



## Правила за добра медицинска практика на лекарите по дентална медицина в Република България

### МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

#### ПРАВИЛА

#### за добра медицинска практика на лекарите по дентална медицина в Република България

...

### II. СПЕЦИАЛНИ ПРАВИЛА

#### A. СПЕЦИАЛНИ ПРАВИЛА ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ЗЪБНИЯ КАРИЕС

1. Цел на лечението на кариозната лезия е възстановяване на формата и функцията на засегнатия от кариес зъб и предотвратяване на по-нататъшното ѝ развитие.

2. Индикации за лечение на зъбния кариес: първичен кариес, вторичен кариес около и под съществуващи obturации, инсуфициентни obturации.

3. Диагностика на кариозната лезия – диагнозата се поставя на база на анамнеза, преглед, клинични и параклинични изследвания.

3.1. Основният метод за дигностициране на кариозната лезия е визуален оглед. Зъбните повърхности се оглеждат визуално за промяна в цвета, транслюценцията и опацитетата, както и за наличие на кавитация (дефект).

3.2. Допълнителни методи за диагностика – сондиране с диагностични сонди по утвърдена методика, рентгенови методи, фибро-оптична трансилюминация и др.

3.3. Не съществува диагностична техника, която напълно надеждно да диагностицира кариозната лезия.

4. Обезболяване за целите на оперативното лечение

Оперативното лечение на кариозната лезия може да причини болка и дискомфорт на пациента. След обсъждане с пациента и снета анамнеза относно здравословното състояние по преценка на лекаря по дентална медицина може да се извърши обезболяване чрез прилагане на локална инжекционна анестезия. В някои случаи след настъпило обезболяване пациентът може да продължи да усеща болка и дискомфорт по време на лечението.

5. Лечение на кариозната лезия

5.1. Неоперативно лечение на кариозната лезия.

5.1.1. Индикации. На неоперативно лечение подлежат обратими кариозни лезии, диагностицирани по приетите критерии.

5.1.2. Лечение: поддържане на баланс между рисковете и защитните фактори на оралната среда.

5.1.2.1. Реминерализация (професионални и индивидуални приложения на утвърдени средства за реминерализация по предписание и методика на приложение, определена и контролирана от лекаря по дентална медицина).

5.1.2.2. Чрез инфилтрация със смола в клинични условия от лекаря по дентална медицина и при спазване на протокола на производителя.

5.2. Оперативно лечение на кариозната лезия.

5.2.1. Индикации. На оперативно лечение подлежат необратими кариозни лезии, диагностицирани по приетите критерии.

5.2.2. Лечението на кариозната лезия се извършва в едно или повече посещения. Оперативното лечение се извършва в три основни етапа: препарация (създаване на кавитет), медикация (медикаментозно обработване на кавитета), obturation (възстановяване на дефекта с подходящи obturation материали).

5.2.2.1. Препариране на кавитет

Формата и големината на кавитета се определят от:

5.2.2.1.1. разпространението на кариозната лезия;

5.2.2.1.2. оклузалните взаимоотношения;

5.2.2.1.3. кариес активност на пациента;

5.2.2.1.4. избрания материал и метод за obturation.

5.2.2.2. Обработване на кавитета (медикация)

Понастоящем с развитието на адхезивните материали този етап е включен в адхезивната стратегия и е част от адхезивния протокол. При обработване на кавитета могат да се използват по преценка на лекаря по дентална медицина различни медикаментозни средства, които механично почистват и дезинфекцират кавитета, като дестилирана вода, физиологичен разтвор, 3 % кислородна вода, спирт, хлорхексидинов разтвор, разтвор на натриев хипохлорит и др.

5.2.2.3. Obturation на кавитета

Obturation на кавитета се извършва с obturation материали, които възстановяват формата и функцията и когато е необходимо, естетиката на зъба и предпазват от прогресия на кариозния процес. За obturation на кавитета не се използва дентална амалга при лечение на пациенти с млечни зъби, на деца под 15 години и на бременни и кърмещи жени, освен когато това се счита за абсолютно необходимо от страна на лекаря по дентална медицина въз основа на специфичните медицински нужди на пациента.

Методите за obturation се разделят на две групи:

5.2.2.3.1. Директни методи за obturation.

5.2.2.3.2. Индиректни методи за obturation.

6. Временни obturation: временни obturation се поставят в случаите, когато лечението не може да се завърши в едно посещение.

7. Възможни последици, усложнения и нежелани резултати след провеждане на неоперативно или оперативно лечение на кариозната лезия:

7.1. Разкритие на пулпата в хода на отстраняване на кариозния дентин.

7.2. Нараняване на меките тъкани при провеждане на локална инжекционна анестезия, както и прехапване на устните, бузите и езика, поради загуба на чувствителност в рамките на няколко часа след провеждането ѝ.

7.3. Нараняване на меките тъкани при прилагане на различни средства в процеса на лечението.

7.4. Болка в зъба или околните тъкани.

7.5. Фрактура на obturation.

7.6. Падане на obturation или отчупване на части от нея.

7.7. Оцветяване на obturation.

7.8. Фрактура на зъба.

7.9. Оцветяване на зъба.

7.10. Поява на постоперативна чувствителност в лекувания зъб.

7.11. Прогресия на кариозния процес във възстановения зъб.

7.12. Възникване на усложнение в пулпата с развитие на възпаление, некробиоза, некроза.

7.13. Развитие на възпалителен процес с ангажиране на околните тъкани, формиране на фистула, абсцес.

## Б. СПЕЦИАЛНИ ПРАВИЛА ЗА ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА КАРИЕСА И НЕГОВИТЕ УСЛОЖНЕНИЯ, НА ЗАБОЛЯВАНИЯТА НА ЛИГАВИЦАТА И ПАРОДОНТА И НА ТРАВМИТЕ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

1. Профилактични дейности: превенцията в детската възраст е насочена към предпазване на децата от най-честите орални заболявания:

– превенция на кариеса;

– превенция на пародонталните заболявания.

Стратегиите за реализацията на тази превенция са:

- 1.1. Създаване на резистентни структури – реализира се чрез комбинация от:
  - 1.1.1. Хранителна профилактика.
  - 1.1.2. Флуорна профилактика.
  - 1.1.3. Реминерализация като неоперативно лечение.
  - 1.1.4. Профилактично покритие на фисурите.
  - 1.1.5. Обучение в орално здраве.
  - 1.1.6. Промоция на оралното здраве.
- 1.2. Предпазване от ранна трансмисия на S. Mutans от родителите към децата чрез:
  - 1.2.1. Обучение в орално здраве.
  - 1.2.2. Създаване на правилни хранителни навици.
  - 1.2.3. Обучение в индивидуална и прилагане на професионална орална хигиена.
  - 1.2.4. Хранителна профилактика.
  - 1.2.5. Промоция на оралното здраве.
- 1.3. Редуциране на патогенната ситуация около зъба – реализира се чрез:
  - 1.3.1. Орална хигиена.
  - 1.3.2. Хранителна профилактика.
  - 1.3.3. Флуорна профилактика.
  - 1.3.4. Антимикробна профилактика.
  - 1.3.5. Реминерализация на емайла като неоперативно лечение на кариеса.
  - 1.3.6. Профилактично покритие на дълбоките фисури.
2. Профилактика на кариозното заболяване
  - 2.1. Профилактика на кариеса на ранното детство (КРД).
    - 2.1.1. Профилактика на КРД преди раждането:
      - 2.1.1.1. Даване на препоръки от лекаря по дентална медицина към бременната жена относно нейния хранителен режим при поискване на такава информация.
      - 2.1.1.2. Препоръки за предпазване от ранната трансмисия на кариесогенни микроорганизми. Препоръчително е посещението при личния зъболекар за обучение за провеждане на правилна лична орална хигиена на бременната жена, на родителите/хората, които ще отглеждат детето.
    - 2.1.2. Профилактика на КРД след раждането:
      - 2.1.2.1. Препоръчва се при поискване на информация – предоставяне на информация за намаляване на кариесогенните рискови фактори:
        - 2.1.2.1.1. обучение и мотивация на майката/родителите за провеждане на орална хигиена на бебето и малкото дете;
        - 2.1.2.1.2. обучение на майката/родителите да разпознава първите признаци на КРД, като използва техниката „повдигане на горната устна“ на деца от 0 – 5 години; целта е ранното откриване на т.нар. „бели лезии“ по фронталните максиларни зъби – ранните признаци на заболяването.
        - 2.1.2.2. Препоръчва се първата визита при лекар по дентална медицина да се осъществи при пробива на първия временен зъб и не по-късно от първата година след раждането на детето.
      - 2.2. Профилактика на кариозното заболяване в детска и юношеска възраст. Препоръчват се профилактични прегледи през 3 – 6 месеца.
        - 2.2.1. Препоръчва се при първата дентална визита:
          - 2.2.1.1. Да се направи оценка на риска от развитие на кариес.
          - 2.2.1.2. Да се оцени нивото на орална хигиена.
          - 2.2.1.3. Обсъждат се нужните (според оценката на риска от развитие на кариес) индивидуални профилактични дейности. Те включват мотивационни програми за поддържане на орално здраве; препоръки относно оралната хигиена, храненето, нуждата от флуорна профилактика и честотата на контролните прегледи.
          - 2.2.1.4. При преценка лекарят по дентална медицина насочва пациента към специалист по детска дентална медицина или към дентален лекар с клинична практика в детската дентална медицина. Според регистрирания дентален/орален статус се изработва лечебен план.
            - 2.2.2. Препоръчва се при всеки следващ контролен преглед да се прави:
              - 2.2.2.1. реоценка на оралната хигиена;
              - 2.2.2.2. реоценка на риска от развитие на кариес;

- 2.2.2.3. обсъждат се нужните индивидуални профилактични насоки;
- 2.2.2.4. обсъжда се съответният лечебен план;
- 2.2.2.5. след пробива на първите постоянни молари се обсъжда нуждата и поставяне на силанти.

2.2.3. Препоръки за добра орална хигиена:

Цел: да се поддържа денталният биофилм в нива с минимален риск от орални заболявания.

2.2.4. Препоръки относно хранителния режим:

Цел: създаване на здравословни за зъбите хранителни навици и елиминиране на кариесогенната ситуация на ниво зъб.

2.2.4.1. Препоръчително е лекарят по дентална медицина да съветва родителите за:

2.2.4.1.1. ограничаване на консумацията на храни, съдържащи прости въглехидрати;

2.2.4.1.2. за елиминиране на вредни навици за похапване между основните храненияя.

2.2.5. Препоръки за провеждане на флуорна профилактика:

Цел: изграждане на резистентни зъбни структури.

2.2.5.1. Различните форми на флуорна профилактика са важен и рентабилен метод на профилактика, чрез който се повишава резистентността на зъбния емайл и се намалява рискът от развитието на кариозна лезия.

2.2.5.2. При индикации лекарят по дентална медицина обсъжда с родителите възможност за локално приложение на флуорни средства.

2.2.5.3. Съществуващият риск за ендегенен прием от скрити източници на високи дози флуор (минерални води и хранителни продукти и напитки, включващи такива води) ограничава към момента препоръката за ендегенната форма на флуорна профилактика у нас поради риск от развитие на флуороза. Лекарят по дентална медицина трябва да даде информация за този риск, като разясни кои минерални води не са подходящи за деца. Въпреки това при строга професионална преценка за нуждата от такава тя може да бъде препоръчана. Съблюдают се препоръчителните оптимални дневни дози флуор според възрастта на детето (виж таблицата по-долу) и продължителността на прием. При предписание на ендегенна флуорна профилактика трябва да бъдат съобразени всички възможни налични други източници на флуор, които детето приема, и тогава да се изчисли препоръчителната доза от средството, с което ще се провежда тя.

Препоръчителни оптимални дневни дози флуорни добавки (според American Academy of Pediatric Dentistry)

Възраст	Оптимални дневни дози флуор
Раждаме до 6. месец	-
6. месец до 3 години	0,25 mg
3 до 6 години	0,50 mg
6 до 12 години	1,00 mg

2.3. Профилактика на новопробили постоянни зъби (молари и премолари) чрез силанизация.

2.3.1. Най-рискова за развитие на кариес е оклузалната повърхност на първите постоянни молари в периода на пробив и 3 години след това. Силантите са ефективно средство в превенцията на зъбния кариес в зоната на ямките и фисурите.

2.3.2. Препоръчително време на поставяне – възможно най-скоро след пробива на зъба. При деца с висок риск от кариес се препоръчва дори и при частично пробил зъб първоначалното му покритие с гласйномерен цимент или да се нанася през 2 – 3 месеца флуорен лак по време на този изключително рисков период (пробивът на молари трае около 18 месеца!) и да се контролира състоянието на фисурата.

2.3.3. Спазват се утвърдените индикации за поставяне на силанти и като се прави предварителна оценка за отсъствието на наличен кариес в зоната на ямките и фисурите по утвърдените правила.

2.3.4. Задължителен контрол на целостта на силанта при рутинен контролен преглед.

2.3.5. На пациента и родителите трябва да се обясни, че поставянето на силанта не може да предотврати появата на кариес изобщо, тъй като той покрива само една малка част/повърхност от зъба. Запазването на неговата цялост е важна за изпълнение на неговата предпазна функция. Силанизацията на ямки, бразди и фисури трябва да се възприема като част от общия профилактичен дентален пакет за детето.

2.3.6. Възможни нежелани резултати:

2.3.6.1. Фрактуриране/падане на част от силанта. В тези случаи остават остри ръбове, които предразполагат за по-голямо плаконатрупване. Частична загуба на силант създава същия риск за развитие на кариес както повърхност, която не е била

силанизирана.

2.3.6.2. Падане на целия силант.

2.3.6.3. Изтриване на силанта.

2.3.6.4. Оцветяване на силанта.

3. Диагностика на зъбния кариес в детска възраст

3.1. Диагностика на кариозния процес – прави се чрез оценка на риска за развитие на кариес.

3.2. Диагностика на кариозните лезии

3.2.1. Акцентът в диагностиката на кариеса в детска възраст е свързан с диагностиката на началните обратими кариозни лезии, които са подходящи за неоперативно превантивно лечение.

3.2.2. Конвенционална – визуална диагностика на тежестта на кариозните лезии – по утвърдените техники.

3.2.3. Диагностика на характера на лезиите по утвърдените критерии

3.2.3.1. Прилагат се диагностични критерии за:

3.2.3.1.1. Оценка на обратими и необратими лезии.

3.2.3.1.2. Оценка на активни, стационарни и комбинирани лезии.

3.2.4. Могат да се приложат допълнителни диагностични методи:

3.2.4.1. Рентгенографско изследване – с цел ранна диагностика на апроксимален кариес се препоръчва bitewing рентгенографии.

3.2.4.2. Фиброоптична трансилюминация, лазерна флуоресценция (диагнодент) и др.

4. Водене на документация, която се отразява във формат, избран от лекуващия лекар

5. Лечение на кариеса в детска възраст

В детската възраст трябва да се спазват следните основни принципи на лечение, валидни за временното и постоянното съзъбие:

- Прилагане на неоперативен подход при обратимите лезии.

- При оперативното лечение на кариеса се прилага микроинвазивният подход.

- Препарирането на кавитета следва утвърдените правила за минимално инвазивна препарация.

- Препоръчват се контролни прегледи на времеви интервали.

5.1. Лечение на кариеса във временното съзъбие

5.1.1. Неоперативно превантивно лечение:

5.1.1.1. Индикации. На неоперативно лечение подлежат обратими кариозни лезии, диагностицирани по приетите критерии.

5.1.1.2. Лечение:

5.1.1.2.1. Поддържане на баланс между рисковите и защитните фактори на оралната среда.

5.1.1.2.2. Реминерализация (професионални и индивидуални апликации на утвърдени средства за реминерализация по предписание и методика на приложение, определена и контролирана от лекаря по дентална медицина).

5.1.1.2.3. Чрез инфилтрация със смола в клинични условия от лекаря по дентална медицина и при спазване на протокола на производителя.

5.1.2. Оперативно лечение – микроинвазивно превантивно лечение

5.1.2.1. Индикации. На оперативно лечение подлежат необратими кариозни лезии, диагностицирани по приетите критерии.

5.1.2.2. Лечението на дълбок дентинов кариес във вътрешната трета на дентина може да се проведе и на два етапа.

