего поля (желательно использование системы коффердам), широкое раскрытие полости зуба с целью обеспечения наилучшего доступа к корневым каналам. После тщательного удаления содержимого корневого канала и определения рабочей длины, проводится многократная ирригация корневого канала растворами антисептиков. Далее производится высушивание корневого канала и введение лекарственных препаратов, содержащих гидроокись кальция на водной или масляной основе для обеспечения противовоспалительного действия на очаг в периапикальных тканях и противомикробное воздействие на систему корневого канала.

Полость зуба герметично закрывается пломбой из стеклоиономерного цемента, временной коронкой или проводится временная реставрация из композита.

3.1.5. Избирательное пришлифовывание

- **Рекомендуется** проводить избирательное пришлифовывание (избирательное пришлифовывание твердых тканей зуба A16.07.025) пациентам с острой травмой зубов, при ушибе зуба, люксации, экзартикуляции, интрузии, а также при сочетанных повреждениях, затрагивающих ткани периодонта или наличии суперконтакта антагонистов с травмированным зубом для снижения окклюзионной нагрузки на ткани периодонта поврежденных зубов [17,28, 29].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: бором осуществляется избирательное пришлифовывание антагониста с проверкой окклюзионных контактов. Далее проводится покрытие фторсодержащими препаратами (A11.07.012 Глубокое фторирование эмали зуба) обработанных поверхностей.

3.1.6. Шинирование

- **Рекомендуется** пациентам с острой травмой постоянных зубов проводить шинирование (Временное шинирование при заболеваниях пародонта A16.07.019) с целью снижения подвижности при неполном вывихе с подвижностью зуба II-III

степени; при переломе корня, полном вывихе зуба после осуществления реплантации [4,5].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: при переломе корня зуба при первичном обращении проводится репозиция отломков зуба с точным сопоставлением коронкового и корневого фрагментов (при смещении) и иммобилизация с помощью шинирования. Оптимальный срок шинирования от 2 до 4 месяцев. Необходимо ограничить механическую нагрузку на зуб. С этой целью выполняется выведение зуба из окклюзии путем избирательного пришлифовывания (A16.07.025 Избирательное пришлифовывание твердых тканей зуба).

Выделяют несколько вариантов исхода лечения перелома корня:

1. образование кальцифицированной ткани, состоящей из дентина или цемента;
2. заживление с участием соединительной ткани из волокон периодонта;
3. заживление с образованием костеподобной ткани и участков соединительной ткани между фрагментами;
4. прорастание грануляционной ткани в линию перелома.

Последний тип является самым неблагоприятным, так как сопровождается подвижностью отломков и гибелью сосудисто-нервного пучка, на слизистой оболочке в проекции перелома можно обнаружить свищевой ход. Такая клиническая ситуация требует эндодонтического вмешательства с рентгенологическим контролем качества пломбирования корневых каналов и динамическим наблюдением за отсутствием воспалительных изменений в периапикальных тканях зуба.

3.2 Хирургическое лечение

3.2.1. Хирургическая репозиция

- **Рекомендуется** проводить хирургическую репозицию с последующим шинированием (Временное шинирование при заболеваниях пародонта A16.07.019) пациентам с острой травмой зубов для восстановления положения зуба в зубной дуге в следующих случаях:
 1. при значительном смещении зуба при вывихе относительно альвеолы, когда пальцевого вправления недостаточно;
 2. при вколоченном вывихе зуба;
 3. для сопоставления фрагментов при переломе корня со смещением, что обеспечивает лучшее сращение [18, 31].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: восстановление положения зуба производится с помощью хирургических щипцов или пальцев с последующим шинированием и рентгенологическим исследованием (Ортопантомография A06.07.004, Прицельная внутриротовая контактная рентгенография

A06.07.003, Внутриворотная рентгенография в прикус A06.07.007, Панорамная рентгенография верхней челюсти A06.07.001, Панорамная рентгенография нижней челюсти A06.07.002, Рентгенография верхней челюсти в косой проекции A06.07.008, Рентгенография нижней челюсти в боковой проекции A06.07.009) для подтверждения правильного положения корня зуба в альвеоле или сопоставления фрагментов при переломе корня.

3.2.2. Реплантация

- **Рекомендуется** проводить реплантацию зуба пациентам с острой травмой зубов для восстановления анатомо-физиологической целостности зубного ряда в случае авульсии (полного вывиха) зуба путем шинирования зубов (Временное шинирование при заболеваниях пародонта A16.07.019) [4,5].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии:

Алгоритм проведения метода зависит от сроков обращения пациента после произошедшей травмы, способа доставки зуба.

