

Клинические рекомендации

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

Кодирование по Международной

статистической классификации

болезней и проблем, связанных

со здоровьем стоматологическая (МКБ-С): **K08.1**

Возрастная группа:

взрослые

Год утверждения (частота пересмотра):

ID:

URL:

Разработчик клинической рекомендации:

- Профессиональная некоммерческая организация Стоматологическая Ассоциация России (СтАР)

I.Титульный лист.....	1
II.Оглавление.....	2
III.Список сокращений.....	4
IV.Термины и определения	5
V. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	6
1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	8
4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	8
5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	8
6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	9
VI. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	10
1. Жалобы и анамнез	11
2. Физикальное обследование	11
3. Лабораторные диагностические исследования.....	13
4. Инструментальные диагностические исследования.....	13
5. Иные диагностические исследования.....	13
VII. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.....	14
VIII. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.....	41
IX. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	42
X. Организация оказания медицинской помощи	42
XI. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....	42
XII.Критерии оценки качества медицинской помощи.....	44
XIII.Список литературы.....	46
XIV.Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	50

XV. Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	51
XVI. Приложения А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата.....	53
XVII. Приложение Б1. Алгоритмы действий врача	60
XVIII. Приложение Б2. Выбор ортопедических конструкций.....	61
XIX. Приложение В. Информация для пациента	71
XX. Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....	72
XXI. Приложение Д. Ответ на замечания по отдельным видам ортопедических конструкций (не является текстом Клинической рекомендации).....	73

III. Список сокращений

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

МКБ-С — Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10

Клинические рекомендации - Клинические рекомендации (протокол лечения)

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

ЦСЧ - центральное соотношение челюстей

ВНЧС – височно-нижнечелюстной сустав

IV. Термины и определения

Артикуляция – пространственное соотношение зубных рядов и челюстей при движениях нижней челюсти, [23].

Атрофия - это необратимый процесс убыли костной ткани, которое происходит вследствие общих (диабет) и местных (пародонтопатии) заболеваний, а также старческая (сенильная) атрофия, атрофия бездействия, [9].

Одонтопародонтограмма по Курляндскому - схематическое отображение состояния опорного аппарата зубов выраженное в коэффициентах [23].

Окклюзия – смыкание зубных рядов или групп зубов верхней и нижней челюстей при различных движениях последней, [10].

Пародонтит – острый или хронический воспалительный процесс тканей пародонта, сопровождающийся атрофией костной ткани альвеолярного отростка или альвеолярной части нижней челюсти, [19].

Переходная складка – граница активно-подвижной и неподвижной слизистой оболочки, [23].

Прикус – вид смыкания зубных рядов в положении центральной окклюзии, [19].

Состояние относительного физиологического покоя – одно из артикуляционных положений нижней челюсти при минимальной активности жевательных мышц и полном расслаблении мимической мускулатуры. Тонус поднимающих и опускающих нижнюю челюсть мышц равнозначен, [19].

Частичное отсутствие зубов - состояние пациента, после удаления одного и более зубов, при котором на челюсти сохранился хотя бы один зуб (корень зуба) , [19].

Центральная окклюзия – максимальный плотный фиссурно-бугорковый контакт, [19].

Центральное соотношение челюстей - пространственные взаимоотношения верхней и нижней челюстей, когда нижняя челюсть находится в центральном положении, [23].

V. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

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

Частичное отсутствие зубов - состояние пациента после удаления одного и более зубов, при котором на челюсти сохранился хотя бы один зуб (корень зуба), [19].

Синонимы: частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита.

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

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, [8,17].

Не менее серьезными являются последствия частичного отсутствия зубов для социального статуса пациентов: нарушения артикуляции и дикции сказываются на коммуникационных способностях пациента, эти нарушения, одновременно с изменениями внешности вследствие утраты зубов и развивающейся атрофии жевательных мышц, могут обусловить изменения психоэмоционального состояния, вплоть до появления устойчивого стрессового состояния, [4, 7, 20, 25, 27].

Частичное отсутствие зубов является также одной из причин развития специфических осложнений в челюстно-лицевой области, таких, как деформации зубных рядов (феномен Попова-Годона), дисфункции височно-нижнечелюстных суставов и соответствующего болевого синдрома, [33,41].

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, [46].

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, [42, 43, 44].

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 — K 00.0), по сути, являются синонимами и применяются как в отношении каждой из челюстей, так и к обоим челюстям. Синонимом терминов «частичное отсутствие зубов» и «частичная вторичная адентия» является также понятие дефекта зубного ряда, означающего отсутствие одного или нескольких зубов, [28].

Частичное отсутствие зубов следует отличать от адентии (первичной), при которой дефект зубного ряда развился вследствие отсутствия или гибели зачатков постоянных зубов, [49].

Частичное отсутствие зубов является следствием кариеса и его осложнений, удаления зубов и/или утраты вследствие несчастного случая (травмы), заболеваний пародонта и т. д., [24]

Кариес в нашей стране является одним из самых распространенных заболеваний. Его распространенность у взрослого населения в возрасте от 35 лет и старше составляет 98—99%. Показатели развития осложнений кариеса также высокие: процент удалений в возрастной группе старше 35—44 лет составляет 5,5%, а в следующей возрастной группе — 17,29% [45]. В структуре стоматологической помощи по обращаемости больные пульпитом, который, как правило, является следствием отсутствия лечения кариеса, составляют 28—30% [11,45,48, 63].

Заболеваемость пародонта в возрастной группе 35—44 лет составляет 86% [11,45].

Данные заболевания, при несвоевременном и некачественном лечении, могут привести к спонтанной утрате зубов вследствие патологических процессов в тканях пародонта воспалительного и/или дистрофического характера, к удалению не подлежащих лечению зубов и/или их корней при глубоком кариесе, пульпите и периодонтите, [19,51,61].

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, [33,41, 46, 59].

Главным признаком частичного отсутствия зубов считается отсутствие в зубном ряду от одного до пятнадцати зубов на одной из челюстей [19,23,50].

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

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 [20,45,48].

В нашей стране в общей структуре оказания медицинской помощи больным в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля это заболевание составляет от 40 до 75% и встречается во всех возрастных группах пациентов [45].

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

K08.1 - потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита, [28].

5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

1.5.1. Классификация частичного отсутствия зубов (дефектов зубных рядов) по Кеннеди, [20].

В данной классификации выделяется четыре класса:

1. Двусторонний дистально неограниченный дефект (концевой дефект).
2. Односторонний дистально неограниченный дефект (концевой дефект).
3. Односторонний дистально ограниченный дефект (включенный дефект).
4. 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.

1.5.2. классификация Е.И. Гаврилова [10,50]. В ней выделяется четыре группы дефектов:

1. Концевые односторонние и двусторонние.
2. Включенные (боковые — односторонние, двусторонние и передние).
3. Комбинированные.

4. Челюсти с одиночно сохранившимися зубами.

1.5.3. Классификация дефектов зубных рядов Вильда, [23]:

1. Односторонний или двусторонний концевой дефект зубного ряда.
2. Один или несколько включенных дефектов.
3. Сочетание концевого (концевых) и включенного (включенных) дефектов зубного ряда.

1.5.4. Классификация по протяженности дефекта зубного ряда Е.И. Гаврилова, [10, 50]:

- до 3 зубов – малые
- до 6 зубов – средние
- более 6 зубов – большие

6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Критерием постановки диагноза «частичное отсутствие зубов» является - отсутствие одного или нескольких зубов (при наличии одного или нескольких естественных зубов или их корней) на челюсти или челюстях. Проявления частичного отсутствия зубов зависят от топографии дефектов и количества отсутствующих зубов и отличаются многообразием, [10].

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, [6].

Частичное отсутствие даже одного зуба в любой функционально ориентированной группе зубов может привести к развитию деформации зубных рядов (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, [20, 33].

При отсутствии одного или нескольких фронтальных зубов на верхней челюсти клиническая картина характеризуется нарушением эстетики, симптомом «западения» верхней губы. При значительном отсутствии боковых зубов отмечается «западение» мягких тканей щек, [50].

При отсутствии даже одного фронтального зуба на верхней и/или нижней челюсти может наблюдаться нарушение дикции, [19, 23].

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, [13].

Частичное отсутствие жевательных зубов обуславливает нарушения функции жевания, больные жалуются на плохое пережевывание пищи, [10, 58].

Иногда значительное отсутствие зубов сопровождается мышечно-суставной дисфункцией, [46].

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, [10,23].

Частичное отсутствие зубов является необратимым процессом. Восстановление целостности зубных рядов возможно только ортопедическими методами лечения с помощью несъемных и/или съемных конструкций зубных протезов.

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

Диагностическим критерием частичного отсутствия зубов является отсутствия от 1 до 13 зубов на челюсти. Диагностика частичного отсутствия зубов (частичной вторичной адентии) проводится путем сбора анамнеза и клинического обследования. Диагностика направлена на исключение факторов, которые препятствуют немедленному началу ортопедического лечения. 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;
- наличием мышечно-суставной дисфункции ВНЧС.

Рекомендовано для оценки общего состояния пациента применять шкалу оценки самочувствия пациента, где пациент самостоятельно оценивает свое состояние здоровья на момент обращения к врачу по шкале от 1 до 10, где 10 – это состояние полного

благополучия, 1 – необходимость в прекращении приема, шкала представлена в приложении Г [68,70].

УДД 5 УУР С

Рекомендовано при диагностике учитывать результаты клинического, рентгенологического (панорамная рентгенография верхней челюсти, панорамная рентгенография нижней челюсти, ортопантомография, спиральная компьютерная ортопантомография, внутриротовая рентгенография в прикус) и других исследований имеющихся зубов, в особенности планируемых под опоры, включая их пародонтальный статус, а также общее и функциональное состояние зубочелюстной системы, а при наличии симптоматики - исследование ВНЧС, [19, 61,63].

УДД 5 УУР С

Рекомендовано у пациентов, которым планируется ортопедическое лечение с использованием имплантатов, при обследовании определять степень атрофии альвеолярного отростка (альвеолярной части) челюсти и плотность костной ткани в области каждого предполагаемого места установки имплантата, [29].

УДД 5 УУР С

1. Жалобы и анамнез

Рекомендуется при сборе анамнеза выяснить характерные жалобы, предъявляемые пациентами: затрудненное откусывание и пережевывание пищи, эстетический дефект, нарушение дикции и т. д. Выясняются причины и сроки потери зубов, [19, 61,63].

УДД 5 УУР С

Рекомендуется оценить ортопедические конструкции, пользовался ли пациент протезами ранее, какой вид протезов (несъемное, съемное протезирование), сроки пользования протезами, причины неудовлетворенности во время пользования, причины поломок, если они происходили, [19, 61,63].

УДД 5 УУР С

2. Физикальное обследование

Рекомендуется обратить внимание на следующее:

при осмотре лица: симметрия лица, наличие внешних признаков снижения высоты нижней отдела лица, углубление (резко выраженные) носогубных и подбородочной складок, западение щек и губ, ангулярный хейлит (заеды);

при осмотре полости рта:

оценка состояния зубных рядов (степень патологической подвижности зубов, степень атрофии костной ткани альвеолы, наличие патологической стираемости твердых тканей зубов, аномалии развития); исследование величины и топографии дефекта зубных рядов; исследование окклюзионных взаимоотношений; выявление деформаций (феномен Попова - Годона); выявление внутриротовых признаков снижения высоты нижнего отдела лица; состояние пародонта зубов, состояние беззубого альвеолярного отростка и/или части, [9, 10].

УДД 5 УУР С

Рекомендуется выяснить пользовался ли пациент ранее протезами и как давно потерял собственные зубы. При недавнем удалении зубов рекомендуется обращать внимание на наличие болезненных острых краев лунок, [9, 10].

УДД 5 УУР С

Рекомендуется определять состояние увлажненности полости рта - есть ли чувство сухости или обильного слюнотечения, [6,8].

УДД 5 УУР С

Рекомендуется изготовление и анализ диагностических моделей челюстей (уточнение особенностей окклюзионных взаимоотношений, наличие деформаций зубов, параллельность опорных зубов, уточнение выбора конструкции и т.д.), рентгенологическое обследование (панорамная рентгенография верхней челюсти, панорамная рентгенография нижней челюсти, ортопантомография, спиральная компьютерная ортопантомография, внутриротовая рентгенография в прикус), [6,8].

УДД 5 УУР С

Рекомендуется выявление этиологических факторов отсутствия зубов (кариес и его осложнения, болезни пародонта, травма, нерациональное ортопедическое лечение и др.); [10,19, 66].

УДД 5 УУР С

Рекомендуется определение функционального состояния опорного аппарата сохранившихся зубов по данным зондирования, рентгенологического исследования ((панорамная рентгенография верхней челюсти, панорамная рентгенография нижней челюсти, ортопантомография, спиральная компьютерная ортопантомография, внутриротовая рентгенография в прикус) и другое; [6, 8, 23, 50, 60].

