

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ) ЭРИТРОПЛАКИЯ

Клинические рекомендации (протокол лечения) при заболевании слизистой оболочки рта «Лейкоплакия» разработаны Федеральным государственным бюджетным учреждением «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России) (Вагнер В.Д., Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Смирнова Л.Е., Селиверстова Е.А.) и Государственным бюджетным образовательным учреждением «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России) (Кузьмина Э.М., Максимовская Л.Н., Малый А.Ю., Эктова А.И., Кечерукова Д.Н.).

Утверждены Советом Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России».

<http://www.e-stomatology.ru/>

I. Область применения

Клинические рекомендации (протокол лечения) при заболевании слизистой оболочки рта «Эритроплакия» предназначен для применения в системе здравоохранения Российской Федерации.

II. Обозначения и сокращения

В настоящем протоколе использованы следующие обозначения и сокращения:

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра.

МКБ-С – Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10.

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения.

СОР – Слизистая оболочка рта.

ФДТ – Фотодинамическая терапия.

ОКТ – Оптическая когерентная томография.

III. Общие положения

Клинические рекомендации (протокол лечения) при заболевании слизистой оболочки рта «Эритроплакия» разработан для решения следующих задач:

установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных с эритроплакией;

унификация разработки базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным с эритроплакией;

обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинской организации.

В настоящем документе используется шкала убедительности доказательств данных:

доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению;

относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение;

достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств;

достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения в определенных условиях данного лекарственного средства, метода, технологии;
веские отрицательные доказательства: имеются достаточно убедительные доказательства того, чтобы исключить лекарственное средство, метод, технологию из рекомендаций.

IV. Ведение протокола

Ведение Протокола при заболевании слизистой оболочки рта «Лейкедема» осуществляется ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России и ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России. Система ведения предусматривает взаимодействие ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России и ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России со всеми заинтересованными организациями.

V. Общие вопросы

В общей структуре оказания медицинской помощи больным в стоматологических медицинских организациях эритроплакия встречается преимущественно у лиц мужского пола старше 50 лет. Очаги поражения обычно локализуются на нижнечелюстной переходной складке преддверия рта, по краям языка, на слизистой оболочке щёк и мягкого нёба. Появление эритроплакии связано с интенсивным курением, алкоголизмом и недостаточным уходом за ртом. Часто обнаруживают *Candida albicans*, поэтому обследование при эритроплакии должно включать бактериологический анализ материала изо рта, хотя доказательств прямой причинной связи между кандидозом и эритроплакией нет. При данной патологии цитологическое исследование выявляет клеточную атипию. При подозрении на эритроплакию следует выполнить биопсию, так как в 91% случаев отмечается выраженная дисплазия эпителия, рак *in situ* или инвазивный плоскоклеточный рак. При обследовании следует осмотреть всю слизистую рта, учитывая, что в 10-20% случаев наблюдают несколько очагов эритроплакии.

Определение понятия

Эритроплакия – заболевание слизистой оболочки рта (СОР), проявляющееся в виде стойкого красного пятна, характеризующееся высокой степенью дисплазии эпителия и склонностью к злокачественной трансформации.

Этиология и патогенез

Причина развития эритроплакии окончательно не установлена. Основными предрасполагающими и отягощающими течение данного заболевания факторами являются курение, злоупотребление алкоголем, вирус папилломы человека (ВПЧ), *Candida albicans*, а также другие факторы: механическая травма СОР, губ; острые стенки кариозных зубов, нависающие края пломб; патологический прикус; некачественно изготовленные протезы; гальванизм; чрезмерное употребление острой, горячей пищи. При локализации эритроплакии на красной кайме губ важное значение в ее возникновении имеют хроническая травма мундштуком курительной трубки, сигары, систематическое прижигание красной каймы при «докурировании» сигареты, а также неблагоприятные метеорологические условия. Отмечено возникновение эритроплакии у лиц, имеющих профессиональную вредность (электрики, шахтеры, нефтяники и др.). Важная роль в возникновении и развитии эритроплакии принадлежит заболеваниям желудочно-кишечного тракта, которые ослабляют резистентность СОР к внешним раздражителям и могут привести к нарушению усвоения витамина А, регулирующего

процессы кератинизации. Сахарный диабет, нарушение обмена холестерина, наследственная предрасположенность к возникновению нарушений ороговения, также могут играть роль в патогенезе эритроплакии.

Клиническая картина эритроплакии

При эритроплакии наблюдаются белесоватые поражения с ярко-красными бляшками, выступающими на ограниченных участках СОР, с неровными контурами. Гистологическое исследование выявляет гиперваскуляризацию субэпителиальной соединительной ткани без выраженного гиперкератоза.

Различают три клинические формы эритроплакии:

- 1) гомогенную (полностью красная);
- 2) эритролейкоплакию, которая в основном имеет красный цвет с отдельными белыми очагами;
- 3) пятнистую эритроплакию, характеризующуюся мелкими белыми пятнами, разбросанными по всей красной поверхности эритроплакии.

Классификация эритроплакии по МКБ-С:

КЛАСС XI: Болезни органов пищеварения

К13.2 Лейкоплакия и другие изменения эпителия полости рта, включая язык

К13.22 Эритроплакия.

Общие подходы к диагностике эритроплакии.

Диагностика эритроплакии проводится путем сбора анамнеза, клинического осмотра, проведения дополнительных методов обследования; направлена на определение состояния тканей СОР и показаний к лечению, а также на выявление в анамнезе факторов, способствующих ухудшению состояния и препятствующих немедленному началу лечения.

Таковыми факторами могут быть:

- непереносимость лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
- неадекватное психо-эмоциональное состояние пациента перед лечением;
- угрожающее жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения и т.п), развившееся менее чем за 6 месяцев до момента обращения за данной стоматологической помощью;
- отказ от лечения.

Для диагностики используют дополнительные методы исследования.

Люминесцентное исследование – метод наблюдения вторичного свечения тканей при облучении ультрафиолетом с длиной волны 365 нм с помощью фотодиагноскопа. В зависимости от вида и степени поражения наблюдают различной окраски и интенсивности цветные картины на слизистой оболочке. Это позволяет получать более детальную информацию об очаге поражения, особенно при различных кератозах. Здоровая СОР отсвечивает бледным синевато-фиолетовым цветом.

Морфологическое исследование может быть проведено двумя методами – цитологическим и гистологическим.

ОКТ (оптическая когерентная томография) – метод локализации микронеоднородностей сильно рассеивающих сред. Данная методика позволяет дифференцировать ороговевшую

и неороговевающую слизистую оболочку, различать поверхностные (сосочки) и подповерхностные (кровеносные сосуды, железы) структуры слизистой оболочки рта; позволяет устанавливать структурные нарушения в результате развития патологии. Электронно-микроскопическое исследование – метод морфологического исследования объектов с помощью потока электронов, позволяющих изучить структуру этих объектов на макромолекулярном и субклеточном уровнях.

