

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ)

ЛЕЙКЕДЕМА

Москва 2013

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., Цицкишвили В.Т.).

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

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

II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем протоколе использованы ссылки на следующие документы:

- Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).
- Постановление Правительства Российской Федерации «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» от 05.11.97 г. № 1387 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).
- Постановление Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» от 22 октября 2012 г. № 1074 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, №44, ст.6021).
- Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» от 27 декабря 2011г. №1664н.
- Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» от 7 декабря 2011 г. № 1496н.

III. 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.

IV. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

— установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных с лейкедемой;

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

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

В настоящем документе используется шкала убедительности доказательств данных:

А) Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению.

В) Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение.

С) Достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

Д) Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения в определенных условиях данного лекарственного средства, метода, технологии.

Е) Веские отрицательные доказательства: имеются достаточно убедительные доказательства того, чтобы исключить лекарственное средство, метод, технологию из рекомендаций.

V. 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.

VI. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

В общей структуре оказания медицинской помощи больным в стоматологических медицинских организациях лейкодема возникает преимущественно в молодом возрасте, от 12 до 45 лет, в основном у лиц мужского пола, хотя болеют и женщины. Она протекает без особых субъективных ощущений. Возможны жалобы на шероховатость слизистой оболочки, шелушение, чувство утолщенной «лишней» ткани, понижение температурной и вкусовой чувствительности. Скусывая систематически поверхностные выступающие участки слизистой оболочки, больные не ощущают боли. Кусание слизистой оболочки является привычкой, наблюдаемой у большинства больных.

Гистологическое исследование позволяет дать наиболее объективную и достоверную информацию о структурных изменениях ткани - патологического процесса на субклеточном уровне. При данной патологии отмечается утолщение эпителия, выраженное набухание клеток шиповатого слоя без признаков воспаления.

Лейкедема онкологической настороженности не представляет.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Лейкедема – заболевание слизистой оболочки рта (СОР), проявляющееся в виде опалесцирующего участка молочно-белого или серого цвета, слегка возвышающегося над уровнем слизистой оболочки, без признаков воспаления окружающей ткани.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Причина развития лейкодемы окончательно не установлена. Основными предрасполагающими и отягощающими течение данного заболевания факторами служат эмоциональные перегрузки, нервно-психические травмы, длительное переутомление, невротическая депрессия и др. У некоторых пациентов выявлены вредные привычки в виде длительного курения крепких сортов табака, привычного закусывания зубами слизистой оболочки, употребления горячего чая и кофе вместе с алкогольными напитками. Часто у этой категории больных выявлялась плохая гигиена рта с наличием большого количества кариозных зубов, зубных отложений, болезней тканей пародонта, что поддерживало патологическое состояние слизистой оболочки рта.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЛЕЙКЕДЕМЫ

Признаки заболевания характеризуются очагами ороговения слизистой оболочки. Кератоз бывает ограниченным (чаще всего на слизистой оболочке щек и по линии смыкания зубов) или диффузным на слизистой оболочке щек, губ. Участок ороговения обычно белого цвета, слегка возвышающийся над уровнем слизистой оболочки, самые поверхностные участки удается снять шпателем. Подлежащая и окружающая слизистая оболочка обычно без признаков воспаления. Заболевание стабильно по своему течению и может быть представлено двумя клиническими формами: типичной (очаговой,

диффузной) и атипичной. Клинические наблюдения установили возможность перехода одной формы лейкодемы другую.

Типичная (а именно, очаговая) форма наиболее распространена.

Жалобы больного сводятся к ощущению сухости на ограниченных участках.

При осмотре выявляются очаги гиперплазии и десквамации эпителия. Локализуются очаги на слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов, у углов рта, на нижней губе, боковых поверхностях языка, на слизистой оболочки неба, дна рта, деснах. При типичной диффузной форме больной жалуется на шероховатость, сухость слизистой оболочки рта. Иногда отмечает, что измененные участки мешают во время разговора, приема пищи. Наблюдается понижение температурной и вкусовой чувствительности. При осмотре обнаруживается поражение слизистой оболочки губ, щек, боковых поверхностей языка, дна рта одновременно. Участки разрыхлены, пористы, гипертрофированны. Иногда слизистая оболочка походит на «мочалку».