5.1.2.3. Според дълбочината на кариозната лезия по преценка може да се постави лайнер върху пулпната проекция, преди да се пристъпи към окончателното obtуриране на зъба.

5.1.2.4. За възстановяване се препоръчват утвърдените obtурационни материали: пластмасово модифицирани гласйономерни цименти (ПМГИЦ) – при ограничени дефекти и в зони, които не са подложени на повишено дъвкателно натоварване. Композити и компомери – при всички класове кавитети. Преценката за вида на материали зависи от възрастта и кооперативността на детето, времето на престой на зъба в устата и възможността за контрол на сухотата на оперативното поле. Не се използва дентална амалгама при лечение на пациенти с млечни зъби и на деца под 15 години.

5.1.2.5. При преценка за скорозна смяна на зъба може да се направи темпораризация – частично премахване на кариозно увредените структури и obtуриране с гласйономерни цименти (ГИЦ).

5.1.2.6. При много малки и/или некооперативни деца се препоръчва:

5.1.2.6.1. Темпораризация – изработват се obtурации от ГИЦ, като се премахва с ръчен екскаватор само силно размякнатият инфектиран дентин.

5.1.2.6.2. Атравматична техника – с използване на химиомеханична или ензимна екскавация.

5.1.2.7. При деца с кариес на ранното детство:

5.1.2.7.1. неразделна част от лечението е корекция на хранителния режим и хранителните навици на детето;  
5.1.2.7.2. които трудно се поддават на лечение, и при ограничени апроксимални дефекти на фронталните зъби се препоръчва апроксимално сепариране и обработка с реминерализиращи и флуорсъдържащи препарати.

5.2. Лечение на кариеса на новопробили постоянни зъби:

5.2.1. Неоперативно превантивно лечение – при същите индикации и протокол както във временното съзъбие.

5.2.2. Оперативно лечение – микроинвазивно превантивно:

5.2.2.1. Индикации. На оперативно лечение подлежат необратими кариозни лезии, диагностицирани по приетите критерии.

5.2.2.2. Според дълбочината на кариозната лезия лечението може да протече в едно или повече посещения.

5.2.2.3. По преценка може да се постави лайнер върху пулпната проекция, преди да се пристъпи към окончателното obtуриране на зъба.

5.2.2.4. При obtуриране на постоянни молари и премолари се препоръчва да се направи превантивна obtурация (възстановяване с композит в границите на лезията и покриване на останалата част от оклузалната повърхност със силант).

5.2.2.5. Obtурирането се осъществява с утвърдени според индикациите obtурационни материали и по преценка на лекаря по дентална медицина. Не се използва дентална амалга при лечение на пациенти с млечни зъби и на деца под 15 години.

5.2.2.6. Нуждата от локална инжекционна анестезия се обсъжда с родителите.

6. Пулпити и периодонтити във временното съзъбие – диагностика и лечение:

Пулпити на временни зъби

6.1. Диагностика на пулпити – обратим, необратим, затворен и отворен, по утвърдените техники и критерии.

6.2. Лечение на пулпити на временни зъби.

6.2.1. Лечение на обратим пулпит

6.2.1.1. Цел – запазване виталитета на зъба (при затворен обратим пулпит) и функционалността на съзъбието.

6.2.1.2. Методи на лечение:

6.2.1.2.1. Индиректно покритие при затворен обратим пулпит.

6.2.1.2.2. Пулпотомия (ампутация) – отворен обратим пулпит.

6.2.1.3. Материали за окончателно obtуриране – компомери, композити, коронки и др.

6.2.2. Лечение на необратим пулпит

Цел на лечението е запазване на функционалността на съзъбието.

6.2.2.1. Метод на лечение:

6.2.2.1.1. Пулпотомия (ампутация) – затворен необратим пулпит, отворен необратим пулпит.

6.2.2.1.2. Материали за окончателно obtуриране – композити, компомери, коронки и др.

Периодонтити на временни зъби

6.3. Диагностика по утвърдени техники и критерии на временни зъби.

6.3.1. Лечение на периодонтити

6.3.1.1. Индикации – с клинични и/или рентгенографски находки на периодонтит.

6.3.1.2. Цел на лечението е запазване на функционалността на съзъбието.

6.3.1.3. Лечение:

6.3.1.3.1. Прилагане на мумификационни техники.

6.3.1.3.2. В определени клинични ситуации се обсъжда извършване на класическо ендодонтско лечение – при индикации.

6.3.1.4. Материали за obtуриране – композити, компомери, коронки и др. Не се използва дентална амалга при лечение на пациенти с млечни зъби и на деца под 15 години.

7. Пулпити на постоянни детски зъби – диагностика и лечение

7.1. Диагностика на пулпит – обратим, необратим, затворен, отворен – по утвърдените техники и критерии.

7.2. Рентгенографско изследване се препоръчва:

7.2.1. за да се определи степента на кореново развитие, състоянието на периапикалните тъкани, поддържащата кост и фуркацията;

7.2.2. в помощ на диагнозата и плана на лечение, контрол на лечението.

7.3. Лечение на пулпит:

7.3.1. Лечение на обратим пулпит при постоянни зъби с незавършено кореново развитие.

7.3.1.1. Цел на лечението (при обратим пулпит) – да се запази виталитетът на пулпата, за да се осигури окончателното кореново развитие (арехогенезис) и запазване на зъба в зъбната редица. Прилагани методи: индиректно пулпно покритие, директно пулпно покритие, пулпотомия (ампутация).

7.3.1.2. При разкритие на пулпата на зъби с незавършено кореново развитие е препоръчително да се прави опит за провеждане

на пулпотомия (ампутация), дори и при само 1/2 изграден корен от анатомичната дължина. Пациентът винаги трябва да бъде информиран, че може по-късно да се наложи провеждане на рутинно ендодонтско лечение.

7.3.1.3. Методи на лечение:

7.3.1.3.1. Индиректно покритие, индицирано при затворен обратим пулпит. Прилагат се утвърдени биологично активни средства.

7.3.1.3.2. Директно покритие, индицирано при отворен обратим пулпит.

7.3.1.3.3. Пулпотомия (частично или пълно отстраняване на коронковата пулпа – ампутация), индицирана при отворен обратим пулпит.

7.3.2. Лечение на необратим пулпит при постоянни зъби с незавършено кореново развитие:

7.3.2.1. Цел на лечението при необратим пулпит – осигуряване на оптимални условия за кореново развитие, за запазване на зъба в зъбната редица, осигуряване на функционалност на съзъбието.

7.3.2.2. Метод на лечение:

7.3.2.2.1. Парциална пулпектомия и апексгенезис.

7.3.3. При необратим пулпит на постоянни детски зъби със завършено кореново развитие се прилага рутинно ендодонтско лечение.

7.3.3.1. Цел на лечението – запазване на зъба в зъбната редица и осигуряване функционалност на съзъбието.

8. Периодонтит на постоянни детски зъби – диагностика и лечение

8.1. Диагностика

8.1.1. По утвърдените техники и критерии.

8.1.2. Рентгенографско изследване се препоръчва:

8.1.2.1. за да се определи степента на кореново развитие, състоянието на периапикалните тъкани, поддържащата кост и фуркацията.

8.2. Лечение:

8.2.1. При постоянни зъби с незавършено кореново развитие се обсъждат терапевтични възможности по приетите клинични протоколи:

8.2.1.1. Цел на ендодонтското лечение:

8.2.1.1.1. Справяне с инфекцията в кореновия канал и периапикалното пространство.

8.2.1.1.2. Повлияване на хроничното възпаление в периапикалното пространство.

8.2.1.1.3. Да се запази и стимулира растежната зона за осигуряване на кореновото развитие или стимулиране образуването на твърди тъкани и създаване на апикална бариера.

8.2.1.1.4. Запазване на зъба в зъбната редица, особено по време на развитието на лицево-челюстната област.

8.2.1.2. Лечение на хронични периодонтити на зъби с незавършено кореново развитие – индицирано е приложение на апексификационни процедури, регенеративно лечение по приетите протоколи и техники. Методът се прилага само при строго спазени индикации и условия и не е рутинен в денталната практика.

8.2.1.3. Лечение на ексацербиран периодонтит на зъби с незавършено кореново развитие – прилагат се процедури за хронифициране на процеса, при индикация се обсъжда нуждата от назначаване на системна антибиотична терапия. След стихване на симптомите на ексацербираното възпаление лечението продължава както при хронично възпаление.

8.2.2. При постоянни зъби със завършено кореново развитие се провежда рутинно ендодонтско лечение по приетите клинични протоколи.

9. Травматични увреждания на зъбите

9.1. Диагностика на зъбните травми:

9.1.1. Диагностика на травматичното събитие – кога, къде и как се е случила травмата, информация за загуба на съзнание.

9.1.2. Всички зъби с травма трябва да бъдат лекувани и проследявани за ранни и късни усложнения съгласно утвърдените срокове, според тежестта на травмата и вида на съзъбието.

9.2. Лечение на травми

9.2.1. Във временното съзъбие:

9.2.1.1. Цел на лечението – запазване на зъба в зъбната редица за изпълнение на неговите функции; превенция на преждевременната загуба на временни зъби и свързания с това риск от развитие на ортодонтски деформации.

9.2.1.2. Фрактура на коронката без засягане на пулпата – окончателно възстановяване на зъба се извършва след един месец, за да премине съпътстващата контузия и да бъде изключена настъпила пулпна некроза. Възстановяване – с естетични материали.

9.2.1.3. Фрактура на коронката със засягане на пулпата – индицирани са пулпотомия (ампутация) или пулпектомия при завършено кореново развитие и липса на резорбция (по утвърдените техники).

9.2.1.4. Фрактура на корена – екстракция и преценка на нуждата от поставяне на местопазител.

9.2.1.5. Интрузивна луксация – препоръчително е при възможност да се проведе рентгенографско изследване за изключване засягане на зародиша. При липса на засягане се изчаква реерупция. Ако не настъпи реерупция до 6 месеца след травмата, е индицирана екстракция и преценка на нуждата от местопазител. При опасност от засягане на зародиша се препоръчва екстракция и местопазител – по преценка.

9.2.1.6. Екструзивна луксация – при малка подвижност – репозиция и временно шиниране към съседните зъби (ако са подходящи) с утвърдени за целта средства. При голяма подвижност репозицията и шинирането на временни зъби нямат добър успех и не се препоръчват. Препоръчва се да се пристъпи към екстракция и по преценка поставяне на местопазител.

9.2.1.7. Латерална луксация:

9.2.1.7.1. При малка степен на луксация на клиничната коронка в орална посока и без смущение в оклузията се изчаква реерупция, поведението е както при интрузивната луксация (виж т. 9.2.1.4); при смущение в оклузията се препоръчва екстракция на зъба, обсъжда се нуждата от местопазител.

9.2.1.7.2. При вестибуларна луксация на клиничната коронка има висок риск от увреждане на зародиша на постоянния зъб, препоръчва се рентгенографско изследване и по преценка се предприема екстракция. Обсъжда се нуждата от местопазител.

9.2.1.8. Експулсио – при временните зъби не се прилага реимплантация.

9.2.2. В постоянното съзъбие:

9.2.2.1. Цел на лечението:

9.2.2.1.1. е запазване на зъба в зъбната редица и функционалността на съзъбието;

9.2.2.1.2. профилактика на възникване на ортодонтски деформации, както и смущение в естетиката при преждевременна загуба на постоянен зъб след травма.

9.2.2.2. Лечение:

9.2.2.2.1. прилагане на методи и техники за запазване виталитета на пулпата или растежната зона за осигуряване на кореновото развитие, особено при постоянни зъби с незавършено кореново развитие (апексгенезис, апексификацио – по утвърдените протоколи);

9.2.2.2.2. провеждане на рутинно ендодонтско лечение при зъби със завършено кореново развитие и некроза на пулпата след настъпила дентална травма (по утвърдените протоколи);

9.2.2.3. Фрактури на емайла – прави се заглаждане на ръбовете (при нужда) след проследяване в продължение на един месец (чрез утвърдени методи и средства) за настъпили усложнения – пулпна некроза (налага се лечение). При липса на усложнения зъбът се възстановява с утвърдени за целта материали.

9.2.2.4. Фрактури на емайла и дентина без засягане на пулпата – откритият дентин се покрива с подходящи биологични материали (на основата на калциев хидроксид, ГИЦ), за да се изолира пулпо-дентиновият комплекс. След едномесечно проследяване за пулпна некроза (чрез утвърдени методи и средства) се пристъпва към възстановяване с подходящи за целта материали. При настъпило усложнение се провежда съответното лечение.

9.2.2.5. Фрактури на емайла и дентина с разкритие на пулпата – в зависимост от конкретната клинична ситуация се обсъжда директно пулпно покритие, пулпотомия (ампутация) или ендодонтско лечение.

9.2.2.6. Фрактури на емайла и дентина с разкритие на пулпата и незавършено кореново развитие над 24 часа след травмата и клинични признаци за начална пулпна некроза – препоръчва се парциална пулпектомия за постигане на апексгенезис/апексификацио, след постигането на целта се провежда рутинна ендодонтска терапия и окончателно възстановяване.

9.2.2.7. Фрактури на емайла и дентина с разкритие на пулпата и незавършено кореново развитие над 24 часа след травмата и клинични знаци за цялостна пулпна некроза, периодонтит или неуспех от по-горе описаните лечения – препоръчително е прилагане на лечение по методиката за апексификацио и след постигането му (според утвърдените критерии) – провеждане на рутинна ендодонтска терапия и окончателно възстановяване с подходящите средства.

9.2.2.8. Интрузивна луксация – антисептично и противовъзпалително лечение на травмираната лигавица и гингива и проследяване. Възможни лечебни подходи – изчакване да настъпи естествена реерупция (от 6 до 12 месеца), ортодонтско изтегляне; екстракция на зъба.

9.2.2.9. Екструзивна и латерална луксация – репозиция и шиниране на засегнатия зъб/и към съседните незасегнати зъби (при възможност) за период от 2 – 3 седмици. Използват се утвърдени за целта средства.

9.2.2.10. При коренова фрактура в средата на корена или във втората трета – препоръчва се репозиция на зъба в правилното положение и шиниране за 4 седмици. Проследяване на оздравителния процес с утвърдени клинични, рентгенологични и параклинични методи.

9.2.2.11. Експулсио на зъб с незавършено кореново развитие – лечение до 1 час след травмата – препоръчва се реимплантация



и шиниране (7 – 10 дни). Проследяване на оздравителния процес чрез утвърдени клинични, рентгенологични, параклинични методи. В зависимост от клиничния статус могат да се приложат: ревитализация и апексгенезис, апексификация.

9.2.2.12. Експулсио на зъб с незавършено кореново развитие над 1 час след травмата – препоръчва се реимплантиране и шиниране при спазване на утвърдените за това правила. Лечение и проследяване по методиката за апексгенезис или апексификация.

9.2.2.13. Експулсио на зъб със завършено кореново развитие – клинично поведение по утвърдените правила.

10. Възможни последици, усложнения и нежелани резултати след провеждане на неоперативно или оперативно лечение във временно и постоянно съзъбие:

10.1. Разкритие на пулпата в хода на кавитетната препарация.

10.2. Нараняване на меките тъкани:

10.2.1. При провеждане на локална инжекционна анестезия, както и прехапване поради загуба на чувствителност в рамките на няколко часа след провеждането ѝ.

10.2.2. При прилагане на различни средства в процеса на кавитетната препарация и изработването на възстановяванията.

10.3. Фрактура на obturацията.

10.4. Падане на obturацията или отчупване на части от нея.

10.5. Оцветяване на obturацията.

10.6. Фрактура на зъба.

10.7. Оцветяване на зъба.

10.8. Проява на постоперативна чувствителност в лекувания зъб.

10.9. Прогресия на кариозния процес във възстановения зъб.

10.10. Възникване на усложнение в пулпата с развитие на възпаление, некробиоза, некроза;

10.11. Развитие на възпалителен процес с ангажиране на околните тъкани, формиране на фистула, абсцес.

10.12. Персистиране на възпалителния процес със смущение в развитието на подлежащия зародиш, засягащо перикоронарните тъкани, с възможно развитие на фоликуларна киста или дисплазия на Търнер.

