

Клинические рекомендации

## **Одонтогенный остеомиелит челюсти**

Кодирование по Международной K10.2  
статистической классификации  
болезней и проблем, связанных  
со здоровьем:

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 патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)....	7
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.....	7
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)....	8
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	8
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	11
2.1 Жалобы и анамнез.....	11
2.2 Физикальное обследование.....	13
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	14
2.4 Инструментальные диагностические исследования.....	18
2.5 Иные диагностические исследования.....	23
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.....	24
3.1 Подраздел 1 «Хирургическое лечение».....	24
3.2 Подраздел 2 «Консервативное лечение».....	27
3.3 Иное лечение.....	29

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.....	31
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	31
6. Организация оказания медицинской помощи.....	32
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....	33
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	36
Список литературы.....	38
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	41
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	43
Приложение В. Информация для пациента.....	46
Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....	47

### Список сокращений

- МКБ-10 - международная классификация болезней 10-го пересмотра
- ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
- СРБ – С – реактивный белок
- ОПТГ – ортопантограмма
- ЭОМ – электроодонтометрия (ЭОД)
- ЯМР – ядерно-магнитно-резонансная томография
- ГБО – гипербарическая оксигенация
- УФО – ультрафиолетовое облучение
- КТ – компьютерная томография
- ВКБ – внутренняя картина болезни
- ССВО - синдром системного воспалительного ответа

НПВС – нестероидные противовоспалительные средства

## Термины и определения

Одонтогенный остеомиелит челюсти – это инфекционный гнойно-некротический воспалительный процесс в костной ткани челюсти, при котором источником и входными воротами инфекции являются зубы или ткани пародонта.

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

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

Одонтогенный остеомиелит челюсти – это инфекционный гнойно-некротический воспалительный процесс в костной ткани челюсти, при котором источником и входными воротами инфекции являются зубы или ткани пародонта. [1,2,3]

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

Острый одонтогенный остеомиелит развивается в результате внедрения одонтогенной инфекции. Возбудителями инфекционно-воспалительного процесса, приводящего к развитию остеомиелита челюсти, является патогенная и условно-патогенная микрофлора, вегетирующая в полости рта, в очагах хронической инфекции в пародонте зуба. Среди микрофлоры остеомиелитических гнойных очагов чаще встречаются золотистые и белые стафилококки, стрептококки и другие кокки, некоторые палочковидные формы - нередко в сочетании с гнилостными бактериями. При тяжелых формах одонтогенного остеомиелита челюсти часто обнаруживают анаэробные стрептококки и патогенные штаммы стафилококков. Большое значение в этиологии этого заболевания имеет анаэробная инфекция и среди них неспорогенные анаэробы. При одонтогенном остеомиелите среди микробных возбудителей присутствуют 5-6 патогенных видов анаэробной и аэробной флоры.

В развитии одонтогенного остеомиелита выделяют несколько основных механизмов. Важное значение имеет реактивность организма. Снижение неспецифических защитных механизмов, которое может быть связано с переохлаждением, переутомлением, стрессовыми ситуациями, перенесенными вирусными инфекциями, сопутствующими заболеваниями, проводимой лекарственной терапией влияет на развитие гнойно-некротического процесса в кости и его протяженность. Наличие хронических одонтогенных очагов в полости рта приводит к развитию сенсibilизации организма к микроорганизмам и их токсинам, что приводит к усилению дисбаланса иммунитета и невозможности организмом обеспечивать адекватную защитную реакцию. Нарушается баланс местных клеточных гуморальных реакций специфических и неспецифических. При наличии воспалительного процесса в тканях пародонта возникает значительная

резорбция и перестройка костной ткани в околоверхушечном пространстве, происходит расширение естественных отверстий и образование широкого сообщения между периодонтом и прилежащими костномозговыми пространствами. В результате этого создаются благоприятные условия для распространения гнойного экссудата из воспаленного периодонта в толщу кости альвеолярного отростка, альвеолярной части и тела челюсти. Важное значение в развитии одонтогенного остеомиелита имеет кровообращение. Проникновение в кость воспалительного экссудата ведет к нарушению микроциркуляции костного мозга, нарушается свертывающая и фибринолитическая система, развиваются тромбоз сосудов костного мозга и гнойное расплавление тромбов, а также нарушение питания, ведущее к некрозу кости. Местное нарушение гемодинамики при остром одонтогенном остеомиелите челюсти негативно влияет на общие показатели свертывающей, фибринолитической и других систем крови [1, 2,3].

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

Острый одонтогенный остеомиелит обычно возникает у людей в возрасте от 20-45 лет, то есть поражает наиболее трудоспособную часть населения. Мужчины болеют чаще, чем женщины, что обусловлено их несвоевременным обращением к врачу и менее внимательным уходом за зубами. У госпитализированных больных остеомиелит нижней челюсти составляет 85%, верхней – 15% всех случаев заболевания. Среди больных, обращающихся за амбулаторной помощью, процент случаев остеомиелитического поражения верхней челюсти выше в 3 раза по сравнению с пациентами, находящимися на лечении в стационаре. Это свидетельствует о том, что клиническое течение остеомиелита верхней челюсти более легкое, чем нижней. Одонтогенный остеомиелит нижней челюсти встречается чаще - 68%, чем верхней - 32% [4,5].

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

#### **K10.2 Воспалительные заболевания челюстей**

Остеит челюсти (острый), (хронический), (гнойный)

Секвестр челюстной кости.

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

*Клинико-анатомическая классификация одонтогенного остеомиелита:*

- острая стадия;
- подострая стадия;
- хроническая стадия;
- первично-хронический остеомиелит.

*Классификация Соловьева М.М. (1985) по распространенности процесса:*

- ограниченный остеомиелит (альвеолярный отросток, тело челюсти в пределах 3-4 зубов);
- очаговый остеомиелит;
- диффузный остеомиелит (половина или вся челюсть).

*Классификация по локализации процесса:*

- остеомиелит верхней челюсти;
- остеомиелит нижней челюсти.

*Формы хронического одонтогенного остеомиелита:*

- деструктивный (секвестрирующий);
- деструктивно-продуктивный (рерафицирующий или гнездный);
- продуктивный (гиперостозный или гиперпластический) [2, 6].

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

Клиническое течение одонтогенного остеомиелита разнообразное и зависит от особенностей микрофлоры, неспецифических и специфических факторов противоинфекционной защиты, локализации процесса, его протяженности и стадии заболевания. Эти факторы отражаются в различных типах воспалительной реакции: нормэргической, гиперэргической, гипергической, вплоть до анергии.

### **Острая стадия одонтогенного остеомиелита.**

Клиническое течение острой стадии одонтогенного остеомиелита бывает чаще всего по гиперэргическому или гипергическому типу. При гиперэргической реакции развивается диффузный одонтогенный остеомиелит челюсти, при этом воспаление в челюсти протекает бурно с высокой степенью интоксикации с распространением гнойного процесса на мягкие ткани. При гипергической воспалительной реакции одонтогенный остеомиелит протекает как ограниченный процесс.

При ограниченном процессе больного беспокоят острые, часто интенсивные боли в области одного зуба, затем ряда зубов и участка челюсти. В случаях диффузного одонтогенного остеомиелита больной жалуется на боли в зубах, половине или всей челюсти, а также в половине лица и головы. При ограниченном одонтогенном остеомиелите состояние больного удовлетворительное, температура тела в пределах субфебрильных цифр, симптомы интоксикации слабо выражены. Вместе с тем больной бледен, вял, иногда заторможен или излишне раздражителен, отмечается повышение температуры тела и озноб ночью, внезапного потоотделения, головной боли, потери аппетита. В случаях диффузного процесса общее состояние чаще средней тяжести, иногда удовлетворительное или тяжелое. Иногда бывает температура тела до 39,5- 40°C, тип температурной кривой лихорадочный. Колебания температуры 2-3°C. Интоксикация различной степени выраженности. Обычно больной бледен, вял, черты лица заострены. Сознание сохранено, но при выраженной интоксикации возможен бред. Тоны сердца глуховатые или глухие. Пульс учащен, часто аритмичен. При движении больной бледнеет, покрывается липким потом, появляются головокружение, общая слабость, наблюдаются боли во всем теле, отмечается значительная слабость, потеря аппетита, плохой сон, нередко бессонница. Можно отметить нарушение других органов и систем.

При исследовании тканей челюстно-лицевой области в ранний период заболевания изменения могут отсутствовать. Только при пальпации определяется болезненность по наружной поверхности челюсти в области воспалительного очага. На протяжении 2-3 дней появляется коллатеральный отек околожелюстных мягких тканей, в последующие дни, увеличивается болезненность при ошупывании соответствующих отделов кости, наблюдается значительное утолщение ее вследствие нарастающих воспалительных изменений надкостницы. Поднижнечелюстные, подбородочные, иногда передние шейные лимфатические узлы значительно увеличены, болезненны при пальпации.

У больных с острым остеомиелитом челюсти при осмотре полости рта язык обложен, повышается вязкость слюны, изо рта - неприятный, иногда гнилостный запах. Прием пищи, глотание нередко затруднены. Участок слизистой оболочки альвеолярного отростка обычно на протяжении нескольких зубов гиперемирован и отечен как со стороны преддверия полости рта, так и с язычной или небной стороны. С обеих сторон кости с вестибулярной и оральной поверхностей образуются поднадкостничные гнойники. Пальпация этих участков десны болезненна, имеется некоторая сглаженность контуров костной ткани. Перкуссия зубов в очаге воспаления болезненна, отмечается нарастающая их патологическая подвижность. Причинный зуб более подвижен, а перкуссия его менее

болезненная. Десна в его окружности на 3-4-й день становится отечной, цианотичной, отслаивается от альвеолярного отростка и при надавливании из-под нее выделяется гной. Острый одонтогенный остеомиелит альвеолярной части в области больших коренных зубов и второго малого коренного зуба и основания нижней челюсти характеризуется вовлечением в процесс сосудисто-нервного пучка в нижнечелюстном канале и нарушением чувствительности тканей, иннервируемых нижним альвеолярным и подбородочным нервами (симптом Венсана). При остром остеомиелите тела и ветви нижней челюсти гнойный процесс распространяется на жевательную и медиальную крыловидную мышцы, возникает ограничение открывания рта - воспалительная контрактура жевательных мышц.

