

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
23 травня 2024 року № 869

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

КАРІЄС ЗУБІВ

2024

Загальна частина**Діагноз:** Карієс зубів**Коди стану або захворювання НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:** K02 Карієс зубів**Розробники:**

Дубров Сергій Олександрович	перший заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи;
Коленко Юлія Геннадіївна	завідувачка кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, заступник голови робочої групи з клінічних питань;
Зелінська Наталія Антонівна	доцент кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Григ Наталія Іванівна	доцент кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Копчак Оксана Вікторівна	завідувачка кафедри терапевтичної стоматології та пародонтології ПВНЗ «Київський медичний університет»;
Ткаченко Ірина Михайлівна	завідувачка кафедри пропедевтики терапевтичної стоматології Полтавського державного медичного університету;
Чумакова Юлія Геннадіївна	професор кафедри загальної стоматології факультету стоматології Міжнародного гуманітарного університету, м. Одеса;
Петрушанко Тетяна Олексіївна	завідувачка кафедри терапевтичної стоматології Полтавського державного медичного університету;
Удод Олександр Анатолійович	професор кафедри стоматології № 1 Донецького національного медичного університету;

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.
----------------------------	--

Рецензенти:

Самойленко Андрій Валерійович	завідувач кафедри терапевтичної стоматології та стоматології ФПО Дніпровського державного медичного університету, д.мед.н., професор;
Шінкарук- Диковицька Марія Михайлівна	завідувачка кафедри терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, д.мед.н., професорка.

Дата оновлення стандарту медичної допомоги - 2029 рік.

Перелік скорочень

ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
КМП	клінічний маршрут пацієнта
ПК	полімерний композит
СЦ	склоіономерний цемент
СМД	стандарт медичної допомоги
Форма № 043/о	форма первинної облікової документації № 043/о «Медична карта стоматологічного хворого №_», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2021 року № 110, зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 678/20991
ФРК	фактори ризику карієсу
DIFOTI	цифрова візуалізація з волоконно-оптичною транслюмінацією

Розділ I. Організація надання медичної допомоги при лікуванні пацієнтів з карієсом зубів

1. Положення стандарту медичної допомоги

Діагностика та лікування карієсу зубів здійснюється у закладах охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), що надають спеціалізовану стоматологічну медичну допомогу та фізичними особами-підприємцями, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Лікарі всіх спеціальностей, у тому числі гігієністи зубні та лікарі зубні, мають бути обізнані щодо основних чинників ризику, клінічних проявів та наслідків карієсу зубів.

Професіонали в галузі стоматології повинні володіти методами ранньої діагностики карієсу з метою його профілактики та попередження розвитку ускладнень.

Лікування та діагностика карієсу зубів здійснюють лікарі-стоматологи-терапевти, лікарі-стоматологи та зубні лікарі.

Основою сучасного підходу до управління карієсом зубів є здійснення оцінки, аналіз і контроль факторів ризику карієсу (ФРК) у пацієнтів, формування індивідуальних планів лікування та ведення карієсу з урахуванням ФРК. На основі аналізу анамнестичних даних та результатів клінічного обстеження оцінюється ризик карієсу кожного пацієнта, визначається тактика лікування та профілактики.

Заходи контролю карієсу, що показані кожному:

створення персоніфікованих програм індивідуальної гігієни порожнини рота, що дозволять забезпечити високий рівень її якості;

корекція складу та режиму харчування, що сприятиме збереженню здоров'я зубів;

сприяння здоровому способу життя.

Якщо для управління карієсом (стабілізації процесу, відсутності появи нових уражень) не достатньо лише здорового способу життя та покращення методів самообслуговування, встановлюються інші причини появи/прогресування карієсу і на основі цього складається індивідуальний план лікування карієсу (неінвазивного або інвазивного).

Після закінчення лікування (проведеного на прийомі, або не пізніше, ніж через 3–6 місяців після нього) оцінюються результати індивідуального лікування карієсу та складається план подальшого спостереження.

Успішний контроль карієсу клінічно визначається фактом відсутності прогресуючих каріозних уражень і чистотою зубів.

Люди будь-якого віку повинні мати можливість жити в безпечному середовищі з точки зору здоров'я ротової порожнини, робити вибір здорового способу життя та отримувати від суспільства зразки здорової поведінки.