10.13. След травматични увреждания в постоянното съзъбие може да се наблюдава коренова резорбция/анкилоза, ендодонтски възпалителен процес и загуба на зъба.

11. Фактори, които могат да компрометират лечението:

11.1. Когато пациентът/респ. настойникът на дете:

11.1.1. Поради различни причини откаже (в писмен вид) да спазва препоръчаните допълнителни методи на изследване, които са в помощ на диагностиката.

11.1.2. Не спазва насоките/препоръките/инструкциите, които лекарят по дентална медицина е назначил във връзка с профилактиката и/или текущото лечение.

11.1.3. Не спазва графика за предвидените дентални посещения във връзка с провеждащото се/текущото лечение.

11.2. Когато пациентът/родителят/респ. настойникът на дете не спазва посочения от лекаря по дентална медицина времеви интервал за провеждане на профилактичен контролен преглед.

12. Пародонтални заболявания в детско-юношеска възраст

12.1. Профилактиката на пародонтални заболявания в детско-юношеска възраст:

12.1.1. тя е неразделна част от профилактика на кариозното заболяване, която е предпоставка за постигане на орално здраве;

12.1.2. е свързана с оценка на риска от развитие на заболяване чрез проучване на всички вероятни каузални и рискови фактори и чрез използване на схема за оценка на пародонталния статус.

12.2. Диагностиката и лечението на пародонтални заболявания в детско-юношеска възраст са съобразени с динамичните възрастови особености на пародонта в детска възраст.

12.2.1. Диагностика и лечение на гингивити в детско-юношеска възраст по утвърдените за целта методи и техники.

12.2.2. Диагностика и лечение на пародонтите в детско-юношеска възраст по утвърдените за целта методи и техники.

12.2.3. При установяване на пародонтални лезии в детската възраст се препоръчва консултация със специалист.

13. Заболявания на оралната лигавица в детско-юношеска възраст

13.1. Диагностика и лечение на най-често срещаните заболяванията на оралната лигавица в детско-юношеска възраст по утвърдените методи и техники.

## В. СПЕЦИАЛНИ ПРАВИЛА ПРИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЕНДОДОНТСКО ЛЕЧЕНИЕ

Ендодонтското лечение обхваща процедури, свързани с поставяне на точна и обоснована диагноза и диференциална диагноза, овладяване на болката от пулпен и перирадикуларен произход, провеждане на терапевтични процедури за запазване

виталитета на зъбната пулпа, провеждане на кореново лечение при необратими възпалителни увреждания на зъбната пулпа и предотвратяване на усложнения в апикалния периодонциум, лечение на периапикални лезии (остри и хронични периодонтити) с цел запазване функционалната годност на зъба, прелекуване на зъби с неуспешно проведено първично лечение, случаи на персистиращ апикален периодонтит, лечебни процедури, свързани с хирургична ендодонтия, избелване на ендодонтски лекувани зъби, лечебни процедури, свързани с коронарното възстановяване чрез изграждане с щифт, ендодонтски мероприятия по отношение удължаване на клиничната корона и лечение на травмирани зъби.

Корено-канално лечение може да се проведе на всички пациенти, при които могат да се предприемат и други дентални процедури.

1. Индикации за провеждане на ендодонтско лечение:

1.1. Необратими възпалителни заболявания на зъбната пулпа, без и със засягане на периапикалните тъкани.

1.2. Некротична пулпа със и без засягане на периодонциума.

1.3. Пукнатини и фрактури със засягане на зъбната пулпа.

1.4. Зъби с термична и дъвкателна свръхчувствителност, която значително пречи на нормалната функция, и когато други методи не са успели да я намалят.

1.5. При значителни разрушения на зъбната корона и необходимост от поставяне на радикуларен щифт за ретенция на възстановяването.

1.6. Съмнително пулпно здраве преди възстановителни процедури, разкриване на зъбната пулпа при отстраняване на кариозния дентин в хода на лечение на кариозната лезия, преди коренова резекция или хемисекция.

1.7. За целите на протетичното възстановяване.

2. Индикации за прелекуване на зъби

2.1. Наличие на клинични симптоми – болка, клинични промени на лигавицата в областта на апекса на зъба в резултат на периапикално възпаление.

2.2. Рентгенологично доказателство за недобро качество на корено-каналната запълнка при наличие на периапикални промени, наличие на симптоми, които продължават след ендодонтското лечение, необходимост от подмяна на коронарното възстановяване или предстоящо избелване.

2.3. Очаквани възстановителни или протетични процедури върху зъб, при които предишното качество на лечение е под въпрос.

2.4. Нарушена херметичност на ендодонта.

\* *Забележки:*

– Недобрият рентгенографски изглед на проведено ендодонтско лечение, без симптоми и белези на заболяване, не е индикация за прелекуване и се препоръчва обсъждане с пациента, преди да се пристъпи към прелекуване.

– Асимптоматичен апикален периодонтит, без данни за екзацербации или субективни оплаквания от страна на пациента, може да бъде проследен във времето, без да се пристъпва към незабавно ендодонтско прелекуване.

– В определени клинични ситуации на асимптоматичен апикален периодонтит може да се обсъди наблюдение.

3. Целта на ендодонтското лечение е възстановяване функционалната годност на зъба

4. Медицинска и дентална анамнеза

4.1. Анамнеза на настоящите оплаквания.

4.2. Анамнеза на живота и минали заболявания.

5. Клиничен преглед – включва екстраорален и интраорален преглед

6. Диагностични методи – клинични и параклинични методи на изследване

6.1. Клинични методи на изследване: палпация, перкусия, тест за подвижност, оценка състоянието на пародонта, оклузален анализ, тест за наличие на пукнатини, тестове за пулпна чувствителност (термични), селективна локална анестезия.

6.2. Параклинични методи на изследване: електроодонтодиагностика, рентгенография (препоръчва се използването на паралелна техника и средство за насочване на лъча за добра повторна възпроизводимост). Може да се наложи направата на рентгенографии от повече от един ъгъл, понякога придружени с „байт-уинг“.

Може да се наложи някои пациенти да бъдат повиквани на периодични интервали, за да бъде сравнена част от информацията от прегледа между интервалите, с цел прецизна диагноза на началото, прогресирането или преустановяването на определен процес.

Могат да бъдат използвани всички или някои от изброените диагностични методи, както и други методи по преценка на лекаря по дентална медицина.

7. Лечебен план

Лечебният план задължително се обсъжда с пациента, като се посочват и алтернативи на предложеното лечение.

Лекарят по дентална медицина информира пациента за продължителността на лечението и очаквани особености в протичането

(болка, оток, поява на травматичен, медикаментозен периодонтит). Информира пациента за рисковете при приложение на анестетици, нестероидни противовоспалителни средства и антибиотици по време на ендодонтското лечение. Информира пациента за очакваните резултати, ако лечението не бъде проведено.

Документиране на случая – формата на предоставяне и съхранение на рентгенографиите може да е в дигитален или аналогов вариант.

#### 8. Обезболяване по време на ендодонтското лечение

Осъществява се чрез локална инжекционна анестезия, която се прилага при болезнени манипулации, свързани с ендодонтското лечение, при спазване правилата за обезболяване. Използват се основни и допълнителни методи.

#### 9. Подготовка на коронарните твърди зъбни структури за ендодонтско лечение

Препоръчва се всички дефектни възстановявания и кариозни лезии да бъдат отстранени. Препарира се оптимален ендодонтски кавитет. Препоръчва се редукция на туберкули с цел предпазване на твърдите зъбни тъкани от фрактура по време на лечението. Зъбът трябва да бъде възстановяем и да е възможна неговата изолация.

#### 10. Изолиране на оперативното поле

Препоръчва се ендодонтското лечение да се провежда, когато е възможна изолация на зъба, за да се избегне контаминация със слюнка и бактерии, да се предотврати инхалация и поглъщане на инструменти и да се предотврати изтичането на иригационни разтвори в устната кухина.

#### 11. Препариране на кавитет за ендодонтски достъп

Целта на кавитета за достъп е да осигури видимост на всички елементи от пулпната камера, да улесни достъпа на инструментите до корено-каналната система без прекомерно огъване.

#### 12. Препоръчителни методи за определяне на работна дължина

Целта на определянето на работна дължина е да позволи почистване и оформяне на кореновия канал възможно най-близо до апикалното стеснение, което варира между 0,5 и 2 мм от рентгенологичния апекс.

Съществуват клинични ситуации, при които достигането на работна дължина е затруднено или невъзможно, както и невъзможност за откриване на кореновите канали.

Препоръчва се определянето на работна дължина да се извършва с електрометричен и/или рентгенографски метод.

#### 13. Препариране на корено-каналната система

Препарацията на корено-каналната система може да бъде извършена чрез: ръчни, машинни и осцилиращи инструменти или комбинация от тях.

#### 14. Препоръчителни средства за иригация/дезинфекция на кореновия канал

14.1. Натриев хипохлорит – използва се в различни концентрации (0,5 – 5,25 %), като по-високата концентрация изисква повишено внимание към иригацията поради високата реактивност на концентрирания разтвор с меките тъкани в устната кухина и възможните усложнения при преминаване на разтвора през апикалния форамен.

14.2. Етилен-диамин-тетраацетат (ЕДТА) – използва се под формата на разтвор в различни концентрации за премахване на замърсяващия слой или под формата на гел като лубрикант и хелатор.

#### 14.3. Други разтвори, имащи свойствата на детергенти, дезинфектанти и др.

Иригацията се извършва със спринцовка и игла, като се осигурява възможност на ириганта свободно да излиза от канала в пулпната камера. Иригантите могат да бъдат прилагани заедно със звукови и ултразвукови системи за активация и др.

#### 15. Медикация между посещенията/временни вложки

Медикацията на кореновите канали се прави, когато ендодонтското лечение не може да бъде завършено в едно посещение.

В хода на ендодонтското лечение между посещенията е възможно да се получи преходна болка.

#### 16. Обтуриране на корено-каналната система

За обтуриране на корено-каналната система могат се използват пасти, силъри и гутаперка чрез студени и топли техники за обтуриране. Не се използва дентална амалга за лечение на бременни и кърмещи жени, освен когато това се счита за абсолютно необходимо от страна на лекаря по дентална медицина въз основа на специфичните медицински нужди на пациента.

Запълването трябва да се извършва след завършването на корено-каналната обработка. Обработеният коренов канал по възможност трябва да бъде запълнен оптимално, освен ако не е нужно пространство за щифт или има невъзможност за достигане до работната дължина.

Зъбът трябва да бъде възстановен адекватно след обтурирането на кореновите канали, за да се предотврати бактериална реконтаминация на корено-каналната система или фрактура на зъба.

В хода на ендодонтското лечение е възможно да се получи преходна болка, рагади и травматични лезии по устните и лигавицата.

#### 17. Нежелани последствия и усложнения, които могат да възникнат в хода на ендодонтското лечение

17.1. Усложнения при локална анестезия (счупване на игла, нараняване на кръвоносен съд, болки и възпалителни усложнения, рефлекторна контрактура, аспирация или поглъщане на инжекционна игла и др.).

17.2. Болка по време на обработката на каналите или след поставяне на временна медикаментозна вложка.

17.3. Болка по време на иригация или кървене от канала.

17.4. Препресване на иригационен разтвор в перирадикуларните тъкани, костта или околните меки тъкани.

17.5. Недостигане до края на кореновия канал и невъзможност за прохождането му.

17.6. Счупване на части от короната на зъба – при отслабени стени, изградени от емайл, неподплатен от дентин, по време на хранене.

17.7. Перфорации по пода на пулпната камера и по хода на кореновия канал.

17.8. Счупване на ендодонтски инструмент.

17.9. Транспортиране на канала и създаване на фалшив ход на канала.

17.10. Травматични или медикаментозни периодонтити.

17.11. Препресване на каналопълнежни средства в костта или анатомични ложи, свързани с лекувания зъб (синус, мандибуларен канал).

17.12. Спукване на короната и/или корена на зъба.

17.13. Травматични и химични увреждания на лигавицата.

18. Нежелани последствия и усложнения, които могат да възникнат след ендодонтско лечение

18.1. Постоперативна чувствителност/болка.

18.2. Спукване на короната/корена и последваща екстракция на зъба.

19. Проследяване на ендодонтското лечение

Препоръчва се проследяване след провеждане на ендодонтско лечение, съобразено с клиничната диагноза.

Препоръчва се спазване на контролните прегледи от пациента, защото съществува риск от прогресия на възпалителното заболяване.

20. Ендодонтско лечение с неблагоприятен изход:

20.1. Вследствие на разхерметизиране или при реинфекция в резултат на вторичен кариес и коронарно просмукване, кариес, прогрессиращ до кореновия канал или фуркацията, коренова фрактура, коренова перфорация или пародонтит.

20.2. Рентгенографски установима новопоявила се лезия след лечението или вече съществуващата лезия е увеличила размера си.

20.3. Лезията е останала със същия размер или само е намалила размера си по време на проследяването.

20.4. Наличие на признаци на продължаваща коренова резорбция.

\* *Забележка.* Съществуват клинични случаи, при които на рентгенография може да се наблюдава непълно възстановяване на възпалителната лезия, което може да се дължи на непълен възстановителен процес. В тези случаи се препоръчва наблюдение.

## Г. СПЕЦИАЛНИ ПРАВИЛА ЗА ДОБРА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА ПО ПРОТЕТИЧНА ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА

Протетичната дентална медицина обхваща познанията и техническите умения, необходими за диагностика, планиране и подготовка за протетично лечение на всички структури, тъкани и органи на дъвкателния апарат и лицево-челюстната област. Специалните правила за добра медицинска практика по протетична дентална медицина имат за цел да бъдат формулирани общовалидни норми. Те са важни за всички лекари по дентална медицина независимо от обема на извършваната от тях протетична дентално-медицинска дейност. Протетичната дентално-медицинска дейност е планова дейност, няма неотложен характер и може да бъде отлагана във времето.

1. Профилактика на заболяванията в протетичната дентална медицина

Профилактиката в протетичната дентална медицина е свързана със своевременна рехабилитация на състоянията и заболяванията в лицево-челюстната област.

Основна цел е предотвратяване възникването на травматична оклузия и развитието на феномена на Годон, както и задълбочаване на патологичните процеси при частично и изцяло обеззъбени челюсти, засягащи челюстните стави, кости, дъвкателните мускули и меките тъкани.

Добре планираните и прецизно изработени протезни конструкции имат висока профилактична стойност.

2. Диагностични методи в протетичната дентална медицина

Диагностично-лечебните методи включват анализ и оценка на степента на патологичните промени в зъбите, пародонта, зъбните редици, зъбната оклузия и артикулация, обеззъбените челюсти, челюстните стави, дъвкателните и мимическите мускули, тъканите и органите в лицево-челюстната област, както и психосоматичното състояние на пациента.

Диагностичният процес се извършва чрез снемане на анамнеза, екстраорален и интраорален преглед, палпация, перкусия,

инструментални и параклинични изследвания на структурите, тъканите и органите в ЛЧО, включително рентгенографско изследване по преценка на лекуващия лекар по дентална медицина, фотодокументация и анализ на диагностични гипсови модели при клинични случаи (интервенции) с висока сложност.

Обективното изследване в протетичната дентална медицина има за цел подробна прогностична оценка на потенциалните опорни зъби, на остатъчното съзъбие и обеззъбените алвеоларни гребени. Клиничният анализ на състоянието на опорните зъби включва изследване на зъбната коронка, зъбната шийка и пародонта (дълбочина на венечния джоб и подвижност) на зъба. При анализа на състоянието на зъбната дъга и обеззъбените алвеоларни гребени се установяват: форма и симетричност на зъбната дъга; тип, наклон и степен на атрофия на алвеоларните гребени; изразеност на лабиалните френулули, гингиво-букалните връзки и клинична оценка на размера на езика.

Рентгенологичното изследване се извършва с интраорални сегментни и „bite wing“ рентгенографии, панорамни и обзорни латерални рентгенографии на черепа и триизмерни образни методи. Изборът на определен метод е по преценка на лекуващия лекар по дентална медицина и дава възможност за оценка на следните критерии: ниво на алвеоларната кост около опорните зъби, степен на атрофия на алвеоларната кост след обеззъбяване, оценка на съотношението коронка – корен като основен белег за състоянието и прогнозата на опорния зъб.