Острый одонтогенный остеомиелит сопровождается изменением крови и мочи. В начале острого одонтогенного остеомиелита челюсти на рентгенограммах пораженных участков кости изменений не обнаруживается. Наблюдаются только патологические изменения в периодонте отдельных зубов или их корней, характерные для хронического периодонтита. Только на 10- 14-й день от начала острого процесса удается установить первые признаки деструктивных изменений костной ткани.

#### **Подострая стадия остеомиелита челюсти.**

Общее состояние пациента улучшается. После вскрытия поднадкостничных очагов постепенно уменьшаются воспалительные явления. На месте вскрытия гнойных очагов по краям раны формируются грануляции, в центре формируются свищевые ходы из которых выделяется скудное гнойное отделяемое. В полости рта слизистая оболочка в области поражения с двух сторон цианотична, отечна. Зубы в области поражения подвижны, по периферии поражения подвижность зубов уменьшается. Изменения в показателях крови и мочи уменьшаются. На рентгенограмме пораженных участков кости имеется резорбция костной ткани с нечеткими контурами.

#### **Хроническая стадия остеомиелита челюсти.**

Общее состояние больных улучшается. Конфигурация лица больных изменена за счет инфильтрации окружающих челюсть мягких тканей и периостального утолщения кости. Лимфатические узлы уменьшаются, становятся плотными, менее болезненными. В полости рта слизистая оболочка, покрывающая альвеолярный отросток и тело челюсти, рыхлая, гиперемирована или синюшная, часто утолщенная. Из свищевых ходов на месте вскрытия поднадкостничных очагов или самопроизвольно вскрывшихся гнойников, у шеек зубов соответственно очагу поражения выделяется густой гной и выбухают

грануляции. Подвижность зубов в области пораженной кости увеличивается. В хронической стадии возможно обострение, когда ухудшается общее состояние, нарастают признаки интоксикации организма. В полости рта увеличивается гнойное отделяемое или образуются абсцессы и флегмоны.

В последние десятилетия значительно увеличилось число атипичных форм хронического одонтогенного остеомиелита челюсти, когда в патологическом процессе резорбтивные и продуктивные реакции преобладают над некротическими.

Чаще всего встречается гнездная форма остеомиелита челюсти, когда расплавление костного вещества происходит диффузно с образованием отдельных мелких очагов резорбции, в которых заключены небольшие участки некротизированной кости.

У некоторых больных длительное течение одонтогенного остеомиелита челюсти не сопровождается образованием свищей. В полости рта пальпируется периостальное утолщение альвеолярного отростка. Зубы остаются интактными.

При преобладании в хронической фазе продуктивных гиперпластических процессов у больных эндостальное и периостальное новообразование кости бывает выражено весьма значительно [2].

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

### **2.1 Жалобы и анамнез**

*Введение в подраздел.* Рекомендуется выявить жалобы у пациента общего и местного характера. Имеются ли жалобы, связанные с интоксикацией организма (температура, головная боль и т. д.). Необходимо выяснить местные жалобы: боль, припухлость, подвижность зубов, уточнить их характер, интенсивность, выявить наличие нарушений функции (жевание, глотание, открывание рта), жалобы, связанные с нарушением чувствительности тканей в подбородочной области. Необходимо уточнить, как развивался воспалительный процесс, и установить источник инфекции. Следует выяснить анамнез жизни, заболевания. [2, 7].

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

**Комментарии:** Жалобы зависят от стадии процесса, анатомической локализации, распространенности процесса, наличия осложнений (абсцессы и флегмоны мягких тканей) и типа иммунологической реактивности организма.

Общие жалобы пациента: на повышение температуры тела: от субфебрильных цифр до 39,9 - 40°C в зависимости от типа иммунологической реактивности организма (гипергический, нормергический, гиперергический).

При остром одонтогенном остеомиелите челюстей или обострении хронического одонтогенного остеомиелита: слабость, вялость, потливость, лихорадочный тип температурной кривой, озноб, профузный пот, головные боли, боли во всем теле, потеря аппетита, плохой сон, нередко бессонница, заторможенность или раздражительность. Нарушение работы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) сопровождается запором или поносом. Возможно нарушение со стороны других органов и систем (сердечно-сосудистой системы, эндокринной, нервной, мочеполовой).

При подострой стадии одонтогенного остеомиелита челюстей: общее состояние нормализуется, восстанавливается сон, функция кишечника, появляется аппетит. Восстанавливается работа органов и систем организма. Температура тела нормализуется или остается субфебрильной.

При хронической стадии одонтогенного остеомиелита общие жалобы пациента могут быть только на повышение температуры тела до 37,3-37,5°C или температура нормальная.

Местные жалобы зависят от стадии остеомиелита, распространенности и анатомической локализации.

При острой стадии одонтогенного остеомиелита в зависимости от протяженности процесса будут жалобы на боль в зубе, ряде зубов, части челюсти, половине челюсти или всей челюсти, половине лица и головы, припухлость мягких тканей, гнилостный запах изо рта, ограничение открывания рта, если процесс локализуется в области угла нижней челюсти.

При подострой стадии одонтогенного остеомиелита будут жалобы на подвижность зубов, припухлость околожелюстных мягких тканей, наличие свищей с гнойным отделяемым.

При хронической стадии одонтогенного остеомиелита жалобы пациентов на изменение конфигурации лица, подвижность зубов, могут быть незначительные

*боли в области поражения, наличие свищей с гнойным отделяемым, утолщение участка нижней челюсти.*

*В анамнезе имеется разрушенный или леченый ранее зуб и эпизоды обострения воспалительного процесса в области данного зуба в течение времени;*

*- наличие соматических заболеваний, перенесенных операций, аллергических реакций. Должна быть заполнена анкета о перенесенных заболеваниях. Это позволяет оценить степень риска при проведении хирургического лечения и определить условия лечения пациента (амбулаторное, амбулаторное с привлечением врача-анестезиолога, стационарное);*

*- обращался ли к стоматологу для лечения, какое лечение было назначено, что из назначенного лечения было проведено, какие результаты получены, уточнить динамику заболевания;*

*- ознакомиться с имеющейся у пациента документацией по поводу проведенного лечения, выписка из истории болезни, данные лабораторных исследований, рентгенограммы, заключения консультантов;*

*- собрать анамнез жизни, условиях труда, быта, питания, отдыха, занятиях физической культурой, вредных привычках (курение, употребление алкоголя, наркотиков).*

## **2.2 Физикальное обследование**

*Введение в подраздел. Рекомендуется: оценить общее состояние организма, для этого измеряют температуру тела, артериальное давление, частоту пульса и его характеристики, частоту дыхания.*

Провести внешний осмотр пациента, оценить цвет кожных покровов, конфигурацию лица, наличие отека или инфильтрата мягких тканей. Провести пальпацию тканей в области отека или инфильтрата, оценить их границы, протяженность, болезненность, плотность, спаянность с кожными покровами, способность кожи собираться в складку, имеется ли флюктуация, определить цвет кожных покровов. Определить наличие свищей, отделяемое из свищей, провести их зондирование. Определить чувствительность в области иннервации 3 ветви тройничного нерва для исключения симптома Венсана.

Провести пальпацию регионарных лимфатических узлов: поднижнечелюстных, подбородочных, шейных, лицевых. Оценить размер, консистенцию, болезненность, спаянность с окружающими тканями, спаянность в пакеты.

Провести осмотр полости рта, оценить степень открывания рта, болезненность при открывании рта. Осмотреть слизистую оболочку полости рта, оценить ее цвет, провести пальпацию для определения наличия отека, инфильтрата, его протяженности, болезненности, наличия флюктуации. При обнаружении свищевого хода, выделении из него гноя, выбухании грануляций при помощи зонда исследовать ход, уточнить его связь с костью челюсти, наличие узуры в кости и далее к зубу или зубам. Фокус воспалительных изменений в околочелюстных мягких тканях требует уточнения локализации и границ инфильтрата со стороны рта. Провести бимануальную пальпацию. Выявить нарушение функции глотания, дыхания, нарушение речи. Особое внимание обратить на корень языка, подъязычное, крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства.

Осмотреть причинный зуб и рядом расположенные зубы, оценить степень их разрушения, цвет, подвижность, болезненность при перкуссии, глубину пародонтальных карманов, наличие гноетечения из карманов.

