

Клинические рекомендации

Перикоронит

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: K05.22, K05.32
Возрастная группа: \9 взрослые

Год утверждения: **2020**

Разработчик клинической рекомендации:

Оглавление

| | |
|---|----|
| Оглавление | 2 |
| Список сокращений..... | 4 |
| Термины и определения..... | 5 |
| 1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) | 6 |
| 1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) | 6 |
| 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)..... | 6 |
| 1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).... | 6 |
| 1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем | 6 |
| 1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).... | 6 |
| 1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)..... | 6 |
| 2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики..... | 8 |
| 2.1 Жалобы и анамнез | 8 |
| 2.2 Физикальное обследование..... | 8 |
| 2.3 Лабораторные диагностические исследования..... | 9 |
| 2.4 Инструментальные диагностические исследования | 9 |
| 2.5 Иные диагностические исследования..... | 9 |
| 3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения | 9 |
| 3.1 Подраздел 1 Консервативное лечение | 10 |
| 3.2 Хирургическое лечение..... | 10 |
| 3.3 Иное лечение | 10 |

| | |
|---|----|
| 4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации | 11 |
| 5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики..... | 11 |
| 6. Организация оказания медицинской помощи | 12 |
| 7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния) | 13 |
| Критерии оценки качества медицинской помощи | 13 |
| Список литературы..... | 14 |
| Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций..... | 15 |
| Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций..... | 16 |
| Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата..... | 18 |
| Приложение Б. Алгоритмы действий врача..... | 22 |
| Приложение В. Информация для пациента | 25 |
| Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях..... | 26 |

Список сокращений

МКБ 10 - международная классификация болезней 10-го пересмотра

СОЭ - скорость оседания эритроцитов

УДД – уровень достоверности доказательств

УУР – уровень убедительности рекомендаций

СКМУ – сложные и комплексные медицинские услуги

НПВС – нестероидные противовоспалительные препараты

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АСТ – аспаргатаминотрансфераза

УВЧ терапия – ультравысокочастотная терапия

Термины и определения

Перикоронаротомия-рассечение слизистого капюшона над третьими молярами.

Перикоронарэктомия-иссечение слизистого капюшона над третьими молярами.

Эксудат – жидкость, выделяющаяся в ткани или полости организма из мелких кровеносных сосудов при воспалении.

Контрактура-ограничение пассивных движений.

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

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Перикоронит – это воспаление мягких тканей, окружающих коронку зуба при его неполном или затрудненном прорезывании, чаще развивается в области нижнего третьего моляра.

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Перикоронит возникает в результате активации резидентной микрофлоры полости рта. Провоцирующими факторами являются травма слизистой оболочки, попадание налета.

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Убедительных данных нет.

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

K05.22-Острый перикоронит

K05.32-Хронический перикоронит

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

-Острый перикоронит-катаральный, гнойный

-Хронический перикоронит

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

1. Острый перикоронит, катаральная форма. Общее состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. Боль при жевании в

области прорезывающегося нижнего третьего моляра. Могут определяться увеличенные и болезненные лимфатические узлы в поднижнечелюстной области. Нависающий край десны гиперемирован, отечен. Видны только один или несколько бугров зуба. В некоторых случаях вся коронка зуба находится под «капюшоном», из-под которого выделяется серозный экссудат, пальпация слизистой оболочки «капюшона» болезненная.

2. Острый перикоронит, гнойная форма. Общее состояние больного ухудшается, температура тела повышается до 37, 5—38, 0°С. Сильная постоянная боль за вторым моляром, усиливающаяся при жевании, иррадирующая в ухо, висок. Появляется боль при глотании. Открывание рта затрудненное, ограниченное, болезненное (воспалительная контрактура легкой степени до 3-4 см). Различают три степени воспалительной контрактуры. При первой степени открывание рта слабо ограничено и возможно в пределах 3—4 см между режущими поверхностями верхних и нижних центральных зубов; при второй — отмечается ограничение открывания рта в пределах 1—1, 5 см; при третьей — рот открывается менее чем на 1 см. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны при пальпации. Слизистая оболочка вокруг нижнего третьего моляра и непосредственно «капюшона» гиперемирована, отечна. Гиперемия и отек слизистой оболочки распространяются на небно-язычные дужки, щеки, мягкое небо. Пальпация «капюшона» болезненна, из-под него выделяется гнойный экссудат.
3. Хронический перикоронит. Общее состояние удовлетворительное. Затрудненное жевание на стороне поражения, болезненность «капюшона» над нижним третьим моляром, неприятный запах изо рта. Десна над прорезывающимся моляром изъязвлена, имеются рубцовые изменения, может выделяться экссудат. Открывание рта затрудненное, ограниченное, болезненное. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны при пальпации. Слизистая оболочка вокруг «капюшона» гиперемирована, отечна, болезненная при пальпации.