2. Обґрунтування

Карієс зубів - це опосередковане біоплівкою, модульоване дієтою, багатофакторне, неінфекційне, динамічне захворювання, що призводить до

втрати мінералів твердими тканинами зубів. Воно визначається біологічними, поведінковими, психосоціальними та екологічними чинниками. Як наслідок цього процесу розвивається каріозне ураження. Карієс та його ускладнення можуть викликати або загострювати системні захворювання, що знижують якість життя людини та спричиняють економічний тягар. Згідно з сучасними дослідженнями все ще існують значні проблеми у профілактиці та лікуванні карієсу зубів. Поширеність карієсу є дуже високою. Результати дослідження глобального тягара хвороб, опубліковані журналом Lancet у 2017 році, показали, що серед 328 різних захворювань перше місце посідає поширеність карієсу постійних зубів, а друге – захворюваність. Близько 2,44 мільярда людей у всьому світі мають карієс постійних зубів.

Визначення ризику карієсу, система оцінки ефективності профілактики та лікування карієсу є основою для подальшої діагностики та управління карієсом. Завдяки популяризації та впровадженню сучасної концепції лікування економія медичних ресурсів може бути більш значущою за рахунок досягнення дієвої профілактики та лікування карієсу.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Існують локально узгоджені документи, що координують та інтегрують медичну допомогу для забезпечення своєчасного направлення, діагностики та лікування пацієнтів з карієсом зубів.

2) Розроблено задокументований індивідуальний план медичної допомоги, що містить дані щодо діагнозу пацієнта, плану обстеження та лікування, узгоджений з пацієнтом або з членами родини/особами, які здійснюють догляд за пацієнтом.

3) Пацієнт або члени родини/особи, які здійснюють догляд, забезпечуються у доступній формі інформацією щодо стану пацієнта, перебігу захворювання, плану обстеження, лікування і подальшого спостереження, навчанням навичкам, необхідним для поліпшення результатів лікування, контактами для отримання додаткової інформації та консультацій.

Бажані:

4) Надавачі медичних послуг розміщують інформаційні матеріали стосовно чинників ризику розвитку карієсу зубів, методів його профілактики та лікування, заходів індивідуального гігієнічного догляду за ротовою порожниною в доступних для пацієнтів місцях.

Розділ II. Діагностика карієсу зубів

1. Положення стандарту медичної допомоги

Діагноз карієсу зубів встановлюється на підставі даних анамнезу, оцінки індивідуальних чинників ризику, клінічних проявів захворювання (клінічного огляду, аналізу результатів додаткових методів обстеження) та проведення диференціальної діагностики. За результатами діагностики визначається ризик розвитку/прогресування карієсу, а також ступінь, активність та локалізація

каріозного процесу для вибору відповідного методу лікування. З метою диференціальної діагностики карієсу зубів та його ускладнень може бути призначене рентгенологічне дослідження. Основним рентгенологічним методом виявлення уражень карієсу є внутрішньоротова візуалізація в прикусі.

2. Обґрунтування

Карієс зубів здатний призводити до ускладнень, таких як запалення та/або некроз пульпи, розвиток апікального періодонтиту та гострих запальних процесів щелепно-лицевої ділянки, що можуть становити загрозу для життя пацієнта, тому вчасна та детальна діагностика надзвичайно важлива.

Рентгенологічне дослідження (bitewing x-ray) допомагає виявити ураження дентину на контактних поверхнях зубів у бічних ділянках, ступінь ураження твердих тканин та показане для диференціальної діагностики карієсу зубів і його ускладнень. Рентгенологічна візуалізація в прикусі призначається обґрунтовано для конкретного випадку, якщо існує висока ймовірність того, що вона надасть інформацію, яка позитивно вплине на вибір методу лікування.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Діагностика карієсу зубів включає: збір анамнезу, оцінку індивідуальних чинників ризику, аналіз клінічних ознак та результатів додаткових методів обстеження, проведених за показаннями.

2) Необхідно визначити ризик розвитку/прогресування карієсу, виходячи із зареєстрованих факторів ризику, що наведені у додатках 1 та 2 до цього Стандарту, індивідуально для кожного пацієнта, задокументувати у формі № 043/0.

3) При об'єктивному клінічному обстеженні пацієнта візуально-тактильним (тактильний означає, що використовується зонд) методом діагностуються ранні клінічні прояви карієсу зубів, зокрема ділянки демінералізації емалі. Необхідно дослідити характеристики поверхні: активність (відображається текстурою поверхні ураження) і цілісність (виражається наявністю або відсутністю мікрокаріозної чи каріозної порожнини). У випадку наявності каріозних порожнин з локалізацією в дентині необхідно встановити глибину ураження та, у разі необхідності, призначити та проаналізувати додаткові методи дослідження для диференціальної діагностики відповідно до алгоритму діагностики, який наведено у додатку 3 до цього Стандарту.

