

Клинические рекомендации

## Периостит

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: K10.22-Периостит челюсти. K10.23-Хронический периостит челюсти.

\\9

Возрастная группа: **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 патогенеззаболевания 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 Классификациязаболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)....	6
1.6 Клиническая картиназаболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	7
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	7
2.1 Жалобы и анамнез .....	8
2.2 Физикальное обследование.....	9
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	10
2.4 Инструментальные диагностические исследования .....	10
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения .....	11
3.1 Подраздел1 «Консервативное лечение».....	11
3.N Хирургическое лечение.....	14
3.3 Иное лечение .....	14
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации .....	15

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	15
6. Организация оказания медицинской помощи .....	15
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболеванияили состояния) .....	16
Критерии оценки качества медицинской помощи .....	16
Список литературы.....	18
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	19
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	20
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	22
Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	29
Приложение В. Информация для пациента .....	30
Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....	31

## Список сокращений

МКБ 10 - международная классификация болезней 10-го пересмотра

ВОЗ – всемирная организация здравоохранения

СОЭ - скорость оседания эритроцитов

УДД – уровень достоверности доказательств

УУР – уровень убедительности рекомендаций

НПВС – нестероидные противовоспалительные препараты

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АСТ – аспартатаминотрансфераза

УВЧ терапия – ультравысокочастотная терапия

СВЧ терапия – сверхвысокочастотная терапия

## Термины и определения

Пародонт – это комплекс тканей, окружающих зуб и удерживающих его в альвеоле, имеющих общее происхождение и функции.

Периодонт – соединительная ткань, находящихся в щелевидном пространстве между цементом корня зуба и пластинкой альвеолы.

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

Гиперостоз - патологическое увеличение содержания костного вещества в неизменной костной ткани.

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

### 1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Периостит – это острое или хроническое воспаление периоста (надкостницы), при котором зона первичного инфекционно-воспалительного процесса в челюсти ограничена пределами пародонта пораженного зуба. Периостит характеризуется распространением воспалительного процесса на надкостницу альвеолярного отростка и тела верхней челюсти и альвеолярной части и тела нижней челюсти.

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

Периостит челюстей развивается в результате обострения хронического воспалительного процесса в периодонте. Вследствие резорбции кости при хроническом периодонтите инфекция из тканей периодонта проникает в надкостницу.

### 1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Периостит челюсти является наиболее частым осложнением одонтогенной инфекции, составляя от 20 до 40% от их общего числа [10].

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

К10.22 Периостит челюсти

К10.23 Хронический периостит челюсти

### 1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В классификации ВОЗ периостит включен в рубрику К10.2 Воспалительные заболевания челюстей.

К10.22 Периостит челюсти

К10.23 Хронический периостит челюсти

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

Клинические проявления периостита челюсти могут быть разнообразными и зависят от этиологических и патогенетических факторов, локализации и протяженности воспалительного процесса. Чаще поражается надкостница с вестибулярной поверхности челюстей, однако возможно ее поражение с язычной стороны нижней челюсти.

По клиническому течению различают острый и хронический периостит, при этом острый периостит может быть серозным и гнойным. Серозный периостит рассматривают как реактивный воспалительный процесс в надкостнице, который сопутствует обострившемуся хроническому периодонтиту. При гнойном периостите экссудат из воспаленного периодонта может проникать под надкостницу через фолькмановские и гаверсовы каналы, по лимфатическим сосудам или через ранее образовавшуюся узуру в стенке лунки зуба.

Различают простой и оссифицирующий хронический периостит, а также его рарефицирующую форму. При простом хроническом периостите вновь образованная остеидная ткань после лечения подвергается обратному развитию, при оссифицирующей форме – оссификация кости развивается в ранних стадиях заболевания и заканчивается чаще всего гиперостозом. Рарефицирующий периостит характеризуется выраженными резорбтивными явлениями и перестройкой костных структур.

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

Диагностика периостита производится путем сбора жалоб и анамнеза, клинического осмотра и дополнительных методов обследования.

Главная задача при диагностике заключается в определении тяжести и характера течения периостита, выявлении эндогенных и экзогенных факторов.

