

Клинические рекомендации

ХРОНИЧЕСКИЙ ЛИМФАДЕНИТ ЛИЦА, ГОЛОВЫ, ШЕИ

Код по МКБ-С: I88.1

Возрастная категория: дети/взрослые

Год утверждения (частота пересмотра): **24 апреля 2018 года**

Профессиональные некоммерческие медицинские организации-разработчики:

- Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая ассоциация России»

Оглавление

Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1 Краткая информация.....	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).....	7
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)....	7
2 Диагностика, заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	8
2.1 Жалобы и анамнез.....	9
2.2 Физикальное обследование.....	9
2.3 Дополнительные методы диагностики.....	10
2.4 Лабораторные диагностические исследования.....	11
2.5 Инструментальные диагностические исследования.....	11
2.6 Иные диагностические исследования.....	12
3 Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.....	12
3.1 Консервативное лечение.....	13
3.2 Хирургическое лечение.....	19
3.3 Иное лечение.....	20
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.....	21
5 Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	21
6 Организация оказания медицинской помощи.....	22
7 Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....	22
Критерии оценки оказания медицинской помощи.....	24
Список литературы.....	26
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	28
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	29

Приложение АЗ. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	34
Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	36
Приложение В. Информация для пациентов.....	37
Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....	45

Список сокращений

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

МКБ–С – Международная классификация стоматологических болезней на основе

ВОЗ – всемирная организация здравоохранения

УВЧ - ультравысокочастотная терапия

СВЧ – сверхвысокочастотная

НПВС - нестероидные противовоспалительные средства

МРУ и УС – место рабочее универсальное и установка стоматологическая

СПИД – синдром приобретённого иммунодефицита

Термины и определения

Доказательная медицина – подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, а такие доказательства подвергаются поиску, сравнению, обобщению и широкому распространению для использования в интересах пациентов.

Заболевание - возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

Инструментальная диагностика – диагностика с использованием для обследования большого различных приборов, аппаратов и инструментов.

Лабораторная диагностика — совокупность методов, направленных на анализ исследуемого материала с помощью различного специализированного оборудования.

Медицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную или исследовательскую направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.

Уровень достоверности доказательств – отражает степень уверенности в том, что найденный эффект от применения медицинского вмешательства является истинным.

Уровень убедительности рекомендаций – отражает не только степень уверенности в достоверности эффекта вмешательства, но и степень уверенности в том, что следование рекомендациям принесет больше пользы, чем вреда в конкретной ситуации.

Хирургическое лечение — метод лечения заболеваний путём разъединения и соединения тканей в ходе хирургической операции.

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

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Лимфаденит — это воспаление лимфатических узлов. Может протекать в острой и хронической форме. Неспецифический лимфаденит, как правило, является вторичным заболеванием и является следствием воспалительного процесса, развивающегося в челюстно-лицевой области. Среди регионарных лимфатических узлов наиболее часто поражаются поднижнечелюстные, подподбородочные, щечные, околоушные, шейные. Та роль, которую играют лимфатические узлы в поддержании гомеостаза, формировании иммунитета, объясняют причину частого их поражения. [1]

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

Лимфаденит головы и шеи по этиологии классифицируется на специфический и неспецифический. По локализации входных ворот инфекции различают одонтогенные, стоматогенные, риногенные, дерматогенные и тонзилогенные лимфадениты. У 15-20% больных лимфаденитами удается установить связь с одонтогенной инфекцией. Однако почти у половины больных локализация первичного инфекционного очага остается невыясненной. Возбудителем лимфаденита может являться как бактериальная, так и вирусная инфекция, чаще всего это патогенный стафилококк в монокультуре, реже - в ассоциации с другими микроорганизмами (стрептококк, кишечная палочка, протей). У детей встречается специфическое поражение лимфатических узлов – актиномикотический лимфаденит.

Хронические неспецифические лимфадениты делятся на хронические продуктивные и хронические абсцедирующие. Начальная стадия острого неспецифического лимфаденита характеризуется расширением сосудов, отеком и клеточной инфильтрацией тканей лимфатического узла, в результате чего последний увеличивается, происходит перерастяжение капсулы.

В просвете синусов видны белковые коагулянты, большое количество нейтрофилов, эозинофилов, тучных клеток, макрофагов. Довольно быстро описанная картина острого серозного воспаления может прогрессировать до гнойного воспаления, для которого характерно появление участков некроза лимфоидно-ретикулярной ткани с выраженной клеточной инфильтрацией преимущественно нейтрофильными лейкоцитами. Затем участки некроза ткани лимфатического узла, подвергаясь ферментативному расплавлению, сливаются в единую полость, заполненную тканевым детритом и

окруженную валом грануляционной ткани, т. е. происходит обсеменение. При этом гиперемия, отек, и лейкоцитарная инфильтрация наблюдается не только внутри лимфатического узла, но и в прилежащих к нему тканях. Иными словами, возникает периаденит. Некроз и разрушение (расплавление) капсулы лимфатического узла способствует распространению инфекционно-воспалительного процесса за его пределы. При аденофлегмоне наряду с признаками гнойного лимфаденита наблюдается картина диффузного гнойного воспаления клетчатки той или другой анатомической области. Хронический продуктивный лимфаденит характеризуется гиперплазией лимфоидных элементов, что приводит к увеличению лимфатического узла в объеме. Со временем лимфоидная ткань замещается соединительной, в толщине такого узла могут формироваться микроабсцессы с хорошо выраженной соединительной капсулой.

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Наиболее часто поражаются поднижнечелюстные лимфатические узлы — 54,5%, реже подподбородочные—12%, шейные — 13,7%. В группе неспецифических лимфаденитов в челюстно-лицевой области на острые формы приходится 73%, хронические — 27%. [2]

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

Код по МКБ-10: I88.1

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В классификации ВОЗ (10-й пересмотр) хронический лимфаденит включен в рубрику

I88.1 хронический лимфаденит, кроме брыжеечного

1.6 Клиническая картина или состояния (группы заболеваний или состояний)

Хронический лимфаденит. Хроническое воспаление лимфатических узлов носит продуктивный характер, характеризуется появлением болезненности и припуханием лимфатического узла или нескольких узлов. При хроническом продуктивном лимфадените больные жалуются на появление за 2 — 3 мес. и более до обращения к врачу малоболезненного подвижного «шарика» под кожей, который не исчезает либо

