



«УТВЕРЖДАЮ»

Главный врач ГАУЗ «РСП МЗ РТ»

Л.Д.Муратова

2023г

**Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях в ГАУЗ «РСП МЗ РТ»**

**I. Общие положения.**

1.1. Настоящий документ разработан в соответствии с требованиями Закона РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1997 года, Гражданского кодекса РФ, ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от

21.11.2011 №323-ФЗ, Постановление Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006»

1.2. Термины и определения, используемые в настоящем документе: Клиника – Исполнитель по договору на оказание стоматологических услуг; Пациент – физическое лицо, которому предоставляется медицинская услуга, либо которое обратилось за предоставлением медицинской услуги, Потребитель, или Заказчик медицинской услуги;

Медицинские услуги – медицинские манипуляции, имеющие своей целью диагностику, лечение, профилактику заболеваний, результат которых нематериален, потребляется в процессе их оказания.

1.3. ГАУЗ «РСП МЗ РТ» при оказании медицинских услуг (работ) обязуется донести до пациента максимально полную и достоверную информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

**II. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях в ГАУЗ «РСП МЗ РТ»**

Медицинская помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях оказывается в виде первичной специализированной медико-санитарной помощи.

**Первичная медико-санитарная помощь** является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-стоматологами-терапевтами, врачами-стоматологами-хирургами, врачами-стоматологами-ортопедами, врачами-стоматологами, зубными врачами.

### **Медицинская помощь оказывается в следующих формах:**

**неотложная** — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

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

Медицинская помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях оказывается с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Медицинская помощь оказывается амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения).

## **III. Методы оказания медицинской помощи**

### **ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ**

#### **1. Лечение кариеса и некариозных заболеваний твердых тканей зубов.**

Методика терапевтического лечения кариеса и некариозных поражений зубов включает в себя:

- проведение рентгенологического исследования (по потребности), при поражении кариесом нескольких зубов панорамной рентгенографии (компьютерной томографии);
- профессиональная гигиена полости рта; удаление зубных отложений с зубов, подлежащих лечению и расположенных рядом;
- обезболивание (местная анестезия);
- изоляция зуба от слюны;
- препарирование кариозной полости с удалением патологически измененных тканей зуба, формирование стенок и дна полости зуба;
- медикаментозная обработка кариозной полости антисептическими растворами;
- наложение изолирующей (лечебной) прокладки (по показаниям) при глубоком поражении зуба кариозным
- восстановление зуба пломбировочным материалом, шлифование, полирование пломбы, фторирование зуба.

#### **1. Возможные осложнения и негативные последствия, которые могут возникнуть как вовремя, так и после терапевтического лечения кариеса и некариозных поражений твердых тканей зубов:**

***Во время лечения:***

- вскрытие полости зуба (обнажение пульпы) при глубоком поражении зуба кариозным процессом, что потребует удаление сосудисто-нервного пучка и пломбирование корневых каналов;

- перфорация стенки кариозной полости при препарировании тонких стенок с нависающими краями, отлом такой стенки при незначительном давлении на них бором;

- отлом коронковой части зуба при циркулярном кариесе;

- повреждение бором соседних зубов при обработке кариозных полостей, расположенных на контактных поверхностях зубов;

- вывих височно-нижнечелюстного сустава;

- механическое повреждение слизистой оболочки полости рта;

- искусственные пломбы эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций.

#### ***После лечения:***

- трещины губ, углов рта, вследствие длительного нахождения с открытым ртом в процессе лечения;

- повышенная чувствительность зуба на температурные, химические раздражители в течение месяца после установки пломбы; болезненность (чувствительность) при накусывании, жевании;

- воспаление межзубного сосочка, маргинального края десны после постановки пломбы в придесневой области, проявляющееся в виде отека, покраснения, кровоточивости;

- резорбции межзубной перегородки, появлению костного кармана;

- скол стенки зуба, перелом зуба;

- индивидуальные аллергические реакции, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, не выявленные вами ранее как во время, так и после лечения;

- возможность изменения цвета пломбы, особенно в случаях употребления в пищу в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества (кофе, крепкий чай, свекла и т.д.), использование яркой

- рецидивирующий или вторичный кариес (формирование кариозной полости рядом с пломбой);

- расхождение в цвете пломбы и эмали зуба, проявляющейся со временем;

- просвечивание стыка пломбировочного материала и здоровых тканей зуба через тонкую эмалевую стенку;

- ограниченное открывание полости рта.

#### **Возможные риски терапевтического лечения кариеса и некариозных поражений твердых тканей зубов:**

- воспаление пульпы зуба, после лечения зуба с обширными полостями.

***Предполагаемым результатом терапевтического лечения*** кариеса и некариозных поражений зубов является: санация кариозного очага в зубе,

замедление прогрессирование кариозного процесса, восстановление анатомической формы зуба, восстановление функции жевания, эстетики.

## **2 . Лечение осложненного кариеса зубов (с эндодонтическим лечением корневых каналов).**

Методика терапевтического лечения осложненного кариеса зубов (с первичным эндодонтическим лечением корневых каналов) включает в себя:

- проведение рентгенологического исследования до начала лечения, при необходимости панорамной рентгенографии (компьютерной томографии);
- профессиональная гигиена полости рта; удаление зубных отложений с зубов, подлежащих лечению и расположенных рядом;
- обезболивание (местная анестезия);
- изоляция зуба от слюны;
- препарирование кариозной полости (или снятие старой пломбы) с удалением патологически измененных тканей зуба, формирование стенок и дна полости зуба;
- создание доступа к корневым каналам зуба, механическая обработка корневого канала специальными инструментами (удаление инфицированных тканей);
- медикаментозная обработка корневых каналов зуба антисептическими растворами;
- постоянное или временное пломбирование (введение в корневые каналы зуба кальцийсодержащих лечебных препаратов) корневых каналов зуба с целью предупреждения повторного инфицирования;
- при обширных дефектах коронковой части зуба на следующее посещение после пломбирования корневых каналов, в них устанавливаются стекловолоконные штифты;
- обязательное повторное рентгенологическое исследование для контроля пломбирования корневых каналов;
- восстановление зуба пломбировочным материалом; вкладкой, накладкой или покрытие зуба искусственной коронкой. Это определяется степенью разрушения коронковой части зуба. При небольших и средних дефектах зуб можно восстановить пломбировочным материалом, вкладкой или накладкой.
- шлифование, полирование пломбы.

*При значительном разрушении коронковой части зуба в корневых каналах зуба фиксируются штифты, зуб восстанавливается пломбировочным материалом и решается вопрос покрыть такой зуб искусственной коронкой, во избежание его дальнейшего разрушения.*

*При обширном разрушении коронковой части зуба после пломбирования корневых каналов зуб подлежит восстановлению литой культевой штифтовкладкой и искусственной коронкой.*

Методика терапевтического лечения осложненного кариеса зубов (с повторным эндодонтическим лечением корневых каналов, перелечиванием

корневых каналов), которая состоит из тех же этапов, но включает в себя распломбирование корневых каналов ранее запломбированным материалом.