Особенностью при диффузной форме является то, что в процесс вовлекаются губы. Основное проявление заболевания выражается полосой тонких чешуек на границе красной каймы и слизистой оболочки губ в зоне Клейна. Локализуется на обеих губах, реже — только на нижней. Сухость губ проявляется чешуйками, которые прозрачны и удерживаются одной только стороной, другая — свободна. Обострений заболевания не отмечается.

Основной отличительной особенностью атипичной формы является отсутствие выраженного шелушения. Жалоб со стороны больных обычно не бывает. При осмотре можно установить участок диффузнопомутненной слизистой оболочки на щеках или губах. Иногда эта форма представлена только возвышающейся над слизистой оболочкой опалесцирующей полосой по линии смыкания зубов. При атипичной форме красная кайма губ не поражается.

Характерным признаком лейкодемы служит выраженное уменьшение или исчезновение белизны поражённого участка при растягивании слизистой оболочки.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕЙКЕДЕМЫ по МКБ-С:

КЛАСС XI: БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

К13.2 ЛЕЙКОПЛАКИЯ И ДРУГИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭПИТЕЛИЯ ПОЛОСТИ РТА, ВКЛЮЧАЯ ЯЗЫК

К13.23 Лейкедема;

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ЛЕЙКЕДЕМЫ.

Диагностика лейкодемы 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. Такими 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.

Гистологическое исследование позволяет дать наиболее объективную и достоверную информацию о структурных изменениях ткани - патологического процесса на субклеточном уровне. При данной патологии отмечается незначительное утолщение эпителия, слабо выраженное набухание клеток шиповатого слоя без признаков воспаления.

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЛЕЙКЕДЕМЫ

Принципы лечения больных с лейкедемой предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- предупреждение травмирования СОР, вызванного дефектами в зубных рядах, острыми краями разрушенных зубов и зубными протезами, курением, а также защита от действия неблагоприятных метеорологических факторов;
- устранение очага лейкедемы;
- 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 лейкедемой у врача-стоматолога 2-3 раза в год с оценкой состояния зубо - челюстной системы и зубных протезов при их наличии;
- при подозрении на наличие соматических заболеваний консультация и/или лечение у специалистов соответствующего профиля;

Лечение лейкедемы включает:

- составление плана лечения;
- при необходимости выполнение биопсии и гистологическое исследование;
- санацию рта;

- обучение пациентов гигиене, тщательному уходу за ртом и мотивация к отказу от вредных привычек, особенно важен отказ от курения;
- лекарственная терапия.

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

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЛЕЙКЕДЕМОЙ

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

Оказание помощи больным с лейкодемой 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.

VII. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ ПРОТОКОЛА

7.1. Модель пациента

Нозологическая форма: лейкодема

Стадия: типичная очаговая

Фаза: стабильное течение

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-С: K13.23

7.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

1. Из анамнеза, имеется вредная привычка скусывать слизистую оболочку щек, губ; чередование разных температур при приеме пищи, употребление крепкого кофе, чая, спиртных напитков, очень острой пищи, в некоторых случаях на фоне психоневрологического статуса.
2. Локализация: слизистая оболочка губ, щек, реже дна рта.
3. Клинически проявляется набуханием СОР, шелушением, мацерацией. Очаги поражения мягкие, губчатые, мутные, рыхлые, не имеют четких границ.
4. Эпителий имеет бахромистый вид, как бы «изъеденный молью».

5. Поверхностный слой эпителия соскабливается шпателем с образованием поверхностной мацерации без признаков воспаления.

6. Гистологически отмечается утолщение эпителия, выраженное набухание клеток шиповатого слоя без признаков воспаления.

7.1.2. 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	По потребности
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
A08.07.002	Гистологическое исследование препарата тканей рта	По потребности
A11.07.001	Биопсия слизистой оболочки рта	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	1
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности
V01.027.001	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный	По потребности
V01.047.01	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	По потребности
V01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	По потребности

V04.004.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога	По потребности
V01.033.001	Прием (осмотр, консультация) врача-профпатолога первичный	По потребности
V01.008.001	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	По потребности
V01.066.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-ортопеда первичный	По потребности
V01.058.001	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	По потребности
V04.023.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога	По потребности

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

7.1.4. 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 пальпация лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи. Исследование 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 апроксимальные поверхности зубов.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта с заполнением пародонтограммы (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 после обучения гигиене рта с целью контроля. Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтального индекса Muhlemann (приложение 6).

