

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
2-я КАФЕДРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

**Е. А. БОНДАРИК, П. А. МАРТОПЛЯС,  
А. Г. ТРЕТЬЯКОВИЧ**

# **КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ В КЛИНИКЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2010

УДК 616.314-085 (075.8)  
ББК 56.61 я 73  
Б81

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 28.04.2010 г., протокол № 9

Рецензенты: доц. Л. А. Казеко, доц. Н. М. Полонейчик

**Бондарик, Е. А.**

Б81 Критерии оценки эффективности лечения в клинике терапевтической стоматологии : учеб.-метод. пособие / Е. А. Бондарик, П. А. Мартопляс, А. Г. Третьякович. – Минск : БГМУ, 2010. – 23 с.

ISBN 978-985-528-204-5.

Рассматриваются вопросы планирования лечения и критерии оценки эффективности лечения стоматологических заболеваний.

Предназначено для студентов 3–5-го курсов стоматологического факультета, врачей-интернов, клинических ординаторов и аспирантов.

УДК 616.314-085 (075.8)  
ББК 56.61 я 73

ISBN 978-985-528-204-5

© Оформление. Белорусский государственный  
медицинский университет, 2010

## Введение

Основанием успешного лечения является эффективная диагностика. Научные достижения и улучшение экономической базы позволили внедрить прогрессивные диагностические технологии в стоматологию. Современная система стоматологической помощи позволяет обеспечить высокий уровень стоматологического здоровья населения. Лечение и профилактику стоматологических заболеваний проводят комплексно, основываясь на предварительно составленном плане.

Внедрение критериев оценки эффективности лечения позволяет объективно определить качество стоматологической помощи. Наиболее распространенными критериями являются цифровые параметры, введенные для оценки и интерпретации специальных индексов. В мире широко используют CPITN (коммунальный периодонтальный индекс ВОЗ), РНР (индекс эффективности гигиены рта) и другие.

Разработаны критерии оценки эффективности лечения отдельных нозологических заболеваний. Вместе с тем известны методы, интегрирующие показатели эффективности лечения в целом, в числе которых показатель уровня стоматологического здоровья на основе комплексного определения стоматологического статуса (СУЗ), индекс уровня стоматологической помощи (УСП).

Целью данного издания является обобщение современных данных о диагностике, планировании и критериях оценки эффективности лечения кариеса, болезней периодонта, эндодонта, заболеваний слизистой оболочки ротовой полости (СОРП).

## Мотивационная характеристика темы

**Тема занятия** (семинар № 11): «Диагностика, планирование и критерии оценки эффективности лечения».

**Общее время занятий.** Семинар — 70–90 мин. Количество практических занятий 9-го и 10-го учебных семестров — 37 (259 учебных часов).

В настоящее время диагностику, лечение и профилактику стоматологических заболеваний проводят на основании современных научных данных. Разработаны и внедрены в практику новые методы диагностики и лечения. Достигнутые научно-технические возможности позволяют оказать высокий уровень стоматологической помощи пациенту. Структурированное отношение врача-стоматолога к диагностическому процессу, планированию лечения, оценке его эффективности имеет существенное практическое значение.

### Цели семинара:

1. **Дидактическая** — мотивировать студентов к пониманию важности диагностики, планирования и оценки критериев эффективности лечения стоматологических заболеваний.

2. **Методическая** — интегрировать знания о диагностике, планировании и оценке критериев эффективности лечения стоматологических заболеваний.

3. **Научная** — научить студентов научно обоснованному клиническому мышлению при диагностике, планировании и оценке критериев эффективности лечения стоматологических заболеваний.

### Задачи семинара:

1. Знать цель, задачи и методы диагностики стоматологических заболеваний.

2. Усвоить принципы составления плана комплексного лечения стоматологического больного.

3. Знать критерии эффективности лечения кариеса зубов.

4. Знать критерии эффективности эндодонтического лечения.

5. Знать критерии эффективности лечения заболеваний периодонта.

6. Знать критерии эффективности лечения заболеваний СОРП.

### Требования к исходному уровню знаний:

1. Классификация стоматологических болезней ICD-DA, ВОЗ, Женева, 1995.

2. Клиника стоматологических заболеваний: кариеса, пульпита, апикального периодонтита, болезней периодонта, заболеваний СОРП.

3. Диагностика стоматологических заболеваний: кариеса, пульпита, апикального периодонтита, болезней периодонта, заболеваний СОРП.

4. Методы лечения стоматологических заболеваний: кариеса, пульпита, апикального периодонтита, болезней периодонта, заболеваний СОРП.

5. Принципы планирования лечения стоматологического больного.

#### **Контрольные вопросы из смежных дисциплин:**

1. Развитие, строение, иннервация и кровоснабжение зубочелюстной системы.

2. Основные и дополнительные методы диагностики в стоматологии.

3. Рентгенологическое исследование в стоматологии.

#### **Контрольные вопросы по теме занятия:**

1. Диагностика стоматологических заболеваний: цели, задачи, методы.

2. Планирование лечения стоматологических заболеваний: цель, задачи, принципы.

3. Критерии оценки эффективности лечения стоматологических заболеваний:

3.1. Кариеса зубов.

3.2. Эндодонтических заболеваний.