Общие подходы к лечению эритроплакии

Принципы лечения больных с эритроплакией и красной каймы губ предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- предупреждение травмирования красной каймы и СОР, вызванного дефектами в зубных рядах, острыми краями разрушенных зубов и зубными протезами, а также предохранение от действия неблагоприятных метеорологических факторов;
- устранение или уменьшение очага эритроплакии;
- повышение общей резистентности организма;
- повышение качества жизни пациента;
- проведение профилактических осмотров населения с целью санации и проведение индивидуальной санитарно-просветительной работы;
- обязательное диспансерное наблюдение за больными эритроплакией у врача-стоматолога 2-3 раза в год с оценкой состояния зубочелюстной системы и зубных протезов при их наличии;
- при подозрении на наличие соматических заболеваний консультация и/или лечение у специалистов соответствующего профиля;
- Лечение эритроплакии включает:
- составление плана лечения;
- санация рта;
- обучение пациентов гигиене, тщательному уходу за ртом и мотивация к отказу от вредных привычек, особенно важен отказ от курения;
- хирургическое лечение;
- физиотерапевтическое лечение по потребности;
- лекарственная терапия.

При лечении эритроплакии применяются только те лекарственные средства, которые разрешены к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке.

Организация медицинской помощи пациентам с эритроплакией

Лечение пациентов с эритроплакией проводится в стоматологических медицинских организациях в амбулаторно-поликлинических условиях, стоматологических кабинетах, оснащенных в соответствии с приложением 1.

Оказание помощи больным с эритроплакией осуществляется в основном врачами-стоматологами общей практики, врачами-стоматологами-терапевтами, врачами-стоматологами-хирургами, врачами-стоматологами-ортопедами, зубными врачами, врачами – физиотерапевтами. В процессе оказания помощи принимает участие средний медицинский персонал.

VI. Характеристика требований протокола

6.1. Модель пациента

Нозологическая форма: эритроплакия

Стадия: любая

Фаза: стабильное течение

Осложнения: без осложнений

Код по МКБ-10: K13.22

6.11.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- основной морфологический элемент гиперемированное пятно в сочетании с бляшкой;
- клинически выявляются белесоватые поражения с ярко-красными бляшками, выступающими на ограниченных участках сор, с неровными контурами; в некоторых случаях гиперемированные пятна имеют тенденцию к слиянию;
- наблюдаются плоские очаги, состоящие из красных неороговевающих участков (эритроплакии) и наличие возможных очагов лейкоплакии;
- отмечаются мелкие пятна с нечеткими границами и красновато-розоватой окраской;
- гистологически – гипervasкуляризация субэпителиальной ткани без выраженного гиперкератоза; большая степень дисплазии эпителия;
- высокий риск малигнизации.

6.1.2. Порядок включения пациента в протокол

Состояние пациента, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.1.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Название	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	1
A01.07.003	Пальпация органов рта	1
A01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничение подвижности нижней челюсти	По потребности
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	По потребности
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	По потребности
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	По потребности
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A11.07.001	Биопсия слизистой оболочки рта	1
A08.07.002	Гистологическое исследование препарата тканей рта	1
A08.30.013	Иммуногистохимическое исследование материала	По потребности

A08.07.001	Цитологическое исследование препарата тканей полости рта	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	1
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности
V01.027.001	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный	По потребности
V01.047.01	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	По потребности
V01.033.001	Прием (осмотр, консультация) врача-профпатолога первичный	По потребности
V01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача – стоматолога-хирурга первичный	По потребности
V04.004.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога	По потребности
V01.058.001	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	По потребности

*1 – если 1 раз; «согласно алгоритму» – если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

6.1.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения диагностических мероприятий

Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

С этой целью всем больным обязательно производят сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых заносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза жизни выясняют профессию пациента, профессиональные вредности, вредные привычки, характер питания, аллергологический анамнез, наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания. Отмечают наличие у пациентов соматических заболеваний.

При сборе анамнеза заболевания уточняют, когда появились первые симптомы, лечился ли ранее (регулярно или от случая к случаю), выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение).

Визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр рта с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре оценивают конфигурацию лица, выявляют наличие отека или других патологических изменений.

Проводится осмотр лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи. Осмотр лимфатических узлов позволяет получить информацию о наличии воспалительного, инфекционного или онкологического процесса.

После внешнего осмотра приступают к осмотру рта. Детально обследуют СОР по схеме, предложенной ВОЗ в 1997 году (приложение 2), выявляют элементы поражения СОР

(приложение 3). Результаты обследования могут быть отражены на схеме – топограмме (приложение 4).

После обследования СОР, приступают к определению прикуса, выявлению аномалий положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем.

Обследованию подлежат все зубы. Начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами.

Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Зондом определяют плотность твердых тканей, оценивают текстуру и плотность поверхности, обращают внимание на наличие пятен и кариозных полостей. При зондировании обнаруженной кариозной полости обращают внимание на ее локализацию, величину, глубину, наличие размягченного дентина, болезненность или отсутствие болевой чувствительности при зондировании. Тщательно обследуют аппроксимальные поверхности зубов.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта (приложение 5).

При оценке уровня гигиены рта учитывают: когда и сколько раз чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет, использует ли межзубные средства гигиены. Контроль качества чистки зубов проводят с помощью индексов гигиены (индекс Greene-Vermillion, индекс Silness-Loe). Индексы гигиены рта определяют до лечения и с целью контроля после обучения гигиене рта. Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтального индекса Muhlemann (приложение 6).

Из дополнительных методов обследования используют цитологическое, иммуногистохимическое, гистологическое исследования (приложение 7).

6.1.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

V01.003.004.002	Проводниковая анестезия	По потребности
V01.003.004.004	Аппликационная анестезия	По потребности
V01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	По потребности
A16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами)	По потребности
A16.07.025	Избирательное пришлифовывание твердых тканей зубов	По потребности
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта	По потребности
A16.07.051	Профессиональная гигиена рта и зубов	По потребности
A16.07.053	Снятие несъемной ортопедической конструкции	По потребности
A16.07.004	Восстановление зуба коронкой	По потребности
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых зубных отложений	По потребности
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	По потребности
A24.01.004	Криодеструкция	По потребности
A16.01.031.006	Иссечение новообразований мягких тканей под местной анестезией	По потребности
A22.08.011	Лазерная хирургия при злокачественных новообразованиях рта	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	Согласно алгоритму
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях рта и зубов	1

V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности
A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях рта и зубов	1
V01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача – стоматолога-терапевта повторный	По потребности
V01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача – стоматолога-хирурга повторный	По потребности

*1 – если 1 раз; «согласно алгоритму» – если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» – если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

6.1.6. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь направлена на устранение этиологических факторов болезней СОР: обучение пациентов гигиене рта, проведение контролируемой чистки зубов, санация рта с проведением профессиональной гигиены (приложение 9), с целью удаления зубного камня, шлифование острых краев зубов, замена металлических пломб и протезов из разнородных металлов, ортопедической коррекции, включающей рациональное протезирование (временные коронки из гипоаллергенного материала с учетом аллергологического статуса пациента, безопасные, цельнолитые конструкции протезов, использование благородных металлов, съемные пластиночные протезы из бесцветной пластмассы и др.). При изготовлении съемных пластиночных протезов следует обращать внимание на правильность изготовления кламмеров, чтобы они не травмировали очаг лейкоплакии. Зубные протезы у таких больных должны быть тщательно отполированы. Необходимо удалять зубной налет, над- и поддесневой зубной камень. Очень важно своевременно выявить и устранить гальваноз рта, обусловленный пломбами из амальгамы или разнородными металлами зубных протезов.

