

(3) След приключване на дейностите по принудително премахване лицата по чл. 34, ал. 1 съставят протокол за установяване състоянието на премахнатия обект по чл. 2 и на повърхността, от която е отделен.

(4) Премахнатият обект по чл. 2 се предава на адресата на заповедта по чл. 31, ал. 1, а ако той не присъства на премахването, се прилагат правилата на чл. 34, ал. 2, изречение второ и ал. 3.

**Чл. 36.** (1) Всички разходи, свързани с фактическото изпълнение на принудителното премахване, включително и тези за възстановяване и почистване на терена от получени при премахването отпадъци и за отговорно пазене по чл. 34, ал. 2 и чл. 35, ал. 4, са за сметка на адресата на заповедта по чл. 31, ал. 1.

(2) Ако не бъде изплатена доброволно, дължимата за разходите по ал. 1 сума се събира по реда на Гражданския процесуален кодекс.

#### Допълнителни разпоредби

§ 1. (1) По смисъла на тази наредба:

1. „Преместваем обект“ е обект по смисъла на § 5, т. 80 от допълнителните разпоредби на Закона за устройство на територията.

2. „Увеселителен обект“ е обект по смисъла на § 5, т. 71 от допълнителните разпоредби на Закона за устройство на територията.

3. „Рекламен елемент“ е обект по смисъла на § 5, т. 81 от допълнителните разпоредби на Закона за устройство на територията.

4. „Ажурен рекламен елемент“ е рекламен елемент, при който плоскостта на елемента не е плътна, осигурява просвет и не нарушава съществено визуалната връзка между пространствата от двете ѝ страни.

(2) Преместваеми обекти, пряко свързани с технологичния процес по предоставяне на пристанищни услуги, са: навеси, складове от модулни сглобяеми елементи, складови контейнери, мобилни прегради за сепариране на товари, навилioni, кабини, контейнери – офиси, модулни бензиностанции, модулни газостанции, цистерни и контейнери за приемане на отпадъци – резултат от корабоплавателна дейност, и т.н.

(3) Преместваеми обекти, пряко свързани с дейността по постигане сигурността на пристанището, са: кабини за охрана, камери за видеонаблюдение, металдетекторни рамки, бариери, турникети, мобилни прегради и т.н.

(4) Визуалният обсег на възприятието на монументално-декоративен елемент се определя в производството по разрешаване на поставянето му от съгласуващия административен орган по чл. 22.

§ 2. За целите на тази наредба използваните в корабостроенето и кораборемонта и пряко свързани с технологичния процес или с осигуряване на неговата безопасност машини, съоръжения, технологично оборудване, табели, табла и знаци не са обекти по чл. 2.

#### Преходни и заключителни разпоредби

§ 3. (1) Разрешенията за поставяне на преместваеми обекти, информационни, рекламни и монументално-декоративни елементи на територията на пристанищата, издадени по общия ред до влизане в сила на Закона за изменение и допълнение на Закона за морските пространства, вътрешните водни пътища и пристанищата на Република България (ДВ, бр. 28 от 2018 г.), запазват действието си за срока, за който са издадени.

(2) Разрешенията за поставяне на преместваеми обекти, информационни, рекламни и монументално-декоративни елементи на територията на пристанищата, издадени по реда на чл. 112р – 112т от ЗМПВВПРБ до влизане в сила на настоящата наредба, запазват действието си за срока, за който са издадени.

§ 4. (1) В тримесечен срок след влизане в сила на тази наредба лицата по чл. 16, ал. 1 предприемат необходимите действия за получаване на ново разрешение за поставяне или за доброволно премахване на заварените преместваеми обекти, информационни, рекламни и монументално-декоративни елементи, срокът на разрешението за поставянето на които е изтекъл.

(2) В тримесечен срок след изтичане на срока по ал. 1 се откриват производства за премахване на заварените преместваеми обекти, информационни, рекламни и монументално-декоративни елементи на територията на пристанищата, за които не са предприети необходимите действия за получаване на ново разрешение за поставяне и не са премахнати доброволно.

§ 5. Тази наредба се издава на основание чл. 112с и чл. 112т, ал. 4 от Закона за морските пространства, вътрешните водни пътища и пристанищата на Република България.

Министър:  
Росен Желязков

3132

## МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ПРАВИЛА

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

Правилата за добра медицинска практика в денталната медицина целят осигуряване на възможно най-качествена грижа за пациентите.

Правилата за добра медицинска практика на лекарите по дентална медицина (ПДМПЛДМ) са изработени в съответствие с изискванията на чл. 88 от Закона за здравето (ЗЗ), чл. 46 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО), чл. 77 от Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ)

и чл. 5 от Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина (ЗСОЛЛДМ). Същите са задължителни за всички лекари по дентална медицина в Република България.

