

Клинические рекомендации

К 05.2 Острый пародонтит

Коды по МКБ 10: К 05.20, К 05.21.

Возрастная категория: взрослые

Год утверждения (частота пересмотра): **2024 (не реже 1 раза в 3 года)**

Профессиональные некоммерческие медицинские организации-разработчики:

- Ассоциация общественных объединений «Стоматологическая ассоциация России»
- Российская пародонтологическая ассоциация

Оглавление

Оглавление.....	2
Ключевые слова.....	3
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация.....	6
1.1 Определение.....	6
1.2 Этиология и патогенез.....	6
1.3 Эпидемиология.....	7
1.4 Кодирование по МКБ 10.....	7
1.5 Классификация.....	8
1.6 Клиническая картина.....	9
2. Диагностика.....	11
2.1 Жалобы и анамнез.....	12
2.2 Физикальное обследование.....	12
2.3 Лабораторная диагностика.....	12
2.4 Инструментальная диагностика.....	13
2.5 Иная диагностика.....	13
3. Лечение.....	14
3.1 Консервативное лечение.....	14
3.2 Хирургическое лечение.....	17
3.3 Иное лечение.....	17
4. Реабилитация.....	17
5. Профилактика и диспансерное наблюдение.....	18
6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания.....	18
7. Организация медицинской помощи.....	18
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	18
Список литературы.....	20
Приложение А1. Состав рабочей группы.....	22
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	23
Приложение А3. Связанные документы.....	25
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента.....	26
Приложение В. Информация для пациентов.....	27

Ключевые слова

- Острый пародонтит
- пародонтальный абсцесс (периодонтальный абсцесс)
- эндо-пародонтальное поражение (эндо-периодонтальное поражение)

Список сокращений

ВЗП	- воспалительные заболевания пародонта
ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
ГИ	- гигиенический индекс
ИК	- индекс кровоточивости
КЖ	- качество жизни
МКБ 10	- международная классификация болезней 10-го пересмотра
НПВС	- нестероидное противовоспалительное средство
ОАК	- общий анализ крови
ПК	- пародонтальный карман
ППТ	- поддерживающая пародонтальная терапия
ПЦР	- полимеразная цепная реакция
РКИ	- рандомизированное контролируемое исследование
ХП	- хронический пародонтит
ЭПП	- эндо-пародонтальное поражение
ААР	- Американская ассоциация пародонтологии
ЕФР	- Европейская Федерация пародонтологии
РВИ	- индекс кровоточивости межзубных сосочков
РМА	- папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс

Термины и определения

Пародонтит — хроническое многофакторное воспалительное заболевание, связанное с дисбиотическими изменениями микробиоты зубного налета и характеризующееся прогрессирующим разрушением опорного аппарата зубов. [8].

Пародонтальный абсцесс (периодонтальный абсцесс) – осложнение, возникающее при обострении воспалительно-деструктивного процесса в тканях маргинального пародонта, характеризуется ограниченным скоплением гнойного экссудата.

Эндо-пародонтальное поражение (эндо-периодонтальное поражение) - осложнение, возникающее при обострении воспалительно-деструктивного процесса в тканях пародонта с вовлечением маргинального, апикального периодонта и эндодонта.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Пародонтальный абсцесс (периодонтальный абсцесс) – осложнение хронического пародонтита, возникающее при обострении воспалительно-деструктивного процесса в тканях пародонта, характеризующееся ограниченным скоплением гнойного экссудата.

Эндо-пародонтальное поражение (эндо-периодонтальное поражение) – осложнение, возникающее при обострении воспалительно-деструктивного процесса в тканях пародонта с вовлечением маргинального, апикального периодонта и эндодонта.

1.2 Этиология и патогенез

Основная роль в развитии **пародонтального абсцесса** принадлежит активизации пародонтопатогенных микроорганизмов: *Porphyromonas gingivalis*, *Treponema denticola*, *Prevotella intermedia*, *Bacteroides forsythus*. К местным факторам, способствующим развитию пародонтального абсцесса, относят сохранившуюся циркулярную связку зуба, глубоко расположенные зубные отложения, недостаточный отток гнойного экссудата. Пародонтальный абсцесс образуется при обострении хронического пародонтита средней или тяжелой степени.

Бактериальный профиль микробиоты определяется рядом экзогенных и эндогенных факторов. Частые инфекционные заболевания, болезни эндокринной системы, иммунодефицитные состояния снижают резистентность, что создает благоприятные условия для проявления условно-патогенными бактериями своих вирулентных свойств.

Вследствие повреждения зубо-эпителиального прикрепления нарушается микроциркуляция, снижается оксигенация тканей пародонта, что ведёт к кратковременному спазму с более продолжительной вазодилатацией. Локальная гипоксия становится причиной возникновения местного ацидоза, метаболических расстройств на молекулярном и клеточном уровне, что в итоге способствует накоплению продуктов перекисного окисления липидов и свободных радикалов. Наряду с дистрофическими изменениями и периваскулярным отеком при пародонтальном абсцессе наблюдается выраженная инфильтрация тканей пародонта полиморфноядерными лейкоцитами. Одновременно происходит остеокластическое рассасывание и деструкция альвеолярной кости и корня зуба с циклическим или беспорядочным течением процесса.