**Возможные осложнения и негативные последствия, которые могут возникнуть как вовремя, так и после терапевтического лечения корневых каналов зубов.**

***Во время лечения:***

- возможное выведение пломбировочного материала (антисептического раствора) за верхушечное отверстие корня зуба, в периапикальные ткани, полости и каналы;
- перфорация дна или стенок полости зуба во время механической обработки полости зуба, в ходе поиска и расширения корневых каналов;
- перфорация стенок корневых каналов во время механической обработки и расширение корневых каналов;
- перфорация дна гайморовой пазухи (при близком расположении верхушки корня с дном пазухи), с расположением корней зубов в гайморовой пазухе, с выведением пломбировочного материала в пазуху и дальнейшем развитии гайморита;
- трещина дна полости зуба, вертикальная трещина корня во время механической обработки корневых каналов при их повторном лечении (перелечивании) и расширении корневых каналов;
- отлом эндодонтических инструментов во время механической обработки и пломбирования узких, искривленных, сильно кальцифицированных корневых каналов и при их повторном лечении (распломбировании – удалении старой корневой пломбы);
- неудачная попытка удаления старого пломбировочного материала, либо металлического, стекловолоконного штифта из корневого канала, закончившаяся поломкой штифта в корневом канале;
- даже при успешном завершении эндодонтического лечения зуб может подвергнуться дальнейшему кариозному разрушению или прогрессированию воспалительного процесса в периапикальных тканях, что приведет к необходимости повторного лечения корневых каналов, либо удалению зуба;
- при необходимости лечения корневых каналов зуба покрытого искусственной коронкой, возникает прямая необходимость снятия ортопедической конструкции, что приводит к необратимому повреждению данной конструкции, кроме того при снятии ортопедической конструкции может произойти перелом коронковой части зуба, и как следствие, удаление зуба;
- вследствие утраты значительного количества твердых тканей зуба в процессе создания эндодонтического доступа может произойти отлом одной или нескольких стенок коронковой части зуба, что повлечет за собой необходимость в ортопедическом лечении (покрытие зуба искусственной коронкой, восстановление литой культевой штифтовкладкой и искусственной коронкой), а возможно и удаление зуба;

- в отдельных случаях эндодонтическое лечение может привести к обострению заболевания и сопровождаться болью, отеком, повышением температуры и другими проявлениями. В этом случае может потребоваться назначение лекарственных препаратов и/или удаление зуба;

- повреждение бором соседних зубов, ортопедических конструкций при обработке кариозных полостей, расположенных на контактных поверхностях зубов;

- вывих височно-нижнечелюстного сустава;

- механическое повреждение слизистой оболочки полости рта;

- искусственные пломбы эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций.

#### ***После лечения:***

- болевые ощущения в зубе, чаще при накусывании и жевании, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней и более;

- ощущение дискомфорта, появление отечности окружающих тканей в области пролеченного зуба, лица, продолжающегося от нескольких часов до нескольких дней и более;

- трещины губ, углов рта, вследствие длительного нахождения с открытым ртом в процессе лечения;

- воспаление межзубного сосочка, маргинального края десны после постановки пломбы в придесневой области, проявляющееся в виде отека, покраснения, кровоточивости;

- резорбции межзубной перегородки, появлению костного кармана;

- скол стенки зуба, перелом зуба;

- индивидуальные аллергические реакции, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, не выявленные вами ранее как во время, так и после лечения;

- возможность изменения цвета пломбы, особенно в случаях употребления в пищу в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества (кофе, крепкий чай, свекла и т.д.), использование яркой помады;

- рецидивирующий или вторичный кариес (формирование кариозной полости рядом с пломбой);

- после первичного лечения корневых каналов зубов возможно развитие воспалительного процесса в окружающих зуб тканях (возникновение гранулем, кист), при повторном лечении обострение и прогрессирование уже имеющегося воспалительного процесса, что связано с невозможностью полного удаления инфекции из корневых каналов зубов;

- расхождение в цвете пломбы и эмали зуба, проявляющейся со временем;

- просвечивание стыка пломбирочного материала и здоровых тканей зуба через тонкую эмалевую стенку;

- ограниченное открывание полости рта.

**Предполагаемым результатом эндодонтического лечения (лечения корневых каналов) является:**

- санация кариозного очага в зубе и окружающих зуб тканях, замедление прогрессирование кариозного процесса, восстановление анатомической формы зуба, восстановление функции жевания, эстетики;

- обострение хронического процесса в окружающих зуб тканях в любой момент времени, как во время лечения, так и через некоторое время после окончания лечения.

### **3 . Профессиональной гигиены полости рта**

Методика профессиональной гигиены полости рта включает в себя:

- проведение рентгенологического исследования (по необходимости);

- проведение местного обезболивания (в зависимости от количества зубных отложений, давности и причины их возникновения, степени чувствительности пациента с применением инъекционной обезболивающей блокады или обработки слизистой оболочки полости рта обезболивающим гелем);

- изоляция зубов от слюны латексной завесой (наложение коффердама);

- удаление над и поддесневого зубного камня при помощи ультразвукового скелера, который воздействует на зубной камень микровибрациями;

- после того как зубной камень удален, требуется очистить зубы от мягкого зубного налета. Для этого применяют специальный пескоструйный аппарат, который под большим давлением подает на зубы аэрозоль из мелкодисперстной взвеси соды и воды, этот состав активно удаляет налет и поверхностную пигментацию, а также слегка шлифует зубную эмаль.

- после того, как твердые зубные отложения удалены, а налет снят, поверхность зубов полируется при помощи специальной абразивной пасты и специальных щеточек, полиров;

- последний этап покрытие зубов фтористым препаратом (аппликации фтористого препарата с использованием индивидуальных ложек), который обволакивает зубы и предотвращает повышенную чувствительность зубов после проведенной процедуры.

**Возможные осложнения и негативны последствия, которые могут возникнуть как вовремя, так и после проведения профессиональной гигиены полости рта:**

***Во время проведения*** профессиональной гигиены полости рта:

- временный дискомфорт, болевые ощущения, отек десны и мягких тканей, кровотечение, натяжением губ и уголков рта с последующим их растрескиванием;

- механическое повреждение слизистой оболочки полости рта;

- выпадение дефектных пломб с нарушенным краевым прилеганием;

- расцементирование и повреждение несостоятельных ортопедических конструкций;

- обнаружение скрытых кариозных полостей, дефектов эмали зубов – шероховатость, пористость, пигментации, после очищение зубов от налета и зубного камня.

***После лечения:***

- временное ограничение открывания рта;

- временный дискомфорт во время приема пищи, повышенная чувствительность зубов от химических, термических раздражителей, отек десны и мягких тканей, болевые ощущения в деснах, образование гематом, кровотечение в течение нескольких дней после завершения процедуры;

- появление или усиление подвижности зубов, обнажение корней зубов, рецессия (убыль десны в области шеек зубов и искусственных коронок);

- становятся более видимыми промежутки между зубами (ранее скрытые зубным камнем), особенно в пришеечной области;

- индивидуальные аллергические реакции, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, не выявленные вами ранее как во время, так и после лечения.

### **Предполагаемый результат проведения профессиональной гигиены полости рта заключается**

- в удалении всех видов зубных отложений с поверхности зубов, что позволяет зубам приобрести здоровый вид;

- замедление прогрессирования заболеваний пародонта (десен).

## **5 . Пародонтологическое лечение**

Видами лечения заболеваний пародонта являются:

### ● *консервативные (терапевтические) методы*

– профессиональная гигиена полости рта (снятие мягких и твердых зубных отложений, шлифование, полирование зубов, покрытие зубов реминерализующими препаратами);

- медикаментозная обработка пародонтальных карманов растворами антисептиков, аппликации мазей и лекарственных пленок; вектор-терапия; закрытый кюретаж пародонтальных карманов (удаление патологических тканей из пародонтальных карманов без проведения разреза десны); местная противовоспалительная терапия;

- шинирование зубов (объединение нескольких зубов или всего зубного ряда челюсти в единую систему с помощью стекловолокон, композитного материала; избирательное пришлифовывание зубов (выявление и устранение завышающих контактов при помощи бормашины);

### ● *хирургические методы:*

– открытый кюретаж пародонтальных карманов (лоскутная операция, обезболивание, разрез десны, отслоение лоскута с целью удаления поддесневых зубных отложений и патологических тканей, наложение швов); наращивание костной ткани (заполнение дефекта собственной костью или костнопластическим материалом); пластика рецессии десны, направленная на закрытие обнаженных корней зубов и т.д.

Хирургическое лечение в отличие от консервативных методик позволяет полностью удалить зубные отложения и патологически измененную ткань из глубоких пародонтальных карманов.