Правилата за добра медицинска практика в денталната медицина предлагат общи насоки за всички лекари по дентална медицина заедно със специални указания, по които може да се оценява изпълнението на лечението.

### I. ОБЩИ ПРАВИЛА

Общите правила включват система от насоки и принципи, които описват професионалните ценности, знания, умения и поведение, които лекарите по дентална медицина могат да прилагат в съответствие с опита си и професионалната си преценка.

#### Добрата медицинска практика в денталната медицина се основава на следните правила

Добронамереност и почтеност; повишаване на професионалните знания и клинични умения; коректна документация за пациента; професионално пиво на общуване с пациентите и техните оторизирани родственици; конфиденциалност в отношенията „Лекар – пациент“; създаване на възможност за „Второ мнение“ и отнасяне към друг специалист; поддържане на добри взаимоотношения с колегите; осъзната цена на грижите за здравето; недопускане на себеизтъкване и злоупотреба със заеманата лечебна позиция; активност в промоцията на здравето.

Съобразно тези правила лекарят по дентална медицина следва да: поставя грижата за пациентите на първо място, се отнася с пациентите учтиво и внимателно, зачита достойнството им и пази тайната на пациентите, изслушва и уважава позицията на пациентите, информира пациентите по разбираем за тях начин, зачита правото на пациентите да участват във вземането на решения относно тяхното лечение, развива и обновява професионалните си знания и умения, е запознат с границите на професионалната си компетентност, бъде почтен и внушаващ доверие, не разгласява поверителната информация, не допуска личните му възгледи да влияят на лечението, действа своевременно, за да предпази пациентите от рискове, породени от неспазване на правилата за добра медицинска практика, не се възползва от професионалната си позиция в отношенията си с пациентите, сътрудничи с колегите си в интерес на пациентите.

За лекарите по дентална медицина добрата медицинска практика включва правила за качеството на следната дейност, а именно:

- поставянето на здравето и интересите на пациента на първо място;

- осигуряване на висок стандарт на диагностика и лечение;
- да не дискриминират пациентите освен по клиничен признак (спешност);
- адекватно оценяване на състоянието на пациента, базирано на медицинската му история и клиничната картина, и параклинични изследвания;
- извършване или препращане за извършване на необходимите специализирани прегледи за вземане на адекватни решения;
- подsigуряване на изпълнението на клиничните протоколи;
- етична комуникация с пациентите и техните семейства;
- подsigуряване на воденето на пълни и точни медицински документи;
- подsigуряване на адекватна грижа след приключване на лечението;
- използване на знанията и уменията на колеги, когато това се налага.

В практиката си лекарят по дентална медицина трябва да: преценява и не излиза извън рамките на собствената си професионална компетентност и при необходимост да търси колегиална помощ; компетентно диагностицира, провежда или насочва за лечение; води ясна, коректна, четлива, актуална медицинска документация за пациента; информира подробно колегите, когато провежда съвместно лечение на пациента; полага необходимите грижи за облекчаване на болката; предписва лекарства и извършва лечебна дейност само ако разполага с необходимата информация за здравното състояние на пациента и неговите здравни потребности; препоръчва на пациентите изследвания и лечение, които са най-подходящите за тях; съхранява документацията на пациента на подходящ информационен носител.

Провежданите или организирани от лекаря по дентална медицина диагностика и лечение трябва да се основават на негова задълбочена клинична преценка за нуждите на пациента и очакваната ефективност на лечението.

Добрата дентална практика включва: адекватна преценка на състоянието на пациента; провеждане и планиране на изследвания и лечение, когато е необходимо; насочване на пациента към друг лекар по дентална медицина/лекар, ако се налага.

Лекарят по дентална медицина, когато осъзнава, че способността му да лекува пациентите качествено и безопасно е ограничена (поради недостатъчно оборудване или други причини), трябва да отстрани причината при възможност. В случай че лекарят по дентална медицина не може да се справи, трябва да се обърне към подходяща здравна институция или колега – лекар по дентална медицина.

### Професионално-етични взаимоотношения с пациентите

Лекарят по дентална медицина трябва да се погрижи да опише възможностите за лечение ясно и изчерпателно и с терминология, лесно разбираема за пациента.

Лекарят по дентална медицина трябва да обсъди с пациента всички подходящи възможности за лечение (включително и липсата на лечение) и очакваните резултати. По отношение на деца, както и тези със специални потребности, трябва да се обърне голямо внимание и на ефективната комуникация с родителите или настойниците/попечителите.

Решенията, касаещи възможностите за лечение, трябва да бъдат съвместни.

Насърчава се използването на писмени и илюстрирани допълнителни материали.