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

Диагностика перикоронита производится путем сбора анамнеза, клинического осмотра и дополнительных методов обследования. Главная задача при диагностике заключается в определении формы клинического течения, распространенности, тяжести и характера течения перикоронита, выявлении эндогенных и экзогенных факторов.

- Врачу стоматологу рекомендуется произвести сбор анамнеза, осмотр рта и зубов, а также другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у).

Уровень убедительности рекомендаций 5 (уровень достоверности доказательств – С) [1-6]

2.1 Жалобы и анамнез

При сборе анамнеза выясняют наличие или отсутствие жалоб, аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний.

- Рекомендуется целенаправленно выявить жалобы на боли и дискомфорт в области нижнего третьего моляра, в ретромолярной области, их характер, сроки появления, когда пациент обратил внимание на появление дискомфорта. Выясняют - осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта.

Уровень убедительности рекомендаций 5 (уровень достоверности доказательств – С) [1-6]

2.2 Физикальное обследование

- Рекомендуется при внешнем осмотре челюстно-лицевой области обратить внимание на конфигурацию лица, наличие коллатерального отека. Может возникнуть отечность в области угла нижней челюсти на стороне причинного зуба, проводят пальпацию поднижнечелюстных лимфатических узлов, жевательных

мышц, слюнных желез и височно-нижнечелюстного сустава. Оценивают степень открывания рта и болезненность.

Уровень убедительности рекомендаций 5 (уровень достоверности доказательств – С) [1-6]

2.3 Лабораторные диагностические исследования

- Рекомендуется проводить при лечении в стационаре: биохимический анализ крови (белок, билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, тимоловая проба, мочевины, креатинин, остаточный азот);

Уровень убедительности рекомендаций 5 (уровень достоверности доказательств – С) [1-6]

2.4 Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендуется провести осмотр полости рта с использованием стоматологического зеркала, зонда и пародонтологического зонда для оценки состояния зубных рядов, детально обследуя область третьих моляров для оценки наличия гнойного или серозного отделяемого.

Уровень убедительности рекомендаций 5 (уровень достоверности доказательств – С) [1-6]

2.5 Другие диагностические исследования

- Рекомендуется проведения рентгенодиагностики (ортопантомография, внутриротовая контактная рентгенография) для определения положения нижнего третьего моляра и наличия участка деструкции костной ткани в области третьего моляра.

Уровень убедительности рекомендаций 5 (уровень достоверности доказательств – С) [1-6]

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

3.1 Подраздел 1 Консервативное лечение

- Рекомендуется проводить при лечении острого перикоронита (катаральная форма). Проводится обработка пространства под «капюшоном» антисептическими растворами из шприца с затупленной иглой и наложение антисептических, болеутоляющих и кровоостанавливающих повязок или приподнимание и ретротранспозиция «капюшона» кзади полоской марли, смоченной йодоформной жидкостью. В случаях, когда места в позадимоллярной ямке недостаточно для прорезывания зуба, когда он дистопирован, воспаление повторяется или у него отсутствует антагонист на верхней челюсти, т.е. он не в прикусе, тогда проводят операцию удаления нижнего третьего моляра.

