

Клинические рекомендации

**Абсцесс кожи, фурункул и карбункул**

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: L02.0 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул

Возрастная категория: Взрослые

Год утверждения (частота пересмотра):

**Профессиональные некоммерческие медицинские организации-разработчики:**

**ООО «Общество специалистов в области челюстно-лицевой хирургии»**

- **Стоматологическая Ассоциация России**

## Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений	3
Термины и определения	4
1. Краткая информация	5
1.1 Определение абсцессов кожи, фурункулов и карбункулов	5
1.2 Этиология и патогенез абсцессов кожи, фурункулов и карбункулов	5
1.3 Эпидемиология абсцессов кожи, фурункулов и карбункулов	5
1.4 Кодирование по МКБ 10 абсцессов кожи, фурункулов и карбункулов	6
1.5 Классификация абсцессов кожи, фурункулов и карбункулов	6
1.6 Клиническая картина абсцессов кожи, фурункулов и карбункулов	6
2. Диагностика абсцессов кожи, фурункулов и карбункулов	7
2.1 Жалобы и анамнез	7
2.2 Физикальное обследование	8
2.3 Лабораторная диагностика	8
2.4 Инструментальная диагностика	8
2.5 Иная диагностика	8
3. Лечение абсцессов кожи, фурункулов и карбункулов	9
3.1 Консервативное лечение	9
3.2 Хирургическое лечение	9
3.3 Иное лечение	9
4. Реабилитация	11
5. Профилактика и диспансерное наблюдение	12
6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания	12
7. Организация медицинской помощи	12
Критерии оценки качества медицинской помощи	12
Список литературы	14
Приложение А1. Состав рабочей группы	15
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	16
Приложение А3. Связанные документы	18
Приложение А3.1 Перечень медицинских услуг для диагностики и лечения абсцессов кожи, фурункулов и карбункулов	19
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента	21
Приложение В. Информация для пациентов	22
Приложение Г	22

## Список сокращений и условных обозначений

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем Всемирной организации здравоохранения десятого пересмотра.

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

УЗИ – ультразвуковое исследование

### **Термины и определения**

**Абсцесс кожи** – ограниченное гнойное воспаление, локализирующееся в дерме и подкожной клетчатке.

**Фурункул** – острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула, сальных желез и окружающей подкожно-жировой клетчатки. Характеризуется образованием конусовидной пустулы с формированием некротического стержня и зоной воспаления.

**Карбункул** – острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов и сальных желез, объединенных общим инфильтратом.

## **1. Краткая информация**

### **1.1 Определение**

**Абсцесс кожи** – ограниченное гнойное воспаление, локализирующееся в дерме и подкожной клетчатке.

**Фурункул** – острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула, сальных желез и окружающей подкожно-жировой клетчатки. Характеризуется образованием конусовидной пустулы с формированием некротического стержня и зоной воспаления.

**Карбункул** – острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов и сальных желез, объединенных общим инфильтратом.

## **1.2 Этиология и патогенез**

Возбудителями обычно являются представители семейства *Micrococcaceae*: стафилококки (Грамм-положительные факультативно-анаэробные бактерии) и стрептококки (Грамм-положительные аэробные и факультативно-анаэробные бактерии), наиболее часто – *Staphylococcus aureus*, *S. haemolyticus*, *S. epidermidis*,  $\beta$ -гемолитический стрептококк. Патогенные свойства микроорганизмов определяются их способностью в процессе жизнедеятельности вырабатывать токсины, ферменты и другие биологически активные вещества. Этиологическими агентами гнойно-воспалительных процессов могут являться и другие микроорганизмы – вульгарный протей, пневмококки, синегнойная палочка и др., выступающие, как правило, в ассоциациях со стафилококками и стрептококками. В эпидемиологии стафилококковой инфекции большое значение придается стафилококоносительству.

К экзогенным факторам относят нарушение целостности эпидермиса (микротравмы, мацерации кожи), загрязнение кожи, повышенное потоотделение, смещение рН кожи в щелочную сторону, действие высоких и низких температур.

