

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ)
ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ДЕСНЫ

К06.2 Поражения десны и беззубого альвеолярного края, обусловленные травмой

Возрастная категория: взрослые

Год утверждения (частота пересмотра):

Профессиональные некоммерческие медицинские организации-разработчики:
Российская пародонтологическая ассоциация

Оглавление	
Оглавление.....	2
Ключевые слова.....	3
Список сокращений	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация.....	6
1.1 Определение	6
1.2 Этиология и патогенез	6
1.3 Эпидемиология	6
1.4 Кодирование по МКБ 10	6
1.5 Классификация	6
1.6 Клиническая картина	7
2. Диагностика	7
2.1 Жалобы и анамнез	8
2.2 Физикальное обследование	9
2.3 Лабораторная диагностика	10
2.4 Инструментальная диагностика	10
2.5 Иная диагностика	11
3. Лечение	11
3.1 Консервативное лечение	12
3.2 Иное лечение	14
4. Реабилитация	14
5. Профилактика и диспансерное наблюдение	14
6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания	15
7. Организация медицинской помощи ..	15
Критерии оценки качества медицинской помощи	15
Список литературы	16
Приложение А1. Состав рабочей группы	19
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	20
Приложение А3. Связанные документы	23
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента	24
Приложение В. Информация для пациентов	25

Ключевые слова:

- Травма десны
- Травматические поражения десны
- Язвенные повреждения десны
- Техника чистки зубов
- Физическая травма десны
- Химические повреждения десны
- Термические повреждения десны
- Ожоги слизистой оболочки полости рта

Список сокращений

МКБ 10 - международная классификация болезней 10-го пересмотра

МКБ-С – международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10

ПМГ – простой маргинальный гингивит

ППЛ – поддерживающее пародонтологическое лечение

Термины и определения

Биопленка – это комплексная агрегация или сообщество, состоящее из микроколоний микроорганизмов, которые погружаются во внеклеточный матрикс, прикрепляясь к поверхности зубов и реставраций.

Индивидуальная гигиена рта – это комплекс мероприятий, выполняемых пациентом самостоятельно, направленный на удаление остатков пищи и мягкого зубного налета с поверхности зубов, десен, языка с помощью зубной щетки и других средств гигиены.

Профессиональная гигиена полости рта – это комплекс мер, устраняющих и предотвращающих развитие воспалительных заболеваний пародонта путем механического удаления с поверхности зуба над- и поддесневых зубных отложений.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Травматическое поражение десны - повреждение десны в результате кратковременного воздействия повреждающего фактора чрезмерной силы [18].

Слизистая оболочка полости рта обладает хорошими защитными свойствами, что делает её устойчивой к постоянному воздействию различных травматических факторов, связанных с приёмом пищи (механические, химические, термические). При воздействии повреждающего фактора большей силы возникает ответная реакция слизистой оболочки, проявляющаяся в виде воспаления, характер которого зависит от вида травматического агента, его интенсивности, продолжительности действия, от состояния микробиоциноза полости рта и общего состояния организма [1,6].

1.2 Этиология и патогенез

Поражения десны и беззубого альвеолярного края, обусловленные травмой - К06.2

Травматическими факторами могут быть острые края зубов, пломб, зубной камень, ортодонтические аппараты, вредные привычки (например, привычное прикусывание, жевание слизистой оболочки) [2,7]. Часто травмирующее воздействие на слизистую оболочку оказывают некачественные протезы (балансирующие съёмные конструкции, грубые заглублённые края пластиночных протезов, мостовидные протезы, «сидящие» на альвеолярном гребне). Травму языка и щёк вызывают ограниченные дефекты зубных рядов, способствующие западению и трению слизистой оболочки [18].

Длительно действующий механический раздражитель притупляет чувствительность слизистой оболочки полости рта, поэтому острый болевой симптом может отсутствовать. Скучная клиническая картина (чувство неловкости, дискомфорта, саднения, припухлости слизистой оболочки) не вызывает беспокойство больных, что приводит к дальнейшему травматическому воздействию [1].

При продолжающемся воздействии травматического агента повреждаются самые поверхностные слои эпителия слизистой оболочки полости рта, что вызывает десквамацию, т.е. поверхностное слущивание клеток эпителия.