УДД 5 УУР С

Рекомендуется определение класса дефекта зубного ряда по Гаврилову (протяженность, локализация); [19, 61, 66, 67].

УДД 5 УУР С

Рекомендуется определение состояния твердых тканей зубов; [10, 68, 69].

УДД 5 УУР С

Рекомендуется выявление степени атрофии беззубых участков альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти (равномерная, неравномерная, незначительная, умеренная, выраженная); [22, 23, 67].

УДД 5 УУР С

Рекомендуется определение формы гребня альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти (гребневидная, грибовидная), наличие экзостозов, выраженности верхнечелюстных бугров; [22, 23].

УДД 5 УУР С

Рекомендуется определение конфигурации (формы) твердого неба (овальная, прямоугольная, клиновидная), высоты его свода, локализации торуса (torus palatinus); [46, 49, 62].

УДД 5 УУР С

Рекомендуется определение состояния мягких тканей, покрывающих альвеолярный отросток верхней челюсти, альвеолярную часть нижней челюсти и твердое небо (податливость, подвижность и порог болевой чувствительности слизистой оболочки); [10, 22, 23, 46, 49, 62].

УДД 5 УУР С

Рекомендуется определение состояния ВНЧС и жевательных мышц; [10, 22, 68, 69].

УДД 5 УУР С

Рекомендуется определение общесоматического состояния пациентов, в первую очередь с выявлением патологии, которая может повлиять на выбор конструкции (ИБС, постинсультное состояние, эпилепсия, аллергические реакции и др.); [10, 68, 69].

УДД 5 УУР С

Рекомендуется выявление состояния, при котором противопоказано препарирование зубов (состоит ли данный пациент на учете у психиатра), [13, 20, 22].

УДД 5 УУР С

Рекомендовано обследование пациента с дефектами зубных рядов в клинике ортопедической стоматологии проводится по общепринятой методике, и его данные

фиксируются в истории болезни. Особое внимания обращают на соответствие поставленного диагноза и плана лечения, [10, 19, 23, 50, 60, 61, 64, 65, 66, 67, 68, 69].

УДД 5 УУР С

3. Лабораторные диагностические исследования

Не используются при диагностике частичного отсутствия зубов.

4. Инструментальные диагностические исследования

На этапе постановки диагноза рекомендуется проводить рентгенологическое обследование (панорамная рентгенография верхней челюсти, панорамная рентгенография нижней челюсти, ортопантомография, спиральная компьютерная ортопантомография, внутриротовая рентгенография в прикус). Если планируется лечение пациента с использованием дентальных имплантатов, то рекомендованы дополнительные методы лучевой диагностики, [30].

УДД 5 УУР С

5. Иные диагностические исследования.

При включении в несъемную ортопедическую конструкцию витальных зубов, рекомендуется использовать методы определения жизнеспособности пульпы: термопробы, электроодонтометрия, [36].

УДД 5 УУР С

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

Консервативное лечение

Рекомендовано при планировании ортопедического лечения рекомендуется сохранение оставшихся зубов.

УДД 5 УУР С

Рекомендовано каждый зуб, планируемый под опору протеза, рекомендуется 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 рекомендуется 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, [1,2,10, 19, 23, 26, 34, 48, 53, 54, 55, 56].

УДД 5 УУР С

Не рекомендуется начинать ортопедическое лечение без подготовительных мероприятий, если таковые не обходимы, [10, 19, 23, 26, 34, 48, 50, 53, 54, 55, 56].

УДД 5 УУР С

Рекомендуется не каждый дефект зубного ряда восстанавливать. Решающую роль играют индивидуальные особенности зубочелюстной системы пациента, [1,2, 10, 19, 23, 26, 34, 48, 50, 56].

УДД 5 УУР С

Рекомендуется изготавливать ортопедические конструкции с учетом возможности оптимальной гигиены полости рта, [1,2, 10, 19, 34, 48, 50, 53, 54, 55, 56].

УДД 5 УУР С

Рекомендуются при изготовлении несъемных мостовидных протезов использовать конструкции небольшой протяженности. Рекомендуется 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, [10, 19, 23, 26, 34, 48, 50, 53, 54, 55, 56].

УДД 5 УУР С

При плохой гигиене полости рта пациента не рекомендуется ортопедическое лечение с использованием несъемных конструкций, а также протезов с опорой на имплантатах, [1,2, 10, 19, 23, 26, 34, 48, 50].

УДД 5 УУР С

Рекомендуется учитывать выполнение назначений врача пациентом при планировании ортопедического лечения. Чем хуже пациент выполняет врачебные рекомендации и идет на сотрудничество с врачом, тем проще должна быть ортопедическая конструкция [3, 18, 69].

УДД 5 УУР С

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

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

Рекомендуется правильное и полное заполнение истории болезни (медицинская документация форма №043/у) , [1,2, 10, 19, 23, 26, 34, 48, 50, 53, 54, 55, 56].

УДД 5 УУР С

Рекомендуется соблюдать план лечения в соответствии с поставленным диагнозом, [1,2, 10, 19, 34, 48, 50, 53, 54, 55, 56].

УДД 5 УУР С

Изготовление новых протезов не рекомендуется, если имеющийся протез еще функционален или если его функцию можно восстановить (например, починка или перебазировка), [10, 19, 23, 26, 34, 48, 50, 53, 54, 55, 56].

УДД 5 УУР С

Изготовление протеза рекомендуется включать этапы: обследование, планирование, подготовку к протезированию и все мероприятия по изготовлению и фиксации протеза, в том числе устранение недостатков и контроль. Сюда рекомендуется относить также инструктирование и обучение пациента уходу за протезом и полостью рта, [1,2, 23, 26, 34, 48, 50, 53, 54, 55].

УДД 5 УУР С

Врачу стоматологу-ортопеду рекомендуется определить особенности протезирования в зависимости от анатомического (с учетом топографии дефектов зубных рядов), физиологического, патологического и гигиенического состояния зубочелюстной системы пациента, [1,2, 10, 19, 23, 55, 56].

УДД 5 УУР С

При выборе между одинаково эффективными видами зубных протезов врачу рекомендуется руководствоваться показателями экономичности при отсутствии возражений со стороны пациента. В случаях, когда невозможно немедленно начать и завершить в запланированные сроки лечение, рекомендуется применение временных протезов, в том числе съемных или несъемных имедиат-протезов, [23, 26, 34, 48, 50, 53, 54, 55, 56].

УДД 5 УУР С

Рекомендуется 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 клиническим опытом, [1,2, 10, 19, 23, 26, 34, 53, 54, 55, 56].

УДД 5 УУР С

При подтвержденной аллергической реакции тканей полости рта на материал протеза рекомендуется провести тесты и выбрать тот материал, который показал себя как переносимый, [23, 26, 34, 48, 50, 53, 54, 55, 56].

УДД 5 УУР С

При планировании и проведении ортопедического лечения рекомендуется учитывать состояние здоровья, соматический статус, хронические заболевания пациента, [1,2, 10, 19, 23, 26, 34, 48, 50].

УДД 5 УУР С

Важнейшим этапом лечения является подготовка зубочелюстной системы к протезированию, [1,2, 10, 19, 23, 26, 34, 56].

УДД 5 УУР С

Рекомендуется проводить ортопедическое лечение после следующих мероприятий: полная санация рта; определение уровня гигиены полости рта и 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; при использовании депульпированных зубов для ортопедического лечения, рекомендуется обращать внимание на качество пломбирования корневых каналов, которые должны быть запломбированы на всем протяжении до верхушки (рентгенологический контроль); проведение необходимого лечения при заболеваниях пародонта и слизистой оболочки рта; при подозрении на патологические процессы в зубах и челюстных костях рекомендуется провести дополнительные исследования; зубы и корни, не подлежащие сохранению, рекомендуется удалить, [5, 13, 15, 18, 22, 25, 26, 27, 39, 46].

УДД 5 УУР С

Если при рентгенологическом исследовании обнаруживается патологический процесс, его рекомендуется устранить до изготовления постоянной ортопедической конструкции. При невозможности полного устранения патологических процессов, особенно в периапикальных тканях, при ортопедическом лечении рекомендуется регулярный рентгенологический контроль (панорамная рентгенография верхней челюсти, панорамная рентгенография нижней челюсти, ортопантомография, спиральная компьютерная ортопантомография, внутриротовая рентгенография в прикус), [39].

УДД 5 УУР С

При лечении частичного отсутствия зубов (частичной вторичной адентии) применяются несъемные мостовидные протезы, консольные несъемные протезы, искусственные коронки на опорные зубы и различные конструкции съемных протезов, [1,2, 10, 19, 23, 48,49,50, 55, 56].

УДД 5 УУР С

Мостовидные протезы рекомендуются, если:

- отсутствует до 4-х 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 при помощи мостовидного протеза с опорами по обе стороны от дефекта;
- мостовидный протез будет служить для фиксации съемного протеза [5, 13, 15, 18, 22, 25, 27].

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

УДД 5 УУР С

Мостовидные протезы не рекомендуются:

- 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 удастся купировать, [5, 10, 13, 15, 18, 19, 22, 25, 27].

УДД 5 УУР С

При замещении отсутствующих моляров тело мостовидного протеза рекомендуется изготавливать с широким промывом (около 1 мм), не прилегающим к слизистой оболочке. В других участках челюстей тело мостовидного протеза не рекомендуется прилегание 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 рекомендуется обеспечиваться расстояние между телом протеза и слизистой, достаточное для свободного промыва, [5, 10, 13, 15, 18, 19].

УДД 5 УУР С

При применении цельнолитых металлокерамических и металлопластмассовых мостовидных протезов и коронок рекомендуется изготовление «гирлянды» с оральной стороны, [5, 10, 15, 18, 19, 22, 25, 27, 37, 38].

УДД 5 УУР С

Коронки рекомендуются:

- 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 ортопедическом лечении [5, 15, 18, 22, 25, 27, 37, 38].

– УДД 5 УУР С

Искусственные коронки при частичной вторичной адентии рекомендуется применять для покрытия опорных зубов при изготовлении частичных съемных пластиночных и бюгельных протезов, [31].

УДД 5 УУР С

При изготовлении искусственных цельнолитых коронок рекомендуется применять четыре вида препарирования, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки, а также рекомендуемые показания (табл. 1), [23, 49].

УДД 5 УУР С

Комментарий:

Таблица 1

Клинические особенности различных форм препарирования культей зубов под коронки.

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

	благодаря достаточному месту небольшая опасность избыточного сошлифовывания в пришеечной области	повреждения пульпы большая по размеру цементируемая щель при неточности формы препарирования или ошибках при цементировании	коронки с обжигаемой плечевой массой
Препарирование с уступом- скосом под углом 135°	Четкая граница препарирования, небольшая опасность избыточного сошлифовывания 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	Металлокерамические и металлопластмассовые коронки, в особенности на фронтальные зубы

При частичном отсутствии зубов при невозможности изготовить несъемную конструкцию, рекомендуется изготовление бюгельных протезов. При этом рекомендуется учитывать состояние тканей пародонта и принципы гигиены [19, 32, 38, 42, 47].

УДД 5 УУР С

По мере утраты зубов и увеличения протяженности беззубого участка альвеолярного отростка (дефекта зубного ряда) рекомендуется расширять показания к применению съемных пластиночных протезов [19, 32, 38, 42, 47].

УДД 5 УУР С

При частичном отсутствии зубов при невозможности перераспределения нагрузки на пародонт опорных зубов, как правило, рекомендуются частичные съемные пластиночные протезы из пластмассы без сложных опорно-удерживающих элементов [8, 9, 19, 38, 42, 47].

УДД 5 УУР С

Рекомендуется применение комбинированных (сочетанных) протезов, 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 [8, 9, 19, 38, 42, 47].

УДД 5 УУР С

Такие соединительные элементы, как штанговые (балочные) системы, телескопические коронки и аттачмены, рекомендуется использовать только при условии равномерного распределения нагрузки на сохранившиеся опорные зубы, [47].

УДД 5 УУР С

При подготовке к проведению внутрикостной дентальной имплантации рекомендуется документально подтвержденная консультация врача стоматолога-ортопеда (записанная в истории болезни или отдельном консультативном заключении). Пациента рекомендуется известить и проинформировать об алгоритме подготовки к внутрикостной дентальной имплантации. Лечение частичного отсутствия зубов при концевых дефектах рекомендуется проводить с использованием как несъемного, так и съемного протезирования, а также их комбинации. При частичном отсутствии зубов также рекомендуется ортопедическое лечение с использованием внутрикостных дентальных имплантатов: изготовлении искусственных коронок и мостовидных протезов, [16, 21, 29, 31, 35].

УДД 5 УУР С

Комментарий: Одним из рациональных способов ортопедического лечения при частичном отсутствии зубов является протезирование с использованием имплантатов. Вопрос о необходимости проведения внутрикостной дентальной

имплантации для дальнейшего ортопедического лечения рекомендовано определять врачу стоматологу-ортопеду. Он направляет пациента в хирургическое отделение на консультацию для определения возможности проведения внутрикостной дентальной имплантации. Этот метод позволяет 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-нижнечелюстного сустава.