3. Протетичната дентална медицина осъществява рехабилитация и възстановяване на състояния, увреждания и деформации в лицево-челюстната област с помощта на три основни протетични метода:

3.1. Протетична профилактика и лечение с неснемаеми протези.

3.2. Протетична профилактика и лечение със сменяеми протези.

3.3. Протетична профилактика и лечение с комбинирани протези.

Основните дейности по планирането и изработването на протезните конструкции се извършват в тясна колаборация със зъботехническа лаборатория. Основно изискване е вземането на прецизен конвенционален (аналогов) или дигитален отпечатък от протезното поле.

3.4. Според степента на сложност клиничните протетични интервенции се разделят на:

3.4.1. Протетични интервенции с ниска сложност

Протетично дентално-медицинско лечение на зъбна деструкция, частично и цялостно обеззъбяване с различни видове конвенционално и/или адхезивно фиксирани метални, керамични, композитни, пластмасови, металопластмасови и металокерамични инлеи, онлеи, овърлеи, частични коронки, фасети, цели коронки и малки мостови протези (до 4 члена), плакови частични и цели зъбни протези.

3.4.2. Протетични интервенции с висока сложност

Винтово и фрикционно фиксирани протезни конструкции, сменяеми частични моделно лети скелетирани протези с куки по системата „Ней“ или техни съвременни разновидности, различни видове комбинирано протезиране с неснемаеми и сменяеми моделно лети скелетирани протези с куки по системата „Ней“ или техни съвременни разновидности, с различни видове механични стави, телескоп-коронки, траверси, цанги, ключалки, магнити, чрез фрез-техника и др., протезни конструкции върху зъбни и/или имплантатни опори, при възстановяване на различни видове челюстни съотношения, понижена височина на челюстна релация, зъбна атриция и абразия, лечение на бруксизъм и бруксомания, трудни случаи с неблагоприятни морфологични особености на устната лигавица и алвеоларната кост при лечение с цели протези, протетично дентално-медицинско и медикаментозно лечение на миопатии, артропатии, мио-артропатии, остра и хронична травма от зъбна оклузия и артикулация на челюстните стави, клинично изпълнение на непрограмирано и програмирано селективно изпиляване на зъбите, различни видове шиниране на зъбите с протетични средства (шиниращи протезни конструкции), протетично лечение на синдром на Костен и на привична луксация на челюстните стави, протетично лечение на психосоматици и челюстно-лицево протезиране.

4. Препоръки при извършване на протетично лечение

При случаи с висока сложност се препоръчва изборът на метод на протезиране и вид протезна конструкция да се обвърже със съставянето на подробен протетичен лечебен план.

Възприето е протетичният лечебен план да се разработва въз основа на данните от изследването на пациента, диагнозата, прогнозата и показанията за протетично лечение. Лечебният план преминава през следните фази: подготовка на устната кухина за протетично лечение; определяне на вида на протезната конструкция, и по-специално нейната форма и големина; определяне на последователността и броя на отделните етапи, посещения; предаване на протезата, съвети към пациента, проследяване чрез клинични контроли през адаптационния период. Необходимо е да се определи по какъв клиничен и технологичен метод и с какви материали ще бъде изработена конструкцията/ите и да се отрази в лечебния план. Предварително съставеният и приет лечебен план може да бъде коригиран при настъпила промяна в медицинските обстоятелства, включително и в резултат на предпротетичната подготовка на устната кухина.

При протетични интервенции с висока сложност се препоръчва информираното съгласие да се придружава от приет и подписан

от клинициста и пациента лечебен и финансов план.

Временното протезиране е препоръчително при лечение с всички видове неснемаеми конструкции и особено при случаи с висока сложност и/или при протезиране в естетическата зона.

При предаване и трайно фиксиране на окончателната неснемаема протезна конструкция се изисква подпис на пациента в потвърждение на това, че приема формата, размера, разположението и цвета на зъбите.

След приключване на лечението пациентът се информира за поддържащите грижи, периодичните контролни прегледи и за възможен и очакван следоперативен дискомфорт в адаптационния период, последващ всяко протетично лечение, в който пациентът може да има свързани с лечението и заболяването оплаквания.

5. Нежелани ефекти/последиви/усложнения от протетично лечение. Възможни последствия от протетично лечение са:

5.1. С функционален характер – преходни дъвкателни и фонетични оплаквания.

5.2. Свързани с използваните дентални материали за протетична рехабилитация, включващи амортизация на материалите в резултат на нормалната дъвкателна функция, нарушаване на фиксиращата неснемаемите конструкции връзка, алергични реакции, патогалванизъм и др.

5.3. Свързани с твърдите зъбни тъкани, включващи кариозни разрушения, абразия, фрактура и др.

5.4. Свързани с меките тъкани – травми и др.

5.5. Свързани с предпротетичната подготовка на пациента – психологична; хирургична; пародонтална; консервативна и ендодонтска; ортодонтска; протетична подготовка и/или подготовка на опорните зъби.

5.6. Свързани с проприоцептивната сетивност – например повишена чувствителност след окончателно фиксиране на протезната конструкция, усещане за свръхконтуриране и др.

5.7. Свързани с адаптационния период – например прехапване на меки тъкани, паранормални функции и др.

5.8. Свързани с техническото изпълнение на зъбопротезната конструкция – скъсване или счупване на протезната конструкция и др.

Специалните правила за добра медицинска практика в областта на протетичната дентална медицина се актуализират своевременно и/или на всеки три години.

#### Д. СПЕЦИАЛНИ ПРАВИЛА ЗА ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ПАРОДОНТАЛНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ

##### 1. Характеристика

Съвременната класификация на пародонталните заболявания е публикуваната през 2018 г. Класификационна схема за пародонталните и периимплантните заболявания и състояния, на която е базиран настоящият документ.

##### 2. Основни състояния

2.1. Здрав пародонт – дефинира се като липса на установимо възпаление.

Прието е, че има 4 типа на пародонтално здраве в зависимост дали има нормално, или редуцирано ниво на прикрепване и кост, както и дали е възможен контрол на модифициращите фактори, и на резултата от лечение:

2.1.1. Интактен пародонт – без никакви клинични и хистологични данни за възпаление, без загуба на прикрепване и кост.

2.1.2. Клинично здрав пародонт – без или със минимални признаци на възпаление при запазено прикрепване и кост.

2.1.3. Пародонтално здраве при редуциран пародонт:

2.1.3.1. Без пародонтално заболяване (при гингивални рецесии или хирургични намеси с отстраняване на пародонтално свързана кост).

2.1.3.2. При успешно стабилизиране на пациент с пародонтитстабилизиран пародонтит – при редуциран пародонт и добър контрол на допълнителните фактори.

2.1.3.3. Пародонтит в ремисия, при който за разлика от стабилизирания пародонтит няма пълен контрол на модифициращите и предразполагащите фактори.

2.1.4. Клиничните параметри, дефиниращи здравето, са:

2.1.4.1. Липса на кървящи места при повърхностно сондиране > 10 %.

2.1.4.2. Липса на гингивални/пародонтални джобове – PPD > 4 мм.

2.1.4.3. Интактен пародонт/стабилни нива на прикрепване.

##### 3. Заболявания на гингивата:

3.1. Процеси, характеризиращи се със симптоми на възпаление на гингивата.

3.2. Не се регистрира клинично загуба на прикрепване и/или рентгенографски налична загуба на кост.

##### 3.3. Видове:

3.3.1. Заболявания на гингивата, които не са предизвикани от бактериалната плака – групата включва различни системни или локални заболявания с различна етиология.

3.3.2. Плакасоцирани заболявания на гингивата.

4. Заболявания на пародонта:

4.1. Процеси, характеризиращи се със симптомите на възпаление и/или некроза, характерни за заболяванията на гингивата.

4.2. Установява наличие на загуба на пародонтално свързана кост на поне две несъседни места – над 2 мм при апроксимални места или вестибуларна/орална загуба на прикрепване над 3 мм при поне 3 мм дълбочина на сондиране, когато няма данни за други причини за загуба на прикрепване.

Най-често срещаните пародонтални заболявания, обект на лечение, са плакасоцирани заболявания на гингивата и пародонта, поради което настоящият документ включва насоки за тяхната диагноза, лечение и прогноза.

5. Основните параметри, свързани с прогресията на заболяването, са:

5.1. Прогресираща загуба на пародонтално свързана кост и прикрепване.

5.2. Задълбочаване на пародонталните джобове.

5.3. Прогресиращо увеличаване на зъбната подвижност.

5.4. Прогресираща апикална миграция (отдръпване) на венечния ръб и кореново оголване

5.5. Загуба на зъби.

6. Общи диагностични параметри за поставяне на диагноза на пародонталните заболявания

6.1. Клинични параметри:

Препоръчителни клинични параметри, необходими за диагноза и лечение на гингивита и пародонтита, са:

6.1.1. Ниво на хигиенна ефективност – обикновено отчитано с процента на свободните от плака повърхности, но са приложими и други хигиенни индекси.

6.1.2. Ниво на венечно възпаление – обикновено отчитано с процента на местата, кървящи при повърхностно сондиране, но са приложими и други индекси, отчитащи провокирано кървене.

6.1.3. Дълбочина на джобовете при сондиране (Periodontal Probing Depth – PPD).

6.1.4. Ниво на клинично прикрепване при сондиране (Clinical Attachment Level – CAL).

6.1.5. Процент на местата с кървене при сондиране (Bleeding on Probing – BoP).

6.1.6. Наличие и обхват на фуркационно засягане.

6.1.7. Наличие на зъбна подвижност.

6.2. Инструментариум – за регистриране на гореизброените параметри може да се използват градуирани пародонтални сонди или автоматизирани пародонтални сонди. Смята се, че градуираните сонди осигуряват достатъчно ниво на точност.

6.3. Параклинични и лабораторни параметри:

6.3.1. Рентгенографско изследване – за целите на диагнозата могат да се назначат:

6.3.1.1. Интраорални ретроалвеоларни рентгенографии на наличните зъби по възможност по паралелна техника.

6.3.1.2. Ортопантомография.

6.3.1.3. Cone beam computed tomography (CBCT).

В повечето случаи сегментните рентгенографии предоставят нужната информация за диагноза и планиране. CBCT се налага при планиране на специфични хирургични намеси.

7. Критерии за поставяне на диагноза плакиндуциран гингивит

7.1. Наличие на над 30 % повърхности с плака след измиване от пациента.

7.2. Наличие на над 10 % гингивални места, кървящи при повърхностно сондиране.

7.3. Липса на загуба на аташман и кост по пародонтални причини – костта е на 1 – 3 мм от ЕЦГ.

В случаите на постигнато стабилно състояние на пациент с пародонтит костта може и да е над 3 мм от ЕЦГ. В тези случаи не трябва да има PPD > 4 мм на мястото.

7.4. Форми:

7.4.1. Локализиран – кървене на 10 – 30 % от местата.

7.4.2. Генерализиран – кървене на над 30 % от местата.

7.5. Пародонтит

Минимални изисквания за установяване:

7.5.1. Апроксимална загуба на прикрепване  $\geq$  2 мм на поне 2 несъседни места.

7.5.2. Вестибуларна/орална загуба на прикрепване  $\geq$  3 мм, с PPD > 3 мм.

7.6. Форми:

7.6.1. Стадий – I – IV в зависимост от неговата тежест и комплексност.

7.6.2. Разпространение и модел – в зависимост от % и локализацията на места с налична загуба на прикрепване.

7.6.2.1. Локализиран – до 30 % от местата са със загуба на прикрепване.

7.6.2.2. Генерализиран – над 30 % от местата са със загуба на прикрепване.  
7.6.2.3. Моларно-инцизивен – загубата на прикрепване е основно около инцизиви и молари.  
7.6.3. Рисков клас А/В/С – в зависимост от директните и индиректните доказателства за скоростта на прогресия и от наличието на доказани рискови фактори (захарен диабет, тютюнопушене).

#### 8. Видове терапия

Пародонталното лечение може да се раздели условно на 4 фази:

##### *Първа фаза*

8.1. Антиинфекциозна пародонтална терапия (нехирургична терапия, инициална терапия, механична терапия) – цели контрол на етиологичните фактори (дентален биофилм, рискови фактори на средата и организма). Състои се от 2 етапа:

8.1.1. ЕТАП 1 – Хигиенен – при всички пациенти с пародонтален проблем

8.1.1.1. Обучение на пациента и осигуряване на средства за ефективна орална хигиена.

8.1.1.2. Основна четка за зъби – ултразвукова, ротационна, механична – няма сигурни данни за преваляраща ефективност на някои от тези средства.

8.1.1.3. Допълнителна четка за зъби – при пациенти със специфични проблеми и трудно достъпни зъбни повърхности (венечни рецесии, плитък вестибулум, зъбни ротации и др.) може да се препоръчат и четки с един сноп, осигуряващи специфичен достъп.

8.1.1.4. Междузъбни средства – междузъбен конец, междузъбни четки, орален иригатор – няма сигурни данни за преваляраща ефективност на някои от тези средства. В повечето случаи няма доказана допълнителна ефективност от приложението на иригатори.

8.1.1.5. Средства за визуализация на зъбната плака – таблетки, разтвори – смята се, че използването на тези средства улеснява постигането на ефективна хигиена от пациента.

8.1.1.6. Отстраняване на надвенечните отлагания от зъбна плака и зъбен камък.

8.1.1.7. Отстраняване на подвенечните (до 3 мм подвенечно) отлагания от зъбна плака и зъбен камък.

8.1.1.8. Отстраняване на ятрогенни плак-ретентивни фактори.

8.1.1.9. При случаи с изявено възпаление (над 80 % венечни места, кървящи при сондиране, данни за спонтанно кървене, профузно кървене при четкане) е препоръчително предписването на средства за химическо потискане на плаката и/или противовъзпалителни средства – вода за уста, гел. Тези средства не могат да заместят нуждата от механично отстраняване на денталния биофилм.

8.1.1.10. При пациенти с повишен риск от ендокардит се обсъжда антибиотична превенция на бактериален ендокардит при индикации.

Броят на посещенията, касаещи първия етап, както и на интервалите между тях се определят индивидуално в зависимост от тежестта и скоростта на прогресия на заболяването, както и от степента на съучастие от страна на пациента.

При пациенти с гингивит при липса на PPD  $\geq$  4 мм описаният обем лечение е обикновено достатъчен.

8.1.2. ЕТАП 2 – Подвенечна терапия

8.1.2.1. Прилага се при пациенти с пародонтит с налични джобове с PPD > 4 mm и при пациенти с гингивит с гингивално разрастване и с наличие на псевдоджобове (PPD > 4 mm).

8.1.2.2. Към този лечебен етап да се пристъпва, когато пациентът е постигнал добър оралнохигиенен стандарт (не повече от 15 % зъбни повърхности с плака след измиване). В противен случай не е възможно да се забави реколонизацията на подвенечните пространства и последващият лош оздравителен резултат.

8.1.2.3. Ако пациентът не може да осигури изискуемия хигиенен минимум, се препоръчва продължаване на хигиенната фаза до постигането му.

8.2. Цели на подвенечната терапия

8.2.1. Отстраняване на подвенечните (при джобове с PPD > 4 mm) отлагания от зъбна плака и зъбен камък от зъбната повърхност (скейлинг).

8.2.2. Заглаждане на подвенечната коренова повърхност с цел промотиране на образуването на дълъг свързващ епител (руут планинг).

8.2.3. В този лечебен етап не е препоръчително използването на инвазивни методики, отстраняващи част от меката стена на джоба (гингивален/пародонтален кюретаж). Консенсусното становище е, че пародонталният кюретаж независимо от начина на извършването му не води до по-добри резултати в сравнение с механичната подвенечна пародонтална терапия. Пародонталният кюретаж води до необратима загуба на гингивални структури, а в някои случаи и до загуба на пародонтален аташман.

8.3. Инструментариум, подходи и ефективност на подвенечната терапия



8.3.1. Обработката на подвеченните пространства се извършва посредством почистване (скейлинг) и заглаждане (руут планинг). За целта се използват ултразвукови или ръчни инструменти. Няма данни за по-добра ефективност на различните инструменти, от значение е да се подбере инструмент, който дизайн осигурява достъп до съответната дълбочина на джоба.