Травматическая десквамация может быть обнаружена на участках слизистой оболочки полости рта, наиболее подверженных травме, но чаще этот процесс диагностируют на языке. В зоне действия травмы (острый край зуба; дефект зубного ряда, куда западает язык) отмечают повышенное слущивание нитевидных сосочков, где образуется очаг

десквамации. Эрозия образуется на воспалённом участке слизистой оболочки полости рта при продолжающемся травматическом воздействии [3,8].

Хроническая травма слизистой оболочки рта химическими агентами возникает от вредных привычек (курение, жевание табака), приёма острых пищевых продуктов, алкоголя.

Табак оказывает раздражающее воздействие на слизистую оболочку полости рта за счёт комплекса активных химических агентов - никотин, пиридиновые основания (продукт распада никотина), синильная кислота, цианистые соединения, фенол, дегтярный осадок и др. В табачном дыме находят продукты сгорания табака - пирен, антрацен, 3-4-бензопирен, признанные канцерогенами.

В ответ на длительное химическое воздействие слизистая оболочка полости рта приобретает рыхлый, застойный, гиперемированный вид, который со временем мутнеет, появляются очаги гиперкератоза [2,3,4,5].

Острая химическая травма возможна в быту при случайном попадании сильных химических агентов в высоких концентрациях на слизистую оболочку полости рта или при попытке суицида. Но чаще врач-стоматолог сталкивается с химической травмой слизистой оболочки, возникшей в процессе стоматологического лечения.

При стоматологических вмешательствах врач применяет различные химические вещества - мышьяковистую пасту, фенол, формалин, азотнокислое серебро, резорцин, кислоты для протравливания твёрдых тканей зубов или пероксиды, используемые для профессионального отбеливания зубов. Попадание их на слизистую оболочку полости рта может вызвать ожог [4,6,9]. Иногда при сильной зубной боли больные используют химические агенты (например, закладывают в зуб спирт, ацетилсалициловую кислоту и др.), что также может привести к ожогам окружающей слизистой оболочки рта.

Лучевая травма слизистой оболочки рта развивается при лечении новообразований челюстно-лицевой области с использованием дистанционной близкофокусной рентгенорадиотерапии или внутритканевой гамма-терапии. В зону облучения при этом попадают не только больные ткани, но и здоровая слизистая оболочка полости рта.

Биологическое действие проникающих излучений зависит от длительности, вида и количества (дозы) облучения, а также от состояния организма - его реактивности и индивидуальной чувствительности. Слизистая оболочка полости рта - одна из наиболее радиочувствительных тканей желудочно-кишечного тракта. Реакция слизистой оболочки полости рта проявляется при дозе 10-15 Гр, а при наращивании дозы облучения тяжесть клинических проявлений возрастает. Патологический процесс развивается как в эпителиальном, так и в субэпителиальном слое слизистой оболочки [1,5,18].

1.3 Эпидемиология

Эпидемиология травматических повреждений слизистой оболочки рта различна для разных видов травмы. Наиболее часто встречаются разнообразные формы механической травмы. Различные виды хронической механической травмы наблюдают чаще у пожилых людей на фоне снижения высоты прикуса, понижения тургора слизистой оболочки и присутствия во рту ортопедических конструкций. Протезные гранулемы возникают у лиц старше 60 лет. Образуется по переходной складке чаще на верхней челюсти (70,8%), в области фронтальных зубов (60,1%) [6,7,8,10].

1.4 Кодирование по МКБ 10

K06 Другие изменения десны и беззубого альвеолярного края

K06.2 Поражения десны и беззубого альвеолярного края, обусловленные травмой

Классификация

Травматические повреждения по характеру воздействующего агента различают:

- механические;
- химические;
- физические;
- комбинированные.

По течению:

- острые;
- хронические.

По клиническому проявлению:

- эритема;
- десквамация;
- эксфолиация (ссадина);
- эрозия;
- пузырь (при термической травме);
- язва;
- некроз (при химической травме);
- рана;
- кровоизлияния (гематомы, экхимозы, петехии);
- гиперкератоз (лейкоплакия);
- гиперплазия (папиллома, папилломатоз, дольчатая фиброма).