Если есть лунка удаленного зуба, оценить наличие грануляций, их цвет, наличие налета, покрывающего лунку, гноетечение. [2, 7]

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

*Комментарии: В зависимости от общего состояния организма (удовлетворительное, средней степени тяжести или тяжелое) определяют место лечения пациента: амбулаторное или стационарное, необходимость привлечения врача-анестезиолога для оказания хирургической помощи, необходимость консультации врачей смежных специальностей в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний и их проявлений.*

**2.3 Лабораторные диагностические исследования**

*Введение в подраздел.* Рекомендуется провести бактериологическое исследование отделяемого. Для определения возбудителей заболевания (аэробные, факультативно-анаэробные, анаэробные, грибы) и их чувствительности к антибиотикам и противогрибковым препаратам проводят бактериологическое исследование отделяемого из инфильтрата, зубодесневого кармана, свища. [2, 7, 8]

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

*Комментарии: Данное исследование проводят для определения возбудителя заболевания и выбора антибактериальной терапии.*

Рекомендуется провести общий анализ крови. Для определения общего состояния пациента, типа иммунологической реактивности организма, выбора схемы лечения одонтогенного остеомиелита назначают общий анализ крови, проводят несколько раз в динамике. [2, 7, 8]

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

**Комментарии:** *Нормергическое течение ограниченных поражений кости в остром периоде характеризуется увеличением числа лейкоцитов от  $10 \times 10^9/\text{л}$  до  $12 \times 10^9/\text{л}$  с увеличением числа нейтрофилов (до 70-80%), в том числе палочкоядерных (до 15-20%). СОЭ имеет тенденцию к постепенному увеличению от 15 до 40 мм/ч.*

*При гиперергическом течении острого диффузного одонтогенного остеомиелита отмечается снижение содержания гемоглобина (иногда значительное) и уменьшение числа эритроцитов. Число лейкоцитов повышается до  $15 \times 10^9/\text{л}$  –  $20 \times 10^9/\text{л}$  со значительным сдвигом влево и появлением молодых нейтрофильных форм, в том числе миелоцитов, одновременно наблюдается лимфопения. СОЭ повышается до 50-60 мм/ч.*

*При гиперергическом течении острого одонтогенного остеомиелита челюсти в крови исходно снижен уровень гемоглобина и количество эритроцитов, число лейкоцитов увеличено незначительно или может быть нормальным, а также наблюдается тенденция к его снижению. У некоторых больных лейкопения иногда достигает  $4 \times 10^9/\text{л}$ . СОЭ может быть в пределах нормы. У некоторых больных, особенно старшей возрастной группы, СОЭ снижена.*

*В подострой стадии одонтогенного остеомиелита нормализуются показатели красной крови, значительно уменьшается содержание лейкоцитов, в том числе нейтрофилов, СОЭ. У больных с диффузными формами одонтогенного остеомиелита челюсти число лейкоцитов может снизиться лишь до  $12-15 \times 10^9/\text{л}$ , сохраняется сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ увеличена.*

*В хронической стадии одонтогенного остеомиелита челюсти при отторжении омертвевших участков кости происходит дальнейшая нормализация картины крови, повышается уровень гемоглобина, увеличивается число эритроцитов, уменьшается содержание лейкоцитов. Постепенно позднее нормализуется СОЭ. Наблюдение анализа крови в динамике позволяет определить тип иммунологической реактивности организма, переход ограниченной формы*

*одонтогенного остеомиелита в диффузную, переход острой стадии одонтогенного остеомиелита в подострую и хроническую и возникновение обострений хронического одонтогенного остеомиелита.*

Рекомендуется оценить уровень глюкозы в крови для исключения сахарного диабета. [2, 7,8]

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

**Комментарии:** *При выявлении повышенного уровня глюкозы в крови необходимо направить пациента на консультацию к эндокринологу.*

Рекомендуется провести общий анализ мочи для оценки уровня интоксикации и типа иммунологической реактивности организма. [2, 7, 8]

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

**Комментарии:** *При нормергическом течении острого одонтогенного остеомиелита в моче обнаруживают белок от следов до 0,033 г/л, лейкоциты – до 20-25 в поле зрения.*

*При гиперергическом течении острого одонтогенного остеомиелита в моче определяются белок от 0,033 г/л до 3 г/л, гематурия, цилиндрурия.*

Рекомендуется определить уровень С-реактивного белка (СРБ) в крови.

*Норма – содержание СРБ до 0,5 мг/л. [2, 7, 8]*

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 5).**

**Комментарии:** *СРБ один из чувствительных маркеров острого воспаления. Концентрация СРБ в крови имеет высокую корреляцию с активностью заболевания, стадией процесса. При успешном лечении уровень СРБ снижается в течение последующих дней, нормализуясь на 6-10 сутки, в то время как СОЭ снижается только спустя 2-4 недели. Быстрая нормализация уровня СРБ позволяет использовать этот тест для наблюдения за течением болезни и контроля эффективности лечения.*

Рекомендуется провести исследование свертывающей способности крови - коагулограмма.

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

**Комментарии:** Коагулограмма - комплексное исследование гемостаза, которое позволяет оценить состояние разных звеньев свертывающей, противосвертывающей и фибринолитической систем крови и выявить риск гипер- или гипокоагуляции.

Рекомендуется провести исследование крови - определение антител к вирусным заболеваниям. Для исключения специфических воспалительных процессов проводят:

- определение антител к *Treponema pallidum*;
- определение антигена HBsAg;
- определение антител к вирусу гепатита С;
- определение антител к ВИЧ-1;
- определение антител к ВИЧ-2;
- проведение реакции Вассермана.

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

**Комментарии:** данные исследования проводятся для исключения специфических воспалительных процессов.

Рекомендуется провести цитологическое исследование из воспалительного очага. Рекомендуется для исключения специфических воспалительных процессов и опухолей. [2, 7, 8]

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

Рекомендуется провести гистологическое исследование секвестров костной ткани для исключения специфических воспалительных процессов и опухолей, для подтверждения диагноза. [2, 7, 8]

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

Рекомендуется провести гистологическое исследование тканей из воспалительного очага для исключения специфических воспалительных процессов и опухолей, для подтверждения диагноза [2, 7, 8].

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

Рекомендуется провести исследование - Реакция Манту, диаскин-тест для дифференциальной диагностики хронического остеомиелита от туберкулезного поражения костной ткани. [2, 7, 8]

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

Рекомендуется провести цитологическое исследование нативного материала. Рекомендуется проводить при обнаружении в гнойном отделяемом из поднадкостничных очагов и свищей включений в виде «зерен» для дифференциальной диагностики остеомиелита и специфического воспаления – актиномикоза [2, 7, 8].

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

#### **2.4 Инструментальные диагностические исследования**

*Введение в подраздел .* Рекомендуется провести перкуссию зубов для определения причинного зуба и зубов, находящихся в очаге воспаления. [2, 7, 8]

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

*Комментарии:* При остром одонтогенном остеомиелите перкуссия зубов, находящихся в очаге воспаления положительная. Перкуссия причинного зуба менее болезненная, чем рядом расположенных.

Рекомендуется провести определение подвижности зубов для определения состояния пародонта. [2, 7, 8]

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

*Комментарии:* При острой стадии воспалительного процесса отмечается нарастание подвижности зубов, находящихся в очаге воспаления.

*При подострой стадии одонтогенного остеомиелита зубы, находящиеся в очаге воспаления подвижны. Зубы, расположенные по периферии, становятся менее подвижными.*

*В хронической стадии одонтогенного остеомиелита подвижность зубов в области пораженной кости увеличивается.*

Рекомендуется провести ортопантомографию для определения причинного зуба и протяженности поражения и его локализации, для контроля динамики лечения. [2, 7, 8]

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

**Комментарии:** В начале острого одонтогенного остеомиелита челюсти на рентгенограммах пораженных участков кости изменений не обнаруживается. Наблюдаются только патологические изменения в периодонте отдельных зубов или их корней. Только на 10-14 день от начала острого процесса удается установить первые признаки деструктивных изменений костной ткани, а также утолщение надкостницы. У отдельных больных обнаруживаются лишь периостальные утолщения и некоторая нечеткость костного рисунка. Рекомендуется проводить ОПТГ в момент обращения для определения причинного зуба и через 2 недели для определения протяженности поражения.

В подострой стадии одонтогенного остеомиелита на ОПТГ видны участки резорбции костной ткани, не имеющие четких границ.

В хронической стадии одонтогенного остеомиелита секвестрирующей формы видны один или несколько очагов резорбции костной ткани, чаще неправильной формы, в центре которых – тени секвестров. Между отдельными участками некротизированной кости располагаются зоны неомертвевшей ткани. Контуры челюсти изменяются – утолщается и становится неровным его край за счет новообразования костной ткани. При длительном течении хронического одонтогенного остеомиелита в различных отделах костной ткани образуются очаги остеосклероза.

На ОПТГ рарефицирующей (гнездной) формы хронического одонтогенного остеомиелита нижней челюсти видны очаги деструкции кости в области тела и ветви нижней челюсти, внутри которых располагается множество мелких секвестров. В дальнейшем большинство этих секвестров резорбируется или инкапсулируется. В течение нескольких лет в толще нижней челюсти остаются округлые мелкие очаги с небольшими секвестрами или без них, но заполненные грануляциями. С годами процессы склерозирования становятся более выраженными и видно чередование очагов деструкции кости с очагами склероза.

При хроническом гиперпластическом одонтогенном остеомиелите нижней челюсти и первично-хроническом течении одонтогенного остеомиелита челюсти на ОПТГ выраженность продуктивных изменений характеризуется эндо и периостальной перестройкой костной ткани. Отмечаются нечеткость губчатого строения, значительная его плотность, склероз кости. С трудом удается отметить небольшие очаги разрежения костной ткани.