К эндогенным факторам риска развития заболевания относятся различные эндокринопатии и, прежде всего, нарушение углеводного обмена (сахарный диабет), недостаточное поступление белков в организм, наличие тяжелых соматических заболеваний, гиповитаминоз, хронические интоксикации, наличие очагов стафилококковой инфекции в различных органах и тканях.

*Патогенез.* Изменения мягких тканей в начальной стадии характеризуются формированием пустулы в устье волосяного фолликула.

Пустула содержит нейтрофильные лейкоциты, значительное количество стафилококков и фибрин. В дальнейшем стафилококки, спускаясь по волосяному фолликулу до сосочковых тел, вызывают воспаление, что приводит к образованию воспалительного инфильтрата с последующим некрозом окружающих тканей. Вокруг зоны некроза соединительная ткань расплавляется и образуется гной. Гнойный экссудат скапливается под эпидермисом, вокруг устья фолликула, а затем вместе с некротическим стержнем и погибшим волосом выходит наружу. Дефект заполняется грануляционной тканью с последующим и формированием рубца.

### **1.3 Эпидемиология**

Гнойно-воспалительные заболевания и их осложнения составляют, по разным источникам, 30-40% в структуре хирургической патологии [1, 3]. Ведущее место среди хирургических инфекций как по частоте развития, так и по возможным осложнениям занимают гнойные заболевания кожи и мягких тканей [3, 4].

### **1.4 Кодирование по МКБ-10:**

L02.0 – Абсцесс кожи, фурункул и карбункул лица

L02.0 – Фурункул лица

L02.0 – Карбункул лица

L02.1 – Абсцесс кожи, фурункул и карбункул шеи

### **1.5 Классификации**

Соответствует МКБ-10

## **1.6 Клиническая картина**

### **Абсцесс кожи**

Клиника абсцесса мягких тканей в большинстве случаев характерна для острого гнойного воспаления. Возникают локальные боли в зоне формирования гноя, развивается воспалительный инфильтрат, появляется гиперемия и флюктуация. Общее состояние больного ухудшается, появляются слабость, снижение аппетита, нарушение сна. Температура тела подвержена гектическим колебаниям с подъемами в вечерние часы. В лабораторных показателях отмечаются лейкоцитоз и нейтрофилёз с палочкоядерным сдвигом, увеличивается СОЭ

**Фурункулы и карбункулы** могут возникнуть на любом участке лица, однако многими авторами и нами отмечено, что наиболее опасным местом их расположения с точки зрения развития различных осложнений является область выше ротовой щели - верхняя губа, нос, особенно область носовой перегородки, носогубная борозда, подглазничная область, веки, кожа наружного слухового прохода. В клиническом течении фурункула лица различают три стадии. Стадия фолликулита, период, когда происходит формирование инфильтрата с пустулой, длится 1-3 дня, сменяется стадией расплавления инфильтрата или абсцедирования с последующим самопроизвольным вскрытием и отторжением некротического стержня (длительность 3-5 дней). Третья стадия характеризуется заживлением раны с формированием втянутого рубца. В начале образования фурункула ощущается легкий зуд, покалывание в какой-либо конкретной точке. Через 1-2 суток в толще кожи образуется воспалительный инфильтрат, центральный участок которого возвышается над уровнем кожи в виде «конуса». Кожа над инфильтратом напряжена, гиперемирована, постепенно приобретает синюшный оттенок, при пальпации резко болезненна. На вершине инфильтрата при фурункуле появляется небольшая гнойная пустула, или черная точка (некроз); при карбункуле формируется несколько таких пустул.

