КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ ГИНГИВОСТОМАТИТ ВЕНСАНА

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **A69.1**

Возрастная группа: **Взрослые**

Год утверждения:

Медицинские профессиональные некоммерческие организации-разработчики:

· Стоматологическая Ассоциация России

II. Оглавление

I. Титульный лист 1

II. Оглавление 2

III. Список сокращений 5

IV. Термины и определения 6

V. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) 7

1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) ... 7

2. Этиология и патогенеззаболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 7

3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 7

4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 7

5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 8

6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) 8

1 Жалобы и анамнез 9

2 Физикальное обследование 10

3 Лабораторные диагностические исследования 11

Лабораторные методы исследование показаны с целью подтверждения диагноза и дифференциальной диагностики с заболеваниями, имеющими сходную клиническую картину. 11

Комментарии: П*ри бактериоскопическом исследовании материала с язвенно-некротической поверхности (окраска азур-эозином) обнаруживают элементы неспецифического воспаления (лейкоциты, гистиоциты) и в большом количестве – веретенообразные палочки и спирохеты. В период заживления язв количество спирохет и фузобактерий уменьшается, нарастает количество кокков и других представителей микрофлоры полости рта.* 11

4 Инструментальные диагностические исследования 12

5 Иные диагностические исследования 12

VII. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения 13

1 Консервативное лечение....13

2 Хирургическое лечение 16

3 Иное лечение....16

VIII. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации....16

IX. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики....17

X. Организация оказания медицинской помощи 17

XI. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния) 17

XII. Критерии оценки качества медицинской помощи....18

XIII. Список литературы....19

XIV. Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций....24

XV. Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций....25

XVI. Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата 27

XVII. Приложение Б. Алгоритмы действий врача 28

XVIII. Приложение В. Информация для пациента....29

XIX. Приложение Г1-Г3. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях....30

Приложение Г1. Оценка качества жизни пациента на основе опросника OHIP-14 30

Приложение Г2. Визуально-аналоговая шкала для оценки болевого симптома у пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта. 36

Приложение Г3. Схема-топограмма слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. 37

III. Список сокращений

МКБ 10 - международная классификация болезней 10-го пересмотра

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

НЯГС - некротический язвенный гингивостоматит Венсана

IV. Термины и определения

Гингивит – воспаление десны без нарушения целостности зубодесневого соединения.

Стоматит – это воспаление слизистой оболочки рта

Оппортунистическая инфекция - заболевания, вызываемые условно-патогенными вирусами или клеточными организмами (бактерии, грибы, простейшие), которые обычно не приводят к болезни здоровых людей (с нормальной иммунной системой).

Язва – это дефект кожи, слизистой оболочки или красной каймы губ в пределах дермы или соединительнотканного слоя.

V. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Некротический язвенный гингивостоматит Венсана (НЯГС) – это оппортунистическое бактериальное инфекционное заболевание слизистой оболочки рта с преобладанием фузобактерий и спирохет [1]. Принято выделять некротический язвенный гингивит, когда поражена только десна, некротический язвенный пародонтит, если разрушено зубодесневое прикрепление и некротический язвенный стоматит, если в процесс вовлечены и другие участки слизистой оболочки рта [2].

2. Этиология и патогенеззаболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Этиология. Причиной развития НЯГС является резкое увеличение микробных скоплений с преобладанием фузобактерий (Bact. fusiformis) и спирохет (Borrelia vincenti), которые в норме являются сапрофитами полости рта и приобретают патогенные свойства в результате снижения резистентности организма [1, 3, 4, 5, 6, 7]. К предрасполагающим факторам относят курение [1,8, 9], стресс [10, 11], нарушение питания [10, 11, 12], плохую гигиену полости рта [1, 10, 13], низкий социально-экономический статус [9, 12, 14], системные заболевания, сопровождающиеся иммуносупрессией (включая онкологические заболевания, лекарственно индуцированный агранулоцитоз, системную красную волчанку, синдром приобретенного иммунодефицита) [11, 15, 16].

3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

НЯГС является редким инфекционным заболеванием, распространенность которого составляет по данным разных авторов 0,5-11% [1]. У ВИЧ инфицированных пациентов распространенность НЯГС колеблется от 4,3% до 16% [3]. В России по данным 2009г. распространенность острого некротического язвенного гингивита составила у 12-летних – 0,11%, у 15-летних – 0,09%, у лиц 35-44 лет – 0,29%, у обследованных 65 лет и старше – 0,31% [17]. Заболевание чаще встречается у лиц 18-30 лет. [1, 12, 15, 18, 19].

4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

А69.1 Некротический язвенный (острый) гингивостоматит

5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Классификация МКБ-10

А00-В99 КЛАСС I Некоторые инфекционные и паразитарные болезни

А65-А69 Другие болезни, вызываемые спирохетами

А69.0 Некротизирующий язвенный стоматит

А69.1 Другие инфекции Венсана.

Фузоспирохетозный фарингит. Некротический язвенный (острый): гингивит, гингивостоматит. Спирохетозный стоматит. Язвенно-пленочная ангина Венсана: ангина, гингивит

А69.2 Болезнь Лайма

А69.8 Другие уточненные спирохетозные инфекции

А69.9 Спирохетозная инфекция неуточненная

6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Для клинической картины заболевания характерно повышение температуры тела, слабость, головная боль, чувство общего недомогания. При внешнем осмотре обычно характерны бледность кожных покровов, сероватый цвет лица. Наблюдаются боли, жжение слизистой оболочки рта, усиливающиеся при приеме пищи, затрудненная речь, гиперсаливация, кровоточивость десен, гнилостный запах изо рта. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации, не спаянные с окружающими тканями. В полости рта обильный зубной налет, над- и поддесневые зубные отложения. Процесс чаще всего начинается на деснах, а затем переходит на другие отделы полости рта. Десна гиперемирована, отечна, кровоточит, наблюдается некроз десневых сосочков и маргинального края десны. Очаги некроза покрыты серо-зеленым налетом. Некроз может достигать кости, обнажая ее и приводя к секвестрации. Язвы в полости рта чаще локализуется на слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов, на боковой поверхности языка, в ретромолярной области. Язвы имеют мягкие неровные края, толстый некротический налет серовато-зеленого цвета, после удаления которого обнажается кровоточащее, рыхлое дно. Уплотнения в основании и вокруг язвы нет. Окружающие ткани отечны, резко гиперемированы [1, 7, 15, 20, 21, 22].

VI. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Диагностика НЯГС проводится путем сбора жалоб, анамнеза, клинического осмотра и проведения дополнительных методов обследования и направлена на установление диагноза.

В большинстве случаев диагноз НЯГС ставится на основании данных клинического обследования (выяснение жалоб, сбор анамнеза, проведение объективного обследования). Для уточнения диагноза рекомендуется проведение бактериоскопического исследования.