Общие рекомендации включают:

1. *максимально свести время пребывания зуба вне жидкости (не высушивать);*
2. *промыть зуб изотоническим раствором;*
3. *осмотреть лунку и при необходимости произвести ревизию, промыть, провести репозицию стенки альвеолы;*
4. *произвести реплантацию зуба без выраженного давления (при невозможности полного помещения корня зуба в лунку формируют временные окклюзионные накладки из стеклоиономерного цемента на нижних молярах (до 1 мес) для выведения реплантированного зуба из травматического смыкания);*
5. *при наличии разрывов десны осуществить ушивание;*
6. *провести шинирование (на вестибулярной поверхности, с открытым десневым краем для гигиены);*
7. *проверить окклюзионное соотношение;*
8. *рентгенологическое исследование для того, чтобы убедиться в правильности положения зуба относительно лунки.*

При позднем обращении и нарушении способа доставки зуба возможна отсроченная реплантация для сохранения формы альвеолярного отростка. Наиболее благоприятный прогноз — реплантация зуба в первые 30 мин после травмы (возможна самостоятельная реплантацию), а также сохранение поверхности корня влажной (подходит слюна, пастеризованное молоко или изотонический NaCl).

3.2.3. Удаление зуба

- **Рекомендуется** проводить пациентам с острой травмой зубов удаление зуба (Удаление зуба A16.07.001, Удаление постоянного зуба A16.07.002) в целях устранения источника боли, инфекции, нарушения окклюзии в следующих случаях:
 1. при внедренном вывихе зуба;
 2. при переломе коронки и корня зуба (коронково-корневой перелом) зуба;
 3. значительная подвижность, травматизация слизистой оболочки полости рта или нарушение окклюзии [4,5].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

3.2.4. Периостотомия

- **Рекомендуется** в случае усиления болевых ощущений и дальнейшего распространения воспаления после консервативного терапевтического лечения проводить периостотомию (вскрытие подслизистого и поднадкостничного очага воспаления в полости рта A16.07.011) с целью ликвидации нарастающих воспалительных явлений для предотвращения возможного распространения в виде абсцедирования или образования флегмоны. Перевязку после хирургического вмешательства необходимо назначить на 2-й день после операции [13].

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

Комментарии

В случае присоединения вторичной инфекции и распространения воспалительного процесса при нагноении гематомы, усиления болевых ощущений проводят хирургическое вмешательство (периостотомию и, возможно, удаление травмированного зуба). Рану дренируют.

Назначить повторное посещение на следующий день, оценить характер послеоперационной раны. При уменьшении болевого симптома, отсутствии гнойного отделяемого из раны дренаж удалить, рану промыть антисептиками и дезинфицирующими средствами [10, 15, 16].

3.3 Иное лечение

При травме зубов для более быстрого прекращения воспалительных явлений следует на 2-3 день после оказания помощи назначение физических методов лечения: воздействие электрическим полем ультравысокой частоты A17.30.017 (ЭП УВЧ), воздействие сверхвысокочастотным электромагнитным полем A17.30.020, флюктуоризация A17.30.033, лазерная физиотерапия челюстно-лицевой области A22.07.003, воздействие лазерным низкоинтенсивным излучением на область десен A22.07.008, магнитотерапия при патологии полости рта и зубов A17.07.005 [4, 5, 32].

3.3.1 Физиотерапевтическое лечение

- С целью повышения эффективности лечения острой травмы зубов, в том числе перелома корня **рекомендуется** пациентам с острой травмой зубов использование лазерной физиотерапии (A22.07.003) [18, 32].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Физиотерапевтическое лечение **рекомендуется** пациентам с острой травмой после установления диагноза и местной обработки полости рта в зоне травмы с целью улучшения местного кровоснабжения и профилактики воспалительных явлений [18].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *сочетанное воздействие низкоинтенсивного лазерного излучения и постоянного магнитного поля, оказывает противовоспалительный, противоотечный и анальгезирующий эффект, способствует улучшению микроциркуляции и стимуляции репаративных процессов в области повреждения.*

Противопоказаниями являются:

наличие признаков сотрясения головного мозга,

наличие кардиостимулятора.

4 Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов.