3.3. Воспалительных заболеваний периодонта.

3.4. Заболеваний СОРП.

### **Диагностика стоматологических заболеваний**

Диагностический процесс (от греч. diagnosis — через знание) — серия процедур, направленных на сбор сведений о заболевании посредством наблюдения его признаков и симптомов у пациента с целью установления этиологии и патогенеза заболевания.

Диагностический процесс ставит перед собой *задачи*: 1) обнаружить определенное заболевание или убедиться в его отсутствии у пациента; 2) установить стадию болезни; 3) определить факторы риска; 4) контролировать заболевание с течением времени; 5) оценить эффективность лечебно-профилактических мероприятий.

Диагностический процесс в стоматологии предусматривает опрос больного (его близких) и осмотр. Врач, обследующий пациента, должен знать возможные физиологические изменения и дифференцировать их от патологических отклонений.

**Опрос** больного — важнейший и решающий этап обследования, предшествующий другим методам исследования. Имеет значение терпеливое отношение врача и медицинского персонала. Опрос начинают со знакомства с пациентом. Затем проводят сбор жалоб, анамнеза жизни (включает анамнез общих болезней, семейный и социальный) и анамнеза заболевания пациента.

*Знакомство с пациентом.* Врач приветствует пациента по имени, представляет себя и несколькими вводными фразами старается создать атмо-

сферу доверия. Краткий доброжелательный разговор между пациентом и врачом влияет на дальнейшее эффективное сотрудничество. Далее записывают паспортные данные, которые включают имя, фамилию, отчество, пол, дату рождения, адрес, номер телефона, место работы или учебы.

*Жалобы пациента.* Врач определяет причину обращения пациента за помощью. Важно не перебивать пациента и поощрять его к описанию своих проблем. Дополнительными вопросами врач уточняет наличие/отсутствие ряда жалоб, сопровождающих стоматологические болезни, в том числе боль (уточняют характер, продолжительность, иррадиацию, локализацию, частоту болевых приступов), эстетические недостатки, кровоточивость десны, подвижность зубов, наличие галитоза, сухости, жжения, зуда слизистой ротовой полости.

*Общий анамнез* включает анамнез общих болезней, семейный и социальный (профессиональный, анамнез привычек образа жизни). С помощью общего анамнеза можно определить степень влияния некоторых общих заболеваний, привычек на состояние зубов или слизистой оболочки рта. Вместе с тем данные анамнеза позволяют избрать метод лечения, который не будет отрицательно воздействовать на состояние здоровья пациента.

Спрашивают о перенесенных и сопутствующих заболеваниях (болезни сердечно-сосудистой системы, щитовидной железы, аллергические реакции, сахарный диабет, болезни крови, бронхиальная астма и др.) и приеме медикаментов в этой связи. Уточняют ежегодную частоту обращения к врачам других специальностей, состоит ли пациент под диспансерным наблюдением. Выясняют, были ли госпитализации, оперативные вмешательства. Спрашивают о предыдущем стоматологическом лечении (были ли проблемы при проведении местной анестезии, какой анестетик использовался), проведенном ранее ортодонтическом лечении, перенесенных травмах челюстно-лицевой области. Интересуются семейным анамнезом: есть ли нарушение свертываемости крови, гипертония, болезни сердца, атеросклероз, эпилепсия, психические расстройства, диабет, бруксизм, онкологические заболевания.

Изучают социальный анамнез: возможное влияние профессии на стоматологическое здоровье (работа в прошлом и настоящем, профессиональные вредности). Учитывают условия трудовой деятельности: стресс, работу при низких температурах, длительную работу с компьютером и оргтехникой и др. Принимают во внимание нездоровый образ жизни, в том числе употребление алкоголя и курение. Определяют уровень мотивации к поддержанию стоматологического здоровья. Выясняют привычки образа жизни, имеющие отношение к стоматологическому здоровью: привычки гигиены ротовой полости, питания, вредные привычки (курение,

ротовое дыхание, прикусывание слизистой рта, накусывание твердых предметов, сжимание зубов и др.).

*Анамнез болезни (специальный анамнез)* представляет собой хронологическое описание симптомов заболевания (когда впервые возникли жалобы, с чем пациент их связывает, что изменилось с тех пор и др.). Некоторые симптомы требуют дополнительного уточнения, в том числе язвенные поражения слизистой и новообразования ротовой полости. Важна информация о прошлых посещениях пациента, включая частоту и причины. Спрашивают о предыдущем лечении заболевания, его эффективности, частоте обострения, осложнениях.

**Осмотр** проводят с применением *комплекса клинических и лабораторных методов исследования*. Применяют визуальную оценку, пальпацию, инструментальные методы (зондирование, перкуссию), физические методы (температурные, электрические, рентгенологические). Используют индексную диагностику. Для получения расширенной информации о патологическом процессе применяют лабораторные (биохимические, бактериологические, цитологические и др.) методы исследования, специальные тесты, методы функциональной диагностики.

Необходимо отметить, что методы диагностики разделяют на *основные и дополнительные*. К основным относят методы исследования, для проведения которых достаточно использование стандартного набора стоматологических инструментов. Методы исследования, применение которых требует дополнительного оборудования, считают дополнительными. Объем дополнительного обследования выбирают индивидуально для каждого пациента, основываясь на современных научных данных и клиническом опыте.

