

Одобрено
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от «15» сентября 2016 года
Протокол № 11

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИОДОНТИТ У ДЕТЕЙ

1. Содержание:

Соотношение кодов МКБ-10 и МКБ-9	
Дата разработки протокола	
Пользователи протокола	
Категория пациентов	
Шкала уровня доказательности	
Определение	
Классификация	
Диагностика и лечение на амбулаторном уровне	
Показания для госпитализации	
Диагностика и лечение на этапе скорой неотложной помощи	
Диагностика и лечение на стационарном уровне	
Медицинская реабилитация	
Паллиативная помощь	
Сокращения, используемые в протоколе	
Список разработчиков протокола	
Список рецензентов	
Список использованной литературы	

2. Соотношение кодов МКБ-10 и МКБ-9:

МКБ-10		МКБ-9	
Код	Название	Код	Название
К 04.4	Острый периодонтит временных и постоянных зубов	–	–
К 04.5	Хронический периодонтит временных и постоянных зубов	–	–

3. Дата разработки/пересмотра протокола: 2016 год.

4. Пользователи протокола: ВОП, педиатры, стоматологи.

5. Категория пациентов: дети.

6. Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортных или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с не высоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с не высоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.

7. Определение: Периодонтит – это воспаление тканей, окружающих корень зуба, характеризующееся разрушением околоверхушечной костной ткани [3].

8. Классификация:

Клиническая классификация: [1]

По этиологии:

- инфекционный;
- травматический;
- медикаментозный.

По локализации:

- маргинальный;

- апикальный;

По клиническому течению:

- острый
- хронический;
- обострившийся.

По патоморфологическим изменениям в тканях:

- серозный;
- гнойный;
- фиброзный;
- гранулирующий;
- гранулематозный.

9. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

1) Диагностические критерии:

Жалобы и анамнез:

- при остром периодонтите жалобы на постоянную локализованную боль, чувство «выросшего» зуба, болезненность при накусывании и прикосновении к зубу. При переходе из серозной стадии в гнойную, боль становится постоянной, пульсирующей, иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва.
- при хроническом периодонтите жалобы отсутствуют, в анамнезе – зуб ранее беспокоил, мог быть свищ.

Физикальное обследование:

- при остром периодонтите лицо симметрично, открывание рта свободное. Слизистая оболочка в области пораженного зуба без изменений, при переходе в гнойную стадию отечна, гиперемирована. Коронка зуба в цвете не изменена, имеется кариозная полость или постоянная пломба, полость зуба не вскрыта. Лимфатические узлы подчелюстные, подбородочные увеличены, болезненны при пальпации.
- при хроническом периодонтите лицо симметрично, открывание рта свободное. Глубокая кариозная полость, в полости зуба и корневых каналах распад пульпы, гнилостный запах. При гранулирующем периодонтите на десне может быть свищ, при гранулематозном периодонтите может выявляться выпячивание костной стенки соответственно расположению гранулемы. Лимфоузлы чаще увеличены.

Лабораторные исследования: нет.

Инструментальные исследования:

Острый периодонтит:

- перкуссия зуба болезненная;
- зондирование кариозной полости безболезненное, ЭОД – 100 мкА.