Из дополнительных методов обследования используют гистологическое исследование.

7.1.5. 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 шлифование твердых тканей зубов	По потребности
A13.30.007	Обучение гигиене 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
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
A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях рта и зубов	1
B01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	По потребности
B01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	По потребности
B04.004.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога	По потребности

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

7.1.6. 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 7), удаление 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, беспаячные, 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. 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.

7.1.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

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

7.1.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Необходим тщательный уход за слизистыми оболочками: полоскание рта растворами антисептиков, отварами цветков ромашки, липового цвета.

Больным назначается прием препаратов общего воздействия – витаминов группы А, Е, микроэлементы. Витамин А назначается внутрь, 3 раза в день, в течении 1 месяца, Витамин Е (100 М.Е., 200 М.Е., 300 М.Е., 400 М.Е.), в течении 1 месяца. Кератопластики апплицируют на СОР на элементы поражения или в виде ротовых ванночек, полоскания по 1-2 мин., 2-3р. в день, 14 дней; витамин Е, оливковое масло в виде аппликации на марлевой салфетке, на элементы поражения, 2-3 р. в день, 14 дней.

При необходимости назначают седативные препараты.

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

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

Специальных требований нет.

7.1.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.1.11. Требования к диетическим назначениям

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

7.1.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Протокола (приложение 8).

7.1.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи (приложение 9).

7.1.14. 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 лечения, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

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

- а) раздела протокола лечения, соответствующего ведению «лейкемия»;
- б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

7.1.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
---------------------	--------------------	---------------------	---	---

Стабилизация	35%	Отсутствие отрицательной динамики	После лечения	Профилактический осмотр не реже 2 раз в год
Выздоровление	35%	Восстановление внешнего вида СОР	После лечения	Динамическое наблюдение
Развитие ятрогенных осложнений	25%	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	0			

7.1.16. Стоимостные характеристики Протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.2. Модель пациента

Нозологическая форма: лейкодема

Стадия: типичная диффузная

Фаза: стабильное течение

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-С: K13.23

7.2.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

1. Из анамнеза, имеется вредная привычка скусывать слизистую оболочку щек, губ; чередование разных температур при приеме пищи, употребление крепкого кофе, чая, спиртных напитков, очень острой пищи.
2. Основной морфологический элемент- чешуйка.
3. Локализация: по линии смыкания зубов, на слизистой оболочке губы и реже дна рта.
4. Клинически проявляется набуханием СОР, шелушением, мацерацией. Очаги поражения мягкие, губчатые, мутные, рыхлые, не имеют четких границ.

5. Эпителий имеет бахромистый вид, как бы «изъеденный молью», поверхностный слой эпителия соскабливается шпателем без образования эрозий и без признаков воспаления.

6. Гистологически отмечается утолщение эпителия, выраженное набухание клеток шиповатого слоя без признаков воспаления.

7.2.2. Порядок включения пациента в протокол

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

7.2.3. 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	По потребности
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	1
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	По потребности
A03.07.003	Диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации	По потребности
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	По потребности
A08.07.002	Гистологическое исследование препарата тканей рта	По потребности
A11.07.001	Биопсия слизистой оболочки рта	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	1
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности
V01.027.001	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный	По потребности
V01.047.01	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	По потребности
V01.065.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога - терапевта первичный	1

V01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	По потребности
V04.004.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога	По потребности
V01.033.001	Прием (осмотр, консультация) врача-профпатолога первичный	По потребности
V01.008.001	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	По потребности
V01.058.001	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	По потребности
V04.023.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога	По потребности

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

7.2.4. 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 пальпация лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи. Исследование 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 апроксимальные поверхности зубов.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта с заполнением пародонтограммы (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 после обучения гигиене рта с целью контроля. Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтального индекса Muhlemann (приложение 6).

Из дополнительных методов обследования используют гистологическое исследование.