4) З метою оцінки стану пульпи необхідно провести тест на визначення чутливості пульпи (холодовий тест).

5) З метою діагностики прихованого карієсу проксимальних поверхонь бічних зубів, визначення ступеня ураження, провести рентгенологічне дослідження для отримання прикусних знімків за показаннями, що наведені у додатку 4 до цього Стандарту.

Бажані:

6) Волоконно-оптична транслюмінація може бути корисною, особливо у виявленні інтерпроксимального карієсу та оцінці лікування постійних зубів. Є більш ефективною у фронтальній ділянці.

7) Цифрова візуалізація з волоконно-оптичною транслюмінацією (далі - DIFOTI), як доповнення до візуального огляду, полегшує спостереження за каріозними ураженнями. Дозволяє лікарю підтвердити наявність карієсу, який неможливо побачити рентгенологічно або відчутти візуально-тактильно. На зображеннях DIFOTI не можна оцінити глибину ураження карієсом, тому DIFOTI краще застосовувати для діагностики карієсу на інтерпроксимальних, оклюзійних та щічно-піднебінних поверхнях.

8) Лазерна флуоресценція може бути корисною для моніторингу прогресування початкових уражень карієсу та успіху лікування, а також для мотивації пацієнта та визначення тривалості інтервалу обстеження. Метод можна використовувати як підтримку візуальної діагностики при спостереженні уражень карієсу на оклюзійних поверхнях. Проте, через хибнопозитивні висновки рішення щодо корекції лікування не слід приймати виключно на основі значень лазерної флуоресценції.

9) Барвники для виявлення карієсу краще використовувати для визначення зон демінералізації, щоб допомогти у правильному видаленні інфікованого дентину під час препарування порожнини.

Розділ III. Лікування карієсу зубів

1. Положення стандарту медичної допомоги

План лікування карієсу складається у співпраці між фахівцем та пацієнтом. Важливо враховувати мотивацію та прихильність пацієнта до лікування.

Вибір методів лікування карієсу зубів має ґрунтуватись на ступені ураження відповідно до класифікації ICDAS, що наведена у додатках 5, 6, 7, 8 до цього Стандарту, активності карієсу та враховувати показники оцінки ризику карієсу, включаючи профілактику нових каріозних уражень. Алгоритм варіантів вибору плану лікування наведено у додатку 9 до цього Стандарту.

При виборі методу лікування карієсу слід спочатку розглянути доцільність та ефективність неінвазивних процедур (наприклад, видалення біоплівки та ремінералізація), без видалення тканин зуба. Пріоритет надається мінімально інвазивному підходу, наприклад, не замінювати пошкоджену реставрацію, а відновлювати її. Також при лікуванні карієсу може бути проведено оперативне лікування.

Після проведеного лікування карієсу зубів необхідно контролювати результати в терміни, визначені на підставі оцінки індивідуального ризику карієсу.

2. Обґрунтування

Контроль карієсу забезпечується завдяки співпраці суспільства, пацієнтів і спеціалістів зі стоматології.

Рекомендації щодо здорового способу життя та належного догляду за собою є важливими, і це, очевидно, позитивно впливає на поведінку щодо здоров'я та зменшує руйнування зубів.

Водночас, турбота про гігієну порожнини рота та здоров'я ротової порожнини є частиною догляду за загальним здоров'ям.

На індивідуальному рівні карієс зубів контролюється насамперед здоровим способом життя, який необхідно прищеплювати з раннього дитинства. Крім того, можуть знадобитися спільні заходи лікування карієсу між пацієнтом і фахівцем.

Фактори, що впливають на складність лікування карієсу, головним чином поділяються на системні та місцеві, включають в себе індивідуальну детермінованість до карієсу, професійну майстерність лікаря, попередній досвід пломбування зубів та допоміжні чинники. Прояви карієсу, а саме, ураження карієсом поверхні зуба, глибина та активність цього ураження безпосередньо впливають на складність лікування карієсу і прийняття рішення щодо лікування. Крім того, з розвитком матеріалів і методів зросли вимоги до професійної майстерності у лікуванні карієсу. Лікування вторинного карієсу та переробка старих реставрацій є одним із складних моментів, що впливають на лікування карієсу, тому історія реставрації зубів та невдачі реставрації також є основним компонентом оцінки складності лікування карієсу. Інші чинники, такі як відкривання рота, блювотний рефлекс, секреція слини та фобія лікування зубів, можуть прямо чи опосередковано впливати на складність лікування карієсу.