Рекомендуется выбор конструкции при лечении концевых дефектов, в первую очередь, с учётом их протяженности [13, 19, 20].

УДД 5 УУР С

Комментарий:

При концевых дефектах протяженностью от 1 до 2-х зубов абсолютные показания к ортопедическому лечению отсутствуют. Пациенты с неполными зубными рядами нередко бывают удовлетворены своими жевательными возможностями при наличии полноценной окклюзии, включающей вторые премоляры. При односторонних или двусторонних концевых дефектах до второго премоляра и наличии показаний к протезированию можно применять съёмные протезы, несъёмные консольные протезы, протезы с опорой на внутрикостные дентальные имплантаты. При одностороннем или двусторонних концевых дефектах большей протяженности показаны съёмные конструкции или протезы с опорой на имплантаты. Кроме того, выбор конструкции могут определить и другие факторы.

Рекомендуется соблюдать алгоритм изготовления частичных съёмных пластиночных протезов, [23, 37, 38, 50, 57].

УДД 5 УУР С

Комментарий:

Первое посещение

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

При необходимости на опорные зубы изготавливают искусственные коронки.

Первым этапом является получение оттисков (слепков). С протезируемой челюсти получают рабочий оттиск (слепок), а с противоположной челюсти — вспомогательный.

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

Следующее посещение

Определение центрального соотношения челюстей анатомо-физиологическим методом для определения правильного положения нижней челюсти по отношению к верхней в трех плоскостях (вертикальной, сагиттальной и трансверсальной).

Определение центрального соотношения челюстей производится с применением изготовленных в зуботехнической лаборатории восковых базисов с окклюзионными валиками. Особое внимание следует обращать на формирование правильной протетической плоскости, определение высоты нижнего отдела лица.

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

Следующее посещение

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

Следующее посещение

Припасовка и наложение готового протеза, после лабораторного этапа замены воскового базиса на пластмассовый.

Перед наложением необходимо оценить качество базиса протеза (отсутствие пор, острых краев, выступов, шероховатостей и т. д.). Небная часть протеза верхней челюсти должна быть не толще 1 мм. Протезы вводят в рот, проверяют плотность смыкания зубных рядов и фиксацию зубных протезов, точность прилегания базиса протеза к оральной поверхности в пришеечной области оставшихся зубов, правильность расположения кламмеров.

Особое внимание следует обратить на наличие балансирования протеза во рту. Попытка устранить балансирование активацией кламмеров приносит еще больший вред [15]. Если после тщательной припасовки балансирование устранить не удастся, протез подлежит переделке. Проведение перебазировки протеза с целью устранения балансирования на этом этапе неприемлемо, т. к. может обусловить сдачу некачественного протеза.

Следующее посещение

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

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

При травматическом повреждении слизистой оболочки, образовании язв, участки протеза в этих местах минимально шлифуются. Коррекцию базиса протеза проводят до появления первого субъективного ощущения уменьшения болевого синдрома.

Назначается медикаментозная терапия: настоем коры дуба (Код ATX: R02AA20 Cortex Quercus (под. Corticis Quercus)), а также настоями ромашки (Код ATX: A01AB11 Flores Chamomillae officinalis (под. Florum Chamomillae officinalis)) и шалфея (Код ATX A01AD11 Folia Salviae officinalis (под. Foliorum Salviae officinalis)) — и средствами, ускоряющими эпителизацию слизистой оболочки рта аппликации масляным раствором витамина А (ATX код A11CA01 Ретинол (Retinol)). ATX код: A01AD11 [12, 24].

Пациенты с выраженным торусом

При изготовлении рабочей модели следует производить «изоляция» в области торуса с целью предотвращения избыточного давления. Кроме того, в зависимости от протяженности краевого дефекта базис протеза может быть смоделирован без перекрытия торуса.

Пациенты с аллергическими реакциями на пластмассу

При выявлении аллергического анамнеза пациента направляют на проведение аллергических кожных проб на материал базиса протеза. При положительной реакции на пластмассу рекомендуется изготавливать бюгельные протезы или базис частичного съемного пластиночного протеза изготавливают из бесцветной пластмассы, либо использовать альтернативные базисные материал.

Рекомендуется соблюдать алгоритм изготовления бюгельных протезов [19, 37, 38].

УДД 5 УУР С

Комментарий:

Первое посещение

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

Перед началом лечения необходимо изготовить диагностические модели, которые позволяют определить наличие места для окклюзионных частей кламмеров. При отсутствии места на модели отмечают участки, подлежащие шлифованию, после чего проводят необходимое шлифование твердых тканей зубов в местах, где будут располагаться окклюзионные накладки, допустимо искусственное углубление естественных фиссур зубов [26]. При необходимости опорные зубы покрываются искусственными коронками.

Первым этапом изготовления бюгельного протеза является получение оттисков (слепков). С протезируемой челюсти получают рабочий оттиск (слепок), с противоположной — вспомогательный, с помощью стандартных

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

Отливаются модели: рабочая модель из супергипса, вспомогательная — из простого гипса.

Проводится параллелометрия.

Следующее посещение

Припасовка и наложение готового цельнолитого каркаса бюгельного протеза. Особое внимание следует обращать на отсутствие давления дуги бюгельного протеза на слизистую оболочку рта, точность прилегания и охвата опорно-удерживающими элементами (кламперами и окклюзионными накладками) опорных зубов, отсутствие балансирования.

Дуга бюгельного протеза на нижнюю челюсть на всем своем протяжении должна отстоять от слизистой оболочки рта у верхнего края на 0,5—0,6 мм, у нижнего — не менее чем на 1 мм. Дуга протеза на верхнюю челюсть отстоит от слизистой на 0,6—1 мм. Отклонение от этих требований может привести к образованию пролежней в будущем. Внесение исправлений в металлический каркас нежелательно, т. к. его истончение чревато переломом или уменьшением жесткости [32].

Определение центрального соотношения челюстей анатомо-физиологическим методом для определения правильного положения нижней челюсти по отношению к верхней в трех плоскостях (вертикальной, сагиттальной и трансверзальной) производят с применением изготовленных в зуботехнической лаборатории базисов с восковыми окклюзионными валиками. Особое внимание следует обращать на формирование правильной протетической плоскости, определение высоты нижнего отдела лица.

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

Следующее посещение

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

Следующее посещение

Припасовка и наложение готового протеза, после лабораторного этапа замены воскового базиса седловидной части на пластмассовый.

Перед наложением необходимо оценить качество базиса протеза (отсутствие пор, острых краев, выступов, шероховатостей и т. д.). Протез вводят в рот, проверяют плотность смыкания зубных рядов и фиксацию бюгельного протеза, точность прилегания и охвата опорно-удерживающими элементами (кламперами и окклюзионными накладками) опорных зубов, отсутствие баланса.

Следующее посещение

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

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

При травматическом повреждении слизистой оболочки, образовании язв, под седловидной частью бюгельного протеза участки протеза в этих местах минимально шлифуются. Коррекцию базиса протеза проводят до появления первого субъективного ощущения уменьшения болевого синдрома. В случае неправильного изготовления дуги бюгельного протеза допускается минимальное ее шлифование. Однако следует учитывать, что истончение дуги чревато переломом или уменьшением жесткости [14].

Назначается медикаментозная терапия в виде полосканий при необходимости.

Пациенты с аллергическими реакциями

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

Рекомендуется соблюдать алгоритм изготовления несъемных консольных протезов, [10, 37, 38, 40, 50, 51].

УДД 5 УУР С

Комментарий:

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

- 1. Длина подвесной части должна быть не более одной второй длины опорной части.*
- 2. Площадь окклюзионной поверхности подвесной части должна быть не более одной второй площади опорной части.*
- 3. Опорная часть, как правило, должна находиться дистально по отношению к консольной. В противном случае, должно быть детальное обоснование предложенной конструкции протеза.*
- 4. Следует применять только цельнолитые консольные протезы.*

Первое посещение

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

Принимается решение об экстирпации пульпы зуба, определенных в качестве опорных, или сохранении их витальной пульпы.

Подготовка к препарированию

При решении об экстирпации пульпы зубов, пациента направляют на соответствующие мероприятия. Для подтверждения решения сохранить витальную пульпу опорных зубов проводится электроодонтометрия до начала всех лечебных мероприятий.

При решении оставить пульпу витальной перед началом препарирования снимаются 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. Рекомендуются 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 производят 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, содержащих Эпинефрин (АТХ код: A01AD01) (в том числе нитей, пропитанных такими составами), учитывать действие антикоагулянтной терапии [12,24].

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

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

При изготовлении временных капп проводится их припасовка, при необходимости — перебазировка и фиксация на временный цемент.

Для предотвращения развития воспалительных процессов в тканях краевого пародонта назначается полоскание рта настоем коры дуба (Код ATX: R02AA20 Cortex Quercus (под. Corticis Quercus)), а также настоями ромашки (Код ATX: A01AB11 Flores Chamomillae officinalis (под. Florum Chamomillae officinalis)) и шалфея (Код ATX A01AD11 Folia Salviae officinalis (под. Foliorum Salviae officinalis)). При необходимости — аппликации масляным раствором витамина А (ATX код A11CA01 Ретинол (Retinol)) или другими средствами, стимулирующими эпителизацию. ATX код: A01AD11 [12, 24].

Следующее посещение

Получение рабочего двухслойного оттиска (слепка) с отпрепарированных зубов и вспомогательного оттиска (слепка) с зубов-антагонистов, если они не были получены в первое посещение.

Используются силиконовые двухслойные и альгинатные оттисковые (слепочные) массы, стандартные оттисковые (слепочные) ложки. Рекомендуется края ложек перед получением оттисков (слепков) окантовывать узкой полоской лейкопластыря для лучшей ретенции слепочного (оттискного) материала или использовать адгезивный материал (специальный клей) для фиксации силиконовых оттисков (слепков) на ложке. После выведения ложек из рта производят 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 Эпинефрин (ATX код: A01AD01) (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 электроодонтометрия (возможно проведение на этапе припасовки и наложения каркаса).

Следующее посещение

Припасовка и наложение каркаса цельнолитого 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 апроксимальные 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 консольного 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 электроодонтометрию для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы решается вопрос об экстирпации пульпы зуба.

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

Следующее посещение

Припасовка и наложение 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 апроксимальные 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 глазурирования 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 электроодонтометрия для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы решается вопрос об экстирпации пульпы зуба.

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

Рекомендуется соблюдать алгоритм изготовления несъемных мостовидных протезов, [10, 19, 20, 24, 36, 37, 38].

УДД 5 УУР С

Комментарий:

Особенности изготовления мостовидных протезов заключаются в четком регламентировании их конструкции:

1. Следует использовать в качестве опорных не менее двух зубов на один искусственный.

2. При использовании цельнолитых комбинированных мостовидных протезов рекомендуется в качестве дистальных опор использовать цельнолитые коронки или коронки с металлической окклюзионной поверхностью.

3. При изготовлении цельнолитых металлокерамических протезов моделируется оральная гирлянда (металлический кантик по краю коронки и тела мостовидного протеза).

4. При замещении включенных дефектов на обеих челюстях в первую очередь изготавливают несъемные мостовидные протезы на верхнюю челюсть для формирования правильной протетической плоскости.

5. При изготовлении несъемных конструкций на зубы-антагонисты необходимо соблюдать определенную последовательность:

- первым этапом является одновременное изготовление временных капп на подлежащие ортопедическому лечению 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 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 необходимости экстирпации пульпы зуба, определенных в качестве опорных, или сохранении их витальной пульпы.

Подготовка к препарированию

При решении вопроса об экстирпации пульпы зуба, пациента направляют на соответствующие мероприятия. Для подтверждения решения сохранить витальную пульпу опорных зубов проводится электроодонтометрия до начала всех лечебных мероприятий.

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

Препарирование опорных зубов

Производится препарирование зубов под искусственные 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 оттисковые (слепочные) массы, стандартные оттисковые (слепочные) ложки. 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 Эпинефрин (АТХ код: А01АD01) (в том числе нитей, пропитанных такими составами), учитывать действие антикоагулянтной терапии [12, 24].

В случае необходимости определения центрального соотношения челюстей изготавливаются базисы с восковыми окклюзионными валиками или окклюзионные регистраты.

При изготовлении временных капп проводится их припасовка, при необходимости — перебазировка и фиксация на временный цемент.

Следующее посещение

Получение оттисков (слепков).

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

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.) не рекомендуется применять вспомогательные средства для ретракции десны, содержащие Эпинефрин (АТХ код: А01АD01) (в том числе нитей, пропитанных такими составами), учитывать действие антикоагулянтной терапии [12, 24].

Следующее посещение

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

Следующее посещение

Припасовка и наложение 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 апроксимальные 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 электроодонтометрия для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы решается вопрос об экстирпации пульпы зуба.