Уровень убедительности рекомендаций 5 (уровень достоверности доказательств – С) [1-6]

3.2 Хирургическое лечение

- Рекомендуется проводить при лечении гнойной формы острого перикоронита-перикоронаротомия - рассечение «капюшона», под который вводят небольшую полоску йодоформной турунды. Показан прием внутрь противовоспалительных и антигистаминных средств. После стихания воспалительных явлений необходимо на основании клинических и рентгенологических данных решить вопрос о сохранении нижнего третьего зуба. Если для зуба в альвеолярной части челюсти достаточно места, то причиной затрудненного прорезывания является плотная слизистая оболочка, покрывающая его коронку. В этих случаях проводят полное иссечение «капюшона». Эту операцию осуществляют под инфильтрационной анестезией. Слизистую оболочку иссекают скальпелем или изогнутыми ножницами, можно использовать конхотом, лазерный скальпель, применить криодеструкцию. При неправильном положении зуба, недостатке места в альвеолярной части челюсти, деструкции костной ткани у шейки зуба и по ходу корня, рецидивах воспалительного процесса, отсутствии антагониста зуб подлежит удалению.

Уровень убедительности рекомендаций 5 (уровень достоверности доказательств – С) [1-6]

3.3 Иное лечение

- Рекомендуется провести физиотерапевтическое лечение. Назначают тепловые процедуры: ванночки, полоскание рта, ингаляции, физические методы лечения: УВЧ, микроволновую терапию по 5-7 процедур, излучение гелий-неонового или инфракрасного лазера (5-7 сеансов). При отечности окологлазничных мягких тканей, лимфадените показано светолечение инфракрасной лампой, лазерное воздействие, наружные мазевые повязки. После стихания воспалительных явлений необходимо с учетом клинических и рентгенологических данных решить вопрос о сохранении нижнего третьего моляра.

Уровень убедительности рекомендаций 5 (уровень достоверности доказательств – С) [1-6]

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

Рекомендуется в случае острого перикоронита или сложного удаления нижнего третьего моляра (затрудненное открывание рта) больному выдать листок нетрудоспособности. Необходимо наблюдение за пациентом до полного стихания воспалительного процесса в течение от 3 до 5 дней. Не перегревать организм. Исключить физические нагрузки. Пациенту после операции удаления нижнего третьего моляра в обязательном порядке явиться на следующий день для осмотра к врачу-стоматологу. В случае сохранения зуба посещение назначают минимум один раз в полгода для проведения профилактических осмотров и гигиенических мероприятий. В день хирургического вмешательства не рекомендовано принимать пищу в течение двух часов после операции, также не следует жевать на прооперированной стороне, избегать приема грубой, горячей пищи.

Уровень убедительности рекомендаций 5 (уровень достоверности доказательств – С) [1-6]

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

- Рекомендуется проведение профилактических осмотров 1 раз в 6 месяцев.

Уровень убедительности рекомендаций 5 (уровень достоверности доказательств – С) [1-6]

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

1. отсутствие возможности обеспечения эффективного динамического наблюдения и лечения пациента в амбулаторных и стационарозамещающих условиях;
2. невозможность проведения диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях, обусловленная тяжестью состояния пациента и отсутствием диагностической базы;
3. обострение хронических заболеваний (при неэффективности проводимого лечения в амбулаторно-поликлинических условиях);
4. необходимость проведения различных видов экспертиз или обследования в медицинской организации в стационарных условиях (при невозможности проведения их в амбулаторных условиях), требующих динамического наблюдения.

Показания для экстренной госпитализации:

1. Острые заболевания, обострения хронических заболеваний, иные состояния, угрожающие жизни и здоровью пациента или жизни и здоровью окружающих.
2. неясные в диагностике состояния и случаи при отсутствии возможности обеспечения квалифицированной консультации и лечения в амбулаторно-поликлинических условиях и на дому;
3. состояния с отсутствием эффекта от проводимых лечебно-диагностических мероприятий (при обострении хронических заболеваний с декомпенсацией);
4. иные состояния, требующие срочного дополнительного обследования, если необходимое обследование в амбулаторных условиях с учетом возраста и состояния больного провести невозможно. В отдельных случаях возможно расширение показаний к экстренной госпитализации.

