КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ)
ПРИ ДИАГНОЗЕ ОСТРЫЙ НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ ГИНГИВИТ ВЕНСАНА

Утверждены Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года

Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана» разработаны Московским Государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И.Евдокимова Минздрава РФ (Янушевич О.О., Кузьмина Э.М., Максимовский Ю.М., Малый А.Ю., Дмитриева Л.А., Ревазова З.Э, Почтаренко В.А., Эктова А.И.) и Центральным научно-исследовательским институтом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Минздрава РФ (Вагнер В.Д., Грудянов А.И., Смирнова Л.Е.).

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана» предназначens для применения в системе здравоохранения Российской Федерации.

II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящих Клинических рекомендациях (протоколах лечения) использованы ссылки на следующие документы:

- Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.97 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).
- Приказ Минздравсоцразвития России №1664н от 27 декабря 2011г. Об утверждении номенклатуры медицинских услуг.
- Федеральный закон от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).

III.ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящих Клинических рекомендациях (протоколах лечения) использованы следующие обозначения и сокращения**:**

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем Всемирной организации здравоохранения десятого пересмотра.
МКБ-С – Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10.

IV. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Клинические рекомендации (протоколы лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана» разработаны для решения следующих задач:

— установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных с острым некротическим язвенным гингивитом ;
— унификация разработки базовых программ обязательного медицинского страховании и оптимизация медицинской помощи больным с гингивитом Венсана;
— обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинском учреждении.

Область распространения настоящих Клинических рекомендаций — стоматологические медицинские организации.

В настоящих Клинических рекомендациях используется шкала убедительности доказательств данных:

A) Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению.

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

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

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

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

V. ВЕДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ) «ОСТРЫЙ НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ ГИНГИВИТ ВЕНСАНА»

Ведение Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана» осуществляется Московским государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова Минздрава России). Система ведения предусматривает взаимодействие Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова со всеми заинтересованными организациями.

VI. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

В общей структуре оказания медицинской помощи больным в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля это заболевание преимущественно встречается в возрастной группе пациентов от 17-30 лет и составляет 1% от общего числа обращений. Острый некротический язвенный гингивит при несвоевременном и/или неправильном лечении и прогрессировании процесса может стать причиной потери зубов, развития гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Рот пациентов с данным заболеванием представляет собой источник интоксикации и инфекционной сенсибилизации организма.

Несвоевременное лечение острого некротического язвенного гингивита приводит к развитию патологических процессов и как следствие к удалению зубов, что в свою очередь обусловливает возникновение вторичных деформаций зубных рядов и патологии височно-нижнечелюстного сустава. Гингивит Венсана непосредственным образом влияет на здоровье и качество жизни пациента.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Острый некротический язвенный гингивит - инфекционное заболевание с преобладанием фузобактерий и спирохет.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Причиной развития острого некротического язвенного гингивита является резкое увеличение микробных скоплений, особенно анаэробной и простейших (фузобактерий, спирохет) в обычных условиях являющимися представителями резидентной микрофлоры полости рта человека, и соответственно усиление их повреждающего потенциала в

результате падения механизмов общей и местной защиты организма. Причины падения механизмов защиты могут быть различными: переохлаждение, ОРВИ, ангина, грипп, другие инфекционные заболевания, нарушение питания (гиповитаминоз С и др.), стрессовые ситуации, курение, приём наркотиков.

Острый некротический язвенный гингивит развивается преимущественно у людей с неудовлетворительной гигиеной и несанированным ртом.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО ГИНГИВИТА

Заболевание начинается с повышения температуры тела до 37-38 С, увеличиваются регионарные лимфатические узлы и становятся болезненными при пальпации, сопровождается слабостью, головной болью, болями в суставах и мышцах. При внешнем осмотре обычно характерны землистый цвет лица, бледность кожных покровов.

Местные проявления: затрудненная речь, боли усиливающиеся при приеме пищи и чистки зубов, гнилостный запах изо рта, гиперсаливация, кровоточивость десен, скоплеие мягкого зубного налета на зубах. В анамнезе такие больные обычно указывают на кровоточивость дёсен продолжительностью от нескольких недель до нескольких лет
Подчелюстные лимфатические узлы увеличенные и болезненные.

Процесс чаще всего начинается на деснах, а затем переходит на другие отделы полости рта. Как правило, на высоте развития процесса больные перестают чистить зубы, нормально питаться, что резко утяжеляет течение болезни в связи с выраженной интоксикацией и истощением организма, ещё большим подавлением механизмов защиты.

КЛАССИФИКАЦИЯ ГИНГИВИТА по МКБ-С**.**

КЛАСС: НЕКОТОРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

БЛОК: ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ ВЫЗВАННЫЕ СПИРОХЕТАМИ

А69.10 Острый некротический язвенный гингивит (фузоспирохетный гингивит), (гингивит Венсана).

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО ГИНГИВИТА.

Диагностику острого некротического язвенного гингивита проводят путем сбора анамнеза, клинического осмотра, дополнительных методов обследования и направлена на определение состояния тканей и показаний к лечению, а также на выявление в анамнезе факторов, которые препятствуют немедленному началу лечения. Такими факторами могут быть:

- наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения
- неадекватное психо-эмоциональное состояние пациента перед лечением
- угрожающие 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.

Диагноз не представляет сложности ввиду характерной клинической картины и обнаружения в соскобе с поверхности язв обилия веретенообразных фузобактерий и спирохет.