### ***Критерии установления диагноза/состояния:***

- 1) Жалоб и анамнеза*
- 2) физикального обследования*
- 3) лабораторных исследований*
- 4) инструментального обследования*

Рекомендуется проводить диагностику периостита врачом-стоматологом-хирургом с привлечением при необходимости других специалистов стоматологического профиля. В зависимости от поставленного диагноза составляется комплексный план лечения пациента. [1-4]

**Уровень убедительности рекомендаций 5 (уровень достоверности доказательств – С)**

## **2.1 Жалобы и анамнез**

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

Выясняют осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта. Четко выявляют жалобы, а также характер появления боли и дискомфорт в области причинного сегмента. Определяют давность возникновения заболевания, проведенное ранее лечение или его отсутствие.

### 1. Острый серозный периостит:

- Рекомендуется установить характер боли (острая боль разлитая в челюсти, иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва (при небном абсцессе болезненность при глотании))
- Рекомендуется измерить температуру тела (возможна субфебрильная температура)
- Рекомендуется оценить конфигурацию лица (изменение конфигурации лица за счет коллатерального отека мягких тканей в области причинного зуба)

### 2. Острый гнойный периостит:

- Рекомендуется установить характер боли (острая боль разлитая в челюсти, иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва (при небном абсцессе болезненность при глотании))
- Рекомендуется измерить температуру тела (возможна субфебрильная температура)
- Рекомендуется оценить конфигурацию лица (изменение конфигурации лица за счет коллатерального отека мягких тканей в области причинного зуба)

### 3. Хронический периостит челюсти:

- Рекомендуется установить характер боли (слабая боль, ноющего характера, периодическая)
- Рекомендуется измерить температуру тела (возможна субфебрильная температура)

- Рекомендуется оценить конфигурацию лица (конфигурация лица может быть не изменена, или присутствует незначительная асимметрия за счет инфильтрата по переходной складке) [1-4]

**Уровень убедительности рекомендаций 5 (уровень достоверности доказательств – С)**

## **2.2 Физикальное обследование**

Острый серозный периостит:

- Рекомендуется измерить температуру тела (возможна субфебрильная температура)
- Рекомендуется оценить конфигурацию лица (изменение конфигурации лица за счет коллатерального отека мягких тканей в области причинного зуба)
- Рекомендуется оценить кожные покровы не изменены, в складку собираются;
- Рекомендуется пропальпировать регионарные лимфатические узлы (увеличенные и болезненные лимфатические узлы области, соответствующей возникновению воспаления)
- Рекомендуется оценить открывание рта (ограничение открывания рта)
- Рекомендуется пропальпировать переходную складку (гиперемия, отек по переходной складке)
- Рекомендуется провести перкуссию причинного зуба (резко болезненная)

2. Острый гнойный периостит:

- Рекомендуется измерить температуру тела (возможна субфебрильная температура)
- Рекомендуется оценить конфигурацию лица (изменение конфигурации лица за счет коллатерального отека мягких тканей в области причинного зуба)
- Рекомендуется оценить кожные покровы не изменены, в складку собираются;
- Рекомендуется пропальпировать регионарные лимфатические узлы (увеличенные и болезненные лимфатические узлы области, соответствующей возникновению воспаления)
- Рекомендуется пропальпировать переходную складку (резко болезненная ограниченный инфильтрат в виде валика по переходной складке, переходная складка сглажена, определяется флюктуация, иногда гной просвечивается через слизистую оболочку)
- Рекомендуется оценить открывание рта (ограничение открывания рта)
- Рекомендуется провести перкуссию причинного зуба (возможно, слабо болезненная)

3. Хронический периостит челюсти:

- Рекомендуется измерить температуру тела (возможна субфебрильная температура)
- Рекомендуется оценить конфигурацию лица (конфигурация лица может быть не изменена или присутствует незначительная асимметрия за счет инфильтрата по

переходной складке)

- Рекомендуется пропальпировать регионарные лимфатические узлы (увеличение и уплотнение поднижнечелюстных лимфатических узлов, безболезненных при пальпации)
- Рекомендуется пропальпировать переходную складку (наличие в области переходной складки ограниченного уплотненного участка округлой формы с гладкой поверхностью, болезненного при пальпации, может отмечаться гиперемия)
- Рекомендуется провести перкуссию причинного зуба (умеренно болезненная) [1-4]

**Уровень убедительности рекомендаций 5 (уровень достоверности доказательств – С)**

### **2.3 Лабораторные диагностические исследования**

*Проводится в условиях стационара;*

- В ОАК наблюдается умеренно выраженный нейтрофильный лейкоцитоз, относительный лимфоцитоз, ускоренное СОЭ.