8.3.2. Описани са различни подходи за подвеченно пародонтално инструментиране (почистване на квадранти, почистване на секстанти, дезинфекция на цялата уста, терапия на цялата уста). Съществуващите до момента данни не показват съществени клинични разлики в ефективността им при положение, че преди подвеченното инструментиране пациентът е постигнал изискуемите нива на хигиенна ефективност.

8.4. Допълнителна терапия

8.4.1. Шиниране на зъби. Индикации:

8.4.1.1. Зъби с увеличаваща се подвижност, която не се е повлияла от оклузално ажустиране и пародонтално лечение.

8.4.1.2. Зъби с напреднала подвижност, която не се е повлияла от оклузалното ажустиране и лечение, когато има смущения в нормалната функция и комфорта на пациента.

8.4.1.3. Изключително подвижни зъби за улесняване на обработката им преди пародонтално инструментиране и оклузално ажустиране.

8.4.1.4. За предотвратяване на накланянето на зъби и екструзия на зъби без антагонисти.

8.4.1.5. Стабилизиране на зъбите след ортодонтско лечение – по индикации.

8.4.1.6. Създаване на адекватна оклузална стабилност, когато се заместват липсващи зъби.

8.4.1.7. Шиниране на зъби, така че се отстранява коренът, а короната остава.

8.4.1.8. Стабилизиране на зъби след остра травма.

8.4.1.9. Шиниране за поддържане на зъби, които са били репозиционирани след предхождаща миграция.

8.4.1.10. Шиниране, което се използва за елиминиране на подвижността в областта на оздравяване след пародонтална хирургия, по преценка на ЛДМ.

8.4.1.11. Палиативно шиниране на отделни подвижни зъби, както и за цялото съзъбие в случаите, в които екстракция и имплантна терапия не са алтернатива.

8.5. Допълнителна антимикробна терапия

Антибиотичната терапия се разглежда само като допълнителна към механичната пародонтална терапия и не се прилага като самостоятелно лечение.

8.6. Препоръки за приложение на допълнителна системна антибиотична терапия

8.6.1. При пациенти с прогресия на пародонтита въпреки конвенционалната терапия и ефективна лична орална хигиена е подходящо да бъдат допълнително назначавани антибиотици.

8.6.2. При пациенти с акутни пародонтални инфекции, придружени със системни манифестации.

8.6.3. При тежки пародонтити (III/IV стадий), при наличие на множество дълбоки джобове ( $PPD \geq 8$  mm) и/или фуркационни дефекти (F 2/3), при които има ограничения за хирургична терапия.

8.7. Препоръки за приложение на допълнителна локална антибиотична терапия

8.7.1. Лекарствените средства с бавно освобождаване са предназначени за използване като допълнение на SRP.

8.7.2. Наличните средства за бавно освобождаване показват сходна ефективност и изборът на медикамент зависи от преценката на лекаря по дентална медицина.

8.7.3. Приложението на тези средства е ограничено до повлияване на отделни пародонтални джобове и не могат да бъдат разглеждани като алтернатива за цялостна антимикробна терапия или да се използват за самостоятелно лечение.

8.7.4. Други фармацевтични форми за локална терапия не са ефективни и не се препоръчва приложението им.

8.8. Допълнителна фотодинамична терапия

На този етап няма сигурни доказателства за наличието на ефективност на фотодинамичната терапия с използването на диодни лазери с различна дължина на вълната за осигуряване на допълнителен антимикробен ефект след механичната терапия. Наличните проучвания и систематичните обзори на този етап не демонстрират клинично значим по-добър ефект на добавянето на фотодинамична терапия към механичната терапия в сравнение със самостоятелно проведена механична терапия.

8.9. Екстракция на зъби по пародонтални причини

Зъби, нерационални за лечение по пародонтални причини – могат да се екстрахират по време на първата фаза на лечението:

8.9.1. Рецидивиращи пародонтални абсцеси.

8.9.2. Комбинирани ендо-пародонтални лезии при невъзможност за ендодонтско лечение.

8.9.3. Загуба на прикрепване до апекса на зъбния корен.

*Втора фаза*

#### 8.10. Реоценка

Извършва се 6 – 12 седмици след края на антиинфекциозната терапия. Регистрират се диагностични параметри, съответни на събраните данни при началния диагностичен процес. На база на получените резултати са възможни следните варианти:

8.10.1. Постигнато е здраве при редуциран пародонт – продължава с поддържащата терапия.

8.10.2. Ако въпреки ефективната орална хигиена все още има участъци, в които възпалението не е овладяно, има персистиращи дълбоки джобове (PPD > 5 mm) или анатомични несъответствия, се налага хирургична корекция, извършвана през корективната фаза на лечението.

8.10.3. Ако провежданата от пациента хигиена не е достатъчно ефективна, въпреки че денталният лекар е почистил и направил достъпни зъбните повърхности, лечението не може да бъде ефективно и да продължи в следващите фази, докато не се достигне нужният оралнохигиенен стандарт.

#### *Трета фаза*

#### 8.11. Корективна (хирургична) фаза

Извършва се при пациенти с персистиращи дълбоки джобове (PPD > 5 mm), фуркационни лезии (над F1) след антиинфекциозна терапия, при пациенти с налични мукогингивални проблеми. Към нея се пристъпва при наличие на добър оралнохигиенен стандарт от пациента. Манипулациите, извършвани в тази фаза, са специфични за всеки отделен пациент на база на неговото пародонтално състояние и се препоръчва консултация със специалист/лекар по дентална медицина с пародонтологична насоченост на квалификацията си.

#### *Четвърта фаза*

#### 8.12. Поддържаща пародонтална терапия

Има за цел да ограничи прогресията на пародонталните заболявания. Интервалите между поддържащите визити (между 1 и 6 пъти годишно) се определят на база на рисковия клас на пациента. Извършва се актуализиране на пародонталния статус. При липса на рецидив или прогресия на заболяването се извършва отстраняване на денталния биофилм. При наличие на рецидив или прогресия пациентът се връща към активна терапия.

Изследванията и клиничната практика показват, че някои пациенти продължават да губят зъби поради пародонтално заболяване въпреки регулярните посещения за поддръжка с механичен контрол на денталния биофилм или се отчита сравнително малка полза от стриктното спазване на поддържащата програма в сравнение с нередовната поддръжка.

#### 9. Пародонтална терапия при пациенти с рискови фактори

Основните рискови фактори, които трябва задължително да се имат предвид при лечението на пародонталните пациенти, са тютюнопушенето и диабетът.

#### 9.1. Рисков фактор тютюнопушене

Тютюнопушенето е един от основните рискови фактори за наличието и увеличението на тежестта на пародонталните заболявания.

#### 9.1.1. Ефекти на тютюнопушенето върху отговора от пародонталната терапия

Тютюнопушенето е негативен прогностичен фактор за изхода от пародонталната терапия. По отношение на хирургичното лечение проучванията показват подобни резултати. Тютюнопушенето има негативен ефект върху резултатите от лечението с ламба, регенеративната терапия, пластичната пародонтална хирургия. При лечението с имплантати изследванията показват по-голяма загуба на кост около имплантата при пушачите в сравнение с непушачите.

#### 9.1.2. Препоръки

9.1.2.1. Спирането на тютюнопушенето трябва да бъде смятано за приоритет в пародонталната терапия.

9.1.2.2. На пациентите с пародонтит, които пушат, трябва да бъде обяснен евентуалният по-лош отговор към лечението.

9.1.2.3. При планирането на поддържащата пародонтална терапия трябва да се съобрази повишеният риск от прогресия на заболяването.

#### 9.2. Рисков фактор захарен диабет

Неконтролираният захарен диабет е установен рисков фактор, благоприятстващ прогресията и водещ до по-лоши резултати от лечението на пародонталните заболявания. При пациенти с наличие на това заболяване ефективността на гликемичния контрол се определя на базата на нивата на гликирания хемоглобин (HbA1c):

- 4 % – 6 % – нормално;
- < 7 % – добър контрол;
- 7 % – 8 % – умерен контрол;
- > 8 % – лош контрол.

#### 9.2.1. Препоръки

9.2.1.1. При пациентите с диабет с добър метаболитен контрол не се налагат промени в протокола на пародонтална терапия.  
9.2.1.2. При пациенти с умерен/лош гликемичен контрол се препоръчва консултация с лекуващия диабета специалист.  
9.2.1.3. При планирането на активната пародонтална терапия трябва да се съобрази евентуалният по-лош отговор към лечението.

9.2.1.4. При планирането на поддържащата пародонтална терапия трябва да се съобрази повишеният риск от прогресия на заболяването.

10. Последствия, усложнения и странични ефекти на терапията

Пародонталното лечение води до промяна в обема и качеството на меките и твърдите тъкани, свързани със зъбоподдържащия апарат. След пародонтално лечение може да се наблюдава свиване на тъканите, свързано с оздравителния процес.

10.1. Възможни последици/нежелани ефекти

10.1.1. Свиване, отдръпване на венците и разкритие на коренови повърхности, ръбове на корони, рецесии.

10.1.2. Образуване на „черни“ триъгълници в резултат на свиването на тъканите в междузъбните пространства, които могат да влошат естетичния изглед.

10.1.3. Задръжане на храна след хранене. Това може да наложи да се ползват допълнителни средства за орална хигиена след хранене.

10.1.4. Възможно е да се появи чувствителност на зъбите, която обикновено е преходна. Чувствителност може да означава всичко от краткотрайно леко изтръпване на зъбите до продължителен зъбен дискомфорт/болка. Възможно е да се наложи ендодонтско лечение при невъзможност да се повлияе по друг начин консервативно.

10.1.5. Болка при работа. Използването на ултразвукови инструменти, кюрети и айрфлоу често е свързано с дискомфорт и дори болка. Пациентите трябва да бъдат информирани и за възможността да се ползва упойка.

10.1.6. Нестабилност и повишаване на подвижността.

10.1.7. Постоперативна болка (болка след процедурата) е нормално да има след обработка на зъбите и зъбните повърхности. В етапите на лечение на пародонталните заболявания е нормално да се получи преходна болка при дъвчене и натиск.

10.1.8. Повишаване на телесната температура/втрисане.

10.1.9. Следоперативен едем.

10.1.10. Рагади и травматични лезии на устните и оралната лигавица.

10.2. Усложнения

10.2.1. Възпалителен процес/пародонтални абсцеси/лимфаденит/периостит.

10.2.2. Емфизем.

10.2.3. Кървене.

10.2.4. Ендодонтски проблеми.

10.2.5. Рецидив на лабиален херпес.

11. Периимплантно здраве, перимукозит и периимплантит.

11.1. Периимплантно здраве

Характеризира се с липса на еритем, кървене при сондиране, оток и супурация. Периимплантно здраве може да е налично и при импланти с редуцирана костна поддръжка. Здравата периимплантна мукоза се състои от съединителна тъкан, покрита с кератинизиран или некератинизиран епител. По-голямата вътрекостна част на импланта е в контакт с минерализирана кост, докато останалата част на импланта е в контакт с костен мозък, кръвоносни съдове или фиброзна тъкан. След натоварване на денталните импланти започва процес на костно ремоделиране, водещ до известна загуба на кристална кост, която в повечето случаи е до 1 – 2 мм. След този начален период в 75 % от имплантите не се наблюдава загуба на кост. При повечето импланти с регистрирана загуба на кост над 1 мм се наблюдава възпаление на периимплантната мукоза.

11.2. Периимплантен мукозит

Периимплантният мукозит е обратим възпалителен процес на периимплантните меки тъкани без костна загуба.

11.2.1. Основни диагностични параметри:

11.2.1.1. Оглед – наличие на признаци на възпаление в периимплантните меки тъкани – зачервяване, едем, промяна на плътност на тъканите.

11.2.1.2. Профузно кървене при сондиране/супурация.

11.2.1.3. Дълбочина на сондиране – увеличена спрямо нивата, регистрирани при поставяне на протетичните елементи (супраструктурата).

11.2.1.4. Рентгенографско изследване – липса на загуба на кост над нивата на началното костно ремоделиране през първата една година след поставяне на супраструктурата.

11.3. Периимплантит

Периимплантитът е възпалително-деструктивен процес, водещ до костна загуба в околоимплантната зона.

11.3.1. Основни диагностични параметри:

11.3.1.1. Оглед – наличие на признаци на възпаление в периимплантните меки тъкани – зачервяване, едем, промяна на плътност на тъканите.

11.3.1.2. Профузно кървене при сондиране/супурация.

11.3.1.3. Дълбочина на сондиране – увеличена спрямо нивата, регистрирани при поставяне на протетичните елементи (супраструктурата).

11.3.1.4. Прогресираща загуба на кост:

11.3.1.4.1. При наличие на начално рентгенографско изледване – наличие на загуба на кост над нивата на началното костно ремоделиране през първата една година след поставяне на супраструктурата.

11.3.1.4.2. При липса на начално рентгенографско изледване – рентгенографски данни за костна загуба  $\geq 3$  мм в комбинация с PPD  $\geq 6$  мм и профузно кървене при сондиране.

11.3.2. Рискови фактори

11.3.2.1. История на пародонтални заболявания.

11.3.2.2. Тютюнопушене.

11.3.2.3. Лъчева терапия.

11.3.2.4. Неконтролиран захарен диабет.

11.3.2.5. Неефективна орална хигиена.

11.3.2.6. Липса на достатъчен обем кератинизирана гингива.

11.4. Лечение

За лечението на периимплантните заболявания са описани разнообразни лечебни протоколи. Една от възможностите е прилагането на т.нар CIST протокол (Cumulative Interseptive Supportive Therapy).

12. Неотложни пародонтални състояния

12.1. Пародонтални абсцеси, некротични пародонтални заболявания и остри форми на ендо-пародонтални лезии споделят следните характеристики, които ги отличават от другите лезии на пародонта:

12.1.1. Бързо начало.

12.1.2. Бързо разрушаване на тъкани на пародонта, което подчертава значението на бързото лечение.

12.1.3. Болка или дискомфорт, които подтикват пациентите да търсят неотложна помощ.

12.2. Правила за поведение при лечение на пародонтални абсцеси

Пародонталният абсцес (ПА) е локализирана гнойна колекция в гингивалната стена на пародонталния джоб/сулкус, която води до значително разрушаване на тъканите.

12.2.1. Целта на лечението на пародонталния абсцес е прекратяване на тъканната деструкция и контрол на симптомите.

Предлагат се четири терапевтични алтернативи: екстракция на зъба; механично почистване и дрениране на ексудата; системно или локално приложение на антибиотици; хирургични подходи.

12.2.1.1. Екстракция се препоръчва, ако зъбът е тежко увреден и неговата прогноза е лоша след деструкцията, причинена от абсцеса.

12.2.1.2. Дренаж на абсцеса

По-честият подход при лечението (през джоба или чрез външна инцизия), компресия, субгингивално механично почистване и апликация на топикални антисептици след дренажа. Ако абсцесът се свързва с импактиране на чуждо тяло, то трябва да бъде отстранено чрез инструмент.

12.2.1.3. Системно антибиотично лечение – използва се самостоятелно като начално лечение или като допълнително лечение заедно с дренажа.

12.2.1.3.1. Ако има нужда от премедикация.

12.2.1.3.2. Ако инфекцията не е добре локализирана.

12.2.1.3.3. Ако не се установява адекватен дренаж.

12.2.1.3.4. Като допълнително лечение, ако има ясно изразено засягане на общото състояние.

Най-често като системно антибактериално средство се прилагат метронидазол, тетрациклин, азитромицин, амоксицилин + клавулонова киселина.

12.2.1.4. Хирургични процедури – обсъждат се главно при абсцеси, свързани с дълбоки вертикални дефекти, или в случаите, когато след механично инструментизиране се открива остатъчен зъбен камък субгингивално, който не е достъпен за консервативно отстраняване.

От 24 до 48 часа след дренирането и механичното почистване се препоръчва пациентите да бъдат отново прегледани за

контрол на оздравяването. Продължителността на терапията зависи от продължителността на острия процес. След като се овладее остро възпаление, се прави планиране на следваща фаза от лечението – по индикации, съответно на пародонталното заболяване.

12.3. Правила за поведение при лечение на некротични пародонтални заболявания

Некротични пародонтални заболявания (НПЗ) са: некротичен гингивит, некротичен пародонтит, некротичен стоматит. НПЗ имат подобни клинични характеристики, определящи се от острия възпалителен процес и наличието на некроза на тъкани на пародонта.