Клинические показатели крови при относительно кратковременном процессе у большинства больных в пределах нормы. При более длительном течении они могут уменьшаться: увеличивается СОЭ и количество лейкоцитов до верхней границы нормы (8,0–9,0 $\square 10^9$/л) либо выше. Однако это может быть связано и с фоновым заболеванием.

Дифференциальная диагностика

Её проводят, прежде всего, с язвенным гингивитом при заболеваниях крови (лейкоз, агранулоцитоз и др.) и пародонтитом лёгкой степени с некротическими изменениями десны, СПИДом, висмутовым и свинцовым гингивитом (в случае язвенно-некротических изменений при этих заболеваниях).

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО ГИНГИВИТА.

Принципы лечения больных с острым некротическим язвенным гингивитом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;
- устранение очага острого воспалени;
- повышение общей резистентности организма;
- повышение качества жизни пациентов.

Лечение гингивита Венсана включает:

- проведение местной анестезии (при необходимости и при отсутствии общих противопоказаний);
- антисептическая и антимикробная обработка рта;
- удаление некротических масс;
- проведение общей терапии (препараты противомикробного действия, антибиотики, витамины);
- санация рта;
- рекомендации по гигиене рта

Выбор метода лечения острого некротического язвенного гингивита зависит от клинической картины, проявлений и симптомов и может потребовать привлечения врачей других специальностей.

Основным принципом лечения гингивита Венсана является выявление и устранение причин приведших к данному заболеванию.

В первое посещение проводят обработку рта. Начинать лечение следует с проведения обезболивания, после этого удаляют все механические раздражители: сошлифовывают острые края зубов, удаляют зубной налет и камень. Удаление разрушенных зубов откладывают до полной эпителизации язв. Очищение язвенных поверхностей проводят с использованием протеолитических ферментов: трипсина, химотрипсина, лизоамидазы и др. Рот обрабатывают растворами антисептиков. В дальнейшем проводится ежедневная обработка. Больному назначаются полоскания антисептическими растворами и рекомендации по гигиене. При легком течении заболевания ограничиваются местным лечением. В более тяжелых случаях назначают общую терапию: противомикробные препараты (метронидазол, трихопол, флагил, клиол), антибиотики широкого спектра действия (эритромицин, олететрин, окситетрациклин), витамины(группа В, С,А).

После улучшения состояния пациента проводят тщательную санацию рта.

Для оказания помощи можно использовать только те материалы и лекарственные средства, которые допущены к применению в установленном порядке.

Профилактика заключается в своевременном лечении простого маргинального гингивита, кариеса зубов, соблюдении правил гигиены рта, профилактике инфекционных заболеваний, отказе от курения. особенно важно закаливание организма в целях повышения устойчивости к влиянию различных инфекций.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ ГИНГИВИТОМ.

Лечение пациентов с заболеванием с острым некротическим язвенным гингивитом проводится в стоматологических медицинских организациях. Как правило, лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

Оказание помощи больным с острым некротическим язвенным гингивитом 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, в том числе гигиенисты стоматологические.

VII. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

7.1. Модель пациента

Нозологическая форма: Острый некротический язвенный гингивит (фузоспирохетный гингивит), (гингивит Венсана).

Стадия: любая.

Фаза: острая.

Осложнение: без осложнений

Код по МКБ - 10: A69.10

7.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента

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

6. Назубные отложения

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

7.1.2. Порядок включения пациента в Клинические рекомендации (протоколы лечения):

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

7.1.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

Код	Наименование	Частота предоставления
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
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	По потребности
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	Согласно алгоритму
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	По потребности
A02.07.006	Определение прикуса	По потребности
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	По потребности
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	Согласно алгоритму
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	Согласно алгоритму
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	Согласно алгоритму
A09.07.005	Микроскопическое исследование отделяемого из полости рта на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым средствам	По потребности
A06.07.007	Внутриротова рентгенография в прикус	По потребности
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	По потребности
A06.07.004	Ортопантомография	По потребности
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	По потребности
B01.047.01	Прием(осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	По потребности
B01.014.01	Прием(осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	По потребности
B01.008.01	Прием(осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	По потребности

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

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).

При диагностике острого некротического язвенного гингивита необходимо исключить заболевания крови. Обследование направлено на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Сбор анамнеза

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб от различных раздражителей, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний.

Целенаправленно выявляют жалобы на боли и кровоточивость десен, их характер, сроки появления, когда пациент обратил на них внимание В анамнезе такие больные обычно указывают на кровоточивость дёсен продолжительностью от нескольких недель до нескольких лет.

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

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

Необходимо проводить пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, которая проводится бимануально и билатерально, сравнивая правую и левую половины лица и шеи.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических изменений.

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, наличие или отсутствие болевой чувствительности при зондировании. Тщательно обследуют апроксимальные поверхности зубов

Проводят пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта.

При оценке уровня гигиены 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 Рассела, индекс Мюллемана. См. приложение №6.

Из дополнительных методов обследования используют методы лучевой диагностики и микробиологическое исследование.