Уровень убедительности рекомендаций 5 (уровень достоверности доказательств – С)

### **2.4 Инструментальные диагностические исследования**

- Рекомендуется проведения рентгенологического обследования для подтверждения диагноза и определения причинного зуба.
  - 1) Острый периостит: на прицельной внутриротовой рентгенограмме отмечается расширение периодонтальной щели причинного зуба, наличие очагов деструкции костной ткани в области корней зубов.
  - 2) На обзорной рентгенограмме по нижнему краю челюсти удается выявить дополнительную тень оссифицированной надкостницы. В дальнейшем она уплотняется и становится толще. Во вновь образованной костной ткани начинается процесс перестройки, и она приобретает выраженную трабекулярную структуру. Рарефицирующий периостит характеризуется очагом остеопороза костной ткани с довольно четкими границами. Костная ткань замещается фиброзной. Зубы, входящие в патологический очаг, интактные. [1-4]

**Уровень убедительности рекомендаций 5 (уровень достоверности доказательств –С)**

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

### **3.1 Подраздел1 «Консервативное лечение»**

Острый серозный периостит

Рекомендуется проводить врачу-стоматологу-терапевту. В начальной стадии острого периостита челюсти (острый серозный периостит) проводят терапевтическое лечение причинного зуба/зубов и консервативную лекарственную терапию. Назначают антибактериальные препараты следующих групп: пенициллины, фторхинолоны, цефалоспорины, макролиды, линкозамиды, тетрациклины. Антибактериальную терапию назначают индивидуально, исходя из общесоматического состояния пациента. Обязательно назначение антибиотикотерапии пациентам с сопутствующими заболеваниями (сердечно-сосудистой системы, иммунной системы, с онкологическими заболеваниями, пациентам преклонного возраста и т.д.)

Лекарственное лечение острого серозного периостита заключается в назначении антибактериальных препаратов перечисленных групп:

- полусинтетических пенициллинов (амоксциллин), цефалоспоринов второго-третьего поколения, макролидов, фторхинолонов, линкозамидов, тетрациклинов;
- антигистаминных препаратов;
- препаратов кальция;
- обезболивающих препаратов;
- витаминов (поливитамины, витамин С).
- ***Органотропные средства***
- При периостите больному вместе с антибиотиками назначают пробиотики, нормализующие микрофлору кишечника.
- ***Антисептические средства***
- Антисептические средства используются в виде полоскания, активные в отношении простейших, грамположительных и грамотрицательных бактерий, вирусов (применяют до 14 дней).
- ***Анестетики, используемые для местной анестезии***

- В настоящее время для местной анестезии используют анестетики преимущественно амидной группы.
- Для каждого оперативного вмешательства выбирать тот анестетик, который показан пациенту с точки зрения функционального состояния его организма, аллергологического анамнеза, наличия сопутствующих заболеваний и степени их компенсации, характера предстоящего вмешательства.
- ***Противомикробные препараты для системного применения***
- Эти препараты назначают по строгим показаниям при прогрессировании воспалительного процесса, который ведет к развитию острого гнойного периостита, распространению гнойного экссудата в кость и развитию острого остеомиелита челюсти или в окологлазничные мягкие ткани с образованием абсцесса или флегмоны. Также назначаются при явлениях общей интоксикации, осложнениях после хирургического вмешательства.
- ***Нестероидные противовоспалительные препараты***
- Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) в большинстве своем — производные слабых органических кислот. К основным фармакодинамическим эффектам НПВС относятся противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее действие и антиагрегантное. Назначение препаратов обусловлено их преимущественным анальгезирующим действием в первые сутки после хирургического вмешательства и выраженным противовоспалительным действием.

## 2. Острый гнойный периостит

При остром гнойном периостите проводят терапевтическое лечение причинного зуба/зубов и консервативную лекарственную терапию (если причинный зуб не подлежит лечению или не представляет собой функциональной ценности его удаляют).

Назначают антибактериальные препараты следующих групп: пенициллины, фторхинолоны, цефалоспорины, макролиды, линкозамиды, тетрациклины. Антибактериальную терапию назначают индивидуально, исходя из общесоматического состояния пациента. Обязательно назначение антибиотикотерапии пациентам с сопутствующими заболеваниями (сердечно-сосудистой системы, иммунной системы, с онкологическими заболеваниями, пациентам преклонного возраста и т.д.)