6.1.6.1. Физиотерапевтическое лечение

Физиотерапевтическим местным лечением данного состояния является методика, заключающаяся в устранении участков гиперкератоза (диатермокоагуляция, криодеструкция). Методика проведения диатермокоагуляции прерывистая до полной коагуляции участков гиперкератоза. Заживление происходит за 5-10 дней. Криодеструкция в настоящее время широко применяется в комплексном лечении предраковых заболеваний. Противопоказаний для ее использования практически нет. У больных с тяжелыми соматическими и системными заболеваниями криодеструкция является методом выбора. При проведении криодеструкции с целью последующего замещения зоны некроза рубцовой тканью применяют контактное замораживание в пределах собственно СОР, где оперативное вмешательство затруднено. Оптимальная температура 160-190°С, в течение 1-1,5 минуты. Оттаивание происходит в течение 2-3 минут, заживление – 6-10 дней.

6.1.6.2. Хирургическое лечение

Методом хирургического лечения заболевания, получившими широкое применение в стоматологической практике при заболеваниях СОР является иссечение. Наиболее современным методом хирургического лечения эритроплакии является лазерная абляция. Это метод удаления вещества с поверхности лазерным импульсом. При низкой мощности лазера вещество испаряется или сублимируется в виде свободных молекул, атомов и ионов, то есть над облучаемой поверхностью образуется слабая плазма, обычно в данном случае темная, не светящаяся.

6.1.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Витаминотерапия (витамины А, Е)	1
Гипосенсибилизирующая терапия	По потребности
Кератопластические средства	1
Антисептические средства	1
Обезболивающие препараты	По потребности
Иммуномодуляторы	По потребности

6.1.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Необходим тщательный уход за слизистыми оболочками: полоскание рта растворами антисептиков, отварами цветков ромашки, липового цвета. Назначают внутрь ретинол, токоферола ацетат (масляные растворы их перед глотанием задерживают на некоторое время во рту), витамины группы В (рибофлавин и др.), внутрь по 0,25 г 2 раза в день (3-4 недели); общеукрепляющие средства, биогенные стимуляторы.

Местно назначают кератопластические средства, витамины, препараты, улучшающие трофику тканей.

При необходимости используют обезболивающие, гипосенсибилизирующие препараты, микроэлементы.

Прижигающие средства использовать категорически нельзя, так как они раздражают СОР и способствуют переходу болезни в злокачественную форму.

6.1.9. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Специальных требований нет.

После проведения лечения необходимо проводить мероприятия по профилактике воспалительных заболеваний СОР не реже 2 раз в год.

6.1.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

6.1.11. Требования к диетическим назначениям

Необходимо ограничение употребления острой, горячей, кислой, соленой, пряной пищи. Больным эритроплакией рекомендуется употреблять в пищу продукты, богатые витамином А, В, С, микроэлементами.

6.1.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Протокола

(приложение 10).

6.1.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

(приложение 11).

6.1.14. Правила изменения требований при выполнении Протокола и прекращение действия требований Протокола

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в протокол ведения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

При выявлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, наряду с признаками эритроплакии, медицинская помощь пациенту оказывается в соответствии с требованиями:

- раздела протокола лечения больных, соответствующего ведению «Эритроплакия»;
- протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

6.1.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Стабилизация	5%	Отсутствие отрицательной динамики	После лечения	Профилактический осмотр не реже 2 раз в год
Выздоровление	5%	Восстановление внешнего вида СОР	После лечения	Динамическое наблюдение
Развитие ятрогенных осложнений	10%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	80%	Озлакачествление	Через 6 месяцев после окончания лечения при отсутствии динамического наблюдения	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

6.1.16. Стоимостные характеристики протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

VII. Графическое, схематическое и табличное представление протокола
Не требуется.

VIII. Мониторинг

Критерии и методология мониторинга и оценки эффективности выполнения протокола
Мониторинг проводится на всей территории Российской Федерации.
Перечень медицинских учреждений, в которых проводится мониторинг данного документа, определяется ежегодно учреждением, ответственным за мониторинг. Медицинская организация информируется о включении в перечень по мониторингу протокола письменно.

Мониторинг включает в себя:

- сбор информации: о ведении пациентов с эритроплакией в лечебно-профилактических учреждениях всех уровней;
- анализ полученных данных;
- составление отчета о результатах проведенного анализа;
- представление отчета группе разработчиков протокола.

Исходными данными при мониторинговании являются:

- медицинская документация – медицинская карта стоматологического больного (форма 043/у);
- тарифы на медицинские услуги;
- тарифы на стоматологические материалы и лекарственные средства.

При необходимости при мониторинговании Протокола могут быть использованы иные документы.

В лечебно-профилактических учреждениях, определенных перечнем по мониторингованию, раз в полгода на основании медицинской документации составляется карта пациента о лечении пациентов с эритроплакией, соответствующих моделям пациента в данном протоколе.

В анализируемые в процессе мониторинга показатели входят: критерии включения и исключения из Протокола, перечни медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортимента, перечни лекарственных средств обязательного и дополнительного ассортимента, исходы заболевания, стоимость выполнения медицинской помощи по Протоколу и др.

Принципы рандомизации

В данном Протоколе рандомизация (лечебных учреждений, пациентов и т. д.) не предусмотрена.

Порядок оценки и документирования побочных эффектов и развития осложнений

Информация о побочных эффектах и осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения больных, регистрируется в карте пациента.

Порядок исключения пациента из мониторингования

Пациент считается включенным в мониторингование при заполнении на него карты пациента. Исключение из мониторингования проводится в случае невозможности продолжения заполнения карты (например, неявка на врачебный прием). В этом случае Карта направляется в учреждение, ответственное за мониторингование, с отметкой о причине исключения пациента из протокола.

Промежуточная оценка и внесение изменений в протокол

Оценка выполнения протокола проводится один раз в год по результатам анализа сведений, полученных при мониторинговании.

Внесение изменений в протокол проводится в случае получения информации:

- о наличии в Протоколе требований, наносящих урон здоровью пациентов,
- при получении убедительных данных о необходимости изменений требований протокола обязательного уровня.

Решение об изменениях принимается группой разработчиков. Введение изменений требований протокола в действие осуществляется Министерством здравоохранения Российской Федерации в установленном порядке.

Параметры оценки качества жизни при выполнении протокола

Для оценки качества жизни пациента с эритроплакией, соответствующей моделям протокола, используют аналоговую шкалу.

Оценка стоимости выполнения протокола и цены качества

Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

Сравнение результатов

При мониторинговании протокола ежегодно проводится сравнение результатов выполнения его требований, статистических данных, показателей деятельности лечебно-профилактических учреждений.

Порядок формирования отчета

В ежегодный отчет о результатах мониторингования включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, предложения по актуализации протокола.