Показания к выписке пациента из медицинской организации

- 1 при выздоровлении больного;
- 2 при стойком улучшении, когда по состоянию здоровья больной может без ущерба для здоровья продолжать лечение амбулаторно под наблюдением участкового врача;
- 3 при отсутствии показаний к дальнейшему лечению в стационаре;
- 4 при необходимости перевода больного в другое лечебное учреждение;
- 5 по требованию больного или его законного представителя.

6. в случаях несоблюдения пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих

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

В качестве факторов, влияющих на исход заболевания может быть сопутствующая соматическая патология у больного [6].

Критерии оценки качества медицинской помощи

| № | Критерии качества | Уровень достоверности доказательств | Уровень убедительности рекомендаций |
|-----|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. | Проводилось ли при постановки диагноза: сбор жалоб и анамнеза, визуальный осмотр, пальпация ЧЛЮ, перкуссия зубов, определение прикуса, пародонтальных и индексов гигиены, степени подвижности зубов | 5 | C |
| 2. | Соответствует ли план лечения поставленному диагнозу | 5 | C |
| 3. | Проводились ли мероприятия по устранению факторов, обусловивших возникновение заболевания | 5 | C |
| 4. | Обучение гигиене рта | 5 | C |
| 5. | Отсутствие осложнений после хирургических вмешательств | 5 | C |
| 6. | Динамическое наблюдение каждые полгода | 5 | C |
| 7. | Профилактическая гигиена рта 2 раза в год | 5 | C |
| 8. | Восстановление функций зубочелюстной системы | 5 | C |
| 9. | Улучшение качества жизни | 5 | C |
| 10. | Правильность и полнота заполнения медицинской документации | 5 | C |

Список литературы

1. Артюшкевич А.С. Воспалительные заболевания и травмы челюстно-лицевой области. Минск, Беларусь, 2001 г.
2. Аснина С.А. Сравнительная характеристика послеоперационного течения у больных после удаления ретенированных третьих моляров/ С.А. Аснина, Н.В.Шишкова, Л.Г. Мазур, Н.М. Лазарихина, А.Ю. Дробышев// Стоматология для всех/-2015.-№3.-С.24-26. Россия
3. Афанасьев А.А. Хирургическая стоматология/В.В. Афанасьев.-Изд-во «ГЭОТАР-МЕДИА», 2015.-880с.11 Россия
4. В.М. Безрукова, Т. Г. Робустова Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, том 1. Москва, «Медицина», 2000 г. Россия
5. Васильев Г.А., Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология.-1981. Россия
6. Кулаков А.А., Робустова Т.Г., Неробеев А.И. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: национальное руководство.-2010. Россия
7. Хирургическая стоматология: - учебник/под ред. С.В. Тарасенко. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2020. – с.

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

1. Панин А. М.
2. Шишканов А. В.
3. Гайдук И. В.
4. Цициашвили А. М.
5. Фахрисламова Л. Р.
6. Гвоздева А. В.
7. Волосова Е. В.

Конфликт интересов: отсутствует

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-стоматологи-хирурги 31.08.74
2. Врачи-стоматологи общей практики 31.08.72
3. Врачи-стоматологи-терапевты 31.08.73

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

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

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

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

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

| УУР | Расшифровка |
|-----|---|
| А | 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 | 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 | Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |

Порядок обновления клинических рекомендаций.

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

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

1. Таблица А3.1. Перечень медицинских услуг для диагностики и лечения периостита

| Код | Название |
|-------------|---|
| A01.07.001 | Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта |
| A01.07.002 | Визуальное исследование при патологии полости рта |
| A01.07.003 | Пальпация органов полости рта |
| A01.07.006 | Пальпация челюстно-лицевой области |
| B01.064.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный |
| B01.067.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный |
| A01.07.007 | Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти |
| A02.07.006 | Определение прикуса |
| A02.07.007 | Перкуссия зубов |
| A06.07.003 | Прицельная внутриротовая контактная рентгенография |
| A06.07.004 | Ортопантомография |
| A06.07.010 | Радиовизиография челюстно-лицевой области |
| A06.30.002 | Описание и интерпретация рентгенографических изображений |
| A02.07.001 | Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов |
| A02.07.003 | Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда |
| A02.07.008 | Определение степени патологической подвижности зубов |
| A12.07.003 | Определение индексов гигиены рта |
| A12.07.004 | Определение пародонтальных индексов |
| A13.30.007 | Обучение гигиене полости рта |