При хорошем освещении проводят внешний осмотр, который включает оценку головы, лица, шеи, состояния регионарных лимфоузлов, околоушной слюнной железы, височно-нижнечелюстного сустава, жевательной мускулатуры. Осматривают внеротовую область головы и шеи, околоротовые мягкие ткани (красная кайма губ, слизистая и переходная складка губ, углы рта). Внимательная оценка внешнего вида пациента может оказать существенную помощь в выявлении фонового заболевания. Рекомендуют обращать внимание на цвет кожи, состояние ногтей, волосяного покрова, уделять внимание пальпации щитовидной железы.

Затем обследуют слизистую оболочку рта. ВОЗ рекомендует следующую последовательность осмотра: внутриротовые мягкие ткани (слизистая и переходная складка щек, глоточная область, твердое и мягкое небо, язык, дно полости рта, десна и альвеолярный край). Применяют основные и дополнительные методы исследования. *Осмотр ротовой полости* включает оценку состояния слизистой оболочки рта, ротовой жидкости, зубных рядов, периодонта.

Для диагностики **кариеса** применяют основные методы: опрос, осмотр, зондирование, перкуссию, пальпацию и дополнительные методы: люминесцентную стоматоскопию, витальное окрашивание, KAVO Diagnodent, термопробы, ЭОД, Ro-диагностику. Для объективизации полученных данных используют индексы, в том числе КПУ (КПУз и КПУп), УИК, ОНI-S и др.

Для диагностики **пульпита, периодонтита** применяют опрос, осмотр, зондирование, перкуссию, пальпацию (основные методы) и термопробы, ЭОД, Ro-диагностику (дополнительные).

Для диагностики **болезней периодонта** — опрос, осмотр, зондирование, перкуссию, пальпацию (основные методы) и Ro-диагностику, микробиологическое и биохимическое исследование, методы функциональной диагностики (реопарадонтограмма, полярография), окклюдограмму (дополнительные). Для объективизации полученных данных применяют индексы, в том числе ОНI-S, GI, РМА, КПИ, СРITN, ПИ и др.

Диагностика **заболевания СОРП** включает:

1. Основные методы: опрос, осмотр, пальпацию. Слизистую оболочку ротовой полости оценивают по критериям: цвет, поверхность, целостность. При отклонении от физиологической нормы проводят детальное исследование области и элемента поражения.

2. Дополнительные методы: цитологическое, гистологическое, микробиологическое, иммунологическое исследования, аллергологические пробы, люминесцентную диагностику, реографию и полярографию, биохимические данные, консультации врачей других специальностей, в том числе эндокринолога, иммунолога, аллерголога, гастроэнтеролога, дерматолога.

**Методы рентгенологического исследования:**

**1. Внутриротовая Ro-графия.**

Доза: 1 снимок = 0,02 мЗв.

*Методики и показания к использованию внутриротовой Ro-графии:*

1. Периапикальная. Применяют для получения изображения периапикальных тканей.

2. Интерпроксимальная. Применяют для оценки состояния краевых отделов альвеолярных отростков.

3. Окклюзионная. Используют как дополнительный метод для уточнения пространственных взаимоотношений патологического очага.

4. Длиннофокусная. Применяют для диагностики, контроля эффективности лечения в эндодонтии, периодонтологии.

*Преимущества:*



- а) точное воспроизведение размеров и пространственных взаимоотношений объектов, локализуемых в области корней зубов;
- б) охват значительной части альвеолярного отростка по вертикали;
- в) полное изображение зуба;
- г) хорошая передача структуры костной ткани.

*Недостатки* — большие дозовые нагрузки при исследовании всего зубного ряда. Для определения пространственного взаимоотношения объектов, локализуемых в зоне корней и периапикальных тканей, помимо основного снимка, проводят дополнительную Ro-графию со скосом луча в медиальную или дистальную сторону.

При проведении Ro-графии следует помнить о дозовых нагрузках и обоснованно назначать объем рентгенологического исследования. В один день пациенту допустимо сделать 4 внутриротовых снимка (суммарная эффективная эквивалентная доза — 0,08 мЗв).

## **2. Ортопантомография.**

Доза: 1 снимок = 0,07 мЗв.

*Показания:* детская практика, ортопедия, ортодонтия, при динамическом наблюдении и эпидемиологических исследованиях.

*Преимущества:*

- а) минимальная лучевая нагрузка;
- б) обзор большого отдела лицевого черепа в идентичных условиях;
- в) возможность демонстрировать межчелюстные контакты.

*Недостатки:*

- а) увеличение и деформация анатомических структур;
- б) недостаточно четкое изображение зубов и окружающих костных тканей во фронтальном отделе.

**Особенности анализа рентгенограмм при заболеваниях твердых тканей зубов, эндодонта и периодонта.**

*Последовательность анализа Ro-грамм:*

1. Оценка качества Ro-граммы.
2. Определение вида снимка.
3. Определение области исследования.
4. Детальная оценка области исследования.