Эндодонто-пародонтальные поражения являются результатом взаимосвязи

воспалительных изменений пульпы и воспалительно-деструктивных изменений тканей пародонта. Патогенетической основой объединения двух патологических процессов является наличие общих путей распространения инфекции – апикальное отверстие, боковые, вспомогательные каналы и дентинные каналы [7]. При эндодонтических поражениях каскад воспалительных реакций приводит к сложному взаимодействию между эндотелиальными клетками, полиморфноядерными лейкоцитами, макрофагами, лимфоцитами и остеокластами, что заканчивается остеоллизом костных структур пародонта [1,4]. Повреждения эндодонта сопряжены с бактериальной контаминацией пульпы зуба, ее воспалением и некрозом, развитием воспаления в периапикальной области, периапикальной костной резорбцией и формированием гранулемы или кисты [4]. При пародонтитах бактериальные биопленки в области десневой борозды и зубного налета ведут к воспалению десны и костной резорбции с формированием пародонтальных карманов [8]. Таким образом, патогенез двух заболеваний имеет общие черты, связанные с резорбцией кости, увеличением числа остеокластов и их активации после бактериального воспаления мягких тканей.

Воспаление пульпы, а также ее некроз вызываются кариесом зубов, оперативными вмешательствами, травмами, действием химических и сильных термических раздражителей. При воспалении возникает локальный отек и, как результат, увеличение интрапульпарного давления и гибель клеток. Отек вызывает локальный коллапс сосудов с последующей тканевой гипоксией, приводящей к локальному некрозу. Освободившиеся химические медиаторы вызывают усиление отека, создавая так называемый порочный круг, ведущий к прогрессированию процесса. Вследствие увеличения внутрипульпарного давления, токсические вещества могут проходить через существующие открытые каналы, такие как апикальное отверстие, латеральные и дополнительные каналы и дентинные трубочки, результатом чего может быть ретроградный пародонтит. Токсины из корневого канала, вызывающие клинически определяемое воспаление в периодонте, происходят из инфицированной некротической пульпы или ее остатков, из незапломбированных пространств при некачественном пломбировании корневого канала. Эндо-пародонтальные поражения наиболее часто возникают вокруг апикального отверстия, реже вокруг дополнительных и латеральных каналов, и практически не встречаются вокруг неповрежденных дентинных трубочек. Формирующийся абсцесс распространяется по периодонту на всю длину корня зуба. Абсцесс может дренироваться через свищевой ход или через периодонтальную связку, сопровождаясь повреждением волокон периодонта и окружающей костной ткани. При этом экссудат может выделяться через зубо-десневую

борозду, образуя псевдокарман без повреждения цемента. Если острое воспаление переходит в хроническую форму, а дренаж через десневую борозду продолжается, эпителий начинает погружение вдоль корня зуба с возможным формированием патологического кармана. Таким образом, апикальный периодонтит может осложняться вторичным пародонтитом. Simon, Glik, Frank подразделили эндо-пародонтальные поражения на две субкатегории:

1. Первичное эндодонтическое поражение, когда дренаж осуществляется через свищевой ход.

2. Первично эндодонтическое поражение с вторичным вовлечением пародонта – когда зубная бляшка встречается по ходу свищевого хода с дальнейшим прогрессированием пародонтита и связанным с ним образованием минерализованных зубных отложений.

1.3 Эпидемиология

Большое количество людей, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями тканей пародонта, выявлен в странах Африканского региона (90%) и Юго-Восточной Азии (95%). Процент населения планеты, страдающего хроническими воспалительными заболеваниями тканей пародонта, составляет 70–98% [1].

Согласно данным 2-го национального эпидемиологического обследования населения в 47 регионах РФ, частота распространенности заболевания пародонта по гендерным признакам и возрасту различна. Здоровый пародонт встречается у 10% населения России. У 52% населения наблюдаются воспалительные проявления начального характера, тогда как у 24% населения имеются проявления средней и у 14% тяжелой степени [8].

Частота встречаемости хронических воспалительных заболеваний тканей пародонта среди населения РФ составляет 89%. В ЦФО (Центральный федеральный округ), СЗФО (Северо-Западный федеральный округ) и СФО (Сибирский федеральный округ) интактный пародонт наблюдается у 15% населения [8].

1.4 Кодирование по МКБ 10

К05.2 Острый пародонтит

К05.20 - пародонтальный абсцесс (периодонтальный абсцесс) десневого происхождения без свища

К05.21 - пародонтальный абсцесс (пародонтальный абсцесс) десневого происхождения со свищом.

1.5 Классификация

Классификация пародонтальных абсцессов:

I. По характеру течения (скорости развития, интенсивности болевого синдрома и выраженности симптоматики) пародонтальные абсцессы разделяют на 2 категории:

1. Острые пародонтальные абсцессы. Характеризуются выраженной клиникой, резким нарастанием болевого синдрома. В полости рта выявляют глубокие пародонтальные карманы, патологическую подвижность зубов. Формирование острых пародонтальных абсцессов сопровождается температурной реакцией, недомоганием.