1.6 Клиническая картина

Механическая травма: в области повреждения возникают гематомы, ссадины, эрозии, окруженные воспалительным инфильтратом, болезненные при пальпации. В случае инфицирования эрозия может перейти в длительно незаживающую язву. В зависимости от силы травматического воздействия на слизистой оболочке полости рта возникает ссадина, кровоизлияние (различной степени) или открытая рана.

Химическая травма: характеризуется развитием коагуляционного (сухого) некроза при воздействии кислотами и коликвационного (влажного) некроза при воздействии щелочами. **Термическая травма:** гиперемия, отек слизистой, пузыри, при вскрытии которых образуются болезненные поверхностные эрозии. В более тяжелых случаях определяется участок некроза от серо-белого до темно-коричневого цвета [9,11,18].

Клиническая картина и течение процесса зависят от локализации повреждения, возраста больного, силы раздражающего фактора, реактивности организма и гигиенического состояния полости рта.

В результате длительной механической травмы в слизистой оболочке полости рта развивается картина хронического воспаления с преобладанием альтерации или пролиферации в зависимости от индивидуальной резистентности тканей.

Травматическая эрозия проявляется как болезненный покрытый фибринозным налётом поверхностный дефект эпителия [6,12]. Травматические эрозии, развившиеся под воздействием пластиночных протезов (намины), отличаются резкой болезненностью.

Болезненная язва покрыта серым налётом, располагается на отёчном гиперемированном основании и окружена воспалительным инфильтратом. При пальпации дно и края язвы мягкие. Регионарные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны. При плохом гигиеническом состоянии полости рта возможно осложнение течения язвы анаэробной инфекцией, что усугубляет воспалительную реакцию окружающих тканей и приводит к появлению зеленовато-серого зловонного налёта. При длительном течении (2-3 мес) травматическая язва может озлокачиваться [2,5,9,11,18].

2. Диагностика

Диагностика не вызывает трудностей, подтверждается данными анамнеза.

Диагностика острой механической травмы не вызывает затруднений: причину выявляют из анамнеза. Врач может случайно выявить очаг десквамации при профессиональном осмотре полости рта. При ликвидации травмы восстанавливается эпителиальный слой и нормальный рост нитевидных сосочков. Очаг травматической десквамации следует

дифференцировать от десквамативного глоссита и болезни Боуэна. Для десквамативного глоссита характерна постоянная миграция участков десквамации по поверхности языка. Для болезни Боуэна характерно наличие красноватого пятна с «велюровой» поверхностью, иногда с вкраплениями гиперкератоза на слизистой оболочке рта в зоне действия возможного травматического агента. После устранения травмы патологический элемент сохраняется [7,9,12,18]. При гистологическом исследовании травматической язвы выявляют дефект покровного эпителия, инфильтрацию подлежащих тканей нейтрофилами, плазматическими клетками и лимфоцитами. Травматическую язву следует дифференцировать с плоскоклеточным раком, туберкулёзной и трофической язвой, с твёрдым шанкром, так как все они могут развиваться на месте действия травматического фактора. Плоскоклеточный рак слизистой оболочки полости рта чаще всего проявляется в виде язвы (60%). Раковая язва (или озлокачествившаяся травматическая язва) - одиночное длительно существующее образование слабо болезненное или безболезненное. Характеризуется плотным основанием и краями, бугристым неровным дном, нередко с явлениями гиперкератоза в окружности [6,13,14,18]. Часто выявляют травматический фактор, при его устранении раковая язва может несколько видоизменяться (уменьшается воспалительная инфильтрация, отёк), но нет тенденции к заживлению. Плотные безболезненные регионарные лимфатические узлы увеличены, иногда спаяны с окружающими тканями. При цитологическом исследовании соскоба с поверхности язвы обнаруживают атипичные эпителиальные клетки. Туберкулёзная язва, как правило, мелкая, резко болезненная с подрывными мягкими краями, зернистым дном и желтоватым налётом. Регионарные лимфатические узлы увеличены, мягкие, слегка болезненные. В соскобах с язвы при цитологическом исследовании (окраска азур-эозин) обнаруживают эпителиоидные клетки и гигантские клетки Лангханса, а при окраске по Цилю-Нильсону могут быть выявлены микобактерии туберкулёза. При устранении травматического фактора туберкулёзная язва не склонна к эпителизации. Твёрдый шанкр чаще по локализации (в месте травмы) и по клинической картине напоминает травматическую язву. Клинически твёрдый шанкр проявляется безболезненной язвой с гладким, ровным дном, плотным инфильтратом в основании и по краям. Лимфатические узлы увеличенные, плотные, безболезненные (склераденит). Диагноз подтверждают нахождением бледной спирохеты в соскобе с поверхности язвы при бактериоскопическом исследовании в тёмном поле. Серологические реакции в этот период сифилиса могут быть неинформативны. Устранение травмы существенно не влияет на течение твёрдого шанкра. Трофическая язва (синоним - пролежневая) развивается на травмируемом участке