Рекомендуется провести компьютерную томографию челюстно-лицевой области для более точного определения локализации воспалительного процесса, вовлеченности важных анатомических структур в воспалительный процесс, определения размеров поражения и планирования оперативного вмешательства. [2, 7, 8]

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

**Комментарии:** *необходимо описание данных КТ врачом-рентгенологом.*

Рекомендуется провести сонографию (ультразвуковое исследование) челюстно-лицевой области для определения вовлеченности в воспалительный процесс мягких тканей, лимфатических узлов, для дифференциальной диагностики с новообразованиями. [2, 7, 8]

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

Рекомендуется провести электроодонтодиагностику для определения жизнеспособности пульпы. Метод стоматологического исследования, основанный на определении порогового возбуждения болевых и тактильных рецепторов пульпы зуба при прохождении через нее электрического тока. [2, 7, 8]

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

**Комментарии:** *Сначала проводят определение электровозбудимости заведомо интактных зубов – соседних с исследуемым зубом, симметричных или зубов-антагонистов. Полученные данные принимают за индивидуальную физиологическую норму для данного пациента и лишь затем измеряют и анализируют показатели электроодонтометрию (ЭОМ) «причинного» зуба. ЭОМ имеет высокую диагностическую ценность при анализе динамики патологического процесса и оценке эффективности проводимых лечебных манипуляций. В течение одного исследования не рекомендуется проводить ЭОМ более чем 3–4 зубов подряд. Это ограничение связано с адаптацией организма к раздражающему действию тока и развитием тормозных процессов в чувствительных ядрах продолговатого мозга. Электро-возбудимость сенсорного аппарата зубов после проведения ЭОМ восстанавливается примерно через 1 ч. Перед ЭОД-исследованием следует обратить внимание на наличие противопоказаний к проведению данной процедуры, а также оценить факторы, которые могут*

сказаться на достоверности полученных результатов. Абсолютными противопоказаниями к проведению процедуры ЭОД являются:

- наличие у пациента кардиостимулятора, так как использование аппарата для ЭОД, как и других электрохирургических и физиотерапевтических электрических приборов, может оказать негативное воздействие на работу стимулятора;
- невозможность провести изоляцию зуба от ротовой жидкости и добиться сухости его поверхности;
- неадекватное поведение пациента;
- невозможность установления контакта врача с пациентом;
- непонимание пациентом объяснений врача;
- индивидуальная непереносимость пациентом электрического тока.

Относительными противопоказаниями к проведению процедуры ЭОД считаются факторы, которые могут привести к получению ложноположительного или ложноотрицательного результата. Ложноположительный результат означает, что пульпа некротизирована, но пациент реагирует на небольшие значения диагностического тока, создавая картину ее витальности. Основные причины ложноположительных результатов ЭОМ:

1. Контакт активного электрода с обширной металлической конструкцией (мостовидным протезом, коронкой, пломбой из амальгамы в полости II класса) или десной. Это позволяет диагностическому току пройти не через ткани зуба, а через десневой край, вызывая болевую реакцию ее рецепторов.
2. Волнение пациента, его опасение в отношении возможных болевых ощущений. Такой возбужденный, тревожный пациент может сказать, что у него появились болевые ощущения, как только подумает, что прибор уже включен и ток уже пошел через его зуб.
3. Наличие факторов, вызывающих отклонение тока: металлические парапульпарные или внутриканальные штифты, перфорация бифуркации или стенки корневого канала, трещина корня и т.д. Ложноотрицательный результат получают, когда пульпа жизнеспособна, но у пациента при проведении ЭОМ отсутствует какая-либо реакция даже при максимальных значениях диагностического тока.

Основные причины ложноотрицательных результатов ЭОМ:

1. Индивидуальная особенность пациента – повышенный порог болевой чувствительности. В таких ситуациях даже заведомо интактные зубы на

*диагностический ток либо не реагируют вообще, либо дают реакцию только при высоких («пульпитных» и «периодонтитных») значениях тока.*

*2. Преходящее повышение порога болевой чувствительности пациента, связанное с приемом анальгетиков, транквилизаторов, наркотиков, алкоголя и т.д.*

*3. Сниженная электропроводимость тканей, с которыми контактирует активный электрод: толстый слой эмали, пересушивание зуба, композитная пломба или вкладка, пластмассовая коронка и т.п.*

*4. Облитерация полости зуба и корневых каналов.*

*5. Плохой электрический контакт активного электрода с эмалью, например, при недостаточном количестве контактной среды в области наложения активного электрода.*

*6. Неисправность или неверная настройка аппарата для ЭОД.*

*7. Нарушение правил проведения процедуры ЭОМ.*

*Динамика цифровых значений диагностического тока: 2–8 - интактный зуб; 9–14 – кариес, повышение в 2–3 раза; 15–24 - глубокий кариес, повышение в 3–4 раза; 25–44 – пульпит, повышение в 4–6 раз; 45–80 - реакции нет, периодонтит, повышение более чем в 6 раз. Внимание! Представленные сведения основываются на наиболее часто встречающихся значениях ЭОМ и могут служить лишь примерным ориентиром. [8-16]*

Рекомендуется провести ядерно-магнитно-резонансную томографию (ЯМР) челюстно-лицевой области для определения границ и топографии гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области. Возможно получение комплексной информации о состоянии зоны воспаления, включающей в себя очаг острого одонтогенного воспаления и вовлеченные в воспалительный процесс окологлазничные мягкие ткани, близлежащие анатомические образования и структуры. Это будет способствовать повышению диагностики острых одонтогенных воспалительных заболеваний. [18, 19]

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

**Комментарии:** *Противопоказаниями для ЯМР являются:*

*Абсолютные:*

*- наличие у пациента искусственного водителя ритма и других электронных устройств;*

*- наличие металлических (магнитных) осколков в тканях, рядом с сосудами.*

*Относительные:*

- наличие металлических имплантатов в теле как источник помех;
- беременность (первые 3 месяца);
- клаустрофобные реакции (боязнь закрытых пространств);
- высокая вероятность сердечного приступа;
- тяжелое состояние пациента, бессознательное состояние пациента. [20]

Рекомендуется провести прицельную контактную внутриротовую рентгенографию для определения причинного зуба и определения наличия периапикальных изменений зуба. [2, 7,8]

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

**Комментарии:** На рентгенограмме в периапикальной области имеется очаг разрежения костной ткани с нечеткими (гранулирующий периодонтит) или четкими (гранулематозный периодонтит) контурами или расширение периодонтальной щели (фиброзный периодонтит).

## **2.5 Иные диагностические исследования**

**Введение в подраздел.** Рекомендуется провести описание и интерпретацию рентгеновских изображений для высококвалифицированной оценки имеющихся изменений.

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

**Комментарии:** Проводится врачом-рентгенологом.

Рекомендуется провести консультацию пациента у врача-анестезиолога, врача-терапевта, врача-эндокринолога, врача-кардиолога, врача-иммунолога-аллерголога, врача-инфекциониста, врача-физиотерапевта, консультация других специалистов узкого профиля для определения показаний и противопоказаний для хирургического лечения, определения осложнений и тактики ведения пациента, назначения корректирующего лечения сопутствующих заболеваний в период обострения. [2, 7, 8]

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

**Комментарии.** Назначается при наличии сопутствующих заболеваний или наличии жалоб пациента или симптомов заболеваний со стороны других органов и систем.

Рекомендуется использовать для оценки тяжести и прогнозирования острых одонтогенных воспалительных заболеваний используется шкала перевода значения клинико-лабораторных показателей. [7]

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

**Комментарии:** см. приложение 1

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

*Введение в раздел.* Лечение одонтогенного остеомиелита должно быть комплексным, включающим хирургическое и консервативное лечение (противовоспалительное, дезинтоксикационное, общеукрепляющее, стимулирующее, иммуномодулирующее и симптоматическая терапия), физиотерапевтическое лечение. Характер и объем оперативных вмешательств, лекарственной терапии и других методов лечебного воздействия зависят от общего состояния организма, особенностями патогенеза и местной клинической симптоматики. Лечение в подострой и хронической стадии одонтогенного остеомиелита зависит от достигнутого эффекта в предыдущей стадии.

### **3.1 Подраздел1 «Хирургическое лечение»**

*Введение в подраздел.* Объем и методы хирургического лечения зависят от стадии воспалительного процесса, его протяженности и местных клинических проявлений. Хирургическое лечение в острой стадии одонтогенного остеомиелита направлено на выведение возбудителей заболевания, их экзо – и эндотоксинов, продуктов тканевого распада путем дренирования гнойно-воспалительных очагов в челюсти и прилежащих к ней мягких тканях, снижение гиперосмии в зоне гнойно-воспалительного очага с целью улучшения условий для микроциркуляции, предупреждения гипоксии и некроза костной ткани.

- Рекомендуется удаление причинного зуба для устранения источника инфекции. Удаление проводится в острой стадии одонтогенного остеомиелита челюсти, в подострой и хронической стадии одонтогенного остеомиелита, если это не было проведено ранее по каким-либо причинам. [2, 7, 8].

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

**Комментарии:** *Чем раньше удален причинный зуб, тем быстрее стихают воспалительные явления, меньше опасность распространения инфекции. У некоторых ослабленных пациентов с сопутствующими заболеваниями удаление зуба может быть отсрочено до ликвидации острых воспалительных явлений или проводится как второстепенное вмешательство (при технических трудностях операции – смещении, затрудненном прорезывании зуба, гиперцементозе корней).*

- Рекомендуется при острой стадии одонтогенного остеомиелита челюсти срочная первичная обработка гнойных очагов – вскрытие поднадкостничных гнойных очагов, в околочелюстных мягких тканях, дренирование и санация очагов инфекции для создания оттока гноя и предупреждения распространения воспалительного процесса. В зависимости от распространенности процесса, общего состояния пациента и наличия сопутствующих заболеваний определяют место проведения хирургического лечения: стационар или амбулаторное лечение.

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

**Комментарии:** *В зависимости от локализации воспалительного очага в мягких тканях, оперативное вмешательство производят внутриротовым или наружным разрезом для создания лучшего оттока гноя и улучшения микроциркуляции. Внутриротовые разрезы производят с двух сторон альвеолярного отростка: по переходной складке и с оральной (язычной или небной) стороны. Оперативное вскрытие гнойных очагов внутриротовыми разрезами проводят под местным потенцированным обезболиванием с привлечением врача-анестезиолога.*

- Рекомендуется в острой стадии одонтогенного остеомиелита челюсти декомпрессивная остеоперфорация. [8].

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

**Комментарии:** Это оперативное вмешательство, помимо дренирования гнойника, приводит к снижению внутрикостного давления, что способствует улучшению кровообращения, предупреждению необратимых изменений в кости, связанных с нарушением микроциркуляции.