НПЗ се причиняват от инфекциозни агенти, действащи заедно с предразполагащи фактори, които компрометират имунния отговор на организма. Най-чести предразполагащи фактори за НПЗ са:

12.3.1. Системното състояние на организма – инфекция с HIV или заболявания, засягащи левкоцитите (левкемии).

12.3.2. Психологически стрес.

12.3.3. Неадекватна орална хигиена.

12.3.4. Съществуващ гингивит.

12.3.5. Предишна анамнеза за НПЗ.

12.3.6. Тютюнопушене и консумация на алкохол.

Поради изброените специфични характеристики на НПЗ (деструкция на тъкани, бърз ход и болка) диагностиката и лечението би трябвало да се извършат възможно най-скоро и да се включат допълнителни средства към конвенционалното пародонтално лечение.

12.3.7. Цели на терапията на НПЗ

12.3.7.1. Спиране на болестния процес и разрушаването на тъканите.

12.3.7.2. Контролиране на болката и дискомфорта на пациента, които пречат на храненето и оралната хигиена.

12.3.8. Лечебни подходи

12.3.8.1. Професионално механично почистване

Препоръчва се внимателно отстраняване на меките и минерализираните депозити от повърхността на зъбите. За тази цел се препоръчват ултразвукови апарати с упражняване на минимален натиск върху улцерилите тъкани. Професионалното механично почистване трябва да се извършва ежедневно и продължава толкова дълго, колкото продължава острата фаза на заболяването (обикновено 2 – 4 дни.)

12.3.8.2. Лична орална хигиена

Механичното почистване от страна на пациента трябва да бъде ограничено, защото директното четкане върху лезиите може да влоши оздравяването и да предизвика болка.

12.3.8.3. Локална антимикробна терапия

През този период се препоръчва да се използва химически контрол на плаката като средства на основата на хлорхексидин (0,12 – 0,2 %, два пъти дневно). Приложими са и други средства като 3 % водороден пероксид, разреден 1 : 1 в топла вода, и други кислородосвобождаващи средства, които не само допринасят за механично почистване на лезиите, но имат и антибактериален ефект срещу анаероби.

12.3.8.4. Системна антимикробна терапия

В случаите, когато няма добър отговор на механичното почистване или има системни прояви (лимфаденит, температура и/или неразположение), се препоръчва да се приложат системни антимикробни средства. Не се препоръчва локално приложение на антибиотици поради големия брой бактерии в тъканите, където локално приложеното лекарство средство няма да може да достигне адекватни концентрации. След овладяване на остро състояние лечението продължава с планирано лечение на предшестващото пародонтално заболяване, корективна фаза – за корекция на последиците от НПЗ, и поддържаща фаза.

12.3.9. Специфични съображения при лечението на НПЗ. В някои случаи изявата на некротично пародонтално заболяване е първа изява на друго тежко системно заболяване, като левкемии или HIV инфекция, за които пациентът не знае. Ако НПЗ протича тежко, генерализирано и няма подобрение след адекватно лечение, пациентът трябва да бъде насочен за преглед и кръвни изследвания към личен лекар и/или специалист.

## Е. СПЕЦИАЛНИ ПРАВИЛА ЗА ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗЪБНО-ЧЕЛЮСТНИТЕ ДЕФОРМАЦИИ И АНОМАЛИИ

1. Препоръки относно диагностиката на зъбно-челюстните деформации и аномалии (ЗЧДА)

1.1. Методи за диагностика на ЗЧДА:

1.1.1. Клинични методи.

1.1.2. Рентгенови методи, общоприети в ортодонтската практика, както и 3D методи, които се назначават съгласно общомедицинското правило за максимална диагностична полза при минимално облъчване и по преценка на лекуващия лекар:

- 1.1.2.1. Ортопантомографско изследване.
- 1.1.2.2. Цефалометрични методи на изследване на профилна и/или фасова телерентгенография.
- 1.1.2.3. При нужда от по-детайлна информация може да се направят интраорална ретроалвеоларна рентгенография, оклузална рентгенография, конично-лъчева компютърна томография и др.
- 1.1.3. Анализ на фотографски снимки.
- 1.1.4. Биометрични методи.
- 1.1.5. Други диагностични методи.
2. Препоръки относно профилактиката на ЗЧДА
  - 2.1. Осъществява се при желание на пациента чрез следните подходи и методи:
    - 2.1.1. Консултация в периода на бременността.
    - 2.1.2. Обучение на пациентите за предимствата на естественото хранене и за методите на правилно изкуствено хранене.
    - 2.1.3. Изследване на нормалните функции в ЛЧО – дъвчене, гълтане, дишане и говор, отчитане на отклоненията в тях и на ЗЧД, възникнали като резултат от това. Обсъжда се назначаването на упражнения, целящи коригиране на неправилните функции, и консултации с други специалисти (орална и лицево-челюстна хирургия, оториноларинголози, логопеди, алерголози и др.).
    - 2.1.4. Установяване наличието на вредни навици (смуване на пръст, биберон или език, интерпониране на езика, устно дишане, постурални изменения и др.), представляващи етиологичен фактор за ЗЧД, и отстраняване действието им чрез подходящи апарати, психологични подходи или техники.
    - 2.1.5. Установяване на парафункции, които представляват етиологичен фактор за ЗЧД, препоръчват се подходящи профилактични действия.
    - 2.1.6. Проследяване на нормалния пробив на временните и постоянните зъби. Диагностициране на ранен и закъснъл пробив. При отклонение от нормалния ред на пробив или при закъснъл пробив повече от една година се препоръчва назначаване на ортопантомография за уточняване на причините.
    - 2.1.7. Своевременно остраняване на разклатените временни зъби и остатъчните корени от временни зъби.
    - 2.1.8. Екстрахиране на персистиралите временни зъби при показания.
    - 2.1.9. При преждевременна загуба на временен зъб се обсъжда изработване на местопазител при съответните показания.
    - 2.1.10. При загуба на постоянен зъб без загуба на наличното място при подрастващи се препоръчва изработване на местопазител и се обсъжда бъдещ лечебен план.
    - 2.1.11. Случаите с хиподонтия на постоянен зъб и/или анкилозирал временен зъб изискват комплексна оценка.
    - 2.1.12. При наличие на свръхбройни зъби (ретинирани или пробили) е необходим лечебен план и решение.
    - 2.1.13. Отстраняване на предварителни контакти и блокажи при временни зъби.
    - 2.1.14. При установяване на временни отклонения от нормата в смесено съзъбие се препоръчва наблюдение.
    - 2.1.15. При ранни признаци на зъбно-челюстно несъответствие се препоръчва изготвяне на комплексен план за решение на проблема.
    - 2.1.16. При установяване на ЗЧД, които не се самокоригират, а се влошават с растежа, е необходим лечебен план и решение. Латерогнатията и клас III деформациите предпоставят такъв риск.
    - 2.1.17. Провеждане на ортодонтско лечение като част от вторичната ортодонтска профилактика.
3. Препоръки относно лечението на ЗЧДА
  - 3.1. Поради множеството променливи, които участват във формирането на различните ЗЧДА, не винаги може да се определи стандартизиран терапевтичен подход и да се препоръча конкретен ортодонтски апарат. Привидно сходни клинични картини могат да са свързани със съществени разлики, които изискват различни приоритети при лечението.
  - 3.2. Използваните ортодонтски апарати и приспособления трябва да са избрани и изработени въз основа на планираните цели, като се отчитат биологичните особености и възрастта на пациента.
  - 3.3. Лекуващият лекар основава клиничните си решения на най-силните налични медицински доказателства и на собствения си професионален опит съобразено с предпочитанията на пациента.
  4. Препоръки относно ретенционните апарати и ретенционния период
    - 4.1. Ортодонтското лечение се състои от два етапа: активно лечение и ретенционен период (ретенция), който има за цел да запази постигнатите корекции в положението на зъбите, зъбните дъги и оклузията.
    - 4.2. Методът и продължителността на ретенцията се определят от лекуващия лекар съобразно възрастта, хигиената, мотивацията на пациента, вида и тежестта на малоклузията, състоянието на съзъбието и пародонта, предстоящите дентални лечения, запазените вредни навици и други и се обсъжда с пациента. Не съществуват категорични научни доказателства кой ретенционен апарат е най-ефективен, както и какъв режим на носене осигурява най-добро задържане на положението на зъбите:
      - 4.2.1. Препоръчаните режим и продължителност на носене на ретенционните апарати се отбелязват в документацията на

пациента.

4.2.2. Препоръчва се лекуващият лекар да осигури наблюдение на ретенционните апарати за срок от поне 2 години.

4.3. Отговорността за ретенционните апарати е на пациентите и те трябва да бъдат информирани за това. Право на пациента е да реши дали ще носи ретенционните апарати, или ще приеме риска от рецидив.

4.4. Лекуващият лекар информира пациента както преди, така и след активното лечение за важноста на ретенционния период и за:

4.4.1. Риска от ортодонтски рецидив и възможността да се наложи релечение.

4.4.2. Грижите, които трябва да полага за ретенционните апарати – почистване, пазене от счупване или загубване и др.

4.4.3. Необходимите контролни прегледи.

4.4.4. Отговорността на пациента е да потърси помощ възможно най-скоро при повреда или загуба на ретенционния апарат, тъй като амортизираните или счупени апарати не изпълняват пълноценно функциите си.

4.4.5. Протокола на съответната практика по отношение на повредените ретенционни апарати, включително цената за поправката им и/или изработването на нови.

4.4.6. Протокола на съответната практика при настъпил рецидив. В такива случаи може да бъде обсъдено ново ортодонтско лечение, което да се заплати от пациента допълнително.

5. Препоръки при водене на документация при ортодонтско лечение

5.1. Препоръчва се специфичната ортодонтска документация да включва:

5.1.1. Паспортна част: трите имена на пациента, дата на раждане, ЕГН и контакти (телефон, имейл и/или адрес за кореспонденция). При лечението на пациенти под 18 години са необходими и имената на поне един от родителите (или настойник), неговите контакти (телефон, имейл и/или адрес за кореспонденция).

5.1.2. Анамнеза и статус – екстра- и интраорален, при провеждане на функционални изследвания – резултатите от тях. Анамнезата може да е снета устно или чрез попълване от пациента (настойника) на въпросник (анкета).

5.1.3. Модели на горната и долната челюст с регистрирана оклузия, по които може да се оцени положението на отделните зъби, зъбните дъги и оклузията. Моделите могат да са гипсови, полимерни или дигитални файлове.

5.1.4. Образни изследвания – в електронен или разпечатан (на плаки) вариант.

5.1.5. Фотографски снимки – екстраорални и интраорални.

5.1.6. Лечебен план.

5.1.7. Финансов план.

5.1.8. Клиничен картон на пациента във формат, избран от лекуващия лекар. Препоръчва се той да отразява посещенията на пациента, включително тези, на които пациентът не се е явил, извършените манипулации и назначените консултации с други лекари, ако има такива.

5.1.9. Декларациите за информирано съгласие, които пациентът е подписал.

5.1.10. При приключване или прекратяване на активното ортодонтско лечение се препоръчва документиране на статуса на пациента.

5.1.11. Препоръчва се прекратяването на ортодонтското лечение по желание на пациента да бъде документирано чрез подписване на декларация за прекъсване/отказ от лечение.

5.1.12. При обстоятелства, които застрашават здравето на пациента и/или компрометират изхода от лечението (неявяване на посещения, лоша хигиена, несътрудничество по отношение на носене на допълнителните приспособления и апарати и на извършване на допълнителните медицински манипулации и др.), лекуващият лекар може да препоръча преждевременното му прекратяване, като това трябва да бъде документирано. Препоръчва се нежеланието на пациента да се съобрази с указанията на лекаря да се отрази с неговия подпис, а при отказ – с подписа на лекаря и на един свидетел.

5.1.13. Други документи, свързани с ортодонтското лечение.

5.2. Ортодонтската документация се събира, обработва, използва и съхранява съгласно действащата нормативна уредба:

5.2.1. При поискване от страна на пациента лечебното заведение трябва да му предаде копие от документите, които представляват негова здравна информация (моделите, образните изследвания и фотографските снимки и др.), както и копие от документите, които пациентът е подписал. Препоръчва се това да бъде удостоверено с датата на предаването и подпис на пациента.

5.2.2. При поискване от страна на пациента лекуващият лекар може да издаде документ (епикриза), който удостоверява плана и хода на проведеното лечение, вида на използваните апарати и др.

5.2.3. Лекуващият лекар може да поиска допълнително заплащане за изработването на копие от ортодонтската документация (например: дуближни модели, копие на дисковете с образните изследвания и др.), както и за изготвянето на подробен писмен лечебен и финансов план преди, по време или след приключването на ортодонтското лечение, който да послужи пред трети

страни.

6. Препоръки относно информираното съгласие, лечебния и финансов план и информацията за пациентите
  - 6.1. Ортодонтското лечение се осъществява след изразено информирано съгласие от пациента.
  - 6.2. Препоръчва се лечебният план да бъде подписан от пациента и да дава информация за:
    - 6.2.1. Целите на лечението.
    - 6.2.2. Етапите на ортодонтско лечение, когато има такива.
    - 6.2.3. Вида на използваните апарати, включително апаратите и приспособленията, които пациентите трябва сами да поставят в устата си (например междучелюстни ластиси, екстраорални апарати и под.), както и тези, които са свързани с допълнителни медицински манипулации (например поставянето на средства за временна опора).
    - 6.2.4. Необходимата екстракция на зъби.
    - 6.2.5. Необходимите допълнителни медицински процедури, пряко свързани с ортодонтското лечение (например: хирургично разкриване на ретиниран зъб, пародонтална хирургия, ортогнатна хирургия и др.).
    - 6.2.6. Предполагаемата продължителност на лечението. Препоръчва се пациентът да бъде информиран, че:
      - 6.2.6.1. Лечението може да се удължи поради индивидуалните особености на случая или ако възникнат дентални или здравословни усложнения.
      - 6.2.6.2. Лечението може да се удължи поради недостатъчно съдействие от страна на пациента по отношение на личната хигиена, опазване целостта на ортодонтската апаратура, редовните посещения за активиране на апаратите и носенето на допълнителните приспособления и апарати и др.
    - 6.2.7. Необходимостта от ретенционен период.
    - 6.2.8. Възможността в хода на лечението да се наложат промени в плана на ортодонтското лечение, които не могат да бъдат предвидени в началото му.
  - 6.3. Финансовият план е свързан с плана на лечение. Препоръчва се финансовият план да бъде подписан от пациента и да уточнява:
    - 6.3.1. Цената на ортодонтското лечение и начините и сроковете на нейното заплащане.
    - 6.3.2. Какво е включено в тази цена и какво не е включено.
    - 6.3.3. Възможността да се наложи допълнително заплащане, ако лечението се удължи поради недостатъчно съдействие от страна на пациента.
    - 6.3.4. Възможността в хода на лечението да се наложат промени в плана и стойността на ортодонтското лечение, които не могат да бъдат предвидени в началото му.
  - 6.4. Препоръчва се лекуващият лекар да информира пациента устно или писмено за:
    - 6.4.1. Ангажиментите на пациента във връзка с безопасното провеждане на ортодонтското лечение и постигането на оптимални резултати.
    - 6.4.2. Същността на ортодонтския рецидив и възможните мерки за предотвратяването му от лекуващия лекар и от пациента.
    - 6.4.3. Протокола на съответната практика по отношение на извънредните посещения, разлепените и счупените апарати, пропуснатите посещения и закъсненията, неизпълнение на указанията на лекуващия лекар по отношение на личната хигиена, носенето на ортодонтските приспособления и апарати и т.н.
    - 6.4.4. Протокола на съответната практика по отношение на прекратяването на ортодонтското лечение.

#### Ж. СПЕЦИАЛНИ ПРАВИЛА ЗА ПОВЕДЕНИЕ ПРИ НЕКОМПЛИЦИРАНА ЕКСТРАКЦИЯ НА ЗЪБИ И ОСТРА ОДОНТОГЕННА ИНФЕКЦИЯ

Отнася се до некомплицирана екстракция при пробили зъби, зъбни корени, фрактурирани зъби; временни и постоянни зъби. Одонтогенен възпалителен процес – отнасящ се до алвеоларния гребен и свързаните с него меки тъкани, субпериостален и субмукозен абсцес.