Основні ускладнення карієсу зубів – це запалення та/або некроз пульпи, апікальний періодонтит, гострі запальні процеси щелепно-лищевої ділянки, що можуть становити загрозу життю пацієнта. Раннє виявлення та якісне лікування карієсу зубів попереджує розвиток ускладнень.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Персоналізовану програму профілактики та лікування карієсу має бути визначено на підставі аналізу даних анамнезу, індивідуальних чинників ризику, результатів клінічних та додаткових (за показаннями) методів обстеження та прогнозу перебігу карієсу зубів.

2) Кожному пацієнту необхідно надати рекомендації щодо належної гігієни порожнини рота та здорових звичок у харчуванні. Гігієна порожнини рота та харчові звички контролюються відповідно до індивідуальних потреб, і, якщо необхідно, посилюються керівництвом фахівця зі стоматології, а пацієнт мотивується до здійснення змін.

3) Рекомендації з догляду за зубами та порожниною рота відповідають віку, індивідуальним потребам пацієнта та наявністю факторів ризику карієсу. Проводити мотиваційну бесіду з метою залучення пацієнта до лікування, рекомендувати ретельне чищення зубів двічі на день (самостійно або за допомогою) фторовмісною зубною пастою з вмістом фтору (1350 до 1500 ppm) принаймні протягом 2 хвилин, враховуючи міжзубне очищення. План індивідуальної програми гігієни порожнини рота має враховувати інші захворювання ротової порожнини та загальний стан здоров'я пацієнта.

4) Індивідуальна програма має включати мотиваційні бесіди щодо оптимізації харчування з метою захисту зубів від карієсу (мінімізація кількості, частоти та тривалості споживання солодкої їжі та напоїв тощо).

5) Якщо лікування карієсу неможливе лише за допомогою здорового способу життя та самообслуговування, фахівець зі стоматології спільно із пацієнтом розробляє індивідуальну програму лікування карієсу. Програма має включати план для конкретних поверхонь та впровадження лікування з метою зупинки прогресуючого пошкодження.

6) Для лікування активних початкових некавітованих уражень карієсом рекомендовано застосовувати, за показаннями, неінвазивний шлях з локальним використанням фторовмісних засобів з концентрацією фтору 1-6% (процедурі передуює професійне очищення всього зубного ряду від зубних відкладень).

7) Неактивні початкові некавітовані ураження карієсом необхідно контролювати під час повторних візитів для виявлення будь-яких змін їхнього стану.

8) Оперативно-відновлювальне лікування використовується у разі:
якщо заходи щодо припинення початкового ураження карієсом не були розпочаті вчасно або не дали результату;

неможливо підтримувати поверхню пошкодження чистою через, наприклад, кавітацію;

пошкодження розповсюдилося в дентин, навіть якщо можливо зберегти поверхню пошкодження чистою;

з естетичних або функціональних причин;

у пацієнтів, які не здатні до самообслуговування та регулярних візитів до стоматолога, для яких карієс та його наслідки становлять загальну небезпеку для здоров'я.

Важливо, окрім відновлювального лікування, провести заходи, спрямовані на зупинку можливих початкових уражень карієсом та разом з пацієнтом створити основу для запобігання карієсу в майбутньому в рамках повсякденного життя.

9) Лікування середнього карієсу (ICDAS 3 і 4) залежить від низки факторів:

ступінь ризику карієсу у пацієнта,

рентгенологічну картину,

активність ураження

наявність чи відсутність поверхневого руйнування.

Якщо ураження рентгенологічно поширюється до зовнішньої третини дентину (в основному в ICDAS 3 або мікропорожнини) і воно неактивне, в деяких випадках (за відсутності інших факторів ризику та за умови, що пацієнт дотримується рекомендацій лікаря) можливе консервативне лікування.

10) Глибокі ураження карієсом (ICDAS 5 і 6), як правило, потребують оперативного лікування відповідно до тяжкості ураження та залучення пульпи.

11) При оперативному лікуванні глибокого ступеня ураження карієсом вітальних постійних зубів, що потребують реставрації, слід надавати перевагу

селективному видаленню каріозної тканини над покровою чи неселективним видаленням. При глибоких каріозних ураженнях також виправдана покорова методика.

12) При середньому та глибокому ступенях ураження карієсом, що потребують реставрації класу I:

вітальних передніх постійних зубів - використовується звичайний СЦ, гібридний ПК, або модифікований смолою СЦ;

вітальних бічних постійних зубів - перевага надається звичайному СЦ, стоматологічній амальгамі, ПК, або модифікованому смолою СЦ.