- **Рекомендуется** пациентам при травме зубов после проведения хирургического вмешательства в целях снижения количества послеоперационных инфекционных осложнений, ускорения регенерации тканей назначать послеоперационный уход, включающий назначение: антибактериальные препараты системного действия J01: пенициллины широкого спектра действия J01CA, цефалоспорины второго-третьего поколения, макролиды J01FA, линкозамиды J01FF, нестероидные противовоспалительных препараты S01BC; антигистаминные средства системного действия R06A, препараты кальция A12A, витамины A11, антисептические ротовые ванночки. [33]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** пациентам с травмой зубов вне зависимости от вида травматического повреждения проводить комплекс диагностических мероприятий, включающий основные и дополнительные методы исследования, с целью проведения дифференциальной диагностики и установления окончательного диагноза.

Обязательным является проведение рентгенологического контроля и исследование электровозбудимости пульпы зубов (электроодонтометрия зуба A05.07.001) [6, 7, 33].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** пациентам с травмой зубов соблюдение сроков динамического наблюдения в целях профилактики, своевременного выявления и лечение осложнений ОТЗ: оптимальным является обращение к врачу (прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный B01.065.002/прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога повторный B01.065.008) через 3 месяца после окончания периода активного лечения, далее каждые полгода с обязательным подробным занесением полученных при обследовании данных в историю болезни пациента [13].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии.

Благоприятный исход после травмы зубов включает следующие признаки: отсутствие патологических симптомов, сохранение физиологической подвижности зуба, безболезненная перкуссия зуба и пальпация альвеолярного отростка, отсутствие рентгенологических признаков наличия патологических изменений в периодонтальной области.

5 Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.

Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

- **Рекомендуется** наблюдение за пациентом (B01.067.002 прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный) до полного стихания воспалительного процесса (стойкое нарушение трудоспособности), в среднем от 3 до 5 дней с целью окончательного контроля и фиксации положительного исхода заболевания. [13]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 4)

Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Пациенту следует явиться на следующий день, на прием (B01.065.008 прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога повторный) для осмотра после лечебных мероприятий, далее, в зависимости от необходимости проведения перевязок или следующего этапа лечения, график посещения назначают индивидуально в зависимости от течения воспалительного процесса.

- **Рекомендуется** пациентам с травмой зубов проведения 2 раза в год профилактических осмотров и гигиенических мероприятий (профилактический прием (осмотр,

консультация) врача-стоматолога-терапевта B04.065.002, профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога B04.065.006, прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического первичный/повторный B01.065.005/06, гигиена полости рта и зубов A14.07.003, обучение гигиене полости рта и зубов индивидуальное, подбор средств и предметов гигиены полости рта A14.07.008) с целью поддержания высокого уровня гигиены полости рта пациента и контроля за качеством её выполнения [2, 4, 13].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- **Рекомендуется** пациентам с травмой зубов исключить травматичные факторы в быту и на работе и избегать занятия физкультурой и спортом в течение 7 дней после проведенного лечения с целью соблюдения режима физиологического покоя путем нивелирования физических нагрузок на травмированный зуб [13, 34]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии

Возможно при следующих состояниях:

1. *неполный вывих зуба без смещения, подвижность физиологическая или I степени;*

При динамическом наблюдении за неполным вывихом зуба в случае отсутствия жалоб, изменений цвета коронки зуба, подвижности зуба и отсутствие на рентгенограмме признаков патологического процесса, можно говорить о выздоровлении. Если коронковая часть зуба приобретает серый оттенок, выявляется подвижность зуба, признаки резорбции корня или костной ткани на рентгенограмме, то это свидетельствует о развитии хронического периодонтита. В таком случае показано удаление зуба.

В случае некроза пульпы или воспалительной резорбции корня проводится эндодонтическое вмешательство [4,5].

- После завершения хирургической и терапевтической процедуры пациентам с травмой зубов **не рекомендовано** принимать пищу в течение двух часов в целях создания условий физиологического покоя зуба. В день оперативного вмешательства следует избегать приема грубой, горячей пищи и не жевать на прооперированной стороне, не греть ее [4].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

6 Организация оказания медицинской помощи

Лечебные мероприятия при травме зубов проводятся в амбулаторно-поликлинических условиях после уточнения диагноза и осуществляются врачами-стоматологами, врачами-стоматологами-терапевтами и врачами-стоматологами-хирургами с привлечением, при необходимости, врачей-стоматологов-ортопедов.

Вид оказания медицинской помощи: первичная медико-санитарная врачебная помощь.

Форма оказания медицинской помощи: экстренная.

Условия оказания медицинской помощи: амбулаторно.

7 Дополнительная информация (в том числе факторы влияющие на исход заболевания травма зуба).