периодически увеличивается или уменьшается. Больные предъявляют жалобы на появление под кожей болезненного «шарика», «горошины». Общее состояние больных удовлетворительное. У отдельных лиц наблюдаются повышенная утомляемость, головная боль, субфебрилитет. В области локализации регионарных лимфатических узлов пальпируется плотное подвижное образование округлой формы. Кожа над ним не изменена в цвете либо слегка гиперемирована. При пальпации определяется подвижное, слегка болезненное образование плотной консистенции. При локализации пораженного лимфатического узла в поднижнечелюстной области может беспокоить боль при глотании, а при поражении околоушных узлов - боль при широком открывании рта. При ликвидации или стихании активности первичного очага инфекции лимфатический узел уменьшается, становится мягким, болезненность исчезает. Нередко удается выявить первичный очаг инфекции. Гематологические и биохимические показатели крови без существенных отклонений от нормы. В отдельных случаях может быть увеличено количество лейкоцитов в крови ($9-10 \times 10^9/\text{л}$). При длительном течении заболевания могут отмечаться умеренная лейкопения, относительный лимфоцитоз, увеличение СОЭ. [3]

Хронический лимфаденит может быть первично-хроническим в результате воздействия слабовирулентной микробной флоры при вялотекущих, рецидивирующих воспалительных заболеваниях или исходом острого лимфаденита, когда воспалительный процесс в лимфатических узлах принимает затяжное хроническое течение.

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

Диагностика направлена на установление диагноза, выявление причины заболевания, профилактику осложнений, купирование воспалительного процесса в лимфоузле.

Для этого производят сбор жалоб и анамнеза, осмотр челюстно-лицевой области и кожи лица и шеи, а также полости рта и зубов, рентгенологическое исследование зубов и челюстей, при необходимости привлекая для консультации врача-оториноларинголога. Также проводятся другие необходимые исследования, результаты которых вносят в медицинскую карту стационарного больного (форма 003/у).

GCP -Good Clinical Practice

2.1 Жалобы и анамнез

Рекомендуется при сборе анамнеза выяснить наличие или отсутствие жалоб, аллергический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний.

Выясняют анамнестическую связь между первичным очагом воспаления и воспалительным процессом в лимфатическом узле. Уточняют предшествовало ли появлению симптомов воспаления в области лимфоузла какие-либо явления в полости рта, в лор-органах или на коже. Выявляют жалобы и проявления боли, дискомфорт в области лимфоузла. Определяют давность возникновения заболевания, как долго происходили нарастания воспалительных явлений в лимфоузле, проводилось ли ранее какое-либо лечение. [4]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

2.2 Физикальное обследование

При внешнем осмотре челюстно-лицевой области обращают внимание на конфигурацию лица, цвет и состояние кожных покровов, локализацию и распространение отека мягких тканей. Проводят пальпацию области воспалительного процесса и других регионарных лимфатических узлов, жевательных мышц, слюнных желез и височно-нижнечелюстного сустава. Оценивают степень открывания рта и болезненность.

При хроническом лимфадените во время обследования может выявляется асимметрия лица или шеи за счет ограниченного припухания, кожа над лимфоузлом иногда умеренно гиперемирована, при пальпации обнаруживается увеличенное, резко болезненное образование округлой или овоидной формы, спаянное с окружающими тканями. Ткани вокруг лимфатического узла инфильтрируются. Узел становится малоподвижный, плотно-эластичной консистенции.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов, слизистой оболочки полости рта. Детально обследуют предполагаемую область источника инфекции исходя из локализации воспаленного лимфатического узла, изучают состояние твердых тканей зубов на стороне воспалительного процесса, исключают наличие или отсутствие сообщения кариозного процесса с полостью зуба. Оценивают необходимость удаления или лечения причинного зуба. Оценивают воспалительные изменения слизистой оболочки рта, присутствие язв, эрозий, других патологических процессов на слизистой оболочке. Определяют гигиенический индекс и пародонтологический по потребности. [5]

Также производится осмотр кожи лица и головы, а также небных миндалин и слизистой оболочки зева. Хронический тонзиллит нередко является причиной хронического лимфаденита в верхних отделах внутренней яремной цепи, а кожные

заболевания (различные дерматиты, экзема и др) - лимфаденита яремно-двубрюшных лимфоузлов.

Необходимо выяснить, не имеет ли увеличение лимфоузлов у пациента генерализованный характер, для чего производится физикальное исследование подмышечных, паховых, кубитальных групп лимфоузлов. Если произвести такое исследование не представляется возможным, необходимо выяснить, не замечал ли пациент увеличения лимфатических узлов в указанных зонах. В случае обнаружения генерализованной лимфаденопатии связь ее с очагами одонтогенной инфекции крайне маловероятна, необходимо, прежде всего, исключить наличие у пациента инфекционных и лимфопролиферативных заболеваний.

При любом увеличении лимфоузлов неясной природы необходимо помнить об онкологической настороженности. Нередко увеличение лимфатических узлов шеи является признаком злокачественной опухоли. При малейших сомнениях в доброкачественном характере процесса, особенно при выявлении в регионарной для увеличенного лимфоузла зоне признаков новообразования (изъязвление слизистой или кожи, невуса с признаками активации, экзофитно растущего образования и тд.) необходимо немедленно направить пациента к онкологу.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

2.3 Дополнительные методы диагностики

Рекомендуется в качестве дополнительного метода исследования использовать рентгенологический метод исследования для оценки состояния зубов.

В случае предъявления больным жалоб со стороны ЛОР-органов проводится консультация врача оториноларинголога.

Дополнительными методами обследования являются эхография, лабораторные исследования крови, функциональные, микробиологические исследования. Хронический неспецифический лимфаденит следует дифференцировать с увеличением лимфатических узлов при инфекционных (ВИЧ-инфекция, сифилис, туберкулез, герпес и тд.) и некоторых других заболеваниях (ревматизм, коллагенозы, лимфопролиферативные заболевания, злокачественные новообразования). Распознавание хронического лимфаденита должно основываться на оценке всего комплекса клинических признаков заболевания. В случаях, когда по данным клинического исследования природа заболевания неочевидна, показано ультразвуковое исследование, и при необходимости, тонкоигольная аспирационная биопсия лимфатического узла под ультразвуковым контролем. При отсутствии клинических, эндоскопических и радиологических данных за

злокачественное новообразование, а также при отрицательном результате тонкоигольной аспирационной биопсии для верификации диагноза производится удаление лимфоузла для гистологического исследования.