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

Следующее посещение

Припасовка и наложение готового 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 электроодонтометрия для исключения воспалительных процессов в пульпе зуба. При признаках поражения пульпы решается вопрос об экстирпации пульпы зуба.

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.

Рекомендуется соблюдать алгоритм изготовления несъемных штампованно-паяных мостовидных протезов [10, 24, 37, 38, 50].

УДД 5 УУР С

Комментарий:

Особенности изготовления несъемных штампованно-паяных мостовидных протезов:

1. Штампованно-паяные мостовидные протезы можно использовать при протяженности дефекта в одну единицу (один зуб).

2. Следует использовать в качестве опорных не менее двух зубов на один искусственный.

3. Пластмассовая облицовка производится в области фронтальных зубов до 5 зуба включительно на верхней челюсти и до 4 включительно — на нижней челюсти.

4. 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 об экстирпации пульпы зуба, определенных в качестве опорных, или сохранении их витальной пульпы.

Подготовка к препарированию

При решении об экстирпации пульпы зуба, пациента направляют на соответствующие мероприятия. Для подтверждения решения сохранить витальную пульпу опорных зубов проводится электроодонтометрия 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 оттисковые (слепочные) массы, стандартные оттисковые (слепочные) ложки. После выведения ложек изо рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

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

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

Следующее посещение

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

Используются альгинатные оттисковые (слепочные) массы, стандартные оттисковые (слепочные) ложки. После выведения ложек из полости рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

Следующее посещение

Припасовка и наложение штампованных коронок.

Особое внимание обращают 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) [26]. 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. Облицовка жевательных поверхностей боковых зубов в принципе не показана.

Получают оттиск (слепок) альгинатной массой для спайки. Применяются стандартные оттисковые (слепочные) ложки. После выведения ложек из рта производится контроль качества оттисков (слепков) (отображение анатомического рельефа, отсутствие пор и пр.).

Следующее посещение

Припасовка и наложение 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) [26]. Обращают внимание на апроксимальные контакты, на окклюзионные контакты с зубами-антагонистами, на промыв под промежуточной частью. При необходимости проводится коррекция.

Проводится фиксация на постоянный цемент.

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.

Иное лечение

Рекомендуется соблюдать алгоритм изготовления протезов с опорой на имплантаты [5,9,10,11,31,32, 33,34].

УДД 5 УУР С

Комментарий:

Показания к лечению с опорой на имплантаты.

Частичное отсутствие зубов может являться показанием для использования внутрикостных денальных имплантатов при любом дефекте зубных рядов.

Противопоказания к внутрикостной денальной имплантации.

Абсолютные противопоказания.

1) Общие – тяжелые общесоматические болезни: болезни сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации; болезни крови и кроветворных органов (лимфогранулематоз, лейкозы, гемолитические анемии); психические расстройства и расстройства поведения; иммунопатологические заболевания и состояния (дефекты системы комплимента с выраженным снижением сопротивляемости организма, фагоцитарные расстройства, синдромы гуморальной недостаточности, гипоплазия тимуса и парацитовидных желез); некоторые болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (ревматические и ревматоидные процессы, врожденные остеопатии, костные дисплазии, состояния после лучевой и медикаментозной терапии); заболевания костной системы и другие патологические состояния, вызывающие нарушение трофики и ослабление регенерационной способности костной ткани (врожденные остеопатии, костные дисплазии, состояния после лучевой и медикаментозной терапии); болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (сахарный диабет декомпенсированной формы > 9мВ/л, дисфункции щитовидной и парацитовидных желез, болезни гипопаратиреоза и надпочечников); злокачественные новообразования; туберкулез; СПИД; венерические болезни; некоторые болезни кожи (дерматозы и склеродермия), в анамнезе наркотическая зависимость; лечение бисфосфонатами (АТХ код М05ВА, М05ВВ); а также ряд заболеваний при условии, что внутрикостная денальная имплантация не разрешена соответствующим специалистом: врожденные пороки и протезирование клапанов сердца.

- заболевания крови и кроветворных органов;*
- заболевания ЦНС (врожденные и приобретенные);*
- злокачественные новообразования органов и систем;*
- иммунопатологические состояния;*

- системные заболевания соединительной ткани (ревматические, ревматоидные процессы, склеродермия и т. д.);
- туберкулез.

2) Местные: некоторые болезни слизистой оболочки рта (хронический рецидивирующий афтозный стоматит, красная волчанка, пузырьчатка, синдром Шегрена, синдром Бехчета); генерализованный пародонтит тяжелой степени.

Относительные противопоказания.

1) Общие: остеопороз; низкое содержание эстрогена у женщин – например, после овариоэктомии; доброкачественные новообразования; хронические инфекционные болезни; вредные привычки (злоупотребление алкоголем и курением, наркомания); возраст до 18 лет; беременность и лактация.

2) Местные: неудовлетворительная гигиена рта.

Подготовка лунки зуба к внутрикостной дентальной имплантации.

При планировании зубного протезирования на имплантатах, уже во время удаления зуба/зубов, необходима специальная подготовка для сохранения объема альвеолярного отростка (альвеолярной части) челюсти и оптимизации внутренней структуры костной ткани. Особое внимание следует уделять максимально щадящей экстракции и обработки альвеолы. Для сокращения сроков подготовки к операции внутрикостной дентальной имплантации рекомендуется заполнение лунки костнопластическим материалом и/или наложение на лунку мембраны для направленной регенерации кости.

Срок внутрикостной дентальной имплантации после удаления зуба.

Оптимальным можно считать внутрикостную дентальную имплантацию в альвеолу с полностью завершившейся регенерацией, включая заполнение костной тканью всего объема альвеолы, формирование наружной компактной пластинки и нормальной слизистой оболочки. Такое состояние может достигаться в срок от 2 до 6 месяцев после удаления зуба, в среднем – через 4-6 месяцев, а также в зависимости от общего состояния здоровья.

При сохранении стенок альвеолы и отсутствии патологического процесса в лунке возможна установка имплантатов через 6 недель после удаления зуба.

Если возможно полное устранение патологически измененных тканей и обеспечение полноценной первичной фиксации имплантатов, то допускается выполнение внутрикостной дентальной имплантации одномоментно с удалением зуба или до достижения состояния полного завершения регенеративных процессов в лунке удаленного зуба.

Планирование ортопедической конструкции.

В каждой конкретной клинической ситуации конструкция зубного протеза, количество имплантатов, их тип, размер и расположение определяются в зависимости от состояния костной ткани в области внутрикостной дентальной имплантации (высота, ширина и плотность кости) и от состояния зубо-антагонистов, т.е. индивидуально.

При изготовлении несъемных конструкций на внутрикостных дентальных имплантатах возможно применение одиночных искусственных коронок, мостовидных протезов или их сочетания. Изготовление одиночных коронок возможно, только если каждому отсутствующему зубу будет соответствовать установленный внутрикостный дентальный имплантат. В составе каждого мостовидного протеза оптимальным вариантом соотношения количества искусственных опорных коронок с опорой на внутрикостных дентальных имплантатах и искусственных фасеток, не имеющих опоры, следует считать 2:1. Мостовидные протезы можно использовать только с опорой на внутрикостные дентальные имплантаты оптимального размера.

Выбор типа, размера внутрикостного дентального имплантатов и их расположения.

Оптимальным вариантом конструкции следует считать осесимметричные (цилиндрические и конусные) внутрикостные дентальные имплантаты.

Оптимальная длина внутрикостного дентального имплантата – 10-12 мм. Реже могут использоваться внутрикостные дентальные имплантаты длиной от 4 до 10 мм и длиннее 12 мм.

Рекомендуется использовать внутрикостные дентальные имплантаты следующего диаметра: верхние боковые резцы и нижние резцы: оптимальный диаметр – $3,3 \pm 0,2$ мм.; верхние центральные резцы, клыки и премоляры обеих челюстей: оптимальный диаметр – $4,0 \pm 0,2$ мм, в качестве исключения можно использовать внутрикостные дентальные имплантаты диаметром $3,3 \pm 0,2$ мм.; моляры обеих челюстей: оптимальный диаметр – не менее 4,0 мм.

При планировании размера внутрикостного дентального имплантата необходимо учесть, что на всех участках поверхности внутрикостного дентального имплантата его должна окружать костная ткань, толщиной не менее 1,5-2,0 мм. Расстояние между двумя внутрикостными дентальными имплантатами должно быть не менее 2-3 мм.

При выборе размера внутрикостного дентального имплантата необходимо учесть, что минимальное расстояние от имплантата до анатомических образований должно быть следующее: от носовой полости и верхнечелюстного синуса – 1 мм или контакт с компактной пластиной дна этих анатомических образований; от нижнечелюстного канала – не менее 1 мм; от ментального отверстия – не менее 1,5 мм. Необходимо учитывать, что при расположении внутрикостных дентальных имплантатов в области между ментальными отверстиями их верхушки должны отстоять от нижнего края челюсти не менее чем на 1,5 мм.

Увеличение объема костной ткани.

Если размер альвеолярного отростка (альвеолярной части) челюсти не позволяет выполнять установку внутрикостного дентального имплантата, то рекомендуется проводить наращивание объема костной ткани, которое может выполняться одномоментно с внутрикостной дентальной имплантацией или как самостоятельная предимплантационная операция.

Диагностическое и временное ортопедическое лечение.

На всех этапах имплантологического лечения (до и после операции имплантации, во время изготовления постоянной ортопедической конструкции) пациенту рекомендуется пользоваться временными зубными протезами.

Рекомендуется проводить диагностическое моделирование будущих протезов. Временные протезы следует считать косметическим и функциональным ориентиром для изготовления постоянных ортопедических конструкций.

Операция внутрикостной дентальной имплантации.

При операции внутрикостной дентальной имплантации всегда необходимо применение операционных шаблонов. При изготовлении операционных шаблонов: если планируются несъемные конструкции зубных протезов, то центральная точка внутрикостного дентального имплантата (место его прохождения через гребень альвеолярного отростка или альвеолярной части челюсти) должна соответствовать центру искусственной коронки.

Наружный край внутрикостного дентального имплантата должен располагаться на уровне гребня альвеолярного отростка или альвеолярной части челюсти, выступая из него или погружаясь в него не более чем на 0,5 мм. При использовании внутрикостных дентальных имплантатов с эффектом переключения платформ (если начальная часть абатмента имеет меньший диаметр, чем сам внутрикостный дентальный имплантат) допустимое

погружение внутрикостного денального имплантата возможно до 1,5 мм от гребня альвеолы, в зависимости от типа внутрикостного денального имплантата.

Необходимо обеспечить достаточную первичную фиксацию внутрикостного денального имплантата. Оптимальное усилие введения внутрикостного денального имплантата в кость – 35-40 Н·см, максимальное – 50-80 Н·см, минимальное – 15-20 Н·см.

Срок достижения остеоинтеграции.

В подавляющем большинстве случаев для достижения остеоинтеграции необходим срок 2-4 месяца на нижней челюсти и 4-6 месяцев на верхней челюсти.

При благоприятных клинических условиях может применяться непосредственная нагрузка внутрикостных денальных имплантатов. Для этого необходимо использовать временные зубные протезы с опорой на временный или постоянный абатмент. Обязательными условиями непосредственной нагрузки следует считать: использование внутрикостного денального имплантата оптимального размера, плотность кости 1-го или 2-го типов по классификации U. Lekholm и G. Zarb (1985), которая предусматривает выделение 5 типов формы альвеолярных отростков челюстей в зависимости от их сохранности или, наоборот, атрофии: А, В, С, D и Е («А» – наибольший объем альвеолярного отростка, «Е» – наименьший), а также 4 типа плотности костной ткани: 1, 2, 3 и 4 («1» – самая плотная кость, «4» – самая рыхлая) и объективно подтвержденная высокая первичная стабильность имплантата.

Второй этап внутрикостной денальной имплантации и срок до получения оттиска (отсроченная нагрузка).

Второй этап внутрикостной денальной имплантации проводится при достижении остеоинтеграции внутрикостного денального имплантата, подтвержденной рентгенологическим исследованием и оценкой стабильности имплантата (торк при установке внутрикостного денального имплантата 35 Н/см и более).

На втором этапе внутрикостной денальной имплантации винт-заглушка внутрикостного денального имплантата заменяется формирователем десны, который полностью выступает над ее поверхностью и имеет диаметр, соответствующий шейке будущего искусственного зуба или абатмента, несущего конструкцию для фиксации съемного протеза.

При изготовлении несъемных конструкций зубных протезов от установки формирователя десны до получения оттиска рекомендуется срок 2 недели. Кроме того, возможно формирование десны временными коронками с опорой на временный или постоянный абатмент.

Клинико-лабораторные этапы изготовления зубных протезов с опорой на внутрикостные денальные имплантаты.