Для развития болезни необходимо сочетание факторов риска и непосредственных причин заболевания. Часто трудно выделить причину болезни, так как причин может быть несколько, и они взаимосвязаны. Непосредственная причина заболевания (этиологические факторы) прямо воздействует на организм, вызывая в нем патологические изменения. Этиологические факторы могут быть бактериальными, физическими, химическими и т. д.

Факторы риска заболеваний — это факторы, отрицательно влияющие на здоровье. Они благоприятствуют возникновению и развитию болезней, вызывают патологические изменения в организме. Всемирной организацией здравоохранения было выделено более 200 факторов, которые оказывают самое значительное влияние на современного человека. Среди них выделяют физические, химические, биологические, социальные, психологические, генетические факторы. Различают факторы риска первичные и вторичные.

Первичные: нездоровый образ жизни (курение, употребление алкоголя, несбалансированное питание, стрессовые ситуации, постоянное психоэмоциональное напряжение, гиподинамия, плохие материально-бытовые условия, употребление наркотиков, неблагоприятный моральный климат в семье, низкий культурный и образовательный уровень); неблагоприятная наследственность (наследственная предрасположенность к различным заболеваниям, генетический риск — предрасположенность к наследственным болезням); неблагоприятное состояние окружающей среды (загрязнение воздуха канцерогенами и другими вредными веществами, загрязнение воды, загрязнение почвы, резкая смена атмосферных параметров, повышение радиационных, магнитных и других излучений); неудовлетворительную работу служб здравоохранения (низкое качество медицинской помощи, несвоевременность оказания медицинской помощи, труднодоступность медицинской помощи).

Вторичные: заболевания, которые отягощают течение других заболеваний (сахарный диабет, атеросклероз, артериальная гипертензия и т. д.).

На течение заболевания и эффективность его лечения помимо распространенности процесса, морфологической и молекулярно-генетических характеристик существенное влияние

оказывают сопутствующие патологии, адекватность сопроводительной терапии, социальная адаптация пациента, наличие или отсутствие ежедневной физической [13, 14].

Критерии оценки качества медицинской помощи

Клиническим рекомендациям «Травма зубов»

№	Критерии качества	Оценка выполнения
1	При постановке диагноза проведены: сбор жалоб и анамнеза, визуальное исследование при патологии полости рта, пальпация челюстно-лицевой области, перкуссия зубов, определение прикуса, пародонтальных индексов и индексов гигиены полости рта, степени патологической подвижности зубов	Да/нет
2	Назначены общий (клинический) анализ крови развернутый, анализ крови биохимический общетерапевтический	Да/нет
3	Выполнено рентгенологическое исследование в области травмированных зубов (Ортопантомография, Внутриротовая рентгенография в прикус, Панорамная рентгенография верхней челюсти, Панорамная рентгенография нижней челюсти, Рентгенография верхней челюсти в косой проекции, Рентгенография нижней челюсти в боковой проекции, Компьютерная томография челюстно-лицевой области, Прицельная внутривисочная контактная рентгенография)	Да/нет
4	Проведена электроодонтометрия травмированных зубов	Да/нет
5	Проведена реставрация коронковой части зубов при переломе коронки в пределах эмали и дентина (Восстановление зуба коронкой с использованием цельнолитой культевой вкладки; Восстановление зуба коронкой с использованием композитной культевой вкладки на анкерном штифте; Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием стеклоиномерных цементов; Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения; Восстановление зуба пломбой из амальгамы II класс по Блэку; Восстановление зуба пломбой I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров; Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта	Да/нет

	II, III класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров)	
6	Проведено лечение экстирпационным методом (Экстирпация пульпы) при прохождении линии перелома коронки через эмаль и дентин с обнажением пульпы зуба	Да/нет
7	Проведено удаление травмированного зуба (Удаление зуба, Удаление постоянного зуба) при значительной подвижности, травматизации слизистой оболочки полости рта или нарушении окклюзии	Да/нет
8	Даны рекомендации по соблюдению сроков динамического наблюдения (Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта/ врача-стоматолога повторный) в целях профилактики, своевременного выявления и лечение осложнений	Да/нет