| | |
|---------------------|---|
| A15.07.002 | Наложение повязки при операциях на органах полости рта |
| A16.01.004 | Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани |
| A16.07.001 | Удаление зуба |
| A16.07.024 | Операция удаления непрорезавшегося, дистопированного или сверхкомплектного зуба |
| A16.07.058 | Лечение перикоронита (промывание, рассечение или иссечение капюшона) |
| A17.07.001 | Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов |
| A17.07.003 | Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов |
| A17.07.005 | Магнитотерапия при патологии полости рта и зубов |
| A17.07.007 | Дарсонвализация при патологии полости рта |
| A17.07.008 | Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов |
| A17.07.009 | Воздействие электрическими полями (КВЧ) при патологии полости рта и зубов |
| A17.07.010 | Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов |
| A17.07.011 | Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов |
| A17.07.012 | Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов |
| A17.07.013 | Воздействие магнитными полями при патологии полости рта и зубов |
| B01.003.004.00 4 | Аппликационная анестезия |
| B01.054.001 | Осмотр врача-физиотерапевта |
| B01.003.004.00 2 | Проводниковая анестезия |
| B01.003.004.00 5 | Инфильтрационная анестезия |
| B01.054.001 | Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта |
| B01.067.002 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга |

| | |
|------------|---|
| | повторный |
| A11.07.011 | Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область |
| A16.07.011 | Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления (рассечение капюшона) |
| A25.07.001 | Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов |

2. Алгоритм проведения операции перикоронаротомии.

Под проводниковой и инфильтрационной анестезий (в некоторых случаях достаточно инфильтрационной анестезии) вскрывают очаг воспаления линейным разрезом до зуба в месте наибольшего выбухания инфильтрата длиной 1, 5 см. Зажимом «москит» разводят края раны, промывают раствором антисептиков и вводят йодоформную турунду.

Послеоперационный уход:

- антибиотики (у ослабленных больных с низкой реактивностью организма, при тяжелом течении заболевания);
- нестероидные противовоспалительные препараты;
- антигистаминные препараты;
- антисептические ротовые ванночки;
- в день хирургического вмешательства воздержаться на 2-3 часа от приема пищи, избегать перегрева организма и воспаленной области, ограничить физические нагрузки;
- соблюдать гигиену рта

3. Алгоритм проведения перикоронарэктомии.

Иссечение капюшона целесообразно проводить в отсутствие острых воспалительных явлений. При острых воспалительных явлениях в области нижнего третьего моляра лечение заключается в создании максимального оттока гноя из-под капюшона путем промывания промежутка между нависающей слизистой оболочкой и коронкой зуба антисептическими растворами. Иссечение капюшона производят через 2-3 дня после стихания острых явлений. Зуб сохраняют при правильном расположении в кости и прорезывание его после лечебных мероприятий не вызывает сомнений.

Основные этапы иссечения капюшона:

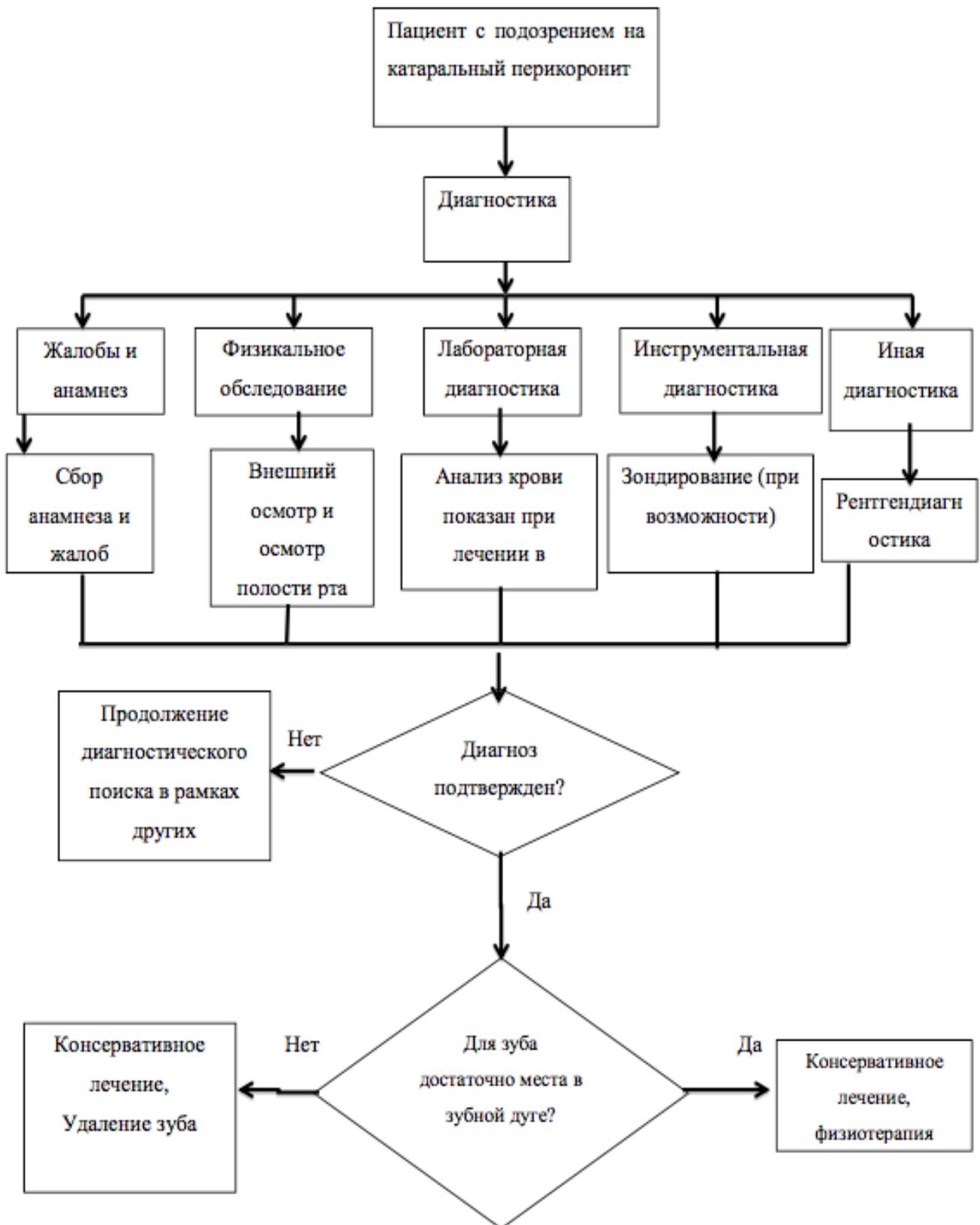
- Медикаментозная обработка операционного поля антисептическим раствором.
- Обезболивание (как правило, это местная анестезия).
- Иссечение П-образного участка слизистой оболочки, покрывающей коронку нижнего третьего моляра.
- Гемостаз.