*При изучении внутриротовой Ro-граммы учитывают:*

1. Положение, форму, особенности коронки, шейки, корня каждого зуба.
2. Особенности контуров полости зуба и корневого канала.
3. Структуру тени зуба.
4. Особенности периодонтальной щели.
5. Контуров стенки альвеолы.
6. Особенности верхнечелюстной пазухи.

7. Положение, размеры, пневматизацию пазух.

8. Особенности костной структуры.

В норме на Ro-грамме у каждого зуба определяют коронку, шейку и корень. Эмаль, содержащая большое количество минеральных веществ, представлена в виде интенсивной тени, окаймляющей дентин. Цемент и дентин по плотности очень близки. Пульпа зуба представлена в виде полосы просветления, занимающей центральную часть коронки и корня. Целостность зубного ряда сохранена.

Рентгенологическая норма состояния тканей периодонта характеризуется отсутствием остеопороза, равномерной петлистостью кости, сохранением целостности компактной пластинки. Периодонтальная щель представлена полосой просветления между кортикальной пластинкой лунки и цементом корня зуба шириной 0,15–0,2 мм. Ширина периодонтальной щели одинакова у всех групп зубов. Межзубные перегородки состоят из губчатой костной ткани, окаймлены по периферии кортикальной пластинкой. В области фронтальных зубов они имеют заостренную форму, в боковых участках — форму усеченных пирамид. Вершины межзубных перегородок расположены на 1–1,5 мм ниже эма- лево-цементной границы.

Периапикальная область периодонта характеризуется отсутствием остеопороза, равномерной петлистостью кости, целостностью компактной пластинки.

При ряде стоматологических заболеваний выявляют отсутствие зубов, смещение, сверхкомплектность, ретенцию, дистопию, дефекты твердых тканей зубов (указывают локализацию и глубину), изменения в полостях зубов и корневых каналах.

**Пульпиты и острые апикальные периодонтиты** не имеют прямых рентгенологических признаков. Косвенным свидетельством пульпита на Ro-грамме является глубокая кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба.

**Хронический апикальный периодонтит** на Ro-грамме характеризуется расширением периодонтальной щели, разрушением компактной пластинки в апикальной области, очагом деструкции костной ткани неправильной формы с неровными, нечеткими контурами либо очагом просветления с четкими, ровными контурами округлой или овальной формы. Периапикальные очаги оценивают по показателям: количеству, локализации, форме, размерам, контурам, интенсивности тени, состоянию костной ткани в самом очаге и вокруг него.

Вместе с тем в результате воспаления цемента и дентина поверхность корня может быть резорбирована, физиологическое сужение отсутствует, корень укорочен. При патологических изменениях костной ткани вокруг верхних зубов регистрируют их связь с полостью носа и верхнече-

люстными пазухами, нижних зубов — соотношение со стенками нижнечелюстного канала.

*Рентгенологические признаки периодонтита:* остеопороз, расширение периодонтальной щели, увеличение петлистости кости, нарушение целостности компактной пластинки, снижение высоты межзубной перегородки относительно длины корня, горизонтальное/вертикальное направление резорбции.

Ряд авторов разделяют деструктивные изменения в альвеолярной кости:

1. На начальные проявления заболевания — расслоение и исчезновение замыкающих пластинок межальвеолярных гребней без изменения их высоты. Очаги остеопороза могут быть видны в соседних с замыкающей пластинкой участках.

2. Легкую степень тяжести: межальвеолярные перегородки разрушены на высоту до 20 % длины корня.

3. Среднюю степень тяжести: межальвеолярные перегородки разрушены не более чем на 40 % высоты, костная ткань отсутствует на уровне пришеечной части и проксимальной трети корня.

4. Тяжелую форму: межальвеолярные гребни разрушены более чем на 40 % длины корня.

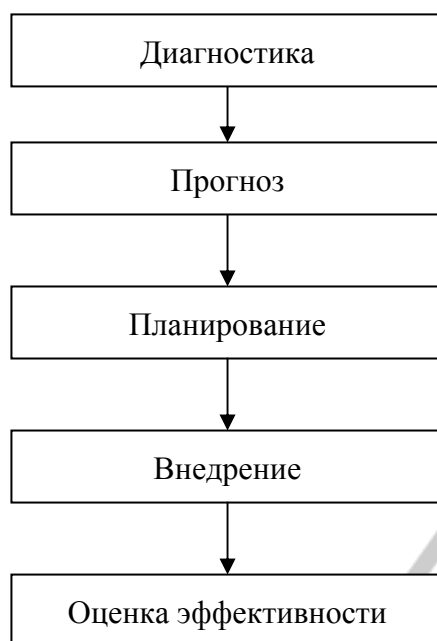
Различают локализованный (очаговый) и генерализованный процессы. Локализованный процесс характеризуется поражением периодонта до 30 % зубов, генерализованный — более 30 % зубов верхней и нижней челюстей.

Вместе с тем на Ro-грамме выявляют местные предрасполагающие факторы, в том числе нависающие пломбы, протезы, поддесневые зубные отложения.

## **Планирование лечения стоматологических заболеваний**

*Цель* стоматологического лечения — стабилизировать заболевание/добиться выздоровления. Путем планирования лечения решают задачи обеспечения оптимальной последовательности и объема лечебно-профилактических мероприятий. *Принципы* планирования лечения основаны на современных данных об этиологии и патогенезе заболеваний ротовой полости.