**Возможные осложнения и негативные последствия, которые могут возникнуть как во время, так и после проведения пародонтологического лечения:**

***Во время*** проведения пародонтологического лечения:

- временный дискомфорт, болевые ощущения, отек десны и мягких тканей, кровотечение, натяжением губ и уголков рта с последующим их растрескиванием;
- механическое повреждение слизистой оболочки полости рта;
- выпадение дефектных пломб с нарушенным краевым прилеганием;
- расцементирование и повреждение несостоятельных ортопедических конструкций; отторжение имплантатов;
- обнаружение скрытых кариозных полостей, дефектов эмали зубов – шероховатость, пористость, пигментации, после очищения зубов от налета и зубного камня.

***После лечения:***

- повышение температуры тела, незначительное общее недомогание, ограничение открывание рта;
- временный дискомфорт во время приема пищи, повышенная чувствительность зубов от химических, термических раздражителей, кровоточивость, отек и припухлость десны и мягких тканей, болевые ощущения в деснах, образование гематом, кровоизлияния в мягкие ткани; расхождение шовного материала, кровотечение в течение нескольких дней после завершения процедуры;
- возникновение воспалительных, инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис);
- появление или усиление подвижности зубов, обнажение корней зубов, рецессия (убыль десны);
- становятся более видимыми промежутки между зубами (ранее скрытые зубным камнем), особенно в пришеечной области;
- индивидуальные аллергические реакции, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, не выявленные вами ранее как во время, так и после лечения;
- после приема антибактериальных, антигистаминных и др. лекарственных препаратов нарушение витаминного, иммунологического баланса, нарушение состава кишечной микрофлоры;
- дальнейшее прогрессирование инфекционного процесса в разные периоды времени после проведенного лечения (усиление подвижности зубов, что повлечет их удаление; дальнейшее снижение жевательной эффективности; эстетические нарушения; гнойные осложнения), либо переход локализованной формы процесса в генерализованную.

**Возможным исходом проведения пародонтологического лечения является:**

- улучшение/стабилизация ситуации полости рта – уменьшение/устранение кровоточивости, отечности, покраснения десен, гноетечения, подвижности зубов;

- кратковременный положительный результат от лечения;
- переход локализованной формы патологического процесса в генерализованную форму;
- переход острой стадии патологического процесса в хроническую стадию (ремиссия);
- дальнейшее прогрессирование инфекционного процесса, отсутствие эффекта от лечения.

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

### 1. Хирургическое вмешательство - операции удаления зуба

Методика операции удаления зуба включает в себя:

- проведение рентгенологического исследования (по потребности) с целью уточнения диагноза, определения расположения корней зуба в челюсти, их количество, форму, размер, степень расхождения или сращения, положение зуба; оценка размеров воспалительного процесса в костной ткани. В ряде случаев, необходима компьютерная томограмма зубочелюстной системы для более детального исследования, определения расположения корней зубов к дну гайморовой пазухи, каналу нижнечелюстного нерва, с дном полости носа;
- профессиональная гигиена полости рта; удаление зубных отложений с зубов, подлежащих удалению и расположенных рядом;
- обезболивание (местная анестезия);
- специальным инструментом отделяют круговую связку от шейки зуба и десну от края альвеолы;
- наложение щипцов (щечки щипцов раскрывают настолько, чтобы коронка зуба могла поместиться между ними), продвигают их вдоль корня зуба под десну, смыкают щипцы (зуб должен быть надежно зафиксирован), вывихивание зуба (маятникообразными движениями вперед-назад), вращают зуб вдоль продольной оси, после потери связи зуба с альвеолой, извлекают зуб из лунки, проводят кюретаж лунки при необходимости (удаляют патологически измененные ткани, костные остатки, опилки), хирургической фрезой сглаживают острые края лунки (по показаниям);
- медикаментозная обработка раны (по показаниям);
- закладывание в лунку лекарственного препарата (по показаниям); сдавливают края лунки марлевым тампоном; ушивают лунку шовным материалом (по показаниям).

**Возможные осложнения, риски и негативные последствия, которые могут возникнуть как вовремя, так и после хирургического вмешательства – операции удаления зуба:**

**Во время** хирургического вмешательства – операции удаления зуба:

- психоэмоциональное напряжение пациента, вызванное страхом перед хирургическим вмешательством;
- натяжение уголков рта с последующим их потрескиванием;
- перелом коронки или корня удаляемого зуба;

- перелом/вывих соседнего зуба(ов) (в случаях, когда соседний зуб значительно поражен кариозным процессом или недостаточно устойчив);
- проталкивание корня в мягкие ткани;
- повреждение пломб на соседних зубах, вследствие их неудовлетворительного состояния, нарушении краевого прилегания, требующих замены;
- повреждение ортопедических конструкций на соседних зубах, зубах антагонистах, вследствие их несостоятельности и требующих замены;
- повреждение десны и мягких тканей полости рта, языка;
- отлом участка альвеолярного отростка;
- во время операции удаления зуба мудрости на нижней челюсти может происходить отлом язычной стенки альвеолы, а при удалении зуба мудрости верхней челюсти отрыв заднего отдела альвеолярного отростка, иногда с бугром верхней челюсти;
- вывих, подвывих височно-нижнечелюстного сустава;
- перелом нижней челюсти;
- прободение (перфорация) дна верхнечелюстной пазухи при операции удаления верхних коренных зубов;
- проталкивание зуба в верхнечелюстную пазуху;
- аспирация зуба или корня зуба в дыхательные пути;
- кровотечение из лунки; кровотечение из мягких тканей полости рта при повреждении;
- во время операции удаления нижних жевательных зубов повреждение сосудов и нижнего альвеолярного нерва;

**После** хирургического вмешательства – операции удаления зуба:

- болевые ощущения в области манипуляции; в области соседних зубов, неприятные ощущения в месте проведения операции, чувство жжения, дискомфорт;
- общее недомогание, повышение температуры тела, увеличение лимфатических узлов;
- ограничение открывание рта в течение нескольких дней или недель;
- появление/сохранение или увеличение припухлости за счет отека мягких тканей;
- контрактура жевательных мышц, временное нарушение жевательной функции, речи, боли при глотании;
- кровотечение, образование гематомы, как в мягких тканях полости рта, так и на лице;
- возникновение онемения, как в области хирургического вмешательства, так и смежных областях;
- возможна индивидуальная аллергическая реакция на материалы и лекарственные препараты, не проявляющаяся ранее;
- формирование рубца в месте хирургического вмешательства;
- альвеолит (воспаление стенок лунки удаленного зуба);
- онемение языка, губ, подбородка, нижней челюсти при непосредственной близости зоны хирургического вмешательства к нижнечелюстному каналу;
- отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта;

- ограниченный остеомиелит лунки удаленного зуба;
- возникновение воспалительных, инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис);
- экзостозы (костные выступы), обнажение острых краев альвеолы;
- расхождение шовного материала.

Предполагаемым результатом хирургического вмешательства – операции удаления зуба является -

санация одонтогенного очага инфекции в полости рта, предупреждение прогрессирования воспалительных, инфекционных осложнений, подготовка полости рта к дальнейшему протезированию с целью восстановления в полном объеме жевательной функции, речи и эстетики.

## **2. Проведение хирургического вмешательства - операции дентальной имплантации**

Операция дентальной имплантации может быть проведена 2 способами:

- отсроченная операция имплантация, в случаях наличия воспалительных процессов в костной ткани, на первом этапе проводят операцию удаления зуба, второй этап после регенерации костной ткани операцию дентальной имплантации.

- одномоментная имплантация, в случаях отсутствия воспалительных процессов в костной ткани, одновременно проводят операцию удаления зуба и установку имплантата в лунку удаленного зуба.

**Методика операции дентальной имплантации включает в себя:**

- местное обезболивание;

- имплантат представляет собой винт, который производится по специальной технологии из высокопрочного титанового сплава (циркония) и заменяет «корень» зуба. После обезболивания производится разрез слизистой оболочки в месте установления имплантата, при помощи специальных стоматологических сверл и физиодиспенсера (подающего к операционному полю физиологический раствор для его охлаждения) в костной ткани делается отверстие, в которое устанавливается сам имплантат, затем закрывается винтом- заглушкой, проводится остановка кровотечения, медикаментозная обработка и рана ушивается.