Оттиск (слепок) с внутрикостного денального имплантата получают при помощи оттискных (слепочных) модулей (трансферов) методикой «открытой» или «закрытой» ложки. Преимущество следует отдавать методике «открытой ложки». К проведению методики «закрытой ложки» прибегают при невозможности использования трансферов для «открытой ложки» (при малом межокклюзионном пространстве, особенно в области жевательных зубов.) и ограничении открывания рта. Если внутрикостные денальные имплантаты параллельны между собой или угол отклонения не превышает 5-7°, то используется техника закрытой ложки (стандартная оттискная (слепочная) ложка и силиконовый материал). Если внутрикостные денальные имплантаты отклоняются друг от друга более чем на 5-7°, то используется техника открытой оттискной (слепочной) ложки с предварительным изготовлением перфорированной индивидуальной ложки.

При изготовлении рабочей модели челюстей рекомендуется использование десневой маски.

В качестве несъемных конструкций с опорой на внутрикостные денальные имплантаты могут применяться протезы из композитных материалов, металлокерамические протезы (с опорой на металлические абатменты), а также безметалловая керамика (с фиксацией к абатментам из оксида циркония и его аналогов).

Выбор абатментов осуществляется из стандартных вариантов фабричного изготовления с возможностью их индивидуальной коррекции либо абатменты изготавливаются индивидуально методом литья или фрезерования.

При ортопедическом лечении с опорой на внутрикостные денальные имплантаты необходимо уменьшение площади и выраженности рельефа окклюзионной поверхности премоляров и моляров.

Конструкция зубного протеза должна обеспечивать возможность полноценного гигиенического ухода.

Особое внимание необходимо обращать на усилия при закручивании формирователя десны, оттискного (слепочного) модуля и абатмента. Как правило, во время примерок данная процедура выполняется с усилием 15-25 Н·см. Финишная фиксация абатментов осуществляется с усилием 30-35 Н·см или по рекомендациям фирм изготовителей.

Фиксация несъемных протезов к абатментам осуществляется на цемент, либо при помощи трансокклюзионных или боковых винтов. Перед фиксацией искусственной коронки нужно изолировать центральный винт материалом, предусматривающим осуществление последующего доступа к винту с усилением динамометрического ключа 15 Н/см

Фиксация на специализированный или традиционный цементы осуществляется на этапе наложения протеза. Повторно пациент назначается для осмотра и окклюзионной коррекции через 3-5 дней, 14 дней и один месяц с последующим диспансерным наблюдением в первый год через 3-6-12 месяцев и далее 1-2 раза в год на протяжении всего срока службы внутрикостного дентального имплантата.

VIII. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Рекомендуется информировать пациента о периоде адаптации и правилах пользования протезом [23, 37, 44, 49].

УДД 5 УУР С

Комментарий:

Фазы адаптации по В.Ю. Курляндскому:

Первая фаза – фаза раздражения – наблюдается в день сдачи протеза; сюда же можно отнести время подготовки полости рта для протезирования. Это фаза характеризуется фиксированием внимания пациента на протезе как на инородном теле. Раздражение выражено в виде: а) повышенной саливации, б) резко измененной дикции и фонации, в) появление шепелявости, г) потери или уменьшения жевательной мощности, д) напряженного состояния губ и щек, е) появление рвотного рефлекса.

Вторая фаза – фаза частичного торможения – наступает в период от 1-го до 5-го дня после получения протеза. Характерные особенности этой фазы: а) саливация приходит к норме; б) дикция и фонация восстанавливаются, в) напряженное состояние мягких тканей исчезает, г) рвотный рефлекс (если он имелся) угасает, д) жевательная мощность начинает восстанавливаться.

Третья фаза – фаза полного торможения – наступает в период от 5-го до 33-го дня после получения протеза. Характерные особенности этого периода: а) пациент не ощущает протез как инородное тело, а наоборот, не может оставаться без него, б) наблюдается

полное приспособление мышечного и связочного аппарата к восстановленной (или измененной) окклюзии, в) функциональная мощность максимально восстановлена, [22].

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

Профилактические осмотры рекомендованы 1 раз в 6 месяцев [23, 37, 44, 49].

УДД 5 УУР С

X.Организация оказания медицинской помощи

Плановая — медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Лечение пациентов с частичным отсутствием зубов, как правило, проводится в стоматологических медицинских организациях в амбулаторно-поликлинических условиях, в том числе на дому при вызове медицинского работника.

Оказание помощи пациентам с частичным отсутствием зубов осуществляется врачами-стоматологами ортопедрами, врачами-стоматологами хирургами. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал, в том числе зубные техники.

XI. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

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	1-5 недель после	Срок пользования

		отрицательной динамики в течение частичной вторичной адентии	окончания протезирования	съёмными пластиночными, бюгельными протезами, несъёмными 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

XII. Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерии оценки качества изготовления съемного протеза

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
1.	Соответствует ли план лечения поставленному диагнозу	A	1
2.	Были ли получены рабочие и вспомогательные оттиски	A	1
3.	Было ли определено и зафиксировано центральное соотношение челюстей (или центральная окклюзия)	A	1
4.	Была ли выполнена проверка конструкции съемного протеза	B	2
5.	Соблюдался ли алгоритм всех клинических этапов при изготовлении частичного съемного протеза	B	2
6.	Соблюдался ли алгоритм всех лабораторных этапов при изготовлении частичного съемного протеза	B	2
8.	Динамическое наблюдение 1 раз в 6 месяцев	B	2
9.	Восстановление функции зубочелюстной системы	A	1
10.	Был ли пациент проинформирован о правилах пользования протезом	A	1

Критерии оценки качества изготовления несъемного протеза

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
1.	Соответствует ли план лечения поставленному диагнозу	A	1
2.	Соблюдался ли алгоритм всех клинических этапов при изготовлении несъемного протеза	B	2
3.	Соблюдался ли алгоритм всех лабораторных этапов при изготовлении несъемного протеза	B	2
4.	Динамическое наблюдение 1 раз в 6 месяцев	B	2

5.	Восстановление функции зубочелюстной системы	А	1
6.	Был ли пациент проинформирован о правилах пользования протезом	А	1

ХIII. Список литературы

1. Приказ Минздравсоцразвития России №1664н от 27 декабря 2011г. «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».
2. Федеральный закон от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724)
3. Абакаров СИ. Современные конструкции несъемных зубных протезов: Учеб. пособие. — М., 1994. — 95 с.
4. Асланов К.Л. Осложнения при применении мостовидных протезов и меры по их профилактике: Автореф. дис.... канд. мед. наук. — М., 1984. — 22 с.
5. Большаков Г.В. Одонтопрепарирование. — Саратов, 1983. - 272 с.
6. Большаков Г.В. Подготовка зубов к пломбированию и протезированию. — М.: Медицина, 1983. — 112 с.
7. Бушан М.Г., Каламкаров Х.А. Осложнения при зубном протезировании и их профилактика. — Кишинев, 1983. — 301 с.
8. Гаврилов Е.И. Теория и клиника протезирования частичными съёмными протезами. — М.: Медицина, 1973. — 367 с.
9. Гаврилов Е.И. Протез и протезное ложе. — М., 1979. — 264 с.
10. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология: Учебник — М.: Медицина, 1984. — 576 с.
11. Гончаренко А.Д. Потребность в ортопедическом лечении съёмными пластиночными протезами среди сельского населения // Труды VI съезда Стоматологической ассоциации России. — М., 2000. — С. 394—395.
12. Государственный реестр лекарственных средств. Официальное издание: в 2 т.- М.: Медицинский совет, 2009. - Т.2, ч.1 - 568 с.; ч.2 - 560 с.
13. Дойников А.И. Замещение дефектов зубных рядов мостовидными протезами // Руководство по ортопедической стоматологии / Под ред. Л.В. Ильиной-Маркосян. — М., 1974. — С. 88—132.
14. Гросс М.Д., Мэтьюс Дж. Д. Нормализация окклюзии: Пер. с англ. — М.: Медицина, 1986. — 288 с.
15. Ибрагимов Т.И. Актуальные вопросы ортопедической стоматологии с углубленным изучением современных методов лечения. - М.: Практическая медицина, 2006.
16. Иванов С.Ю. Стоматологическая имплантология – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 296 с.
17. Иорданишвили А.К. Клиническая ортопедическая стоматология. - М.: МЕДпресс-информ, 2007.
18. Каламкаров Х.А. Ортопедическое лечение с применением металлокерамических протезов. — М., 1996. — 175 с.
19. Копейкин В.Н., Миргазизов М.З. Ортопедическая стоматология: Учебник. — Изд. 2-е доп. — М.: Медицина, 2001. — 624 с.
20. Копейкин В.Н., Миргазизов М.З., Малый А.Ю. Ошибки в ортопедической стоматологии: Профессиональные и медико-правовые аспекты. — М., 2002. — 240 с.
21. Кулаков А.А., Лосев Ф.Ф., Гветадзе Р.Ш. Зубная имплантация: основные принципы, современные достижения. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — 152 с.
22. Курляндский В.Ю. Керамические и цельнолитые несъемные зубные протезы. — М., 1978. — 176 с.
23. Курляндский В.Ю. Ортопедическая стоматология: Учебник. — М.: Медицина, 1977. — 488 с.

24. Лекарственные препараты в России: Справочник Видаль [Электронный ресурс]. - Электрон. дан. - Режим доступа: <http://www.vidal.ru>. - Загл. с экр.
25. Леманн К.М., Хельвиг Э. Основы терапевтической и ортопедической стоматологии: Пер. с нем. — Львов: ГалДент, 1999. — 298 с.
26. Малый А.Ю. Влияние металлокерамических протезов на кровообращение в краевом пародонте: Дис.... канд. мед. наук. — М., 1989. — 138 с.
27. Малый А.Ю. Медико-правовое обоснование врачебных стандартов оказания медицинской помощи в клинике ортопедической стоматологии: Дис.... д-ра мед. наук. — М., 2001. — 272 с.
28. Миликевич В.Ю. Профилактика осложнений при дефектах коронок жевательных зубов и зубных рядов: Автореф. дис...д-ра мед. наук. — М., 1984. — 31 с.
29. МКБ-С: Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10: Пер. с англ. / ВОЗ / Науч. ред. А.Г. Колесник. — 3-е изд. — М.: Медицина, 1997. — VIII. — 248 с.
30. Мушеев И.У., Олесова В.Н., Фрамович О.З. Практическая дентальная имплантология — М.: Парадиз, 2000. — 266 с.
31. Никольский В.Ю. Дентальная имплантология: Учебное пособие, рекомендованное, 2006. — УМО Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. — Москва: МИА. — 170 с.
32. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология. Основы теории и практики. — Минск: ООО «Юнипресс», 2002. — 368 с.
33. Перзашкевич Л.М., Стрекалова И.М., Липшиц Д.Н., Иванов А.В. Опирающиеся зубные протезы. — М., 1974. — 73 с.
34. Пономарева В.А. Механизмы развития и способы устранения зубочелюстных деформаций. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1974. — 112 с.
35. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 03 июня 1985 г. № 884 «О мерах по повышению эффективности оказания ортопедической стоматологической помощи населению / Стоматологическая служба в нормативных документах. — М.: «ЕВА-пресс», 1998. — С. 384—409.
36. Робустова Т.Г. Имплантация зубов (хирургические аспекты) — М.: Медицина, 2003. — 560 с.
37. Рубин Л.Р. Электроодонтодиагностика. — М.: Медицина, 1976. — 136 с. «Руководство по ортопедической стоматологии» под редакцией В.Н. Копейкина. - М.:Триада-Х, 2006.-495с.
38. Руководство по ортопедической стоматологии / Под ред. Л.В. Ильиной-Маркосян. — М., 1974. — 568 с.
39. Рыбаков А.И., Базиян Г.В. Эпидемиология стоматологических заболеваний и пути их профилактики. — М., 1973. — 320 с.
40. Ряховский А.Н. Виды снятия оттисков для несъемных протезов, их классификация и терминология // Стоматология, 2002, № 25, -с. 58-61.
41. Сальников А.Н. Профилактика осложнений после протезирования концевых дефектов зубных рядов: Дис.... канд. мед. наук. — М., 1991. — 164 с.
42. Семенюк В.М., Вагнер В.Д., Онгоев П.А. Стоматология ортопедическая в вопросах и ответах. — М: Мед. книга — Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2000. — 180 с.
43. Справочник по стоматологии / Под ред. В.М. Безрукова. — М.: Медицина, 1998. — 656 с.
44. Справочник стоматолога-ортопеда / Под ред. М.Г. Бушана. — Кишинев, 1988. — 428 с.
45. Стоматологическая заболеваемость населения России / Под ред. Э.М. Кузьминой. — М., 1999. — 228 с.