2. Хронические (холодные) пародонтальные абсцессы. Протекают со стертой симптоматикой. Пациентов беспокоит кровоточивость, болезненность десен. При осмотре выявляют отечную цианотичную слизистую, корни зубов оголены, пародонтальные карманы заполнены гнойным отделяемым, грануляциями. Хронические пародонтальные абсцессы имеют тенденцию обостряться с переходом в острые формы.

II. По локализации патологического очага различают пародонтальные абсцессы:

1. в средней части корня зуба
3. в области пришеечного участка корня зуба

III. В соответствии с новой классификацией заболеваний пародонта, разработанной ААР и EFP, представленной в 2018 г.

Пародонтальный абсцесс у пациента с пародонтитом (имеется пародонтальный карман)	Обострение процесса	Нелеченный пародонтит		
		Пародонтит, «не отвечающий» на лечение		
		На этапе поддерживающей терапии		
	После лечения	После скейлинга		Системные антимикробные препараты Другие, например нифедипин
После хирургии				
Пародонтальный абсцесс у пациента без пародонтита (отсутствует пародонтальный карман)	Сдавление / травма			Флосс, ортодонтические эластики, зубочистки, коффердам, остатки пищи (попкорн)
	Вредные привычки			
	Ортодонтические факторы			Действие сил или перекрестный прикус
	Разрастание десны			
	Изменения корневой поверхности	Выраженные изменения	Одонтодисплазия, инвагинированные зубы	
Незначительные изменения			Эмалевые жемчужины, цементные капли, развивающиеся бороздки / канавки	
		Ятрогенные		Перфорация

		факторы	
		Выраженные повреждения корня	Переломы, трещины, синдром треснувшего зуба
		Внутренняя корневая резорбция	

Классификация эндо-пародонтальных поражений

I. В зависимости от патогенеза выделяют **4 типа эндо-пародонтальных поражений**:

1. Эндо-пародонтальное поражение – воспалительный процесс в пародонте, возникающий в результате токсического действия факторов, присутствующих в системе корневого канала.

2. Пародонто-эндодонтические поражения – воспалительный процесс в пульпе, возникающий в результате прогрессирования хронического генерализованного пародонтита.

3. Комбинированное поражение – эндодонтические и пародонтальные поражения развиваются независимо и независимо прогрессируя, «встречаются» и соединяются вдоль корневой поверхности.

4. Ятрогенные поражения – обычно эндодонтические или пародонтальные поражения возникают в результате лечения.

II. Классификация Simon, Glik и Frank 1972 г., основанная на локализации первичного очага, из которого произошло инфицирование:

1. Первично эндодонтические поражения с транзиторным, клинически невыраженным воздействием воспаленной пульпы на ткани пародонта.

2. Первично эндодонтические поражения с вторичным вовлечением пародонта, которое развивается при длительном течении эндодонтической патологии.

3. Первично пародонтальные поражения с транзиторным, клинически невыраженным воздействием воспаленных тканей пародонта на пульпу.

4. Первично пародонтальные поражения с вторичным вовлечением пульпы, когда в процессе прогрессирования пародонтита происходит инфицирование пульпы через боковой канал или апикальное отверстие.

5. Истинно комбинированные поражения, когда эндодонтическая и пародонтологическая патология возникали одновременно и развивались параллельно.

Позднее Simon, Glik, Frank подразделили эндо-пародонтальные поражения на две субкатегории:

1. Первичное эндодонтическое поражение, когда дренаж осуществляется через свищевой ход.

2. Первично эндодонтическое поражение с вторичным вовлечением пародонта – когда зубная бляшка встречается по ходу свищевого хода с дальнейшим прогрессированием пародонтита и связанным с ним образованием минерализованных зубных отложений.

III. В соответствии с новой классификацией заболеваний пародонта, разработанной ААР и EFP, представленной в 2018 г.

Эндо-пародонтальные поражения с поражением корней	Трещина или перелом корня	
	Перфорация корневого канала или пульповой камеры	
	Наружная корневая резорбция	
Эндо-пародонтальные поражения без поражения корней	Эндо-пародонтальные поражения у пациентов с пародонтитом	Степень 1 – узкий глубокий пародонтальный карман на 1 поверхности зуба
		Степень 2 – широкий глубокий пародонтальный карман на 1 поверхности зуба
		Степень 2 – широкий глубокий пародонтальный карман на 1 поверхности зуба
	Эндо-пародонтальные поражения у пациентов без пародонтита	Степень 1 – узкий глубокий пародонтальный карман на 1 поверхности зуба
		Степень 2 – широкий глубокий пародонтальный карман на 1 поверхности зуба
		Степень 2 – широкий глубокий пародонтальный карман на 1 поверхности зуба

1.6 Клиническая картина

При образовании пародонтального абсцесса пациенты жалуются на появление выраженной самопроизвольной боли.

В полости рта выявляют болезненную припухлость в участке альвеолярной части десны. Слизистая оболочка отечная, гиперемированная. При осмотре диагностируют пародонтальные карманы, заполненные грануляциями. При пародонтальных абсцессах отмечается патологическая подвижность зубов 2-3 степени, что ведет к нарушению жевательной функции, развитию травматической окклюзии. Корни зубов оголены.