Список литературы

1. Артюшкевич А.С. Воспалительные заболевания и травмы челюстно-лицевой области. Минск, Беларусь, 2001 г.
2. Безрукова В.М., Робустова Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, том 1. Москва, «Медицина», 2000 г.
3. Леус П.А., Горегляд А.А., Чудакова И.О. Заболевания зубов и полости рта. -1998.
4. Хирургическая стоматология: учебник / В. В. Афанасьев [и др.]; под общ. ред. В. В. Афанасьева. - 3-е изд., перераб. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.:
5. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. -2010.
6. Андреасен Й.О., Баклэнд Л.К., Флорес М.Т., Андреасен Ф.М., Андерссон Л. Травма зубов (практическое руководство) третье издание Изд-во ООО «Таркомм» Москва 2017.-100с.
7. Кулаков А.А., Робустова Т.Г., Неробеев А.И. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: национальное руководство. -2010.
8. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии. -2007.
9. Васильев Г.А., Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология. -1981.
10. Антибиотики и химиотерапевтические препараты: учебник / А. Н. Сизенцов, И. А. Мисетов, И. Ф. Каримов; Оренбургский гос. ун-т – Оренбург: ОГУ, 2012.
11. Andreasen JO. Appendix 1 and 2. In: Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L, eds. Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth. 5th edn. Copenhagen: Wiley Blackwell Copenhagen: Wiley 2019:1020-3.
12. Cohenca N, Silberman A. Contemporary imaging for the diagnosis and treatment of traumatic dental injuries: A review. Dent Traumatol. 2017;33:321 -8.
13. Хирургия полости рта: учебник / Э.А. Базикян [и др.] - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.- 640с.
14. Пропедевтика стоматологических заболеваний: учебник / О.О. Янушевич, Э.А. Базикян, А.А. Чунихин [и др.] - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. -800с.
15. Руководство для врачей. Р.В. Ушаков, В.Н. Царев, С.В. Яковлев. Антимикробная химиотерапия. В стоматологии и челюстно-лицевой хирургии - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022 - (Руководство для врачей) – 416с.
16. Янушевич О.О., Кузьмина Э.М., Кузьмина И.Н., Лапатина А.В. Изменение основных

показателей стоматологической заболеваемости взрослого населения РФ с 1998 по 2018 г.г. // Медицина и образование. – 2024. - №1. – С.17-23

17. Andreasen FM, Andreasen JO. Diagnosis of luxation injuries: The importance of standardized clinical, radiographic and photographic techniques in clinical investigations [Электронный ресурс]. Endod Dent Traumatol 1985; 1:160-9. Режим доступа: PMID: 3865762 DOI: 10.1111/j.1600-9657.1985.tb00651.x
18. DiAngelis AJ, Andreasen JO, Ebeleseder KA, Kenny DJ, Trope M, Sigurdsson A, Andersson L, Bourguignon C, Flores MT, Hicks ML, Lenzi AR, Malmgren B, Moule AJ, Pohl Y, Tsukiboshi M. Guidelines for the Management of Traumatic Dental Injuries: 1. Fractures and Luxations of Permanent Teeth[Электронный ресурс].Pediatr Dent. 2016 Oct;38(6):358-368.Режим доступа: PMID: 27931478
19. Andreasen FM, Kahler B. Diagnosis of acute dental trauma: the importance of standardized documentation: a review [Электронный ресурс]. Dent Traumatol. 2015 Oct;31(5):340-9. Режим доступа: doi: 10.1111/edt.12187. Epub 2015 Jun 8. Review.
20. ANDREASEN J. O. V. E., STORGÅRD JENSEN S., SAE-LIM V. The role of antibiotics in preventing healing complications after traumatic dental injuries: a literature review //Endodontic topics. – 2006. – Т. 14. – №. 1. – С. 80-92.
21. Рабинович С. А., Зорян Е. В. Критерии обоснованного выбора местноанестезирующих препаратов в стоматологии //Клиническая стоматология. – 2012. – №. 4. – С. 32-35.
22. Местная анестезия в терапевтической стоматологии: учебное пособие / Л. П. Герасимова, М. Р. Шамсиев, М. Ф. Кабирова, И. Н. Усманова, Х. М. Шайдуллина, М. И. Астахова; под общ. ред. Л. П. Герасимовой. – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России, 2012. – 79 с.
23. Чухрай И. Г., Новак Н. В., Марченко Е. И. Средства и методы местной анестезии в стоматологии. – 2014.
24. Передкова Е. В. Непереносимость местных анестетиков. Алгоритм выбора препарата //Эффективная фармакотерапия. – 2013. – №. 20. – С. 44-51.
25. Рабинович С. А. и др. Алгоритм выбора нестероидных противовоспалительных средств для профилактики и лечения болевого синдрома в амбулаторной стоматологии //Российская стоматология. – 2011. – Т. 4. – №. 2. – С. 60-64.
26. Луцкая И. К., Матвеев А. М., Гранько С. А. Малоинвазивные методы лечения начальных поражений твердых тканей зуба. – 2014.