##### 1. Препоръки за поведение при некомплицирана екстракция на зъби

При провеждане на некомплицирана зъбна екстракция е необходимо ЛДМ да има точна и мотивирана диагноза; добро локално обезболяване; спазване на правилата за асептика и антисептика; спазване правилата за намаляване риска от кръстосана инфекция; да познава методиката за извършване на манипулацията; да познава усложненията на процедурата и локалната анестезия; да познава подходите за намаляване на риска от усложнения, както и да може да ги управлява или лекува; да може да прецени необходимостта от помощ или второ мнение; да разполага с необходимия инструментариум.

Лекарят по дентална медицина трябва да може да анализира и да познава различните фактори, които предпоставят повишен риск от настъпване на усложнение, неблагоприятен резултат, както и свързаните последици. Тези фактори са вариабилни и могат да се отнасят до различни клинични ситуации, касаещи зъбите, денталното заболяване; костните структури, анатомичните особености; пациент-свързани фактори – отнасящи се до коморбидния статус, характерите и поведенческите особености.



Препоръчва се клинични ситуации, които пораждаат противоречия и спорове, да бъдат добре документирани.

Препоръчва се в медицинската документация да се вписва допълнителна информация, която ЛДМ намира за важна, отнасяща се до конкретния случай. Това може да включва някаква информация, касаеща диагнозата, причините за екстракция, оплакванията, здравословното състояние, коморбидния статус, приема на медикаменти, назначения, дадена медикаментозна терапия и др.

При настъпили усложнения или последици от хирургичната процедура или заболяването се препоръчва да се документира събитието.

Специалните правила дават насока за поведение, но те не могат да отразят всички възможни ситуации.

## 2. Индикации за екстракция на зъби

Определянето на индикациите за екстракция на временни и постоянни зъби зависи от локалните патологични процеси, свързани с тях, и от общия соматичен статус на болния. Съществуват различни индикации за екстракция на зъби, като не трябва да се забравя, че това са насоки, а не абсолютни правила. В отделни случаи показанията се разширяват в зависимост от индивидуалните особености на организма и липсата на условия за конзервативно лечение на зъба. Преценката за всеки конкретен случай остава в компетенциите на лекаря по дентална медицина. Общи заболявания, при които се допуска причинно-следствена връзка с патологичен процес, свързан със зъбите, са основание за разширяването на показанията за екстракция. В същото време някои остри и хронични заболявания и функционални нарушения в редица системи на организма могат да са причина за стесняване на индикациите за екстракция.

### 3. Индикации за екстракция на временни зъби:

3.1. Причина за възпалителен процес, интоксикация и/или септични състояния.

3.2. Причина за одонтогенен остеомиелит.

3.3. Причина за хронични и изострящи се лимфаденити, неподлежащи на конзервативно лечение.

3.4. Причина за развитие на абсцеси и флегмони, неподлежащи на конзервативно лечение.

3.5. Причина за рецидивиращи възпалителни процеси в ЛЧО – остри и хронични възпалителни процеси около временни зъби, които могат да увредят зародишите на постоянните зъби.

3.6. Персистирали временни зъби или корени, които са пречка за нормалния пробив на постоянните зъби.

3.7. С големи кариозни разрушения, невъзможни за възстановяване или темпораризация, както и при предстояща скорошна смяна.

3.8. С перирадикулярно възпаление.

3.9. Временни зъби, с които детето се ражда, ако са причина за затруднено естествено кърмене.

3.10. По ортодонтски показания.

### 4. Индикации от локално естество за екстракция на постоянни зъби:

4.1. Силно разрушени от кариозната лезия зъби, при които е невъзможно да се постигне адекватна изолация на оперативното поле и да се използват коронката и/или коренът им за протетично възстановяване.

4.2. Зъби с пулпна некроза, неподлежащи на конзервативно лечение поради непроходими канали, перфорации на корените/на фуркацията при многокореновите зъби и други, и при зъби, при които е провеждано ендодонтско релечение по повод на екзацериращи периодонтити и невъзможност за адекватна механична и химична обработка на кореновия канал/и, както и такива, които не се повлияват от провежданото конзервативно лечение; зъби с незавършено кореново развитие и дифузно разрушена клинична корона; дълбок кариес на корена със засягане на пулпата.

4.3. Зъби с коренови фрактури.

4.4. Напреднали пародонтални заболявания – напреднала костна резорбция с подвижност на зъба 3 степен; открита фуркация с напреднала резорбция на интеррадикулярната кост при невъзможност за друго лечение; костна резорбция до апекса, рецидивиращи пародонтални абсцеси и др.

4.5. Зъби, които са причина за остри локални или рецидивиращи хронични възпалителни процеси (остеомиелити, периостити, одонтогенни максиларни синусити, абсцеси и флегмони, лимфаденити и др.).

4.6. Зъби с периапикални възпалителни лезии, неподходящи за конзервативно лечение, както и при невъзможност за провеждане на ендодонтско лечение.

4.7. По протетични показания – прораснали зъби, които са пречка за протезиране, или такива, които биха нарушили стабилността и функционалната годност на протезната конструкция. При зъби, които са анатомично и функционално изчерпани и влизат в планирано протетично лечение.

4.8. По ортодонтски показания.

4.9. Свърхбройни зъби, които създават пречки за нормалния пробив и са причина за травми на устната лигавица и/или водят до смущения в дъвкателната функция.

4.10. Ектопично или дистопично разположени зъби, които са причина за хронична травма на устната лигавица, водят до функционални смущения и/или нарушават естетиката.

4.11. Зъби, които са причина за хронично дразнене на меките тъкани, както и предизвикващи рецидивиращо възпаление на перикоронарните тъкани.

4.12. По естетични показания – когато е невъзможно чрез ортодонтски и протетични способности да се постигне задоволителен естетичен резултат.

4.13. При зъби във фрактурната линия при фрактура на челюстни кости – вклинени във фрактурната линия; фрактурирани зъби; такива, които пречат на репонирването на фрагментите и др.

4.14. Зъби, въввлечени във възпалителен процес при неспецифични и специфични инфекции (сифилис, актиномикоза, туберкулоза) и показания за екстракция.

4.15. Преди започване на перкутанно лъчелечение по повод на злокачествен тумор в устната кухина зъбите се екстрахират в полето на облъчването минимум 14 дни преди започване на лъчетерапията. Преди започване на антирезорбтивна терапия с високорисков агент се обсъжда екстракция на зъби с краткосрочна и средносрочна неблагоприятна прогноза, след обсъждане с пациента и запознаването му с полза/риск и възможните алтернативи.

Добра практика е да се обсъдят с пациента причините, индикациите за препоръчване на екстракцията във всеки конкретен случай, както и да се обсъдят алтернативните възможности, включително и въздържане от екстракция, когато това е възможно.

Пациентът, въз основа на предоставената му обективна информация, може да вземе информирано решение да проведе или да откаже лечението.

След предоставяне на необходимата информация, която трябва да включва диагноза, причини за препоръчване на екстракция, препоръчано лечение, лечебни алтернативи, рискове, последици, усложнения и др., пациентът взема своя информиран избор и подписва информирано съгласие.

#### 5. Контраиндикации за екстракция на зъби

Дори ако даден зъб отговаря на една от индикациите за екстракция, в някои ситуации зъбът не трябва да се отстранява поради други фактори, определящи контраиндикации за екстракцията му. Абсолютни контраиндикации за екстракция на зъби не съществуват. Противопоказанията са относителни и налагат екстракцията на зъба да бъде отложена за по-къс или по-дълъг период от време, след провеждане на консултация с лекуващия системното заболяване специалист и провеждане на необходимите параклинични изследвания и предоперативна подготовка. При тежки декомпенсирани общи заболявания може да се наложи подготовката и екстракцията да се извършат в болнични условия.

Противопоказанията са от общо и от локално естество:

5.1. Пациенти с тежко декомпенсирани метаболитни заболявания (като неконтролиран диабет или краен стадий на бъбречно заболяване с уремия).

5.2. При пациенти с добре контролиран диабет екстракцията може да бъде проведена рутинно.

5.3. Пациенти със системни кръвни заболявания – левкози, левкемии, хемофилия, анемични синдроми, хеморагични диатези и прием на антикоагуланти и др.

5.4. Пациенти с декомпенсирани сърдечно-съдови заболявания – нестабилна стенокардия, неконтролирана аритмия, неконтролирана хипертония, остър и скорошен инфаркт на миокарда и др.

5.5. Остро нарушаване на мозъчното кръвообращение – менингит, енцефалит, мозъчен инсулт в остър стадий, черепно-мозъчна травма.

5.6. Нервни и психични заболявания в епизод на обостряне – шизофрения, епилепсия, психози и др.

5.7. Инфекциозен хепатит в остър стадий.

5.8. Остри инфекциозни заболявания.

5.9. Улцерозни гингивити и стоматити.

5.10. Провеждана в момент или проведена в миналото лъчетерапия в ЛЧО – поради опасност от остеорадионекроза.

5.11. Други.

Денталният лекар трябва компетентно да познава препоръките за поведение при медицински компрометираните пациенти, да познава свързаните рискове и възможните усложнения.

#### 6. Усложнения при и след поставянето на анестезията и екстракцията на зъб/и

Предотвратяването на хирургични усложнения се осъществява най-добре чрез задълбочена предоперативна оценка и цялостен план за лечение, последвано от внимателно изпълнение на обезболяването и хирургичната процедура. Въпреки това, дори при такова планиране и използване на правилни хирургични техники, могат да се появят усложнения. Усложненията могат да бъдат от общ и локален характер.

7. Възможни усложнения от локален характер, които могат да настъпят по време на поставяне на локалната анестезия:

- 7.1. Счупване на инжекционната игла.
- 7.2. Слединжекционни болки и възпалителни усложнения.
- 7.3. Нараняване на кръвоносен съд с инжекционната игла.
- 7.4. Рефлекторна контрактура.
- 7.5. Аспирация или поглъщане на инжекционната игла.
- 7.6. Въздушен емфизем.
- 7.7. Поява на зони на исхемия по кожата.
- 7.8. Промени в сетивната или двигателната инервация.
- 7.9. Слединжекционни некрози на тъканите.
- 7.10. Други рядко срещани и описани в специализираната литература.
- 7.11. Нараняване на меките тъкани от прехапване.
- 7.12. Лицева пареза/парализа.
- 7.13. Развитие на възпалителен процес.
8. Възможни усложнения и последици от локален характер, които могат да настъпят по време на и след екстракция на зъб/и:
  - 8.1. Разкъсване на меките тъкани.
  - 8.2. Счупване на корен/и на зъба.
  - 8.3. Нараняване на съседен зъб.
  - 8.4. Увреждане/счупване на короната на зъба антагонист.
  - 8.5. Фрактура на част от алвеоларния израстък.
  - 8.6. Счупване на горночелюстния тубер.
  - 8.7. Луксирание на зъб/корен в меките тъкани.
  - 8.8. Луксирание на долната челюст.
  - 8.9. Фрактура на долната челюст.
  - 8.10. Поглъщане или аспириране на зъба или корена.
  - 8.11. Кръвоизливи по време на или след екстракцията и др.
  - 8.12. Перфорация на максиларния синус (възникване на оро-антрална комуникация).
  - 8.13. Луксирание на зъб/корен в максиларния синус.

Зъби, чиито корени или свързана с тях периапикална патология навлизат/проминират или са контактни с максиларния синус, определят тази екстракция като рискова за настъпване на усложнение – перфорация на максиларния синус или попадане на корен в максиларния синус с възможност за последващо развитие на максиларен синусит. Голяма част от тези предпоставящи усложненията фактори могат да бъдат предоперативно оценени и обсъдени с пациента. Някои от тези клинични ситуации/фактори могат да предпоставят висок риск за настъпване на усложнение. Лекарят по дентална медицина трябва да може да разпознава клиничните ситуации, които крият по-висок риск. Пациентът трябва да бъде запознат с рисковете на процедурата. Важно е да се отбележи, че информирането на пациента за конкретен риск само по себе си не е достатъчно. Лекарят в конкретна клинична ситуация трябва да може да оцени риска от настъпване на усложнение/последичи и в същото време да е запознат с лечението на усложнението/ последичите. Той трябва да прецени дали ще може да се справи с управлението/лечението на усложнението/последичите. Отварянето на максиларния синус (перфорация) е едно от описваните усложнения на зъбната екстракция при горните премолари и молари. Малки перфорации при дълбока костна алвеола могат да бъдат лекувани консервативно. Случаите с големи единични или множествени перфорации могат да изискват специализиран оперативен подход. Наличието на периапикални лезии, проминиращи към максиларния синус, одонтогенни или други кисти, препреснати дентални материали към максиларния синус, корени, проминиращи в максиларния синус, анатомични неблагоприятни вариации в кореновата анатомия, патология на максиларния синус и други налагат предоперативно обсъждане, създаване на диагностичен/лечебен план и предоставяне на достатъчна информация на пациента. Често тези случаи изискват специализирано лечение в клиника по орална и лицево-челюстна хирургия.

Нарушения в нервната проводимост по хода на n. alveolaris inferior е друго неблагоприятно усложнение/последича от оперативна процедура. В случаите, при които се очаква (рентгенови доказателства) по-висок риск от увреждане на сетивен нерв, се обсъжда насочване към специалист.

- 8.14. Други рядко срещани и описани в специализираната литература.
9. Усложнения от локален характер, които могат да настъпят след екстракцията на зъб/и:
  - 9.1. Развитие на сух алвеолит.
  - 9.2. Следекстракционен кръвоизлив.
  - 9.3. Развитие на абсцес/флегмон; остеомиелит; лимфаденит, периостит, синусит и други възпалителни усложнения.

След екстракция на зъб е възможно развитие на възпалителен процес, като причините за това могат да бъдат многобройни, индивидуални и различни. Предразполагащите фактори за развитие на възпалителен процес могат да бъдат локални и общи. Най-общо към факторите, предпоставящи повишен риск за развитие на възпалителен процес след екстракция на зъб, се отнасят: лоша, занемарена орална хигиена, тютюнопушене и употреба на алкохол, метаболитни заболявания, малнутриция, имунокомпрометирани пациенти, хематолимфоидни заболявания, медикация, различни придружаващи заболявания. Екстракцията на зъб като оперативна процедура не предпоставя специфично свързан риск за развитие на възпалителен процес, но всяко нараняване на целостта на оралната лигавица, включително и екстракционната рана, могат да бъдат входна врата за развитие на възпалителен процес поради инокулация на микроорганизми от устната кухина или външната среда. Обикновено факторите, които предпоставят развитие на възпалителен процес, могат да се отнасят до диагнозата, коморбидния статус, индивидуалните защитни сили на организма, вирулентност и патогенност на микроорганизмите, както и други случайни фактори, които не могат да се предскажат или установят. Съществува също статистически риск за развитие на възпалително или друго усложнение, въпреки че могат да отсъстват известни предразполагащи рискови фактори.

9.4. Остеонекроза след проведено лъчелечение или антирезорбтивна терапия и др.

След екстракция на зъб като последствие от оперативната травма може да се развие и наблюдава: травматичен едем или преходно оцветяване (от кръвонасядане) на меките тъкани; дискомфорт или болка; временни функционални нарушения в отваряне на устата; изпълване на екстракционната рана с хранителни остатъци, протрахиран оздравителен процес и др.

#### 10. Клиничен преглед

Клиничният преглед преди екстракция включва анамнеза на настоящите оплаквания, анамнеза на живота и физикален преглед, насочен към оралната и лицево-челюстната област, включващ оглед, палпация, както и оценка на информацията, получена от образни изследвания или други параклинични, лабораторни изследвания.

Рентгенови методи, които намират приложение, са сегментни рентгенографии, ортопантомография и СВСТ – при необходимост/индикации.

Рентгеновото изследване предоставя информация за диагнозата и за специфичните анатомични особености, касаещи корена на подлежащия на екстракция зъб, като дължина, форма, аномалии, ангулация, дилацерация, проекция към максиларния синус и мандибуларния канал, наличие на костна патология или анатомични особености на челюстните кости.

Рентгеновото изследване може да установи наличие на свързани или случайни патологични процеси в челюстните кости, които клинично могат да не бъдат установени или да не се подозират.