7.1.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому

Код	**Наименование**	**Кратность выполнения**
A16.07.055	Профессиональная гигиена рта и зубов	Согласно алгоритму
A16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами)	Согласно алгоритму
A13.31.007	Обучение гигиене рта	Согласно алгоритму
A14.07.003	Гигиена рта и зубов	Согласно алгоритму
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	Согласно алгоритму
A16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	Согласно алгоритму
A11.07.012	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область (анестезия)	Согласно алгоритму
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых зубных отложений	Согласно алгоритму
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	Согласно алгоритму

A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях полости рта и зубов	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:

- купирование воспалительного процесса;

- удаление механических раздражителей;

- удаление ретинированных, дистопированных и разрушенных зубов;

- лечение кариеса и его осложнений;

- предупреждение развития осложнений;

После диагностических исследований и принятия решения на том же приеме приступают к лечению.

Немедикаментозная стоматологическая помощь направлена на устранение этиологических факторов болезней пародонта: микробной биопленки, зубных отложений и факторов, обеспечивающих их аккумуляцию с целью предупреждения развития воспалительных заболеваний пародонта. И включает три основных компонента: обучение гигиене рта, контролируемая чистка зубов и профессиональная гигиена рта.

См. приложение №3.

7.1.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Наименование группы	**Кратность (продолжительность лечения)**
Противомикробные препараты для местного лечения заболеваний рта	Согласно алгоритму
Препараты для местной анестезии	Согласно алгоритму
Ферментативные препараты	Согласно алгоритму
Кератопластические препараты	Согласно алгоритму
Противомикробные препараты для системного применения	По потребности

Нестероидные противовоспалительные препараты	По потребности
Витамины	По потребности
Антигистаминные препараты	По потребности

7.1.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Перед проведением лечебных манипуляций по показаниям проводят анестезию (аппликационную, инфильтрационную, проводниковую).

На сегодняшний день имеется довольно широкий выбор различных лекарственных средств, которые действуют на микроорганизмы, а также вирусы и споры. Основу в терапии гингивита Венсана составляют антисептики. Их применяют в виде ротовых ванночек, аппликаций и ирригаций. Наиболее широко используют антисептики из группы галоидов (например, хлоргексидина биглюконат 0,06%), а также из группы окислителей и содержащих эфирные масла. Дополнительно применяют лечебные зубные пасты на основе антисептиков и других противовоспалительных средств.

Очищение язвенных поверхностей проводят с использованием протеолитических ферментов: трипсина, химотрипсина, лизоамидазы, дезоксирибонуклеазы.

Кератопластические препараты применяются у пациентов всех возрастных групп для местного ускорения заживления и защиты раневой поверхности.

При интоксикации назначают внутрь антимикробные препараты.

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

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

7.1.10.Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Для индивидуальной гигиены использовать только мягкую щетку, средства уменьшающие образование налета.

7.1.11.Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Исключить прием пищевых продуктов оказывающих чрезмерное химическое, температурное и механическое воздействие на пораженные участки.

7.1.12.Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

См. Приложение №4.

7.1.13.Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

См. Приложение №5.

7.1.14. Правила изменения требований при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана» и прекращении действия требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

При выявлении в процессе диагностики признаков, требующих проведения подготовительных мероприятий к лечению, пациент переводится в Клинические рекомендации (протоколы лечения), соответствующий выявленным заболеваниям и осложнениям.

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

а) раздела этих Клинических рекомендаций (протоколов лечения), соответствующего ведению острого некротического язвенного гингивита;

б) Клинических рекомендаций (протоколов лечения), с выявленным заболеванием или синдромом.

7.1.15. Возможные исходы и их характеристики

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и Признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преемственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	95%	Восстановление внешнего вида десны, отсутствие признаков воспаления	После лечения	Профилактические мероприятия не реже 2 раз в год
Развитие ятрогенных осложнений	1%	Появление новых поражений или осложнений, обусловленных	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего забо-левания

		проводимой терапией (например, аллергические реакции)		
Развитие нового заболевания, связанного с основным	4%	Прогрессирование заболевания	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

7.1.16. Стоимостные характеристики Клинических рекомендаций (протоколов лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана»

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов

VIII. ГРАФИЧЕСКОЕ, СХЕМАТИЧЕСКОЕ И ТАБЛИЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ ЛЕЧЕНИЯ)

Не требуется.

IX. МОНИТОРИРОВАНИЕ (при необходимости)

Критерии и методология мониторинга и оценки эффективности выполнения клинических рекомендаций (протоколов лечения)

Мониторирование проводится на всей территории Российской Федерации.

Перечень медицинских организаций, в которых проводится мониторирование данного документа, определяется ежегодно организацией, ответственной за мониторирование. Медицинская организация информируется о включении в перечень по мониторированию Клинических рекомендаций (протоколов лечения) письменно.

Мониторирование включает в себя:

- сбор информации: о ведении пациентов с кариесом зубов в стоматологических медицинских организациях;
- анализ полученных данных;
- составление отчета о результатах проведенного анализа;
- представление отчета группе разработчиков данных Клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Исходными данными при мониторировании являются:

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

При необходимости при мониторировании Клинических рекомендаций (протоколов лечения) могут быть использованы иные документы.

В стоматологических медицинских организациях, определенных перечнем по мониторированию, раз в полгода на основании медицинской документации составляется карта пациента (см.приложение №9) о лечении пациентов с острым некротическим язвенным гингивитом, соответствующих модели пациента в данных Клинических рекомендациях (протоколов лечения).

В анализируемые, в процессе мониторинга, показатели входят: критерии включения и исключения из Клинических рекомендаций (протоколов лечения), перечни медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортимента, перечни лекарственных средств обязательного и дополнительного ассортимента, исходы заболевания, стоимость выполнения медицинской помощи по Клиническим рекомендациям (протоколов лечения) и др.