слизистой оболочки полости рта у лиц старческого возраста, отягощённых декомпенсированными состояниями сердечно-сосудистой, сердечно-лёгочной недостаточности или другой тяжёлой общей патологией. Для этой группы больных механический фактор играет разрешающую роль, а в основе язвенного процесса лежат общие нарушения трофики и местные нервно-сосудистые расстройства. Именно по этой причине резко болезненные трофические язвы отличаются вялым течением, слабой выраженностью симптомов воспаления (ареактивные язвы) и после устранения травматического воздействия не склонны к заживлению (см. раздел «Сердечно-сосудистые заболевания. Трофическая язва») [6,14,15,18].

2.1 Жалобы и анамнез

С целью установления диагноза обязательно проводят сбор жалоб и анамнеза.

Рекомендуется собрать жалобы и анамнез заболевания

Механическая травма - на острую боль, усиливающуюся при приеме пищи; кровотечение из поврежденного участка, жжение слизистой оболочки в области травмы; изменение цвета слизистой в месте травмы; наличие элемента поражения.

Химическая травма - на острую боль в месте попадания химического агента

Физическая травма - на острую боль в месте контакта термического фактора, наличие элемента поражения (пузырь) [6,15,18].

Уровень GPP

Комментарий: *Основные жалобы при травматических поражениях десны на острую боль в десне, в месте контакта с травматическим фактором.*

При сборе анамнеза заболевания необходимо уточнить, при каких обстоятельствах произошла травма десны, были ли прецеденты. Необходимо исключить продолжающееся воздействие травматического фактора. Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за ртом. Когда проводилась последняя профессиональная гигиена и как часто она проводится.

Рекомендуется собрать анамнез жизни.

Уровень GPP

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

2.2 Физикальное обследование

Рекомендовано 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. Проводят пальпацию лимфатических узлов головы и шеи, определяют их размеры, консистенцию, подвижность, болезненность. Оценивают свободу движений в височно-нижнечелюстном суставе при открывании рта, болевые ощущения или препятствия, ширину открывания рта, смещение нижней челюсти относительно средней линии лица.

Рекомендовано провести осмотр полости рта.

Уровень GPP

Комментарии: При осмотре рта оценивают состояние слизистой оболочки рта, ее цвет, увлажненность, наличие патологических элементов. Обращают внимание на глубину преддверия, характер прикрепления уздечек губ, языка, тяжелой слизистой оболочки преддверия рта. Оценивают размер, цвет языка, симметричность его половинок, наличие налета.

Определяют прикус, аномалии положения отдельных зубов, а также зубных рядов в целом, наличие трем, диастем.

Обследованию подлежат все зубы. Начинают осмотр с правых верхних моляров и заканчивают правыми нижними молярами. Детально обследуют все поверхности каждого зуба. Определяют наличие кариозных полостей, качество краевого прилегания пломб, наличие контактного пункта, нависающие края, расположение десневого края реставрации относительно края десны. Определяют наличие имплантов и состояние тканей вокруг них. Оценивают состояние ортопедические и ортодонтические конструкции, а также уровень ухода за протезами (удовлетворительный, неудовлетворительный).

Рекомендовано провести пальпацию, перкуссию, определение подвижности зубов, обследование тканей пародонта.