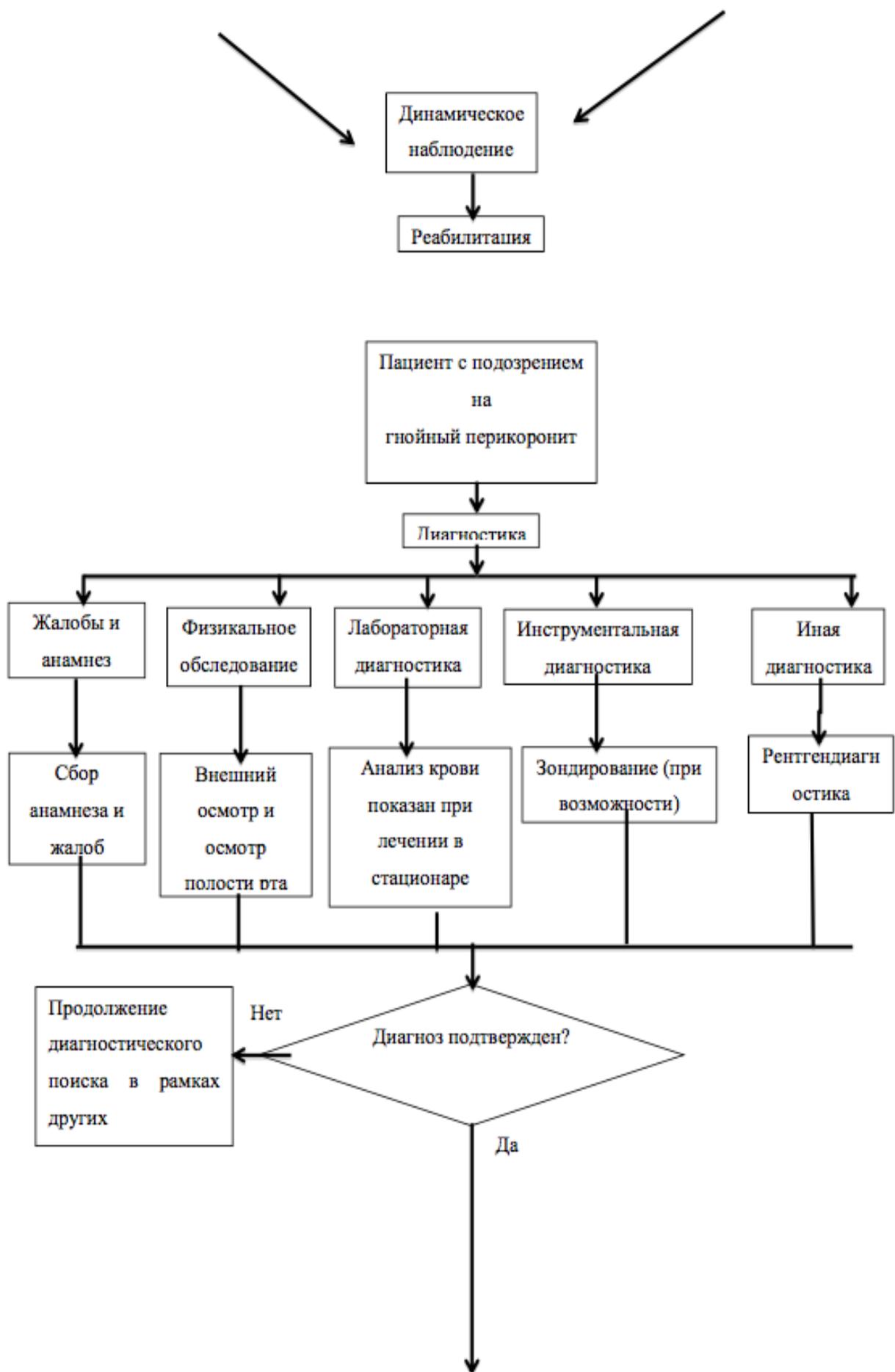
Послеоперационный уход:

- воздержаться от приема пищи в течение 2-3 часов после операции;
- не принимать горячую ванну, не посещать сауну в день операции, избегать

перегревания организма;
-ограничить физические нагрузки;
-не прикладывать согревающие компрессы;
-воздержаться от приема алкоголя и курения;
-ротовые ванночки с антисептическим раствором 3 раза в день по 3-5 минут;
-медикаментозное лечение: через трое суток для ускорения заживления -можно использовать кератопластические препараты;
-при возникновении припухлости, сильной боли или других необычных ощущений обязательно обратиться в клинику для осмотра ранее назначенного времени.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача







Приложение В. Информация для пациента

В случае хронического перикоронита или сложного удаления нижнего третьего моляра (затрудненное открывание рта) больному выдается листок нетрудоспособности. Необходимо наблюдение за пациентом до полного стихания воспалительного процесса в течение от 3 до 5 дней. Не перегревать организм. Исключить физические нагрузки. В день хирургического вмешательства не рекомендовано принимать пищу в течение двух часов, также не следует жевать на прооперированной стороне, избегать приема грубой, горячей пищи. Запрещено в этот день посещать баню. Необходимо посещать плановые осмотры.

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

Анкета пациента

ФИО _____ Дата заполнения _____

Как Вы оцениваете Ваше общее самочувствие на сегодняшний день?

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