Принципы рандомизации

В данных Клинических рекомендациях (протоколах лечения) рандомизация (медицинских организаций, 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 (см. приложение №5).

Порядок исключения пациента из мониторирования

Пациент считается включенным в мониторирование при заполнении на него Карты пациента. Исключение из мониторирования проводится в случае невозможности продолжения заполнения Карты (например, неявка на врачебный прием) (см. приложение №9). В этом случае Карта направляется в организаццию, ответственное за мониторирование, с отметкой о причине исключения пациента из Клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Промежуточная оценка и внесение изменений в клинические рекомендации (протоколы лечения)

Оценка выполнения Клинических рекомендаций (протоколов лечения) проводится один раз в год по результатам анализа сведений, полученных при мониторировании.

Внесение изменений в Клинические рекомендации (протоколы лечения) проводится в случае получения информации:

а) о наличии в Клинических рекомендаций (протоколов лечения) требований, наносящих урон здоровью пациентов,
б) при получении убедительных данных о необходимости изменений требований Клинических рекомендаций (протоколов лечения) обязательного уровня. Решение об изменениях принимается группой разработчиков.

Параметры оценки качества жизни при выполнении Клинических рекомендаций (протоколов лечения)

Для оценки качества жизни пациента с острым некротическим язвенным гингивитом, соответствующей моделям Клинических рекомендаций (протоколов лечения), используют аналоговую шкалу (см. приложение №7).

Оценка стоимости выполнения Клинических рекомендаций (протоколов лечения) и оценки качества

Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

Сравнение результатов

При мониторировании Клинических рекомендаций (протоколов лечения) ежегодно проводится сравнение результатов выполнения его требований, статистических данных, показателей деятельности медицинских организаций.

Порядок формирования отчета

В ежегодный отчет о результатах мониторирования включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, предложения по актуализации Клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Отчет представляется в группу разработчиков данных клинических рекомендаций.

Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати

Приложение №1

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана»

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

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ АССОРТИМЕНТ

1. установка стоматологическая
2. лоток универсальный стоматологический для смотрового набора
3. стекла стоматологические для замешивания
4. блоки бумажные для замешивания
5. зеркало стоматологическое
6. пинцет стоматологический
7. зонд-эксплорер двусторонний
8. зонд для фуркаций – зонд Набера
9. зонд пародонтологический
10. скейлер серповидный (с прямым лезвием; с изогнутым лезвием)
11. скейлер мотыгообразные
12. кюреты универсальные
13. кюреты зоноспецифические - кюреты Грейси:

    а - Грейси 1/2 – для вестибулярных и оральных поверхностей фронтальных зубов;

    б - Грейси ¾ – для вестибулярных и оральных поверхностей фронтальных зубов;

    в - Грейси 5/6 – для вестибулярных и оральных поверхностей фронтальных зубов и премоляров;

    г - Грейси 7/8 – для вестибулярных и оральных поверхностей моляров и премоляров;

    д - Грейси 9/10 – для вестибулярных и оральных поверхностей моляров и труднодоступных участков поверхности корня;

    е - Грейси 11/12 – для мезиальных поверхностей моляров и премоляров;

    ж - Грейси 13/14 – для дистальных поверхностей моляров и премоляров;

    з - Грейси 15/16 – для мезиальных поверхностей моляров;

    и - Грейси 17/18 – для дистальных поверхностей моляров.
14. кюреты Грейси Turgeon

15. кюреты Грейси After Five
16. кюреты Грейси Mini Five
17. кюреты Грейси Mini-Micro
18. кюреты Vision
19. кюреты фуркационные
20. кюреты Лангера
21. кюреты алмазные Diamond Tec
22. имплакер
23. аппарат ультразвуковой пьезоэлектрического типа
24. насадки различные по форме и размеру для звуковых и ультразвуковых приборов
25. пинцет
26. наконечник угловой
27. боры для наконечника углового
28. триммер десневого края
29. головки резиновые полировочные
30. щеточки полировочные
31. штрипсы металлические
32. штрипсы пластиковые
33. перчатки одноразовые
34. маска одноразовые
35. слюноотсос одноразовый
36. стакан одноразовый
37. очки защитные
38. экран защитный
39. шприцы одноразовые
40. шприц карпульный
41. анестетики для карпульного шприца
42. иглы для карпульного шприца
43. материал для повязок и временных пломб
44. антисептики для медикаментозной обработки полости рта или пародонтальных карманов
45. паста абразивная, не содержащая фтор для очищения поверхности зуба
46. паста для полирования пломб и зубов
47. средства для обучения пациента индивидуальной гигиене рта (зубные щетки, пасты, зубные нити, интердентальные ершики)

48. таблетки для окрашивания зубов при гигиенических мероприятиях
49. фартук для пациента

Дополнительный ассортимент:

1. микромотор
2. 2% раствор метиленового синего
3. валики стандартные ватные
4. бокс для стандартных ватных валиков
5. аппарат звуковой
6. аппарат ультразвуковой магнитострикtивного типа

Приложение №2

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана»

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДБОРУ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ РТА ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ ГИНГИВИТОМ ВЕНСАНА

ФОРМЫ ГИНГИВИТА	РЕКОМЕНДУЕМЫЕ СРЕДСТВА ГИГИЕНЫ РТА
Язвенно-некротический гингивит Венсана	Зубная щетка с мягкой или очень мягкой щетиной; зубные пасты и не содержащие спирта ополаскиватели с экстрактами лекарственных растений, препаратами хлорофилла

Приложение №3

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана»

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.