Пункционная биопсия занимает центральное место в дифференциальной диагностике хронического лимфаденита и метастазов злокачественных новообразований. Важная роль в дифференциальной диагностике хронического лимфаденита принадлежит компьютерной томографии и ультразвуковому исследованию. [6]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

2.4 Лабораторные диагностические исследования

Рекомендуется сдавать общий анализ крови при острых лимфаденитах, либо при обострении хронического. При хронических формах лабораторные исследования могут быть без изменений.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

2.5 Инструментальные диагностические исследования

Рекомендуется проводить ультразвуковое исследование лимфатических узлов лица и шеи. На эхограмме признаками хронического лимфаденита являются увеличение лимфатического узла, усиление сосудистого рисунка, расширение корковой и околокорковой зон, расширение синусов, в лимфатическом узле единичные анэхогенные "кистозные" структуры, в дальнейшем может происходить абсцедирование лимфатического узла, целостность капсулы обычно не нарушается.

Абсолютных эхографических критериев для хронического лимфаденита не существует. Наиболее частыми признаками на эхограммах в период обострения являются увеличение максимального размера узла свыше 15 мм и форма лимфоузла, близкая к округлой (отношение максимального размера узла к минимальному менее 2) умеренная неоднородность внутренней структуры. В период ремиссии размеры узлов уменьшаются, в основном за счет минимального размера, и форма становится более удлинённой. Значительное увеличение размеров лимфоузлов, выраженная неоднородность их внутренней структуры, а также многочисленность (свыше 3 узлов в каждое из групп) подозрительны на злокачественное поражение и требуют консультации онколога.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

2.6 Другие диагностические исследования

Для исключения неodontогенной природы лимфаденита рекомендуется обратиться к помощи смежных специалистов: врача-оториноларинголога, врача-терапевта, врача-педиатра, врача-инфекциониста, врача-онколога.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 3)

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

Лечение пациентов с хроническим лимфаденитом рекомендовано проводить в условиях амбулаторного стоматологического отделения. Перечень оборудования, стоматологических материалов и инструментов, необходимых для работы врача хирурга-стоматолога, представлены в Приложении 1.

Стандарт оснащения хирургического челюстно-лицевого и стоматологического отделения стационара с перевязочной указан в Приложении 2.

Стандарт оснащения операционной хирургического челюстно-лицевого и стоматологического отделения стационара представлен в приложении 3.

Лечение хронического лимфаденита осуществляется в соответствии с теми же принципами, что и лечение хронических воспалительных заболеваний мягких тканей. Учитывая то, что большинство лимфаденитов являются вторичными заболеваниями, прежде всего выявляется и устраняется первичный очаг инфекции. В зависимости от источника происхождения лимфаденита, проводится вмешательства, направленные на ликвидацию первичного очага. Удаляются зубы, в случае одонтогенного происхождения воспалительного процесса, вскрываются поднакостничные очаги, купируется воспалительный процесс в верхнечелюстной пазухе, saniруются другие воспалительные процессы в челюстно-лицевой области. Протокол лечения обострения хронического лимфаденита с абсцедированием состоит во вскрытии абсцесса лимфатического узла с последующим продолжительным дренированием раны и уходе за ней по правилам ведения гнойной раны. Берется мазок раневого отделяемого на флору и чувствительность к антибиотикам. В сомнительных случаях производят биопсию ткани лимфатического узла. Подготовка операционного поля осуществляется с соблюдением всех правил асептики и антисептики, принятых в челюстно-лицевой хирургии. Оперативный доступ осуществляется путем проведения наружного разреза в области лимфоузла, при этом учитывается локализация, глубина расположения инфицированного лимфатического узла.

Для профилактики образования гнойных затеков и карманов, разрез выполняется на всю длину инфильтрата, учитывая расположение естественных складок лица и шеи. При этом послойно рассекают ткани над лимфоузлом, рассекают его капсулу. Формируется широкий раневой канал для оттока гноя, проводится инструментальная или пальцевая ревизия пораженной области. В рану помещается перфорированный трубчатый дренаж из полихлорвинила или тефлона, после чего накладывается асептическая повязка, с соблюдением правил десмургии. В процессе оказания помощи принимает участие при необходимости врач стоматолог-терапевт, стоматолог-хирург, врач оториноларинголог, врач-физиотерапевт и средний медицинский персонал. Перед медицинским вмешательством следует получить информированное добровольное согласие пациента (Приложение 5). При необходимости обеспечивается наблюдение врача-анестезиолога, врача-реаниматолога, консультации врачей других специальностей в зависимости от общих заболеваний пациента.

Комплекс лечебных мероприятий проводят преимущественно в амбулаторных условиях. Принимают во внимание выраженность воспалительных явлений, общую и местную картину заболевания, а также рентгенологические данные.

В первую очередь необходимо ликвидировать первичные очаги воспалительных явлений.

Лечение хронических лимфаденитов осуществляется в соответствии с теми же принципами, что и лечение хронических воспалительных заболеваний мягких тканей. Учитывая то, что большинство лимфаденитов являются вторичными заболеваниями, прежде всего выявляется и обязательно устраняется первичный очаг инфекции. В зависимости от источника происхождения лимфаденита, проводится вмешательства, направленные на ликвидацию первичного очага. Параллельно воздействуют на пораженный лимфатический узел. В начальной стадии заболевания лимфаденит может быть в большинстве случаев излечен консервативными методами. [7]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

GCP -Good Clinical Practice

3.1 Консервативное лечение

Рекомендовано назначать поливитамины, десенсибилизирующие препараты. Назначение антибиотиков оправдано при нарастании воспалительных явлений. Эти препараты показаны ослабленным больным, а также больным с сопутствующими соматическими заболеваниями. Из антибиотиков целесообразно использовать препараты бета-лактаманной группы, макролиды (мидекамицин — макропен; азитромицин —

азитромицин (сумамед) и др.), так как эти препараты проникают через капсулу лимфатического узла.

Немедикаментозная терапия хронического продуктивного лимфаденита предполагает проведение мероприятий, направленных на ликвидацию острого воспалительного процесса в первичном очаге заболевания, приведшего к данной патологии. Устанавливается причина, повлекшая развитие воспалительного процесса в лимфоузле. Проводится санация очагов острой и хронической инфекции на стороне поражения. Удаляются разрушенные зубы, не подлежащие восстановлению, вскрываются поднакостничные абсцессы, выполняется эндодонтическое лечение зубов с периапикальными очагами. Дальнейшее лечение в плановом порядке. При наличии воспалительных процессов в рото- и носоглотке назначается соответствующее лечение врачом оториноларингологом. [8]

Для более быстрого прекращения воспалительных явлений возможно назначение физических методов лечения: УВЧ терапию в слаботепловой или атермической дозе (при умеренно выраженных воспалительных явлениях), ультразвуковую и магнитолазерную терапию.