Длительность данного этапа будет зависеть от количества, устанавливаемых имплантатов, индивидуальных особенностей организма пациента, обычно от 40 минут до 1, 5 часов;

- через 7-10 дней проводится осмотр раневой поверхности врачом хирургом, при благоприятном заживлении, отсутствии признаков воспалительного процесса медикаментозная обработка, снятие швов;

- следующий этап – остеоинтеграции (приживание) имплантата. На нижней челюсти она идет чуть быстрее 3-4 месяцев, так как на нижней челюсти кость более плотная. На верхней челюсти – 5-6 месяцев здесь кость менее плотная;

- после полной остеоинтеграции имплантата проводится хирургическое вмешательство раскрытие имплантата и установление формирователя десны. Для этого после местного обезболивания, с помощью стоматологического зонда

определяют место внутрикостного элемента (имплантата), иссекается слизистая оболочка, через полученное небольшое отверстие винт-заглушку выкручивают, промывают антисептическим раствором резьбовой канал имплантата, вкручивают формирователь десны и накладывают швы, повторная медикаментозная обработка. Процесс формирования профиля прорезывания десневого края происходит в течение 2-х недель до месяца;

- через 7-10 дней проводится осмотр раневой поверхности врачом хирургом, при благоприятном заживлении, отсутствии признаков воспалительного процесса медикаментозная обработка, снятие швов;

- ортопедический этап после окончания этапа формирования профиля прорезывания десневого края.

**Возможные осложнения, риски и негативные последствия, которые могут возникнуть как вовремя, так и после операции дентальной имплантации:**

**Во время** проведения операции дентальной имплантации:

- психоэмоциональное напряжение пациента, вызванное страхом перед хирургическим вмешательством;

- натяжение уголков рта с последующим их потрескиванием;

- проникновение бора (стоматологического сверла) за границы верхнечелюстной пазухи или боковых/нижних слоев нижней челюсти (пенетрация);

- проталкивание имплантата в верхнечелюстную пазуху с нарушением целостности слизистой оболочки пазухи;

- травма нижнечелюстного нерва в результате повреждения стенки нижнечелюстного канала, что приведет к онемению и потери чувствительности губы, языка, щеки – по отдельности или всех частей челюсти вместе;

- кровотечение;

- повреждение десны и мягких тканей полости рта, языка;

- вывих, подвывих височно-нижнечелюстного сустава;

- травма соседних зубов, ортопедических конструкций рядом стоящих, так и на противоположной челюсти;

- перегрев костных тканей в результате механической работы бором, стоматологическими сверлами;

- недостаточная первичная остеоинтеграция (фиксация) имплантата;

- перелом верхней, нижней челюсти;

- аллергическая реакция на медицинские изделия и медицинские препараты, проявляющаяся в виде обморока, анафилактического шока и т.п., что потребует прекращения дальнейшего проведения операции;

- аспирация дыхательных путей инородным телом.

**После** хирургического вмешательства – операции дентальной имплантации:

- болевые ощущения разной степени интенсивности в области манипуляции; в области соседних зубов, неприятные ощущения в месте проведения операции, чувство жжения, дискомфорт, которые могут сохраняться до нескольких недель;

- общее недомогание, повышение температуры тела, увеличение лимфатических узлов, нарушение функции жевания, глотания, речи;
- ограничение открывания рта в течение нескольких дней или недель;
- появление припухлости за счет отека мягких тканей, как на лице, так и в области проведенной операции;
- формирование соустья между гайморовой пазухой и полостью рта;
- контрактура жевательных мышц, временное нарушение жевательной функции, речи, боли при глотании;
- кровотечение, образование гематомы, как в мягких тканях полости рта, так и на лице;
- возникновение онемения, как в области хирургического вмешательства, так и смежных областях (языка, губ, подбородка, нижней челюсти);
- возможна индивидуальная аллергическая реакция на материалы и лекарственные препараты, не проявляющаяся ранее;
- формирование рубца в месте хирургического вмешательства;
- возникновение воспалительных, инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис);
- расхождение шовного материала.

**Осложнения во время остеоинтеграции (приживления) имплантата, риски:**

- периимплантит (воспаление костной ткани, окружающей имплантат);
- появление свищевого хода в области установленного имплантата, неприятный запах изо рта;
- отторжение имплантата, может быть обусловлено плохой фиксацией имплантата в костной ткани, слабостью костной ткани и неприятием инородного тела организмом.

**Предполагаемым положительным результатом хирургического вмешательства операции дентальной имплантации является –**

остеоинтеграция (приживление) установленных имплантатов в костной ткани челюсти, последующее протезирование ортопедическими конструкциями с опорой на имплантаты с целью восстановления в полном объеме жевательной функции, речи и эстетики, предупреждении развития заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц и т.п.

**3. Хирургическое вмешательство**

Методики возможных вариантов хирургического вмешательства включают в себя:

- иссечение слизистого капюшона (перикоронаротомия), затрудняющего прорезывание зубов мудрости на нижней челюсти, это чаще наблюдается при неправильном расположении зачатка зуба или нехватки места в челюсти. Такой процесс всегда сопровождается воспалительным процессом. Хирургическое вмешательство заключается в местном обезболивании, иссечении слизистой оболочки над зубом, остановки кровотечения, антисептической обработки раны, может быть установлен дренаж.

- вскрытие подслизистого или поднадкостничного абсцесса, это воспалительный процесс локализуется под слизистой оболочкой или под надкостницей альвеолярного отростка или тела челюсти. Причинами такого процесса может быть: альвеолит (воспаление лунки удаленного зуба), пародонтит (воспаление десны вокруг зуба), периодонтит (воспаление тканей, окружающих зуб), нагноившаяся киста челюсти, перенесенные инфекционные заболевания, травмы зубов, переломы челюстей, ревматоидные заболевания, осложнения после сложных операций удаления зуба и т.д. Хирургическое вмешательство заключается в местном обезболивании, разрезе мягких тканей и надкостницы, эвакуации гнойного экссудата, промывании раны антисептическими растворами, остановки кровотечения, антисептической обработке раны, возможно дренировании раны;

- удлинение коронковой части зуба при низких клинических коронках зубов и сниженном прикусе для создания условий дальнейшего протезирования. Хирургическое вмешательство заключается в местном обезболивании, разрезе мягких тканей, отслоении слизисто-надкостничного лоскута, удалении, при необходимости, незначительной части костной ткани вокруг шейки зуба с последующим расположением лоскута в новом положении, остановка кровотечения, антисептическая обработка раны, ушивание;

- хирургическая коррекция десневого края при сколе стенки зуба ниже уровня десны для создания условий последующего протезирования заключается в местном обезболивании, отсечении слизистой оболочки десны в области скола, остановка кровотечения, антисептическая обработка раневой поверхности, рана заживает вторичным натяжением;

- снятие швов после хирургического вмешательства (операции имплантации, операции удаления зуба, установки формирователей десны и т.п.). Хирургическое вмешательство заключается в антисептической обработке поверхности, удалении шовного материала стерильными хирургическими ножницами и пинцетом, повторная антисептическая обработка;

- пластика уздечки языка, верхней, нижней губы заключается в местном обезболивании, разрезе мягких тканей, отслоении и перемещении слизистого лоскута, остановка кровотечения, антисептическая обработка, ушивание;

- установка формирователей десны после операции имплантации с целью создания ровного десневого контура для дальнейшего протезирования. Хирургическое вмешательство заключается в местном обезболивании, разрезе слизистой оболочки в области установленного имплантата, остановка кровотечения, антисептической обработке, выкручивание заглушки из имплантата, установке формирователя десны, повторной антисептической обработке, возможно наложение швов;

- удаление экзостозов (костных выступов), которые являются индивидуальными анатомическими особенностями пациента или образуются позже, такие выступы покрыты тонкой слизистой оболочкой, которая травмируется при протезировании съемными протезами, поэтому требуют удаления при изготовлении определенных видов ортопедических конструкций.