Объем и последовательность лечебно-профилактических мероприятий определяют индивидуально в каждом конкретном случае с учетом ряда критериев: клинических проявлений, данных диагностики, общего состояния пациента, его социального статуса и готовности выполнять рекомендации, уровня компетентности врача. Таким образом, планированию лечения предшествуют этапы: диагностическое исследование, постановка диагноза и прогноз (рис.).



*Рис.* Этапы диагностики и лечения стоматологического пациента

**Примерная схема плана лечения:**

**I. Неотложная помощь показана:**

- при онкологии в ротовой полости;
- общих заболеваниях с выраженной манифестацией в ротовой полости (вирусные заболевания, кандидоз, пузырчатка и др.);
- переломах челюстей и других травмах;
- всех формах воспаления пульпы;
- остром периапикальном абсцессе;
- остром апикальном периодонтите;
- остром язвенном гингивите;
- периодонтальном абсцессе;
- обширном кариесе зуба.

**II. Комплексное лечение:**

1. Терапевтическое.
2. Хирургическое.
3. Ортодонтическое.
4. Ортопедическое.
5. Поддерживающее.

## **Критерии оценки эффективности лечения стоматологических заболеваний**

Для оптимального планирования стоматологического лечения врачу необходимо объективно оценить объем и эффективность ранее проведенных лечебно-профилактических мероприятий.

**Критерии оценки эффективности лечения кариеса зубов.** Лечение кариеса зубов считают эффективным: 1) при отсутствии жалоб пациента; 2) отсутствии прироста КПУ; 3) высоком качестве реставраций (категория А (FDI)); 4) хороших показателях диагностических методов (ОНИ-S — менее 0,6, высокая резистентность эмали, частота приема углеводсодержащей пищи — не более 5 раз в день).

*Отсутствие прироста КПУ* выявляют с использованием основных и дополнительных методов исследования. Визуальную оценку кариеса зубов проводят на очищенной и высушенной поверхности зуба. Необходимо отметить, что местное использование фторсодержащих зубных паст восстанавливает поверхностные слои эмали, обеспечивая сохранение целостности зуба. В результате даже при значительном поражении подлежащих тканей поверхностные изменения могут быть минимальными. Установлено, что при визуальном осмотре и зондировании апроксимальных поверхностей зубов стоматолог выявляет не более 60 % кариозных полостей.

В этой связи необходимо проведение Рo-графии. Скрытые кариозные полости выглядят как очаг просветления в dentине округлой/неправильной формы. Контуры неровные, зазубренные. Отчетливо определяются кариозные полости на контактных поверхностях. Кариозные полости на жевательных, вестибулярных или оральных поверхностях трудно оценить в связи с перекрытием неизменными твердыми тканями зубов.

Международная стоматологическая федерация (FDI) одобрила следующие *критерии оценки качества стоматологических реставраций*: анатомическую форму, краевое прилегание, краевое окрашивание, цветовое соответствие, шероховатость поверхности, вторичный кариес.

Визуальную оценку проводят при хорошем освещении, используют стоматологическое зеркало. Цветовое соответствие фронтальных зубов определяют на расстоянии 45 см без стоматологического зеркала. Следует помнить, что оценка соответствия цвета реставрации находится в области субъективного восприятия как врача, так и пациента. Участок по краю пломбы оценивают как кариес, если стоматологический зонд испытывает сопротивление при извлечении либо имеется одно из следующих состояний: 1) размягчение; 2) пигментация у края как проявление скола или деминерализации; 3) побеление эмали, как после протравливания. Качество контактного пункта оценивают с помощью флосса.

Категорией «А» обозначают реставрации, признанные клинически удовлетворительными. Категория «В» свидетельствует о необходимости дополнительного обследования, коррекции/замены реставрации, лечения вторичного кариеса. Категории «С» и «D» указывают на обязательную замену реставрации. Подробная интерпретация результатов исследования приведена в таблице.

#### Критерии оценки качества реставраций

Критерий	Категория			
	А	В	С	D
Анатомическая форма (визуально)	Пломбировочный материал является продолжением существующей анатомической формы	Пломбировочный материал ниже краев кариозной полости, но дентин и прокладка не обнажены	Значительная потеря пломбировочного материала, обнажены дентин и прокладка	—
Краевое прилегание (визуально, зондированием)	Исследователь не замечает переход реставрации в ткани зуба либо наблюдает в одном направлении	Исследователь отмечает трещину/щель, в которую может войти инструмент, но дентин и прокладка не обнажены	Исследователь отмечает глубокую трещину/щель, обнажены дентин и прокладка	Реставрация сломалась, подвижна или отсутствует
Краевое окрашивание (визуально)	Не выявляют изменение цвета в области соединения пломба–зуб	Выявляют изменение цвета в области соединения пломба–зуб, не направленное к пульпарной камере	Выявляют изменение цвета в области соединения пломба–зуб, направленное к пульпарной камере	—
Цветовое соответствие (визуально)	Реставрация соответствует цвету и прозрачности прилегающей структуры зуба	Несоответствие цвета/оттенка/ прозрачности находится в пределах нормального цвета и прозрачности зуба	Несоответствие цвета и прозрачности выходит за пределы нормального цвета и прозрачности зуба	—
Шероховатость поверхности (зондированием)	Гладкая поверхность реставрации	Поверхность реставрации слегка шероховатая или изрытая, можно поправить при финишной обработке	Глубоко изрытая поверхность реставрации, нельзя поправить финишной обработкой	Поверхность реставрации разрушена либо имеет расслоения
Вторичный кариес (визуально и зондированием)	Нет проявлений кариеса в области, смежной с краем пломбы	Кариес по краю пломбы	—	—