- Рекомендуется в острой стадии одонтогенного остеомиелита нижней челюсти проводить декорткацию. [8,20].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)**

**Комментарии:** удаляют преимущественно компактную пластинку с щечной стороны. В результате декорткации увеличивается отток содержимого из воспалительного очага, улучшается кровоснабжение кости за счет окружающих ее мягких тканей.

- Рекомендуются ежедневные перевязки в острой и подострой стадии одонтогенного остеомиелита в области раны для контроля за течением воспалительного процесса, обработки раны и местного лечебного воздействия. [2, 7, 8].

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

**Комментарии:** Обрабатывают рану растворами антисептиков (раствор водного хлоргексидина 0,05%, раствор диоксида 1%, слабо-розовый раствор перманганата калия, 0,65% раствор натрия хлорида, 0,02% водный раствор фурацилина, раствор этакридина лактата), заменяют дренаж (из перчаточной резины, йодоформная турунда) до отсутствия гноетечения из раны. Используют повязки, промывание раны с гипертоническими растворами.

- Рекомендуется секвестрэктомия при хроническом деструктивном одонтогенном остеомиелите челюсти для удаления секвестрировавшегося участка кости. [2, 7]

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

**Комментарии:** В амбулаторных условиях удаляют небольшие секвестры внутриротовым способом в области альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти. Под местным потенцированным обезболиванием отслаивают слизисто-надкостничный лоскут, чаще трапецевидной формы, иссекая одновременно свищи. Из секвестральной полости острой ложкой удаляют секвестры, выскабливают только вялые грануляции

промывают раствором антисептика. Рану зашивают наглухо, оставляя на 1-2 суток резиновый выпускник. В отдельных случаях костную полость выполняют йодоформной марлей или тампоном, пропитанным левомеколем (при наличии аллергической реакции на йод в анамнезе). Йодоформную турунду впервые меняют на 5-6 день после операции, а затем каждые 3-4 дня. Тампон с левомеколем меняют каждый день.

### **3.2 Подраздел 2 «Консервативное лечение».**

*Введение в подраздел.* Рекомендуется при одонтогенном остеомиелите челюсти назначение антибактериальной терапии, пробиотиков, дезинтоксикационной терапии, противогрибковых препаратов, противовоспалительной терапии, десенсибилизирующей терапии, общеукрепляющей терапии, иммуномодулирующей терапии, антиоксидантов, препараты, стимулирующие обмен в тканях, симптоматической терапии. [2, 7, 8, 21].

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

**Комментарии:** *Лечение антибиотиками начинают с назначения антибиотиков широкого спектра действия (пенициллинового ряда или цефалоспорины) с учетом алергоанамнеза. Далее лечение корректируют в зависимости от микробной флоры, определяемой при бактериологическом исследовании и чувствительности к антибиотикам. Антибиотики назначают перорально или парентерально (внутримышечно или внутривенно). Лечение антибиотиками при ограниченных формах проводят 8-10 дней. Дезинтоксикационная терапия проводится внутривенно с использованием 0,9% раствора натрия хлорида, 5% раствор глюкозы, 10% раствор кальция хлорида. Для коррекции гемодинамики целесообразно использование раствора гемодеза, реополиглюкина, раствора Рингера-Локка и т.д. Общеукрепляющая терапия проводится с использованием витаминов группы В, С, Е, А, РР, комплексные препараты – тиамин, пиридоксин, мильгамма, нейробион, рибофлавин, эвитол, аскорбиновая кислота – 5% - 2-5мл.с 40% глюкозой – 10мл, внутривенно, ежедневно до №10. Иммунотерапия назначается врачом-иммунологом после получения результатов иммунограммы.*

**Антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия:**

Цефазолин 250 мг, 500 мг, 1000 мг через каждые 12 часов;

Цефамандол – «Цефамабол» взрослым, при инфекции средней тяжести, обычно назначают по 1,0 г 3–4 раза в сутки. При тяжелых инфекциях взрослым вводят 1,0–2,0 г 6 раз в сутки;

Цефотаксим – «Цефотаксим» Разовая доза Цефотаксима для взрослых — 1 г, через 12 часов, в тяжелых случаях дозу увеличивают до 2,0 г, через 12 часов или увеличивают количество инъекций до 3-4 раз в день, доводя общую суточную дозу до максимальной — 12 г. При почечной недостаточности дозу уменьшают в 2 раза;

«Цефабол» взрослым - 1 г, через каждые 12 часов. Максимальная суточная доза, в зависимости от тяжести заболевания, может быть увеличена до 12 г;

«Цефосин» взрослым и назначают по 1 г каждые 12 часов;

Цефтриаксон – «Цефтриаксон» взрослым по 1-2 г в сутки;

«Цефсон» взрослым по 1-2 г каждые 24 часа;

«Цефтриабол» взрослым лет по 1-2 г каждые 24 часа;

«Цефаксон» взрослым по 1-2 г каждые 24 часа;

«Цефатрин» взрослым по 1-2 г каждые 24 часа;

Линкомицин - «Линкомицин» взрослым по 500мг 3-4, раза в сутки;

Клиндамицин – «Клиндамицин» внутрь, при заболеваниях средней тяжести назначают по 1 капсуле (150 мг) 4 раза в сутки (каждые 6 ч);

Ципрофлоксацин – «Ципробай» внутрь - по 250-750 мг 2 раза в сутки продолжительность лечения - от 7-10 дней до 4 недель;

«Ципрофлоксацин» внутрь - по 250-750 мг 2 раза в сутки;

Амоксицилин+клавулановая кислота – «Амоксиклав», «Аугментин» взрослым: 625 мг 3 раза в сутки или 1000 мг 2 раза в сутки;

Метронидазол - «Метрогил», - внутрь по 400-500 мг 3 раза в день 7-10 дней, или парентерально (в/в) взрослым по 0,5 г в 100 мл раствора по 5 мл в мин.;

Ванкомицин – «Ванкомицин», «Эдицин» (при резистентности к другим антибиотикам);

### **Десенсибилизирующая терапия**

Код АТХ: R06AA02 (Diphenhydramine)

Активное вещество: дифенгидрамин (diphenhydramine) –«димедрол» -Взрослым внутрь - по 30-50 мг 1-3 раза в сутки. Курс лечения - 10-15 дней;

Клемастин – «Тавегил» взрослым - по 1 мг 2 раза в сутки;

Хлоропирамин – «Супрастин» взрослым - по 25 мг 3-4 раза в сутки;

Прометазин – «Пипольфен» при приеме внутрь разовая - 75 мг, суточная - 500 мг; при в/м введении разовая- 50 мг, суточная - 250 мг;

Лоратадин – «Кларитин» 10 мг внутрь по 1 таб. 1 раз в день до 1 мес.

«Кесин», «Зиртек», «Эреус» и т.п.

### **НПВС**

«Индометацин» Для взрослых при приеме внутрь начальная доза - по 25 мг 2-3 раза в сутки. При недостаточной выраженности клинического эффекта дозу увеличивают до 50 мг 3 раза в сутки. Максимальная суточная доза: 200 мг;

«Диклофенак» внутрь для взрослых разовая доза составляет 25-50 мг 2-3 раза в сутки;

Кеторола взрослым при приеме внутрь - по 10 мг каждые 4-6 ч, в случае необходимости - по 20 мг 3-4 раза в сутки;

Пироксикам внутрь доза составляет 10-30 мг 1 раз в сутки, мелоксикам – «амелотекс» по 15 мг 1 раз в сутки в таб. или в/м;

Ибупрофен внутрь взрослым 200-800 мг 3-4 раза в сутки, детям 20-40 мг/ кг/сут;

Нимесулид внутрь взрослым по 100-200 мг 2 раза в сутки, детям - 1.5 мг/кг 2-3 раза в сутки;

Кетопрофен в/м по 100 мг 1-2 раза в сутки. Максимальная суточная доза - 200 мг.

### **Противогрибковые препараты**

Код АТХ: **A07AA02** (Nystatin)

Активное вещество: **нистатин** (nystatin) - внутрь взрослым - по 500 000-1 000 000 ЕД 3-4 раза в сутки, детям - по 100 000 4 раза в сутки Продолжительность лечения в среднем составляет 14 дней;

Кетоконазол;

Флуконазол, для взрослых, в зависимости от показаний, схемы лечения и клинической ситуации, суточная доза составляет 50-400 мг, кратность применения - 1 раз в сутки.

### **3.3 Иное лечение**

- *Введение в подраздел.* Рекомендуется шинирование подвижных зубов для предотвращения увеличения их подвижности и восстановления функции жевания [2].

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

**Комментарии:** *Шинирование проводят металлической шиной, стекловолоконными шинами, каппами, брекет-системой*

- Рекомендуются блокады растворами анестетиков (новокаин, лидокаин) в изотоническом растворе натрия хлорида (1,8-3,6 мл. на 30-50мл.) [2].

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

**Комментарии:** *Блокады повторяют через день, на курс 3-6 или более.*

- Рекомендуется гипербарическая оксигенация ГБО [2].

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

**Комментарии:** ГБО начинают при давлении в 2 атм, времени насыщения 45 минут, с периодами компрессии и декомпрессии по 10 минут. Всего 5-10 сеансов.
- Рекомендуется физиотерапевтическое лечение [2,8].

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

**Комментарии:** Методы физиотерапевтического лечения и схему назначает врач-физиотерапевт.

*В острой фазе одонтогенного остеомиелита физиотерапевтическое лечение назначается на 3-4-6 день после нормализации общего состояния пациента и нормализации температуры, ультрафиолетовое облучение (УФО) в аритмической дозе по 7-10 мин. При выходной мощности 5-20Вт, начинают с 4-6 биодоз ежедневно, повышая дозу до 10-12. Электрофорез антибиотиков. В подострой стадии при хронической форме остеомиелита применяют УФО, ультразвуковую, лазерную терапию, в том числе инфракрасными лучами, электрофорез цинка, меди, парафинолечение.*

Рекомендуется оксигенотерапия, озонотерапия [19].