46. Хватова В.А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии: Руководство. — Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1996. — 276 с.
47. Хеннинг, В. Идеальная фиксация частичных протезов: индивидуальные ретенционные элементы или замки фабричного производства? [Текст] / В. Хеннинг // Зубной техник. — 2002. — № 6. — С. 32–34.
48. Шестаков, В.Т. Основные направления развития стоматологической службы России (Проект Концепции) [Текст] / В.Т. Шестаков, О.О. Янушевич, В.К. Леонтьев.-М.: Медицинская книга, 2008.-200с.
49. Шилинбург, Т.Г. Основы препарирования зубов. Для изготовления литых металлических, металлокерамических и керамических реставраций [Текст] / Т.Г. Шилинбург, Р. Якоби, С. Бракетт. — М. : Дом Азбука, 2006. — 383 с.
50. Щербаков А.С., Гаврилов Е.И., Трезубое В.Н., Жулев Е.Н. Ортопедическая стоматология. — СПб: Фолиант, 1999. — 512 с.
51. A 20-year retrospective survival study of fixed partial dentures [Text] / H. De Backer, G. Van Maele, N. DeMoor [et al.] // Int. J. Prosthodont. — 2006. — Vol. 19, № 2. — P. 143–153.
52. Brand H. Einfuehrung in die Implantologie. — Muenchen etc., 1996. — 168 S.
53. Cronstrom R., Rene N., Owall B., Blomqvist A. The Swedish patient insurance scheme and guarantee insurance for prosthodontic treatment // Int. Dental J. — 1992. — Vol. 42. — P. 113—118.
54. Einheitlicher Bewertungsmassstab fuer Zahnaerztliche Leistungen (BEMA): Aktuelle Ergaenzungen. Stand 01.01.1999. — Herne, 1999. — 214 S.
55. Gebuehrenordnung fuer das Zentrum fuer Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde No 415.436 vom 28.09.1994. - Zuerich, 1994. - 27 S.
56. Gebuehrenordnung fuer Zahnaerzte (GOZ). Stand 02.01.2002. — Koeln, 2002. — 72 S.
57. Heners M. Die Bedeutung allgemein anerkannten Regeln und ihrer Kriterien fuer die Qualitaetsdiskus-sion in der Zahnheilkunde. // Dtsch.zahnaerztl/Zt-schr. — 1991. — Bd. 46. — S. 262.
58. Kerschbaum Th., Micheelis W., Fischbach H. // Dtsch.zahnaerztl.Ztschr. — 1996. — Bd. 51. — S. 452—455.
59. Kerschbaum Th., Micheelis W., Fischbach H., von Thun P. Prothetische Versorgung in der Bundesrepub-lik Deutschland: Eine bevoelkerungsrepraesentative Untersuchung bei 35 bis 54-Jaehrigen. // Dtsch/zahnaerztl.Ztschr. — 1994. — Bd. 49. — S. 900—994.
60. Koslowski P. Aerztliches Engagement und rationale Entscheidungsregeln // Dtsch.zahnaerztl.Ztschr.. — 1991. — Bd. 46. — S. 182—185.
61. Lang N.P. Checkliste zahnaertztliche Bahandlungspla-nung. — Stuttgart — N.Y., 1988. — 213 S.
62. Miller A.J., Brunelle J.A., Carlos J.P., Brown L.J., Loe H. Oral Health of United States Adults: National Findings. — US Department of Health and Human Services, Public Health Services, National Institute of Health. — 1987. — 112 P.
63. Oral heals surveys. Basic methods. — Geneva: WHO, 1987. - 512 p.
64. Pahnke D., Schwanewede H. Das ORATEL-Projekt: Qualitaetssicherung und Entscheidungsunterstuetzung // Qualitaetssicherung in der Zahnheilkunde. — Heidel berg, 1995. — S. 77—90.
65. Qualitaetsrichtlinien fuer zahnmedizimsche Arbeiten. — Bern: SSO, 1999. — 193 S.
66. Qualitaetssicherung in der Zahnheilkunde. — Heidel berg, 1995. — 167 S.
67. Richtlinie fuer die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen. Gueltig ab 16.01.1994 / R.H. Schoenfeldro Die Abrechnungsbuch fuer die Zahnaerztliche

- Praxis. — Hannover, 1995. — S. 203—208.
68. Seznam zdravotnich vykonu s bodovymi hodnotami 1998. — Praha, 1998. — 623 P.
69. Sinha M. Qualitaet und Wirtschaftlichkeit in der zahnmedizinischen Versorgung // Beitraege zur Qualitaet ssicherung in der Zahnmedizin. — Baden-Baden, 1993. — S. 38—50.
70. Wirksamkeit und Effektivitaet in der Zahnheilkunde: neue Konzepte in der Diagnostik und Therapie.- Hei delberg, 1997. — 106 S.

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

**Ведущая организация - Московский государственный медико-стоматологический
университет им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ**

1. Проф. Малый А.Ю. (Москва), зав.кафедрой ортопедической стоматологии и протетики, МГМСУ
2. Проф. Салеева Г.Т. (Казань), зав. кафедрой ортопедической стоматологии, КГМУ
3. Проф. Дубова Л.В. (Москва), зав. кафедрой ортопедической стоматологии, МГМСУ
4. Проф. Каливрадзиян Э.С. (Воронеж), профессор кафедры факультативной стоматологии, Воронежского ГМУ
5. Проф. Коннов В.В. (Саратов), зав. кафедрой ортопедической стоматологии, Саратовский ГМУ
6. Проф. Лапина Н.В. (Краснодар), зав. кафедрой ортопедической стоматологии, Кубанский ГМУ
7. Опарко А.А. (Москва), заместитель председателя комиссии СТАР «По клиническим рекомендациям (протоколам лечения) стандартов в стоматологии»
8. Гзюнова Ю.А. (Москва), ассистент кафедры ортопедической стоматологии и протетики, МГМСУ

XV. Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория клинических рекомендаций:

1. Врач-стоматолог ортопед;
2. Врач-стоматолог-хирург

В данных клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

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 методов профилактики, лечения и реабилитации (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 методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (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)

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

Настой коры дуба *Cortex Quercus (под. Corticis Quercus)* Код АТХ: R02AA20

Фармдействие. Средство растительного происхождения, оказывает вяжущее, дубящее, противовоспалительное, гемостатическое местное, рвотное и антисептическое действие

Показания. Стоматит, гингивит, неприятный запах изо рта.

Противопоказания. Гиперчувствительность.

Дозирование. Наружно, в виде отвара для полосканий, ротовых ванночек.

Для приготовления отвара 20 г (2 ст.ложки) сырья помещают в эмалированную посуду, заливают 200 мл (одним стаканом) горячей кипяченой воды, накрывают крышкой и нагревают на кипящей водяной бане 30 мин, процеживают, не охлаждая, через двойной слой марли. Оставшееся сырье отжимают. Объем полученного отвара доводят кипяченой водой до 200 мл.

Побочное действие. Аллергические реакции, [24].

Настой ромашки (Flores Chamomillae officinalis (под. Florum Chamomillae officinalis))
Код АТХ: A01AB11

Фармакологическое действие

Настой из цветков ромашки оказывает противовоспалительное, спазмолитическое и умеренное противомикробное действие, уменьшает процессы брожения в кишечнике, повышает секрецию пищеварительных желез.

Показания

Стоматит, гингивит, неприятный запах изо рта.

Местно — для полосканий при инфекционно-воспалительных заболеваниях полости рта (стоматит, гингивит).

Противопоказания: Повышенная чувствительность к препарату.

Способ применения и дозы

Около 10 г (2 столовые ложки) цветков ромашки помещают в эмалированную посуду, заливают 200 мл (1 стакан) горячей кипяченой воды, закрывают крышкой и нагревают на кипящей водяной бане 15 мин, затем охлаждают при комнатной температуре 45 мин, процеживают, оставшееся сырье отжимают. Объем полученного настоя доводят кипяченой водой до 200 мл.

Местно для полосканий полости рта применяют по 1/2–1 стакану настоя 3–5 раз в день в теплом виде.

Перед употреблением настой рекомендуется взбалтывать.

Побочные действия

Возможны аллергические реакции.

Передозировка

Случаи передозировки до настоящего времени не были зарегистрированы

Взаимодействие

Не рекомендуется применять препараты ромашки аптечной одновременно с антикоагулянтами, так как содержащиеся в ромашке кумарины усиливают их эффект, [24].

Настой шалфея (Folia Salviae officinalis (под. Foliorum Salviae officinalis)) ATX код A01AD11

Показания к применению

В комплексной терапии для полосканий при заболеваниях полости рта

Способ применения и дозы

10 г (3 ст. л.) препарата помещают в эмалированную посуду, заливая постепенно 200 мл (1 стакан) горячей кипяченой воды, закрывают крышкой и нагревают на кипящей водяной бане 15 мин, охлаждают при комнатной температуре в течение 45 мин, процеживают, отжимают, доливают кипяченой водой до 200 мл. Приготовленный настой хранят в прохладном месте не более 2 суток. Полоскать 5 раз в день через 2–3 часа.

Курс лечения назначает врач индивидуально для каждого больного.

Побочные действия

Возможны аллергические реакции

Противопоказания повышенная индивидуальная чувствительность к компонентам препарата, беременность, период лактации, детский возраст до 6 лет

Лекарственные взаимодействия

Не установлены

Передозировка

Не выявлена, [24].

Масляный раствор витамина А (Ретинол (Retinol)) АТХ код А11СА01

Показания к применению

при ожогах, обморожениях, повреждениях слизистой оболочки. Противопоказания

Витамин А, описание которого представлено на нашем официальном сайте, противопоказан при:

Гипервитаминозе А;

Повышенной чувствительности к компонентам препарата;

Беременности;

Хроническом панкреатите;

Желчнокаменной болезни;

Острых воспалительных заболеваниях кожных покровов.

Дозировка

3,44%

Способ применения и дозы

Наружное применение показано при ожогах, обморожениях, повреждениях слизистой оболочки. Тщательно очищенный пораженный участок кожи смазывают масляным раствором, сверху накладывают марлевую повязку. Процедуру следует повторять 5-6 раз в сутки. По мере эпителизации и рубцевания количество процедур сокращается до 1 раза в сутки. При этом одновременно назначают внутримышечные инъекции витамина А, либо прием данного препарата внутрь.

Побочные действия

На компоненты витамина А возможны аллергические реакции. Длительная терапия раствором может привести к гипервитаминозу А и интоксикации организма. При гипервитаминозе А у взрослых могут наблюдаться головные боли, вялость, сонливость, рвота, тошнота, диарея, раздражительность, шелушение губ, появление язв на слизистой оболочке полости рта, кровоточивость десен, повышение внутричерепного давления, гиперемия лица, нарушение походки, боли в ногах. У детей это состояние проявляется в виде сонливости, повышенной температуры, рвоты, потливости, кожных высыпаний. У детей грудного возраста может развиваться гидроцефалия, о передозировке свидетельствует также выпячивание родничка.

Передозировка

О передозировке витамина А свидетельствует гипервитаминоз А. К симптомам хронической интоксикации относятся боли в костях, головные боли, потеря

аппетита, сухость слизистой оболочки полости рта и губ, сухость и трещины кожи, рвота, гастралгия, астения, гипертермия, чрезмерная утомляемость, поллакиурия, фоточувствительность, полиурия, никтурия, выпадение волос, раздражительность, появление пятен желто-оранжевого оттенка на ладонях, подошвах и в области носогубного треугольника, внутриглазная гипертензия, гепатотоксические явления, портальная гипертензия, олигоменорея, судороги, изменения на рентгенограммах костей, гемолитическая анемия.

Лечение осуществляется на фоне отмены витамина А. Назначается также терапия для устранения симптомов.

Применение при беременности и кормлении грудью

Противопоказано.

Взаимодействие

При совместном применении витамина А и тетрациклинов в течение длительного времени увеличивается риск развития внутричерепной гипертензии. При одновременном приеме глюкокортикостероидов и салицилатов снижается риск появления побочных эффектов. Уровень абсорбции витамина А снижается при одновременном приеме неомицина, минеральных масел и колестипола. Концентрация витамина А в плазме увеличивается при пероральной контрацепции. Изотретиноин способствует увеличению риска возникновения интоксикации. Во избежание передозировки не допускается одновременный прием поливитаминных комплексов, в состав которых входит витамин А, [24].

Эпинефрин (АТХ код А01AD01)

Показания. необходимость удлинения действия местных анестетиков; остановка кровотечения.

Противопоказания. Гиперчувствительность, ГОКМП, феохромоцитома, артериальная гипертензия, тахикардия, ИБС, фибрилляция желудочков, беременность, период лактации.

С осторожностью. Метаболический ацидоз, гиперкапния, гипоксия, фибрилляция предсердий, желудочковая аритмия, легочная гипертензия, гиповolemия, инфаркт миокарда, шок неаллергического генеза (в т.ч. кардиогенный, травматический, геморрагический), тиреотоксикоз, окклюзионные заболевания сосудов (в т.ч. в анамнезе — артериальная эмболия, атеросклероз, болезнь Бюргера, холодовая травма, диабетический эндартериит, болезнь Рейно), церебральный атеросклероз, закрытоугольная глаукома, сахарный диабет, болезнь Паркинсона, судорожный синдром, гипертрофия предстательной железы; одновременное применение ингаляционных анестетиков (галотана, циклопропана, хлороформа), пожилой возраст, детский возраст.