7.2.5. 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
A16.07.025	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	По потребности
A13.30.007	Обучение гигиене рта	По потребности
A16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами)	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
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	По потребности
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях рта и зубов	1
A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях рта и зубов	1
B01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	По потребности
B01.067.002	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)

7.2.6. 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 7), удаление 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, беспаячные, 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. 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.

7.2.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Витаминотерапия (Витамины А, Е)	По потребности
Гипосенсибилизирующая терапия	По потребности
Кератопластические средства	1
Антисептические средства	1
Седативные средства	По потребности

7.2.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Необходим тщательный уход за слизистыми оболочками: полоскание рта растворами антисептиков, отварами цветков ромашки, липового цвета.

Больным назначается прием препаратов общего воздействия – витаминов группы А, Е, микроэлементы. Витамин А назначается внутрь, 3 раза в день, в течении 1 месяца, Витамин Е (100 М.Е., 200 М.Е., 300 М.Е., 400 М.Е.), в течении 1 месяца. Кератопластики апплицируют на СОР на элементы поражения или в виде ротовых ванночек, полоскания по 1-2 мин., 2-3р. в день, 14 дней; витамин Е, оливковое масло в виде аппликации на марлевой салфетке, на элементы поражения, 2-3 р. в день, 14 дней.

При необходимости назначают седативные препараты.

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

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

Специальных требований нет.

7.2.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.2.11. Требования к диетическим назначениям

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

7.2.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Протокола (приложение 8).

7.2.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи (приложение 9).

7.2.14. 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 лечения, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

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

а) раздела протокола лечения больных, соответствующего ведению «лейкедема слизистой оболочки рта»;

б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

7.2.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития%	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Стабилизация	35%	Отсутствие отрицательной динамики	После лечения	Профилактический осмотр не реже 2 раз в год
Выздоровление	35%	Восстановление внешнего вида COP	После лечения	Динамическое наблюдение
Развитие ятрогенных осложнений	25%	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	0			

7.2.16. Стоимостные характеристики Протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7.3. Модель пациента

Нозологическая форма: лейкедема

Стадия: атипичная

Фаза: стабильное течение

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ-С: K13.23

7.3.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

1. Имеется вредная привычка скусывать слизистую оболочку щек, губ.
2. Основной морфологический элемент- чешуйка, бляшка.

3. Локализация: по линии смыкания зубов, на слизистой оболочке губ и реже дна рта.

4. Отсутствие выраженного шелушения.

5. Клинически проявляется набуханием СОР, шелушением, мацерацией. Очаги поражения мягкие, губчатые, мутные, рыхлые, не имеют четких границ. Характерно помутнение слизистой оболочки щек, губ; белая опалесцирующая полоска или бляшка на уровне смыкания зубов. Эпителий имеет бахромистый вид, как бы «изъеденный молью»,

6. Поверхностный слой эпителия соскабливается шпателем при усилии без признаков воспаления.

7. Гистологически - незначительное утолщение эпителия, слабо выраженное набухание клеток шиповатого слоя без признаков воспаления.

7.3.2. Порядок включения пациента в протокол

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

7.3.3. 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	По потребности
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
A08.07.002	Гистологическое исследование препарата тканей рта	По потребности
A11.07.001	Биопсия слизистой оболочки рта	По потребности
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	1
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности

V01.027.001	Прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный	По потребности
V01.047.01	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	По потребности
V01.065.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта первичный	1
V01.066.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-ортопеда 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
V01.033.001	Прием (осмотр, консультация) врача-профпатолога первичный	По потребности
V01.008.001	Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	По потребности
V01.058.001	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	По потребности
V04.023.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога	По потребности

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

7.3.4. 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 пальпация лимфатических узлов головы и шеи бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи. Исследование 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 апроксимальные поверхности зубов.

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта с заполнением пародонтограммы (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 после обучения гигиене рта с целью контроля. Клиническое состояние пародонта определяют на основании пародонтального индекса Muhlemann (приложение 6).

Из дополнительных методов обследования используют гистологическое исследование пораженной области и биопсию.

7.3.5. 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
A13.30.007	Обучение гигиене рта	По потребности
A16.07.025	Избирательное шлифование твердых тканей зубов	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
V01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	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
A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях рта и зубов	1
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)

7.3.6. 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 7), удаление 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, беспаячные, 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. 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.