В продуктивной стадии хронического лимфаденита челюсти проводят терапевтическое лечение причинного зуба/зубов и консервативную лекарственную терапию. Назначают антибактериальные препараты следующих групп: пенициллины, фторхинолоны, цефалоспорины, макролиды, линкозамиды, тетрациклины. Антибактериальную терапию назначают индивидуально, исходя из общесоматического состояния пациента. Обязательно назначение антибиотикотерапии пациентам с сопутствующими заболеваниями (сердечно-сосудистой системы, иммунной системы, с онкологическими заболеваниями, пациентам преклонного возраста, пациентам, принимавшим бисфосфонаты и т.д.). У пациентов с анамнезом приема бисфосфонатов хирургическая санация должна проводиться на фоне курса антибактериальной терапии, начатого за несколько дней до вмешательства. Для купирования болевого синдрома и уменьшения явлений воспаления, назначаются нестероидные противовоспалительные средства: кетопрофен, ибупрофен, парацетамол и др. Для повышения неспецифической резистентности организма наиболее часто используют производные пиримидина (метилурацил, нуклеинат натрия (пентоксил)). Местно целесообразно применять компрессы с димексидом, обладающим противовоспалительным, болеутоляющим, гипосенсибилизирующим действием. [9]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Для местной анестезии, используемой, для санации первичных очагов инфекции рекомендовано использовать преимущественно анестетики амидного ряда, реже – сложные эфиры. Выбор анестетика определяется спецификой предполагаемого вмешательства, наличием сопутствующей патологии у пациента и степенью ее компенсации и аллергологическим анамнезом. Лекарственное лечение хронического лимфаденита заключается в назначении антибактериальных препаратов перечисленных групп:

- полусинтетических пенициллинов (амокксициллин), цефалоспоринов второго-третьего поколения, макролидов, фторхинолонов, линкозамидов, тетрациклинов;
- антигистаминных препаратов;
- обезболивающих препаратов;
- витаминов (поливитамины, аскорбиновая кислота (витамины С)).

Повторный осмотр после санации очагов острой и хронической инфекции проводят на следующий день. При необходимости проводят антисептическую обработку корневых каналов, обрабатывают раны в полости рта, оценивают динамику течения воспалительного процесса. Постоянное пломбирование корневых каналов проводят после стихания явлений лимфаденита. При осмотре и опросе определяют динамику стихания воспалительных явлений и в зависимости от этого назначают дополнительное лечение.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Противомикробные препараты для системного применения

Рекомендуется назначать антибактериальные препараты при хроническом продуктивном лимфадените проводится в соответствие с принципами эмпирической антибиотикотерапии и направлено на санацию, как первичного очага инфекции, так и воспалительного процесса непосредственно в самом лимфоузле. В качестве обоснования прекращения антибактериальной терапии могут быть использованы следующие критерии ее достаточности: нормализация температуры тела, регресс основных клинических симптомов инфекции.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Нестероидные противовоспалительные препараты

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) в большинстве своем — производные слабых органических кислот. К основным фармакодинамическим эффектам НПВС относятся противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее действие и

антиагрегантное. Рекомендовано назначение препаратов в хирургической практике с их преимущественным анальгезирующим действием и выраженным противовоспалительным действием.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Алгоритм проведения медикаментозной помощи при хроническом лимфадените

При лечении хронического экссудативно-продуктивного лимфаденита рекомендовано системное назначение антибактериальных и противовоспалительных препаратов, физиотерапевтическое лечение и местное лечение раны. В комплексном лечении абсцедирующей формы лимфаденита большое значение придается антибактериальной терапии. До получения антибиотикограммы лечение осуществляют, эмпирически учитывая обобщенные данные изучения чувствительности возбудителей гнойного очага к антибиотикам. Длительность антибактериальной терапии в среднем составляет 10—14 дней.

Назначают антибактериальные препараты следующих групп: пенициллины, фторхинолоны, цефалоспорины, макролиды, линкозамиды, тетрациклины. Антибактериальную терапию назначают индивидуально, исходя из общесоматического состояния пациента. Для купирования болевого синдрома и уменьшения явлений воспаления, назначаются нестероидные противовоспалительные средства: кетопрофен, ибупрофен, парацетамол и др. Для повышения неспецифической резистентности организма наиболее часто используют производные пиримидина (метилурациловая мазь 10%, пентоксил). Важным компонентом лечения больных с хроническим экссудативно-продуктивным лимфаденитами, особенно протекающих с высоким уровнем эндогенной интоксикации организма, является дезинтоксикационная терапия, которая осуществляется путем гемодилюции. В состав трансфузионных средств входят плазмозаменители дезинтоксикационного действия (декстран (полиглюкин), реополиглюкин, калия хлорид+кальция хлорид+магния хлорид+ натрия гидрокарбонат+ натрия хлорид+ повидон-8тыс.(гемодез)), растворы электролитов (натрия хлорид (физиологический раствор) , Рингера-Локка), 5—10% раствор глюкозы с инсулином, а также 5 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты; антигистаминные препараты (2 мл 1—2% раствора димедрола или прометазина (пипольфена)).

Для местного воздействия на рану в I стадию раневого процесса (воспалительная фаза) проводятся мероприятия, ускоряющие очищение раны, нейтрализующие неблагоприятные факторы воспаления (отек, нарушения кровообращения, чрезмерная активация

протеолиза) и обеспечивающие адекватное дренирование раны. Проводится обработка раны антисептиками: Бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний (мирамистин), хлоргексидин, йод и др. После стихания воспалительных процессов в ране, очищения ее от гнойно- некротических и фибриновых масс, появления грануляций и эпителизации, то есть на стадии регенерации (II стадия), местно следует применять средства, стимулирующие регенераторные процессы. Для этих целей используются повязки на основе гидрогелей, гидроколлоидов, альгинатов, а также повязки, импрегнированные антисептиками и различными биологически активными веществами. В III стадию заживления раны, на этапе созревания рубца и эпителизации проводятся мероприятия по стимулированию репаративных процессов в ране путем применения повязок, содержащих кератопластические препараты – солкосерил, актовегин, метилурациловая мазь 10%.

