



Критерии качества лечения

Клинические рекомендации «Хронический пародонтит»

Код по МКБ-10: K05.3

№	КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА	ОЦЕНКА ВЫПОЛНЕНИЯ	
1	Определение прикуса	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
2	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
3	Определение степени патологической подвижности зубов	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
4	Ортопантомография	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
5	Конусно-лучевая компьютерная томография	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
6	Компьютерная диагностика заболеваний пародонта с использованием электронных зондирующих устройств	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
7	Определение индексов гигиены полости рта	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
8	Определение пародонтальных индексов	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
9	Определение секреторного иммуноглобулина А в слюне	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
10	Микробиологическое (культуральное) исследование материала из десневых карманов на неспорообразующие анаэробные микроорганизмы	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
11	Гигиена полости рта и зубов	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
12	Обучение гигиене полости рта и зубов индивидуальное, подбор средств и предметов гигиены полости рта	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
13	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
14	Временное шинирование при заболеваниях пародонта	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
15	Избирательное шлифование твердых тканей зуба	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
16	Постоянное шинирование цельнолитыми съёмными конструкциями при заболеваниях пародонта	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
17	Кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
18	Лоскутная операция в полости рта	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

№	КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА	ОЦЕНКА ВЫПОЛНЕНИЯ	
19	Пластика уздечки верхней губы	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
20	Пластика уздечки нижней губы	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
21	Пластика уздечки языка	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
22	Вестибулопластика	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
23	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
24	Ирригация пародонтальных карманов	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
25	Ультразвуковая обработка пародонтального кармана в области зуба	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
26	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
27	Воздействие ультразвуком на область десен	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
28	Ультрафонофорез лекарственных препаратов на область десен	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
29	Воздействие лазерным низкоинтенсивным излучением на область десен	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>