Задължение на лекаря по дентална медицина е да:

- обясни всички приложими възможности на пациента;
- се увери, че пациентът е получил цялата необходима информация;
- получи съгласие от пациента/родител/настойник/попечител при взето решение за лечение под обща анестезия;
- обясни какви рискове крие лечението;
- обсъди стойността на лечението.

Трябва да се счита за добра практика да се получи писмено информирано съгласие за всякакви форми на лечение съгласно законните изисквания.

Подписването на информирано съгласие от пациента не е заместител на подходяща двупосочна комуникация.

В случаите, когато поверителна информация се изисква по съдебен или друг законен път, това би могло да стане без писменото съгласие на пациента, но е за предпочитане същият да бъде уведомен.

При използване на информация за пациента с цел научно изследване, публикация, представяне на конференции трябва да се заличат всички данни, които биха могли да разкрият самоличността на пациента.

При обсъждането на клинични случаи между колеги назоваването по име на пациентите е неприемливо.

Лекарят по дентална медицина трябва да зачита правото на пациентите да бъдат активно включвани при вземане на решение относно диагностиката и лечението им и да взема от тях информирано съгласие за лечението им.

За да установи доверие от страна на пациентите, лекарят по дентална медицина трябва да бъде учтив, деликатен и честен, зачита правото на тайна и достойнството на пациента, зачита правото на пациентите да откажат предлаганите от него процедури или начин на лечение, зачита правото на пациента

на второ или друго мнение, бъде достъпен за пациентите в съответствие с реда в неговото лечебно заведение.

Лекарят по дентална медицина не трябва да допуска личните му чувства да подронят доверието на пациентите в него. Той не трябва да се възползва от професионалната си позиция за извънпрофесионални отношения с пациентите си.

Добрата комуникация между лекаря по дентална медицина и пациентите включва: изслушване на пациентите и зачитане на гледната им точка и убеждения, предоставяне на изискваната от пациентите или необходима им информация за тяхното състояние, лечение и прогноза по разбираем за пациентите начин.

В случай на медицинско усложнение на състоянието на пациента лекарят по дентална медицина трябва да му обясни случилото се, очакваните краткосрочни и дългосрочни последици и да реагира съгласно разпоредбите на законите и подзаконовите и съсловни нормативни актове.

Лекарят по дентална медицина трябва да се отнася към информацията за пациентите като към поверителна такава при спазване на нормативните изисквания. Предоставянето ѝ на трета страна се осъществява след писмено съгласие на пациента или негов роднина или настойник/попечител, ако същият не е в състояние да прецени.

Преценката на лекаря по дентална медицина не трябва да се влияе от личните му разбирания за начина на живот, расата, пола, възрастта, културата, вярата, сексуалната ориентация, работоспособността, социалния или икономическия статус на пациента.

Не трябва да се отказва или забавя извършване на дентална дейност поради убеждения от немедицински характер, освен ако не е финансово обезпечена.

Правилата за добра медицинска практика на лекарите по дентална медицина определят тяхното поведение при зачитане правата и достойнството на пациентите. Те трябва да предоставят възможно най-добрите дентални услуги независимо от пол, възраст, раса, религия, сексуална ориентация, начин на живот, социално и здравословно състояние на пациента.

Лекарят по дентална медицина трябва да информира пациента, когато е взел решение да преустанови професионалните отношения помежду им.

### Професионални взаимоотношения

Безопасността на пациентите винаги е безусловен приоритет. Лекарят по дентална медицина действа в защита на пациентите, когато има основателно съмнение, че те са застрашени от поведението, здравословното състояние, действията или бездействието на друг лекар по дентална медицина.

Лекарят по дентална медицина при необходимост трябва да сподели проблемите от професионално естество с колега с повече опит, съсловната организация, държавните органи.

Лекарят по дентална медицина при поискване оказва съдействие на други лекари по дентална медицина или лекари в рамките на своята компетентност, като удостоверява само това, което лично е установил и е в състояние да докаже твърденията си.

Пациентите, подали оплакване по повод денталното им лечение, имат право да получат компетентен отговор, който включва обяснение за случилото се. Оплакването не трябва да бъде повод за ограничаване на медицинската дейност, която се осигурява на този пациент.

При провеждане на разследване лекарят по дентална медицина трябва да окаже пълното съдействие за изясняване на случая. Само в случаи, когато неговите показания могат да доведат до криминално разследване срещу самия него, той има право да запази мълчание в рамките на законните положения.

Лекарят по дентална медицина трябва да бъде добросъвестен и точен при работа с медицинската документация, включително при описание на здравните услуги, които предоставя на пациентите.