Дренирование гнойного процесса в лимфоузле проводится под местной анестезией в сочетании с внутривенной седацией.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Препараты для внутривенной седации

С целью обеспечения периоперационного комфорта пациента и снижения интраоперационного стресса рекомендовано применять анксиолитики (диазепам, мидазолам и др.), гипнотики (пропофол, брیتال (метогексетал)). Для профилактики возможных системных осложнений операция проводится под непрерывным анестезиологическим мониторингом.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Анестетики, используемые для местной анестезии

В настоящее время для местной анестезии рекомендовано использовать анестетики преимущественно амидной группы. Также еще используются ранее широко распространенные анестетики группы сложных эфиров (новокаин).

Для каждого оперативного вмешательства выбирать тот анестетик, который показан больному с точки зрения функционального состояния его организма, аллергологического анамнеза, наличия сопутствующих заболеваний и степени их компенсации, характера предстоящего вмешательства.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Антисептические и местные противовоспалительные средства

Для обработки кожи операционного поля перед вскрытием гнойника рекомендовано использовать различные антисептические растворы (70% спирт этиловый, йод, йодопирон и др.). После разреза рану промывают антисептическими растворами. Фиксируют повязку с биологически активными дренирующими сорбентами (гидроколлоиды, гидрогели, альгинаты), водорастворимыми мазями (левомицетин + метилурацил (левомиколь), левосин, диоксидин мазь 5% (диоксиколовая мазь) и др.), протеолитическими ферментами (хипсин, химотрипсин), антисептиками (1% раствор диоксида, йод, хлоргексидин). Во вторую фазу раневого процесса, при стихании воспалительных явлений на фоне образования грануляционной ткани в ране, используют повязки с ранозаживляющими мазями – солкосерил, актовегин, метилурациловая мазь 10%. На этапе перехода раневого процесса в стадию эпителизации и созревания рубца, целесообразно использовать препараты для стимуляции роста эпителия: куриозин, актовегин гель и мазь, солкосерил гель и мазь, мазь биопин 20%, гель регедин, препараты прополиса.

Перевязку проводят каждый день после операции до купирования экссудативных проявлений воспалительного процесса в лимфоузле. При осмотре и опросе определяют динамику стихания воспалительных явлений и в зависимости от этого назначают дополнительное лечение. При перевязках проводят местное лечение раны: удаление или замена дренажа, повязки промывание раны антисептическими растворами. Оценивают динамику заживления ран в первичных очагах – источниках инфекции.

Применяются антисептические средства, активные в отношении простейших, грамположительных и грамотрицательных бактерий, используются в виде растворов для обработки раневой поверхности в области вскрытия гнойного очага, а также для орошения слизистой оболочки рта в случаях проведения хирургических манипуляций в ротовой полости для купирования воспалительных процессов в области первичных очагов.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Противомикробные препараты для системного применения

Медикаментозное лечение хронического экссудативно-продуктивного лимфаденита рекомендовано в системном назначении антибактериальных препаратов широкого спектра действия, способных одновременно нейтрализовать патогенную микрофлору в инфицированном лимфоузле, также, как и в первичном очаге инфекции: полусинтетических пенициллинов (амоксциллин), цефалоспоринов второго-третьего поколения, макролидов, фторхинолонов, линкозамидов, тетрациклинов;

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Нестероидные противовоспалительные препараты

Нестероидные противовоспалительные средства в большинстве своем — производные слабых органических кислот. К основным фармакодинамическим эффектам НПВС относятся противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее действие и антиагрегантное. Назначение препаратов данной группы обусловлено их преимущественным анальгезирующим действием в первые сутки после хирургического вмешательства и выраженным противовоспалительным действием.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Системная дезинтоксикационная терапия

Важным компонентом лечения больных с лимфаденитами, особенно протекающих с высоким уровнем эндогенной интоксикации организма, является дезинтоксикационная терапия, которая осуществляется путем гемодилуции. В состав трансфузионных средств рекомендовано включить плазмозаменители дезинтоксикационного действия (полиглюкин, реополиглюкин, калия хлорид+кальция хлорид+магния хлорид+натрия гидрокарбонат+натрия хлорид+повидон-8тыс. (гемодез)), растворы электролитов (Натрия хлорид (физиологический раствор), Рингера-Локка), 5—10% раствор декстрозы (глюкозы) с инсулином, а также 5 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты; антигистаминные препараты (2 мл 1—2% раствора димедрола или пипольфена (прометазина)).

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

3.2 Хирургическое лечение

Обострение хронического лимфаденита с абсцедированием является показанием к оперативному вмешательству: вскрытию инфекционно-воспалительного очага, обеспечивая эвакуацию гноя. При этом удаляются расплавленные ткани лимфатического узла. Операция вскрытия гнойного очага, проводится в условиях челюстно-лицевого стационара и, как любое оперативное вмешательство, с соблюдением правил асептики и антисептики. [10]

Лечение хронического эксудативно-продуктивного лимфаденита необходимо проводить в условиях челюстно-лицевого стационара. Основным компонентом лечения является хирургическое вмешательство — вскрытие инфекционно-воспалительного очага, обеспечивающее эвакуацию гноя. Оперативный доступ для вскрытия абсцедирующего лимфоузла выбирают в зависимости от локализации гнойного процесса. При наличии свища под местной анестезией проводят хирургический кюретаж с удалением

грануляционной ткани на всем протяжении свищевого хода. При этом необходимо взять мазки из свища на флору и чувствительность к антибиотикам, а также на микологическое исследование (для исключения актиномикоза). Следует целиком удалить лимфоузел и направить его на гистологическое исследование. Нередко за хронический лимфаденит принимают воспалившиеся боковые кисты шеи, особенно в случаях, когда при очередном обострении проводится дренирование наружным доступом, после чего происходит рубцевание, киста уменьшается в размерах и становится трудно отличимой при клиническом исследовании от лимфоузла. Операцию проводят под местной анестезией в сочетании с внутривенной седацией.