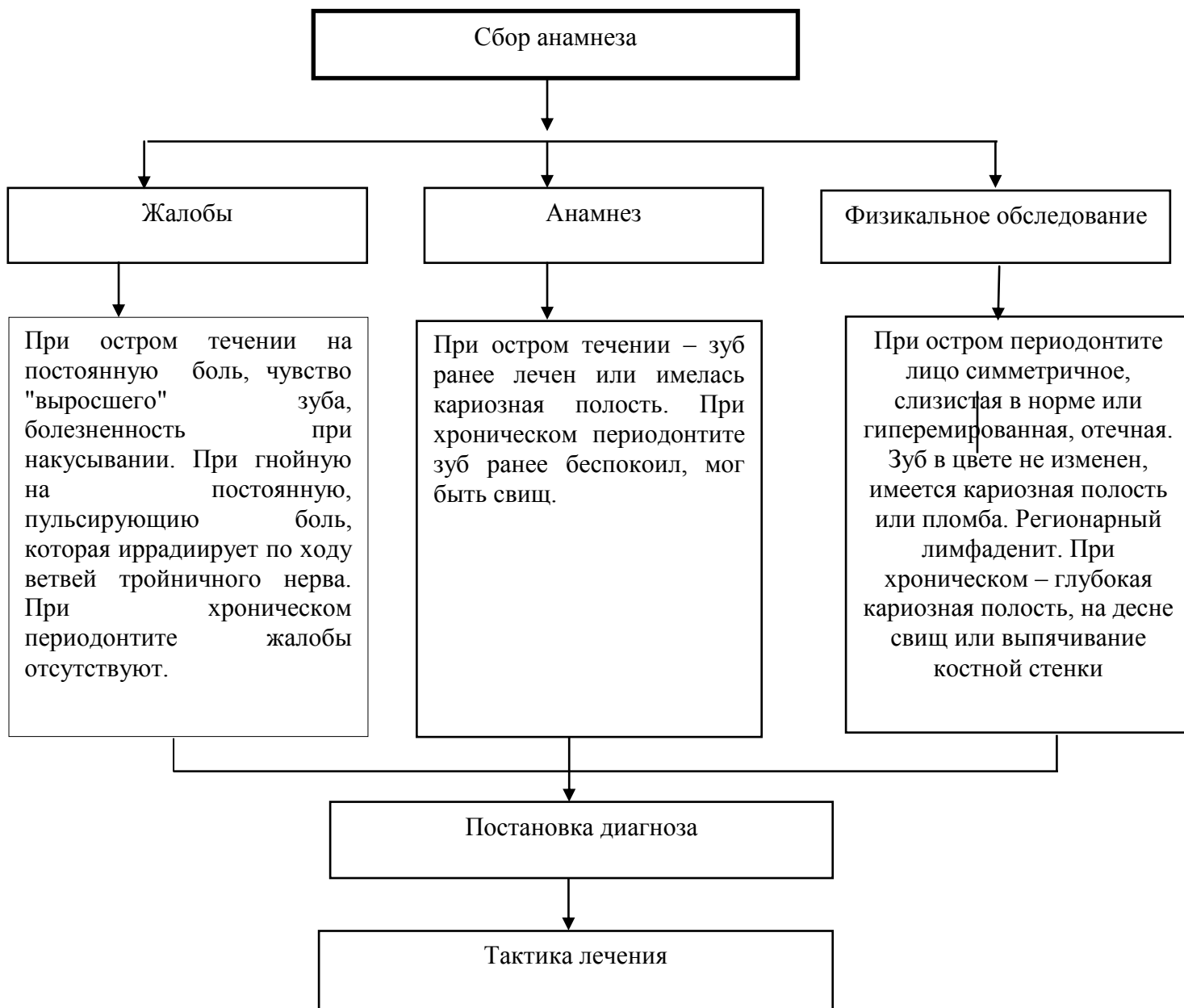
Хронический периодонтит:

- зондирование полости зуба и корневых каналов, перкуссия безболезненны.
- Рентгенография челюсти:**

- очаг деструкции костной ткани округлой формы (хронический гранулематозный периодонтит)/разрежение околоверхушечных тканей в виде языков пламени (Хронический гранулирующий периодонтит), ЭОД-160 мкА.

2) Диагностический алгоритм:

Схема-1. Диагностический алгоритм.



3) Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Острый периодонтит	Острый периодонтит дифференцируют с острым диффузным пульпитом, обострившимся хроническим гангренозным пульпитом, обострившимся хроническим периодонтитом,	Коронка зуба в цвете не изменена, имеется кариозная полость или постоянная пломба, полость зуба не вскрыта. Перкуссия зуба болезненная, зондирование кариозной полости безболезненное, ЭОД — 100 мкА.	<p>1. Острый диффузный пульпит; зуб болел 10-30 мин., а теперь – часами; Кариозная полость небольших/средних размеров, ЭОД-15-40 мкА, зондирование наиболее болезненно в проекции рога пульпы.</p> <p>2. Обострившийся хронический гангренозный пульпит. В анамнезе острая боль 6-12 месяцев назад. зондирование кариозной полости болезненно по всему дну, резко болезненно в области вскрытого рога пульпы. Слизистая оболочка десны не изменена. ЭОД 60-80 мкА.</p> <p>3. При обострении хронического периодонтита: в анамнезе острая боль 1-2 года назад, зондирование кариозной полости безболезненно, слизистая оболочка десны гиперемированная, отечна, болезненна при пальпации, электровозбудимость пульпы 100-150 мкА. На рентген снимке деформация/деструкция костной ткани в области верхушки корня.</p>