Пародонтальный абсцесс может быть выявлен в участке двух зубов. При тяжелой степени обострившегося хронического генерализованного пародонтита диагностируют

множественные пародонтальные абсцессы. При самопроизвольном вскрытии пародонтального абсцесса вблизи десневого края образуется свищ, через который происходит эвакуация гнойного экссудата.

Открывание рта не нарушено. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны. При появлении пародонтального абсцесса развиваются признаки интоксикации, повышается температура, ухудшается общее состояние. Пациенты жалуются на головную боль, недомогание.

2. Диагностика

Диагностика пародонтального абсцесса включает сбор анамнеза, клинический осмотр, дентальную рентгенографию, а также дополнительные лабораторные и инструментальные методики исследования. При осмотре врач стоматолог-терапевт или врач стоматолог-хирург выявляет наличие болезненного выбухания десны в участке определенных зубов на фоне отечной, гиперемированной слизистой. Зубо-десневое соединение при пародонтальном абсцессе нарушено, переходная складка сглажена. Зубы подвижны (2-3 степень). Горизонтальная перкуссия положительная. При пародонтальном абсцессе глубина пародонтальных карманов варьирует от 3 мм до 6 мм и выше, содержимое представлено грануляционной тканью, гнойным отделяемым. Также отмечается смещение зубов, что ведет к развитию травматической окклюзии.

Рентгенографически при пародонтальном абсцессе выявляют расширение периодонтальной щели, деструкцию кортикальной пластинки с неравномерной вертикальной резорбцией губчатого вещества межзубных перегородок, формированием костных карманов и диффузным остеопорозом сохранившегося губчатого вещества.

Индекс гигиены апроксимальных поверхностей зубов при формировании пародонтального абсцесса неудовлетворительный. Индекс кровоточивости десневой борозды (SBI) при развитии пародонтального абсцесса резко превышает норму.

В анализе крови у пациентов с пародонтальным абсцессом могут появляться изменения, характерны для неспецифического воспалительного процесса. Наблюдается повышение лейкоцитов, рост СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. С помощью молекулярно-генетического исследования (количественной ПЦР) удастся выявить качественный и количественный состав анаэробной микрофлоры пародонтального кармана. Результаты анализа говорят о превалировании при пародонтальном абсцессе среди других пародонтопатогенов таких бактерий, как *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Bacteroides forsythus*, относительное содержание которых в общей бактериальной массе устойчиво увеличивается более чем в 100 раз.

С помощью цитологического исследования наряду с разнообразием микрофлоры выявляют большое количество разрушенных нейтрофильных гранулоцитов. Явления фагоцитоза при формировании пародонтального абсцесса не выражены. Исследование слюны методом хемилюминесценции подтверждает активизацию процессов перекисного окисления липидов, что свидетельствует об обострении воспаления.

Пародонтальный абсцесс необходимо дифференцировать с острым периодонтитом или обострением хронического периодонтита, нагноением челюстной кисты, периоститом, остеомиелитом.

2.1 Жалобы и анамнез

Рекомендуется выявление жалоб и сбор анамнеза у всех больных с целью постановки диагноза в типичных клинических случаях [1, 3-5, 7, 8].

При образовании пародонтального абсцесса пациенты жалуются на появление выраженной самопроизвольной боли. В полости рта выявляют болезненную припухлость в участке прикрепленной части десны. Слизистая оболочка отечная, гиперемированная. При осмотре диагностируют пародонтальные карманы, заполненные грануляциями. При пародонтальных абсцессах отмечается патологическая подвижность зубов 2-3 степени, что ведет к нарушению жевательной функции, развитию травматической окклюзии.

Пародонтальный абсцесс может быть выявлен в участке двух зубов. При тяжелой степени хронического генерализованного пародонтита диагностируют множественные пародонтальные абсцессы. Открывание рта не нарушено. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны. При самопроизвольном вскрытии пародонтального абсцесса вблизи десневого края образуется свищ, через который происходит эвакуация гнойного экссудата. При появлении пародонтального абсцесса развиваются признаки интоксикации, повышается температура, ухудшается общее состояние. Пациенты жалуются на головную боль, недомогание.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2+ +).

2.2 Физикальное обследование

Рекомендуется внешний осмотр и осмотр полости рта всем пациентам с целью постановки диагноза в типичных клинических случаях [1, 3- 5, 7, 8].

Объективные клинические проявления острого пародонтита, выявляемые при физикальном обследовании, описаны в разделе «Клиническая картина».

Общие симптомы: повышение температуры тела, слабость, недомогание, головная боль.

Местные симптомы: боль, наличие участка гиперемии, отечность тканей.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2+ +).

2.3 Лабораторная диагностика

Рекомендуется исследование содержимого пародонтальных карманов, смывов с тканей, мазков-отпечатков, соскобов, биологических жидкостей и секретов организма молекулярно-биологическими методами с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации, пациентам с хроническим генерализованным пародонтитом в анамнезе при неэффективности ранее проводимого лечения (см. «Диагностика») с целью выявления возбудителя и определения чувствительности к антибактериальным препаратам [5, 8].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1+).