Категория действия на плод. С

Дозирование

Для удлинения действия местных анестетиков: в концентрации 5 мкг/мл (доза зависит от вида используемого анестетика), для спинномозговой анестезии — 0,2–0,4 мг.

Местно: для остановки кровотечений в виде тампонов, смоченных раствором препарата.

Побочное действие. Со стороны ССС: менее часто — стенокардия, брадикардия или тахикардия, сердцебиение, повышение или снижение АД, при высоких дозах — желудочковые аритмии; редко — аритмия, боль в грудной клетке.

Со стороны нервной системы: более часто — головная боль, тревожное состояние, тремор; менее часто — головокружение, нервозность, усталость, психоневротические расстройства (психомоторное возбуждение, дезориентация, нарушение памяти, агрессивное или паническое поведение, шизофреноподобные расстройства, паранойя), нарушение сна, мышечные подергивания.

Со стороны пищеварительной системы: более часто — тошнота, рвота.

Со стороны мочевыводящей системы: редко — затрудненное и болезненное мочеиспускание (при гиперплазии предстательной железы).

Местные реакции: боль или жжение в месте в/м инъекции.

Аллергические реакции: ангионевротический отек, бронхоспазм, кожная сыпь, многоформная эритема.

Прочие: редко — гипокалиемия; менее часто — повышенное потоотделение.

Передозировка. Симптомы: чрезмерное повышение АД, тахикардия, сменяющаяся брадикардией, нарушения ритма (в т.ч. фибрилляция предсердий и желудочков), похолодание и бледность кожных покровов, рвота, головная боль, метаболический ацидоз, инфаркт миокарда, черепно-мозговое кровоизлияние (особенно у пожилых пациентов), отек легких, смерть.

Лечение: прекратить введение, симптоматическая терапия — для снижения АД — альфа-адреноблокаторы (фентоламин), при аритмии — бета-адреноблокаторы (пропранолол).

Взаимодействие. Антагонистами эпинефрина являются блокаторы альфа- и бета-адренорецепторов.

Ослабляет эффекты наркотических анальгетиков и снотворных ЛС.

При применении одновременно с сердечными гликозидами, хинидином, трициклическими антидепрессантами, допамином, средствами для ингаляционного наркоза (хлороформ, энфлуран, галотан, изофлуран, метоксифлуран), кокаином возрастает риск развития аритмий (вместе применять следует крайне осторожно или вообще не применять); с др. симпатомиметическими средствами — усиление выраженности побочных эффектов со стороны ССС; с антигипертензивными средствами (в т.ч. с диуретиками) — снижение их эффективности.

Одновременное назначение с ингибиторами МАО (включая фуразолидон, прокарбазин, селегилин) может вызвать внезапное и выраженное повышение АД, гиперпиретический криз, головную боль, аритмии сердца, рвоту; с нитратами - ослабление их терапевтического действия; с феноксibenзамином — усиление гипотензивного эффекта и тахикардию; с фенитоином — внезапное снижение АД и брадикардию (зависит от дозы и скорости введения); с препаратами гормонов щитовидной железы — взаимное усиление действия; с препаратами, удлиняющими QT-интервал (в т.ч. астемизолом, цизапридом, терфенадином), — удлинение QT-интервала; с диатризоатами, йоталамовой или йоксагловой кислотами — усиление неврологических эффектов; с алкалоидами спорыньи — усиление вазоконстрикторного эффекта (вплоть до выраженной ишемии и развития гангрены).

Снижает эффект инсулина и др. гипогликемических ЛС.

Строго контролируемых исследований применения эпинефрина у беременных не проведено. Установлена статистически закономерная взаимосвязь появлений уродств и паховой грыжи у детей, матери которых применяли эпинефрин в течение I триместра или на протяжении всей беременности, сообщалось также в одном случае о возникновении аноксии у плода после в/в введения матери эпинефрина. Эпинефрин не следует применять беременным при АД выше 130/80 мм рт.ст. Опыты на животных показали, что при введении в дозах, в 25 раз превышающих рекомендуемую дозу для человека, вызывает тератогенный эффект.

При применении в период кормления грудью следует оценивать риск и пользу вследствие высокой вероятности возникновения побочных эффектов у ребенка.

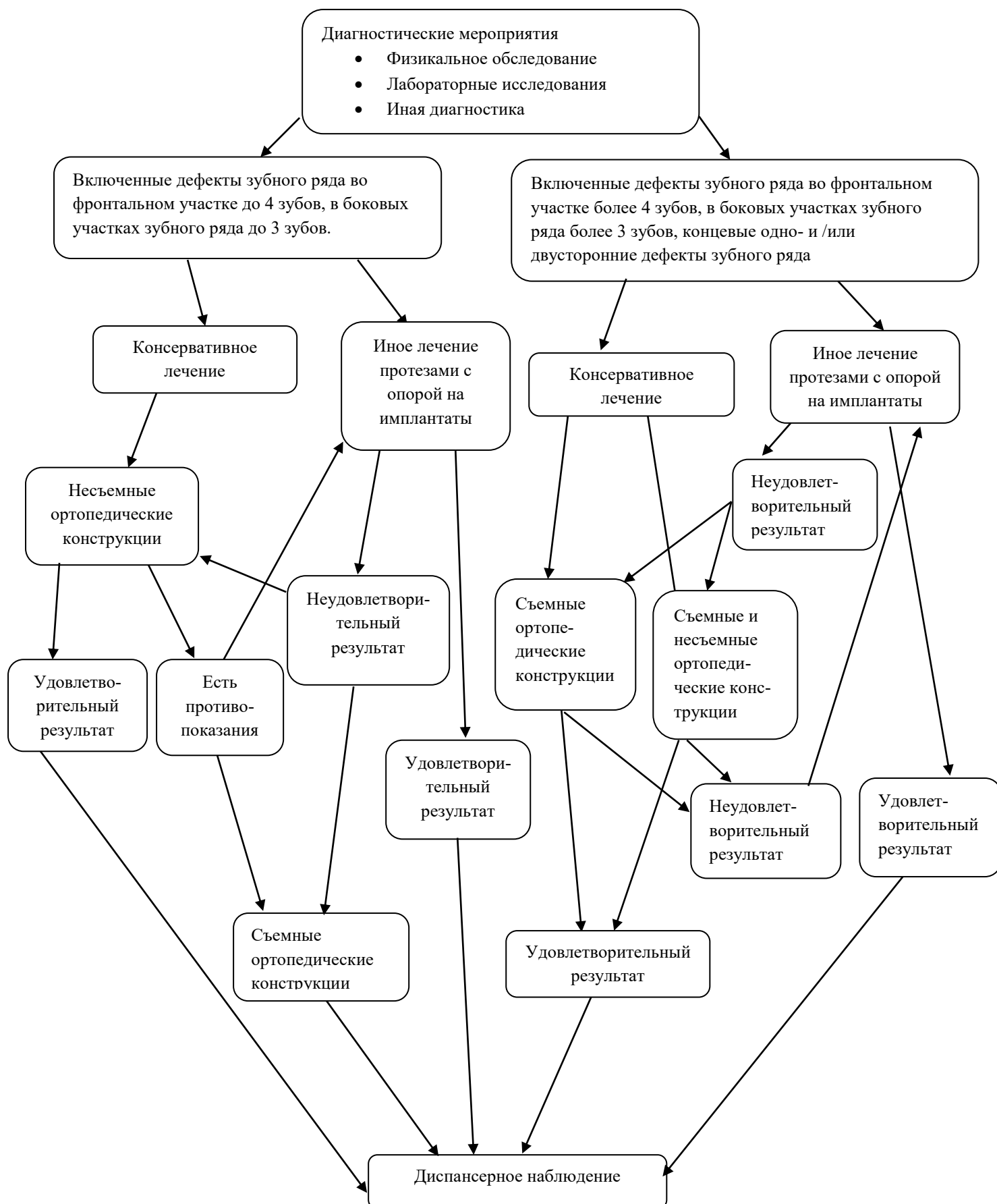
Применение для коррекции гипотензии во время родов не рекомендуется, поскольку может задерживать вторую стадию родов; при введении в больших дозах для ослабления сокращения матки может вызвать длительную атонию матки с кровотечением.

При прекращении лечения дозы следует уменьшать постепенно, т.к. внезапная отмена терапии может приводить к тяжелой гипотензии.

Легко разрушается щелочами и окисляющими средствами.

Если раствор приобрел розоватый или коричневый цвет или содержит осадок, его вводить нельзя. Неиспользованную часть следует уничтожить, [24].

XVII. Приложение Б1. Алгоритм действий врача



XVIII. Приложение Б2. Выбор ортопедических конструкций

ВЫБОР ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ ЧАСТИЧНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИИ С КОНЦЕВЫМИ ДЕФЕКТАМИ

Протяженность дефекта	Условия	Показанное лечение и ортопедическая конструкция	Кратность выполнения
Отсутствие 1-2 зубов (односторонний или двусторонний дефект)	Отсутствие естественных зубов-антагонистов	Частичный съемный пластиночный протез, бюгельный протез, протез на внутрикостных дентальных имплантатах, консольный протез	По потребности
	Наличие естественных зубов-антагонистов при отсутствии признаков феномена Попова-Годона	Диспансерное наблюдение	1 раз в 6 месяцев
		Частичный съемный пластиночный протез, бюгельный протез, протез на внутрикостных дентальных имплантатах	По потребности
	Наличие естественных зубов-антагонистов с признаками феномена Попова-Годона	Частичный съемный пластиночный протез	Согласно алгоритму
		Бюгельный протез, несъемный консольный протез, протез на внутрикостных дентальных имплантатах	По потребности
	Аллергическая реакция на пластмассу базиса протеза	Бюгельный протез, несъемный консольный протез, протез на внутрикостных дентальных имплантатах	Согласно алгоритму
Отсутствие более 2-х зубов (односторонний или двусторонний дефект)	Независимо от наличия естественных зубов-антагонистов или их реставраций	Частичный съемный пластиночный протез	Согласно алгоритму
		Бюгельный протез, несъемный консольный протез, протез на внутрикостных дентальных имплантатах	По потребности

	Аллергическая реакция на пластмассу базиса протеза	Бюгельный протез, несъемный консольный протез, протез на внутрикостных дентальных имплантатах	Согласно алгоритму
Отсутствие 3-х зубов (односторонний или двусторонний дефект)	Независимо от наличия естественных зубов-антагонистов или их реставраций	Частичный съемный пластиночный протез	Согласно алгоритму
		Бюгельный протез, несъемный консольный протез, протез на внутрикостных дентальных имплантатах	По потребности
	Аллергическая реакция на пластмассу базиса протеза	Бюгельный протез, несъемный консольный протез, протез на внутрикостных дентальных имплантатах	По потребности

ВЫБОР ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ ЧАСТИЧНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИИ С ВКЛЮЧЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ

Протяженность дефекта	Условия	Показанное лечение и ортопедическая конструкция	Кратность выполнения
Отсутствие одного зуба в жевательных группах зубов (с одной или с двух сторон челюсти)	Физиологический прикус	Диспансерное наблюдение	1 раз в 6 месяцев
	Физиологический прикус	Частичный съемный пластиночный протез, бюгельный протез, несъемный мостовидный протез, несъемный консольный протез, протез на внутрикостных дентальных имплантатах	По потребности
	Физиологический прикус, отсутствие противопоказаний к внутрикостной дентальной	Протез на внутрикостном дентальном имплантате	По потребности

	имплантации, наличие условий для имплантации, интактные соседние зубы		
Отсутствие 2-3-х зубов в области жевательных зубов с одной стороны	Здоровый пародонт опорных зубов	Несъемный мостовидный протез (облицовка на верхней челюсти до 5-го включительно, на нижней до 4-го зуба включительно)	Согласно алгоритму
		Несъемный мостовидный протез (облицовка на верхней челюсти далее 5-го, на нижней далее 4-го зуба), протез на внутрикостных дентальных имплантатах	По потребности
	Интактные соседние зубы	Частичный съемный пластиночный протез, бюгельный протез, протез на внутрикостных дентальных имплантатах	По потребности
	Сомнительный или плохой прогноз в отношении состояния пародонта опорных зубов	Частичный съемный пластиночный протез	Согласно алгоритму
		Бюгельный протез, протез на внутрикостных дентальных имплантатах	По потребности
	Отсутствие более 3-х зубов в области жевательных зубов с одной стороны челюсти	Частичный съемный пластиночный протез	Согласно алгоритму
		Бюгельный протез, протез на внутрикостных дентальных имплантатах	По потребности
Отсутствие более 4-х зубов в зубном	Достаточное количество опорных	Несъемный мостовидный протез для	Согласно