7.3.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	Кратность (продолжительность лечения)
Витаминотерапия (Витамины А, Е)	По потребности

Гипосенсибилизирующая терапия	По потребности
Кератопластические средства	1
Антисептические средства	1
Седативные средства	По потребности

7.3.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Необходим тщательный уход за слизистыми оболочками: полоскание рта растворами антисептиков, отварами цветков ромашки, липового цвета.

Больным назначается прием препаратов общего воздействия – витаминов группы А, Е, микроэлементы. Витамин А назначается внутрь, 3 раза в день, в течении 1 месяца, Витамин Е (100 М.Е., 200 М.Е., 300 М.Е., 400 М.Е.), в течении 1 месяца. Кератопластики апплицируют на СОР на элементы поражения или в виде ротовых ванночек, полоскания по 1-2 мин., 2-3р. в день, 14 дней; витамин Е, оливковое масло в виде аппликации на марлевой салфетке, на элементы поражения, 2-3 р. в день, 14 дней.

При необходимости назначают седативные препараты.

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

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

Специальных требований нет.

7.3.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7.3.11. Требования к диетическим назначениям

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

7.3.12. Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Протокола (приложение 8).

7.3.13. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

(приложение 9).

7.3.14. 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 лечения больных, соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

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

- а) раздела протокола лечения больных, соответствующего ведению «лейкедема»;
- б) протокола лечения больных с выявленным заболеванием или синдромом.

7.3.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Стабилизация	35%	Отсутствие отрицательной динамики	После лечения	Профилактический осмотр не реже 2 раз в год
Выздоровление	35%	Восстановление внешнего вида СОР	После лечения	Динамическое наблюдение
Развитие ятрогенных осложнений	25%	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	0			

7.3.16. Стоимостные характеристики Протокола

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

VIII. ГРАФИЧЕСКОЕ, СХЕМАТИЧЕСКОЕ И ТАБЛИЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ПРОТОКОЛА

Не требуется.

IX. МОНИТОРИРОВАНИЕ

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 лейкемией в лечебно-профилактических учреждениях всех уровней;

- анализ полученных данных;

- составление отчета о результатах проведенного анализа;

- представление отчета группе разработчиков Протокола .

Исходными данными при мониторинге являются:

- медицинская документация - медицинская карта стоматологического больного (форма 043/у);

- тарифы на медицинские услуги;

- тарифы на стоматологические материалы и лекарственные средства.

При необходимости при мониторинге Протокола могут быть использованы иные документы.

В лечебно-профилактических учреждениях, определенных перечнем по мониторингу, раз в полгода на основании медицинской документации составляется карта пациента о лечении пациентов с лейкемией, 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 МОНИТОРИРОВАНИЯ

Пациент считается включенным в мониторинг при заполнении на него Карты пациента. Исключение из мониторинга проводится в случае невозможности продолжения заполнения Карты (например, неявка на врачебный прием). В этом случае Карта направляется в учреждение, ответственное за мониторинг, 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 мониторинге.

Внесение изменений в Протокол проводится в случае получения информации:

- а) о наличии в Протоколе требований, наносящих урон здоровью пациентов,
- б) 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 лейкемией, соответствующей моделям протокола, используют аналоговую шкалу.

ОЦЕНКА СТОИМОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОТОКОЛА И ЦЕНЫ КАЧЕСТВА

Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

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

ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ ОТЧЕТА

В ежегодный отчет о результатах мониторинга 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 мониторинг 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. Инструменты стоматологические (мелкие):
 - боры,
 - полиры,
 - финиры;
9. Инкубатор для проведения микробиологических тестов (СО₂ инкубатор для выращивания культур клеток и тканей)
10. Изделия одноразового применения:
 - шприцы и иглы для инъекций,
 - маски,
 - перчатки смотровые, диагностические, хирургические,
 - бумажные нагрудные салфетки для пациентов,
 - полотенца для рук в контейнере,
 - салфетки гигиенические,
 - слюноотсосы,
 - стаканы пластиковые
11. Инъектор стоматологический, для карпульной анестезии;