13) При середньому і глибокому ураженні карієсом вітальних бічних постійних зубів, які потребують реставрації класу II перевага надається амальгамі, ПК, або модифікованому смолою СЦ.

14) При середньому та глибокому ураженні карієсом вітальних передніх постійних зубів, що потребують реставрації класу III застосовуються нано- або гібридні ПК.

15) При середньому та глибокому ураженні карієсом вітальних передніх та бічних постійних зубів, що потребують реставрації класу V використовується звичайний СЦ, гібридний ПК, або модифікований смолою СЦ.

16) Спостереження динаміки лікування карієсу у пацієнта включає:

повторні визначення чинників ризику виникнення, розвитку і прогресування карієсу зубів,

уточнення приналежності пацієнта до певної групи ризику,

корекція лікувально-профілактичних заходів відповідно до виявлених змін.

17) Результати індивідуального лікування карієсу необхідно оцінити у визначені терміни відповідно до індивідуального плану лікування, що обов'язково має бути задокументовано у формі № 043/0.

Бажані:

18) Якщо пацієнту з карієсом зубів планується проведення лікування, що може супроводжуватись виникненням больового відчуття, здійснюється контроль болю (місцева анестезія, седація, загальна анестезія за показаннями).

19) Використання техніки інфільтрації полімером (смолою) рекомендовано на додаток до інших заходів лікування карієсу при прогресуючому ураженні карієсом поверхні емалі (максимум емалево-дентинної межі) контактних поверхонь зуба у пацієнтів із високим ризиком руйнування зубів і для яких передбачається, що прогресування ураження не можна контролювати в достатній мірі шляхом посилення самообслуговування та використання місцевого лікування фтором.

20) Лікування карієсу із використанням композиційних пломбувальних матеріалів бажано проводити із застосуванням кофердама.

21) Для визначення кінцевої межі видалення каріозних тканин і виявлення наявності або відсутності оголення пульпи бажано застосовувати мікроскоп або бінокуляр.

Індикатори якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надають спеціалізовану стоматологічну допомогу пацієнтам з карієсом зубів, клінічного маршруту пацієнта (КМП).

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

Наявність у ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з карієсом зубів, клінічного маршруту пацієнта (КМП).

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях стандарту медичної допомоги «Карієс зубів».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасного клінічного маршруту пацієнта (КМП) на території обслуговування. Якість медичної допомоги пацієнтам з карієсом зубів, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному СМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2024 рік – 50%

2025 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор:

структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються ЗОЗ, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх ЗОЗ, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора визначається як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, зареєстрованих в районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, що містить інформацію про кількість лікарів, які надають медичну допомогу пацієнтам з карієсом зубів, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, зареєстрованих в районі обслуговування, для яких задокументований факт наявності клінічного маршруту пацієнта з карієсом зубів, (наданий екземпляр КМП). Джерелом

інформації є КМП, представлений лікарем, який надає медичну допомогу пацієнтам з карієсом зубів.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці стандарту медичної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Карієс зубів», 2024 року, https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.

2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 669/20982.

**Директор Департаменту
медичних послуг**



Тетяна ОРАБІНА

Фактори ризику карієсу та захисту від карієсу

Фактори захисту та ризику карієсу	
Фактори захисту від карієсу	Фактори ризику карієсу
<p>ЗУБНА ПАСТА З ФТОРОМ Двічі на день чистити зуби фторвмісною зубною пастою (мінімум 1000 ppm)</p> <p>ДОГЛЯД ЗА ЗУБАМИ Регулярний профілактичний догляд за зубами, що включає, наприклад, місцеве застосування фтору</p> <p>СИСТЕМНИЙ ФТОР Доступ до фторованої питної води або інші види фторування в регіоні (за наявності)</p>	<p>ФАКТОРИ РИЗИКУ, СОЦІАЛЬНІ/МЕДИЧНІ/ПОВЕДІНКОВІ Гіпосалівація, спричинена ліками, хворобами, опроміненням голови/шиї та/або віком Підвищене вживання (кількість/частота) вільних цукрів з напоїв (включаючи фруктові соки/смузі), закусок та страв Низький соціально-економічний рівень, низька медична грамотність, обмеження доступу до послуг охорони здоров'я Нездатність дотримуватися рекомендацій, низька мотивація та відповідальність Особливі потреби в медичній допомозі, фізичні вади Симптоматичне відвідування стоматолога</p> <p>КЛІНІЧНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ Нещодавній карієс та наявність активного каріозного ураження (уражень) PRS/prs* Погана гігієна порожнини рота з накопиченням щільного зубного нальоту Зони скупчення зубного нальоту (підвищена фіксація біоплівки) Низька швидкість слиновиділення</p> <p>ОСОБЛИВІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ДЛЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ Оголені поверхні коренів (дентин) Знижена спроможність здійснювати гігієну порожнини рота</p>