Операция вскрытия абсцедирующего лимфаденита, хирургическая обработка гнойной раны проводятся, как любое оперативное вмешательство, с соблюдением правил асептики и антисептики. Также, важным компонентом лечения предполагает проведение мероприятий, направленных на ликвидацию воспалительного процесса в лимфоузле, путем устранения первичного заболевания, приведшего к данной патологии. Для этого устанавливается причина, повлекшая развитие воспалительного процесса в лимфоузле. Проводится санация очагов острой и хронической инфекции на стороне поражения. Удаляются разрушенные зубы, не подлежащие восстановлению, вскрываются поднадкостничные абсцессы, выполняется эндодонтическое лечение зубов с периапикальными очагами. Дальнейшее лечение в плановом порядке. При наличии воспалительных процессов в рото- и носоглотке назначается соответствующее лечение врачом оториноларингологом. [11]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

3.3 Иное лечение

Рекомендована физиотерапия: УВЧ и СВЧ в слаботепловой или атермической дозировке, излучение гелий-неонового лазера. При глубоком расположении лимфатических узлов более эффективны лучи инфракрасного лазера или его сочетания с магнитной насадкой — магнитолазерная терапия. Местно при хирургической обработке раны, целесообразно применение озонотерапии. Показано использование электрофореза 1%-ного раствора трипсина, лидазы, витаминов, что приводит к более быстрому очищению раны и ее ускоренному заживлению. [12]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

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

Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Пациентам рекомендовано проводить неотложное лечение – ликвидацию первичного очага инфекции и воздействие на воспалительный процесс в лимфоузле, путем назначения антибактериальных, противовоспалительных препаратов и физиотерапию. Необходимо наблюдение за пациентом до полного стихания воспалительного процесса (стойкое нарушение трудоспособности), в среднем от 3 до 5 дней в зависимости от динамики купирования воспалительного процесса. Необходимо наблюдение за пациентом и в более отдаленные сроки после лечения, так как нередко воспалительные изменения возникают на фоне существовавшей ранее лимфаденопатии. Если после полного купирования явлений воспаления (через 1- 1,5 месяца) в области головы и шеи сохраняется лимфаденопатия, нужно провести дообследование для выявления причины увеличения лимфоузлов. Исключить тепловые процедуры (баня, горячие ванны и т.д.) и физические нагрузки.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

GCP -Good Clinical Practice)

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

Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Пациенту рекомендуют явиться на следующий день на прием для осмотра после лечебных мероприятий, далее, в зависимости от необходимости проведения перевязок или эндодонтических процедур с зубом, график посещения назначают индивидуально в зависимости от течения воспалительного процесса. Требуется проведения 2 раза в год профилактических осмотров и гигиенических мероприятий.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Требования к диетическим назначениям и ограничениям

После завершения хирургических манипуляций с первичным очагом не рекомендовано принимать пищу в течение двух часов. В день оперативного вмешательства следует избегать приема грубой, горячей пищи и не жевать на прооперированной стороне, не греть ее.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Протокола

См. Приложение 5.

Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

Подробные рекомендации приведены в алгоритмах к каждому виду вмешательства

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 3)

6 Организация оказания медицинской помощи

Лечение пациентов с хроническим лимфаденитом головы и шеи проводится в стоматологических медицинских организациях в условиях первичной специализированной медико-санитарной помощи. Как правило для оказания помощи привлекается врач-хирург-стоматолог или врач-челюстно-лицевой хирург. Перечень оборудования, стоматологических материалов и инструментов, необходимых для работы врача, представлены в Приложении 1.

В процессе оказания помощи принимает участие врач-физиотерапевт и средний медицинский персонал. Лечение пациентов с отягощенным аллергологическим анамнезом и с сопутствующей общесоматической патологией проводится челюстно-лицевыми хирургами в условиях стационара. При необходимости обеспечивается наблюдение врача-анестезиолога, реаниматолога, консультации врачей других специальностей в зависимости от общих заболеваний пациента. После стационарного лечения пациент направляется с соответствующими рекомендациями под наблюдение и продолжение лечения к врачу-стоматологу по месту жительства или в специализированное лечебно-диагностическое учреждение для продолжения диспансерного наблюдения

Перед медицинским вмешательством следует получить информированное добровольное согласие пациента

GCP -Good Clinical Practice

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

Для развития болезни необходимо сочетание факторов риска и непосредственных причин заболевания. Часто трудно выделить причину болезни, так как причин может быть несколько, и они взаимосвязаны. Непосредственная причина заболевания (этиологические

факторы) прямо воздействует на организм, вызывая в нем патологические изменения. Этиологические факторы могут быть бактериальными, физическими, химическими и т. д. Факторы риска заболеваний — это факторы, отрицательно влияющие на здоровье. Они благоприятствуют возникновению и развитию болезней, вызывают патологические изменения в организме. Всемирной организацией здравоохранения было выделено более 200 факторов, которые оказывают самое значительное влияние на современного человека. Среди них выделяют физические, химические, биологические, социальные, психологические, генетические факторы. Различают факторы риска первичные и вторичные.

Первичные: нездоровый образ жизни (курение, употребление алкоголя, несбалансированное питание, стрессовые ситуации, постоянное психоэмоциональное напряжение, гиподинамия, плохие материально-бытовые условия, употребление наркотиков, неблагоприятный моральный климат в семье, низкий культурный и образовательный уровень); неблагоприятная наследственность (наследственная предрасположенность к различным заболеваниям, генетический риск — предрасположенность к наследственным болезням); неблагоприятное состояние окружающей среды (загрязнение воздуха канцерогенами и другими вредными веществами, загрязнение воды, загрязнение почвы, резкая смена атмосферных параметров, повышение радиационных, магнитных и других излучений); неудовлетворительную работу служб здравоохранения (низкое качество медицинской помощи, несвоевременность оказания медицинской помощи, труднодоступность медицинской помощи).

Вторичные: заболевания, которые отягощают течение других заболеваний (сахарный диабет, атеросклероз, артериальная гипертензия и т. д.).

На течение заболевания и эффективность его лечения помимо распространенности процесса, морфологической и молекулярно-генетических характеристик существенное влияние оказывают сопутствующие патологии, адекватность сопроводительной терапии, социальная адаптация пациента, наличие или отсутствие ежедневной физической нагрузки.

--

**Критерии оценки качества медицинской помощи
Клиническим рекомендациям «Хронический лимфаденит»**

1.	Событийные (смысловые, содержательные, процессные) критерии качества			Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
	Проводилось ли при постановки диагноза: сбор жалоб и анамнеза, визуальный осмотр, пальпация ЧЛЮ, перкуссия зубов, определение прикуса, пародонтальных и индексов гигиены, степени подвижности зубов	Да	Нет	В	2
	Соответствует ли план лечения поставленному диагнозу	Да	Нет	В	2
	Проводились ли мероприятия по устранению факторов, обусловивших возникновение заболевания	Да	Нет	В	2
	Обучение гигиене рта	Да	Нет	В	2
2.	Временные критерии качества				
	Отсутствие осложнений (общих и местных) после хирургических вмешательств	Да	Нет	В	2
	Динамическое наблюдение каждые полгода	Да	Нет	В	2
	Профилактическая гигиена рта 2 раза в год	Да	Нет	В	2
3.	Результативные критерии качества				