Лекарственное лечение заключается в назначении антибактериальных препаратов перечисленных групп:

- полусинтетических пенициллинов (амоксциллин), цефалоспоринов второго-третьего поколения, макролидов, фторхинолонов, линкозамидов, тетрациклинов;
- антигистаминных препаратов;
- препаратов кальция;
- обезболивающих препаратов;
- витаминов (поливитамины, витамин С).

- ***Органотропные средства***

- При периостите больному вместе с антибиотиками назначают пробиотики, нормализующие микрофлору кишечника.

- ***Антисептические средства***

- Антисептические средства используются в виде полоскания, активные в отношении простейших, грамположительных и грамотрицательных бактерий, вирусов (применяют до 14 дней). Для полоскания рта используют также гипертонический раствор (сода, соль).

- ***Анестетики, используемые для местной анестезии***

- В настоящее время для местной анестезии используют анестетики преимущественно амидной группы.
- Для каждого оперативного вмешательства выбирать тот анестетик, который показан пациенту с точки зрения функционального состояния его организма, аллергологического анамнеза, наличия сопутствующих заболеваний и степени их компенсации, характера предстоящего вмешательства.

- ***Противомикробные препараты для системного применения***

- Эти препараты назначают по строгим показаниям при прогрессировании воспалительного процесса, который ведет к развитию острого гнойного периостита, распространению гнойного экссудата в кость и развитию острого остеомиелита челюсти или в окологлазничные мягкие ткани с образованием абсцесса или флегмоны. Также назначаются при явлениях общей интоксикации, осложнениях после хирургического вмешательства.

- ***Нестероидные противовоспалительные препараты***

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) в большинстве своем — производные слабых органических кислот. К основным фармакодинамическим эффектам НПВС относятся противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее действие и антиагрегантное. Назначение препаратов в хирургической практике обусловлено их преимущественным анальгезирующим действием в первые сутки после хирургического вмешательства и выраженным противовоспалительным действием. [1-4]

**Уровень убедительности рекомендаций 5 (уровень достоверности доказательств – С)**

### **3.N Хирургическое лечение**

*Рекомендуется проводить врачу стоматологу-хирургу при остром и хроническом периостите челюсти.*

1. Острый периостит- Хирургическое вмешательство заключается в проведении разреза по переходной складке до кости на протяжении всего инфильтрата, разведении краев раны, получении гноя. Создают отток гною, промывают рану растворами антисептиков, устанавливают дренаж.
2. Хронический периостит- Вскрывают гнойный очаг из линии разреза или из лунки удаленного зуба. Лечение разреженного периостита заключается в проведении ревизии патологического очага после отслаивания трапециевидного слизисто-надкостничного лоскута, удалении организовавшейся гематомы. Интактные зубы сохраняют. Одновременно иссекают пролиферативно измененную часть надкостницы, а вновь образованную костную ткань удаляют костными кусачками, долотом, при помощи бормашины или физиодиспенсера. Удаляют избыточное костное образование на подлежащем кортикальном слое кости вместе с размягченными участками. Материал направляют на патогистологическое исследование. Послеоперационную рану зашивают наглухо. [1-4]

**Уровень убедительности рекомендаций 5 (уровень достоверности доказательств – С)**

### **3.3 Иное лечение**

- При периостите челюсти для более быстрого купирования воспалительных явлений на 2 - 3 сутки после вскрытия гнойника рекомендуется назначение физических методов лечения: теплые ванночки из антисептических и дезодорирующих растворов, УВЧ, СВЧ, флюктуоризацию, лазерную терапию гелий-неоновыми лучами, магнитотерапию. [1-4]

**Уровень убедительности рекомендаций 5 (уровень достоверности доказательств – С)**

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

Пациенту рекомендуют явиться на следующий день на прием для осмотра после лечебных мероприятий, далее, в зависимости от необходимости проведения перевязок или следующего этапа лечения, график посещения назначают индивидуально в зависимости от течения воспалительного процесса. [1-4]

**Уровень убедительности рекомендаций 5 (уровень достоверности доказательств – С)**

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

Рекомендуется врачу-стоматологу-терапевту проведения 2 раза в год профилактических осмотров и гигиенических мероприятий. [1-4]

**Уровень убедительности рекомендаций 5 (уровень достоверности доказательств – С)**

#### **6. Организация оказания медицинской помощи**

Вид медицинской помощи: первичная специализированная медико-санитарная помощь.

Условия оказания медицинской помощи: амбулаторно.

Показания для плановой госпитализации:

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 стационара:

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 [10].

### Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1.	<b>Событийные (смысловые, содержательные, процессные) критерии качества</b>		
1.1	Проводилось ли при постановке диагноза: сбор жалоб и анамнеза, визуальный осмотр, пальпация ЧЛО, перкуссия зубов,	1	A

	определение прикуса, пародонтальных и индексов гигиены, степени подвижности зубов		
1.2	Соответствует ли план лечения поставленному диагнозу	4	В
1.3	Проводились ли мероприятия по устранению факторов, обусловивших возникновение заболевания	4	В
1.4	Обучение гигиене рта	4	В
<b>2.</b>	<b>Временные критерии качества</b>		
2.1	Отсутствие осложнений (общих и местных) после хирургических вмешательств	5	С
2.2	Динамическое наблюдение каждые полгода	5	С
<b>3.</b>	<b>Результативные критерии качества</b>		
3.1.	Восстановление функции зубочелюстной системы	4	В
3.2	Улучшение качества жизни	4	В
<b>4.</b>	<b>Дополнительные критерии</b>		
4.1	Правильность и полнота заполнения медицинской документации	1	А

## Список литературы

1. Артюшкевич А.С. Воспалительные заболевания и травмы челюстно-лицевой области. Минск, Беларусь, 2001 г.
2. Афанасьев В.В. Хирургическая стоматология.- Изд-во «ГЭОТАР-МЕДИА», 2015.-880с.
3. Безрукова В.М., Робустова Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, том 1. Москва, «Медицина», 2000 г.
4. Васильев Г.А., Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология.-1981.
5. Желудева Т.П. «Антибиотики».- Санкт-Петербург.-2006.-155с.
6. Кулаков А.А., Робустова Т.Г., Неробеев А.И. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: национальное руководство.-2010.
7. Леус П.А., Горегляд А.А., Чудакова И.О. Заболевание зубов и полости рта.-1998.
8. Нагих, А.В. Эффективность электрохирургии в лечении перикоронита и гиперпластических образований слизистой оболочки полости рта: дисс. ...канд. Мед. наук: 14.00.21 / Нагих А.В.- Омск, 2007.- 124 с.
9. Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 56034-2014 «Клинические рекомендации (протоколы лечения)». Общие положения (утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии Российской Федерации от 04.06.2014 г. N 503-ст).-М:Стандартформ, 2014.-17с.
10. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология.-2010.
11. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии.-2007.
12. Шевела Т.В., Чижик Т. А. Хирургические методы лечения хронического перикоронита на амбулаторном приеме //Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области.- 2016.- № 1 (12).-Том 1.- С.52-54.
13. Хирургическая стоматология : учебник / С. В. Тарасенко [и др.] ; под общ. ред. С. В. Тарасенко. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 672 с. : ил.
14. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323-ФЗ.

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)

<b>УУР</b>	<b>Расшифровка</b>
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. Алгоритм хирургического лечения периостита

Если поднадкостничный гнойный очаг расположен в области преддверия рта, то разрез производят параллельно переходной складке через весь инфильтрированный участок: рассекают слизистую оболочку, подслизистую основу и надкостницу до кости соответственно 3-5 зубам. Рану промывают антисептическими растворами. Чтобы предупредить слипание краев раны и обеспечить отток гноя, в нее рыхло вводят узкую полосу тонкой (перчаточной) резины.

При локализации гнойного очага под надкостницей в области бугра верхней челюсти разрез следует производить по переходной складке в области моляров. Для вскрытия воспалительного очага следует распатором или желобоватым зондом тупым путем пройти из разреза до кости в направлении бугра верхней челюсти (назад и внутрь). Аналогичным методом вскрывают гнойный очаг при периостите челюсти, локализованном в клыковой ямке.

При небном абсцессе разрез проводят в области наибольшего выбухания тканей, немного отступив от основания альвеолярного отростка, или у средней линии неба, параллельно ей. Особенностью вскрытия небного абсцесса является треугольная форма разреза с иссечением участка слизистой оболочки, что препятствует слипанию краев раны и созданию условий для хорошего оттока гноя. В операционную рану на небе дренаж не вводят из-за его плохой фиксации.

Воспалительный очаг при периостите с язычной поверхности нижней челюсти рекомендуется вскрывать разрезом слизистой оболочки альвеолярной части до кости в месте наибольшего выбухания инфильтрата. Желобоватым зондом или распатором проходят по поверхности кости вниз и, отодвинув надкостницу, дают отток гною.