12. Камеры для хранения стерильных инструментов
13. Компрессор стоматологический (безмасляный);
14. Кресло стоматологическое;
15. Крючки хирургические, зубчатые разных размеров;
16. Лампа (облучатель) бактерицидная для помещений;
17. Машина упаковочная (аппарат для предстерилизационной упаковки инструментария);
18. Место рабочее (комплект оборудования) для врача-стоматолога:
19. 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);
20. Набор (инструменты, щетки, диски, пасты) для шлифования и полирования пломб и зубных протезов;
21. 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;
22. Набор инструментов в ассортименте для снятия зубных отложений:
 - экскаваторы,
 - крючки для снятия зубного камня
23. Набор инструментов для трахеотомии;
24. Набор инструментов, игл и шовного материала не менее 2 видов;
25. Набор медикаментов для индивидуальной профилактики парентеральных инфекций (аптечка "анти-СПИД")

26. Набор реактивов для контроля (индикаторы) дезинфекции и стерилизации;
27. Наборы микробиологические (реагенты, реактивы для бактериологических исследований) для проведения тестов на кислотообразующую микрофлору при использовании инкубатора для проведения микробиологических тестов;
28. Наконечник стоматологический механический прямой;
29. Наконечник стоматологический механический угловой;
30. Наконечник стоматологический турбинный;
31. Ножницы в ассортименте не менее 3 на рабочее место врача
32. Отсасыватель пыли (стоматологический пылесос)
33. Отсасыватель слюны (стоматологический слюноотсос)
34. Очиститель ультразвуковой (устройство ультразвуковой очистки и дезинфекции инструментов и изделий);
35. Очки защитные;
36. Пинцеты;
37. Прибор и средства для очистки и смазки наконечников;
38. Прибор (установка) для утилизации шприцев;
39. Скальпели (держатели) и одноразовые лезвия в ассортименте
40. Средства и емкости-контейнеры для дезинфекции инструментов в соответствии с СанПиН
41. Стерилизатор стоматологический для мелкого инструментария;
42. Стерилизатор суховоздушный;
43. Щитки защитные (от механического повреждения глаз)
44. 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 околоротовой области, красной каймы губ при открытом и закрытом рте, обращая внимание на цвет, блеск, консистенцию. При осмотре слизистой оболочки губ, переходной складки учитывают цвет, влажность, глубину

преддверия рта, характер прикрепления уздечек, наличие тяжей; на слизистой оболочки 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 и 27 зубов имеются сосочки, на которых открывается выводной проток околоушной слюнной 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 десен: 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.

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*) – бесполостной 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 оболочки. Завершается размягчением и изъязвлением. В некоторых случаях может быть обратное развитие без образования рубца.

Бугорок (tuberculum) – бесполостное инфильтративное образование, размером 0,2 – 5,0 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 ороговевшего и образованием рогового слоев.

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

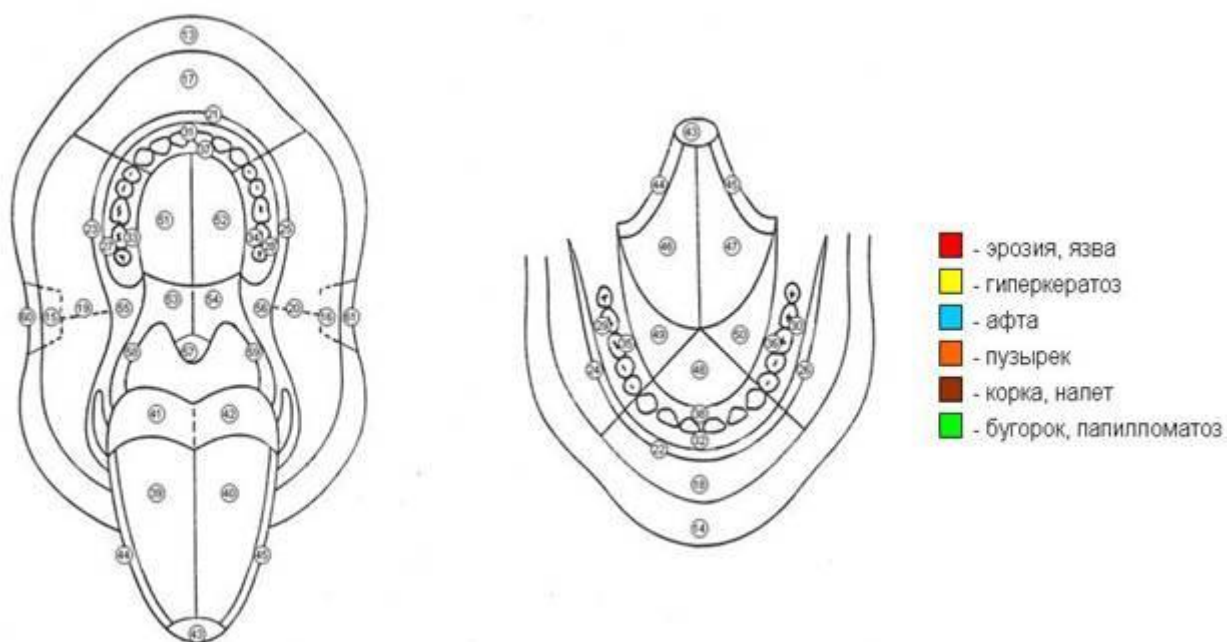
Гиперкератоз – чрезмерное утолщение рогового слоя эпидермиса, в результате избыточного образования кератина.