Комментарии: Чувствительность методов составляет 98-100%, специфичность - 100%. На чувствительность исследования могут влиять различные ингибирующие факторы, вследствие чего предъявляются строгие требования к организации и режиму работы лаборатории для исключения контаминации клинического материала.

2.4 Инструментальная диагностика

Проводится осмотр слизистой оболочки щек и губ пациента с пародонтальным абсцессом, определяются уровни прикрепления уздечек губ и языка, глубина преддверия, определяется характер смыкания зубов, выявление узлов травматической окклюзии. Зондирование пародонтальных карманов проводится градуированным зондом с тупым кончиком в 6 точках в области каждого зуба: 3 с вестибулярной поверхности и 3 с оральной (небной / язычной) поверхности.

2.5 Иная диагностика

- Компьютерная диагностика
- Ультразвуковая доплерография (УЗДГ) или лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ)
- Денситометрия костной ткани
- консультация врача-эндокринолога

- консультация врача-иммунолога при частом рецидивировании заболевания (более 2 раз в год) с целью оценки иммунного статуса больного [1].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4).

3. Лечение

Лечение больных с пародонтальным абсцессом проводится в амбулаторных условиях. Госпитализация не проводится. Лечение должно быть комплексным.

Принципы лечения больных с пародонтальным абсцессом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- купирование воспалительных процессов в пародонте;
- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;
- сохранение и восстановление функции зубочелюстной системы;
- предупреждение развития общих и местных осложнений;
- предупреждение негативного влияния на общее здоровье и качество жизни пациентов.

Лечение представляет собой совокупность этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии. Болезнь не претерпевает обратного развития, а лишь может быть стабилизирована благодаря значительным усилиям врачей-стоматологов всех профилей, применения комплекса лечебных мероприятий и средств.

Лечение острого пародонтита предполагает проведение экстренных мероприятий, направленных на купирование воспаления (вскрытие пародонтального абсцесса, вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага, кюретаж пародонтального кармана и т.п.).

Выбор средств и методов для лечения пародонтального абсцесса определяется степенью тяжести и особенностями клинического течения заболевания. В комплексной терапии пародонтита применяют терапевтическое (немедикаментозное и медикаментозное), хирургическое, ортопедическое лечение, направленное на ликвидацию воспаления в тканях пародонта, устранение пародонтального кармана, стимуляцию репаративного остеогенеза, восстановление функции зубочелюстной системы.

При вовлечении в патологический процесс пульпы зуба ключевыми аспектами лечения являются эндодонтическое лечение и направленная регенерация тканей пародонта [8].

Терапевтическое лечение пародонтита основано на применении нехирургических методов и является базовым или начальным этапом комплексного лечения заболеваний пародонта и направлено в первую очередь на устранение одного из этиологических

факторов болезни – бактериальной биопленки и факторов, обеспечивающих ее аккумуляцию на зубе, и включает:

- проведение профессиональной гигиены рта;
- обучение и контроль индивидуальной гигиене рта;
- удаление над- и поддесневых зубных отложений;
- коррекция и устранение факторов, способствующих поддержанию воспалительных процессов в пародонте, таких как: нависающие края пломб, кариозные полости, клиновидные дефекты.
- устранение преждевременных контактов – функциональное избирательное пришлифовывание.
- назначение и/или проведение противомикробной и противовоспалительной терапии.
- эндодонтическое лечение зубов, находящихся в зоне эндо-пародонтального поражения.

Хирургическое лечение направлено на ликвидацию очагов воспаления, которые не удалось устранить на этапах консервативного лечения. Особое значение приобретают хирургические методы (лоскутные операции с направленной регенерацией тканей), проводимые на десне и костной ткани, которые направлены на удаление грануляций, устранение пародонтальных карманов, восстановление дефектов костной ткани альвеолярного отростка и др. Хирургическое вмешательство рекомендуют сочетать с препаратами, способствующими регенерации тканей пародонта. Проведение плановых хирургических вмешательств недопустимо без предварительной подготовки в рамках базовой терапии и тщательной оценки полученных результатов. Обязательным является удаление зубов, не имеющих функциональной ценности. Во избежание перегрузки имеющихся/оставшихся зубов рекомендуют непосредственное протезирование.

Ортопедическое лечение направлено на восстановление функции зубочелюстной системы, восстановление целостности зубных рядов, стабилизацию патологических процессов в пародонте, создание условий для функционирования зубочелюстной системы в компенсированном состоянии и включает в себя изготовление съемных и/или несъемных шинирующих ортопедических конструкций. Положительным результатом лечения средних и тяжелых стадий пародонтита можно считать восстановление зубочелюстной системы до субкомпенсированного состояния и стабилизацию патологического процесса на этом уровне. Без ортопедического вмешательства (постоянного шинирования) это невозможно.

Динамическое наблюдение проводят через 1, 2, 6 недель для контроля гигиены рта и определения пародонтологического статуса, затем каждые 6 месяцев.

Для оказания помощи можно использовать только те материалы и лекарственные средства, которые допущены к применению в установленном порядке.

3.1 «Консервативное лечение».