З НИЗЬКИМ РИЗИКОМ:	З ВИЩИМ РИЗИКОМ:
<p>Захисні фактори в наявності Жодного з факторів ризику, позначених червоним кольором, немає Будь-які інші фактори ризику знаходяться в межах «безпечного» діапазону (наприклад, солодкі снеки, дотримання правил гігієни порожнини рота, вплив фтору)</p>	<p>Присутній один або декілька факторів ризику, позначених червоним кольором Рівень або комбінація інших факторів ризику свідчить про вищий статус ризику Відсутні захисні фактори</p>

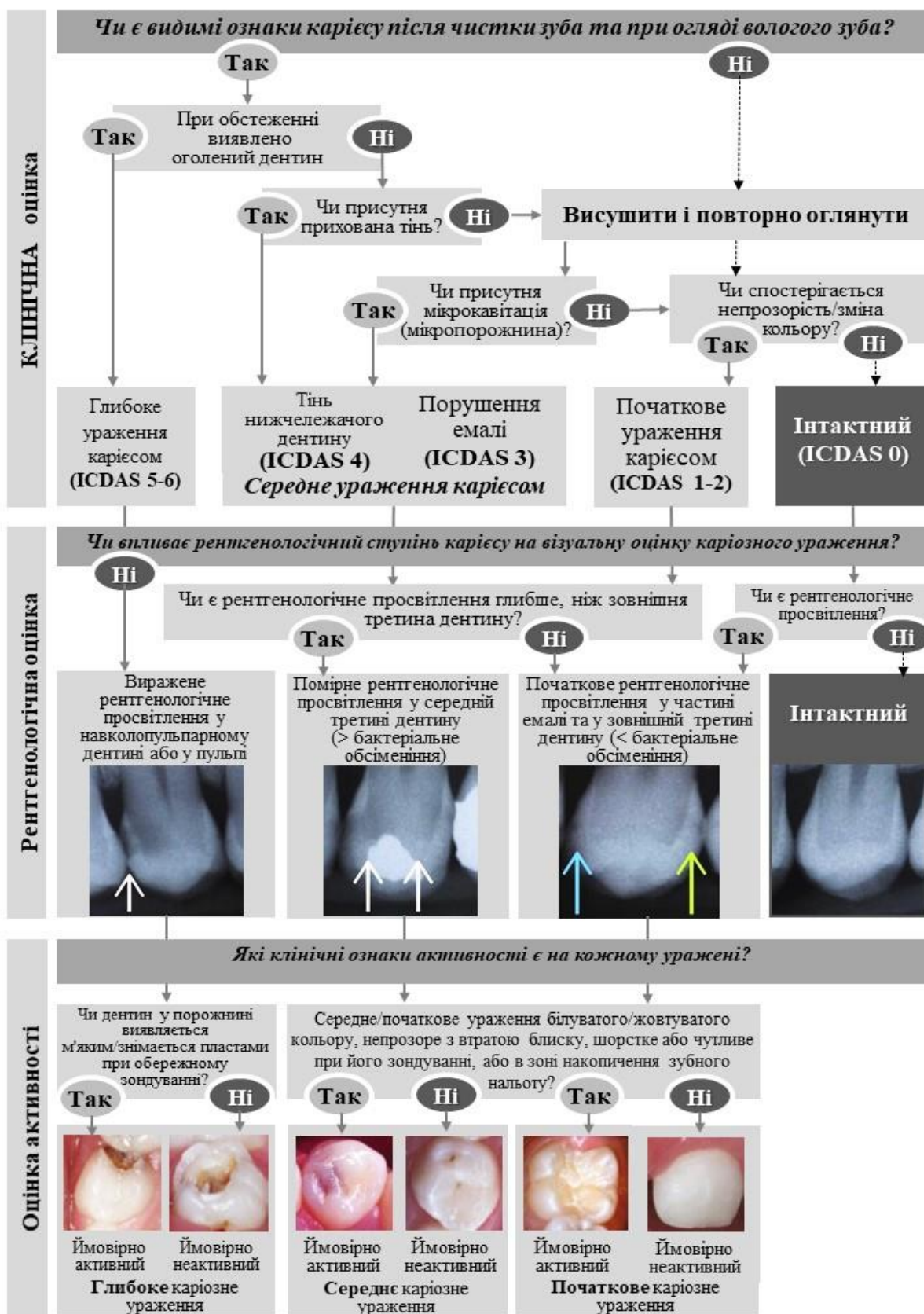
в PRS/prs* *Індекс ураження пульпи - кореня - сепсис (модифікований з PUFA/pufa): клінічні наслідки нелікованого карієсу. P/p: каріозний процес досяг порожнини зуба: Корені (R/r): каріозний процес зруйнував структури зуба (не підлягають відновленню); S/s: гнійні виділення/пов'язані з зубом гнійні виділення, що супроводжуються набряком.