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

**Комментарии:** Применяется наружное и полостное использование озонированного физиологического раствора. Также возможно внутривенное капельное введение озонированного физиологического раствора.

Рекомендуется УФО крови [21]

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**
- Рекомендуется лечебная физкультура в подострой стадии [2].

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

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

*Введение в раздел.* Сроки реабилитации больных после выздоровления определяются степенью функциональных, анатомических и эстетических нарушений и возрастом больного. В комплекс реабилитационных мероприятий входит:

- при вторичной адентии - протезирование;
- при деформациях челюстей показан дистракционный остеогенез методом наложения дистракционных аппаратов, частота его проведения регулируется соответственно возрасту больного (может быть проведено несколько раз);
- при дефектах челюстей проводят реконструктивно-пластические операции с использованием в качестве дополнительного пластического материала аллогенных трансплантатов (аналогичная консервированная кость, эндопротезирование металлическими конструкциями, искусственной костью и др.);
- лечение артрозов.

Своевременное осуществление этапов хирургической реабилитации обеспечивает нормализацию функции, корригирует анатомическую форму утраченных отделов костей лицевого черепа и предупреждает усугубление вторичных деформаций костей лица и челюстных костей, способствует социальной реабилитации. Гигиена полости рта и зубов

- Обучение гигиене полости рта и зубов

Реабилитационные мероприятия начинают сразу же после лечения основного заболевания. Уход за полостью рта, рациональное протезирование, санация полости рта, восстановление функции жевательных мышц, восстановление чувствительности 3 ветви тройничного нерва при симптоме Венсана, ортодонтическое лечение. Анатомические нарушения влекут за собой нарушения функций жевания. При значительных дефектах формируются «сочетанные деформации» — деформации, развивающиеся в соседних костях, зубах - антагонистах вследствие нарушения их функций (зубоальвеолярное удлинение, асимметрия лица и т.д.).

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

*Введение в раздел.* При хроническом одонтогенном остеомиелите пациенты должны находиться под постоянным диспансерным наблюдением врача до полного выздоровления и им необходимо проводить лечение в течение всего периода заболевания, повышение иммунологической резистентности организма, общих защитных сил,

правильное питание, соблюдение режима труда и отдыха, соблюдение режима сна, адекватная физическая нагрузка, здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, закаливание организма

- Рекомендуется санация полости рта для устранения очагов хронической инфекции, включая снятие зубных отложений, обучение гигиене полости рта и контроль за гигиеной полости рта [4].

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

**Комментарии:** *Составляется комплексный план санации полости рта с участием стоматолога-хирурга, стоматолога-терапевта, пародонтолога, стоматолога-ортопеда, ортодонта.*

- Рекомендуется рентгенологический контроль в динамике [2].

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

## 6. Организация оказания медицинской помощи

Показания для госпитализации определяются в зависимости от тяжести общего состояния пациента, распространенности воспалительного процесса, наличия осложнений (приложение Г).

Показания для госпитализации в медицинскую организацию: плановая госпитализация и экстренная госпитализация.

Показания для плановой госпитализации:

1. при показании к операции секвестрэктомии с внеротовым подходом в области тела, ветви нижней челюсти, тела верхней челюсти с вмешательством на верхнечелюстной пазухе;

2. больные с сопутствующими заболеваниями и сниженной реактивностью организма;

Показания для экстренной госпитализации:

1. распространение воспалительного процесса на верхнечелюстную пазуху, глазницу, шею;

2. диффузный воспалительный процесс в челюсти, осложненный обострением процесса (абсцесс, флегмона);

3. патологический перелом нижней челюсти;

Показания к выписке пациента из стационара:

- 1) Нормализация общего состояния организма;
- 2) Выздоровление, ремиссия;
- 3) Отсутствие угрозы жизни больного;
- 4) Отсутствие угрозы развития осложнений, требующих неотложного лечения по основному или со стороны сопутствующих заболеваний в периоде их обострения;
- 5) Стабилизация состояния и основных клинико-лабораторных показателей патологического процесса по основному заболеванию;
- 6) Отсутствие необходимости в постоянном врачебном и круглосуточном медицинском наблюдении по основному заболеванию;
- 7) Отсутствие необходимости круглосуточного выполнения лечебных процедур по основному заболеванию;

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

##### **Контролируемая чистка зубов**

С целью выработки у пациента навыков ухода за ртом (чистки зубов) и максимально эффективного удаления мягкого зубного налета с поверхностей зубов обучают пациента приемам гигиены рта. Технику чистки зубов демонстрируют на моделях. Индивидуально подбирают средства гигиены рта. Обучение навыкам гигиены рта способствует предупреждению развития воспалительных заболеваний пародонта (уровень убедительности доказательств В).

Контролируемая чистка зубов - чистка зубов, которую пациент осуществляет самостоятельно в присутствии специалиста (врача-стоматолога, гигиениста стоматологического) в стоматологическом кабинете или комнате гигиены рта, при наличии необходимых средств гигиены и наглядных пособий. Цель данного мероприятия — коррекция недостатков техники чистки зубов. Контролируемая чистка зубов позволяет добиться эффективного поддержания уровня гигиены рта (уровень убедительности доказательств В).

Профессиональная гигиена рта включает удаление с поверхности зуба мягких и твердых зубных отложений и позволяет предотвратить развитие воспалительных заболеваний пародонта (уровень убедительности доказательств А).

##### **Алгоритм обучения гигиене рта**

Врач-стоматолог или гигиенист стоматологический определяет гигиенический индекс, затем демонстрирует пациенту технику чистки зубов зубной щеткой, межзубными ершиками и зубными нитями, используя модели зубных рядов, или другие демонстрационные средства.

Существуют разные методы чистки зубов, основанные на круговых, вибрирующих, горизонтальных и вертикальных движениях. Однако важна не сама техника, а эффективность очищения, последовательность процедуры и отсутствие вредного воздействия.

Чистку зубов начинают с участка в области верхних правых жевательных зубов, последовательно переходя от сегмента к сегменту. В таком же порядке проводят чистку зубов на нижней челюсти.

Обратить внимание на то, что рабочую часть зубной щетки следует располагать под углом  $45^\circ$  к зубу, производить очищающие движения от десны к зубу, одновременно удаляя налет с зубов и десен. Жевательные поверхности зубов очищать горизонтальными (возвратно-поступательными) движениями так, чтобы волокна щетки проникали глубоко в фиссуры и межзубные промежутки. Вестибулярную поверхность фронтальной группы зубов верхней и нижней челюстей очищать такими же движениями, как моляры и премоляры. При чистке оральной поверхности ручку щетки располагать перпендикулярно к окклюзионной плоскости зубов, при этом волокна должны находиться под острым углом к зубам и захватывать не только зубы, но и десну.

Завершают чистку круговыми движениями зубной щетки при сомкнутых челюстях, осуществляя массаж десен.

Для качественной чистки контактных поверхностей зубов необходимо использовать межзубные ершики и зубные нити.

Индивидуальный подбор средств гигиены рта осуществляется с учетом стоматологического статуса пациента (состояния твердых тканей зубов и тканей пародонта, наличия зубочелюстных аномалий, съемных и несъемных ортодонтических и ортопедических конструкций).

С целью закрепления полученных навыков проводят контроль индивидуальной гигиены рта (контролируемая чистка зубов).

#### **Алгоритм контролируемой чистки зубов**

Контролируемая чистка зубов - это чистка зубов, которую пациент осуществляет самостоятельно в присутствии врача-стоматолога.

#### *Первое посещение*

- Обработка зубов пациента окрашивающим средством, определение гигиенического индекса, демонстрация пациенту с помощью зеркала мест наибольшего скопления зубного налета;
- Чистка зубов пациентом в его обычной манере;
- Повторное определение гигиенического индекса, оценка эффективности чистки зубов (сравнение показателей индекса гигиены до и после чистки зубов), демонстрация пациенту с помощью зеркала окрашенных участков, где зубной налет не был удален при чистке;
- Демонстрация правильной техники чистки зубов на моделях, рекомендации пациенту по коррекции недостатков гигиенического ухода за ртом, использованию зубных нитей и дополнительных средств гигиены (специальных зубных щеток, зубных ершиков, монопучковых щеток, ирригаторов — по показаниям).

#### *Следующее посещение*

Определение гигиенического индекса, при неудовлетворительном уровне гигиены рта — повторение процедуры. Пациента информируют о необходимости являться на профилактический осмотр к врачу при возникновении кровоточивости десен, но не реже 1 раза в год.

#### **Алгоритм профессиональной гигиены рта и зубов**

Этапы профессиональной гигиены:

- обучение пациента индивидуальной гигиене рта;
- контролируемая чистка зубов;
- удаление зубных отложений;
- полирование поверхностей зубов;
- устранение факторов, способствующих скоплению зубного налета;
- аппликации реминерализующих и фторсодержащих средств;
- мотивация пациента к профилактике и лечению стоматологических заболеваний.

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

- провести обработку рта раствором антисептика;
- при выраженной гиперестезии зубов и отсутствии общих противопоказаний удаление зубных отложений нужно проводить под местным обезболиванием.

Для удаления налета и полирования поверхностей зубов используют резиновые колпачки, для жевательных поверхностей — вращающиеся щеточки, для контактных

поверхностей — вращающиеся ершики, резиновые конусы, суперфлоссы, флоссы и абразивные штрипсы. Полировочную пасту следует использовать, начиная с крупнодисперсной и заканчивая мелкодисперсной. При обработке поверхностей имплантатов следует использовать мелкодисперсные полировочные пасты и резиновые колпачки.