При периостите на внутренней поверхности ветви челюсти делают разрез у основания небноязычной дужки до кости в ретромолярной области. Далее распатором расширяют рану вверх по ветви челюсти, создавая отток из очага воспаления.

Поднадкостничный гнойный очаг по наружной поверхности ветви нижней челюсти вскрывают разрезом, проведенным с вестибулярной поверхности на уровне второго и третьего больших коренных зубов по костной линии до кости, далее распатором проходят поднадкостнично в направлении угла нижней челюсти, отводя кнаружи жевательную

мышцу. В рану после вскрытия очага обязательно глубоко вводят резиновую полосу для дренирования. Отсутствие на следующие сутки эффекта от такого вмешательства является основанием для госпитализации и проведения оперативного вмешательства наружным доступом.

После вскрытия гнойного очага целесообразно дать больному прополоскать рот слабым раствором перманганата калия или 1-2% раствором гидрокарбоната натрия, а также промыть рану раствором этикридина лактата или 0,05-0,12% раствора хлоргексидина. Хороший эффект дают орошение полости абсцесса раствором димексида и аппликации на рану 40% линимента димексида в течение 15 мин.

Если зуб, явившийся источником инфекции, представляет функциональную или эстетическую ценность, то его следует лечить эндодонтически через 1-3 дня после периостотомии. В случае невозможности сохранения зуба, проводят его удаление одновременно с вскрытием поднадкостничного гнойного очага. Это позволит улучшить опорожнение гнойного очага и будет способствовать более быстрой ликвидации воспалительных явлений.

#### *Алгоритм операции удаления зуба.*

1. Проводится рентгенологическое исследование перед удалением зуба.
2. Препарат для анестезии подбирают с учетом аллергологического анамнеза и наличия сопутствующей патологии. При необходимости – проводят медикаментозную подготовку пациента или применяют общие методы обезболивания. Проводят местную анестезию: аппликационную, инфильтрационную или проводниковую.
3. Проводят отделение круговой связки от шейки зуба при помощи гладилки, узкого распатора или скальпеля.

#### **Простое удаление зуба с сохраненной коронковой частью.**

4. Наложение щипцов на коронку удаляемого зуба (выбор щипцов в соответствии с расположением зуба). При удалении резцов, клыков и премоляров (зубы эстетической зоны) возможно применение периотомов для рассечения периодонтальной связки и отделения корня зуба от стенок альвеолы.
5. Продвижение щечек щипцов вдоль оси зуба, их фиксация.
6. Проведение люксации и/или ротации зуба.
7. Экстракция зуба.
8. Кюретаж, ревизия лунки, удаление патологических тканей.

9. При удалении верхних премоляров и моляров проводится носороговая проба для исключения перфорации верхнечелюстного синуса.

10. Сглаживание острых краев лунки, при необходимости.

11. Гемостаз.

12. Формирование кровяного сгустка.

13. При необходимости – укладка медикаментозных препаратов или остеопластического материала с наложением швов на лунку.

#### **Простое удаление зуба с разрушенной коронковой частью.**

4. Для удаления корней верхних и нижних зубов пользуются корневыми щипцами. При безуспешности использования щипцов, применяют элеваторы. Рабочую часть соответствующего элеватора помещают между корнем зуба и альвеолой. При удалении резцов, клыков и премоляров (зубы эстетической зоны) возможно применение периотомов для рассечения периодонтальной связки и отделения корня зуба от стенок альвеолы.

5. Проводя вывихивающие движения осуществляют экстракцию корня зуба.

6. Кюретаж, ревизия лунки, удаление патологических тканей.

7. При удалении верхних премоляров и моляров проводится носороговая проба для исключения перфорации верхнечелюстного синуса.

8. Сглаживание острых краев лунки, при необходимости.

9. Гемостаз.

10. Формирование кровяного сгустка.

11. При необходимости – укладка медикаментозных препаратов или остеопластического материала с наложением швов на лунку.

#### **Сложное удаление зуба.**

4. При удалении многокорневых зубов при помощи бормашины, физиодиспенсера или долота проводится сепарация корней. При недостаточной визуализации разрушенных корней зуба необходимо провести отслаивание слизисто-надкостничного лоскута.

5. С помощью щипцов или элеватора проводится люксация, ротация корня зуба.