Отчет представляется в Министерство здравоохранения Российской Федерации учреждением, ответственным за мониторингование данного протокола. Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ПЕРЕЧЕНЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ, ИНСТРУМЕНТОВ И ОБОРУДОВАНИЯ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ РАБОТЫ ВРАЧА

Обязательный ассортимент:

1. автоклав (стерилизатор паровой);
2. аквадистиллятор (медицинский);
3. автоклав для наконечников (стерилизатор паровой настольный)
4. аппарат воздушно-абразивный для снятия зубных отложений;
5. аппарат для снятия зубных отложений ультразвуковой (скейлер);
6. аспиратор (отсасыватель) хирургический;
7. биксы (коробка стерилизационная для хранения стерильных инструментов и материала)
8. диатермокоагулятор;
9. инструменты стоматологические (мелкие):
 - боры;
 - полиры;
 - финиры.
10. инкубатор для проведения микробиологических тестов (со₂ инкубатор для выращивания культур клеток и тканей)
11. изделия одноразового применения:

- шприцы и иглы для инъекций,
 - скальпели в ассортименте,
 - маски,
 - перчатки смотровые, диагностические, хирургические,
 - бумажные нагрудные салфетки для пациентов,
 - полотенца для рук в контейнере,
 - салфетки гигиенические,
 - медицинское белье для медицинского персонала,
 - перевязочные средства,
 - слюноотсосы,
 - стаканы пластиковые
12. инъектор стоматологический, для карпульной анестезии;
 13. камеры для хранения стерильных инструментов
 14. компрессор стоматологический (безмасляный);
 15. кресло стоматологическое;
 16. крючки хирургические, зубчатые разных размеров;
 17. лампа (облучатель) бактерицидная для помещений;
 18. машина упаковочная (аппарат для предстерилизационной упаковки инструментария);
 19. место рабочее (комплект оборудования) для врача-стоматолога:
 20. набор аппаратов, инструментов, медикаментов, методических материалов и документов для оказания экстренной медицинской помощи при состояниях, угрожающих жизни (укладка-аптечка для оказания экстренной помощи при общесоматических осложнениях в условиях стоматологических кабинетов);
 21. набор (инструменты, щетки, диски, пасты) для шлифования и полирования пломб и зубных протезов;
 22. набор инструментов для осмотра рта (базовый):
 - лоток медицинский стоматологический;
 - зеркало стоматологическое;
 - зонд стоматологический угловой;
 - пинцет зубохирургический;
 - экскаваторы зубные;
 - гладилка широкая двухсторонняя;
 - гладилка-штопфер;
 - шпатель зубохирургический.
 23. набор инструментов в ассортименте для снятия зубных отложений:
 - экскаваторы;
 - крючки для снятия зубного камня;
 24. набор инструментов для трахеотомии;
 25. набор инструментов, игл и шовного материала не менее 2 видов;
 26. набор медикаментов для индивидуальной профилактики парентеральных инфекций (аптечка "анти-спид");
 27. набор реактивов для контроля (индикаторы) дезинфекции и стерилизации;
 28. наборы микробиологические (реагенты, реактивы для бактериологических исследований) для проведения тестов на кислотообразующую микрофлору при использовании инкубатора для проведения микробиологических тестов;
 29. наконечник стоматологический механический прямой;
 30. наконечник стоматологический механический угловой;

31. наконечник стоматологический турбинный;
32. ножницы в ассортименте не менее 3 на рабочее место врача;
33. отсасыватель пыли (стоматологический пылесос);
34. отсасыватель слюны (стоматологический слюноотсос);
35. очиститель ультразвуковой (устройство ультразвуковой очистки и дезинфекции инструментов и изделий);
36. очки защитные;
37. пинцеты;
38. прибор и средства для очистки и смазки наконечников;
39. прибор (установка) для утилизации шприцев;
40. скальпели (держатели) и одноразовые лезвия в ассортименте;
41. средства и емкости-контейнеры для дезинфекции инструментов в соответствии с санпин;
42. стерилизатор стоматологический для мелкого инструментария;
43. стерилизатор суховоздушный;
44. щитки защитные (от механического повреждения глаз);
45. наборы диагностические для проведения тестов на выявление новообразований (скрининг) и контроля за лечением новообразований.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

АЛГОРИТМ ВИЗУАЛЬНОГО ОСМОТРА СОР, РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ВОЗ (1997 ГОД).

Осмотр СОР начинают с кожных покровов околоушной области, красной каймы губ при открытом и закрытом рте, обращая внимание на цвет, блеск, консистенцию. При осмотре слизистой оболочку губ, переходной складки учитывают цвет, влажность, глубину преддверия рта, характер прикрепления уздечек, наличие тяжей; на слизистой оболочке губ, особенно нижней, в норме иногда обнаруживаются небольшие возвышения за счет наличия малых слюнных желез, что не является патологией.

Далее осматривают слизистую оболочку щек (правой, затем левой) от угла рта до небной миндалины, замечая наличие или отсутствие пигментаций, изменений ее цвета.

По линии смыкания зубов, чаще ближе к углу рта располагаются гранулы Фордайса. Эти бледно-желтые узелки, диаметром 1-2 мм не возвышаются над СОР, являются вариантом нормы. Нужно также помнить, что на уровне 17-го и 27-го зубов имеются сосочки, на которых открывается выводной проток околоушной железы, иногда принимаемой за отклонение.

Обращают внимание на десны и альвеолярный край. Сначала осматривают щечную и губную область десны, начиная с правого верхнего заднего участка, и затем перемещаются по дуге влево. Опускаются на нижнюю челюсть слева сзади и перемещаются вправо по дуге. Затем обследуют язычную и небную области дёсен: справа налево на верхней челюсти и слева направо вдоль нижней челюсти. На десне могут встречаться изменения цвета, опухоли и отечность различной формы и консистенции. По переходной складке исследуют свищевые ходы, которые возникают чаще всего в результате хронического воспалительного процесса в верхушечном периодонте.

Далее осматривают язык, оценивая все виды сосочков языка, характер прикрепления уздечки. Регистрируют изменение цвета, сосудистого рисунка, рельефа дна рта.

Небо осматривают при широко открытом рте и откинутой назад голове. Широким шпателем осторожно прижимают корень языка. С помощью зубоврачебного зеркала осматривают твердое и затем мягкое небо.

После осмотра, при обнаружении элементов представляющих онконастороженность, необходима пальпация патологического очага. Это важный прием обследования больного предраковым заболеванием. Отмечают все неровности, уплотнения и другие патологические изменения. Особое внимание обращается на консистенцию патологического очага (мягкая, плотно-эластическая, плотная), размеры, характер его поверхности (ровная, бугристая), подвижность.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ЭЛЕМЕНТЫ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

В диагностике предраковых заболеваний определяющее значение имеет оценка морфологических элементов поражения кожи и слизистой оболочки, которые проявляются изменениями окраски и нарушениями рельефа поверхности.

Пятно (*macula*) – наиболее распространенный элемент поражения, связанный с изменением окраски. Различают пятна воспалительной (до 1,5 см в диаметре – розеола, большего диаметра – эритема) и не воспалительной природы (пигментное пятно).