Необходимо устранить факторы, способствующие скоплению зубного налета: удалить нависающие края пломб, провести повторное полирование пломб.

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

### **Критерии оценки качества медицинской помощи**

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
1.	Проводился ли сбор жалоб и анамнеза при постановке диагноза	5	С
2.	Проводилось ли физикальное общее и местное обследование пациента	5	С
3.	Проводилось ли лабораторное обследование	5	С
3.1.	Бактериологическое исследование	5	С
3.2.	Общий анализ крови	5	С
3.3.	Общий анализ мочи	5	С
3.4.	Анализ крови на сахар	5	С
3.5.	Определение уровня СРБ крови	5	С
3.6.	Определение уровня антител к вирусным заболеваниям (гепатит В, гепатит С, сифилис, ВИЧ)	5	С
3.7.	коагулограмма	5	С
3.8.	Цитологическое исследование отделяемого	5	С
3.9.	Гистологическое исследование секвестра	5	С
3.10.	Гистологическое исследование тканей из воспалительного очага	5	С
3.11.	Цитологическое исследование нативного материала	5	С
3.12.	Следование на туберкулез (реакция Манту, диаскин-тест)	5	С
4.	Проводилось ли инструментальное обследование	5	С
4.1.	Перкуссия зубов	5	С

<b>№</b>	<b>Критерии качества</b>	<b>Уровень убедительности рекомендаций</b>	<b>Уровень достоверности доказательств</b>
4.2.	Определение подвижности зубов	5	С
4.3	ОПТГ	5	С
4.4	Компьютерная томография	5	С
4.5.	Сонография	5	С
4.6.	ЭОД	5	С
4.7.	ЯМР - исследование	5	С
4.8.	Прицельная контактная рентгенография	5	С
5.1.	Описание рентгеновских снимков	5	С
5.2.	Консультация врачей-специалистов	5	С
6.1.	Проведено ли удаление причинного зуба	5	С
6.2.	Проводилось ли вскрытие поднадкостничных очагов	5	С
6.3.	Произведена ли перфорация костной ткани	5	С
6.4.	Проводились ли перевязки в области воспаления	5	С
6.5.	Проводилось ли лечение в подострой стадии остеомиелита	5	С
6.6.	Проведена ли операция по удалению секвестра костной ткани	5	С
7.1.	Назначено ли консервативное лечение в полном объеме	5	С
8.1.	Проведено ли шинирование подвижных зубов	5	С
8.2.	Проводились ли блокады	5	С
8.3.	Проводилось ли ГБО	5	С
8.4.	Проводилось ли физиолечение	5	С
8.5.	Проводилось ли озонолечение	5	С
8.6.	Проводилась ли лечебная физкультура	5	С
9.1.	Проводилась ли профессиональная гигиена полости рта	5	С
9.2.	Проводилось ли обучение гигиене полости рта	5	С
9.3.	Проводилась ли санация полости рта	5	С
10.1.	Проводилась ли санитарно-просветительная работа	5	С

## Список литературы

1. Челюстно-лицевая хирургия: Национальное руководство/под ред. А.А. Кулакова – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2019. 126-143с. – (серия “Национальные руководства”).
2. Хирургическая стоматология: - учебник/под ред. Т.Г. Робустовой. – 3-е издание перераб. и доп. – М.: Медицина, 2003. – с.151-165.
3. Хирургическая стоматология: - учебник/под ред. С.В. Тарасенко. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2020. – с.
4. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – 3-е изд., перераб. и доп. – Витебск: Белмедкніга, 1998. – с.110-121.
5. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев: ООО «Червона Рута – Туре», 2002. - с. 201-211.
6. Соловьев М.М., Худояров И. Одонтогенные воспалительные заболевания челюстей и прилежащих тканей. – Ташкент: Медицина, 1979. - 164с.
7. Official Records of the world Health Organization, 1948, №2, p.100.
8. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – с.55-87.
9. Электроодонтодиагностика: учебное пособие / Под ред. А.И.Николаева, Е.В.Петровой. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 40 с.
10. Ефанов О.И., Дзанагова Т.Ф. Физиотерапия стоматологических заболеваний. – М.: Медицина, 1980. – 296 с.
11. Лукиных Л.М., Успенская О.А. Физиотерапия в практике терапевтической стоматологии: учебное пособие. – 2-е изд. – Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2005. – 36 с.
12. Луцкая И.К. Диагностический справочник стоматолога. – М.: Медицинская литература, 2010. – 384 с.
13. Муравьянникова Ж.Г. Основы стоматологической физиотерапии (серия «Медицина для вас»). – Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. – 320 с.
14. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология: учебное пособие. – 9-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 928 с.
15. Пожарицкая М.М., Симакова Т.Г. Пропедевтическая стоматология. – М.: ОАО «Издательство “Медицина”», 2004. – 304 с.

16. Тургенева Л.Б., Петрова Е.В. Физиотерапия в терапевтической стоматологии: учебное пособие / Под ред. Л.М.Цепова. – Смоленск: СГМА, 2012. – 80 с.
17. Физические факторы в комплексной диагностике и лечении стоматологических заболеваний / Н.Я.Молоканов, И.В.Купреева, Н.М.Стефанцов, В.Р.Шашмурина. – Смоленск: СГМА, 2013. – 42 с.
18. <https://kpfu.ru/portal/docs/F655811740/>  
A.Ju..Letyagin.LEKcii.Magnitno\_rezonansnaya.tomografiya.\_Novosibirsk.2004\_.pdf..
19. Ekblom D.C. Spinal epidural abscess after cervical pharyngoesophag-eal dilation / D.C. Ekblom, J.D. Elia, B. Isaacson et al. //Head. Neck. 2005. - V. 27 (6). - P. 543-548.
20. Ахметов Р.Р. Комплексная магнитно-резонансная диагностика и электромиографический мониторинг при хирургических заболеваниях челюстно-лицевой области. Автореферат, д.м.н. 2006, Казань, 152 с
20. Фармакоэкономический анализ терапии одонтогенного остеомиелита / Д. В. Козин, О. П. Родина, И. Я. Моисеева, П. В. Иванов // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2010. – № 2 (14). – С. 85–91.
21. Обоснование критериев для стандарта обследования и лечения больных одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи Медицинские Астахова Ю.Р. диссертация Воронеж 2003
22. Клинико-иммунологические особенности течения и прогнозирования распространенных одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области и их происхождений тема диссертации и автореферата по ВАК РФ 14.01.14, кандидат медицинских наук Высельцева, Юлия Владимировна
23. Прогнозирование течения острых одонтогенных заболеваний с преимущественным поражением костной ткани на основе определения иммуноглобулинов и цитокинов. Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. Том XX №3 2013, стр. 1-34. А. И. Яременко, О. В. Галкина, А. Р. Мошир Фалсафи, А. В. Яковлева
24. Мубаракова Лариса Нурвахитовна. Патогенетическое обоснование нового подхода в комплексном лечении гнойных процессов челюстно-лицевой области: автореферат дис. ... доктора медицинских наук : 14.00.21 / Мубаракова Лариса Нурвахитовна; [Место защиты: Казан. гос. мед. ун-т].- Казань, 2008.- 50 с.: ил. РГБ ОД, 9 08-4/3384.
25. Gudmundsson T., Torkov P., Thygesen TH. Diagnosis and Treatment of Osteomyelitis of the Jaw – A Systematic Review (2002-2015) of the Literature. J Dent & Oral Disord. 2017; 3(4): 1066.

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. Врач - стоматолог
2. Врач – стоматолог - хирург
3. Врач – стоматолог – терапевт
4. Врач – стоматолог – ортопед
5. Врач - челюстно – лицевой хирург
6. Врач – физиотерапевт
7. Врач – рентгенолог
8. Врач – анестезиолог – реаниматолог
9. Врач клинической лабораторной диагностики
10. Врач – аллерголог - иммунолог
11. Инструктор методист по лечебной физкультуре
12. Гигиенист стоматологический
13. Зубной врач
14. Инструктор по лечебной физкультуре
15. Инструктор по гигиеническому воспитанию

**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)

<b>УД Д</b>	<b>Расшифровка</b>
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)

