



Критерии качества лечения

Клинические рекомендации «Лейкоплакия»

Код по МКБ-10: K13.2

№	КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА	ОЦЕНКА ВЫПОЛНЕНИЯ	
1	Проведен сбор анамнеза		
	<ul style="list-style-type: none">Выявлены вредные привычки традиционного или бездымного курения, злоупотребления алкоголем	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none">Уточнено место работы пациента с целью выявления профессиональных вредностей	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none">Установлены пищевые пристрастия в употреблении острой, горячей пищи	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none">Выявлены все сопутствующие заболевания	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none">Выявлены средства гигиены, традиционно используемые пациентом с возможным раздражающим действием	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none">Установлена длительность заболевания и характер проводимого ранее лечения	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none">Определена степень сохранности стоматологического здоровья и качества жизни пациента исходя из результатов самооценки по индексу «Профиль влияния стоматологического здоровья» ONIP-14-RU	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none">Установлено психоэмоциональное состояние пациента	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none">Получено информированное согласие пациента на обследование и лечение у врача-стоматолога	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
2	Физикальное обследование		
	<ul style="list-style-type: none">Проведен тщательный осмотр СОПР по алгоритму, предусмотренному медицинской амбулаторной картой, с заполнением схемы-топограммы с цветовым кодированием элементов поражения по локализации на СОПР и красной каймы губРезультаты осмотра внесены в медицинскую карту	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none">Определен размер, контур, вид и цвет очага поражения (гомогенный, негомогенный)	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none">Проведена пальпация очага поражения, определена его толщина, текстура	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none">Проведена пальпация регионарных лимфатических узлов	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

№	КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА	ОЦЕНКА ВЫПОЛНЕНИЯ	
	<ul style="list-style-type: none"> Проведено тщательное обследование ПР, с целью выявления возможных травматических факторов со стороны зубов, ортопедических конструкций 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Определено гигиеническое состояние полости рта 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Определено состояние увлаженности СОПР 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Определено гигиеническое состояние съемных пластиночных протезов (при их наличии) 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
3	Лабораторные диагностические исследования		
	<ul style="list-style-type: none"> Проведена люминесцентная диагностика в лучах под лампой Вуда в целях дифференциальной диагностики с красной волчанкой 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Выполнен анализ крови на ВИЧ-инфекцию, с целью исключения волосатой лейкоплакии (при локализации очага на боковой поверхности языка) 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Проведено окрашивание очага красителем толудиновым синим для уточнения границ очага поражения и выявления места предполагаемой биопсии в участке наибольшей интенсивности прокрашивания 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Взят образец биологического материала (соскоб) с поверхности очага поражения на выявление возможной колонизации патологического гриба рода Кандида 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Проведено цитологическое исследование микропрепарата тканей с очага поражения (при наличии эрозии) 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Проведена оптическая когерентная томография очага поражения 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Проведено патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала элемента поражения (при веррукозной, эрозивной форме заболевания) 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Проведено патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Выполнено молекулярно-биологическое исследование биопсийного (операционного) материала на вирус папилломы человека (Papilloma virus) 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
4	Инструментальные диагностические исследования		

№	КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА	ОЦЕНКА ВЫПОЛНЕНИЯ	
	<ul style="list-style-type: none"> Проведена люминесцентная стоматоскопия с помощью аппарата АФС (или VELscope) 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Проведена хемилюминисцентная стоматоскопия с помощью теста ВизиЛайт плюс 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
5	Иные диагностические исследования		
	<ul style="list-style-type: none"> Проведена первичная (диагностическая) и мониторинговая фотосъемка очага лейкоплакии с использованием специальной фотосистемы 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Проведена повышенная онконастороженность при осмотре СОР на амбулаторном приеме у пациентов группы высокого онкогенного риска 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Проявлен повышенный уровень онконастороженности при обследовании пациента с веррукозной и/или эрозивной формой лейкоплакии и выявлении уплотнения в основании очага поражения пациент направлен к врачу-онкологу 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
6	Консервативное лечение		
	<ul style="list-style-type: none"> Пациент принял решение о прекращении курения 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Проведена санация полости рта: устранены все местные травматические факторы (в том числе гальваноз), проведена профессиональная гигиена зубов и рациональное протезирование 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Налажена гигиена съемного пластиночного протеза, даны рекомендации по его уходу 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Исключены из рациона пациента прием горячей, острой пищи рекомендованы нейтральные зубные пасты («Детские») 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Назначены фотозащитные мази (при локализации очага на красной кайме губы) 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Выдано направление на консультацию к гастроэнтерологу 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Назначен курс ретинола ацетата (витамин А) 3,44% масляный раствор по 6-8 капель 2 раза в день в течение 1 месяца; или Бета-каротина по 20 мг /сут в течение месяца; или альфа-Токоферола ацетата (30% масляный раствор) по 3-5 капель 3 раза в день в течение месяца 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Назначен прием аскорбиновой кислоты (витамин С) по 1.0-1,5 гр в сутки в течение 3-4 недель 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

№	КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА	ОЦЕНКА ВЫПОЛНЕНИЯ	
	<ul style="list-style-type: none"> Назначен курс Бенфотиамин + Пиридоксина (мильгамма композитум). в инъекциях по 2 мл в/м через день №10 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Назначены аппликации масляных растворов содержащих провитамины А и Е – шиповника масло (Каротолин) или масло семян тыквы обыкновенной (Тыквеол) или облепихи крушиновидной плодов масло 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Назначено противогрибковая терапия (в случае нахождения грибов рода Кандида в ПР): местно на очаг поражения аппликации геля клотримазола 1% в течение 3 недель и внутрь дифлюкан по 100 мг/сут в течение 7 дней 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
7	Хирургическое лечение		
	<ul style="list-style-type: none"> Проведено хирургическое иссечение или лазерная абляция очага веррукозной или эрозивной формы лейкоплакии в пределах здоровых тканей 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Назначена противовирусная терапия (после удаления очага поражения и выявления папилломавирусов типа 16,18): гистидил-глицил-валил-серил-глицил-гистидил-глицил-глутаминил-гистидил-глицил-валил-гистидил-глицин – Аллоферон (Аллокин-альфа) - 1,0 мг в разведении с 1мл 0,9% раствора натрия хлорида - инъекции п/к через день №6 и Инозин-пранобекс (Изопринозин) по 2 табл 3 раза/сут в течение 10 дней 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Проведено удаление очага лейкоплакии методом криовоздействия (криохирургия) 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Проведена фотодинамическая терапия на очаг лейкоплакии (при невозможности хирургического его удаления) 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
8	Медицинская реабилитация (после хирургического лечения)		
	<ul style="list-style-type: none"> Выполнена санация зубов и назначено рациональное ортопедическое лечение 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
9	Профилактика и диспансерное наблюдение		
	<ul style="list-style-type: none"> Проведена работа по пропаганде среди населения здорового образа жизни (борьбы с курением, приемом алкоголя, горячей, острой пищи) 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> Проведен осмотр полости рта у пациентов группы риска (курящие, работники вредных производств) 3 раза в год с использованием скрининговых методов диагностики 	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

№	КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА	ОЦЕНКА ВЫПОЛНЕНИЯ	
	<ul style="list-style-type: none"> • Проведен осмотр полости рта у пациентов, прошедших курс лечения лейкоплакии каждые 6 месяцев у лиц с плоской лейкоплакией • 4-6 раз в год после хирургического лечения с использованием дополнительных скрининговых методов диагностики 	Да <input data-bbox="1283 203 1321 257" type="checkbox"/>	Нет <input data-bbox="1449 203 1487 257" type="checkbox"/>