Системная терапия – антибиотики и антибактериальные средства

- Рекомендуются пациентам с первичным клиническим эпизодом острого пародонтита.

Антибиотики группы полусинтетических пенициллинов широкого спектра действия: Амоксициллин по 500 мг 3 раза в день 5 – 7 дней в сочетании с метронидазолом

Амоксиклав 625 мг – 3 раза в день 5 дней

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1++).

И

Противопротозойные средства, нарушающие структуры ДНК чувствительных микроорганизмов: Метронидазол 250 мг 3 раза в день 7 дней

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2++).

Или

Азитромицин 500 мг в сутки за 1 прием 3 дня

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2+).

Или

антибиотики - линкозамиды, обладающие широким спектром действия, бактериостатики, связывающиеся с 50S субъединицами рибосом и ингибирующими синтез белка в микроорганизмах:

Клиндамицин 150 мг 4 раза в день 7 дней

Линкомицин 500 мг 3 раза в день 7 дней

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2+).

Или

полусинтетические антибиотики группы макролидов, подавляющие синтез белков в микробной клетке, взаимодействуя с 50S рибосомальной субъединицей бактерий. Действуют в основном бактериостатически, а также бактерицидно:

Кларитромицин 500 мг 1 раз в сутки 7 дней

Рокситромицин 150 мг 2 раза в день 10 дней

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2+).

Или полусинтетический антибиотик группы тетрациклинов широкого спектра действия. Оказывает бактериостатическое действие за счет подавления синтеза белка возбудителей: Доксициклин 100 мг 2 раза в день 10 дней

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 3).

Препараты, нормализующие микробиоту кишечника

Линекс 2 капсулы 3 раза в сутки 10-14 дней

Бифиформ 2-3 капсулы в сутки 10-21 день

Бактисубтил 2 капсулы 2-4 раза/сут в течение 7-10 дней

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4).

Системная противовоспалительная терапия

Нестероидные противовоспалительные препараты:

Нимесулид 100 мг 2 раза в сутки 5 дней

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2+).

Десенсибилизирующие средства с целью антиэкссудативного действия.

Уменьшают проницаемость капилляров, предупреждают развитие отека тканей:

Супрастин 25 мг 2 раза в день 3-5 дней

Кестин (Эбастин) 20 мг 1 раз в сутки 3-5 дней

Лоратадин 10 мг 1 раз в сутки 3-4 дня

Тавегил 1 мг 1-2 раза в день 3-4 дня

Цетиризин 10 мг 1 раз в сутки 3-5 дней

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2+).

Витамиотерапия

Витамин С (аскорбиновая кислота) 250 мг в сутки 14 дней

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1+)

При сопутствующих патологиях общее лечение сочетают со специфической терапией общего заболевания.

***Комментарии:** Показанием к проведению лечения острого пародонтита является наличие клинических проявлений заболевания.*

Ни один из препаратов не имеет преимуществ в эффективности воздействия на течение заболевания.

Лечение не приводит к полному выздоровлению, а лишь стабилизирует клиническую ситуацию до субкомпенсированного состояния и не всегда влияет на частоту и тяжесть развития рецидивов в последующем. Стабилизации патологического процесса на этом уровне способствует регулярная поддерживающая пародонтальная терапия.

Местная терапия

- **Рекомендуется** больным с острым пародонтитом с целью антисептического и противомикробного воздействия местно ополаскиватель:

Раствор хлоргексидина биглюконата 0,05% 4-5 раз в день в течение 7-14 дней [1, 3]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2++)

- **Рекомендуется** больным с острым пародонтитом с целью подавления бактериальной активности местно

Гели и бальзамы с содержанием метронидазола и хлоргексидина 2 раза в день 7 – 10 дней [16, 17]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2++)

3.2 Хирургическое лечение

Под местным обезболиванием проводится вскрытие пародонтального абсцесса, кюретаж, в т.ч. с применением лазерных систем, удаление зуба.

Не проводится при обильном гнойном отделяемом из свищевого хода.

3.3 Иное лечение

Не проводится.

4. Реабилитация

Физиотерапия, включая воздействие ультразвуком, диадинамическими токами, низкоинтенсивным лазерным излучением ускоряет сроки реабилитации. Гидротерапия в виде орошения полости рта водой, насыщенной углекислым газом, обладает не только лечебным действием, но и улучшает гигиену полости рта.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4).

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

- Рекомендуется диспансерное наблюдение за больными с *пародонтальными абсцессами 1 раз в 3 – 6 месяцев. Рекомендована регулярная поддерживающая пародонтальная терапия.*

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4).

6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

В случае острой боли врач может оказать пациенту неотложную помощь со строгим соблюдением норм асептики и антисептики [3, 7].