Обратить внимание на то, что рабочую часть зубной щетки следует располагать под углом 45° к зубу, производить очищающие движения от десны к зубу, одновременно удаляя налет с зубов и десен. Жевательные поверхности зубов очищать 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 располагать 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) (Приложение №1).

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.

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 небходимости 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 фторсодержащих средств;

— мотивация пациента к профилактике и лечению стоматологических заболеваний.

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

— провести обработку рта раствором антисептика;

— при выраженной гиперестезии зубов и отсутствии общих противопоказаний удаление зубных отложений нужно проводить под местным обезболиванием;

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

имплантатов следует использовать мелкодисперсные полировочные пасты и резиновые колпачки

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

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

Приложение №4

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана»

ФОРМА ДОБРОВОЛЬНОГО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

ПРИЛОЖЕНИЕ К МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЕ №_____

Пациент

_____

ФИО

_____

__

получая разъяснения по поводу диагноза гингивит, получил информацию:

об особенностях течения заболевания _____

вероятной длительности лечения_____

о вероятном прогнозе_____

Пациенту предложен план обследования и лечения, включающий_____

Пациенту предложено_____

из материалов _____

Примерная стоимость лечения составляет около_____

Пациенту известен прейскурант, принятый в клинике.

Таким образом, пациент получил разъяснения о цели лечения и информацию о планируемых методах

диагностики и лечения.

Пациент извещен о необходимости подготовки к лечению:

_____

__

_____

__

Пациент извещен о необходимости в ходе лечения

_____
__

_____
_

получил указания и рекомендации по уходу за ртом.

Пациент извещен, что несоблюдение им рекомендаций врача может отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Пациент получил информацию о типичных осложнениях, связанных с данным заболеванием, с необходимыми диагностическими процедурами и с лечением.

Пациент извещен о вероятном течении заболевания и его осложнениях при отказе от лечения. Пациент имел возможность задать любые интересующие его вопросы касательно состояния его здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы.

Пациент получил информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Беседу провел врач_____ (подпись врача).

«___»_____20___г.

Пациент согласился с предложенным планом лечения, в чем

расписался
собственноручно_____

(подпись пациента)

или

расписался его законный представитель_____

(подпись законного представителя)

или

что удостоверяют присутствовавшие при беседе_____

(подпись врача)

_____

(подпись свидетеля)

Пациент не согласился с планом лечения

(отказался от предложенного вида протеза), в чем расписался собственноручно.

(подпись пациента)

или расписался его законный представитель_____

(подпись законного представителя)

или

что удостоверяют присутствовавшие при беседе_____

(подпись врача)

_____

(подпись свидетеля)

Пациент изъявил желание:

— дополнительно к предложенному лечению пройти обследование

— получить дополнительную медицинскую услугу

Пациент получил информацию об указанном методе обследования/лечения.

Поскольку данный метод обследования/лечения также показан пациенту, он внесен в план лечения.

«___» _____20____г. _____

(подпись пациента)

_____

(подпись врача)

Поскольку данный метод обследования/лечения не показан пациенту, он не внесен в план лечения.

«___» _____20____г. _____

(подпись пациента)

_____

(подпись врача)

Приложение №5

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана»

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

1. В острый период заболевания зубы необходимо чистить мягкой зубной щеткой с пастой два раза в день. После еды следует полоскать рот для удаления остатков пищи.

2. При возникновении кровоточивости при чистке зубов нельзя прекращать гигиенические процедуры. Если кровоточивость не проходит в течение 3- дней, необходимо обратиться к врачу.

3. Профессиональная гигиена(удаление назубных 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 №6.

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана»

Алгоритмы определения индексов.

Индекс гигиены Грин – Вермиллиона.

Представляет собой двойной индекс, т.е. состоящий их 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

2-налет покрывает от 1\3 до 2\3 поверхности зуба

3-налет покрывает более 2\3 поверхности зуба

Формула:

DI-S=сумма баллов/6

Критерии оценки CI-S:

0-нет камня

1-наддесневой камень покрывает менее 1\3 поверхности зуба

2-наддесневой камень покрывает от 1\3 до 2\3 поверхности зуба или имеются отдельные частицы поддесневого камня

3-наддесневой камень покрывает более 2\3 поверхности зуба

Формула:

CI-S=сумма баллов/6

OHI-S=DI-S+CI-S

Критерии оценки:

0,0-0,6 низкий(гигиена хорошая)

0,7-1,6 средний(гигиена удовлетворительная)

1,7-2,5 высокий(гигиена неудовлетворительная)

2,6-6,0 очень высокий(гигиена плохая)

Индекс гигиены Силнесс-Лое.

Определяет уровень гигиены.

Определяют толщину зубного налета в придесневой области зуба и у детей, и у взрослых.

Метод:

1. Окрашивать зубной налет не требуется. После высушивания зуба воздухом для выявления зубного налета используют стоматологическое зеркало и зонд.