**Хирургическое вмешательство заключается в** местном обезболивании, разрезе над костным выступом, отслаивании слизисто-надкостничного лоскута, спиливании специальными хирургическими фрезами костного выступа, полировании участка кости, остановке кровотечения, антисептической обработке, укладывании на место лоскута, повторной антисептической обработке, ушивании раны;

- удалении острых краев альвеолы (альвеолэктомия), подобная ситуация может возникнуть при удалении нескольких зубов рядом стоящих, наличие острых краев замедляет заживление лунки после операции удаления зуба.

**Хирургическое вмешательство заключается в** местном обезболивании, разрезе над выступающим острым краем, отслаивание слизисто-надкостничного лоскута, удаление/спиливание острых краев альвеолы, остановке кровотечения, антисептической обработке, укладывание на место лоскута, повторной антисептической обработке, ушивании раны;

- кюретаж лунки после операции удаления зуба при развитии альвеолита (воспалительный процесс, возникающий при присоединении бактериальной инфекции, травме лунки, отсутствии кровяного сгустка, несоблюдении пациентом правил гигиены послеоперационной раны (попадании пищи)).

**Хирургическое вмешательство заключается в** местном обезболивании, вымывании из лунки ее содержимое (остатки кровяного сгустка, остатки пищи, слюну, гной) шприцом с антисептическим раствором, кюретажной ложкой с осторожностью выскабливаются стенки лунки, повторно проводится антисептическая обработка лунки, высушивание лунки стерильным тампоном, накладывается специальная повязка;

- закрытый кюретаж пародонтальных карманов проводится при заболеваниях пародонта, при незначительной глубине пародонтальных карманов.

**Хирургическое вмешательство заключается в** местном обезболивании, выскабливании специальными кюретами содержимого пародонтального кармана (зубных отложений, грануляционной ткани, некротизированного цемента), остановка кровотечения, антисептическая обработка, накладывается защитная десневая повязка;

- открытый кюретаж пародонтальных карманов заключается в местном обезболивании, производятся разрезы десны вокруг шеек зубов, отслаиваются слизисто-надкостничные лоскуты с обеих сторон зубного ряда, затем с помощью пародонтальных кюрет удаляются зубные отложения, грануляции, некротизированный цемент, остановка кровотечения, антисептическая обработка, может быть подсадка костного материала, слизисто-надкостничные лоскуты укладываются на место, подшиваются в области межзубных сосочков, накладывается защитная десневая повязка.

**Возможные осложнения, риски и негативные последствия, которые могут возникнуть как вовремя, так и после хирургического вмешательства:**

**Во время** хирургического вмешательства:

- психоэмоциональное напряжение пациента, вызванное страхом перед хирургическим вмешательством;

- натяжение уголков рта с последующим их потрескиванием;
- повреждение десны и мягких тканей полости рта, языка;
- вывихивание подвижного зуба(ов) при выполнении кюретажа пародонтальных карманов;
- перелом/вывих соседнего зуба(ов);
- повреждение пломб на зубах (соседних зубах), вследствие их неудовлетворительного состояния, нарушении краевого прилегания, требующих замены;
- повреждение ортопедических конструкций на зубах (соседних зубах), зубах антагонистах, вследствие их несостоятельности и требующих замены;
- вывих, подвывих височно-нижнечелюстного сустава;
- кровотечение из лунки; кровотечение из мягких тканей полости рта при повреждении;

**После** хирургического вмешательства:

- болевые ощущения в области манипуляции; в области соседних зубов, неприятные ощущения в месте проведения операции, чувство жжения, дискомфорт;
- общее недомогание, повышение температуры тела, увеличение лимфатических узлов;
- ограничение открывание рта в течение нескольких дней или недель;
- появление/сохранение или увеличение припухлости за счет отека мягких тканей;
- контрактура жевательных мышц, временное нарушение жевательной функции, речи, боли при глотании;
- кровотечение, образование гематомы, как в мягких тканях полости рта, так и на лице;
- возникновение онемения, как в области хирургического вмешательства, так и смежных областях;
- возможна индивидуальная аллергическая реакция на материалы и лекарственные препараты, не проявляющаяся ранее;
- формирование рубца в месте хирургического вмешательства;
- онемение языка, губ, подбородка, нижней челюсти при непосредственной близости зоны хирургического вмешательства к нижнечелюстному каналу;
- отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта;
- возникновение воспалительных, инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис);
- расхождение шовного материала.

### **Предполагаемым результатом хирургического вмешательства**

является - санация одонтогенного очага инфекции в полости рта, предупреждение прогрессирования воспалительных, инфекционных осложнений, подготовка полости рта к дальнейшему протезированию с целью восстановления в полном объеме жевательной функции, речи и эстетики.

## **3. Проведение операции синус-лифтинга**

Методика операции синус-лифтинга включает в себя:

- местное обезболивание;
- хирургическое вмешательство различается от типа синус-лифтинга.

Типы синус-лифтинга: открытый, закрытый, гидравлический:

Закрытый синус-лифтинг проводится в случаях, когда объем костной ткани до дна гайморовой пазухи составляет 7-8 мм. Выполняется в случаях, когда последующая дентальная имплантация требует увеличение высоты костной ткани на небольшую величину, не более 3-4 мм. В процессе такой операции:

- создается небольшое цилиндрическое отверстие в том месте, где в дальнейшем будет установлен дентальный имплантат;
- с помощью специального инструмента проводится перемещение дна гайморовой пазухи и освобождается пространство для заполнения гранулированным костнопластическим материалом. В результате этого дно гайморовой пазухи становится выше и имплантат устанавливается в подготовленное отверстие, раневая поверхность ушивается.

Открытый синус-лифтинг – операция проводится в случаях значительной нехватки объема костной ткани в боковых отделах верхней челюсти (увеличение объема костной ткани более чем на 3-4 мм).

Включает в себя следующие этапы:

- разрез слизистой оболочки, отслоение слизисто-надкостничного лоскута;
- с помощью специальных инструментов создается отверстие в проекции гайморовой пазухи;
- слизистая оболочка в области дна гайморовой пазухи отодвигается, между слизистой оболочкой и образовавшейся полостью укладывается коллагеновая мембрана, остальное пространство заполняется костнопластическим материалом;
- вопрос возможности одновременной дентальной имплантации решается врачом индивидуально в каждом конкретном случае, зависит от множества анатомических факторов;
- рана ушивается.

Гидравлический синус-лифтинг – щадящий вариант закрытого синус-лифтинга. В этом случае для снижения риска разрыва слизистой оболочки гайморовой пазухи используется специальный аппарат.

Включает в себя следующие этапы:

- создается небольшое цилиндрическое отверстие в том месте, где в дальнейшем будет установлен дентальный имплантат;
- устанавливается специальный тонкий драйвер-мандрен, фиксируется к слизистой оболочки гайморовой пазухи муфтой; устанавливается специальный баллон в ближайшее к мембране пространство;
- нагнетается контрастное вещество в баллон под определенным давлением и под контролем внутривидеовизионных рентгеновских снимков, получаем пространство для костного материала;
- установка дентального имплантата в заранее подготовленное ложе, раневая поверхность ушивается.

**Возможные осложнения, риски и негативные последствия, которые могут возникнуть как во время, так и после операции синус-лифтинга:**

***Во время*** проведения операции синус-лифтинга:

- психоэмоциональное напряжение пациента, вызванное страхом перед хирургическим вмешательством;
- натяжение уголков рта с последующим их потрескиванием;
- проникновение бора (стоматологического сверла) за границы верхнечелюстной пазухи;
- повреждение слизистой оболочки гайморовой пазухи;
- проталкивание имплантата в верхнечелюстную пазуху с нарушением целостности слизистой оболочки пазухи;
- кровотечение;
- повреждение десны и мягких тканей полости рта, языка;
- вывих, подвывих височно-нижнечелюстного сустава;
- травма соседних зубов, ортопедических конструкций рядом стоящих, так и на противоположной челюсти;
- перегрев костных тканей в результате механической работы бором, стоматологическими сверлами;
- перелом верхней, нижней челюсти;
- аллергическая реакция на медицинские изделия и медицинские препараты, проявляющаяся в виде обморока, анафилактического шока и т.п.;
- аспирация дыхательных путей инородным телом.