В дальнейшем пустула может самопроизвольно вскрыться с образованием гнойно-некротической корочки. Далее в течение 4-7 дней в глубине инфильтрата происходит гнойное расплавление. Через образовавшееся отверстие может произойти самопроизвольный отток гнойного экссудата и отторжение некротического стержня наружу, в результате чего наступает выздоровление. К сожалению, такое течение заболевания наблюдается далеко не всегда. Нередко, если не оказана своевременно адекватная медицинская помощь, воспалительный процесс прогрессирует, что чревато развитием осложнений. При локализации фурункула в области носа и особенно преддверия носа, а также в наружном слуховом проходе отмечается резкая боль. Это объясняется почти полным отсутствием здесь подкожной клетчатки и близостью нервных окончаний. При локализации фурункула или карбункула в области губ, лба, где слой подкожной клетчатки хорошо выражен, всегда отмечается значительный отек тканей. При фурункуле и карбункуле лица всегда имеются признаки интоксикации организма: повышенная температура тела, общая слабость, головная боль. При карбункуле интоксикация более выражена. Наблюдаются высокая температура, ознобы, потеря аппетита, головная боль, лейкоцитоз со сдвигом влево, высокая СОЭ, повышенное содержание  $\gamma$ -фракции белка в сыворотке крови и др. Инфильтрат при карбункуле достигает больших размеров и склонен к распространению.

## **2. Диагностика**

В ходе постановки диагноза инфекций кожи, мягких тканей важным является определение характера и распространенности гнойно-некротического поражения [2, 3]. Клиническая оценка должна базироваться на следующих составляющих.

**2.1 Жалобы и анамнез.** Данные анамнеза, предшествующие инфекции (предварительная травма, хирургическое вмешательство, антибиотикотерапия в течение предшествующих недель, контакты с

лечебными учреждениями, хронические сопутствующие заболевания, лечение стероидами в больших дозах и пр.)

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 2)

**2.2 Физикальное обследование.** Местные клинические проявления (эритема, волдыри, гнойнички, некротические участки, очаговые поражения, крепитация, неприятный запах, болезненность или снижение чувствительности и пр.) и общие проявления (синдром системного воспалительного ответа – SIRS, сепсис, метаболические нарушения).

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств- 3)

**2.3 Лабораторная диагностика.** Клинический анализ крови, биохимический анализ крови, включая определение креатинфосфокиназы, кальция, С-реактивного белка, прокальцитонина

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 2)

2.4 Инструментальная диагностика не предусмотрена

2.5 Лучевые методы диагностики: ультразвуковое исследование.

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)

*Дифференциальную диагностику* фурункула лица и шеи следует проводить с рожистым воспалением, которое вызывается стрептококком и никогда не переходит на волосяные фолликулы и сальные железы. Также, на ранних стадиях фурункула следует отличать от нагноившейся атеромы и от конглобатных угрей (тяжёлой формы акне).

Таблица 1. Требования к диагностике абсцессов кожи, фурункулов и карбункулов

Код	Название	Кратность выполнения
В01.068.001	Прием (осмотр, консультация) врача челюстно-лицевого хирурга	1
А01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта	1
А01.07.005	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
В03.016.003	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1
А09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	1
А09.05.209	Исследование уровня прокальцитонина в крови	1
А09.05.177	Исследование уровня/активности изоферментов креатинкиназы в крови	1
А09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1
А09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	1
А09.05.017	Исследование уровня мочевины в крови	1
А09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	1
А09.05.030	Исследование уровня натрия в крови	1
А09.05.031	Исследование уровня калия в крови	1
А09.05.032	Исследование уровня общего кальция в крови	1
А09.05.041	Определение активности аспартатаминотрансферазы в крови	1

A09.05.04 2	Определение активности аланинаминотрансферазы в крови	1
A09.05.01 0	Исследование уровня общего белка в крови	1
A04.01.00 1	Ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая зона)	1

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

Лечение проводят амбулаторно или в условиях стационара, в зависимости от общего состояния пациента и наличия признаков интоксикации.

Объем оказания помощи состоит из местного и общего лечения, определяется общим состоянием больного и развитием местного воспалительного процесса. В таких случаях рекомендуется максимально оградить участок воспаления от всяких воздействий. Для этого ограничивают речевую и жевательную активность, функцию мимических мышц. При лечении **фурункулов и карбункулов лица** в стадии фолликулита проводят обработку кожи вокруг инфильтрата (70% медицинский спирт, салициловый спирт). Общее комплексное лечение включает антибиотики широкого спектра действия (лучше внутривенно капельно), дезинтоксикационную терапию, антигистаминные препараты. Назначают антиагреганты (аспирин 300 мг/сут), обезболивающие. Местно применяют примочки с 10% раствором NaCl либо 7,5% раствором повидон-йода; мази с содержанием гепарина, УФ-облучение, лазеротерапию. Нередко такое лечение обеспечивает обратное развитие инфильтрата.