Уровень GPP

Комментарии: Определяют гигиеническое состояние полости рта, интенсивность и распространенность травматического поражения.

2.3 Лабораторная диагностика

Лабораторные методы исследования показаны в случаях, когда клиническая картина и данные анамнеза не позволяют классифицировать травматическое поражение или в случае

длительного воздействия травматического фактора / не типичной картины. Цитологическое исследование (с окраской по Романовскому-Гимзе, Diff-Qwik, Май-Грюнвальду, Грамму, Паппенгейму). Микробиологическое исследование соскоба из ротовой полости [18].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: Для исключения специфического воспалительного и неопластического процессов проводится цитологическое исследование.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Для исключения бактериальной, грибковой или вирусной инфекции проводится бактериологическое исследование.

2.4 Инструментальная диагностика

Нет

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

3. Лечение

Лечение должно быть комплексным. Индивидуальность подхода обусловлена особенностями этиологии и патогенеза заболевания у каждого больного, характером и степенью выраженности изменений в тканях. План лечения составляют персонально для каждого пациента по принципу комплексной терапии, сочетающей местное лечение с общим воздействием на организм.

Принципы лечения больных предусматривают одновременное решение нескольких задач, направленных на купирование процесса и предупреждение рецидива.

Лечение травматических поражений десны включает:

- выявление и устранение всех местных травмирующих факторов (острые края зубов, зубной камень, налёт и т.д.);
- обезболивание (обеспечить возможность принимать пищу, общаться и т.п.);
- предотвращение вторичного инфицирования очага поражения (назначение антисептических ванночек, полосканий и т.п.);
- усиление регенерации и эпителизации очагов поражения;
- стимуляцию факторов местной иммунной защиты полости рта (назначение средств, активизирующих фагоцитоз, иммунокомпетентные клетки и т.д.) [2,6,14].

Общее лечение проводят одновременно с местными мероприятиями, оно включает:

- консультации с врачами общего профиля (при развитии заболевания слизистой оболочки рта на фоне общесоматических болезней);
- назначение средств общего воздействия, определяемых по индивидуальным показаниям для лечения данного заболевания у конкретного пациента (согласно современным научным данным, основанным на принципах доказательной медицины).

Объём врачебной помощи зависит от глубины и размера повреждённой поверхности и включает традиционные мероприятия:

- антисептическую обработку полости рта (для предотвращения инфицирования): Лидокаина гидрохлорида, раствор, 1% для аппликаций на слизистую полости рта, с целью обезболивания перед приемом пищи и обработкой элементов поражения до стихания болевых ощущений. 2. Хлоргексидина биглюконат, раствор, 0,05% для обработки полости рта 3 раза в день до начала эпителизации [2,14].
- аппликации кератопластических средств: Токоферола ацетат, масляный раствор, 30%, в виде аппликаций на элементы поражения до полной эпителизации.
- ушивание раны (при глубоких линейных дефектах).

При лечении травматических поражений десны применяются только те медицинские изделия и лекарственные средства, которые разрешены к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке [2,6,7,8,14].

3.1 Консервативное лечение

Лечение травматического поражения десны начинают с выявления и устранения травматического фактора. При резкой болезненности показаны аппликации обезболивающих средств (2% водный раствор лидокаина, камистад - гель на основе лидокаина). Применяют орошения и аппликации антисептических растворов (пероксид водорода, хлоргексидин, нитрофуралин). Протеолитические ферменты способствуют очищению поверхности язвы от налёта (трипсин, химопсин).

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Рекомендуется проведение санации полости рта [6,14].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: При необходимости проводится лечение кариеса и его осложнений, создание полноценных контактных пунктов при пломбировании, удаление нависающих краев пломб, некачественных ортопедических конструкций с последующим рациональным протезированием.

Рекомендуется проведение избирательного пришлифовывания зубов с целью устранения травматической окклюзии (в случае необходимости).

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: Рекомендуется проведение коррекция патологии прикуса путем ортодонтического лечения (в случае необходимости).

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии:

С целью местного медикаментозного воздействия на микроорганизмы биопленки рекомендуется использовать антисептики [2,14].

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, аппликаций, ирригаций, могут входить в состав зубных паст и ополаскивателей.