Проведение диагностики может потребовать привлечения специалистов общего лечебного профиля. При диагностике НЯГС необходимо исключить заболевания крови (агранулоцитоз, лейкоз), ВИЧ-инфекцию, герпетический гингивостоматит [1, 7, 10, 15, 12], которые могут иметь схожие клинические проявления.

Критерии установления диагноза/состояния:

1. Ярко гиперемированная десна
2. Нарушение фестончатости десны в результате некроза десневых сосочков
3. Серо-зеленый некротический налет, покрывающий эрозивную поверхность пораженного участка
4. Резкая болезненность и быстрое распространение воспаления на различные участки слизистой оболочки рта
5. Неприятный запах изо рта
7. Возможно повышение температуры тела
8. Бледность кожных покровов.
9. Увеличение регионарных лимфатических узлов
10. Отсутствие рентгенологических признаков резорбции костной ткани.
11. Неудовлетворительная гигиена рта, обилие зубных отложений

1 Жалобы и анамнез

С целью установления диагноза обязательно проводят сбор жалоб и анамнеза.

- **Рекомендуется** собрать жалобы и анамнез заболевания [22, 24, 25].

  Уровень убедительности рекомендаций – GPP.

Комментарии: *Основные жалобы при НЯГС на боли, жжение слизистой оболочки рта, усиливающиеся при приеме пищи, разговоре, кровоточивость десен, изменение внешнего вида десны, гнилостный запах изо рта, повышенное слюноотделение, общая слабость и головная боль. При сборе анамнеза заболевания необходимо уточнить, когда появились первые симптомы, с чем пациент связывает их возникновение, занимался ли самолечением, каким и эффект от самостоятельной терапии, страдал ли пациент подобным заболеванием ранее, характер проводимого лечения, его объем и результат (со слов больного). Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за ртом. Когда проводилась последняя профессиональная гигиена и как часто она проводится.*

- **Рекомендуется** собрать анамнез жизни [22, 24, 25].

  Уровень GPP

  Комментарий: *при сборе анамнеза жизни рекомендуется выяснить профессию пациента, возможные профессиональные вредности, вредные привычки, включая употребление табака и алкоголя, характер питания, аллергологический анамнез, семейный анамнез, перенесенные и сопутствующие соматические заболевания.*

2 Физикальное обследование

- **Рекомендуется** провести внешний осмотр.

  Уровень GPP

  Комментарии: *при внешнем осмотре оценивают конфигурацию лица, симметричность, соотношение его частей. Обращают внимание на цвет, целостность кожных покровов и состояние красной каймы губ. Оценивают свободу движений в височно-нижнечелюстном суставе при открывании рта, болевые ощущения или препятствия, ширину открывания рта. Проводят пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, определяют их размеры, консистенцию, подвижность, болезненность. При НЯГС кожные покровы бледные, возможна асимметрия лица в результате отека мягких тканей, регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации, не спаянные с окружающими тканями, возможен тризм жевательных мышц.*

- **Рекомендуется** провести осмотр полости рта.

  Уровень GPP

  Комментарии: *При осмотре оценивают состояние слизистой оболочки губ, переходной складки, слизистой оболочки щек от угла рта до небной миндалины, слизистой оболочки десны и альвеолярного отростка (осматривают щечную и*

губную область десны, затем язычную и нёбную области дёсен), язык, твердое, затем мягкое небо.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, определяют наличие кариозных полостей, качество краевого прилегания пломб, оценивают качество ортопедичеких и ортодонтических конструкций, а также уровень ухода за протезами. Определяют гигиеническое состояние полости рта, количество над- и поддесневых зубных отложений.

При НЯГС десна отечна, гиперемирована, резко болезненна, кровоточит при прикосновении. В результате некроза десневые сосочки имеют вид усеченных треугольников, поверхность их покрыта серым налетом, характерен полосовидный некроз маргинальной десны. Язвы на слизистой оболочке могут быть одиночными и множественными, достигать больших размеров (до 5–6 см в диаметре) и глубины. Края их неровные, мягкие, дно покрыто толстым серовато-зеленоватого цвета некротическим налетом, имеющим гнилостный зловонный запах. После устранения налета обнажается кровоточащее дно язвы. При пальпации в области основания и краев язвы уплотнений нет. Слизистая оболочка вокруг язвы отечна, гиперемирована. При локализации язвы на твердом небе достаточно быстро развивается некроз всех слоев слизистой оболочки, обнажая кость. [22, 25].

3 Лабораторные диагностические исследования

Лабораторные методы исследование показаны с целью подтверждения диагноза и дифференциальной диагностики с заболеваниями, имеющими сходную клиническую картину.

- **Рекомендуется** проведение бактериоскопического исследования для подтверждения диагноза при атипичной клинической картине или отсутствии ответа на проводимое консервативное лечение [1,3,4,5,6,7]. **Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)**

Комментарии: П*ри бактериоскопическом исследовании материала с язвенно-некротической поверхности (окраска азур-эозином) обнаруживают элементы неспецифического воспаления (лейкоциты, гистиоциты) и в большом количестве – веретенообразные палочки и спирохеты. В период заживления язв количество спирохет и фузобактерий уменьшается, нарастает количество кокков и других представителей микрофлоры полости рта.*

- **Рекомендуется** выполнить общий анализ крови с развернутой лейкоцитарной формулой с целью дифференциальной диагностики с лейкозом, агранулоцитозом

[12, 15, 26], с проявлениями дерматозов в полости рта, для которых характерны везикуло-буллезные высыпания (пузырчаткой, буллезным пемфигоидом), первичным или рецидивирующим герпетическим гингивостоматитом

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии*: Язвенно-некротические поражения в полости рта могут быть признаками заболеваний крови, наряду со слабостью, повышением температуры тела, увеличением лимфатических узлов. При НЯГС в общем анализу крови возможен лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ.*

- **Рекомендуется** выполнить серологическое исследование крови на ВИЧ-инфекцию [1, 7, 12, 27, 28, 29, 30].

  Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

  Комментарии: *НЯГС может быть одним из проявлений ВИЧ-инфекции, и относится к ВИЧ-ассоциированным заболеваниям [16].*

4 Инструментальные диагностические исследования

- **Рекомендуется** выполнение рентгенологического исследования при тяжелом течении процесса с целью оценки состояния костных структур челюстей [20].

  Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 4)

  Комментарии: *используется один из методов рентгенологического обследования: ортопантомография, конусно-лучевая компьютерная томография. Следует отдавать предпочтение цифровым методам исследования, учитывая более низкую лучевую нагрузку.*

5 Иные диагностические исследования

Не применяется.

VII. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Лечение должно быть комплексным. План лечения составляют персонально для каждого пациента по принципу комплексной терапии, сочетающей местное лечение с общим воздействием на организм.