На стадии абсцедирования фурункула и формирования гнойно-некротического стержня осуществляют удаление экссудативной корочки с поверхности инфильтрата, для облегчения процесса самостоятельной эвакуации некротических масс.

/Хирургическое лечение фурункула на стадии абсцедирования заключается в обязательном удалении гнойно-некротического стержня, вскрытии участков абсцедирования, а при необходимости – в некрэктомии. Рекомендовано с этой целью проводить разрезы через область расположения гнойно-некротического стержня. Направление разрезов выбирают с учетом направления естественных контуров и складок на лице. Особенность хирургического этапа лечения – осторожное проведение кюретажа, без настойчивого выскабливания стенок раны. Это обусловлено отсутствием выраженной демаркационной зоны, в связи с чем возникает опасность механического распространения инфекции в окружающие ткани, а также повреждения венозных сосудов. После вскрытия очага поражения рану дренируют. При карбункуле разрез проводят по нижнему полюсу инфильтрата, на всю толщу пораженных тканей, вскрывают гнойные затеки, проводят некрэктомию. При необходимости выполняют несколько разрезов, при этом на лице следует учитывать эстетическую целесообразность./

Применение агрессивной хирургической тактики (вскрытие инфильтрата, кюретаж стержня и разложившихся некротических тканей) при лечении фурункулов и карбункулов на стадии инфильтрации и абсцедирования ведет к росту случаев распространения инфекции и её генерализации с формированием осложнений в виде сепсиса, септической пневмонии, инфекционного менингита.

Уровень убедительности рекомендации - В

Уровень достоверности доказательств - 2

При появлении признаков распространения процесса под кожу с формированием абсцесса показано хирургическое вмешательство. Хирургическое лечение фурункула на стадии абсцедирования заключается в обязательном удалении гнойно-некротического стержня, вскрытии участков абсцедирования. Рекомендовано с этой целью проводить разрезы через область расположения гнойно-некротического стержня. Направление разрезов выбирают с учетом направления естественных контуров и складок на лице. Особенность хирургического этапа лечения – осторожное разведение краев раны с целью дренирования полости абсцесса, без кюретажа и настойчивого выскабливания стенок раны. Это обусловлено отсутствием выраженной демаркационной зоны, в связи с чем возникает опасность механического распространения инфекции в окружающие ткани, а также повреждения венозных сосудов. После вскрытия очага поражения рану дренируют. При карбункуле разрез проводят по нижнему полюсу инфильтрата, на всю толщину пораженных тканей, вскрывают гнойные затеки. При необходимости выполняют несколько разрезов, при этом на лице следует учитывать эстетическую целесообразность.

В случае распространения инфекции по типу флебита, тромбофлебита проводят дополнительное вмешательство: перевязку сосуда или разрез по ходу инфильтрированной вены.

При наличии единичных **абсцессов кожи лица** основным способом лечения является хирургический. Он заключается во вскрытии абсцесса, эвакуации гноя, активного дренировании полости. Общее лечение включает в себя антибиотикотерапию, обезболивание.

Уровень убедительности рекомендации - В

Уровень достоверности доказательств - 1

Местное лечение заключается в ежедневной обработке операционной раны растворами кожных антисептиков, замене дренажа (в случае продолжения выделения гнойного экссудата). Рекомендована смена

асептической повязки по мере пропитывания раневым отделяемым (не реже одного раза в сутки) с применением мазей с антибиотиками широкого спектра действия (Левомеколь, Левометил).

В рамках медикаментозной терапии проводят антибактериальную, десенсибилизирующую, дезинтоксикационную терапии.

- Для антибактериальной терапии применяют цефалоспорины (Цефтриаксон 1г 2 раза в сутки), фторхинолоны (Левифлоксацин 250-500мг 2 раза в сутки).
- Десенсибилизирующая терапия: димедрол, супрастин, кларитин по стандартным схемам.
- Дезинтоксикационная терапия проводится при наличии общих признаков интоксикации. С этой целью применяют изотонические кристаллоидные растворы для внутривенных инфузий: стерофундин, ионоплазм.