Основные группы антисептиков, применяющиеся при лечении ПМГ: D08AC бигуаниды и амидины (хлоргексидин и др.), D08AJ четвертичные соединения аммония (цетилпиридина хлорид, бензетония хлорид и др.), D08AG препараты йода, D08AX другие антисептики и дезинфицирующие препараты (перекись водорода, гипохлорит натрия, калия перманганат и др.) [6,14,17,18].

Наиболее достоверные данные по эффективности применения получены при использовании таких антисептиков, как хлоргексидин 0,12-0,2%, цетилпиридина хлорид 0,07%, бензетония хлорид. При использовании хлоргексидина более 4 недель может наблюдаться изменение вкусовой чувствительности, окрашивание зубов, десквамация эпителия [2].

Рекомендуется применение местных противовоспалительных препаратов.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: Дополнительно с целью патогенетического лечения могут использоваться нестероидные противовоспалительные средства для аппликации на десну или в виде лечебных повязок. Нестероидные противовоспалительные препараты могут входить в состав комплексных препаратов для местного применения.)

3.2 Иное лечение

В случае сохранения выраженной боли в десне, до полного исцеления, рекомендуется использование мягкой зубной щетки в рамках проведения индивидуальной гигиены полости рта, а также лечебно-профилактические зубные пасты, содержащие антисептики, ополаскиватели с антисептиками (курсовое применение до 14 дней), с эфирными маслами

или экстрактами лекарственных растений, ирригаторы (в режиме слабого «душа»), бальзамы и тоники для десен [2,6,14,18].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: Использование ополаскивателей с хлоргексидином более 4 недель может вызвать окрашивание коронок зубов, изменение вкусовой чувствительности, жжение в языке, раздражение слизистой оболочки рта.

4. Реабилитация

Рекомендуется осуществлять поддерживающую терапию после окончания активного лечения.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: Поддерживающее лечение проводится для достижения долгосрочного успеха проведенного лечения, минимизации повторного травматического поражения десны. ПЛ включает обновление медицинского и стоматологического анамнеза, клиническое обследование, контроль индивидуальной гигиены рта, удаление наддесневых зубных отложений с полированием зубов, устранение супраконтактов при их наличии. После достижения выздоровления динамическое наблюдение проводится не реже 2 раз в год.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

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

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: Гигиена полости рта уменьшает количество зубных отложений и патогенных микроорганизмов и является мерой профилактики микробно-ассоциированных заболеваний полости рта. 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, зубные нити, межзубные ершики, лечебно-профилактические зубные пасты, ополаскиватели, ирригаторы.

Рекомендуется рациональное питание.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: Рациональное, полноценное, сбалансированное питание является одним из важнейших факторов профилактики заболеваний полости рта. Рекомендуется уменьшить количество легкоферментируемых углеводов, сахаров, употребление твердой пищи, требующей интенсивного жевания.

6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания.

Результаты лечения травматического поражения десны у пациентов, страдающих системными заболеваниями и расстройствами, могут зависеть от степени компенсации этих состояний. Удовлетворительным результатом лечения у этих пациентов может являться значительное снижение выраженности клинических проявлений поражения десны и устранение клинически определяемого налета до уровня, обеспечивающего здоровое состояние десен. Системные состояния, такие как беременность, являются преходящими, и при условии устранения местных этиологических факторов в полости рта выздоровление может произойти в постнатальный период. Эффективность лечения будет выше при взаимодействии стоматолога и лечащего врача общего профиля.

В случае, если травматическое поражение десны обусловлено приемом медикаментов, следует рассмотреть вопрос о замене препарата или снижении его дозы. Решение в этом случае принимает врач общего профиля, при этом приоритет остается за контролем основного соматического заболевания. В таких случаях приемлемым результатом лечения будет замедление прогрессирования травматического поражения десны [6,13,14,15,16].