**Критерии оценки эффективности лечения эндодонтических заболеваний.** По данным литературы, эндодонтия по-прежнему остается одним из неблагоприятных разделов практической стоматологии. Эндодонтическое лечение зубов считают эффективным при отсутствии жалоб пациента, соблюдении стандарта качества во время лечения, клиническом и рентгенологическом подтверждении стабилизации заболевания и выздоровления в ближайшие (1 год) и отдаленные (5 лет) сроки.

На основании многочисленных исследований в *стандарт качества эндодонтического лечения* включены следующие положения:

1. Обязательное обезболивание.
2. Корневой канал зуба должен быть пройден, механически и медикаментозно обработан. Механическая обработка: расширение корневого канала на два-три размера от исходного, в апикальной области — не менее чем до 25 размера эндодонтического инструмента по ISO. Медикаментозная обработка включает использование современных антисептиков, в том числе 3–6%-ного гипохлорита натрия и ЭДТА вне зависимости от диагноза. По ортопедическим показаниям приводят депульпирование зуба.
3. Корневой канал зуба должен быть запломбирован на всем протяжении, до апикального отверстия, с использованием первично твердых материалов (гуттаперча) и твердеющих паст. Устье корневого канала изолируют стеклоиономерным цементом.
4. Рентгенологическое подтверждение качества эндодонтического лечения обязательно. Если Ro-графия не проводится — указать причину в карточке. Необходимым считают контрольный измерительный снимок с целью определения рабочей длины корневого канала. Ro-графию проводят в ближайшие сроки (6–12 мес.) после эндодонтического лечения и в отдаленные сроки (5 лет).

*Клинически* при эффективном эндодонтическом лечении отсутствуют признаки воспаления, связанные с болезнью эндодонта, в том числе: чувствительность при пальпации, перкуссии, подвижность зуба, свищ, гиперемия и отек слизистой оболочки альвеолярного отростка в проекции верхушек корней зуба.

На Ro-грамме при эффективном эндодонтическом лечении наблюдают частичное или полное устранение очага деструкции в периапикальных тканях, что свидетельствует о процессе регенерации костной ткани. В отдаленные сроки выявляют полное устранение очага деструкции. Корневой канал пломбирован плотно на всем протяжении до физиологической/рентгенологической верхушки зуба.

*Рентгенологически сомнительный результат эндодонтического лечения:*

- расширение периодонтальной щели;
- отсутствие/недостаточное восстановление костной ткани;
- признаки прогрессирующей резорбции;
- пустоты в корневой пломбе, особенно в апикальной трети канала;
- значительное выведение пломбировочного материала за верхушку корня.

*Рентгенологически плохой результат эндодонтического лечения*

- расширение периодонтальной щели более 2 мм;
- увеличение размера очага деструкции костной ткани;
- появление новых очагов разрежения костной ткани, включая боковые отделы корня;
- отсутствие пломбировочного материала в корневом канале;
- чрезмерное выведение пломбировочного материала за верхушку корня с пустой апикальной третью канала.

**Критерии оценки эффективности лечения воспалительных заболеваний периодонта.** Клинические признаки воспалительных заболеваний периодонта: гиперемия, отек десны, изменение ее консистенции и контура (вершины межзубных сосочков закруглены, маргинальный край десны валикообразно утолщен), кровоточивость при зондировании. При периодонтите присоединяются следующие признаки: увеличивается глубина зондирования, прогрессирует потеря уровня эпителиального прикрепления, подвижность зубов, вовлекается фуркация.

Необходимо отметить, что глубину зондирования (расстояние от края свободной десны до дна борозды/кармана) измеряют градуированным зондом. При зондировании глубина округляется: 5,1–5,2 до 5,0; 5,3–5,7 до 5,5; 5,8–5,9 до 6,0 мм. Уровень эпителиального прикрепления измеряют как расстояние от эмалево-цементного соединения до дна борозды/кармана.

Клинические признаки характеризуют вовлечение в воспалительный процесс таких тканей периодонта, как десна и периодонтальная связка. Для оценки вовлечения кости и цемента корня зуба проводят рентгенологическое исследование.

*Лечение* заболеваний периодонта является одной из наиболее сложных задач современной стоматологии и, несмотря на значительное расширение знаний об этиологии и патогенезе, стратегия лечебных мероприятий и их эффективность остаются до конца не изученными.

Цель лечения заболеваний периодонта — стабилизация патологического процесса/выздоровление. На основании современных знаний этиологии и патогенеза лечение и профилактика воспалительных заболеваний периодонта направлены на контроль микробной колонизации в ротовой



полости, противовоспалительное лечение, восстановление апроксимальных и окклюзионных взаимоотношений, функции и эстетики. Для решения поставленных задач используют комплекс лечебно-профилактических мероприятий: мотивацию, обучение и контроль гигиены рта, профессиональную гигиену, лечение кариеса, ортодонтическое лечение, избирательное пришлифовывание, протезирование, шинирование, хирургическое и поддерживающее лечение.