#### **4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов**

Для обеспечения полной реабилитации пациентов с абсцессами, фурункулами и карбункулами лица необходима скоординированная работа команды специалистов: челюстно-лицевого хирурга, невролога, терапевта, оториноларинголога, анестезиолога, стоматолога, физиотерапевта.

Реабилитационные мероприятия проводятся исходя из конкретных клинических проявлений (неврологических, функциональных и т.д.) и подлежат рассмотрению в соответствующих клинических рекомендациях.

Уровень убедительности рекомендации - С

Уровень достоверности доказательств - 3

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

Профилактика абсцессов, фурункулов лица заключается в своевременном и правильном лечении патологических одонтогенных очагов полости рта, гигиене полости рта и поддержании здорового образа жизни. При выявлении случаев одонтогенных заболеваний – обследование и лечение у специалиста - стоматолога.

Уровень убедительности рекомендации В

Уровень достоверности доказательств 2

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

Не предусмотрено

## **7. Организация медицинской помощи**

### **Показания для плановой госпитализации:**

Отсутствуют

### **Показания для экстренной госпитализации:**

Наличие фурункула, карбункула кожи лица или шеи в стадии инфильтрации или абсцедирования, наличие абсцесса кожи. Наличие признаков интоксикации.

### **Показания к выписке пациента из стационара:**

Отсутствие признаков продуктивного воспалительного процесса в локализации ранее

определявшего фурункула, карбункула кожи лица или шеи в стадии инфильтрации

или абсцедирования, либо абсцесса кожи. Отсутствие признаков

интоксикации.

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

Группа заболеваний или состояний – Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области

Код/коды по МКБ-10: L02.0

Нозологические формы: Абсцесс кожи, фурункул и карбункул

Виды медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь

Условия оказания медицинской помощи: амбулаторно, стационарно

<b>№ п/п</b>	<b>Критерии качества</b>	<b>Уровень достоверности доказательств</b>	<b>Уровень убедительности рекомендаций</b>
1.	Выполнен общий (клинический) развернутый, биохимический анализ крови не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	1	A
2.	Выполнено вскрытие и дренирование гнойно-воспалительного очага не позднее 2 часов от момента установления диагноза	1	A
3.	Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из гнойно-воспалительного очага с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам	1	A
4.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами в послеоперационном периоде (при отсутствии медицинских противопоказаний)	1	A
5.	Отсутствие тромбозомболических осложнений в период	1	A

	госпитализации		
6.	Отсутствие септических осложнений в период госпитализации	1	А

### **Список литературы:**

1. Медведев Ю.А., Басин Е.М., Милюкова Д.Ю., Поляков К.А. Стоматология: учебник // Под ред. Медведева Ю.А. изд-во: «Медицинское информационное агентство» 2016 г.

2. Робустова Т.Г., Афанасьев В.В., Базикян Э.А., Биберман Я.М., Губайдулина Э.Я., Карапетян И.С., Стародубцев В.С., Фех А.Р., Цегельник Л.Н., Чергештов Ю.И. Хирургическая стоматология // Под ред. Робустовой Т.Г. изд-во: «Медицина» 2003 г

3. Соловьев М.М., Большаков О.П. Абсцессы, флегмоны головы и шеи изд-во: «МЕДпресс» 2003г. – 229с.

4. Челюстно-лицевая хирургия : национальное руководство / под ред. А. А. Кулакова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 696 с.

5. Челюстно-лицевая хирургия : учебник / под ред. А.Ю. Дробышева, О.О. Янушевича. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 880с. : ил.

### **Приложение А1. Состав рабочей группы**

-- **Медведев Юрий Алексеевич** - доктор медицинских наук, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и травматологии ФГБУ ВО «Российский университет медицины»

- **Куценко Роман Валерьевич** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры ЧЛХ и травматологии ФГБУ ВО «Российский университет медицины»

Конфликт интересов: отсутствует.