7. Организация медицинской помощи

Лечение пациентов с травматическим поражением десны проводится в стоматологических медицинских организациях, в амбулаторно-поликлинических условиях.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
2.	Проведение профессиональной гигиены полости рта	1	A
4.	Проведение санации полости рта	2	A
6.	Использование антисептиков	1	A
8.	Использование противовоспалительных препаратов	3	B
90.	Проведение избирательного шлифования зубов при наличии травматической окклюзии	2	B
12.	Проведение ортодонтического лечения при наличии патологии прикуса	2	B
13.	Поддерживающее пародонтологическое лечение	1	B
14.	Консультация врача общего профиля при	1	A

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
	выявлении признаков системного заболевания		

Исходом лечения травматического поражения десны является выздоровление.

Критерии и признаки выздоровления:

- Десна бледно розового цвета, плотно прилежит к поверхности зуба.
- Восстановление внешнего вида десны.
- Отсутствие кровоточивости десны.
- Отсутствие наддесневых зубных отложений и гладкая поверхность корня.
- Критерии и признаки удовлетворительного результата лечения травматического поражения десны у пациентов с системными расстройствами и заболеваниями:
- Снижение выраженности/полное исчезновение клинических проявлений поражения десны.
- Устранение клинически определяемого налета до уровня, обеспечивающего здоровое состояние десен.

Список литературы.

1. Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Ломиашвили Л.М. Заболевания слизистой оболочки рта и губ. – 2005. – 92 с.
2. Богатырёва РМ, Слажнева ЕС, Атрушкевич ВГ. Сравнительный анализ эффективности хлоргексидинсодержащих антисептических препаратов, применяемых в пародонтологии и имплантологии. Пародонтология. 2023;28(3):264-275.
3. Диагностика в терапевтической стоматологии: Учебное пособие / Т.Л.Рединова, Н.Р.Дмитракова, А.С.Япеев и др. – Ростов н/Д.: Феникс, 2006. -144с.
4. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ/Под ред. Проф.Е.В.Боровского, проф.А.Л.Машкиллейсона.–М.:МЕДпресс, 2001.-20с.
5. Заулевская Л.Я. Болезни слизистой оболочки полости рта. Учебник для студентов и практических врачей. – Алматы, 2010. – 297 с.
6. Лангле Р.П., Миллер К.С. Атлас заболеваний полости рта: Атлас / Перевод с английского под ред. Л.А.Дмитриевой. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. -224с.

7. Леус П.А., Борисенко Л.Г. Распространение болезней слизистой оболочки полости рта и взаимосвязь с факторами риска среди старших возрастных групп населения // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Стоматология сегодня и завтра». - М., 2005. - С. 204-210.
8. Лукиных Л.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта. НГМА, 2000, 364с.
9. Осипова, М.В. Эпидемиологические показатели и модель развития, профилактики и лечения воспалительных заболеваний пародонта у курящего населения / М.В. Осипова, Л.Ю. Орехова, Е.А. Белова // Проблемы стоматологии. - 2018. - Т. 14. - № 4. - С. 38-44.
10. Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта // Стоматологическая заболеваемость населения России / под ред. О.О. Янушевича. – М.: МГМСУ, 2018. – С. 10–12.
11. Спицына В.И. Дерматозы с проявлениями на слизистой оболочке полости рта // Учебное пособие «Терапевтическая стоматология» / Под ред. проф. Л.А. Дмитриевой. - М.: МЕДпресс, 2003. - С. 770-790.
12. Стоматологическое здоровье беременных / В.В. Шкарин [и др.]. – Волгоград, 2021. – 184 с.
13. Стоматологическое здоровье и полиморбидность: анализ современных подходов к лечению стоматологических заболеваний / Л.Ю. Орехова В.Г. Атрушкевич, Д.В. Михальченко, И.А. Горбачева // Пародонтология. – 2017. – Т. 22, № 3. – С. 15–17.
14. Терапевтическая стоматология: национальное руководство / под ред. Л. А. Дмитриевой, Ю. М. Максимовского. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021
15. Тишков, Д.С. Состояние местного иммунитета полости рта у больных с заболеванием желудочно-кишечного тракта / Д.С. Тишков // Региональный вестник. - 2019. - № 24 (39). - С. 15-16.
16. Флейшер, Г.М. Индексная оценка в пародонтологии: руководство для врачей / Г.М. Флейшер. – М., 2019. – 532 с.
17. Чолокова, Г.С. Факторы, влияющие на состояние полости рта беременных женщин (обзор) / Г.С. Чолокова, Ж.А. Кенеева // Аспирант и соискатель. - 2021. - № 2 (123). - С. 42-50.
18. Янушевич О.О. Пародонтология / О.О. Янушевич, Л.А. Дмитриева, Р.А. Айвазова [и др.] / Национальное руководство. -М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2018. - 752 с.