<p>Хронический периодонтит</p>	<p>Хронические формы верхушечного периодонтита дифференцируют между собой, со средним кариесом, хроническим гангренозным пульпитом</p>	<p>Глубокая кариозная полость, в полости зуба и корневых каналах — распад пульпы, гнилостный запах. При гранулирующим периодонтите на десне может быть свищ, при гранулематозном периодонтите может выявляться выпячивание костной стенки соответственно расположению гранулемы. Зондирование полости зуба и корневых каналов, перкуссия безболезненны. Рентгенографически — очаг деструкции костной ткани округлой формы (хронический гранулирующий периодонтит) или разрежение околоверхушечных тканей в виде языков пламени (Хронический гранулематозный периодонтит). ЭОД-160 мкА.</p>	<p>1. Хронический фиброзный периодонтит. Жалобы отсутствуют. Объективно: изменение цвета зуба, глубокая кариозная полость либо выпадение пломбы. Пульпа некротизированная, ЭОД — 100 мкА, перкуссия безболезненна, слизистая оболочка десны бледно-розового цвета. Возможен гнилостный запах. Рентгенологически определяется расширение периодонтальной щели.</p> <p>2. Хронический гранулирующий периодонтит. Жалобы отсутствуют. В анамнезе зуб ранее беспокоил, мог быть свищ. Объективно: глубокая кариозная полость, в полости зуба и корневых каналах — распад пульпы, гнилостный запах. ЭОД-160 мкА. На десне может быть свищ. Лимфоузлы чаще увеличены. Рентгенологически определяется очаг — разрежение околоверхушечных тканей в виде языков пламени.</p> <p>3. Хронический гранулематозный периодонтит. Жалобы отсутствуют. Объективно: зуб интактный либо под пломбой. Зондирование полости зуба и корневых каналов, перкуссия безболезненны. Пальпация по переходной складке безболезненна, может выявляться выпячивание костной стенки соответственно расположению гранулемы. ЭОД-160 мкА. Лимфатические узлы увеличены, болезненные.</p>
--------------------------------	--	--	---

			<p>Рентгенографически — очаг деструкции костной ткани округлой формы.</p> <p>4. При кариесе кариозная полость средних размеров, заполненная пигментированным, размягченным дентином, зондирование болезненно по эмалеводентинному соединению.</p> <p>ЭОД- 6-8мкА.</p> <p>5. При хроническом гангренозном пульпите жалобы чаще всего отсутствуют, однако могут быть боли, возникающие от различных раздражителей, чаще всего от горячего, цвет зуба имеет сероватый оттенок, глубокая кариозная полость с широко вскрытой полостью зуба, ЭОД свыше 100 мкА.</p>
--	--	--	--

4) Тактика лечения:

Выбор тактики лечения зависит от степени формирования/рассасывания корней зуба, степени патологической резорбции корней и деструкции костной ткани. При периодонтите временных зубов первостепенное значение имеет расположение зачатка постоянного зуба.

Консервативное лечение: цель –

- устранение воспалительного процесса в области периодонта;
- обеспечение своевременного формирования/физиологической резорбции корней;
- восстановление структуры костной ткани в области верхушки и функциональной ценности зуба.
- успех эндодонтического лечения зависит от тщательности соблюдения условий асептики, правил препарирования, качества пломбирования корневых каналов и бережного отношения к периапикальным тканям.