	Восстановление функций зубочелюстной системы	Да	Нет	В	2
	Улучшение качества жизни	Да	Нет	В	2
4.	Правильность и полнота заполнения медицинской документации				
	Правильность и полнота заполнения медицинской документации	Да	Нет	В	2

Список литературы

1. Хирургия полости рта: учебник / Э.А. Базикян [и др.].- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.- 640с.
2. Афанасьев В.В. Хирургическая стоматология.- Изд-во «ГЭОТАР-МЕДИА», 2015.- 880с.
3. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии.-2007.
4. Шаргородский А. Г. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи. 2001
5. Безрукова В.М., Робустова Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, том 1. Москва, «Медицина», 2000 г.
6. Кулаков А.А., Робустова Т.Г., Неробеев А.И. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: национальное руководство.-2010.
7. Васильев Г.А., Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология.-1981.
8. Скорляков В. В., Бабиев В. Ф., Кещян С. С., Стагниева И. В., Бойко Н. В. Диагностика и тактика лечения шейного лимфаденита // Молодой ученый. — 2017. — №16. — С. 75-78.
9. Власова Т. М. Бойко Н. В., Рост числа постстрептококковых осложнений у больных хроническим тонзиллитом. Российская оториноларингология, 2015, № S1, С. 45–47.
10. Ивануса,С.Я., Зубарев,П.Н., Рисман,Б.В., Литвинов,О.А. Современные принципы лечения гнойных ран. 2017
11. Леус П.А., Горегляд А.А., Чудакова И.О. Заболевание зубов и полости рта.-1998.
12. Походенько-Чудакова И.О., Чешко Современная Н. Н. физиотерапия в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи 2003
13. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323-ФЗ.
14. Постановление Правительства Российской Федерации «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» от 5 ноября 1997 г. № 1387 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).
15. Постановление Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» от 26.10.2012 г. № 1074.

16. Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» от 07.12.2011 г. №1496н.
17. Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» от 27 декабря 2011 г. № 1664н.
18. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы «О совершенствовании организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» от 16.08.2013г. № 820.
19. Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 56034-2014 «Клинические рекомендации (протоколы лечения)». Общие положения (утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии Российской Федерации от 04.06.2014 г. N 503-ст).- М:Стандартформ, 2014.-17с.

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

Члены Рабочей группы:

Базикян Эрнест Арамович Заведующий кафедрой хирургии полости рта МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Заслуженный врач Российской Федерации; профессор, доктор медицинских наук

Воложин Григорий Александрович Доцент кафедры хирургии полости рта МГМСУ им. А.И. Евдокимова, кандидат медицинских наук

Клиновская Анна Сергеевна Доцент кафедры хирургии полости рта МГМСУ им. А.И. Евдокимова, кандидат медицинских наук

Конфликт интересов отсутствует

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Поиск в электронных базах данных.

Доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в базы данных библиотеки Cochrane, EMBASE, MeDline и PubMed. Глубина поиска составила 5 лет.

Методы оценки качества и силы доказательств:

- консенсус экспертов;
- оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой.

Методы анализа доказательств:

- обзоры опубликованных метаанализов;
- систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств

Методология, использованная в каждом исследовании при отборе публикаций как потенциальных источников доказательств, изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности.

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врач-стоматолог;
2. врач-стоматолог-ортопед;
3. врач-стоматолог-терапевт;
4. врач-стоматолог-хирург;
5. врач - челюстно-лицевой хирург.

Таблица П1 – Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
I	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
II	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
III	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
IV	Несравнительные исследования, описание клинического случая
V	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Примечание: РКИ – рандомизированное контролируемое исследование.

Таблица П2 – Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование "случай-контроль"

5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов
---	---

Таблица ПЗ –Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года или при появлении новой информации о тактике ведения пациентов с данным заболеванием. Решение об обновлении принимает МЗ РФ на основе предложений, представленных медицинскими некоммерческими профессиональными организациями. Сформированные предложения должны учитывать результаты комплексной оценки лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также результаты клинической апробации.

Критерии и методология мониторинга и оценки эффективности выполнения протокола

Мониторинг проводится на всей территории Российской Федерации.

Перечень медицинских организации, в которых проводится мониторинг данного документа, определяется ежегодно учреждением, ответственным за мониторинг. Медицинская организация информируется о включении в перечень по мониторингу протокола письменно. Мониторинг включает в себя:

- сбор информации: о ведении пациентов с хроническим лимфаденитом в стоматологических медицинских организациях;
- анализ полученных данных;
- составление отчета о результатах проведенного анализа;
- представление отчета группе разработчиков Протокола.

Исходными данными при мониторинговании являются:

- медицинская документация — медицинская карта стоматологического больного (форма 043/у);
- тарифы на медицинские услуги;
- тарифы на стоматологические материалы и лекарственные средства.

По необходимости при мониторинговании Протокола могут быть использованы иные документы.

В стоматологических медицинских организациях, определенных перечнем по мониторингованию, раз в полгода на основании медицинской документации составляется карта пациента о лечении пациентов с хроническим лимфаденитом, соответствующих моделям пациента в данном протоколе.

В анализируемые в процессе мониторинга показатели входят: критерии включения и исключения из Протокола, перечни медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортимента, перечни лекарственных средств обязательного и дополнительного ассортимента, исходы заболевания, стоимость выполнения медицинской помощи по Протоколу и др.

Принципы рандомизации

В данном Протоколе рандомизация (медицинских организаций, пациентов и т. д.) не предусмотрена.

Порядок оценки и документирования побочных эффектов и развития осложнений

Информация о побочных эффектах и осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения больных, регистрируется в карте пациента (Приложение 7).

Порядок исключения пациента из мониторингования

Пациент считается включенным в мониторингование при заполнении на него карты пациента. Исключение из мониторингования проводится в случае невозможности продолжения заполнения карты (например, неявка на врачебный прием). В этом случае карта направляется в учреждение, ответственное за мониторингование, с отметкой о причине исключения пациента из Протокола.

Промежуточная оценка и внесение изменений в протокол

Оценка выполнения Протокола проводится один раз в год по результатам анализа сведений, полученных при мониторинговании.

Внесение изменений в Протокол проводится в случае получения информации:

- а) о наличии в Протоколе требований, наносящих урон здоровью пациентов,
- б) при получении убедительных данных о необходимости изменений требований Протокола обязательного уровня.

Решение об изменениях принимается группой разработчиков. Введение изменений требований Протокола в действие осуществляется на основании решения Совета Стоматологической Ассоциации России.