Примітка. Фактори ризику, позначені червоним, завжди класифікуватимуть людину як особу з високим ризиком карієсу.

Схема визначення рівня карієсу у пацієнта за ступенем ризику карієсу



Схема діагностики карієсу зубів, що поєднує візуальну та рентгенологічну оцінку ступеня тяжкості карієсу з урахуванням активності ураження



**Показання до проведення рентгенологічного дослідження
(bitewing x-ray) при діагностиці карієсу зубів:**

осібам молодого віку, якщо при візуальному огляді виявлено хоча б одне пошкодження, що проникло в емаль;
є пошкодження, що перетнуло емаль;
є кілька прогресуючих каріозних уражень зубного ряду;
виявлено декілька факторів ризику розвитку карієсу;
є підстави підозрювати наявність прихованих каріозних уражень і пацієнту роками не робили рентгенологічного обстеження.

Примітки:

Щоб контролювати прогресування каріозних уражень, рентгенологічне дослідження слід робити не частіше ніж один раз на рік, навіть якщо є підозра на швидке прогресування каріозних уражень.

Варто розглянути можливість використання альтернативних, безрадіаційних методів замість рентгенологічного зображення.

Конусно-променева томографія не повинна використовуватися для спостереження за каріозними ураженнями, але ураження, виявлені як побічна знахідка, слід реєструвати та лікувати.

Рентгенологічне дослідження не можна використовувати як метод скринінгу карієсу (для цього має бути причина, пов'язана з лікуванням).

Додаток 5
до Стандарту медичної допомоги
«Карієс зубів»
(пункт 1 розділу III)

**Клінічні характеристики ступеня тяжкості карієсу коронки
за ICDAS***

Клінічні характеристики ступеня тяжкості карієсу коронки за ICDAS						
Здоровий (ICDAS 0)	 <p>Відсутність ознак зміни прозорості емалі внаслідок ураження карієсом після зняття зубного нальоту та просушування повітрям</p>					
Початкові ураження карієсом (ICDAS 1–2)	 <p>Зміни емалі у вигляді каріозного помутніння або видимої зміни кольору (біла/коричнева пляма), що не відповідає клінічному вигляду здорової емалі, без ознак руйнування поверхні, без затемнення підлеглого дентину або без каріозної порожнини</p>					
Середнє ураження карієсом (ICDAS 3–4)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Середнє ураження емалі (3)</td> <td>  <p>Біло-коричневе плямисте ураження локалізованою мікропорожниною/розривом, без видимого пошкодження дентину. Найкраще видно після просушування повітрям</p> </td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;"> <p>Примітка: ця категорія представляє найбільшу складність для вирішення питання про неоперативне/оперативне лікування, яке буде залежати від додаткової інформації: рентгенологічної глибини ураження (глибше зовнішньої третини дентину), а також ризику розвитку карієсу у пацієнта.</p> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Середня затіненість дентину (4)</td> <td>  <p>Чітко змінений дентин, видимий крізь інтактну поверхню емалі або наявність мікропорожнини в емалі, яка виникла на поверхні, що оцінюється. Зазвичай найлегше це спостерігається, коли поверхня зуба волога</p> </td> </tr> </table>	Середнє ураження емалі (3)	 <p>Біло-коричневе плямисте ураження локалізованою мікропорожниною/розривом, без видимого пошкодження дентину. Найкраще видно після просушування повітрям</p>	<p>Примітка: ця категорія представляє найбільшу складність для вирішення питання про неоперативне/оперативне лікування, яке буде залежати від додаткової інформації: рентгенологічної глибини ураження (глибше зовнішньої третини дентину), а також ризику розвитку карієсу у пацієнта.</p>	Середня затіненість дентину (4)	 <p>Чітко змінений дентин, видимий крізь інтактну поверхню емалі або наявність мікропорожнини в емалі, яка виникла на поверхні, що оцінюється. Зазвичай найлегше це спостерігається, коли поверхня зуба волога</p>
Середнє ураження емалі (3)	 <p>Біло-коричневе плямисте ураження локалізованою мікропорожниною/розривом, без видимого пошкодження дентину. Найкраще видно після просушування повітрям</p>	<p>Примітка: ця категорія представляє найбільшу складність для вирішення питання про неоперативне/оперативне лікування, яке буде залежати від додаткової інформації: рентгенологічної глибини ураження (глибше зовнішньої третини дентину), а також ризику розвитку карієсу у пацієнта.</p>				
Середня затіненість дентину (4)	 <p>Чітко змінений дентин, видимий крізь інтактну поверхню емалі або наявність мікропорожнини в емалі, яка виникла на поверхні, що оцінюється. Зазвичай найлегше це спостерігається, коли поверхня зуба волога</p>					
Глибоке ураження карієсом (ICDAS 5–6)	 <p>Наявність видимої каріозної порожнини в дентині серед непрозорої/зміненої емалі. Зонд WHO/CPI/PSR може обережно підтвердити, що порожнина поширюється на дентин.</p>					
<p>Примітки: *Більше зображень доступно на веб-сторінці ICCMS. Некаріозні поверхні з дефектами розвитку емалі (включаючи флюороз), ерозивним стиранням зубів та зовнішніми/внутрішніми плямами вважаються здоровими щодо карієсу.</p>						