6. При разрушении зуба ниже уровня десны и безуспешности применения элеватора, с помощью бормашины, физиодиспенсера или долота создается зазор между корнем зуба и альвеолой, куда помещается рабочая часть элеватора.

7. Экстракция зуба.

8. Кюретаж, ревизия лунки, удаление патологических тканей.

9. При удалении верхних премоляров и моляров проводится носороговая проба для исключения перфорации верхнечелюстного синуса.

10. Сглаживание острых краев лунки, при необходимости.
11. Гемостаз.
12. Формирование кровяного сгустка.
13. При отсутствии кровяного сгустка – заполнение лунки медикаментозными препаратами, соответственно материально-техническому обеспечению медицинской организации.
14. При необходимости – укладка остеопластического материала в лунку.
15. Наложение швов на края десны.
16. Рентгенологический контроль при необходимости.

**Сложное удаление корня зуба полностью покрытого эпителизированной десной.**

3. С помощью скальпеля проводится разрез десны по альвеолярному гребню в проекции корня зуба (угловой, трапецевидной и др. формы).
4. Отслаивается слизисто-надкостничный лоскут.
5. С помощью бормашины, физиодиспенсера или долота проводится освобождение поверхности корня от окружающей костной ткани для создания доступа к корню удаляемого зуба.
6. При помощи элеватора, корневого крючка проводится люксация, вывихивание корня.
7. Экстракция корня зуба.
8. Кюретаж, ревизия лунки зуба, удаление патологических тканей.
9. При удалении верхних премоляров и моляров проводится носороговая проба для исключения перфорации верхнечелюстного синуса.
10. Гемостаз.
11. При необходимости – укладывается медикаментозный материал (гемостатическая губка, губка с содержанием антибактериальных или противовоспалительных препаратов, остеопластический материал и др.)
12. Слизисто-надкостничный лоскут возвращается на место.
13. Наложение швов.
14. Рентгенологический контроль при необходимости.

Примечание: при удалении зуба возможно применение пьезохирургического аппарата со специальными насадками для атравматичной экстракции зуба.

Ведение пациента после проведенного удаления зуба с учетом сложности операции:

1. Прикладывание холода на мягкие ткани соответствующей области для профилактики кровотечения и послеоперационного отека.

2. Дать пациенту необходимые рекомендации в послеоперационном периоде по поводу: возможных послеоперационных состояний, не являющихся осложнениями (боль, отек мягких тканей, повышение температуры тела и т.д.); приема пищи; приема болеутоляющих, противовоспалительных и/или антибактериальных препаратов; физических нагрузок; необходимости повторных осмотров врача; необходимости консультации врача-ортопеда с целью дальнейшего восстановления зубного ряда.

## **2. Перечень медицинских услуг для диагностики и лечения острого периостита челюсти**

Код	Наименование медицинской услуги	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта	1
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A02.30.001	Термометрия общая	По потребности
B01.064.00 1	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	1
B01.067.00 1	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	1
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	1