Лечение НЯГС включает:

- проведение местной анестезии (при необходимости и при отсутствии общих противопоказаний);
- антисептическая обработка рта;
- удаление некротических масс;
- проведение общей терапии (препараты противомикробного действия);
- санация рта;
- рекомендации по гигиене рта;
- при подозрении на наличие соматических заболеваний консультация и/или лечение у специалистов соответствующего профиля.

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

1 Консервативное лечение

- **Рекомендуется** проведение местного обезболивания для снижения выраженности / купирования болевого симптома [23,25].

  Лидокаина гидрохлорид (2% гель, раствор) для аппликаций на болезненные участки 3 раза в день, вплоть до купирования болевого симптома.

  Лидокаин + ромашки аптечной цветков экстракт (гель) для аппликаций на участки поражения 3 раза в день, вплоть до купирования болевого симптома.

  В зависимости от выраженности болевого симптома и локализации очагов поражения иногда используют инъекционную анестезию [23,25].

  Лидокаина гидрохлорид (2% раствор) для инфильтрационной или проводниковой анестезии

  или

  Артикаина гидрохлорид, артикаина гидрохлорид+эпинефрин (4% раствор) для инфильтрационной или проводниковой анестезии,

  или

Мепивакаин (3% раствор) для инфильтрационной или проводниковой анестезии,

Уровень убедительности рекомендаций – GPP.

Комментарии: *Анестетики применяют для безболезненного удаления наддесневого зубного камня, некротических масс с поверхности язв.*

- **Рекомендуется** использование протеолитических ферментов для удаления некротического налета с пораженных поверхностей слизистой оболочки рта [23, 24, 25].

  Трипсин (50 мг трипсина разводят в 5 мл физиологического раствора или воды для инъекций) для аппликаций на участки поражения в течение 10 мин

  или

  Химотрипсин (5 мг химотрипсина разводят в 1-2 мл физиологического раствора или воды для инъекций) для аппликаций на участки поражения в течение 10 мин.

  Уровень убедительности рекомендаций - GPP

  Комментарии: *Удаление некротического налета проводится путем аппликаций растворов протеолитических ферментов на пораженную поверхность слизистой оболочки рта в течение 10 мин. Препараты альтернативного выбора: рибонуклеаза, террилитин и др.*

- **Рекомендуется** использовать антисептики с целью местного медикаментозного воздействия на патогенные микроорганизмы [20, 31, 32, 33, 34].

  Водорода пероксид (0,5-1,0% раствор) для местной обработки очагов поражения.

  Хлоргексидина биглюконат (0,12% - 0,2% раствор) для полоскания полости рта 2-3 раза в день в течение 5-7 дней.

  Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

  Комментарии: *Антисептики используются в связи с широким спектром их антимикробной активности, медленным формированием к ним устойчивости, редкими тяжелыми системными побочными эффектами и аллергическими реакциями. Антисептики применяются в виде полосканий, ирригаций, ротовых ванночек до 4-5 раз в день. Основные группы антисептиков, применяющиеся при лечении: окислители, особенно эффективные при воздействии на анаэробную микрофлору (перекись водорода, калия перманганат и др.)*, *другие антисептические препараты: бигуаниды и амидины (хлоргексидин и др.)*,

- **Рекомендуется** провести удаление наддесневых неминерализованных и минерализованных зубных отложений. [7, 20, 32, 33, 35].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: *после проведения местного обезболивания проводят тщательное удаление наддесневых неминерализованных и минерализованных зубных отложений ручным механическим способом.*

- **Рекомендуется** местное применение противомикробных препаратов с целью воздействия на патогенную микрофлору [20, 23, 24, 25, 36].

  Метронидазол+хлоргексидин (гель) для аппликаций на участки поражения на 15-20 минут в течении 7-10 дней.

  Уровень убедительности рекомендаций - GPP

  Комментарии: *Противомикробные препараты наносят на очаги поражения в виде аппликаций на 15-20 минут в течении 7-10 дней. Препараты выбора: препараты на основе метронидазола.*

- **Рекомендуется** применять регенеранты и репаранты (кератопластики) для стимуляции и ускорения эпителизации слизистой оболочки рта [23, 24, 25].

  Депротеинизированный диализат из крови здоровых молочных телят (гель / мазь / дентальная адгезивная паста) для аппликаций на участки поражения на 15-20 минут 2-3 раза в день, вплоть до эпителизации очагов поражения.

  Уровень убедительности рекомендаций - GPP

  Комментарии: *Данную группу препаратов назначают после устранения признаков острого воспаления и при отсутствии некротического налета. Эпителизирующие препараты (солкосерил, масляный раствор витамина А, витамина Е, облепиховое масло и др.) наносятся на участки слизистой оболочки в виде аппликаций на 15-20 минут 3 раза в день в течении 7-10 дней.*

- **Рекомендуется** системное назначение нестероидных противовоспалительных препаратов с целью противовоспалительного, анальгетического и жаропонижающего действия [35, 37].

  Нимесулид перорально 100 мг 2 раза в день не более 5 дней

  или

  Кеторолак перорально 10мг 4 раза в день не более 5 дней.

  Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

- **Рекомендуется** системное назначение антибиотиков широкого спектра действия и антипротозойных препаратов при тяжелом течении НЯГС с явлениями общей интоксикации (повышение температуры, увеличение лимфатических узлов, общее недомогание) [10, 32, 33, 34, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45].

  Амоксициллин 250 мг и Метронидазол 250 мг, три раза в день, курс 7 дней.

  Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

  Комментарии: *назначают производные имидазола, пенициллины широкого спектра действия.*

2 Хирургическое лечение

Не применяется.

3 Иное лечение

Не применяется.

VIII. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

- **Рекомендуется** проведение санации полости рта [24, 25].

  Уровень убедительности рекомендаций - GPP

  Комментарии: *В период выздоровления проводится лечение кариеса и его осложнений, удаление разрушенных зубов, лечение заболеваний пародонта, протезирование (при необходимости).*

- **Рекомендуется** проведение профессиональной гигиены полости рта [46].

  Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

  Комментарии: *В период выздоровления проводят профессиональную гигиену рта, которая включает обучение пациентов гигиене рта и мотивацию к отказу от вредных привычек, коррекцию и контроль гигиены рта, удаление над- и поддесневых зубных отложений, полирование поверхностей зубов.*

IX. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- **Рекомендуется** проводить профилактические стоматологические осмотры не реже 2 раз в год с целью контроля гигиены полости рта, состояния пародонта и твердых тканей зубов [34,47].

  Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

- **Рекомендуется** мотивировать пациентов к отказу от вредных привычек и соблюдению индивидуальной гигиены полости рта [46, 47 ,48, 49, 50, 51 ,52].

  Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

  Комментарии: *Гигиена полости рта уменьшает количество зубных отложений и патогенных микроорганизмов и является первостепенной мерой профилактики заболеваний пародонта и НЯГС. Методы и средства гигиены подбираются, исходя из индивидуальных особенностей состояния полости рта, а также навыков и способностей пациента. Для осуществления индивидуальной гигиены рта рекомендуется использовать ручную или электрическую зубные щетки [46, 48], зубные нити, межзубные ершики, лечебно-профилактические зубные пасты, [52], ополаскиватели [31, 46, 48, 49], ирригаторы.*

X. Организация оказания медицинской помощи

Лечение пациентов с НЯГС проводится в стоматологических медицинских организациях, в амбулаторно-поликлинических условиях.

XI. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Оказание плановой терапевтической (эндодонтической, пародонтологической и др.), ортопедической и хирургической стоматологической помощи пациентам с НЯГС проводится в период достижения стойкой ремиссии, с использованием максимально атравматичных лечебно-профилактических и диагностических технологий (материалов и методик).

XII. Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерии качества медицинской помощи определены в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ №203н от 10.05.2017г. «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

№	Критерии качества	УДД	УУР
1.	Ведение медицинской документации – медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь: -Заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой -Наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство	GPP	
2.	Выполнение первичного осмотра пациента: -оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в амбулаторной карте	GPP	
3.	Установление предварительного диагноза в ходе первичного приема пациента	GPP	
4.	Формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза	GPP	
5.	Формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента	GPP	
6.	Выполнение бактериоскопического исследования	1	A
7.	Выполнение общего (клинического) анализа крови развернутого	1	A
8.	Выполнение серологического исследования крови на ВИЧ-инфекцию	1	A
9.	Установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов и внесение соответствующей записи в амбулаторную карту	GPP	
10.	Выполнение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения	GPP	
11.	Проведение терапии лекарственными препаратами в соответствие с установленным порядком и внесение записи в амбулаторную карту	1	A
12.	Проведение санации полости рта	GPP	
13.	Проведение профессиональной гигиены полости рта	1	A

№	Критерии качества	УДД	УУР
14.	Дано направление на консультацию врача общего профиля при выявлении признаков системного заболевания	1	А
15.	Достигнуто выздоровление: купирование болевого симптома, заживление эрозивно-язвенных элементов	1	А

XIII. Список литературы

1. Dufty J., Gkranias N., Donos N. Necrotising Ulcerative Gingivitis: A Literature Review. Oral Health Prev Dent. 2017. №15(4). P. 321-327.
2. Holmstrup P., Westergaard J. Enfermedad periodontal necrosante. En: Lindhe J (ed.)]/ Periodontologia clinica e implantologia odontologica. Madrid: Editorial Medica Panamericana. 2002. P. 261-81.
3. Folayan M.O. The epidemiology, etiology, and pathophysiology of acute necrotizing ulcerative gingivitis associated with malnutrition. J Contemp Dent Pract. 2004. №5. P.28–41.
4. Malek R., Gharibi A., Khlil N., Kissa .J. Necrotizing Ulcerative Gingivitis.Contemp Clin Dent. 2017;8(3):496–500. doi:10.4103/ccd.ccd_1181_16
5. Loesche W.J., Syed S.A., Laughon B.E., Stoll J. The bacteriology of acute necrotizing ulcerative gingivitis. J Periodontol 1982;53:223–230.
6. Hooper P.A., Seymour G.J. The histopathogenesis of acute ulcerative gingivitis. J Periodontol 1979;50:419–423.
7. Rowland R.W. Necrotizing ulcerative gingivitis. Ann Periodontol 1999; 4:65–73.
8. Kowolik M.J., Nisbet T. Smoking and acute ulcerative gingivitis. A study of 100 patients. Br Dent J 1983;154:241–242.
9. Stevens A.W.Jr, Cogen R.B., Cohen-Cole S., Freeman A. Demographic and clinical data associated with acute necrotizing ulcerative gingivitis in a dental school population (ANUG-demographic and clinical data). J Clin Periodontol 1984;11:487–493

10. Horning G.M., Cohen M.E. Necrotizing ulcerative gingivitis, periodontitis, and stomatitis: clinical staging and predisposing factors. J Periodontol 1995;66:990–998.
11. Murayama Y., Kurihara H., Nagai A., Dompkowski D., Van Dyke T.E. Acute necrotizing ulcerative gingivitis: risk factors involving host defense mechanisms. Periodontol 2000 1994;6:116–124.
12. Melnick S., Roseman J., Engel D., Cogen. Epidemiology of acute necrotizing ulcerative gingivitis. Epidemiol Rev 1988;10:191–211.
13. Barnes G.P., Bowles W.F. 3rd, Carter H.G. Acute necrotizing ulcerative gingivitis: a survey of 218 cases. J Periodontol 1973;44:35–42.
14. Elmer T.B., Langford J., McCormick R., Morris A.J. Is there a differential in the dental health of new recruits to the British Armed Forces? A pilot study. BDJ 2011;211:E18–E18.
15. Bermejo-Fenoll A., Sánchez-Pérez A. Enfermedades periodontales necrosantes. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2004; 9 Suppl:S108–19.
16. EC-Clearinghouse on Oral Problems Related to HIV Infection and WHO Collatoratins Centre on Oral Manifestations of the Immunodeficiency Virus. Copenhagen. Classification and diagnostic criteria for oral lesions in HIV infec-tion. J Oral Pathol Med 1993;22:289-91.
17. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки рта./ Под ред. О.О.Янушевича – М.: МГМСУ, 2009.-С.13.
18. Mizrahi Y.NUG--necrotizing ulcerative gingivitis: a review. Refuat Hapeh Vehashinayim (1993). 2014 Jul; 31(3):41-7, 62.
19. Lopez R, Fernandez O, Jara G et al. Epidemiology of necrotizing ulcerative gingival lesions in adolescents. J Periodontal Res 1983;37:439–44. 10.1034/j.1600-0765.2002.01377.x
20. Johnson BD, Engel D. Acute necrotizing ulcerative gingivitis. A review of diagnosis, etiology and treatment. J Periodontol. 1986; № 57(3): p. 141-50.
21. Wade DN1, Kerns DG. Acute necrotizing ulcerative gingivitis-periodontitis: a literature review. Mil Med. 1998; № 163(5): p. 337-42.
22. Борк К., Бургдорф В., Хеде Н. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика, лечение. Атлас и руководство. Пер. с нем. М.: Медицинская литература, 2011. – С. 155-156.