2. Для определения индекса можно осмотреть все зубы или только 6 индексных зубов:

16 21 24

44 41 36

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 промежуток

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 при 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

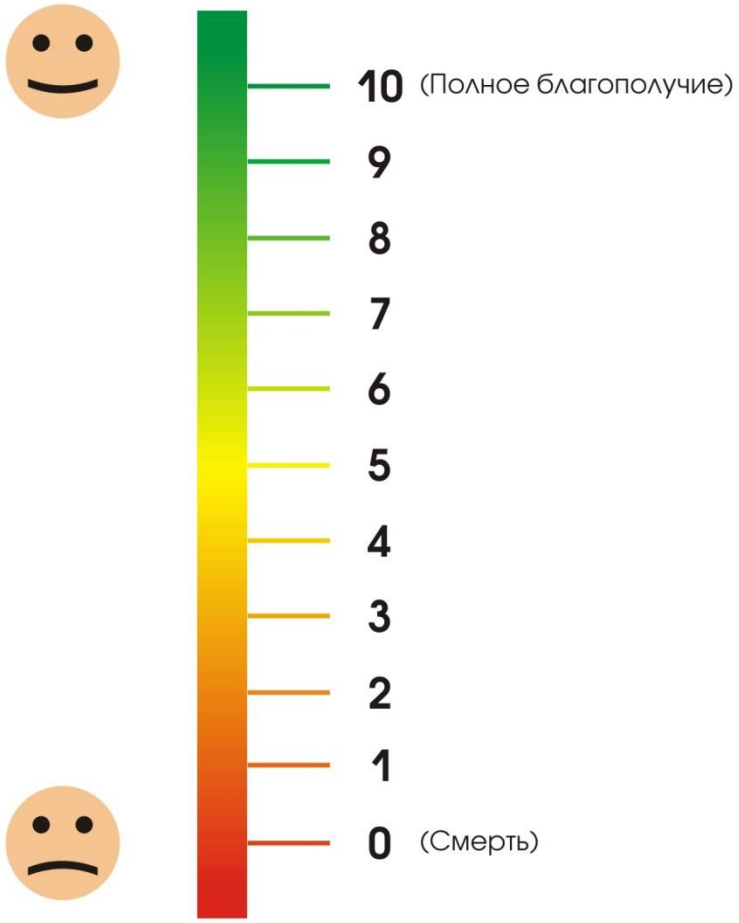
К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана»

Анкета пациента

ФИО_____ Дата заполнения

Как Вы оцениваете Ваше общее самочувствие на сегодняшний день?

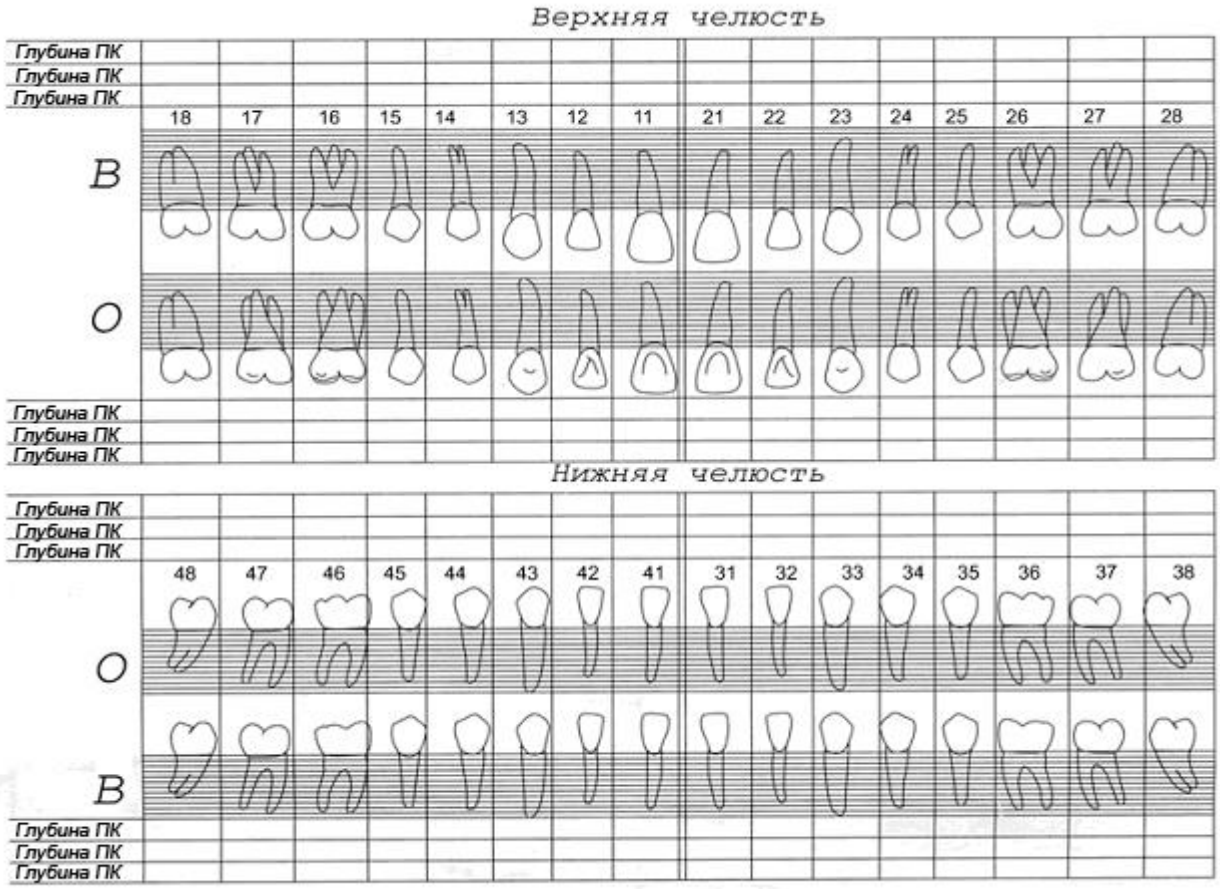
Отметьте, пожалуйста, на шкале значение, соответствующее состоянию Вашего здоровья.