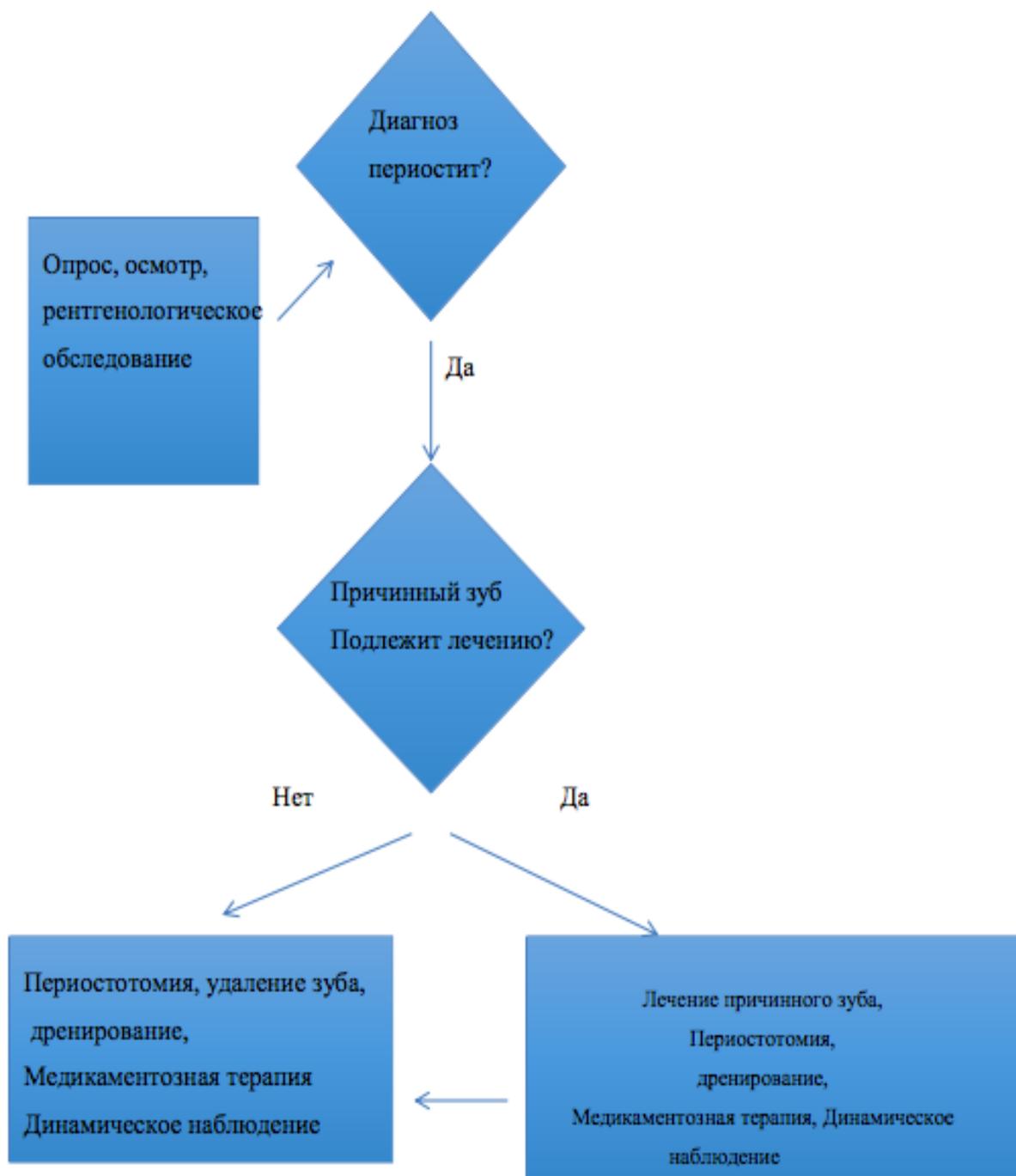
## **3. Перечень медицинских услуг для диагностики и лечения хронического периостита челюсти**

A06.07.004	Ортопантомография	по потребности
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	по потребности
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	1
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	1
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	1
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности

Код	Наименование медицинской услуги	Кратность выполнения
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта	1
A15.07.002	Наложение повязки при операциях на органах полости рта	По потребности
A16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани	По потребности
A16.07.001	Удаление зуба	По потребности
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.005	Магнитотерапия при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта	По потребности

A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.009	Воздействие электрическими полями (КВЧ) при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.011	Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.012	Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов	По потребности
A17.07.013	Воздействие магнитными полями при патологии полости рта и зубов	По потребности
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область	1
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления	По потребности
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов	1
A16.07.014	Дренирование абсцесса полости рта и зубов	1
4.004 B01.003.00	Аппликационная анестезия	По потребности
4.002 B01.003.00	Проводниковая анестезия	По потребности
4.005 B01.003.00	Инфильтрационная анестезия	По потребности
2 B01.065.00	Осмотр (консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	1
1 B01.054.00	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	По потребности
2 B01.067.00	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	1

## Приложение Б. Алгоритмы действий врача



## **Приложение В. Информация для пациента**

После проведения операций на мягких тканях необходимо:

-строго следовать указаниям и рекомендациям лечащего врача-стоматолога;

-делать ротовые ванночки с растворами антисептиков;

-при возникновении боли после проведения оперативного вмешательства необходимо принять обезболивающий препарат;

-при отеке, немедленно обратиться к лечащему врачу-стоматологу;

В течении 3 дней после проведения оперативного вмешательства исключить физические нагрузки и пребывание в местах с высокой температурой (бани, сауны, горячий душ)

Обязательно посещать плановые осмотры.

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

**Шаблон включения клинических шкал оценки, вопросников и других оценочных инструментов состояния пациента**

Анкета пациента

ФИО \_\_\_\_\_ Дата заполнения \_\_\_\_\_

Как Вы оцениваете Ваше общее самочувствие на сегодняшний день?

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