23. Луцкая И.К. Язвенно-некротический стоматит у взрослых и детей: диагностика, лечение и профилактика. Современная стоматология. 2018. № 2 (71). С. 17-20.
24. Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Охлопков В.А., Нагаева М.О. Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ. ГБОУ ВПО ОмГМА Минздрава России. – Омск, 2015. – С.119-122.
25. Луцкая И.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта. 2-е изд. М.: Медицинская литература, 2014. 224 с.
26. Khoury H, Poh CF, Williams M,et al. Acute myelogenous leukemia complicated by acute necrotizing ulcerative gingivitis due to aspergillus terreus.Leuk Lymphoma 2003;44:709–13.
27. Hämmerle C1, Grassi M, Winkler JR. HIV periodontopathies. The diagnosis and therapy of HIV-associated gingivitis/periodontitis Schweiz Monatsschr Zahnmed. 1992; № 102(8): p. 940-950.
28. Гилева О.С., Садилова В.А. Заболевания пародонта у ВИЧ-инфицированных больных: распространенность и особенности клинических проявлений в зависимости от приверженности антиретровирусной терапии. Пермский медицинский журнал, 2013. – Т.XX, № 2. - С.34-42.
29. Hu J, Kent P, Lennon JM, Logan LK. Acute necrotising ulcerative gingivitis in an immunocompromised young adult. BMJ Case Rep 2015;2015. pii: Bcr2015211092.
30. Niklaus Lang, Soskolne WA, Gary Greenstein, David Cochran, Esmonde Corbet, Huan Xin Meng, et al. Consensus Report: Necrotizing Periodontal Diseases. Annals of Periodontology 1999;4:78.
31. James P, Worthington HV, Parnell C, Harding M, Lamont T, Cheung A, Whelton H, Riley P. Chlorhexidine mouthrinse to reduce gingivitis and plaque build-u. https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008676.pub2/full
32. Hartnett AC1, Shiloah J. The treatment of acute necrotizing ulcerative gingivitis. Quintessence Int. 1991; № 22(2): p. 95-100
33. Haroian A, Vissichelli VP. A patient instruction guide used in treating ANUG. Gen Dent 1991;39:40.
34. Lindhe J, Lang N, Karring T. Clinical Periodontology and Implant Dentistry, ed 5. Copenhagen: Blackwell Munksgaard, 2008:459–474.
35. Atout RN, Todescan S. Managing patients with necrotizing ulcerative gingivitis. J Can Dent Assoc 2013;79:d46.
36. Altman EG. Rational use of metronidazole. Aust Dent J. 1980; № 25(3): p. 135-8.

37. Howell TH. Blocking periodontal disease progresión with anti-inflammatory agents. J Periodontol 1993;64:828-33..
38. Mitchell DA. Metronidazole: its use in clinical dentistry. J Clin Periodontol 1984;11:145–158.
39. Palmer N. Antimicrobial prescribing for general dental practitioners, ed 2. Faculty of General Dental Practice. 2012. Available at: http://www.fgdp. org.uk/publications/antimicrobial-prescribing-standards/periodontal-dis-ease.ashx.
40. Bascones Martínez A, García Núñez JA, Sanz Alonso MS, Gabriel Sánchez J . Gingivitis ulcerativa necrotizante aguda. Concepto y tratamiento actual. Odontoestomatol 1985;1:175-81.
41. Kaplan D. Acute necrotizing ulcerative tonsillitis and gingivitis. Ann Emerg Med 1981;10:593-5.
42. Gordon JM, Walker CB. Current status of systemic antibiotic usage in destructive periodontal disease. J Periodontol 1993;64:760-71.
43. Walker CB, Gordon JM, Magnusson I, Clark WB. A role for antibiotics in the treatment of refractory periodontitis. J Periodontol 1993;64:772-81.
44. Chiranjeevi K. The comparative assessment of the use of metronidazole, penicillin & combination of both in acute ulcerative gingivitis (Vincent's disease). J Indian Dent Assoc. 1975; № 47(6): p. 227-230.
45. Proctor DB, Baker CG. Treatment of acute necrotizing ulcerative gingivitis with metronidazole. J Can Dent Assoc (Tor). 1971; № 37(10): p. 376-380.
46. Chapple I.L, Van der Weijden F., Doerfer C. et al. Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis. J Clin Periodontol 2015; 42: S71–S76. https://doi.org/10.1111/jcpe.12366
47. Axelsson, P., Lindhe, J., Nyström, B. On the prevention of caries and periodontal disease. Journal of Clinical Periodontology 1991. 18: 182-189. doi:10.1111/j.1600-051X.1991.tb01131.x
48. Mariotti A. Plaque-induced gingival diseases. In Lindhe J (ed) Clinical periodontology and implant dentistry. Vol. 1. pp. 405–419. Blackwell Munksgaard: Oxford, 2008.
49. Teles R.P., Teles F.R.F. Antimicrobial agents used in the control of periodontal biofilms: effective adjuncts to mechanical plaque control?.Braz. oral res. [online]. 2009, vol.23, suppl.1, pp.39-48. http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242009000500007.
50. Worthington H.V., MacDonald L., Poklepovic Pericic T., Sambunjak D., Johnson T.M., Imai P, Clarkson J.E. Home use of interdental cleaning devices, in addition to

toothbrushing, for preventing and controlling periodontal diseases and dental caries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 4. Art. No.: CD012018. DOI: 10.1002/14651858.CD012018.pub2.

51. Sanz M.,Serrano J.,Iniesta M.,Santa Cruz I.,Herrera D. Antiplaque and antigingivitis toothpastes. Monogr Oral Sci. 2013;23:27-44. doi: 10.1159/000350465.
52. Riley P, Lamont T. Triclosan/copolymer containing toothpastes for oral health. Cochrane Database Syst Rev 2013; 12: Cd010514.

XIV. Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Петрова Татьяна Геннадьевна, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, профессор, доктор медицинских наук.

Конфликт интересов: отсутствует.

2. Абрамова Марина Яковлевна, заведующая кафедрой ортодонтии и геронтостоматологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, доцент, доктор медицинских наук

Конфликт интересов: отсутствует.

XV. Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врачи-стоматологи

2. врачи-стоматологи-терапевты

Таблица 1.Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД)для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2.Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка

A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

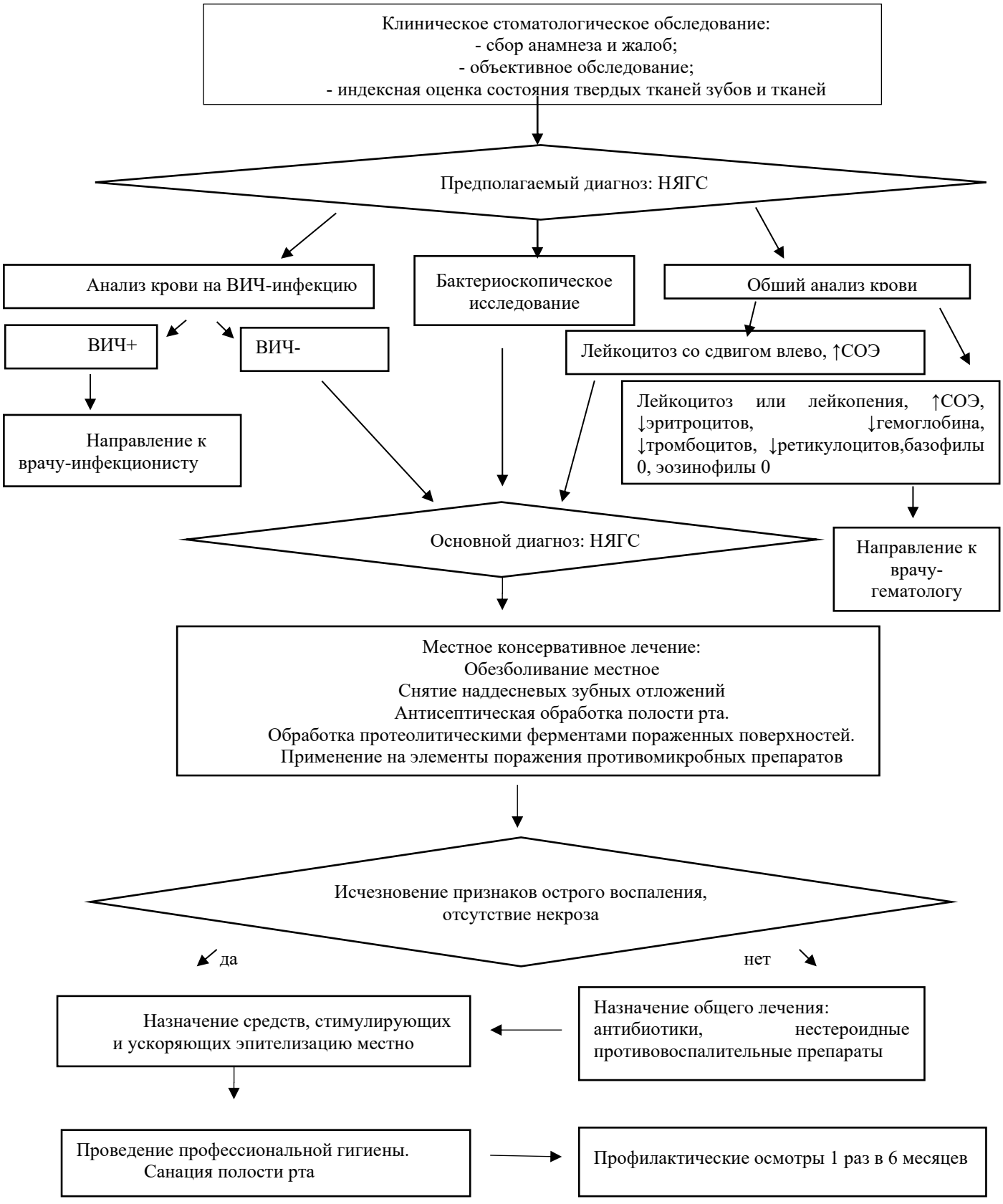
Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года,а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

XVI. Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

1. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях, утвержденный Приказом N 786н от 31 июля 2020 года.
2. Статья 37 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ №203н от 10.05.2017г. «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»
4. Государственный реестр лекарственных средств (часть первая) от 09 мая 2021 г.: обновленный (дополненный) перечень взаимозаменяемых лекарственных препаратов // СПС «КонсультантПлюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_119873/#dst0 (дата обращения: 20.05.2021).
5. 5. Государственный реестр лекарственных средств (часть вторая) от 09 мая 2021 г.: обновленный (дополненный) перечень взаимозаменяемых лекарственных препаратов // СПС «КонсультантПлюс». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_131633/6ec8a2ca785c4ea1abfd584a0f7397bc5987f056 (дата обращения: 20.05.2021).

XVII. Приложение Б. Алгоритмы действий врача



XVIII. Приложение В. Информация для пациента

Уважаемый пациент, пожалуйста, ознакомьтесь с краткой информацией о некротическом язвенном гингивостоматите (НЯГС) – заболевании, отличающемся поражением слизистой оболочки рта, десны.

Если у Вас возникнут вопросы о причинах, развитии, методах лечения этого заболевания и его возможных побочных реакциях – обратитесь к своему лечащему врачу.

НЯГС - заболевание слизистой оболочки рта, десны, вызванное бактериальной флорой и сопровождающееся некротическими и воспалительными процессами, болевыми симптомами, общим недомоганием, головной болью, повышением температуры тела:
:

- заболевание, для диагностики которого может потребоваться взятие мазка из полости рта, анализ крови и другие дополнительные методы исследования;
- проведение диагностики может потребовать привлечения специалистов общего лечебного профиля;
- заболевание, склонное к острому течению и обострениям при отсутствии должного лечения.

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 (удаление 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. Необходимо своевременное лечение зубов и пародонта.

6. Оздоровление условий труда, отдыха, питания и здоровый образ жизни.

XIX. Приложение Г1-Г3. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Приложение Г1. Оценка качества жизни пациента на основе опросника OHIP-14

Название на русском языке: Профиль влияния стоматологического здоровья (OHIP-49-RU)

Оригинальное название (если есть): Oral Health Impact Profile (OHIP-49)

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Гилева О.С., Халилаева Е.В., Либик Т.В., Подгорный Р.В., Халявина И.В., Гилева Е.С. Многоступенчатая валидация международного опросника качества жизни «Профиль Влияния Стоматологического Здоровья» OHIP-49-RU. Уральский медицинский журнал. 2009. № 8(62). С. 104-109.

Тип (подчеркнуть): шкала, индекс, опросник, другое (уточнить): _____

Назначение: субъективная оценка пациентом влияния стоматологического здоровья на качество жизни, анализ индекса в динамике – оценка эффективности лечебных мероприятий

Содержание (шаблон):

Уважаемый пациент, мы просим Вас заполнить эту анкету. Это поможет нам в диагностике, дальнейшей работе и сделает лечебный процесс более эффективным. На каждый из вопросов выберите, пожалуйста, только один из вариантов ответа.

Ф.И.О.: _____

Дата: _____

До / После лечения (ненужное зачеркнуть)

№	Вопрос	Варианты ответов
	Ограничение функции	
1	Как часто Вы испытываете трудности при приеме пищи в связи с проблемами, связанными с зубами, слизистой полости рта или протезами (далее с полостью рта)?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
2	Как часто Вы испытываете трудности при произношении слов в связи с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно

3	Как часто вы обращаете внимание на эстетический недостаток ваших зубов?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
4	Как часто Вы обращаете внимание на то, что Ваш внешний вид меняется в связи с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
5	Как часто Вы обращаете внимание на то, что Ваше дыхание испортилось из-за неприятного запаха из полости рта, связанного с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
6	Как часто Вы обращаете внимание на то, что у Вас ухудшилось вкусоощущение в связи с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
7	Как часто при приеме пищи последняя застревает между естественными или искусственными зубами (протезами)?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
8	Случается ли, что Вы связываете нарушение пищеварения с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
9	Как часто Вас беспокоят жалобы на нарушение фиксации протеза?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
	Физический дискомфорт	
10	Как часто Вы испытываете боль в полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
11	Как часто Вас беспокоит боль в челюстях?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
12	Случается ли, что Вы испытываете головную боль из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
13	Как часто Вы отмечаете повышенную чувствительность зубов к приему горячей, холодной, кислой или соленой пищи?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто

		Постоянно
14	Как часто Вас беспокоит зубная боль?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
15	Как часто Вас беспокоит боль в деснах?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
16	Меняется ли привычный для Вас пищевой рацион из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
17	Отмечаете ли Вы болезненные участки на слизистой полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
18	Считаете ли Вы Ваши протезы неудобными?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
	Психологический дискомфорт	
19	Как часто Вас беспокоят проблемы в полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
20	Часто ли Вы испытываете психологический дискомфорт (стеснение) в связи с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
21	Часто ли Вы чувствуете себя несчастным (ой) из-за проблем с зубами?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
22	Часто ли Вы испытываете дискомфорт в связи со своим внешним видом из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
23	Как часто Вы испытываете внутреннее напряжение из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
	Физические расстройства	
24	Как часто в связи с проблемами полости рта Вы отмечаете нарушение дикции?	Никогда Крайне редко

		Часто Очень часто Постоянно
25	Как часто в связи с проблемами полости рта у Вас нарушается процесс общения с другими людьми?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
26	Чувствуете ли Вы, что Ваше вкусоощущение ухудшилось из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
27	Бывает ли, что Вы не можете эффективно чистить зубы из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
28	Как часто проблемы полости рта ограничивают (делают невозможным) прием пищи?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
29	Как часто проблемы полости рта ограничивают Ваш привычный пищевой рацион?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
30	Бывает ли, что проблемы, связанные с зубными протезами, делают невозможным прием пищи?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
31	Бывает ли, что в связи с проблемами полости рта Вы избегаете улыбки?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
32	Вы вынуждены прерывать прием пищи в связи с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
	Психологические расстройства	
33	Случается ли, что в связи с проблемами полости рта нарушается (прерывается) Ваш сон?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
34	Огорчают ли Вас проблемы, связанные с зубами, слизистой полости рта или ношением протезов?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно

35	Бывает ли для Вас трудным расслабиться (отдохнуть) в связи с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
36	Случается ли, что в связи с проблемами полости рта Вы впадаете в депрессию?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
37	Могут ли проблемы полости рта ухудшить концентрацию Вашего внимания?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
38	Смущают ли Вас проблемы, связанные с зубами, слизистой полости рта или ношением протезов?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
	Социальная дезадаптация	
39	Стараетесь ли Вы избегать социальных контактов в связи с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
40	Бывают ли случаи, когда Вы менее терпимы к членам своей семьи из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
41	Часто ли проблемы полости рта перерастают в проблемы социальных контактов?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
42	Бываете ли Вы раздражительны с другими людьми из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
43	Испытываете ли Вы затруднения в профессиональной деятельности из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
	Ущерб	
44	Чувствуете ли Вы ухудшение состояния общего здоровья из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
45	Несете ли Вы какие-либо финансовые потери (убытки) из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто

		Очень часто Постоянно
46	Испытываете ли Вы невозможность получать удовольствие от общения с друзьями в связи с проблемами полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
47	Испытываете ли Вы неудовлетворенность жизнью в целом из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
48	Случалось ли так, что Вы были абсолютно неспособны что-либо делать из-за проблем полости рта?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно
49	Считаете ли Вы, что проблемы полости рта делают невозможным выполнение Ваших профессиональных обязанностей?	Никогда Крайне редко Часто Очень часто Постоянно

Ключ (интерпретация):

Каждому из ответов присваивается количество баллов: никогда – 0 баллов, крайне редко – 1 балл, часто – 2 балла, очень часто – 3 балла, постоянно – 4 балла.

Производится расчет интегрального показателя OHIP-49-RU путем суммирования баллов по всем вопросам (49).

Для оценки влияния стоматологического здоровья по 7 составляющим (шкалам) качества жизни (ограничение функций, физический дискомфорт, психологический дискомфорт, физические расстройства, психологические расстройства, социальная дезадаптация, ущерб) рассчитывается сумма баллов по каждой их каждой шкал.

Приложение Г2. Визуально-аналоговая шкала для оценки болевого симптома у пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.

Название на русском языке: Визуально-аналоговая шкала для оценки болевого симптома у пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта.

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией):. Гилева О.С., Задорина И.И., Исламова А.Ф., Пленкина В.А., Синтюрина А.А., Чупраков М.А. Оценка болевого симптома у пациентов с воспалительными заболеваниями слизистой оболочки рта, паро- и эндодонта. Современные проблемы науки и образования. 2017. № 4. С. 17.

Тип (подчеркнуть): шкала, индекс, опросник, другое (уточнить): _____

Назначение: субъективная оценка пациентом болевого симптома.

Содержание (шаблон): Визуально-аналоговая шкала для оценки болевого симптома представлена на рис. 1.



Рис. 1. Визуально-аналоговая шкала для оценки болевого симптома.

Ключ (интерпретация):

Цветовая кодировка шкалы боли представлена в виде оптического спектра:

- Фиолетовый (0 баллов) – отсутствие боли;
- Синий (1-3 балла) – легкая боль;
- Зеленый (4-6 балла) – умеренная боль;
- Желто-оранжевый (7-9 баллов) – сильная боль;
- Красный (10 баллов) – нестерпимая боль, требующая экстренного купирования.

Пояснения: Шкала может быть использована при первичном приеме для оценки степени выраженности болевого симптома, а также при повторных приемах для оценки эффективности терапии и принятия своевременных мер по коррекции болевого симптома.

Приложение Г3. Схема-топограмма слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.