Рентгенографиите трябва да включват цялата зона, която е обект на хирургичната интервенция, включително апексите на зъба, подлежащ на екстракция, а също така и съседни регионални структури като част от максиларния синус или долночелюстния канал. След извършване на екстракцията се назначава контролно рентгенографско изследване само при необходимост. След задълбочен анализ на рентгенографията/рентгенографиите може да се наложи промяна в плана на лечение (да се обмисли нуждата от хирургичен подход за премахване на зъба/зъбите), за да се предотврати или да се ограничи степента на усложненията, които могат да се очакват.

Рентгеновите образни изследвания предоставят информация, която може да бъде полезна за предоперативна преценка на тежестта на екстракцията, както и предоставя информация относно фактори, които предпоставят повишен риск от настъпване на усложнения. Лекарят по дентална медицина обсъжда с пациента преди екстракцията установените патологични находки и особено тези, които предпоставят повишен риск от настъпване на усложнение. Това е важна част от предоставяне на информация към информираното съгласие.

Лекарят по дентална медицина на базата на клиничния си опит и подготовка преценява необходимостта от провеждане и вида на рентгеновото изследване.

Лекарят по дентална медицина може да прецени и да използва за целите на екстракцията предходно направена рентгенография, когато прецени, че е малко вероятно да са настъпили патологични промени, които да могат да се обективизират при направа на нова рентгенография и които биха имали клинично значение.

#### 11. Предхирургична/предоперативна оценка на медицинския статус

Основната цел на предоперативната оценка на пациента е да се осигури достатъчно информация на лекаря и да му позволи да избере най-подходящия хирургичен и анестетичен план. При провеждането на предоперативната оценка е изключително важно денталният лекар да се запознае подробно с медицинското състояние на пациента. Пациентите могат да имат различни здравословни проблеми, които да изискват промяна на лечебния план за извършване на безопасна хирургична интервенция (екстракция на зъб). Може да са необходими специални мерки за контролиране на кръвенето, намаляване на вероятността от инфекция или предотвратяване на медицинска спешност.

##### 11.1. Компонентите на предоперативната оценка са следните:

###### 11.1.1. Снемане на анамнеза от пациента или законен негов представител за получаване на медицинска информация относно

историята на заболяването.

11.1.2. Информирание за наличието на съпътстващи заболявания – компенсирани/ декомпенсирани; преглед на предишна налична медицинска документация и запознаване с медикаментите, които пациентът приема.

11.1.3. При пациенти със сърдечно-съдови заболявания физикалното изследване, което може да извърши лекарят по дентална медицина, е констатиране на стойностите на артериалното налягане и на сърдечната честота, като интерпретира получените резултати.

11.1.4. Определяне на предоперативния риск на пациента.

При здрави пациенти или пациенти в добро здраве, без доказани органични съпътстващи заболявания (ASA\* I), и пациенти със системно заболяване в лека до средна форма, органични заболявания, невлияещи върху основните функции (ASA II) при извършване на некоплицирана екстракция, оперативна процедура в малък обем и сложност, като инцизия, биопсия, малка ексцизия, пародонтална процедура, поставяне на дентален имплант и др., предоперативни консултации с други специалисти и лабораторни изследвания се назначават при необходимост. В клиничната практика при пациенти с ASA I и ASA II екстракцията на зъб се извършва, без да се налага провеждане на задължителна предоперативна консултация (целяща получаване на разрешение за екстракция) или лабораторни изследвания. След обстойно запознаване с анамнезата и клиничния статус на пациента ЛДМ преценява необходимостта от назначаване на допълнителни консултации и изследвания.

При пациенти със системно заболяване в тежка форма, ограничаваща неговата активност, но без да го инвалидизира, клиничнозначими заболявания (ASA III) и пациенти със системно заболяване в тежка форма, водещо до инвалидност и/или заплашващо живота му – категория с животозастрашаващи придружаващи страдания (ASA IV), за извършване на екстракция/оперативна процедура се назначават предоперативни консултации и лабораторни изследвания. Иска се мнение от лекуващите лекари на основните заболявания. Препоръчва се лечението да се извършва в специализирани лечебни заведения.

Препоръчително е лекарят по дентална медицина да има попълнен от пациента или от негов законен представител медицински въпросник, преди да започне процедура по обезболяване и хирургична дейност. Информацията във въпросника трябва да бъде обновявана при настъпили промени. При липса на въпросник е препоръчително данните от медицинската история да бъдат отразени в подписаното информирано съгласие за провеждано лечение или да бъдат отразени в амбулаторната книга. Препоръчително е събраната информация по време на обследването на болния да бъде отразена в медицинската документация.

\* ASA – American Society of Anesthesiology Classification

12. Контрол на болката – локална анестезия

12.1. Избирайки начин за контрол на болката, лекарят по дентална медицина трябва да:

12.1.1. има предвид медицинската и денталната история на пациента;

12.1.2. използва най-подходящия и ефективен начин за конкретния пациент;

12.1.3. има предвид физичните и фармакологичните ефекти на всеки от използваните медикаменти;

12.1.4. избира най-подходящата за всеки клиничен случай процедура по обезболяване, която да бъде минимално инвазивна, след обсъждане с пациента или с негов законен представител.

12.2. Дори при дълбока локална анестезия пациентите все още може да изпитват дискомфорт от натиск върху зъба, околните тъкани и челюстните стави по време на екстракцията.

12.3. При настъпило усложнение се препоръчва пациентът да бъде насочен за второ мнение към специалист за уточняване статуса на усложнението, получаване на препоръки за продължаване на лечението или провеждане на активно лечение.

12.4. При настъпило усложнение по време или след поставянето на анестезията и екстракцията лекарят по дентална медицина:

12.4.1. Трябва да може да направи преценка за характера на настъпилото усложнение, сложността му и за собствените си способности да се справи с него.

12.4.2. Да вземе всички необходими мерки, които са в неговата компетенция за справяне с усложнението.

12.4.3. При нужда да повика екип от Центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП) чрез обаждане на Единен национален номер 112.

12.4.4. Да опише в медицинската документация настъпилото усложнение.

12.4.5. Да уведоми пациента за настъпилото усложнение.

12.4.6. При необходимост да насочи пациента за консултация и/или лечение при специалист в специализирана доболнична или болнична помощ, като документира тези обстоятелства.

Препоръчително е денталният лекар да проследи и да осигури постоперативни грижи за пациента след извършването на зъбна екстракция. Те могат да включват промяна на хигиенните навици на пациента, промяна на хранителните навици и др.

### 13. Принципи на поведение при одонтогенна инфекция

Одонтогенните инфекции водят началото си от усложненията на кариеса (периодонтити), пародонтални заболявания, перикоронарит. Те могат да се разпространят отвъд границите на зъба към алвеоларния гребен и към околните меки тъкани на главата и шията. Варирант от добре локализирана инфекция, които имат нужда от минимално лечение, до животозастрашаващи възпалителни състояния, обхващащи дълбоките ложи в ЛЧО, главата и шията.

Препоръчва се спазване на няколко принципа при лечението на пациенти с одонтогенна инфекция.

#### 13.1. Първи принцип – да се определи тежестта на инфекцията

13.1.1. Основава се на подробно снета анамнеза и клиничен преглед.

13.1.2. В анамнезата се изяснява:

13.1.2.1. началото на възпалителния процес – откога пациентът има подуване, болка, гноене от фистула и т.н., които посочват началото на възпалителния процес;

13.1.2.2. ходът на инфекцията – симптомите на инфекцията и динамиката на заболяването, наблюдавани промени в хода на инфекцията, имало ли е периоди на подобряване и след това влошаване на състоянието и др.;

13.1.2.3. определяне на скоростта на развитието на възпалителния процес – бързо ли се е развило възпалението (за няколко часа) или бавно и постепенно (за няколко дни);

13.1.2.4. какви са оплакванията на пациента – болка, подуване, локално повишена температура, зачервяване, нарушена функция (например тризмус, дисфагия, диспнея);

13.1.2.5. до каква степен е засегнато общото състояние – субективни оплаквания на пациента, обективни находки – засягане на виталните показатели: артериално налягане, пулсова честота, дишане, съзнание; оплаквания от страна на общото състояние на пациента – адинамия, отпадналост, анорексия, втрисане, главоболие, изпотяване, нервност или потиснатост; лекарят по дентална медицина трябва да разбере как се чувства субективно пациентът; въпросът „Как се чувствате общо, цялостно?“ може да предостави ценна информация за лекаря, като предоставя важна информация, отнасяща се до пациента като цяло, неговите представи и нагласи, неговите притеснения, и най-важно ще покаже субективните оплаквания на пациента;

13.1.2.6. какво лечение е проведено/назначено от друг лекар или самолечение е провеждал до момента пациентът (ако е провеждал).

13.1.3. При клиничния преглед:

13.1.3.1. да се обследват виталните показатели на пациента – температура, кръвно налягане, пулсова честота, дихателна честота;

13.1.3.2. да се оцени общият вид на пациента, като се търсят симптоми на токсичност;

13.1.3.3. да се обследва главата и шията на пациента за признаци на инфекция/при подуване – локална/консистенция/граница и т.н.; при тризмус – степен на тризмус;

13.1.3.4. рентгенова диагностика – интра- и екстраорални графии за преценка на входната врата на възпалението;

13.1.3.5. да се изследва локалното разпространение на инфекцията, както и ангажирането на лимфните възли.

13.1.4. На този етап след подробно снетата анамнеза и извършения клиничен преглед лекарят трябва да може да определи стадия на възпалението (edema, cellulitis, abscessus).

13.2. Втори принцип – да се определят защитните възможности на пациента

Някои заболявания/състояния и приемът на някои медикаменти компрометират защитните сили на организма на пациентите. Имунокомпрометираните пациенти са по-склонни към възпалителни заболявания, а развитите се инфекции прогресират по-бързо и са по-сериозни.

Такива са:

13.2.1. Пациенти с неконтролирани метаболитни заболявания (неконтролиран диабет, пациенти с бъбречно заболяване в краен стадий, на хемодиализа, пациенти с малнутриция, алкохолизъм и др.).

13.2.2. Пациенти със заболявания, водещи до супресия на имунната система (лимфоми, левкемии, конгенитални или придобити имунологични заболявания, пациенти с HIV и др.).

13.2.3. Пациенти на имunosупресивна терапия (на системни кортикостероиди, на химиотерапия, след трансплантация на орган и др.).

13.3. Трети принцип – да се определи дали пациентът може да се лекува в амбулаторна обстановка от общопрактикуващ дентален лекар, или да се насочи към специализирано лечебно заведение по лицево-челюстна хирургия, орална хирургия, УНГ, спешен медицински център или многопрофилна болница за активно лечение.

Критерии за насочване на пациента към специалист:

13.3.1. Бързопрогресираща инфекция.

13.3.2. Диспнея.

13.3.3. Дисфагия.

13.3.4. Тежка отпаднаост, дехидратация и токсичен вид на пациента.

13.3.5. Умерен до тежък тризмус.

13.3.6. Температура над 38,3 °C.

13.3.7. Имунокомпрометиран пациент.

13.3.8. Нужда от обща анестезия.

13.3.9. Неуспешно предишно лечение на възпалителния процес.

13.3.10. Възпалителни процеси (целулит, абсцес, флегмон), излизащи извън границите на алвеоларния гребен и прилежащите меки тъкани и ангажиращи ложите на пода на устната кухина, птеригомандибуларното и парафарингеалното пространство, подчелюстните пространства, възпалителни процеси, ангажиращи дълбоките пространства на бузата и мастикаторните дъвкателни пространства (инфратемпорално, темпорално, птеригомандибуларно), могат да бъдат животозастрашаващи и налагат специализирано лечение.

13.3.11. Неповлияващ се от стандартно лечение лимфаденит.

13.3.12. Случаи с остеомиелит на мандибулата.

13.3.13. Случаи с одонтогенен синусит със или без комуникация с устната кухина.

13.4. Четвърти принцип – да се премахне одонтогенната причина

13.4.1. Основен принцип при осъществяване на лечението е да се премахне причината за възпалението (да се премахне некротичната пулпа, да се почисти дълбок пародонтален джоб, да се екстрахира причинният зъб) и да се извърши хирургичен дренаж (при нужда, за да се дренира натрупаната гнойна колекция).

13.4.2. Мекотъканни инфекции в стадий на едема/инокулация могат да бъдат лекувани чрез премахване на причината за одонтогенното възпаление със/без антибиотична терапия, докато възпаления в стадий на целулит/абсцес налагат премахване на одонтогенната причина, инцизия и дренаж и назначаване на антибиотична терапия.

При необходимост от екстракция зъбът – причинител на възпалителния процес, се екстрахира при първа възможност. Инцизията най-често предхожда екстракцията, като в някои случаи може да се извършат едновременно. В случаите, в които се прецени, че зъбът – причинител на възпалителния процес, може да се запази чрез консервативно лечение, се препоръчва да бъде трепаниран и да бъде отстранена патогенетичната причина за възпалителния процес неотложно.

Не е добра практика да се отлага хирургичното и ендодонтското лечение с претекст, че трябва да отзвучи първо възпалителният процес. Отлагане на екстракцията е допустимо при временни противопоказания от общ характер, локален характер – тежък тризмус или тежест на екстракцията.

13.5. Пети принцип – да се назначи антибиотично лечение

13.5.1. Да се определи нуждата от назначаване на антибиотична терапия

13.5.1.1. Индикации, налагащи назначаване на антибиотична терапия:

13.5.1.1.1. Подуване, излизащо извън границите на алвеоларния гребен.

13.5.1.1.2. Ангажиране на дълбоките ложи в ЛЧО.

13.5.1.1.3. Целулит.

13.5.1.1.4. Тризмус.

13.5.1.1.5. Лимфаденопатия.

13.5.1.1.6. Температура над 38,3 °C.

13.5.1.1.7. Паракоронарит.

13.5.1.1.8. Одонтогенен супуриративен остеомиелит.

13.5.1.2. Ситуации, при които не се налага да се назначава антибиотична терапия:

13.5.1.2.1. По настояване/желание на пациента.

13.5.1.2.2. Болка.

13.5.1.2.3. Периапикален абсцес.

13.5.1.2.4. Alveolitis sicca.

13.5.1.2.5. Множествена екстракция при пациент, който не е имунокомпрометиран.

13.5.1.2.6. Лек перикоронарит (възпаление само в областта на лигавичния капишон).

13.5.1.2.7. Дрениран алвеоларен абсцес.

13.5.2. Рутинно изборът на антибиотик се базира на емпиричен подход и е насочен срещу познатите микроорганизми, причиняващи одонтогенна инфекция.

13.5.2.1. Антибиотици, ефективни за лечение на одонтогенни инфекции, назначавани за перорален прием, са посочени в специализираната литература.

13.5.3. Да се подбере тясноспектърен антибиотик срещу одонтогенната инфекция – при лечение на проста одонтогенна инфекция.

13.5.3.1. Проста одонтогенна инфекция:

13.5.3.1.1. Подуване, локализирано в границите на алвеоларния гребен и вестибуларно.

13.5.3.1.2. Първи опит за лечение на възпалението.

13.5.3.1.3. Имунокомпрометиран пациент.

13.5.3.2. Комплексна одонтогенна инфекция.

13.5.3.2.1. Подуване отвъд границите на алвеоларния гребен.

13.5.3.2.2. Неуспешно предишно лечение.

13.5.3.2.3. Имунокомпрометиран пациент.

13.5.4. Да се предпочита назначаването на бактерициден антибиотик.

13.5.5. Да се избере антибиотик с най-малко странични ефекти и токсичност.

13.5.6. Индикации за провеждане на антибиограма при избора на антибиотично лечение:

13.5.6.1. Бързо прогресиращи инфекции в дълбоките ложи.

13.5.6.2. Предишна неуспешна антибиотична терапия.

13.5.6.3. Инфекция, която не отговаря според очакването, след започната емпирична антибиотична терапия в рамките на 48 часа.

13.5.6.4. Рекурентна инфекция.

13.5.6.5. Имунокомпрометиран пациент.

13.6. Шести принцип – антибиотикът да се прилага правилно.

13.6.1. Антибиотикът трябва да е изписан в подходяща доза, на правилни интервали за прием и с достатъчна продължителност.

13.7. Седми принцип – пациентът да се наблюдава до отзвучаване на възпалителния процес.

Министър: **Кирил Ананиев**