7. Организация медицинской помощи

Лечение пациентов с пародонтальными абсцессами проводится в стоматологических медицинских организациях. Как правило, лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

Оказание помощи больным с пародонтитом осуществляют врачи-стоматологи общей практики, врачи-стоматологи-терапевты, врачи-стоматологи-ортопеды, врачи-стоматологи-хирурги, врачи ортодонты, зубные врачи. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал, в том числе зубные техники и гигиенисты стоматологические.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1.	Проведена терапия общая и местная в соответствии с п.3 данных клинических рекомендаций	1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 3	А, В, С
2.	Достигнуто исчезновение клинических симптомов заболевания (клиническое выздоровление)	4	D
3.	Достигнуто уменьшение частоты и/или продолжительности рецидивов острого пародонтита при назначении регулярной поддерживающей пародонтальной терапии	4	D

Список литературы

1. Дмитриева Л.А. Пародонтология: национальное руководство. – Москва: «ГЭОТАР-Медиа». – 2013. – 712 с.
2. Зорян Е.В. Клинико-фармакологическое обоснование применения нестероидных противовоспалительных средств в стоматологии / Е.В. Зорян, С.А. Рабинович // Dental Tribune. The World's Dental Newspaper. Russian Edition. – 2010. - Том 9, № 1.– С. 3 – 6.
3. Крикун Е.В. Новые методики в комплексном лечении эндодонтических поражений / Е.В. Крикун, С.Л. Блашкова/ «Актуальные вопросы стоматологии» сборник научных трудов, посвященный проф. И.М. Оксману. – Казань. – 2018. – С. 203 – 207.
4. Орехова Л.Ю. Стоматологическое здоровье и полиморбидность: анализ современных подходов к лечению стоматологических заболеваний/ Л.Ю. Орехова, В.Г. Атрушкевич, Д.В. Михальченко, И.А. Горбачева, Н.В. Лапина // Пародонтология. – 2017. - №3(83). – С. 15 – 17.
5. Полушина Л.Г. Клинико-иммунологическая характеристика пациентов с хроническим пародонтитом / Л.Г. Полушина, Е.Н. Светлакова, Ю.В. Мандра, В.В. Базарный // Медицинская иммунология. – 2017. – Т.19. - №S. – С. 193.
6. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система)/ под ред. Абрамова М.Я., Атрушкевич В.Г., Батулин В.А. и др. Издание двадцатое, переработанное и дополненное / Москва, 2018. Серия Библиотека Российского национального конгресса «Человек и лекарство». Выпуск 20. Стоматология – 242 с.
7. Царев В.Н. Микробный пейзаж содержимого пародонтальных карманов и корневых каналов у пациентов с эндодонто-пародонтальными поражениями IV класса / В.Н. Царев, В.Г. Атрушкевич, Д.Т. Галиева, К.Д. Школьная / Пародонтология. – 2016. – Т. 21. №1 (78). – С. 13 – 17.
8. Янушевич О.О. Пародонтология / О.О. Янушевич, Л.А. Дмитриева, Р.А. Айвазова, Л.А. Аксамит, Л.В. Акуленко, И.Ю. Александровская, В.Г. Атрушкевич и др. / Национальное руководство. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. -752 с.
9. Alamanda M., Denthumdas S.K., Wadgave U., Pharne P.M., Patil S.J., Kondreddi S., Deshpande P., Koppikar R.S.. Comparative Evaluation of Ciprofloxacin Levels in GCF and Plasma of Chronic Periodontitis Patients: Quasi Experimental Study. J Clin Diagn Res. 2016 Jun; № 10(6). – p. 47-50/

10. Dahlen G., Preus H.R. Low antibiotic resistance among anaerobic Gram-negative bacteria in periodontitis 5 years following metronidazole therapy. *J. Anaerobe*. 2017 Feb; № 43; p. 94-98/
11. De Menezes S.A., Cury P.R. Efficacy of nimesulide versus meloxicam in the control of pain, swelling and trismus following extraction of impacted lower third molar. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2010 Jun;39(6):580-584.
12. Dukić S., Matijević S., Daković D., Cutović T. Comparison of cefixime and amoxicillin plus metronidazole in the treatment of chronic periodontitis. *Vojnosanit Pregl*. 2016 Jun; № 73(6). – p. 526-530.
13. Emingil G., Gürkan A., Tervahartiala T., Hernandez M., Özgül S., Sorsa T., Alassiri S. Adjunctive Effects of a Sub-Antimicrobial Dose of Doxycycline on Clinical Parameters and Potential Biomarkers of Periodontal Tissue Catabolism. *Dent J (Basel)*. 2019 Jan 20; № 7(1). - p. 9.
14. Grellmann A.P., Sfreddo C.S., Maier J., Lenzi T.L., Zanatta F.B. Systemic antimicrobials adjuvant to periodontal therapy in diabetic subjects: a meta-analysis. *J. Clin. Periodontol*. 2016 Mar; № 43(3); p. 250-260.
15. Jentsch H.F., Buchmann A., Friedrich A., Eick S.. Nonsurgical therapy of chronic periodontitis with adjunctive systemic azithromycin or amoxicillin/metronidazole. *Clin Oral Investig*. 2016 Sep; № 20(7): p. 1765-1773/
16. Iwasaki M., Manz M.C., Taylor G.W., Yoshihara A., Miyazaki H. Relations of serum ascorbic acid and α -tocopherol to periodontal disease. *J Dent Res*. 2012 Feb; 91(2): p. 167-172.
17. Konuganti K., Rangaraj M., Elizabeth A.. Pre-emptive 8 mg dexamethasone and 120 mg etoricoxib for pain prevention after periodontal surgery: A randomised controlled clinical trial. *J Indian Soc Periodontol*. 2015 Jul-Aug;19(4):474-476.
18. Moro M.G., Oliveira D.S., Oliveira L.R., Teixeira S.A., Muscará M.N., Spolidorio L.C., Holzhausen M.. Effects of Selective Versus Non-Selective COX-2 Inhibition on Experimental Periodontitis. *Braz Dent J*. 2019 Mar-Apr; 30(2): p. 133-138/
19. Pejčić A., Kojović D., Minić I., Mirković D., Denić M., Stojanović M. Therapeutic efficacy of clindamycin gel as an adjunct to scaling and root planing therapy in chronic periodontal disease. *Acta Clin Croat*. 2015 Mar; № 54(1): p. 46-51.
20. Shimabukuro Y., Nakayama Y., Ogata Y., Tamazawa K., Shimauchi H., Nishida T., Ito K., Chikazawa T., Kataoka S., Murakami S. Effects of an ascorbic acid-derivative