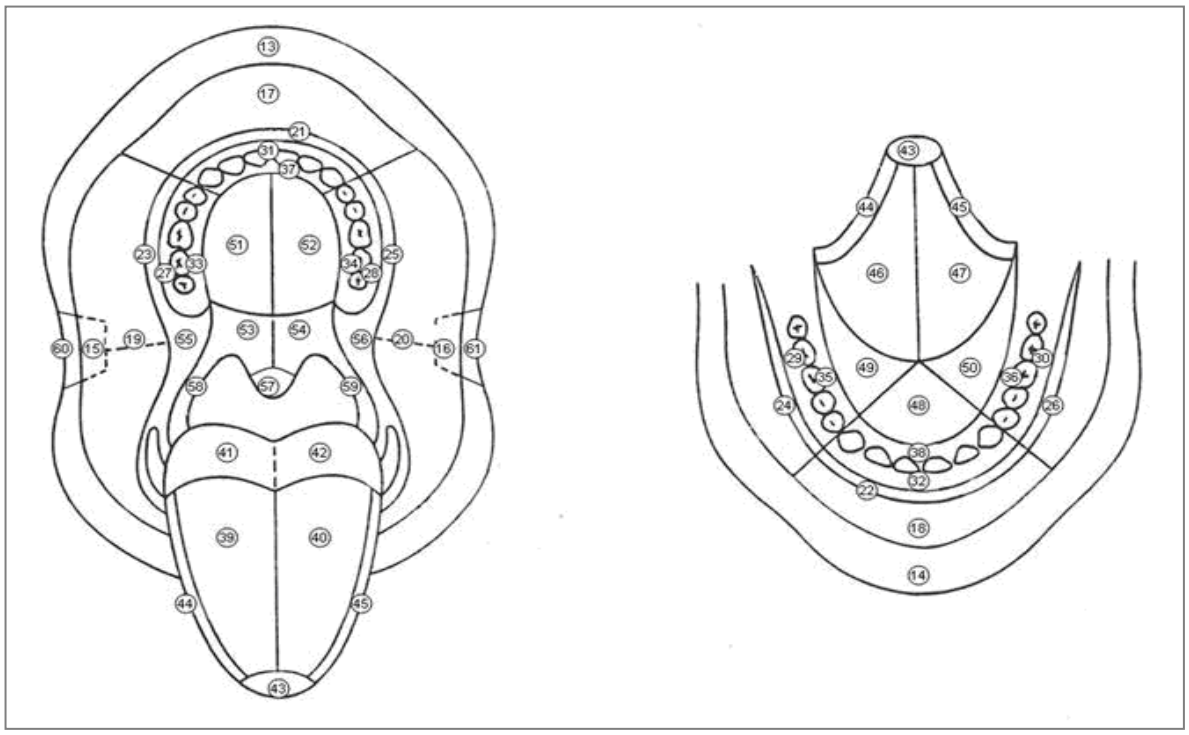
Название на русском языке: Схема-топограмма слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Гилева О.С., Либик Т.В., Кобус А.Б., Бондаренко Е.А., Белева Н.С., Подгорный Р.В. Комплексная оценка влияния зубных паст на слизистую оболочку полости рта и красную кайму губ (клинико-социологическое исследование) (часть II). Институт стоматологии. 2008. № 3 (40). С. 56-59.

Тип (подчеркнуть): шкала, индекс, опросник, другое (уточнить): схема-топограмма.

Назначение: документирование элементов поражения в карте стоматологического больного по топографическим кодам ВОЗ.

Содержание (шаблон): Схема-топограмма СОПР и ККГ представлена на рис. 2.



- эрозия, язва

- гиперкератоз

- пузырек

- афта

- корка, налет **- бугорок, папилломатоз**

Рис. 2. Схема-топограмма слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.

Ключ (интерпретация): Пораженные участки СОПР и ККГ окрашиваются в соответствии с цветовой кодировкой элементов поражения: красный – эрозия и/или язва, оранжевый – пузырек, пузырь, желтый – гиперкератоз, бляшка, зеленый – бугорок, папилломатоз, голубой – афта, коричневый – корка и/или налет.

Пояснения: на рис. 3 представлен пример схемы-топограммы пациента с эрозивно-язвенной формой КПЛ СОПР (на щеке справа – ТК ВОЗ 19 – имеются типичные папулезные элементы; десквамация эпителия десны на верхней и нижней челюсти по ТК ВОЗ 28,31, 30 – десквамативный гингивит).

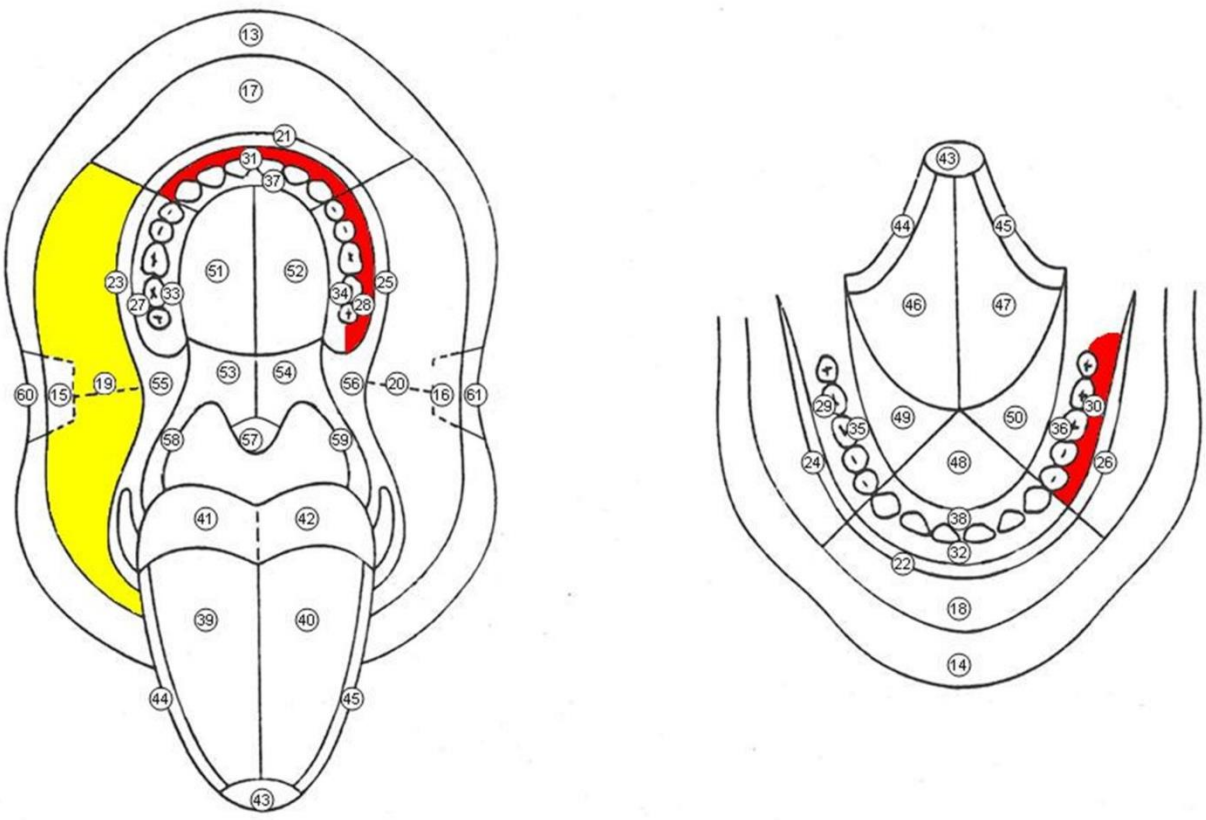


Рис. 3. Схема-топограмма СОПР и ККГ пациента с эрозивно-язвенной формой КПЛ СОПР.

Кодирование элементов поражения СОПР и ККГ начинается с ТК ВОЗ 13, т.к. коды 1-12 соответствуют локализации элементов на коже лиц