ряду	зубов (минимум в соотношении – отсутствующий зуб: опорные зубы = 1:2), здоровый пародонт	замещения отдельных дефектов (облицовка на верхней челюсти до 5-го включительно, на нижней до 4-го зуба включительно)	алгоритму
		Несъемный мостовидный протез для замещения отдельных дефектов (облицовка на верхней челюсти далее 5-го, на нижней далее 4-го зуба), протез на внутрикостных дентальных имплантатах	По потребности
	Интактные соседние зубы	Частичный съемный пластиночный протез, бюгельный протез, протез на внутрикостных дентальных имплантатах	По потребности
	Сомнительный или плохой прогноз в отношении состояния пародонта опорных зубов	Частичный съемный пластиночный протез	Согласно алгоритму
		Бюгельный протез, протез на внутрикостных дентальных имплантатах	По потребности
Отсутствие 1-4-х зубов во фронтальной области	Недостаточное количество опорных зубов	Частичный съемный пластиночный протез	Согласно алгоритму
		Бюгельный протез, протез на внутрикостных дентальных имплантатах	По потребности
	Здоровый пародонт опорных зубов	Несъемный мостовидный протез	Согласно алгоритму
	Сомнительный или плохой прогноз в отношении состояния пародонта	Частичный съемный пластиночный протез	Согласно алгоритму
		Бюгельный протез, протез на	По

	опорных зубов	внутрикостных дентальных имплантатах	потребности
	Интактные соседние зубы	Частичный съемный пластиночный протез, бюгельный протез, протез на внутрикостных дентальных имплантатах	По потребности
Отсутствие 1 зуба во фронтальной области	Здоровый пародонт опорных зубов	Несъемный консольный протез, протез на внутрикостном дентальном имплантатах	По потребности
	Физиологический прикус, отсутствие противопоказаний к внутрикостной дентальной имплантации, наличие условий для имплантации, интактные соседние зубы	Протез на внутрикостном дентальном имплантате	По потребности

ВЫБОР ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА

Дефект, определяющий клиническую ситуацию/ сочетанный дефект	Условия	Показанное лечение и ортопедическая конструкция	Кратность выполнения
Концевой дефект – отсутствие 2-х зубов (односторонний или двусторонний дефект) / включенные дефекты	В области концевого дефекта наличие естественных зубов- антагонистов с признаками феномена Попова- Годона	Частичный съемный пластиночный протез, замещающий все дефекты	Согласно алгоритму
		Бюгельный протез, замещающий все дефекты, протез на внутрикостных дентальных имплантатах	По потребности

	Аллергическая реакция на пластмассу базиса протеза	Бюгельный протез, замещающий все дефекты	Согласно алгоритму
		Протез на внутрикостных дентальных имплантатах	По потребности
Концевой дефект – отсутствие 3-х зубов (односторонний или двусторонний дефект) / включенный дефект – отсутствие одного зуба в жевательных группах зубов (с одной или с двух сторон челюсти)	Независимо от наличия естественных зубов-антагонистов	Частичный съемный пластиночный протез, замещающий все дефекты	Согласно алгоритму
		Бюгельный протез, замещающий все дефекты; несъемные мостовидные протезы и/или несъемные консольные протезы, возмещающие дефекты, протез на внутрикостных дентальных имплантатах	По потребности
Концевой дефект – отсутствие более 3-х зубов (односторонний или двусторонний дефект) / включенный дефект или включенные дефекты в области фронтальных и/или жевательных зубов	Независимо от наличия естественных зубов-антагонистов	Частичный съемный пластиночный протез, замещающий все дефекты	Согласно алгоритму
		Бюгельный протез, замещающий все дефекты, протез на внутрикостных дентальных имплантатах	По потребности
	Аллергическая реакция на пластмассу базиса протеза	Бюгельный протез, замещающий все дефекты	Согласно алгоритму
	В области концевых и включенных дефектов здоровый пародонт опорных зубов	В области концевого дефекта частичный съемный пластиночный протез или бюгельный протез / в области включенных дефектов несъемный мостовидный протез (несъемные мостовидные протезы), протез на внутрикостных дентальных имплантатах	По потребности
Включенный дефект – отсутствие 1-3-х зубов в области	В области включенного дефекта здоровый	В области включенного дефекта несъемный мостовидный протез / в	Согласно алгоритму

жевательных зубов с одной стороны / концевой дефект с другой стороны, не требующий обязательного протезирования	пародонт опорных зубов	области концевой дефекта протезирование по потребности	
	Сомнительный или плохой прогноз в отношении состояния пародонта опорных зубов	Частичный съемный пластиночный протез, замещающий все дефекты	Согласно алгоритму
	Сомнительный или плохой прогноз в отношении состояния пародонта опорных зубов, аллергическая реакция на пластмассу базиса протеза	Бюгельный протез, замещающий все дефекты	Согласно алгоритму
Включенный дефект – отсутствие более 3-х зубов в области жевательных зубов с одной стороны челюсти / концевой дефект с другой стороны, не требующий обязательного протезирования	Независимо от состояния пародонта	Частичный съемный пластиночный протез, замещающий все дефекты	Согласно алгоритму
		Бюгельный протез, замещающий все дефекты, протез на внутрикостных дентальных имплантатах	По потребности
	Аллергическая реакция на пластмассу базиса протеза	Бюгельный протез, замещающий все дефекты	Согласно алгоритму
Сочетанные дефекты – отсутствие более 4-х зубов в зубном ряду при условии концевой дефекта, не требующий обязательного протезирования	В области включенных дефектов достаточное количество опорных зубов – (минимум в соотношении отсутствующий зуб: опорные зубы = 1:2), здоровый пародонт	В области включенных дефектов несъемные мостовидные протезы для восстановления отдельных дефектов (облицовка на верхней челюсти до 5-го, на нижней – до 4-го зуба) / в области концевой дефекта протезирование по потребности	Согласно алгоритму
	В области	Частичный съемный	Согласно

	включенных дефектов сомнительный или плохой прогноз в отношении состояния пародонта опорных зубов и/или недостаточное количество опорных зубов	пластиночный протез, замещающий все дефекты	алгоритму
	В области включенных дефектов сомнительный или плохой прогноз в отношении состояния пародонта опорных зубов и/или недостаточное количество опорных зубов; аллергическая реакция на пластмассу базиса протеза	Бюгельный протез, замещающий все дефекты	Согласно алгоритму
Включенный дефект – отсутствие 1-4-х зубов во фронтальной области / концевой дефект (концевые дефекты), не требующий обязательного протезирования	В области включенного дефекта здоровый пародонт опорных зубов	В области включенного дефекта несъемный мостовидный протез / в области концевой дефекта протезирование по потребности	Согласно алгоритму
	В области включенного дефекта сомнительный или плохой прогноз в отношении состояния пародонта опорных зубов	Частичный съемный пластиночный протез, замещающий все дефекты	Согласно алгоритму
	В области включенного дефекта сомнительный или	Бюгельный протез, замещающий все дефекты	Согласно алгоритму

	плохой прогноз в отношении состояния пародонта опорных зубов; аллергическая реакция на пластмассу базиса протеза		
Включенный дефект – отсутствие 1 зуба во фронтальной области / концевой дефект (концевые дефекты), не требующий обязательного протезирования	Здоровый пародонт опорных зубов	Несъемный консольный протез / в области концевого дефекта протезирование по потребности, протез на внутрикостных дентальных имплантатах	По потребности

XIX. Приложение В. Информация для пациента

Памятка по пользованию съемными протезами.

1. Съемные зубные протезы необходимо чистить зубной щеткой с пастой или с туалетным мылом два раза в день (утром и вечером), а также промывать после еды по мере возможности.
 2. Во избежание поломки протеза, а также повреждения слизистой оболочки полости рта не рекомендуется принимать и пережевывать очень жесткую пищу (например, сухари).
 3. Если появляется болезненность или какая-нибудь неловкость, нужно прийти к врачу для исправления.
 4. Перед приходом надо носить протез несколько часов, чтобы врач мог видеть то место, где протез причиняет боль.
 5. В ночное время, если пациент снимает протезы, их необходимо держать во влажной среде (после чистки завернуть протезы во влажную салфетку) либо в сосуде с водой. С протезами можно спать.
 6. Съемные протезы выполнены из разнообразных пластмасс, поэтому во избежание их поломки, не допускайте их падения на твердые поверхности.
 7. По мере образования жесткого зубного налета на протезах их необходимо очищать специальными средствами, которые продаются в аптеках.
 8. При ухудшении фиксации протеза (длительное использование в течение 2-х и более лет), необходимо обратиться в клинику ортопедической стоматологии для перебазировки протеза или изготовления нового.
 9. В случае поломки или возникновения трещины в базисе съемного протеза пациенту срочно обратиться в клинику ортопедической стоматологии для починки протеза.
 10. Ни в коем случае, ни при каких обстоятельствах не пытаться самому провести исправления, починку или другие воздействия на протез.
- Памятка по пользованию несъемными протезами.

Памятка по пользованию несъемными протезами.

1. Несъемные зубные протезы необходимо чистить зубной щеткой с пастой также как естественные зубы два раза в день. После еды полость рта следует полоскать для удаления остатков пищи.
2. Если протез зафиксирован на временный цемент, не рекомендуется жевать жевательную резинку, вязкие пищевые продукты.
3. Во избежание поломки протеза, скола облицовочного материала не рекомендуется принимать и пережевывать очень жесткую пищу (например, сухари), откусывать от больших кусков (например, от целого яблока).
4. При нарушении фиксации несъемного протеза необходимо немедленно обратиться в клинику ортопедической стоматологии. Признаками нарушения фиксации могут быть «хлопанье» протеза, неприятный запах изо рта.
5. В случае скола облицовочного материала, нужно обратиться в клинику ортопедической стоматологии.
6. При появлении болезненных ощущений в области коронок, воспаления десны вокруг коронки (кровоточивость десны) срочно обратиться в клинику ортопедической стоматологии.

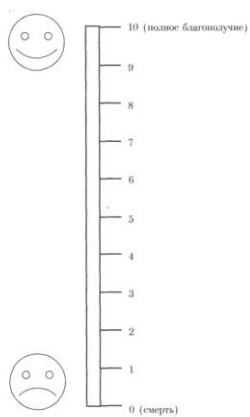
**XX. Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты
состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях**

АНКЕТА ПАЦИЕНТА

ФИО

ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ

КАК ВЫ ОЦЕНИВАЕТЕ ВАШЕ ОБЩЕЕ САМОЧУВСТВИЕ НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ?
Отметьте, пожалуйста, на шкале значение, соответствующее состоянию Вашего здоровья



**Приложение Д. Ответ на замечания по отдельным видам
ортопедических конструкций (не является текстом Клинической
рекомендации)**

Любые зубные протезы, в частности:

- имедиат-протезы,
- консольные несъемные протезы,
- штанговые (балочные) системы,
- телескопические коронки,
- силиконовые блоки,
- силиконовые двухслойные и альгинатные оттисковые (слепочные) массы,
- фарфоровые (жакетные) коронки и полукоронки металлокерамические коронки с обжигаемой плечевой массой,
- металлокерамические и металлопластмассовые коронки,
- металлокерамические и металлопластмассовые мостовидные протезы,

изготавливаются по индивидуальным заказам пациентов врачами-стоматологами и зубными техниками и предназначены исключительно для личного пользования конкретным пациентом. В соответствии с федеральным законом № 323-ФЗ, ст.38, ч.5, а также Правилами государственной регистрации медицинских изделий (утв. постановлением Правительства РФ от 27 декабря 2012 г. N 1416), ч.2, такие медицинские изделия не подлежат государственной регистрации.

Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ

Ст.38, часть 5:

«На территории Российской Федерации государственной регистрации не подлежат медицинские изделия, перечисленные в пункте 11 статьи 4 Соглашения о единых принципах и правилах обращения медицинских изделий (изделий медицинского назначения и медицинской техники) в рамках Евразийского экономического союза от 23 декабря 2014 года, в том числе медицинские изделия, которые изготовлены по индивидуальным заказам пациентов, к которым предъявляются специальные требования по

назначению медицинских работников и которые предназначены исключительно для личного использования конкретным пациентом, а также медицинские изделия, которые предназначены для использования на территории международного медицинского кластера или на территориях инновационных научно-технологических центров. На указанные медицинские изделия не распространяются положения части 3 настоящей статьи, предусматривающие разработку производителем (изготовителем) медицинского изделия технической и (или) эксплуатационной документации.

Правила
государственной регистрации медицинских изделий
(утв. постановлением Правительства РФ от 27 декабря 2012 г. N 1416)
с изменениями от 17 октября 2013 г., 17 июля 2014 г., 10 февраля 2017 г.,
18 марта 2020 г.

Часть 2, абз.2:

«Медицинские изделия, перечисленные в пункте 11 статьи 4 Соглашения о единых принципах и правилах обращения медицинских изделий (изделий медицинского назначения и медицинской техники) в рамках Евразийского экономического союза от 23 декабря 2014 г., в том числе медицинские изделия, которые изготовлены по индивидуальным заказам пациентов, к которым предъявляются специальные требования по назначению медицинских работников и которые предназначены исключительно для личного использования конкретным пациентом, а также медицинские изделия, которые предназначены для использования на территории международного медицинского кластера или на территориях инновационных научно-технологических центров, не подлежат государственной регистрации в соответствии с частью 5 статьи 38 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".