Додаток 6
до Стандарту медичної допомоги
«Карієс зубів»
(пункт 1 розділу III)

Посєднання рентгенографічних та клінічних ознак ступеня тяжкості карієсу за ICDAS*

Посєднання ступенів карієсу ICDAS тяжкості		Рентгенографічні ступені тяжкості карієсу (та глибина просвітлення) за ICDAS				
		Немає рентгенопрозорості (здоровий)	Початкова рентгенопрозорість емалі (емаль ± EDJ - емалево-дентинне з'єднання)	Початкова рентгенопрозорість дентину (обмежена зовнішньої дентину)	Помірна рентгенопрозорість дентину (досягає середньої 1/3 дентину)	Значна рентгенопрозорість дентину (досягає внутрішньої 1/3 дентину навіть до пульпи)
Клінічно визначені ступені	здоровий	<i>здоровий</i>	<i>початковий</i>		<i>середній</i>	<i>глибокий</i>
	початковий					
	середній					
	глибокий					
Примітка: *Більше зображень доступно на веб-сторінці ICCMS.						

Додаток 7
до Стандарту медичної допомоги
«Карієс зубів»
(пункт 1 розділу III)

Визначення активності карієсу коронки за ICDAS*

Оцінка активності карієсу коронки за ICDAS Ознаки ймовірного активного ураження		Характеристика ураження	
		Ознаки ймовірно активних уражень	Ознаки ймовірно неактивних уражень
Ступені тяжкості за ICDAS	Початковий і середній карієс	<p>Поверхня емалі білувата/жовтувата</p> <p>Непрозора з втратою блиску, при обережному зондуванні шорстка по всій поверхні.</p> <p>Ураження знаходиться в зоні відкладення зубного нальоту, тобто на вході у ямки та фісури, біля ясенного краю або, на інтерпроксимальних поверхнях, нижче або вище точки контакту (ураження може бути вкрите товстим зубним нальотом перед чищенням).</p>	<p>Поверхня емалі виглядає білуватою, коричневою або чорною.</p> <p>Емаль може бути блискучою, твердою і гладкою при легкому зондуванні по всій поверхні.</p> <p>На гладких поверхнях каріозне ураження, як правило, розташоване на деякій відстані від ясенного краю (ураження може бути не покрите щільним зубним нальотом перед чищенням).</p>
	Глибокий карієс	Дентин відчувається м'яким або шорстким при обережному зондуванні	Дентин блискучий і твердий при обережному зондуванні

Примітка: *Більше зображень доступно на веб-сторінці ICCMS.

Додаток 8
до Стандарту медичної допомоги
«Карієс зубів»
(пункту 1 розділу III)

Характеристики ступеня тяжкості карієсу кореня за ICDAS*

Характеристики ступеня тяжкості карієсу кореня за ICDAS	
Здоровий	Відсутні ознаки зміни кольору
Початкове ураження карієсом кореня	Втрата цілісності анатомічного контуру <0,5мм (без наявності видимої каріозної порожнини)
Середнє ураження карієсом кореня	Глибина/ширина: 0,5 – 2,0 мм
Глибоке ураження карієсом кореня	Глибина/ширина: >2,0 мм
Примітка: *Більше зображень доступно на веб-сторінці ICCMS.	

Блок-схема плану лікування пацієнта



—> Призводить до – у більшості випадків

- - -> Призводить до – у деяких випадках