### **Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций**

#### **Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:**

1. Врачи-стоматологи общей практики
2. Врачи-стоматологи хирурги
3. Врачи-челюстно-лицевые хирурги

**Таблица 1 – Уровни достоверности доказательств**

<b>Уровень достоверности</b>	<b>Источник доказательств</b>
<b>I (1)</b>	Проспективные рандомизированные контролируемые исследования. Достаточное количество исследований с достаточной мощностью, с участием большого количества пациентов и получением большого количества данных Крупные мета-анализы как минимум одно хорошо организованное рандомизированное контролируемое исследование. Репрезентативная выборка пациентов
<b>II (2)</b>	Проспективные с рандомизацией или без исследования с

	<p>ограниченным количеством данных.</p> <p>Несколько исследований с небольшим количеством пациентов.</p> <p>Хорошо организованное проспективное исследование когорты.</p> <p>Мета-анализы ограничены, но проведены на хорошем уровне.</p> <p>Результаты не презентативны в отношении целевой популяции</p> <p>Хорошо организованные исследования «случай-контроль»</p>
<b>III (3)</b>	<p>Нерандомизированные контролируемые исследования</p> <p>Исследования с недостаточным контролем</p> <p>Рандомизированные клинические исследования с как минимум 1 значительной или как минимум 3 незначительными методологическими ошибками</p> <p>Ретроспективные или наблюдательные исследования</p> <p>Серия клинических наблюдений</p> <p>Противоречивые данные, не позволяющие сформировать окончательную рекомендацию</p>
<b>IV (4)</b>	<p>Мнение эксперта/данные из отчета экспертной комиссии, экспериментально подтвержденные и теоретически обоснованные</p>
<b>V (5)</b>	<p>Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов</p>

**Таблица 2.** Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

<b>Уровень убедительност и</b>	<b>Описание</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>А</b>	Рекомендация основана на высоком уровне доказательности (как минимум 1 убедительная публикация I уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском)	Метод/терапия первой линии; либо в сочетании со стандартной методикой/терапией
<b>В</b>	Рекомендация основана на среднем уровне доказательности (как минимум 1 убедительная публикация II уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском)	Метод/терапия второй линии; либо при отказе, противопоказании, или неэффективности стандартной методики/терапии. Рекомендуется мониторирование побочных явлений
<b>С</b>	Рекомендация основана на слабом уровне доказательности (но как минимум 1 убедительная публикация III уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском) <i>или</i> нет убедительных данных ни о пользе, ни о риске)	Нет возражений против данного метода/терапии или нет возражений против продолжения данного метода/терапии Рекомендовано при отказе, противопоказании, или неэффективности стандартной методики/терапии, при условии отсутствия побочных эффектов

<b>D</b>	Отсутствие убедительных публикаций I, II или III уровня доказательности, показывающих значительное превосходство пользы над риском, либо убедительные публикации I, II или III уровня доказательности, показывающие значительное превосходство риска над пользой	Не рекомендовано
----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------

**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 утверждённому КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

### **Приложение А3. Связанные документы**

1. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N323-ФЗ.

**Приложение А3.1. Перечень медицинских услуг для диагностики и  
лечения абсцессов кожи, фурункулов и карбункулов**  
(из Приказа Министерства здравоохранения РФ от 13 октября 2017 г.  
№804 н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»)

**Таблица 1. Сбор жалоб, анамнеза, физикальное обследование,  
инструментальная диагностика**

Код	Название	Кратность выполнения
V01.068.0 01	Прием (осмотр, консультация) врача челюстно-лицевого хирурга	1
A01.07.00 2	Визуальное исследование при патологии полости рта	1
A01.07.00 5	Внешний осмотр челюстно-лицевой области	1
V03.016.0 03	Общий (клинический) анализ крови развернутый	1
A09.05.00 9	Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	1
A09.05.20 9	Исследование уровня прокальцитонина в крови	1
A09.05.17 7	Исследование уровня/активности изоферментов креатинкиназы в крови	1
A09.05.02 3	Исследование уровня глюкозы в крови	1
A09.05.02 1	Исследование уровня общего билирубина в крови	1
A09.05.01 7	Исследование уровня мочевины в крови	1
A09.05.02 0	Исследование уровня креатинина в крови	1
A09.05.03 0	Исследование уровня натрия в крови	1
A09.05.03 1	Исследование уровня калия в крови	1