Пигментные пятна, в свою очередь, бывают врожденные – невусы, и приобретенные – связанные с введением красителей под эпителиальный слой, возникшие при приеме препаратов висмута, а также вследствие поступления в организм свинца.

Узелок (*nodus, papula*) – бесполомной элемент, возвышающийся над уровнем неизменной слизистой или кожи, белесоватого или перламутрового оттенка (на слизистой), синевато-коричневый (на коже), размером 0,1-0,5 мм. Слияние папул приводит к образованию бляшки (размер более 0,5 мм).

Узел (*nodus*) – плотное инфильтративное образование значительной величины (с орех), развивающееся в коже и слизистой оболочке. Определяется в виде возвышения кожи синюшно-коричневого цвета и гиперемированной слизистой оболочке. Завершается размягчением и изъязвлением. В некоторых случаях может быть обратное развитие без образования рубца.

Бугорок (*tuberculum*) – бесполомное инфильтративное образование, размером 0,2-5 мм, локализующееся в коже или захватывающее все слои слизистой оболочки и имеющее склонность к распаду с образованием язвы и последующим рубцеванием.

Язва (*ulcus*) – дефект кожи или слизистой оболочки и подлежащих тканей. Заживает с образованием рубца. Дно и края язвы характеризуются различными особенностями, что имеет определенное дифференциально-диагностическое значение в разграничении неспецифических и специфических поражений и злокачественных опухолей.

Трещина (*rhagades*) – линейный дефект, возникающий при потере тканями эластичности на фоне острого или хронического воспалительного процесса. Различают трещины поверхностные (повреждение только эпителиального слоя) и глубокие (повреждены все слои слизистой и подлежащие ткани).

Чешуйка (*squama*) – отделяющийся конгломерат пластов ороговевших клеток. Цвет чешуек на коже белый, серый, буроватый, на красной кайме губ – светло-серый.

Корка (*crusta*) – засохшее отделяемое язв, эрозий. Особенно часто образуется при поражении красной каймы губ.

Эрозия (erozia) – образуется после отпадения корки. Дно эрозии – эпителий или сосочковый слой соединительнотканной основы слизистой оболочки. Заживает, не оставляя следа. Однако в приротовой области иногда после заживления эрозии может иметь место пигментация.

Нарушение процессов ороговения при предраковых поражениях.

В основе ороговения (кератинизации) лежат процессы формирования в клетках комплекса кератогиалин + тонофибриллы с образованием кератиновых фибрилл. Образующееся при этом роговое вещество состоит из кератина, кератогиалина и жирных кислот.

Различают физиологическое и патологическое ороговение. Первое происходит в эпидермисе и выполняет защитную функцию. Образующийся при этом роговой слой состоит из большого количества рядов плоских безъядерных клеток – роговых чешуек.

Ороговение клеток эпидермиса протекает постепенно – начинается с базальных эпидермиоцитов и заканчивается образованием полностью ороговевших клеток рогового слоя. Физиологическое ороговение эпидермиса происходит постоянно и сопровождается постоянным отторжением ороговевших поверхностных чешуек.

Патологическое ороговение проявляется в виде дис-, гипер – и паракератоза, а также наблюдается там, где роговой слой в норме не образуется. Склонность слизистой рта к повышенному ороговению объясняется ее происхождением из эктодермы.

Кератозы – группа заболеваний кожи и слизистых оболочек не воспалительного характера, характеризующиеся утолщением ороговевающего и образованием рогового слоев.

Дискератоз – нарушение процесса ороговения, выражающееся патологической кератинизацией отдельных эпидермальных клеток, лишенных межклеточных контактов и хаотично расположенных во всех отделах эпидермиса.

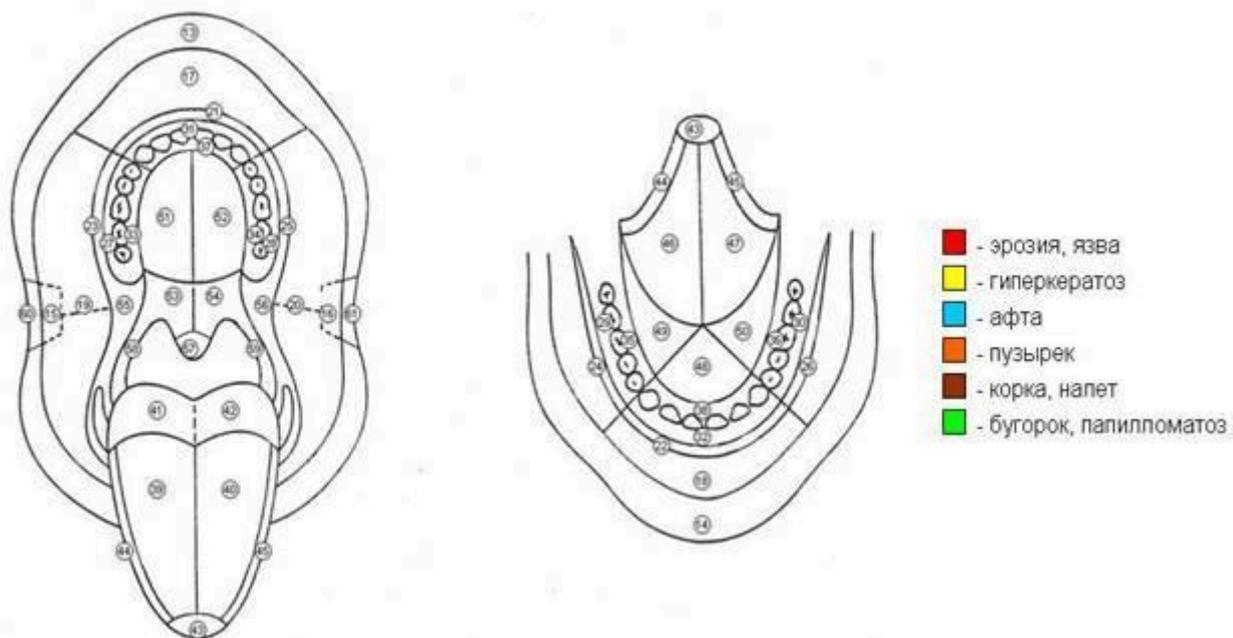
Гиперкератоз – чрезмерное утолщение рогового слоя эпидермиса, в результате избыточного образования кератина.

Паракератоз – нарушение процесса ороговения, связанное с потерей способности клеток эпидермиса вырабатывать кератогиалин. При этом отмечается утолщение рогового и частичное или полное исчезновение зернистого слоя.

Акантоз – утолщение эпидермиса кожи и эпителия слизистой оболочки за счет усиления пролиферации базальных и шиповидных клеток.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

СХЕМА-ТОПОГРАММА СОПР (ROED-PETERSEN & RENSTRUP, 1969) ДЛЯ
ТОПОГРАФИРОВАНИЯ ЗОН ЛОКАЛИЗАЦИИ ЭЛЕМЕНТОВ ПОРАЖЕНИЯ В
МОДИФИКАЦИИ ГИЛЕВОЙ О.С. И СОАВТ. (РП № 2436 ОТ 22.02.08) С ЦВЕТОВОЙ
КОДИРОВКОЙ ЗОН ПОРАЖЕНИЯ ПО ТК ВОЗ.