I посещение:

- обезболивание местное (инфильтрационное, проводниковое);
- препарирование кариозной полости;
- раскрытие полости зуба;
- удаление распада и грануляций из корневых каналов;
- инструментальная и антисептическая обработка корневого канала;
- зуб оставить открытым на 5-7 дней;

- назначить ротовые ванночки с содовым раствором (0,5 чайной ложки на стакан воды) 6-7 раз в день;
- в некоторых случаях по показаниям проводится периостотомия.

II посещение:

- антисептическая обработка кариозной полости;
- введение в корневой канал антисептического средства, обладающего противовоспалительным действием в виде турунды;
- временная пломба.

III посещение:

- удаление временной пломбы;
- obturation каналов рассасывающейся пастой;
- изолирующая прокладка;
- постоянная пломба.

Лечение обострение хронического периодонтита постоянного зуба со сформированным корнем проводится в три посещения.

I посещение:

- обезболивание местное (инфильтрационное, проводниковое);
- препарирование кариозной полости;
- раскрытие полости зуба;
- удаление распада и грануляций из корневых каналов;
- определение рабочей длины корневого канала;
- инструментальная и антисептическая обработка корневого канала (щадящая, учитывая наличие экссудата из канала);
- зуб оставить открытым на 5-7 дней;
- назначить ротовые ванночки с содовым раствором 6-7 раз в день.

II посещение:

- антисептическая обработка кариозной полости;
- введение в корневой канал антисептического средства, обладающего противовоспалительным действием в виде турунды;
- временная пломба.

III посещение:

- удаление временной пломбы;
- obturation корневого канала;
- изолирующая прокладка;
- постоянная пломба.

Лечение обострение хронического периодонтита постоянного зуба с незавершенным формированием корня:

I посещение:

- обезболивание (инфильтрационное, проводниковое);
- препарирование кариозной полости;
- раскрытие полости зуба;
- удаление распада и грануляций из корневых каналов;

- инструментальная обработка корневого канала (очень щадящее удаляется инфицированный предентин со стенок корневого канала);
- медикаментозная обработка корневого канала;
- зуб оставить открытым на 5-7 дней;
- назначить ротовые ванночки с содовым раствором 6-7 раз в день.

II посещение:

- антисептическая обработка корневого канала;
- заполнение корневого канала пастой, содержащей гидроксид кальция;
- временная пломба на 1 неделю.

Временное пломбирование корневого канала пастами, содержащими гидроксид кальция (ГК) производится вручную.

III посещение:

- удаление временной пломбы;
- obturation каналов рассасывающейся пастой (ГК);
- изолирующая прокладка;
- постоянная пломба.

Затем через 2-4 неделю и в последующем каждые 3 месяца перепломбировывается корневой канал. При рентгенологическом контроле лишь через 9-12 мес. можно увидеть образование твердотканного барьера поперек верхушечного отверстия. В этом случае производится окончательное пломбирование корневого канала.

Медикаментозное лечение:

При назначении и применении лекарственных средств впервые необходим сбор полного аллергоанамнеза. Если аллергоанамнез не известен, сомнителен или отягощен необходимо отправить пациента на аллергопробу в аллергоцентр. С целью анестезии применяется один из нижеперечисленных препаратов

Анестезирующие средства:

- лидокаина раствор для инъекций 2% 2 мл (однократно) (УД-А)[7];
- раствор для инъекций мепивакаин 3% 2 мл (однократно) (УД-А)[7];

Для местной обработки полости рта, однократно применяется один из нижеперечисленных антисептических средств:

- хлоргексидин 0,05% - 100 мл (УД-Д)[7];
- перекись водорода 3% - 100 мл (УД-С)[7].

Для пломбирования корневых каналов используются по необходимости нижеперечисленные пломбировочные материалы:

- 15 г, 15 мл, 2,0 гр., изолирующая прокладка 50 г, 30 мл;
- стеклоиономерные цементы 12,5 г, 8,5 мл; 10 г, 8 мл; 20г, 10 мл, 10 мл.;
- композиты химического отверждения.

Перечень основных лекарственных средств: нет.

Перечень дополнительных лекарственных средств:

- лидокаин;
- мепивакаин.