***После*** операции синус-лифтинга:

- болевые ощущения разной степени интенсивности в области манипуляции; в области соседних зубов, неприятные ощущения в месте проведения операции, чувство жжения, дискомфорт;
- инфицирование и, как следствие, воспалительный процесс в области гайморовой пазухи;
- утрата костного материала, экспозиция (смещение) барьерной мембраны, что потребует дополнительного хирургического вмешательства по ее удалению;
- общее недомогание, повышение температуры тела, увеличение лимфатических узлов, нарушение функции жевания, глотания, речи;
- ограничение открывания рта в течение нескольких дней или недель;
- появление припухлости за счет отека мягких тканей, как на лице, так и в области проведенной операции;
- формирование соустья между гайморовой пазухой и полостью рта;
- контрактура жевательных мышц, временное нарушение жевательной функции, речи, боли при глотании;
- кровотечение, образование гематомы, как в мягких тканях полости рта, так и на лице;
- гнойные отделения из раны или полости носа;
- возникновение онемения, как в области хирургического вмешательства, так и смежных областях (языка, губ, подбородка, нижней челюсти);

- возможна индивидуальная аллергическая реакция на материалы и лекарственные препараты, не проявляющаяся ранее;
- формирование рубца в месте хирургического вмешательства;
- возникновение воспалительных, инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис);
- расхождение шовного материала.

**Предполагаемым положительным результатом хирургического вмешательства – операции синус- лифтинга является –**

увеличение необходимого объема костной ткани на верхней челюсти с целью дальнейшей остеоинтеграции (приживление) имплантатов в костной ткани челюсти, последующее протезирование ортопедическими конструкциями с опорой на имплантаты с целью восстановления в полном объеме жевательной функции, речи и эстетики, предупреждении развития заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц и т.п.

### ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Стоматологическое ортопедическое лечение проводится с целью устранения дефектов зубных рядов, восстановления распределения жевательного давления, профилактики нарушения прикуса, профилактики морфологических и функциональных нарушений в организме пациента, а также восстановления эстетики зуба.

Протезирование является заключительным этапом ортопедического лечения, Для эффективности которого на первом этапе может потребоваться проведение терапевтической и хирургической санации, а также иные лечебные мероприятия, а именно: депульпирование, сошлифовывание зубов,

Коррекция прикуса, устранение парафункции мышц, лечение височнонижнечелюстных суставов, хирургические (коррекция альвеолярного гребня, пластика тяжей, уздечек и проч.) и пародонтологические вмешательства.

В ходе лечения может потребоваться рентгенографическое исследование.

Показаниями к протезированию зубов являются значительное разрушение коронки зуба вследствие кариеса или травмы, иные обширные дефекты зуба, не позволяющие провести его реставрацию, повышенная стираемость зубов.

#### 1. Полная или частичная потеря зубов.

Противопоказаниями к протезированию зубов являются отсутствие надлежащей гигиены сохранившихся зубов, наличие острых заболеваний, в том числе заболеваний полости рта, выраженный остеопороз, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой, иммунной системы, болезни крови, заболевания костной ткани, онкологические заболевания, туберкулез, венерические заболевания.

Протезирование может проводиться в несколько этапов, включающих снятие слепка зуба с установкой пациенту временной пластмассовой конструкции, изготовление коронковой части зуба в зуботехнической лаборатории, последующую фиксацию коронковой части зуба специальным стоматологическим цементом.

При существенном разрушении зуба применяется метод восстановления зуба посредством микропротезирования зубными вкладками, восполняющими недостающую часть зуба, изготовленными в зуботехнической лаборатории. При наличии дефектов наружной поверхности зубов применяется метод восстановления зуба при помощи виниров - тонких фарфоровых пластинок, изготовленных в зуботехнической лаборатории по снятому с зубов слепку, фиксируемых на поврежденный зуб цементом; при этом перед установкой винира поверхность зуба подлежит обработке (обтачиванию) и протравливанию.

**В ходе ортопедического лечения возможны следующие осложнения, не являющиеся недостатками оказания медицинской услуги:**

ощущение дискомфорта после лечения, неприятные ощущения при жевании в области отреставрированного зуба, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней, отёчность лица или десны в области отреставрированного зуба, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше, тризм (ограниченное открывание рта), продолжающийся от нескольких дней и дольше, в очень редких случаях возможно возникновение воздушной эмфиземы – проникновение воздуха в мягкие ткани, кроме того,

возможно наступление иных осложнений, обусловленных индивидуальными особенностями организма пациента.

Протезирование зубов осуществляется посредством применения съемного и несъемного методов протезирования зубов.

К несъемным протезам относят одиночные зубные коронки и мостовидные протезы.

*Изготовление зубных коронок* показано при значительном разрушении зуба, сильном поражении зуба кариесом, поломке и истирании зуба с сохранением корня и части коронки зуба. Перед восстановлением зуба с помощью зубной коронки показаны санация ротовой полости, а также обтачивание зуба под коронку по высоте и по форме. Зубные коронки могут быть изготовлены из

пластмассы, металла, металлокерамики, керамики, диоксида циркония. При этом необходимо учитывать, что керамические и металлокерамические зубные коронки могут изнашивать соприкасающийся с ними зуб и изнашиваться сами.

Критерием качества изготовления зубной коронки является восстановление анатомической формы зуба для осуществления его основной функции. Конструктивной особенностью зубной коронки является не соответствие физико-химических характеристик материалов, из которых она состоит и тканей зуба, что может приводить к субъективному восприятию цвета коронки, как отличающегося от тканей зуба.

Альтернативным методом протезирования при помощи зубных коронок является применение съёмного зубного протеза. С целью замещения одного отсутствующего зуба при сохранении и правильном расположении соседних зубов или замещения нескольких отсутствующих зубов применяется конструкция из нескольких коронок - мостовидный протез, закрепляемый на соседних опорных зубах, между которыми помещаются искусственные зубы.

Перед восстановлением зубов с помощью мостовидного протеза показано обтачивание опорных зубов под мостовидный протез по высоте и по форме.

**В ходе стоматологического лечения в объеме зубных коронок и мостовидных протезов, а также, после проведённого лечения возможны следующие осложнения, не являющиеся недостатками оказания медицинской услуги:**

- расцементирование временных коронок или мостовидных протезов;
- раскручивание фиксирующего винта в абатменте при протезировании с опорой на импланты, приводящее к подвижности коронки; изменение уровня десневого края как реакции на материал коронки; обнажение корня зуба, обладающего другими эстетическими характеристиками; сколы керамического покрытия в пределах слоя керамики без нарушения целостности конструкции.

## **2. Применение съёмного метода протезирования зубов показано при полной или частичной вторичной адентии (полном или частичном отсутствии зубов).**

Съёмное протезирование проводится посредством установки полных или частичных пластиночных или бюгельных протезов. Полное съёмное протезирование ортопедической конструкцией, удерживаемой во рту эффектом присасывания за счет анатомических выступов челюстей, показано при полной потере зубов (на одной или обеих челюстях).

Единственной альтернативой этому виду протезирования зубов является имплантация зубов.

При частичной вторичной адентии (отсутствии единичных зубов или группы зубов в зубном ряду) показано использование частичного съёмного протеза, также опирающегося на десну, но удерживаемого за сохранившиеся зубы проволочными крючками. Пластиночные протезы состоят из пластмассы, опираются только на альвеолярный гребень в связи с чем фиксация протезов во рту не является оптимальной.

Бюгельные конструкции состоят из металлической дуги, с закрепленными на ней элементами зубов, передающими жевательную нагрузку на десну, костную ткань челюстей и на опорные зубы через специальные крепления – кламмеры или аттачмены. У бюгельных зубных протезов с кламмерами удержание протеза на зубах осуществляется с помощью крючков, охватывающих опорные зубы и видных снаружи. Зубные протезы с аттачменами закрепляются при помощи замков, состоящих из двух элементов, один из которых находится внутри искусственного зуба или основания протеза, другой – на закрытом коронкой опорном зубе или в корне зуба.