ПРИЛОЖЕНИЕ №5

ДОПОЛНЕНИЕ К КАРТЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТА

Верхняя челюсть																
Глубина ПК																
Глубина ПК	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
В																
О																
Глубина ПК																
Глубина ПК																
Глубина ПК																
Нижняя челюсть																
Глубина ПК																
Глубина ПК	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
О																
В																
Глубина ПК																
Глубина ПК																
Глубина ПК																

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

АЛГОРИТМЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНДЕКСОВ

Индекс гигиены Грин-Вермиллиона.

Представляет собой двойной индекс, т.е. состоящий из двух компонент:

- первая компонента-это индекс зубного налета (DI-S)
- вторая компонента-это индекс зубного камня (CI-S)

Метод: Исследования проводят на вестибулярной поверхности зубов 16 11 26 31 и язычной поверхности зубов 36 и 46 с помощью стоматологического зонда и применения красителей.(флуоресцин натрия, эритрозин, синий цвет, флоксин В).

Критерии оценки DI-S:

0. нет налета;
1. налет покрывает не более $\frac{1}{3}$ поверхности зуба;
2. налет покрывает от $\frac{1}{3}$ до $\frac{2}{3}$ поверхности зуба;
3. налет покрывает более $\frac{2}{3}$ поверхности зуба.

Формула:

$$DI-S = \text{сумма баллов} / 6$$

Критерии оценки CI-S:

0. нет камня;
1. наддесневой камень покрывает менее $\frac{1}{3}$ поверхности зуба;
2. наддесневой камень покрывает от $\frac{1}{3}$ до $\frac{2}{3}$ поверхности зуба или имеются отдельные частицы поддесневого камня;
3. наддесневой камень покрывает более $\frac{2}{3}$ поверхности зуба.

Формула:

$$CI-S = \text{сумма баллов} / 6$$

$$ОИ-S = DI-S + CI-S$$

Критерии оценки:

- 0-0,6 низкий (гигиена хорошая)
0,7-1,6 средний (гигиена удовлетворительная)
1,7-2,5 высокий (гигиена неудовлетворительная)
2,6-6 очень высокий(гигиена плохая)

Индекс гигиены Силнесс-Лое.

Определяют толщину зубного налета в придесневой области зуба.

Метод:

0. Окрашивать зубной налет не требуется. После высушивания зуба воздухом для выявления зубного налета используют стоматологическое зеркало и зонд.
1. Для определения индекса можно осмотреть все зубы или только 6 индексных зубов:

		16						21			24				
				44			41						36		

2. В области каждого зуба осматривают 4 участка:
 - дистально-вестибулярный;
 - вестибулярный;

- медиально-вестибулярный;
- язычный.

Коды и критерии:

0. нет налета;
1. небольшое количество налета, выявляется только зондом. Применение: несмотря на то, что в исходной трактовке индекса окрашивающий раствор не применяли, его можно использовать, особенно для выявления данного кода;
2. умеренный слой зубного налета в десневой области, видимый невооруженным глазом;
3. обильный налет, заполняющий нишу, образованную десневым краем и поверхностью зуба, а также межзубной промежутком;
4. интенсивное отложение зубного налета в области десневого кармана и/ или на десневом крае и прилегающей поверхности зуба.

Формула = (сумма баллов) / (число обследованных поверхностей «4») – значение для одного зуба.

Формула = (сумма балла всех зубов) / (на количество исследованных зубов) Значение для всех зубов.

Индекс кровоточивости Мюлеманна (в модификации Коуэла)

Используют для определения воспаления в тканях пародонта. Метод показателен при гингивите и пародонтите. В области «зубов Рамфьерда» (16-й, 21-й, 24-й, 36-й, 41-й, 44-й) с щечной и язычной (небной) сторон кончик пародонтального зонда без давления прижимают к стенке бороздки и медленно ведут от медиальной к дистальной стороне зуба.

Оценочная шкала следующая:

0. если после этого кровоточивость отсутствует;
1. если кровоточивость появляется не раньше, чем через 30с;
2. если кровоточивость возникает или сразу после проведения кончиком зонда по стенке бороздки, или в пределах 30с;
3. если кровоточивость пациент отмечает при приеме пищи или чистке зубов.

Значение индекса = сумма показателей всех зубов / число зубов.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СОР И КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ.

Стоматоскопия и хейлоскопия используются для диагностики поражений слизистой оболочки и красной каймы губ. Для этих целей используются кольпоскопы и фотодиагностоскопы. В последнем случае можно проводить фотосъемку. Применяется простая и расширенная стоматоскопия. При расширенной стоматоскопии для получения большей четкости рисунка применяют тот или иной способ витальной окраски. Люминесцентное исследование – метод наблюдения вторичного свечения тканей при облучении ультрафиолетом с длиной волны 365 нм с помощью фотодиагностоскопа. В зависимости от вида и степени поражения наблюдают различной окраски и интенсивности

цветные картины на слизистой оболочке. В этом плане перспективным для использования в диагностике предраковых заболеваний челюстно-лицевой области является метод трансиллюминации или трансиллюмоскопии, основанный на просвечивании тканей и оценке тенеобразований, возникающих при прохождении светового потока через объект исследования.

Методика трансиллюмоскопии. Световод осветителя ОС-150 с пучком «холодного» света (источник света-галогенная лампа накаливания 24 В, 150 В-А) подводят со стороны кожи в области проекции исследуемого патологического очага, а трансиллюминационные картины оценивают со стороны слизистой оболочки рта или красной каймы губ. Были определены возможности трансиллюмоскопии в исследовании состояния мягких тканей губ, щеки и языка. При этом обнаруживались теневые изображения патологических очагов (рака, папиллом, гемангиом, веррукозной лейкоплакии). Наряду с теневым рисунком очага выявлялись прилежащие сосуды.

Оптическая когерентная томография используется для диагностики предраковых состояний слизистой оболочки рта. В частности установлено, что данное исследование позволяет дифференцировать ороговеющую и неороговеющую слизистую оболочку, различать поверхностные (сосочки) и подповерхностные (кровеносные сосуды, железы) структуры слизистой оболочки рта позволяет устанавливать структурные нарушения в результате развития патологии.

Радиоизотопное исследование используется для своевременного выявления начала малигнизации предопухолевых процессов (атипичные клетки интенсивно поглощают радиофармацевтические препараты).

Морфологическое исследование осуществляется цитологическим и гистологическим методами.

Цитологический метод диагностики предусматривает определение тонкой морфологической структуры клеток и их групп. Материал для исследования получают путем отпечатка, соскоба с эрозивной, язвенной поверхности или из свищевого хода, а также при помощи пункции из более глубоко расположенных опухолей, лимфатических узлов, кистозных и других полостей и из внутрикостных новообразований.

Гистологический метод основан на изучении тонкой морфологической структуры клеточного строения тканей организма. Материалом для исследования являются кусочки тканей, взятые оперативным путем специально для установления диагноза или удаленные во время оперативного лечения.