Приложение №8

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана»

Дополнение к карте для определения пародонтологического статуса пациента



Приложение №9

К Клиническим рекомендациям (протоколам лечения) «Острый некротический язвенный гингивит Венсана»

КАРТА ПАЦИЕНТА

История болезни № _____

Наименование учреждения _____

Дата: начало наблюдения_____окончание наблюдения_____

Ф.И.О._____ возраст _____

Диагноз основной _____

_____

Сопутствующие заболевания:_____

_____

Модель пациента:_____

Объем оказанной нелекарственной медицинской помощи:_____

_____

Код	Наименование ПМУ	Отметка о выполнении (кратность)
В процессе диагностики		
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии рта	
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии рта	
A01.07.003	Пальпация органов рта	
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда	
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	
A02.07.006	Определение прикуса	

A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	
A12.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	
A09.07.005	Микроскопическое исследование отделяемого из полости рта на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым средствам	
A06.07.007	Внутриротова рентгенография в прикус	
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	
A06.07.004	Ортопантомография	
A06.31.006	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	
B01.047.01	Прием(осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	
B01.014.01	Прием(осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	
B01.008.01	Прием(осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный	
В процессе лечения		
A16.07.055	Профессиональная гигиена рта и зубов	
A16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (ручными инструментами)	
A13.31.007	Обучение гигиене рта	
A14.07.003	Гигиена рта и зубов	
A14.07.004	Контролируемая чистка зубов	
A16.07.022	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений	
A11.07.012	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область (анестезия)	
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых зубных отложений	
A25.07.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях полости рта и зубов	
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях полости рта и зубов	
A25.07.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях полости рта и зубов	

Лекарственная помощь (указать применяемый препарат):

_____

_____

Осложнения лекарственной терапии (указать проявления):

_____

Наименование препарата, их вызвавшего:

_____

Исход (по классификатору исходов):_____

_____

Информация о пациенте передана в учреждение, мониторирующее Протокол:

_____

_____

(название учреждения) (дата)

Подпись лица, ответственного за мониторирование протокола в медицинском учреждении:

_____
_____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРИ МОНИТОРИРОВАНИИ	Полнота выполнения обязательного перечня немедикаментозной помощи	**да нет**	ПРИМЕЧАНИЕ
	Выполнение сроков выполнения медицинских услуг	**да нет**	
	Полнота выполнения обязательного перечня лекарственного ассортимента	**да нет**	
	Соответствие лечения требования протокола по срокам/продолжительности	**да нет**	
	Комментарии: _____ _____		

	_____ _____ _____ _____ _____	
	_____ _____(дата)	_____ _____(подпись)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Минздравсоцразвития России №1664н от 27 декабря 2011г. Об утверждении номенклатуры медицинских услуг.
2. Федеральный закон от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).
3. Министерство здравоохранения и социального развития РФ: http://www.minzdravsoc.ru
4. Официальный сайт Стоматологической Ассоциации России – e-Stomatology.ru
5. Протокол ведения больных. Кариес зубов. – М: Медицинская книга, 2011 – 76 стр. .
6. Протокол ведения больных. Частичное отсутствие зубов. Полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия). - М: Медицинская книга, 2011 – 136 стр.
7. Протокол ведения больных. Болезни периапикальных тканей. - М: Медицинская книга, 2011 – 116 стр.
8. Протокол ведения больных. Болезни пульпы зуба. - М: Медицинская книга, 2011 – 104 стр.
9. Номенклатура работ и услуг в здравоохранении. Утверждена Минздравсоцразвития России 12.07.2004 г. - М., 2004. - 211 с.; рабочий актуализированный вариант 2007. – 198 с.
10. МКБ-10, Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, в 3-х томах - М., 2003.-2440 с.
11. Барер Г.М. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 ч. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Ч.2. – Болезни пародонта. – 224 с.: 236 ил.
12. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология под редакцией. – М., 2003
13. Блохин В.П. Комплексное лечение генерализованного пародонтита: учебное пособие. - СПб. : Издательство СПбМАПО, 2007. — 64 с.
14. Безрукова И.В., Грудянов А.И. Агрессивные формы пародонтита. – М.:МИА. – 126 с.
15. Безрукова А.П. Пародонтология. – М., 1999. – 332 с.
16. Безрукова И.В., Петрухина Н.Б. Озонотерапия в пародонтологической практике. - М.: 000 «Медицинское информационное агентство», 2008. — 88 с.