Протезирование зубов с помощью бюгельного протеза показано при отсутствии нескольких последних зубов в зубном ряду. Обязательным условием для успешного протезирования бюгельным протезом является наличие нескольких крепко стоящих зубов; при полном отсутствии зубов указанный метод протезирования неприменим.

При утрате ряда жевательных зубов на одной стороне челюсти показано протезирование съёмными секторами или сегментами (односторонними протезами).

При потере одного жевательного зуба производится условно-съёмное протезирование посредством закрепления протеза на соседних опорных зубах с помощью металлических «лапок».

В ходе стоматологического лечения в объеме съёмного протезирования, а также, после проведённого лечения возможны следующие осложнения, не являющиеся недостатками оказания медицинской услуги: чувство дискомфорта и неудобства при использовании съёмного протеза;

образование потертостей на слизистой оболочке полости рта и требующих коррекции съёмного протеза в клинике; ухудшение фиксации и стабилизации протеза в полости рта, могущее привести к необходимости перебазировки съёмного протеза.

В качестве метода протезирования зубов при достаточном объеме здоровой кости и отсутствии противопоказаний к применению указанного способа стоматологического ортопедического лечения может применяться условно-съёмное протезирование на имплантатах.

Стоматологическое ортопедическое лечение в объеме протезирования зубов может включать несколько последовательных этапов, а именно: подготовительный этап, направленный на обследование пациента, оценку состояния зубов и десен, санацию ротовой полости, обточку опорных зубов для установки протеза, определение прикуса, снятие оттиска с зубов, определение цвета ортопедической конструкции, изготовление ортопедической конструкции в зуботехнической лаборатории, примерку и коррекцию конструкции, завершающую установку протеза на подготовленные зубы; при этом проведение каждого предыдущего этапа лечения служит гарантией успеха последующего и достижения положительного конечного результата.

Пациент вправе отказаться от стоматологического ортопедического лечения; при этом последствиями отказа могут быть: перелом зуба при отказе от изготовления коронки или вкладки после проведения эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функций речи, развитие заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, прогрессирование заболеваний пародонта, заболеваний желудочно-кишечного тракта и нервной системы.

Стоматологическое ортопедическое лечение требует строгого соблюдения этапов протезирования и сроков между этапами лечения с целью уменьшения вероятности переделки протеза. Сроки изготовления протезов могут увеличиваться при возникновении необходимости проведения хирургических вмешательств, при выявлении скрытых технологических дефектов;

кроме того, в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза.

Протезирование не имеет абсолютной гарантии качества результата даже при выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования вследствие специфики медицинского воздействия на организм пациента.

Поскольку зубочелюстная система подвергается возрастным и иным изменениям, которые могут проявиться в обнажении зуба, атрофии костной ткани челюстей, стираемости твёрдых тканей зубов, возможно возникновение необходимости коррекции, реставрации, переделки протеза; при этом время возникновения такой необходимости является индивидуальным для каждого пациента.

**Ношение протезов может привести** к раздражению десны при соприкосновении с твердым материалом протеза с последующим ее воспалением, отколу и поломке протеза, появлению в нем трещин, оголению металлического края коронки, появлению подвижности опорных зубов, что потребует их удаления и переделывания протеза с фиксацией на соседних зубах, изменению дикции, развитию протезного стоматита, активации рвотного рефлекса, невозможности достичь хорошей фиксации протеза из-за анатомических особенностей челюстей, изменению цвета, возникновению участков повышенной окклюзии, обострению хронических процессов в опорных зубах и др. Кроме того, следует учитывать, что полные пластинчатые съемные протезы необходимо подтачивать.

**В период проведения манипуляций в полости** рта (анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировки прикуса и проч.):

- возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных применяемых материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, появление чувства жжения, болезненности, дискомфорта, нарушения функций глотания, жевания и речи; при наличии в полости рта разнородных материалов могут возникнуть гальванические токи, вследствие возникновения которых могут появиться чувство жжения, болезненность, покраснение и отёчность слизистой оболочки полости рта;

-при наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затруднённой адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушения функций речи, жевания, глотания, переломов протезов.

Применяемое в ходе ортопедического лечения анестезиологическое пособие может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами оказания медицинской услуги – гематоме (кровоизлиянию) в месте укола, эрозии в месте укола, аллергической реакции на обезболивающее вещество (сыпь, отёку мягких тканей, анафилактическому шоку), токсической реакции на обезболивающее вещество (тошноте, головокружению, кратковременной потере сознания, нарушению координации).

Ортопедическое лечение требует регулярных осмотров у лечащего врача по индивидуально определённой графику. С целью профилактики развития болезненного воспаления десен необходим тщательный уход за зубными протезами, заключающийся в чистке зубных протезов зубной щеткой, соблюдении гигиены зубов и десен, полоскании рта.

Пациентам со съёмными протезами не рекомендуется употреблять вязкие и клейкие продукты (ириски, жевательные резинки и т.п.), твердую пищу, поскольку употребление указанных продуктов может обусловить поломку протеза. При наличии дискомфортных ощущений в полости рта необходимо обращение к врачу-стоматологу.

Необходимо строго следовать этапам протезирования, строго соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза. Протезирование, является своего рода вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволюционному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, сгораемости твердой ткани зубов.

Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволюционных процессов, и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Возникновение перечисленных осложнений (дискомфортных состояний) не является следствием некачественно оказанной услуги.

### **3. Ремонт ортопедической конструкции**

Самые качественные протезы, изготовленные из новейших стоматологических материалов, имеют определенный срок службы и со временем приходят в негодность. Также иногда под воздействием определенных внешних факторов происходит поломка протеза. В этом случае может быть выполнена починка конструкции или изготовлена

Починка конструкции может быть моментальной, ускоренной и отсроченной.

Ремонт зубных протезов – это техническая процедура восстановления внешнего вида, целостности и функциональности протезов.

Основные причины поломки протезов:

- наличие изначального дефекта конструкции, допущенного при изготовлении;
- нарушения технологии установки протеза;
- некачественный уход за протезом;
- чрезмерная жевательная нагрузка на протез;
- травма пациента;
- падение протеза на твердую поверхность;
- некачественный материал, из которого изготовлен протез;
- структурные изменения в опорных зубах (расшатывание, разрушение);
- трещины в конструкции могут привести к тому, что изделие раскалывается на несколько частей;

- острые края сломанных коронок могут травмировать ротовую полость, поэтому испорченный протез точно нуждается в срочном ремонте.

Также поломкам подвержены крепления различных видов протезов: кламмеры, замки или элементы телескопической фиксации.

Перебазировку протеза проводят в случаях, когда между основой протеза и деснами или зубами пациента образуются небольшие зазоры или щели, мешающие плотному прилеганию. Эта проблема может стать причиной изменения дикции, нарушения прикуса и травмирования мягких тканей, поэтому ремонт зубного протеза нужно провести как можно раньше.

Срочный ремонт съемных зубных протезов иногда не требует серьезных вмешательств и его проводят непосредственно в присутствии пациента. Обычно это касается ремонта акриловых зубных протезов. Если конструкция имеет металлические элементы, то на процедуру понадобится гораздо больше времени. Например, на ремонт металлокерамических зубных протезов может уйти более суток.

Наиболее сложным среди съемных конструкций считается *ремонт бюгельных зубных протезов*, так как в них достаточно много литых металлических элементов. Например, если отломилось литое плечо кламмера, то его придется заменить аналогичным гнутым элементом. Однако важно отметить, что при переломе дуги конструкции ремонт бюгельного протеза невозможен. Для коронок, вкладок и виниров характерны повреждения только в виде трещин, сколов, которые ликвидируют послойным наложением композитного материала. Также возможны изменения оттенка, корректируемые в ходе профессиональной чистки в условиях лаборатории.