- dentifrice in patients with gingivitis: a double-masked, randomized, controlled clinical trial. *J Periodontol.* 2015 Jan; 86(1): p. 27-35.
21. Soares G.M., Figueiredo L.C., Faveri M., Cortelli S.C., Duarte P.M., Feres M. Mechanisms of action of systemic antibiotics used in periodontal treatment and mechanisms of bacterial resistance to these drugs. *J Appl Oral Sci.* 2012 May-Jun; №20(3): p. 295-309.
 22. Suryaprasanna J., Radhika P.L., Karunakar P., Rekharani K., Faizuddin U., Manojkumar M.G., Jammula S.. Evaluating the effectiveness of clarithromycin as an adjunct to scaling and root planing: A randomized clinical trial. *J. Indian. Soc. Periodontol.* 2018 Nov-Dec; № 22(6): p. 529-534.
 23. Yaacob M., Worthington H.V., Deacon S.A., Deery C., Walmsley A., Robinson P.G., Glenny A. Powered versus manual toothbrushing for oral health. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 6. Art. No.: CD002281. DOI: 10.1002/14651858.CD002281.pub3
 24. Zandbergen D., Slot D.E., Niederman R., Van der Weijden F.A. The concomitant administration of systemic amoxicillin and metronidazole compared to scaling and root planing alone in treating periodontitis: a systematic review. *BMC Oral Health.* 2016 Feb 29; № 16. – p. 27.

1. Приложение А1. Состав рабочей группы

1. Григорьев Сергей Сергеевич, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук
2. Мандра Юлия Владимировна, директор института стоматологии, профессор кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук
3. Ронь Галина Ивановна, профессор кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук
4. Светлакова Елена Николаевна, докторант, доцент кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, кандидат медицинских наук

Конфликт интересов: отсутствует

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

- 1.врачи-специалисты: стоматологи.
- 2.ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по указанным специальностям.

Таблица П1 – Уровни достоверности доказательств

Уровни достоверности	Тип данных
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например, описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Таблица П2 – Уровни убедительности рекомендаций

Уровень убедительности	Основание рекомендации
А	По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов

В	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+
С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

1. поиск в электронных базах данных:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

<http://www.elsevierscience.ru/products/embase/>

<https://www.cochrane.org>

<https://onlinelibrary.wiley.com>

<https://www.scopus.com/home.uri>

<https://www.researchgate.net>

2. библиотечные ресурсы.

Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года или при появлении новой информации о тактике ведения пациентов с данным заболеванием. Решение об обновлении принимает МЗ РФ на основе предложений, представленных медицинскими некоммерческими профессиональными организациями. Сформированные предложения должны учитывать результаты комплексной оценки лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также результаты клинической апробации.

Приложение А3. Связанные документы

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 декабря 2011 г. № 1496н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях»

2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 13 января 2006 г. №17 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с челюстно-лицевыми аномалиями, другими уточненными изменениями зубов и их опорного аппарата и другими болезнями челюстей»

3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 июня 2006 г. №445 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с изменениями зубов и их опорного аппарата»

4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 декабря 2011 г. № 1496н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях»

Приложение Б. Алгоритм ведения пациента



Приложение В. Информация для пациентов

1. Пародонтальный абсцесс (периодонтальный абсцесс) – осложнение хронического пародонтита, возникающее при обострении воспалительно-деструктивного процесса в тканях маргинального пародонта, характеризующееся ограниченным скоплением гнойного экссудата.
2. Показанием к проведению лечения острого пародонтита является наличие клинических проявлений заболевания.
3. Лечение острого пародонтита предполагает проведение экстренных мероприятий, направленных на купирование воспаления.
4. Выбор средств и методов для лечения пародонтального абсцесса определяется степенью тяжести и особенностями клинического течения заболевания.
5. Ни один из препаратов не имеет преимуществ в эффективности воздействия на течение заболевания.
6. Болезнь не претерпевает обратного развития, а лишь может быть стабилизирована благодаря значительным усилиям врачей-стоматологов всех профилей, применения комплекса лечебных мероприятий и средств.