Иммуногистохимическое исследование выявляет клетки с повышенной митотической активностью, свидетельствующие о возможной малигнизации, позволяет определить иммунофенотип опухоли, исследовать ее биологические свойства, определить молекулярно-биологические факторы прогноза.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

МЕТОДИКА ВЗЯТИЯ БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА С УЧАСТКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Биопсия – метод получения ткани живого организма для морфологического исследования с диагностической целью.

Существует несколько способов диагностических биопсий, используемых в стоматологии:

- при инцизионной биопсии иссекается только часть новообразования (при этом размеры иссекаемого фрагмента должны быть не меньше 1×1 см, иначе возникают трудности в трактовке морфологической картины для патологоанатома);
- эксцизионная биопсия – хирургическая операция, при которой для исследования удаляется полностью патологический очаг, примером может служить удаление папиллом, фибром, кист, смешанных опухолей, при этом в большинстве случаев диагностика и лечение проводятся одновременно;
- трепанобиопсия предполагает забор патологического материала из кости с помощью трепана;
- пункционная биопсия выполняется специальными иглами (например, игла Пятницкого), позволяющими получить столбик ткани. Применяется она при глубоко расположенных новообразованиях. Этот вид биопсии можно использовать для морфологического исследования увеличенных лимфатических узлов.

Материал, заготовленный для гистологического исследования, погружают в 10% раствор формалина. Количество фиксирующей жидкости должно быть достаточно большим и превосходить кусочек ткани в 10 раз и более. Погружение ткани в формалин необходимо производить сразу после забора материала, не допуская его подсыхания. Целесообразно использовать свежий раствор формалина; хранение его на свету приводит к снижению фиксирующих свойств. Фиксированный в формалине материал немедленно маркируется с указанием фамилии имени и отчества больного, фамилии врача, выполнившего биопсию, даты ее выполнения и направляется в морфологическую лабораторию, где производится его дальнейшая обработка.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

КОНТРОЛИРУЕМАЯ ЧИСТКА ЗУБОВ

С целью выработки у пациента навыков ухода за ртом (чистки зубов) и максимально эффективного удаления мягкого зубного налета с поверхностей зубов обучают пациента приемам гигиены рта. Технику чистки зубов демонстрируют на моделях. Индивидуально подбирают средства гигиены рта. Обучение навыкам гигиены рта способствует предупреждению развития воспалительных заболеваний пародонта (уровень убедительности доказательств В).

Контролируемая чистка зубов – чистка зубов, которую пациент осуществляет самостоятельно в присутствии специалиста (врача-стоматолога, гигиениста стоматологического) в стоматологическом кабинете или комнате гигиены рта, при наличии необходимых средств гигиены и наглядных пособий. Цель данного мероприятия – коррекция недостатков техники чистки зубов. Контролируемая чистка зубов позволяет добиться эффективного поддержания уровня гигиены рта (уровень убедительности доказательств В).

Профессиональная гигиена рта включает удаление с поверхности зуба мягких и твердых зубных отложений и позволяет предотвратить развитие воспалительных заболеваний пародонта (уровень убедительности доказательства).

Алгоритм обучения гигиене рта

Врач-стоматолог или гигиенист стоматологический определяет гигиенический индекс, затем демонстрирует пациенту технику чистки зубов зубной щеткой, межзубными

ершиками и зубными нитями, используя модели зубных рядов, или другие демонстрационные средства.

Существуют разные методы чистки зубов, основанные на круговых, вибрирующих, горизонтальных и вертикальных движениях. Однако важна не сама техника, а эффективность очищения, последовательность процедуры и отсутствие вредного воздействия. Пациентам с хроническими заболеваниями СОР рекомендуются мануальные зубные щетки средней (в стадии ремиссии) жесткости или мягкие зубные щетки из искусственной щетины (при обострении), а также электрические зубные щетки.

Чистку зубов начинают с участка в области верхних правых жевательных зубов, последовательно переходя от сегмента к сегменту. В таком же порядке проводят чистку зубов на нижней челюсти.

Следует обращать внимание на то, что рабочая часть зубной щетки должна располагаться под углом 45° к зубу, производить очищающие движения от десны к зубу, одновременно удаляя налет с зубов и десен. Жевательные поверхности зубов очищают горизонтальными (возвратно-поступательными) движениями так, чтобы волокна щетки проникали глубоко в фиссуры и межзубные промежутки. Вестибулярную поверхность фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей очищать такими же движениями, как моляры и премоляры. При чистке оральной поверхности ручку щетки располагают перпендикулярно к окклюзионной плоскости зубов, при этом волокна должны находиться под острым углом к зубам и захватывать не только зубы, но и десну. Завершают чистку круговыми движениями зубной щетки при сомкнутых челюстях, осуществляя массаж десен. Выбор зубной пасты (лечебной, лечебно-профилактической или профилактической) определяется состоянием пародонта и стадией патологии СОР. При обострении процесса не рекомендуется использование зубных паст высокой степени абразивности или содержащих лаурилсульфат натрия в концентрации выше 1,5%; при сочетанных воспалительных заболеваниях пародонта рекомендуются зубные пасты с антимикробными компонентами (триклозан, фторид олова и др.)

Для качественной чистки контактных поверхностей зубов необходимо использовать межзубные ершики и зубные нити, для очищения поверхности языка – специальные зубные щетки с подушечкой для чистки языка, скребки для языка. По показаниям рекомендуется использование ополаскивателей, не содержащих спирт, ирригаторов для очищения труднодоступных участков слизистой полости рта.

Индивидуальный подбор средств гигиены рта осуществляется с учетом стоматологического статуса пациента (состояния твердых тканей зубов и тканей пародонта, наличия зубочелюстных аномалий, съемных и несъемных ортодонтических и ортопедических конструкций).

С целью закрепления полученных навыков проводят контроль индивидуальной гигиены рта (контролируемая чистка зубов).

Алгоритм контролируемой чистки зубов

Контролируемая чистка зубов – это чистка зубов, которую пациент осуществляет самостоятельно в присутствии врача-стоматолога или гигиениста стоматологического.

Первое посещение

1. Обработка зубов пациента окрашивающим средством, определение гигиенического индекса, демонстрация пациенту с помощью зеркала мест наибольшего скопления зубного налета.
2. Чистка зубов пациентом в его обычной манере.

3. Повторное определение гигиенического индекса, оценка эффективности чистки зубов (сравнение показателей индекса гигиены до и после чистки зубов), демонстрация пациенту с помощью зеркала окрашенных участков, где зубной налет не был удален при чистке.
4. Демонстрация правильной техники чистки зубов на моделях, рекомендации пациенту по коррекции недостатков гигиенического ухода за ртом, использованию зубных нитей и дополнительных средств гигиены (специальных зубных щеток, зубных ершиков, монопучковых щеток, ирригаторов – по показаниям).

Следующее посещение

Определение гигиенического индекса, при неудовлетворительном уровне гигиены рта – повторение процедуры. Пациента информируют о необходимости являться на профилактический осмотр к врачу при возникновении кровоточивости десен, но не реже 1 раза в год.