19. Приложение А1. Состав рабочей группы

Раздел обязателен

В данном разделе должен быть указан состав рабочей группы. Рабочая группа должна включать не менее 3 человек. Обязательно указать отсутствия конфликта интересов, при его наличии - пути достижения консенсуса.

1. *Д.м.н., профессор Атрушкевич В.Г.*
2. *К.м.н., ассистент Богатырёва Р.М.*
3. *Д.м.н., профессор Волков Е.А.*

Конфликт интересов:

Конфликт интересов — ситуация, при которой личная заинтересованность человека может повлиять на процесс принятия решения и, таким образом, принести ущерб интересам общества либо компании, являющейся работодателем сотрудника.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

<p>Раздел обязателен</p> <p>В данном разделе указывается методология разработки КР, методы, использованные для систематического обзора доказательств.</p> <p>Должна быть указана целевая аудитория в соответствии с перечнем должностей медицинских работников (пр. №1183 от 20.12.2012г).</p> <p>Должны быть шкалы определения УУД, УУР, методы, использованные для сбора/селекции доказательств: поиск в электронных базах данных, библиотечные ресурсы, описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:</p>

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

Таблица П1 – Уровни достоверности доказательств

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для диагностических вмешательств

УДД	Расшифровка
1.	Наиболее достоверные доказательства: систематические обзоры исследований с контролем референсным методом
2.	Отдельные исследования с контролем референсным методом
3.	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5.	Наименее достоверные доказательства: имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала определения уровней достоверности доказательств (УДД) для лечебных, реабилитационных, профилактических вмешательств

УДД	Расшифровка
1.	Наиболее достоверные доказательства: систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2.	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна (помимо РКИ) с применением мета-анализа
3.	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии

	случаев, исследование «случай-контроль»
5.	Наименее достоверные доказательства: имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица П2 – Уровни убедительности рекомендаций

Шкала определения уровней убедительности рекомендаций (УУР) для диагностических вмешательств

УУР	Расшифровка
А	Однозначная (сильная) рекомендация (все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество*, их выводы по интересующим исходам являются согласованными*)
В	Неоднозначная (условная) рекомендация (не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Низкая (слабая) рекомендация – отсутствие доказательств надлежащего качества (все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Шкала определения УУР для лечебных, реабилитационных, профилактических, вмешательств

УУР	Расшифровка
А	Однозначная (сильная) рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Неоднозначная (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)
С	Низкая (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 или при появлении новой информации о тактике ведения пациентов с данным заболеванием. Решение об обновлении принимает МЗ РФ на основе предложений, представленных медицинскими некоммерческими профессиональными организациями. Сформированные предложения должны учитывать результаты комплексной оценки лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также результаты клинической апробации.

Приложение А3. Связанные документы

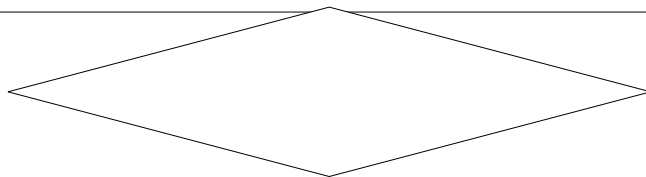
1. Статья 37 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Приказ Минздрава России от 7 июля 2015г. №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента

Раздел обязателен

В данном разделе представлено схематическое изображение алгоритма действий врача при данном заболевании, состоянии, синдроме (в прямоугольниках указывают действия, в ромбах – вопросы)

Сбор жалоб, анамнеза, физикальное
обследование, инструментальная диагностика,



Приложение В. Информация для пациентов

Травма десны — это поражение десны, обусловленное воздействием механического, химического или термического травмирующего фактора однократно или длительно. При отсутствии лечения травматическое поражение десны может трансформироваться в злокачественное образование.