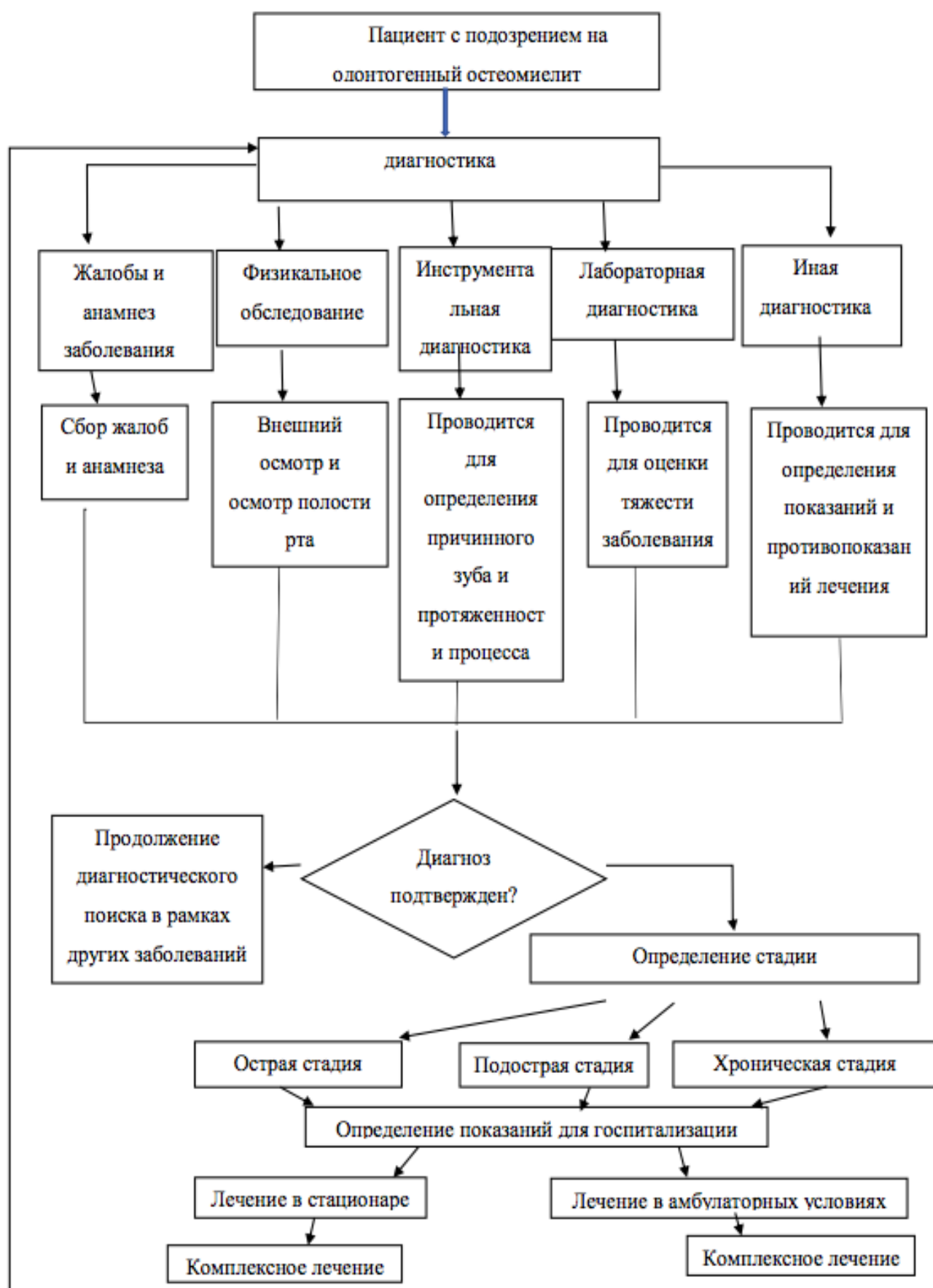
#### **Порядок обновления клинических рекомендаций.**

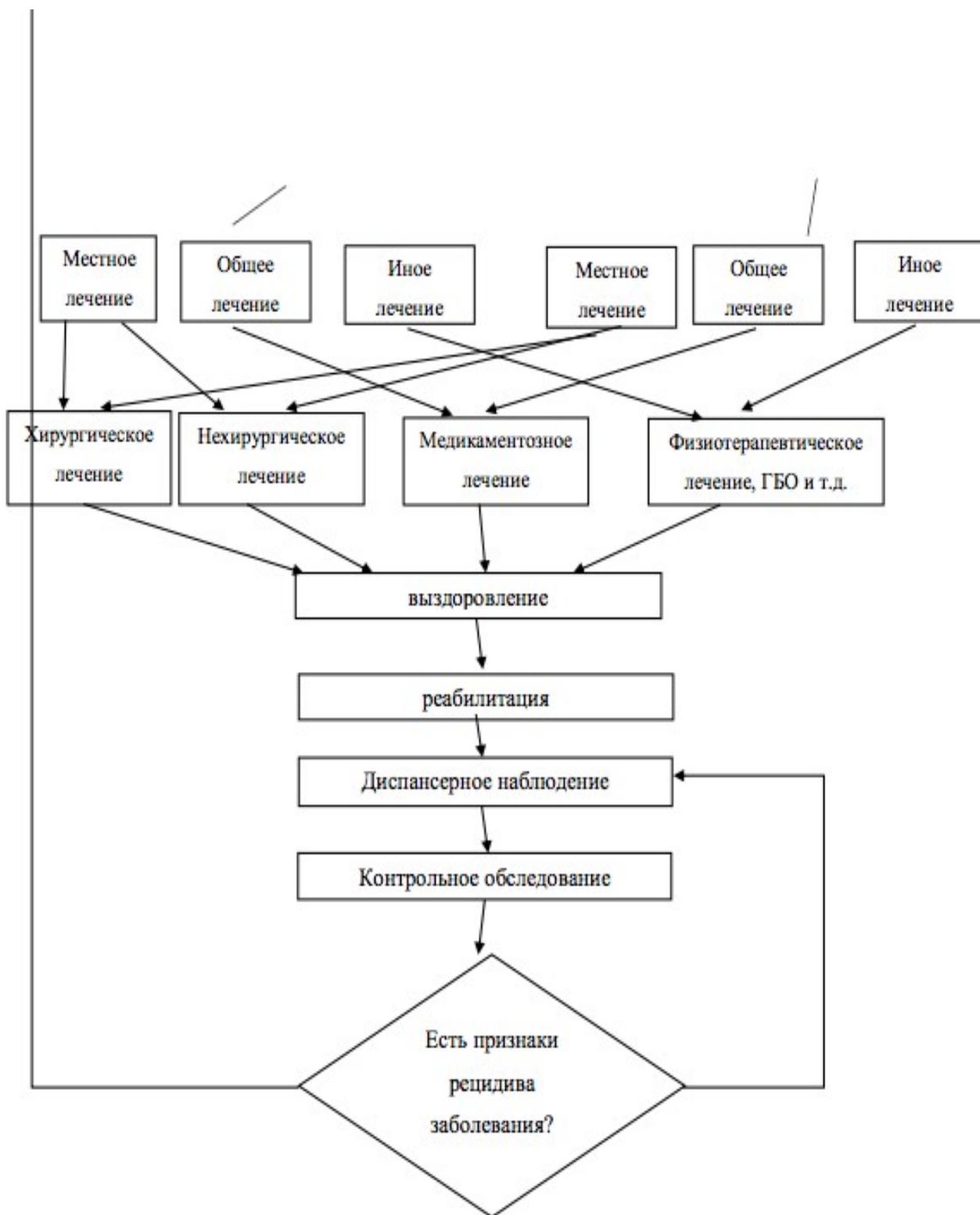
Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных 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. 1. Приказ Минтруда России №227 от 10 мая 2016г. «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-стоматолог».

## Приложение Б. Алгоритмы действий врача.





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

1. При проведении комплексного лечения необходимо выполнять все назначения врача.
2. Зубы необходимо чистить мягкой зубной щеткой с пастой два раза в день. После еды следует полоскать рот для удаления остатков пищи. Для чистки межзубных промежутков можно использовать межзубные ершики, зубные нити (флоссы). По рекомендации (назначению) лечащего врача-стоматолога применять ирригатор, после обучения правилам его использования.
3. В течении 3 дней после проведения оперативного вмешательства исключить физические нагрузки и пребывание в местах с высокой температурой (бани, сауны, горячий душ)
4. В первые дни после оперативного вмешательства пища должна быть жидкой консистенции, содержать достаточное количество белка и витаминов.

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

Шкала перевода значения клинико-лабораторных показателей, используемых для оценки тяжести и прогнозирования острых одонтогенных воспалительных заболеваний.

<b>А. Оценка общих реакций организма в баллах</b>									
<i>1. Пульс (в минуту)</i>									
Абсолютное значение	До 80	81-90	91-100	101-110	111-120	121-130	131-140	141-150	151-160
Баллы	0	5	10	17	25	32	40	49	59
<i>II. Температура тела (°C)</i>									
Абсолютное значение	До 36,5	36,6-37,5	37,6-38,5	38,6-39,5	39,6-40,5	40,6-41,5	41,6-42,5	42,6 и выше	
Баллы	4	0	2	5	11	19	31	48	
<i>III. Лейкоциты (тыс. в 1 мл.)</i>									
Абсолютное значение	До 9,0	10,0-19,0	20,0-29,0	30,0-39,0	40,0-49,0	50,0-59,0	От 60,0 и выше		
Баллы	0	2	6	14	27	44	60		
<i>IV. СОЭ (мм/ч)</i>									
Абсолютное значение	До 9,0	10,0-19,0	20,0-29,0	30,0-39,0	40,0-49,0	50,0-59,0	От 60,0 и выше		
Баллы	0	2	6	14	27	44	60		
<i>V. Коэффициент нейтрофилы % Лимфоциты % + моноциты %</i>									
Абсолютное значение	До 2,0	2,1-2,9	3,0-3,9	4,0-4,9	5,0-5,9	6,0-6,9	От 7,0 и выше		
Баллы	0	3	12	22	35	49	62		
<b>Б. оценка инфекционно-воспалительного процесса в зависимости от локализации и характера</b>									
							Оценка в баллах		
							Гнойное воспаление	Серозное воспаление	
Надкостница							25		
Скуловая область							25	12	
Подглазничная область							25	12	
Щечная область							30	15	
Подподбородочная область							30	15	
Околоушно-жевательная область							40	20	
Позадичелюстная область							40	20	
Височная область (поверхностная локализация)							40	20	
Височная область (глубокая локализация)							60	30	
Подъязычная область (тело языка)							40	20	
Остеомиелит челюсти ограниченный							50	25	
Остеомиелит челюсти диффузный							70	50	
Подвисочная ямка							50	25	
Крыловидно-челюстное пространство							50	25	
Поднижнечелюстное пространство							50	25	
Корень языка							60	30	

Окологлоточное пространство	60	30
Глазница	70	30
Дно полости рта (в зависимости от распространенности и локализации гнойно-воспалительного процесса)	От 80	До 150
<b>В. Оценка тяжести состояния больного с учетом суммы баллов</b>		
До 90 баллов	Легкое (прогноз благоприятный)	
91-160 баллов	Средней тяжести (прогноз сомнительный)	
Свыше 160 баллов	Тяжелое (прогноз неблагоприятный)	