27. Krastl G. et al. Endodontic management of traumatized permanent teeth: a comprehensive review //International Endodontic Journal. – 2021. – Т. 54. – №. 8. – С. 1221-1245.
28. Fan J., Caton J. G. Occlusal trauma and excessive occlusal forces: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations //Journal of periodontology. – 2018. – Т. 89. – С. S214-S222.
29. Au A., Klineberg I. Occlusal Adjustment in Occlusion Management //Functional Occlusion in Restorative Dentistry and Prosthodontics. – Mosby, 2016. – С. 253-259.
30. Новак Н. В. и др. Определение степени подвижности зубов после травмы //Современная стоматология. – 2024. – №. 1 (92). – С. 74-76.
31. Fouad A. F. et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth //Dental traumatology. – 2020. – Т. 36. – №. 4. – С. 331-342.
32. Лукиных Л. М., Успенская О. А. Физиотерапия в практике терапевтической стоматологии. – 2005.
33. Ломакин М.В., Солощанский И.И., Дружинин А.Е. Антибиотикопрофилактика при хирургических стоматологических вмешательствах. Российская стоматология. 2012;5(4):25-28.
34. Liran Levin, Peter F, Lamar Hicks, Anne O’Connell4, Ashraf F., Cecilia Bourguignon, Paul V. Abbott International Association of Dental Traumatology Guidelines for the Management of Traumatic Dental Injuries: General Introduction. Endorsed by the American Academy of Pediatric Dentistry 2020
35. Кузьмина Э.М., Янушевич О.О., Кузьмина И.Н. Профилактическая стоматология : учебник – М.: Практическая медицина, 2024. – 540с.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Члены Рабочей группы:

Базикян Эрнест Арамович Заведующий кафедрой хирургической стоматологии и имплантологии НОИ НПО им. Н. Д. Ющука ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава ФГБОУ ВО Заслуженный врач Российской Федерации; профессор, доктор медицинских наук

Чунихин Андрей Анатольевич Профессор кафедры хирургической стоматологии и имплантологии НОИ НПО им. Н. Д. Ющука ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук

Клиновская Анна Сергеевна Доцент кафедры хирургической стоматологии и имплантологии НОИ НПО им. Н. Д. Ющука ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, кандидат медицинских наук

Конфликт интересов отсутствует

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врач-стоматолог;
2. врач-стоматолог-ортопед;
3. врач-стоматолог-терапевт;
4. врач-стоматолог-хирург;
5. врач - челюстно-лицевой хирург

Таблица 1. 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

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (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

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, 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)

Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Нормативные ссылки

1. - Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ. [11]
2. - Постановление Правительства РФ от 05.11.1997 №1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (вместе с «Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации»)
3. - Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 786н (ред. от 18.02.2021) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях»
4. - Приказ Минздрава России от 13.10.2017 № 804н (ред. от 24.09.2020, с изм. от 26.10.2022) «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»
5. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 16.11.2020 № 1300 (ред. от 17.03.2025) «О реализации мероприятий по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы»
6. Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 56034-2014 «Клинические рекомендации (протоколы лечения)». Общие положения (утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии Российской Федерации от 04.06.2014 г. N 503-ст.

Приложение А3.1.

Таблица 1

Требования к лекарственной помощи при амбулаторно-поликлиническом лечении

Наименование группы	Частота назначения
АТХ: A01AB Противомикробные препараты и антисептики для местного лечения заболеваний полости рта (группа галогенов, окислители, кислоты и щелочи, спирты, фенолы, красители, дегти, смолы и т.д.).	По потребности
Местные анестетики	По потребности

R06A Антигистаминные средства системного действия	По потребности
Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)	По потребности
A07FA51 Микроорганизмы, продуцирующие молочную кислоту, в комбинации с другими средствами	По потребности
Глюкокортикоиды	По потребности
Витамины	По потребности
Препараты кальция	По потребности

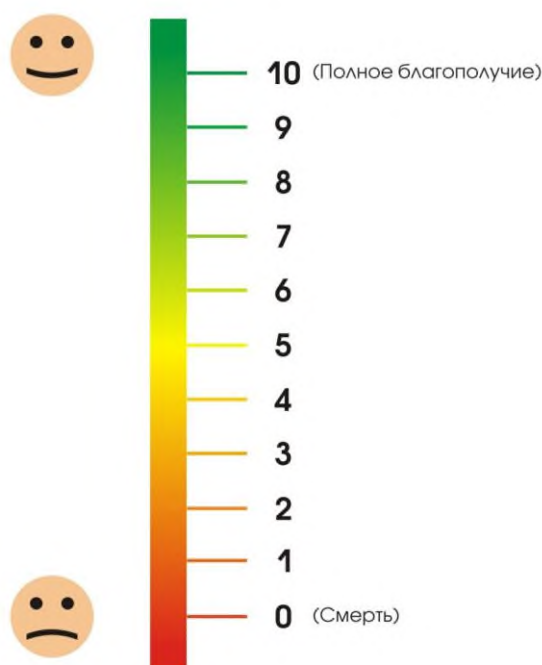
Приложение А3.2.