Лечение гингивитов и периодонтитов считают эффективным при отсутствии жалоб пациента, положительной динамике показателей диагностических методов (ОИ-S, GI, КПИ и др.), клиническом и рентгенологическом подтверждении стабилизации патологического процесса/выздоровления.

**Клиническая норма** состояния тканей периодонта достигается при эффективном лечении гингивитов. Характеризуется рядом признаков: розовой десной (интенсивность цвета и степень пигментации индивидуальны), плотной консистенцией, поверхностью десны, схожей с поверхностью цитрусовых, контуром, зависящим от контактного пункта, отсутствием кровоточивости при зондировании (глубина зондирования — не более 3 мм), сохранением уровня эпителиального прикрепления.

**Клиническая стабилизация** воспалительного процесса при периодонтитах характеризуется отсутствием кровоточивости, отека, гиперемии десны, нормализацией плотности и контура десны, уменьшением глубины зондирования, снижением подвижности зубов, постоянством уровня эпителиального прикрепления, отсутствием гнойного отделяемого из карманов (при периодонтальных абсцессах).

**Рентгенологическое исследование** проводят до и после (через 12 мес.) лечения. По рентгенограмме определяют следующие измеримые показатели степени вовлечения альвеолярной кости в патологический процесс (в мм):

1. Расстояние от эмалево-цементного соединения до гребня альвеолярной кости.
2. Расстояние от эмалево-цементного соединения до дна дефекта кости.
3. Расстояние от гребня альвеолярной кости до дна дефекта кости.
4. Расстояние от поверхности корня до самой высокой точки гребня альвеолярной кости (ширина входа в карман).

Рентгенологическими признаками **стабилизации** (ремиссии) периодонтита считают отсутствие остеопороза и расширения периодонтальной щели, нормализацию петлистости кости межзубных перегородок. Вместе с тем выявляют постоянство или улучшение измеримых показателей степени вовлечения альвеолярной кости в патологический процесс.

Известно, что увеличение количества десневой жидкости и изменение ее характеристик являются первым, доклиническим признаком воспа-

ления в тканях периодонта. В стадию ремиссии периодонтита при *цитологическом и микробиологическом исследовании* содержимого кармана отмечают значительное уменьшение числа полиморфно-ядерных лейкоцитов, сокращение числа фузобактерий и спирохет на единицу площади, нормализацию структуры эпителиальных клеток. Нормализацию цитологической картины десневой жидкости расценивают как объективный критерий стабилизации воспалительного процесса.

*Критерии излеченности гингивита:*

- отсутствие жалоб пациента;
- выявление клинической нормы состояния тканей периодонта;
- определение рентгенологической нормы состояния тканей периодонта;
- соответствие показателей десневых индексов значениям здоровой десны (гигиена ротовой полости в норме);
- поддержание высокого уровня мотивации и информированности пациента по вопросам привычек образа жизни, имеющих отношение к стоматологическому здоровью.

*Критерии стабилизации (ремиссии) периодонтита:*

- отсутствие жалоб пациента;
- достижение клинической стабилизации воспалительного процесса в периодонте;
- выявление рентгенологических признаков стабилизации воспалительного процесса в периодонте;
- отсутствие прироста показателей периодонтальных индексов, улучшение показателей десневых индексов (гигиена ротовой полости в норме);
- цитологическое и микробиологическое подтверждение стабилизации воспалительного процесса в периодонте;
- восстановление функции зубов, дикции, эстетики;
- поддержание высокого уровня мотивации и информированности пациента по вопросам привычек образа жизни, имеющих отношение к стоматологическому здоровью.

**Критерии оценки эффективности лечения заболеваний слизистой оболочки ротовой полости.** Большинство изменений СОРП не являются самостоятельными заболеваниями, а представляют собой местное проявление общесоматической патологии (инфекционных заболеваний, заболеваний кожи, аллергических реакций и др.). В этой связи важное значение в оценке эффективности лечения имеют оценка общего состояния пациента и нормализация показателей лабораторных тестов, что контролируется в большинстве случаев врачами общего профиля.

Лечение заболеваний СОРП считают эффективным при отсутствии жалоб пациента, клиническом и лабораторном подтверждении стабилизации патологического процесса.

*Клиническая стабилизация заболеваний СОРП* характеризуется следующими признаками:

1. Заживлением и исчезновением элементов поражения, характерных для данного заболевания.
2. Восстановлением нормальной структуры СОРП.
3. Восстановлением нормальной чувствительности СОРП.
4. Переходом заболевания из тяжелых форм в более легкие (например, переход эрозивно-язвенной формы плоского лишая в типичную).