За провеждането на всички клинични изпитания е задължително да има съответните разрешения. Грижата за сигурността и безопасността на пациентите, участващи в клиничните изпитания, е от първостепенно значение. Задължително условие е наличието на информирано съгласие на пациентите за участие в клиничните изпитания. Пациентът трябва да удостовери писмено своето доброволно съгласие за участие в клиничното изпитание.

Лекарите по дентална медицина трябва да информират пациентите за наличието на лични и/или финансови интереси в структура, към която ги насочват за изследване и лечение.

#### **Поддържане на добра дентална практика**

През целия си професионален стаж лекарят по дентална медицина трябва да поддържа и обновява своите знания и умения чрез продължаващо медицинско обучение и други форми на квалификация, а също така и възможността за следдипломно обучение.

Лекарите по дентална медицина трябва да участват в поддържане и повишаване качеството на своите дейности.

Дейностите на лекаря по дентална медицина са тясно свързани с определени закони или институции. Затова е необходимо също да познава добре съответните нормативни документи.

#### **Преподаване и обучение, преценяване и оценяване**

Лекарят по дентална медицина, поел отговорността да преподава, трябва да развие умения, манталитет и маниер на работа, съответстващи на компетентността на преподавател, включително и способността да прави обективна и честна самооценка на качествата си на преподавател.

Лекарите по дентална медицина могат при упълномощаване от договорен партньор да оценяват и да дават преценка за работата на свои колеги при условие, че имат нужните за тази дейност компетенции. Те трябва да докажат, когато е необходимо, че в оценката и преценките си се ръководят от общоприети и утвърдени методи без допускане на субективизъм.

При даване на препоръки за колеги лекарите по дентална медицина трябва да бъдат честни и обективни и да са в състояние да докажат твърденията си. Препоръката трябва да включва цялата налична информация относно компетентността, дейността и поведението на колегата.

#### **Здравето на лекаря по дентална медицина**

Денталната медицинска дейност се осъществява в условия на повишена отговорност, умствено напрежение, физическо натоварване, условия за интоксикации. Лекарят по дентална медицина трябва да полага максимални грижи за опазване на собственото си здраве и здравето на персонала, с който работи.

Лекарите по дентална медицина не трябва да допускат тяхното здравословно състояние да поставя пациентите и/или колегите им в риск.

Злоупотреба с алкохол или наркотици, особено ако това включва злоупотреба с рецепти, може да доведе до обвинение в тежко професионално нарушение, дори ако престъплението не е било предмет на наказателно производство.

Лекар по дентална медицина, който е наясно, че е заразен с вирус, предаващ се по кръвен път, или с друга трансмисивна болест или инфекция, която може да застраши здравето на пациентите, и не предприема действия за лечение, нарушава сериозно Правилата за добра медицинска практика.

#### **Професионална защита на лекаря по дентална медицина**

Професионалната защита на лекарите по дентална медицина се осъществява от Българския зъболекарски съюз (БЗС).

### **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 obtурации, инсуфициентни obtурации.

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 транслюминация 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 рисковите 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 приложението, 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), obtурация (възстановяване на дефекта с подходящи obtуровъчни материали).

5.2.2.1. Препарация 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 obtуриране.

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 хинохлорит и др.

5.2.2.3. Obtуриране на кавитета

Obтурирането на кавитета се извършва с obtурационни материали, които възстановяват формата и функцията и когато е необходимо, естетиката на зъба и предпазват от прогресия на кариозния процес. За obtурация на кавитета не се използва дентална амалгама 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 obtуриране се разделят на две групи:

5.2.2.3.1. Директни методи за obtуриране.

5.2.2.3.2. Индиректни методи за obtуриране.

6. Временни obtурации: временни obtурации 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 преханване 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 obtурацията.

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

7.7. Оцветяване на obtурацията.

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 деналният 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 хранения.

### 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. Съблюдават се препоръчителните оптимални дневни дози флуор според възрастта на детето (виж таблицата по-долу) и продължителността на прием. При предписане 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 гласйономерен цимент или да се нанесе 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. Фрактириране/падане на част от силанта. В тези случаи остават остри ръбове, които предразполагат за по-голямо плако-натрупване. 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 (диагност) 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 (ПМГЙЦ) – 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 амалга при лечение на пациенти с млечни зъби и на деца под 15 години.

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

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

5.1.2.6.1. Темпораризация – изработват се obtурации от ГЙЦ, като се премахва с ръчен екскаватор само силно размекнатият 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 сенариране 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 амалгама 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 (apexogenesis) 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 екзацербирал 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 екзацербиралното 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 зася-

гане 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 дентипа 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/апексификация, 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 апексификация 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 провежданото 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 пародонтиите 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 заплътка 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 предшното 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 екстра-

орален 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 противовъзпалителни 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 редукия 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

слионка 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.