Параметры оценки качества жизни при выполнении протокола

Для оценки качества жизни пациента с хроническим лимфаденитом, соответствующей моделям Протокола, используют аналоговую шкалу (Приложение 7).

Оценка стоимости выполнения протокола и цены качества

Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

Сравнение результатов

При мониторинговании Протокола ежегодно проводится сравнение результатов выполнения его требований, статистических данных, показателей деятельности медицинских организации.

Порядок формирования отчета

В ежегодный отчет о результатах мониторингования включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, предложения по актуализации Протокола.

Отчет представляется в Стоматологическую Ассоциацию России учреждением, ответственным за мониторингование данного Протокола. Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати.

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

В настоящем протоколе использованы ссылки на следующие документы:

- Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ.
- Постановление Правительства Российской Федерации «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» от 05. ноября 1997 г. № 1387 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).
- Постановление Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» от 26 октября 2012 г. № 1074.
- Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» от 7 декабря 2011 г. №1496н.
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 г. № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»

Клинические рекомендации (протокол лечения) «хронический лимфаденит» разработаны для решения следующих задач:

- установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных с хроническим лимфаденитом челюстно-лицевой области;
- унификация разработки базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным с хроническим лимфаденитом челюстно-лицевой области;
- обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинской организации.

Область распространения настоящих клинических рекомендаций — медицинские организации всех уровней и организационно-правовых форм, оказывающие медицинскую стоматологическую помощь.

В настоящем документе используется шкала убедительности доказательств данных:

А) Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению.

В) Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение.

С) Достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендаций, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.

Д) Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения в определенных условиях данного лекарственного средства, материала, метода, технологии.

Е) Веские отрицательные доказательства: имеются достаточно убедительные доказательства того, чтобы исключить лекарственное средство, метод, методику из рекомендаций.

Доказательства разделяются на несколько уровней:

А. Доказательства, полученные в проспективных, но не рандомизированных исследованиях.

В. Доказательства, полученные в больших проспективных, но не рандомизированных исследованиях.

С. Доказательства, полученные в ретроспективных не рандомизированных исследованиях на большой группе.

Д. Доказательства, полученные в исследованиях на ограниченном числе больных.

Е. Доказательства, полученные на отдельных больных.

Ведение Клинических рекомендаций (протокола лечения) «хронический лимфаденит» осуществляется ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России и ГБОУ ВПО «МГМСУ им А.И. Евдокимова» Минздрава России. Система ведения предусматривает их взаимодействие со всеми заинтересованными организациями.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациентов

Приложение 5

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

(Приказ Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» от 20 декабря 2012 г. N№1177н)

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина)

" _____ " _____ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

_____.

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также

предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

" _ " _____ г.

(дата оформления)

Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, морфологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.
15. Тонкоигольная аспирационная биопсия под эхографическим контролем.

Форма добровольного информированного согласия пациента при выполнении протокола приложение к медицинской карте № _____

Пациент (законный представитель пациента) информирован о результатах обследования, диагнозе, о цели медицинского вмешательства и его последствиях, применяемых и альтернативных методах лечения, предполагаемых результатах лечения, ознакомлен с комплексным планом лечения, который может изменяться в процессе лечения, предупрежден о возможных осложнениях во время и после лечения и дает добровольное согласие на медицинское вмешательство. Пациент информирован о том, что при отсутствии улучшения состояния после вмешательства или дальнейшем распространении воспалительного процесса необходима его госпитализация.

При этом пациент понимает, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество оказываемой медицинской помощи. Повлечёт за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья.

ФИО пациента (законный представитель пациента) _____

ФИО врача _____

« ___ » _____ 20__ г.

Приложение 6

КАРТА ПАЦИЕНТА

История болезни № _____

Наименование учреждения

Дата: начало наблюдения _

окончание наблюдения

Ф.И.О.

_____ возраст

Диагноз основной

Сопутствующие заболевания:

Модель пациента: _____

Объем оказанной нелекарственной медицинской помощи:

Лекарственная помощь (указать применяемый препарат):

Осложнения лекарственной терапии (указать проявления):

Наименование препарата, их вызвавшего:

Исход (по классификатору исходов):

Информация о пациенте передана в учреждение, мониторирующее Протокол:

(название учреждения)

(дата)

Подпись лица, ответственного за мониторирующее протокола в медицинском учреждении:

Код	Наименование медицинской услуги	Частота предоставления	Кратность выполнения
-----	---------------------------------	------------------------	----------------------

A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта		
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта		
A01.07.003	Пальпация органов полости рта		
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области		
B01.064.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный		
B01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный		
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти		
A02.07.006	Определение прикуса		
A02.07.007	Перкуссия зубов		
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография		
A06.07.004	Ортопантомография		
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области		
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений		
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов		
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда		
A11.03.001	Биопсия кости		
A11.30.005	Зондирование свищей		

A17.07.007	Дарсонвал. Назначение при патологической услуге	Частота предоставления	Кратность выполнения
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов		
A13.07.009	Обучение гигиене полости рта		
A15.07.002	Патологические повязки при операциях на органах полости рта		
A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты		
A16.01.004	(ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов		
A17.07.011	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани		
A16.07.001	Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов		
A17.07.002	Удаление зуба		
A17.07.002	Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов		
A17.07.003	Диагностическая индуктотермия при патологии полости рта и зубов		
A17.07.005	Магнитотерапия при патологии полости рта и зубов		
V01.003.004.004	Аппликационная анестезия		
V01.003.004.002	Проводниковая анестезия		
V01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия		
V01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта		
V01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный		
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область		
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления		
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов		

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

Приложение 7

Анкета пациента

ФИО _____ Дата заполнения

Как Вы оцениваете Ваше качество медпомощи на сегодняшний день?

Отметьте, пожалуйста, соответствующее значение.

Когда у Вас были важные вопросы к врачу, получали ли Вы от него ответы, которые могли понять?

1. Да, всегда
2. Да, иногда
3. Нет
4. У меня не было необходимости спрашивать.

Иногда возникают ситуации, когда врач и медсестра одного госпиталя говорят одно, а другого госпиталя – другое. Такое случилось с Вами?

1. Да, часто
2. Да, иногда
3. Нет

Бывало ли такое, что врачи разговаривают о Вас так, как будто Вас здесь нет?

1. Да, часто
2. Да, иногда
3. Нет

Хотели бы Вы принимать более активное участие в решении вопросов, касающихся Вашего лечения и ухода за Вами?

1. Да, часто
2. Да, иногда
3. Нет