Анкета пациента

ФИО _____ Дата заполнения

Как Вы оцениваете Ваше общее самочувствие на сегодняшний день?

Отметьте, пожалуйста, на шкале значение, соответствующее состоянию Вашего здоровья.



Приложение А3.3.

Пародонтологический индекс: (ПИ) (Рассел А., 1956), дает возможность учесть наличие как гингивита, так и других симптомов патологии пародонта: подвижность зубов, глубину клинического кармана и др [35].

Используют следующие оценки:

0 - нет изменений и воспаления;

1 - легкий гингивит (воспаление десны не охватывает весь зуб);

2 - гингивит без повреждения прикрепленного эпителия (клинический карман не определяется);

4 - исчезновение замыкающих кортикальных пластинок на вершинах альвеолярного отростка по рентгенограмме;

6 - гингивит с образованием клинического кармана, нарушения функции нет, зуб не подвижен;

8 - выраженная деструкция всех тканей пародонта, зуб подвижен, может быть смещен.

Приложение А3.4.

Гигиенический индекс

Индекс Федорова-Володкиной (1968) до недавнего времени широко применялся в нашей стране [35].

Гигиенический индекс определяют по интенсивности окраски губной поверхности шести нижних фронтальных зубов йод-йодисто-калиевым раствором, оценивают по пятибалльной системе и рассчитывают по формуле:

$$K_{cp} = \frac{\sum K_u}{n},$$

где K_{cp} – общий гигиенический индекс очистки; K_u – гигиенический индекс очистки одного зуба; n – количество зубов.

Окрашивание всей поверхности коронки означает 5 баллов; 3/4 – 4 балла; 1/2 – 3 балла; 1/4 – 2 балла; отсутствие окрашивания – 1 балл.

В норме гигиенический индекс не должен превышать 1.

Индекс Грина-Вермиллиона (Green, Vermillion, 1964). Упрощенный индекс гигиены полости рта (ОНИ-S) заключается в оценке площади поверхности зуба, покрытой налетом и/или зубным камнем, не требует использования специальных красителей. Для определения ОНИ-S исследуют щечную поверхность 16 и 26, губную поверхность 11 и 31, язычную поверхность 36 и 46, перемещая кончик зонда от режущего края в направлении десны. Отсутствие зубного налета обозначается как **0**, зубной налет до 1/3 поверхности зуба – **1**, зубной налет от 1/3 до 2/3 – **2**, зубной налет покрывает более 2/3 поверхности эмали – **3**. Затем определяется зубной камень по такому же принципу.

Формула для расчета индекса.