A09.05.03 2	Исследование уровня общего кальция в крови	1
A09.05.04 1	Определение активности аспаратаминотрансферазы в крови	1
A09.05.04 2	Определение активности аланинаминотрансферазы в крови	1
A09.05.01 0	Исследование уровня общего белка в крови	1
A04.01.00 1	Ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая зона)	1

**Таблица 2. Консервативное лечение**

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
A15.01.002	Наложение повязки при гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки

**Таблица 3. Оперативное лечение**

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
V01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия /проводниковая анестезия/
A16.01.011	Вскрытие фурункула (карбункула)
A16.01.012	Вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса)
A16.30.070	Дренирование полости
A15.01.002	Наложение повязки при гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки

## Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента

### 1. Абсцесс кожи лица, фурункул и карбункул

Код по МКБ-10: L02.0

#### 1.1. Диагностические мероприятия:

1.1.1. Сбор жалоб и анамнеза.

1.1.2. Осмотр челюстно-лицевой области

1.1.3. Бактериологическое исследование

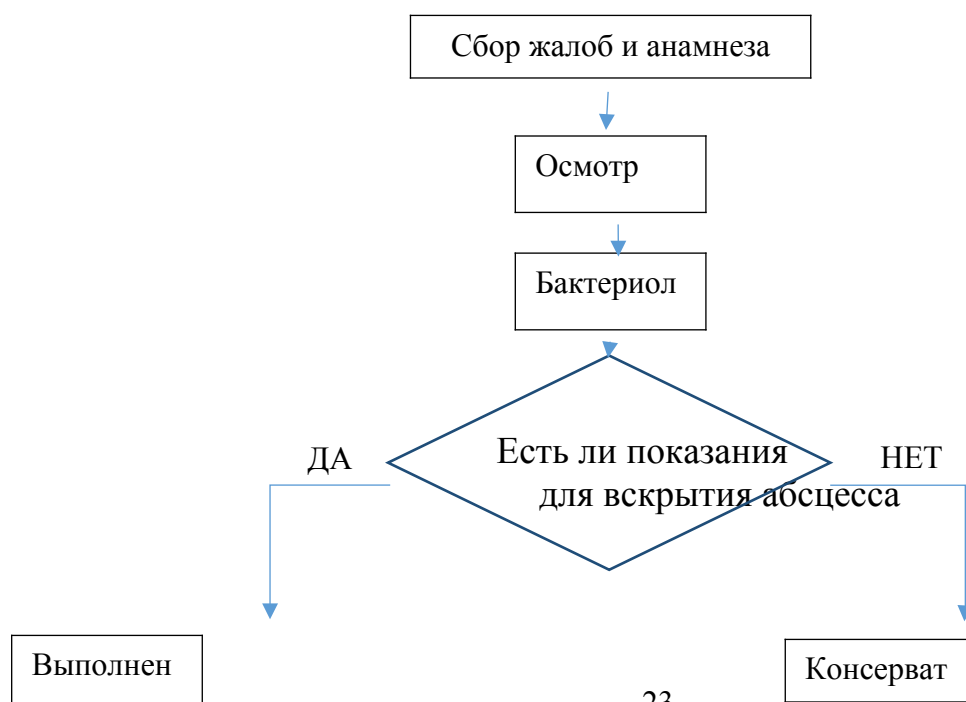
#### 1.2. Лечение.

1.2.1. Улучшение трофики окружающих тканей;

1.2.2. Повышение неспецифичной резистентности организма;

1.2.3. Вскрытие абсцесса;

1.2.4. Коррекция нарушенного иммунитета.





### **Приложение В Информация для пациентов**

Профилактика абсцессов, фурункулов лица заключается в своевременном и правильном лечении патологических одонтогенных очагов полости рта, гигиене полости рта и поддержании здорового образа жизни. При выявлении случаев одонтогенных заболеваний – обследование и лечение у стоматолога.

### **Приложение Г**

Не предусмотрено