## Литература

1. *Абаимова, О. И.* Особенности эндодонтического препарирования зубов : учеб.-метод. пособие / О. И. Абаимова, С. В. Латышева, Е. А. Бондарик. Минск : БГМУ, 2003. 88 с.
2. *Артюшкевич, А. С.* Биофизическое обоснование использования различных аппаратов для электроодонтометрии в стоматологии / А. С. Артюшкевич, Н. В. Насибянец // Стоматол. журн. 2007. Т. 8. № 1. С. 38–41.
3. *Борисенко, Л. Г.* Диагностика и клиническое лечение заболеваний периодонта : учеб.-метод. пособие / Л. Г. Борисенко, И. А. Пищинский. Минск : БГМУ, 2003. 67 с.
4. *Лукиных, Л. М.* Болезни полости рта / Л. М. Лукиных. Н. Новгород : Изд-во Нижегородской гос. мед. акад., 2004. 508 с.
5. *Григорьян, А. С.* Морфофункциональные основы клинической симптоматики воспалительных заболеваний периодонта / А. С. Григорьян, О. А. Фролова // Стоматология. 2006. № 3. С. 11–17.
6. *Грудянов, А. И.* Метод флюоресцентной диагностики и возможности его использования в парадонтологии / А. И. Грудянов, О. А. Фролова // Стоматология. 2006. № 1. С. 21–26.
7. *Гунар Рюге.* Клинические критерии / Рюге Гунар // Клиническая стоматология. 1998. № 3. С. 40–46.
8. *Дедова, Л. Н.* Диагностика болезней периодонта : учеб.-метод. пособие / Л. Н. Дедова. Минск : БГМУ, 2004. 70 с.
9. *Латышева, С. В.* Основы диагностики поражений слизистой оболочки полости рта : учеб.-метод. пособие / С. В. Латышева, В. И. Урбанович. Минск : БГМУ, 2002. 57 с.
10. *Леус, П. А.* Новые подходы в обосновании назначений индивидуальных средств профилактики стоматологических заболеваний у взрослых : учеб.-метод. пособие / П. А. Леус. Минск : БГМУ, 2009. 31 с.
11. *Луцкая, И. К.* Обследование стоматологического больного / И. К. Луцкая. Минск : БелМАПО, 2001. 21 с.
12. *Мартынова, Е. А.* Полость рта как локальная экологическая система / Е. А. Мартынова, И. М. Макеева, Е. В. Рожнова // Стоматология. 2008. № 3. С. 68–75.
13. *Модринская, Ю. В.* Методы выявления факторов риска и ранняя диагностика кариеса зубов : учеб.-метод. пособие / Ю. В. Модринская, С. М. Тихонова. Минск : БГМУ, 2003. 48 с.
14. *Павленко, А. В.* Оптимизация подходов к пломбированию корневых каналов силерами / А. В. Павленко, Т. Н. Волосовец // Институт стоматологии. 2004. № 1. С. 115–116.
15. *Полянская, Л. Н.* Реставрационная терапия : современные пломбировочные материалы : учеб.-метод. пособие / Л. Н. Полянская, Г. П. Богдан, О. В. Макарова. Минск : БГМУ, 2009. 55 с.
16. *Рентгенодиагностика* заболеваний челюстно-лицевой области : рук. для практических врачей / под ред. Н. А. Рабухиной, Н. М. Чупрыниной. М. : Медицина, 1991. 368 с.
17. *Смешанная слюна (состав, свойства, функции) : учеб.-метод. пособие / П. А. Леус [и др.].* Минск : БГМУ, 2004. 42 с.
18. *Телли, В. В.* Роль микрофлоры полости рта в развитии заболеваний человека / В. В. Телли // Стоматология. 2008. № 3. С. 76–80.

19. Царев, В. Н. Технологии генодиагностики в отечественной стоматологии / В. Н. Царев, Е. Н. Николаева // Стоматология. 2007. № 5. С. 82–87.
20. Шатохина, С. Н. Морфологическая картина ротовой жидкости : диагностические возможности / С. Н. Шатохина, С. Н. Разумова, В. Н. Шабалин // Стоматология. 2006. № 4. С. 14–18.
21. Atkinson. Clinical guide to care planning. Data Diagnosis / Atkinson. N. York : McGraw Hill, Inc., 1995. 492 p.
22. Bartlett, D. W. Factors influencing treatment planning of restorative dentistry in general practice. Dental upgrade / D. W. Bartlett. 1995. P. 292–296.
23. Carranza, F. A. Clinical Periodontology / F. A. Carranza, M. C. Newman. 10-th ed. Saundess. Philadelphia, 2006.

## Оглавление

Введение .....	3
Мотивационная характеристика темы.....	4
Диагностика стоматологических заболеваний.....	5
Планирование лечения стоматологических заболеваний .....	11
Критерии оценки эффективности лечения стоматологических заболеваний .....	13
Литература.....	20

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ

Учебное издание

**Бондарик** Елена Андреевна  
**Мартопляс** Павел Александрович  
**Третьякович** Александр Григорьевич

# **КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ В КЛИНИКЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. Г. Третьякович  
Редактор Н. В. Тишевич  
Компьютерная верстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 29.04.10. Формат 60 × 84/16. Бумага писчая «Кюм Люкс».  
Печать офсетная. Гарнитура «Times».  
Усл. печ. л. 1,39. Уч.-изд. л. 0,99. Тираж 99 экз. Заказ 525.

Издатель и полиграфическое исполнение:  
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».  
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.  
ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.  
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.