У *мостовидных протезов* добавляются проблемы, характерные и для съемных изделий: потеря одной коронки в ряду, повреждение креплений, разрушение опорных зубов. Треснувшие, деформированные основы мостовидных протезов из кобальт-хрома сваривают специальным оборудованием. Если срочный ремонт съемных протезов может занимать 1-2 часа, то в случае с несъемными изделиями из-за их технической сложности он нередко затягивается на 1-2 дня.

При поломках основу акрилового протеза склеивают самотвердеющими стоматологическими смолами. *Ремонт нейлоновых протезов* выполняют специальными клеями и смолами.

При *ремонте металлокерамических протезов* поврежденное место обрабатывают веществом с повышенной адгезией, а затем в несколько слоев наносят керамический композитный материал.

Может также возникать необходимость *перебазировки конструкции*. Эта процедура довольно сложна, поэтому даже при срочном выполнении работ может занять более суток.

При возникновении проблем *с опорным зубом* ремонт практически никогда не производится, так как целиком меняется форма и конфигурация протеза. В этом случае снова снимают слепки и изготавливают новую конструкцию. Ремонтировать зубные протезы может только квалифицированный зубной техник.

Ремонтировать зубные протезы дома нецелесообразно и даже опасно. Непрофессиональное вмешательство может привести к изменению формы конструкции протеза, после чего его будет некомфортно носить. Причем ремонт дома даже трещины в зубном протезе может привести к проблемам с прикусом, дикцией, натиранию десен или расшатыванию опорных зубов.

После ремонта конструкция, так или иначе, утрачивает свою прочность, но при бережном обращении она сможет прослужить еще длительное время.

#### **Профилактика поломок бюгельных протезов**

- очищать, надевать и снимать протез над полотенцем или мягкой тканью, чтобы смягчить удар при возможном падении конструкции;

- не употреблять в пищу слишком твердые продукты (орехи, леденцы, лед), чтобы не испытывать функционал системы;

- профилактические осмотры у стоматолога должны быть минимум 1 раз в полгода. Специалист заметит возможный дефект и направит элемент на срочный ремонт.

Гарантия на ортопедические работы не распространяется:

- на втулки (матрицы) и перебазировку протеза,

- на ремонт зубных протезов, выполненных за пределами гарантийного срока;

- на любой ремонт протезов, изготовленных в других клиниках;

- при естественном износе матриц замковых съемных протезов;

- на установку временных ортопедических конструкций, при наличии подвижных зубов.

Перелом, трещина в пластмассовых деталях протеза или его металлических частях, приварка новых элементов – не относятся к гарантийным случаям и должны быть оплачены отдельно.

#### **IV. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

Назначение пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям.

Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования.

По назначению врача-стоматолога выполняются прицельные рентгенограммы зубов и периапикальных тканей. Цифровую рентгенографию зубов осуществляет врач-рентгенолог или рентгенолаборант в рентгенодиагностическом кабинете).

По клиническим показаниям в процессе стоматологического лечения дополнительно компьютерной томографии зубочелюстной системы до проведения стоматологического лечения.

На основании данных компьютерной томографии врач-стоматолог оценивает общее состояние зубочелюстной системы пациента, а также состояние височно-нижечелюстных суставов и верхнечелюстных пазух;

Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель.

Пациент может отказаться от рентгенологического обследования.

При отказе пациента от проведения необходимых рентгенологических обследований, врач-стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.

## **V.ОРТОДОНТИЯ**

### **1. Ортодонтическое лечение съёмной конструкцией**

Перед началом курса ортодонтического лечения необходимо произвести санацию полости рта и профессиональную гигиену полости рта. Одним из основных факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении мной правил гигиены полости рта возможно развитие воспалительных очагов инфекции в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба и мягкими тканями полости рта (кариес, пигментации эмали, пародонтит, гингивит).

Врач-ортодонт оставляет за собой право принятия решения о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при неудовлетворительной гигиене полости рта. Деньги за проведенный объем лечения не будут возвращены.

Ортодонтическая аппаратура – это инородное тело в полости рта. Привыкание к съёмной ортодонтической конструкции требует большого терпения и времени, в среднем это длится 1,5-2 месяца. До начала активного периода лечения проводится коррекция аппаратуры в местах наибольшего давления на поверхность слизистой оболочки полости рта. Деньги за съёмные ортодонтические аппараты, к которым пациенты не могут привыкнуть, не будут возвращены.

При назначении врачом-ортодонтом дополнительных аппаратов необходимо следовать всем рекомендациям врача. Привыкание требует большого терпения и времени, в среднем это может длиться от 1 до 3 недель. При невыполнении правил и сроков пользования вспомогательной аппаратурой возможно изменение плана лечения (смена аппаратов, удаление зубов). Деньги за аппараты, к которым пациент не смог привыкнуть по различным причинам, не возвращаются.

Во время привыкания к ортодонтической аппаратуре может возникать нарушение речеобразования.

Необходимо проводить активацию съёмных аппаратов строго в сроки, указанные врачом. Если пациент не производит активацию аппарата в назначенное время, врач имеет право завершить лечение на данном этапе без возмещения стоимости аппарата или лечения.

Перелом трещина, приваривание новых элементов в ортодонтических аппаратах не являются гарантийными случаями и должны быть оплачены отдельно.

Если в процессе активного лечения и в период пользования съёмными аппаратами пациент не выполняет рекомендаций врача, срок лечения может удлиниться, а результаты лечения могут быть менее эффективными.

При работе с пациентом в период его активного роста в некоторых случаях требуется повторное изготовление ортодонтического аппарата из-за роста костной ткани. В этом случае пациент оплачивает повторное изготовление аппарата.

## **2. Ортодонтическое лечение несъёмной конструкцией**

Перед началом курса ортодонтического лечения необходимо произвести санацию полости рта, профессиональную гигиену полости рта, реминерализующую терапию.

Одним из основных факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении правил гигиены полости рта возможно развитие воспалительных очагов инфекции в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба и мягкими тканями полости рта (кариес, пигментации эмали, пародонтит, гингивит). Врач-ортодонт оставляет за собой право принятия решения о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при неудовлетворительной гигиене полости рта. Деньги за проведенный объем лечения не будут возвращены.

Привыкание к несъёмной ортодонтической технике происходит в течение 10-14 дней. В это время могут возникать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти при пережевывании и откусывании пищи, натирание и слизистой оболочки губы и щеки. После периода адаптации все неприятные ощущения проходят.

Для нормализации прикуса может потребоваться удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти.

При возникновении заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз) необходимо проводить дополнительное лечение у врача-пародонтолога.

При ортодонтическом лечении возможно возникновение заболеваний периодонта, обусловленных скрытыми очагами инфекции, неудовлетворительным эндодонтическим лечением. Необходимо проводить лечение для устранения воспалительных очагов инфекции.

Во время привыкания к ортодонтической аппаратуре может возникать нарушение речеобразования.

Необходимо проводить активацию несъёмной ортодонтической техники строго в сроки, указанные врачом. Если пациент не производит активацию аппарата в назначенное время, врач имеет право завершить лечение на данном этапе без возмещения стоимости аппарата или лечения.

После окончания активного периода лечения носить ретенционный аппарат в течение всего периода, необходимого для закрепления результата лечения. В противном случае может развиваться рецидив патологии прикуса.

Контроль за ношением аппарата будет осуществлять врач-ортодонт. (Контроль осуществляется по качеству фиксации ретенционного аппарата в полости рта).

Необходимо проводить гигиеническую чистку аппарата в соответствии с рекомендациями врача.

Необходимо регулярное посещение врача-ортодонта в сроки, указанные лечащим врачом. Несвоевременное и редкое посещение врача-ортодонта приводит к снижению качества ортодонтического лечения.

Невозможно предугадать все вероятные осложнения, которые могут возникнуть при проведении лечения, а преимущество предлагаемого лечения значительно превышает возможные осложнения.

#### **IV. Ожидаемые результаты оказания медицинской помощи:**

- выздоровление;
- компенсация функции (полная или частичная);
- стабилизация;
- развитие ятрогенных осложнений;
- развитие нового заболевания, связанного с основным заболеванием.