Алгоритм профессиональной гигиены рта и зубов

Этапы профессиональной гигиены:

- обучение пациента индивидуальной гигиене рта;
- контролируемая чистка зубов;
- удаление зубных отложений;
- полирование поверхностей зубов;
- устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета;
- аппликации реминерализующих и фторидсодержащих средств;
- мотивация пациента к профилактике и лечению стоматологических заболеваний.

При удалении зубных отложений (зубной камень, мягкий зубной налет) следует соблюдать ряд условий:

- провести обработку рта раствором антисептика;
- при выраженной гиперестезии зубов и отсутствии общих противопоказаний удаление зубных отложений нужно проводить под местным обезболиванием.

Для удаления налета и полирования поверхностей зубов используют резиновые колпачки, для жевательных поверхностей – вращающиеся щеточки, для контактных поверхностей – вращающиеся ершики, резиновые конусы, суперфлоссы, флоссы и абразивные штрипсы. Полировочную пасту следует использовать, начиная с крупнодисперсной и заканчивая мелкодисперсной. При обработке поверхностей имплантатов следует использовать мелкодисперсные полировочные пасты и резиновые колпачки

Необходимо устранить факторы, способствующие скоплению зубного налета: удалить нависающие края пломб и неправильно изготовленные ортопедические конструкции, провести повторное полирование пломб.

Периодичность проведения профессиональной гигиены полости рта и зубов зависит от стоматологического статуса пациента (гигиенического состояния полости рта, интенсивности кариеса зубов, состояния тканей пародонта, наличия несъемной ортодонтической аппаратуры и стоматологических имплантатов). Минимальная периодичность проведения профессиональной гигиены – 2 раза в год.

ФОРМА ДОБРОВОЛЬНОГО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ
ВЫПОЛНЕНИИ ПРОТОКОЛА ПРИЛОЖЕНИЕ К МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЕ № _____

Пациент (законный представитель пациента) информирован о результатах обследования, диагнозе, о цели медицинского вмешательства и его последствиях, применяемых и альтернативных методах лечения, предполагаемых результатах лечения, ознакомлен с комплексным планом лечения, предупрежден о возможных осложнениях во время и после лечения и дает добровольное согласие на медицинское вмешательство.

При этом пациент понимает, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество оказываемой медицинской помощи. Повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья.

Ф. И. О. пациента (законный представитель пациента) _____

Ф. И. О. врача _____

« ___ » _____ 20 ___ г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 10

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА:

1. В острый период заболевания зубы необходимо чистить мягкой зубной щеткой с пастой два раза в день. После еды следует полоскать рот для удаления остатков пищи.
2. При возникновении кровоточивости при чистке зубов нельзя прекращать гигиенические процедуры. Если кровоточивость не проходит в течение 3 – дней, необходимо обратиться к врачу.
3. Профессиональная гигиена должна проводиться не реже 1 раза в 6 месяцев у лечащего врача-стоматолога.
4. Если после проведения профессиональной гигиены появилась повышенная чувствительность твердых тканей зубов, использовать специальные зубные пасты для снижения чувствительности зубов и обратиться к своему лечащему врачу-стоматологу.
5. Обязательно посещать плановые осмотры.
6. Необходимо полноценное и своевременное восстановление дефектов зубов и зубных рядов.
7. Устранение или нейтрализация действия профессиональных вредных факторов на пародонт.
8. Оздоровление условий труда, отдыха, питания и здоровый образ жизни.

ПРИЛОЖЕНИЕ 11

АНКЕТА ПАЦИЕНТА

Ф. И. О. _____ Дата заполнения

Как Вы оцениваете Ваше общее самочувствие на сегодняшний день?

Отметьте, пожалуйста, на шкале значение, соответствующее состоянию Вашего здоровья.



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Ломиашвили Л.М. Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ. Учебное пособие. – М.: Медицинская книга, – 2008. – 194 с.: ил.
2. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицинская литература, 2007. – 417 с.: ил.
3. Банченко Г.В., Рыбаков А.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Монография. – М.: Медицина», 1978 – 232 с., ил.
4. Борк К. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение. Атлас и руководство: пер. с нем. – М.: Медицинская литература, 2011. – 448 с.: ил.
5. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология. Учебник. – М.: МИА, 2007. – 840 с.: ил.
6. Гилева О.С., Смирнова Е.Н., Позднякова А.А. и др. Структура, факторы риска и клинические особенности заболеваний слизистой полости рта (по данным лечебно-консультативного приема) // Пермский медицинский журнал. – 2012. – №6. Т. 29. – С. 18-24
7. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Учебное пособие – М.: Стоматология, 2001. – 271 с., ил.
8. Дмитриева Л.А., Максимовский Ю.М. Терапевтическая стоматология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 912 с.
9. Ксембаев С.С., Нестеров О.В. Предраки слизистой оболочки рта, красной каймы губ и кожи лица. – изд. 2-е дополненное. – Казань: Отечество, 2011. – 112 с.
10. Ласкарис Д. Лечение заболеваний слизистой оболочки рта: Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2006. – 304 с.: ил.
11. Машкиллейсон А.Л., Расулов М.М. Клиника, диагностика, лечение и профилактика лейкоплакии слизистой оболочки полости рта. Методические рекомендации. – М., 1978, – 11 с.
12. Машкиллейсон А.Л. Совершенствование лечения лейкоплакий слизистой оболочки рта. Методические рекомендации. – М., 1985. – С. 3-6
13. Морозова С.И., Савельева Н.А. Заболевания слизистой оболочки рта / Атлас. – М.: МИА, 2012. – 272 с.: ил.

14. Островский А.Д. Диссертация «Возможности оптической когерентной томографии в диагностике процесса пара- и гиперкератоза СОПР», 2008
15. Поддубная И.В. Онкология. Справочник практикующего врача. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 768с.; ил.
16. Поражения слизистой оболочки ротовой полости белого цвета (лейкоплакия, плоский лишай). Учебно-методическое пособие / Л.Н. Дедова [и др.]. – Минск: БГМУ, 2010. – 43 с.
17. Рабинович И.М., Рабинович О.Ф., Островский А.Д., Новые возможности диагностики лейкоплакии слизистой оболочки полости рта // Стоматология. – 2007. – Спецвыпуск. – С. 37-40
18. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Разживина Н.В., Банченко Г.В. – М., 2008. – 14 с.
19. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология / Учебник, – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2010. – 688 с.: ил.
20. Рыбаков А.И., Банченко Г.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта. – М., Медицина, 1978. – 232 с., ил.
21. Сильвермен С. Заболевания полости рта. Пер. с англ. – М. : МЕДпресс-информ, 2010. – 472 с. : ил.
22. Стоматологическая документация на специализированном приеме больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта: Методические рекомендации для врачей-стоматологов. – Пермь, 2008. – 18 с.
23. Фомина Ю.В., Гажва С.И. Оптическая когерентная томография в диагностике заболеваний слизистой оболочки рта / Нижегородский медицинский журнал – приложение «Стоматология». – 2003. – С.122-124
24. Шебеко Л.В., Н.Э. Кедич Роль врача-стоматолога в профилактике онкологических заболеваний / УО «Белорусский государственный медицинский университет». – Минск, 2011
25. Vanoczy J. Oral leukoplakia. Akademiai Kiado, Budapest, 1982, 231 p.