Немедикаментозное лечение: нет.

Алгоритм действий при неотложных ситуациях: нет.

Другие виды лечения: нет.

5) Показания для консультации специалистов:

- консультация аллерголога – при наличии отягощенного аллергического анамнеза.

6) Профилактические мероприятия:

- рациональное питание - уменьшение в рационе продуктов, содержащих легкоферментируемые углеводы, в первую очередь сахара;
- ежедневное употребление сырых овощей и фруктов, способствующих самоочищению полости рта;
- применение фторсодержащих зубных паст (при дефиците фтора в воде);
- профилактическое запечатывание фиссур и слепых ямок.

7) Мониторинг состояния пациента: карта наблюдения за пациентом, индивидуальная карта наблюдения пациента, индивидуальный план действий.

8) Индикаторы эффективности лечения:

- купирование патологического процесса;
- восстановление анатомической формы и функции зуба;
- предупреждение развития осложнений.

10. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ: нет.

11. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ: нет.

12. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ: нет.

13. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ: нет.

14. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ: нет.

15. Сокращения, используемые в протоколе:

МКБ	–	международная классификация болезни
ММСИ	–	Московский Медицинский Стоматологический Институт
РКИ	–	рандомизированное клиническое исследование
ЭОД	–	электроодонтометрия

16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

1) Негаметзянов Нурислам Гарифзянович – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой стоматологии и ЧЛХ Казахского медицинского университета «Высшая школа общественного здравоохранения». «Городская стоматологическая поликлиника» г. Алматы, главный врач, главный внештатный детский стоматолог МЗСР РК.

2) Алдашева Мая Ахметовна – доктор медицинских наук, профессор АО «Казахский медицинский университет непрерывного образования».

3) Жанабаева Галия Байсалкановна – кандидат медицинских наук, РГП на ПХВ «Западно-Казахстанский государственный университет имени Марата Оспанова» руководитель кафедры терапии и ортопедической стоматологии.

4) Суршанов Ертай Кызырович – ГКП на ПХВ «Городская стоматологическая поликлиника» г. Алматы, заместитель главного врача по лечебной работе.

5) Ермуханова Гульжан Тлеухановна – доктор медицинских наук, профессор, РГП на ПХВ «Казахстанский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», заведующая кафедрой стоматологии детского возраста.

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

18. Список рецензентов:

1. Супиев Турган Курбанович – доктор медицинских наук, РГП на ПХВ «КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова», профессор кафедры стоматологии и ЧЛХИПО.

2. Замураева Алма Уахитовна – доктор медицинских наук, кафедра ортопедической и детской стоматологии АО «Медицинский университет Астана».

19. Условия пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы:

1) Лекции по стоматологии детского возраста. авт. проф. Т.К. Супиев г. Алматы 2013 г.

2) Терапевтическая стоматология детского возраста Л.А. Хомченко. г. Москва, 2007 г.

3) Терапевтическая стоматология детского возраста Н.В. Курякина Новгород, 2004 г.

4) Стоматология детского возраста. Л.С. Персин, В.М. Елизарова, С.В. Дьякова, Москва, 2003 г.

5) Терапевтическая стоматология. Е.В. Боровский, Ю.Д. Барышева, Ю.М. Максимовский и др. Москва 1997 г.

6) Профилактика стоматологических заболеваний. Т.К. Супиев, С.Б. Улитковский, О.М. Мирзабеков, Э.Т. Супиева. г. Алматы, 2009 г.

7) BNF for children 2011-2012 .«Большой справочник лекарственных средств»/ под ред. Л. Е. Зиганшиной, В. К. Лепехина, В. И. Петрова, Р. У. Хабриева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 3344 с.

8) Guidelines For Periodontal Screening And Management Of Children And Adolescents Under 18 Years Of Age Guidelines produced in conjunction with the British Society of Periodontology and British Society of Paediatric Dentistry Professor Valerie Clerehugh, Professor of Periodontology, Leeds Dental Institute; Dr Susan Kindelan, Consultant in Paediatric Dentistry, Beeston Hill Health Centre, Leeds Community Healthcare Trust.