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.

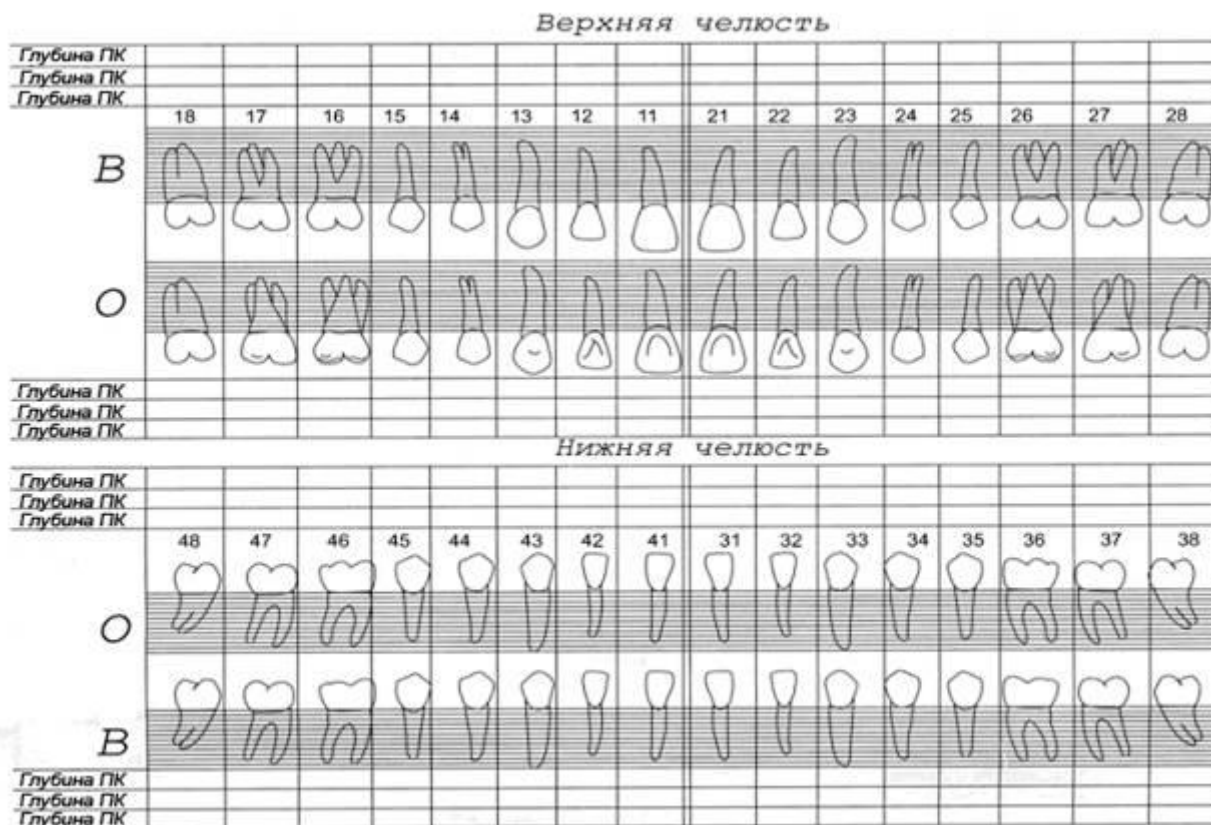
Приложение 4

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



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 1/3 поверхности зуба

3. 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 промежутки

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»,(16,21,24,36,41,44) 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

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 доказательств А).