17. Вольф, Г.Ф., Ратейцхак, Э.М., Ратейцхак. К. Пародонтология. «Медпресс-информ» - М.: - 2008. – 548с.
18. Введенская С. В. «Ультразвуковой метод снятия зубных отложений», Вестник секции СТАР «Гигиенист стоматологический» - Стоматологический колледж выпуск 3 - 2003
19. Ганжа И.Р. Рецессия десны. Диагностика и методы лечения: Учебное пособие для врачей. Самара: ООО ИПК "Содружество", 2007. - 84 с.
20. Горбатова Е.А. Топографические особенности отделов десны. Пародонтология 2003; 4: 19- 20.
21. Григорьян А.С., Рахметова С.Ю., Зырянова Н.В. Микроорганизмы в заболеваниях пародонта: экология, патогенез, диагностика. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 56 с.
22. Григорьян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н.А., Фролова О.А. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение. – М.:МИА, 2004. – 320 с.
23. Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н., Лузина В.В., Чергештов Ю.И. Амбулаторные оперативные вмешательства при доброкачественных поражениях лица, органов полости рта и челюстей // Хирургическая стоматология. -М.: Медицина,2007.-С.111-136.
24. Грудянов А.И. Пародонтология. Избранные лекции. – М., 1997. – 32 с.
25. Грудянов А.И., Григорьян А.С., Фролова О.А. Диагностика в пародонтологии. – М., 2004. – 93 с.
26. Грудянов А.И., Овчинникова В.В., Дмитриева Н.А. Антимикробная и противовоспалительная терапия в пародонтологии. – М., 2004. – 79 с.
27. Грудянов А.И., Москалев К.Е. Инструментальная обработка поверхностей корней зубов. – М., 2005. – 67 с.
28. Грудянов А.И., Овчинникова В.В. Профилактика воспалительных заболевание пародонта. – М., 2007. – 78 с.
29. Грудянов А.И., Ерохин А.И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. – М., 2006. – 120 с.
30. Герберт Ф.Вольф, Эдит М.Ратейхак, Клаус Ратейцхак; Пародонтология. Цветной атлас. Пер. с нем.; Под ред. Проф. Г.М.Барера. – М.: МЕДпресс – информ, 2008. Стр.276-281
31. Дмитриева Л.А. Терапевтическая стоматология. - М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 896 с.

32. Дмитриева Л.А., Романов А.Е., Царев В.Н. Клинические и микробиологические аспекты применения реставрационных материалов и антисептиков в комплексном лечении заболеваний пародонта. - М: МЕДпресс-информ, 2002. - 96 с.
33. Дмитриева Л.А. Современные аспекты клинической пародонтологии. М.: МЕДпресс, 2001. - 128 с.
34. Дмитриева Л.А. Терапевтическая стоматология. Национальное руководство. - М.:МИА, 2009. – 894 с.
35. Дмитриева Л.А. Пародонтит. - М.:МИА, 2007. – 504 с.
36. Дунязина Т.М., Калинина Н.М., Никифорова И.Д. Современные методы диагностики заболеваний пародонта. – Спб., 2001. – 47 с.
37. Жданов Е.В., Февралева А.Ю. Влияние этиологических факторов развития рецессии десны на выбор тактики и результаты хирургического лечения. Новое в стоматологии. 2005; 5: 46 - 55.
38. Зайцева Е.М. Пародонтит. Современный взгляд на лечение. - СПб.: ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет», Кафедра терапевтической стоматологии, 2007.- 20 с.
39. Иванов В.С. Заболевания пародонта. – М.: МИА, 1998. – 295 с.
40. Коэн Э. Атлас косметической и реконструктивной пародонтологической хирургии. – 2-е изд. – М.:АО «Московские учебники», 2003. – 416 с.
41. Кузьмина Э.М., Смирнова Т.А., Кузьмина И.Н. Основы индивидуальной гигиены полости рта. Методы и средства. М.,2008. 116 с.
42. Кучумова Е.Д., Стюф Я.В., Шулепова М.К. Инструменты для удаления зубных отложений. Обзор // Пародонтология.— №3(13).— 1999.— С. 27—33.
43. Леонтьев В.К., Малый А.Ю. Концептуальные подходы к разработке протоколов ведения больных в стоматологии // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. - №6. – с.5-10.
44. Литвинов В.В. Повышение эффективности направленной регенерации тканей в комплексном лечении заболеваний пародонта// Автореф. Канд. мед. наук. – М., 2001. – 17с.
45. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология: учебное пособие (8 – е издание). - М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 960 с.
46. Орехова Л.Ю. Заболевания пародонта. Под редакцией / М.: Поли Медиа Пресс, 2004. – 432 с.: илл.

47. Орехова Л.Ю. «Основы профессиональной гигиены полости рта» - методические указания - Спб.: 2004. - 56с
48. Петрова М.Д., Фомичева Е.А., Фомичев А.В. Рецессия тканей пародонта. Современнное состояние вопроса. Новое в стоматологии. – 2005; 5: 38-45.
49. Сивовол С.И. Клинические аспекты пародонтологии. М. – 2001. – 166 с.
50. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки рта./Под редакцией проф.О.О.Янушевича – М.:МГМСУ,2008. – 228 с., ил.
51. Терапевтическая стоматология: Учебник / Под ред. Ю.М. Максимовского. — М.: Медицина, 2002.
52. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов / Под ред. Е.В. Боровского. — М.: «Медицинское информационное агентство», 2004.
53. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. Учебное пособие. — «Поли Медиа Пресс», 2001.
54. Цепов Л.М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему. – М., 2006. – 192 с.
55. Цепов Л.М., Николаев А.И., Михеева Е.А. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта. - 3-е изд., испр. и доп. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 272 с.: ил.
56. Цимбалистов А.В., Шторина Г.Б., Михайлова Е.С. Профессиональная гигиена полости рта. — Санкт-Петербургский институт стоматологии, 2002.— С.10—20.
57. Улитовский С.Б. Практическая гигиена полости рта. М., 2002.
58. Улитовский С.Б. Ополаскиватели – широкая поступь по планете. «Институт стоматологии» 2008/4
59. Newman,Takei,Carranza Clinical periodontology 9 ed,2002.