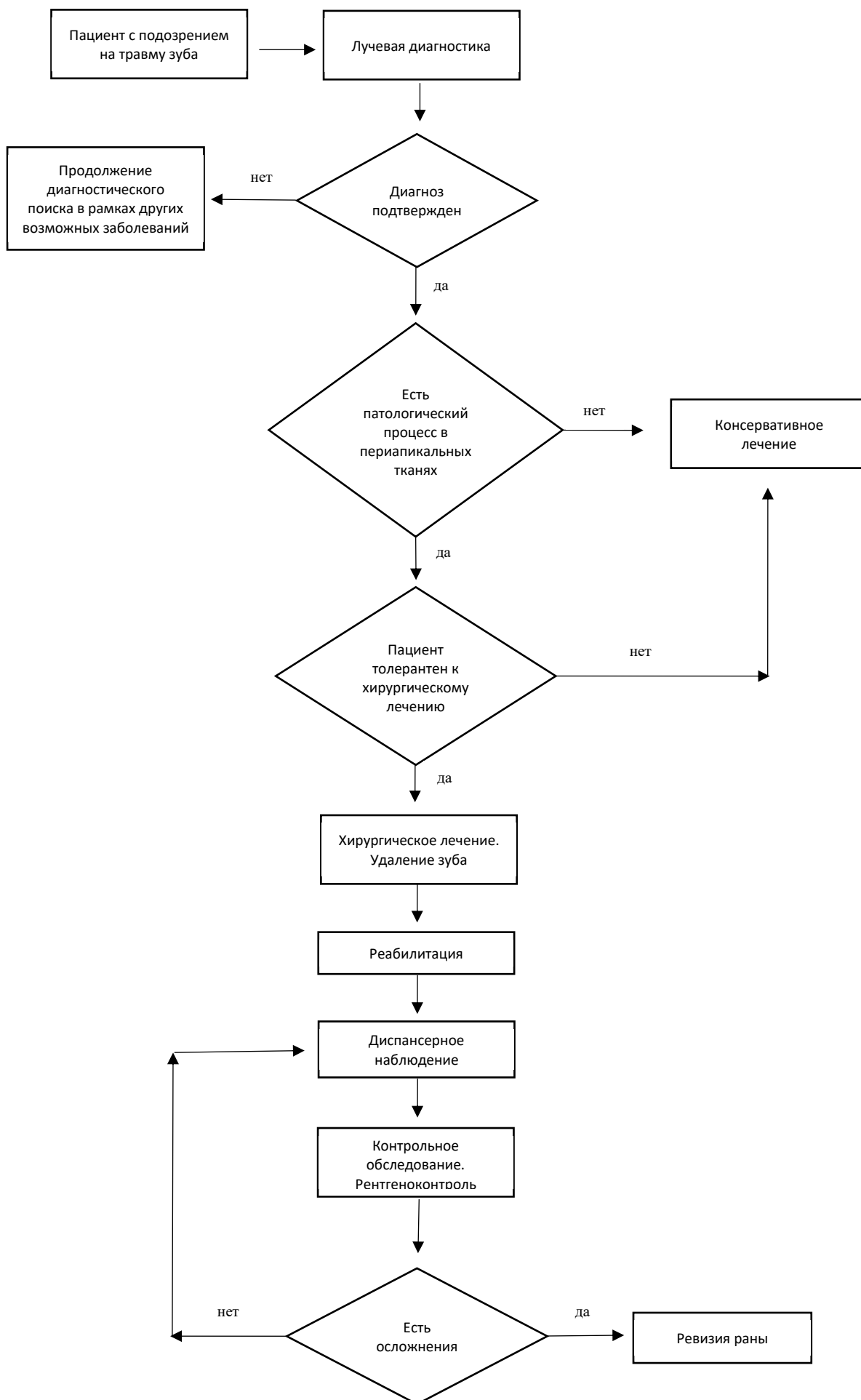
$$ОНИ - S = \frac{\sum ЗН}{n} + \frac{\sum ЗК}{n},$$

где n – количество зубов, $ЗН$ – зубной налет, $ЗК$ – зубной камень.

Налет:		Камень:	
0	нет	0	нет
-		-	

1 -	на 1/3 коронки	1 -	наддесневой камень на 1/3 коронки
2 -	на 2/3 коронки	2 -	наддесневой камень на 2/3 коронки
3 -	> 2/3 коронки	3 -	наддесневой камень > 2/3 коронки или поддесневой зубной камень, окружающий пришеечную часть зуба
Значение		Оценка индекса	Оценка гигиены полости рта
0 - 0,6		Низкий	Хорошая
0,7 - 1,6		Средний	Удовлетворительная
1,7 - 2,5		Высокий	Неудовлетворительная
> 2,6		Очень высокий	Плохая

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациентов

В день хирургического вмешательства вам (после проведённого лечения) следует воздержаться на 2-3 часа от приема пищи, избегать перегрева организма, ограничить физические нагрузки, прикладывать лед на кожные покровы со стороны вмешательства по 10-20 минут с перерывами в 1 час в течение первых суток после операции. Исключить тепловые процедуры (баня, горячие ванны и т.д.) и физические нагрузки. При возникновении болей или нарастании воспалительных явлений в области вмешательства вам необходимо явиться к врачу-стоматологу незамедлительно.

На следующий день предлагается явиться на прием для осмотра после лечебных мероприятий и перевязки после хирургического вмешательства.

С целью оценки эффективности лечения вам также следует явиться к врачу-стоматологу для контрольного осмотра через 7 дней. Во время контрольного осмотра вам могут предложить провести диагностическое рентгенологическое исследование в области вмешательства.

В случае, если лечение сопровождалось шинированием зуба, вам необходимо явиться на прием к врачу-стоматологу через 6 месяцев для оценки эффективности проведенного лечения и снятия шины.

Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Не применяется