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.

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.

Для качественной чистки контактных поверхностей зубов необходимо использовать межзубные ершики и зубные нити.

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

— Обработка зубов пациента окрашивающим средством, определение гигиенического индекса, демонстрация пациенту с помощью зеркала мест наибольшего скопления зубного налета.

— Чистка зубов пациентом в его обычной манере.

— 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.

— 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 реминерализирующих 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 рта и зубов зависит от стоматологического статуса пациента (гигиенического состояния 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. Повлечет за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья.

ФИО пациента (законный представитель пациента) _____

ФИО врача _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

Приложение 9

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-х дней, необходимо обратиться к врачу.
3. Профессиональная гигиена (удаление на зубных отложений) 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 10

Анкета пациента

ФИО _____ 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, издательство «Стоматология» г.Омск -С.

2. Банченко Г.В., Рыбаков А.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта /Монография. М., «Медицина», 1978, С. -175-179.

3. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – 3-е изд., перераб и доп. – М. Медицинская литература, 2007. – 417 с.: ил.
4. Борк К. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение. Атлас и руководство: пер. с нем./Борк К., Бургдорф В., Хеде Н. - М.: Мед. лит., 2011. – 448 стр.: ил.
5. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология /Учебник, МИА –М.2007. С. -626-631, -641-643.
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, том 29. – с.18-24.
7. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф., Рахний Ж.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта. /Учебное пособие, ОАО «Стоматология», Москва, 2001.- 271 с., ил.
8. Дмитриева Л.А., Максимовский Ю.М. Терапевтическая стоматология: национальное руководство. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 912 с. – (Серия «Национальные руководства»).
9. Елькова Н.Л., Л.Н. Максимовская «Синдромные заболевания с поражением слизистой оболочки рта и кожи: диагностика, лечение, предупреждение осложнений», Воронеж, 2006.
10. Ксембаев С.С., Нестеров О.В. Предраки слизистой оболочки рта, красной каймы губ и кожи лица. – изд. 2-е дополненное. – Казань: Издательство «Отечество», 2011. – 112 с.
11. Ласкарис Д. Лечение заболеваний слизистой оболочки рта: Руководство для врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. С. -118-120, -299.
12. Машкиллейсон А.Л., Расулов М.М. Клиника, диагностика, лечение и профилактика лейкоплакии слизистой оболочки полости рта. /Методические рекомендации Москва, 1978,С. - 3-11. ГЦНБ 01-48793.
13. Машкиллейсон А.Л. Совершенствование лечения лейкоплакий слизистой оболочки рта / Методические рекомендации 1985, М. С. -3-6. ГЦНБ М/10269.
14. Морозова С.И., Савельева Н.А. Заболевания слизистой оболочки рта. /Атлас. Москва-МИА 2012 С. -62-71, -87-95.
15. Островский А.Д. Диссертация «Возможности оптической когерентной томографии в диагностики процесса пара- и гиперкератоза СОПР», 2008г.
16. Поражения слизистой оболочки ротовой полости белого цвета (лейкоплакия, плоский лишай) : учеб.-метод. пособие / Л.Н. Дедова [и др.]. – Минск: БГМУ, 2010. – 43с.

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.: ОАО Издательство «Медицина», 2010. – 688с.: 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 / Сол Сильвермен, Л. Рой Эверсоул, Эдмонд Л. Трулав ; 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. (Гилева О.С., Новиков А.Ю., Белева Н.С. и др.).
23. Фомина Ю.В., Гажва С.И. Оптическая когерентная томография в диагностике заболеваний слизистой оболочке 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», г. Минск, 2011г.
25. Vanoczy J. Oral leukoplakia. Akademia i Kiado, Budapest, 1982, 231 p.