

Клинические рекомендации

Периостит у пациентов детского возраста

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

Возрастная категория: **дети**

Год утверждения (частота пересмотра):

Профессиональные некоммерческие медицинские организации - разработчики:

- **Стоматологическая ассоциация России**

Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений	4
Термины и определения	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	6
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.3 особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	6
1.4 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.5 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
2.1 Жалобы и анамнез	7
2.2 Физикальное обследование	8
2.3 Лабораторные диагностические исследования	9
2.4 Инструментальные диагностические исследования	9
2.5 Иные диагностические исследования	9
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	10
3.1 Консервативное лечение	10
3.2 Оперативное (хирургическое) лечение	10
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	14
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики	14
6. Организация медицинской помощи	15
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	15
Критерии оценки качества медицинской помощи	16

Список литературы	18
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций	19
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	20
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов и доз лекарственных препаратов, инструкций по применению лекарственного препарата	23
Приложение А3.1. Форма добровольного информированного согласия пациента при выполнении протокола	23
Приложение А3.2. Перечень медицинских услуг для диагностики и лечения рецессии десны	27
Приложение Б. Алгоритмы действий врача	31
Приложение В Информация для пациентов	35

Список сокращений

МКБ 10 — международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем Всемирной организации здравоохранения 10-го пересмотра

МКБ-С — Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10

ЗЧС — зубочелюстная система

ЗЧА — зубочелюстные аномалии

КТ — компьютерная томография

СОЭ — скорость оседания эритроцитов

ЦНС — центральная нервная система

ЧЛО — челюстно — лицевая область

Термины и определения

Периостит челюстных костей (субпериостальный абсцесс) – воспалительный процесс с фокусом воспаления в надкостнице.

Острый серозный периостит – результат распространения инфекции из пульпы или периодонта на окружающую зуб костную ткань, а затем и на надкостницу.

Острый гнойный периостит — воспаление, в результате которого гнойный экссудат скапливается под периостом с образованием поднадкостничных абсцессов.

Хронический периостит — хронический процесс, при котором наблюдается увеличение объема кости за счет напластывания избытка молодой кости на поверхности челюсти в виде слоев с различной степенью оссификации.

Надкостница (периост) — соединительно-тканная оболочка, окружающая кость снаружи, пронизана нервами и кровеносными сосудами, которые обеспечивают жизнедеятельность клеток кости .

Абсцесс — это очаг скопления гноя, возникший в результате расплавления тканей с образованием полости в мягких тканях ЧЛЮ.

Флегмона — острое гнойное разлитое воспаление жировой клетчатки (подкожной, межмышечной, межфасциальной).

Пульпа — специализированная рыхлая волокнистая соединительная ткань, обильно васкуляризированная и иннервированная, находится в полости зуба.

Пульпит — воспалительный процесс в пульпе зуба, возникающий вследствие воздействия на ткань пульпы микроорганизмов, продуктов их жизнедеятельности и токсинов, а также продуктов распада органического вещества дентина.

Периодонт — представлен соединительнотканной связкой, удерживающей корень зуба в костной альвеоле и расположенной между кортикальной пластинкой альвеолы и цементом корня зуба, анатомически связан с кортикальной пластинкой альвеолы, пульпой зуба (через апикальное отверстие), десной и надкостницей челюсти.

Периодонтит – воспаление тканей периодонта.

Инфильтрат — межклеточное скопление жидкости с примесями клеточных компонентов, лимфы, крови, приводящее к увеличению объема и уплотнению ткани на данном участке.

Лимфаденит — воспаление лимфатического узла.

Периаденит — вовлечение в воспалительный процесс тканей, расположенных за пределами капсулы лимфатического узла.

Аденофлегмона — воспалительный процесс, распространяющийся на окружающую лимфатический узел подкожную клетчатку, а также на клетчатку соседних анатомических областей.

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

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Периостит челюстных костей (субпериостальный абсцесс) – воспалительный процесс с фокусом воспаления в надкостнице. [1, 2, 3]

Острый серозный периостит – результат распространения инфекции из пульпы или периодонта на окружающую зуб костную ткань, а затем и на надкостницу. [1, 2, 3]

Острый гнойный периостит — воспаление, в результате которого гнойный экссудат скапливается под периостом с образованием поднадкостничных абсцессов. [1, 2, 3]

Хронический периостит — хронический процесс, при котором наблюдается увеличение объема кости за счет напластывания избытка молодой кости на поверхности челюсти в виде слоев с различной степенью оссификации. [1, 2, 3]

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

Периостит челюстных костей (острый, хронический) – заболевание приобретенное.

Причины заболевания — зубы с хроническими очагами воспаления в пульпе или периодонте, воспаление одонтогенной кисты, затрудненное прорезывание как временных, так и постоянных зубов, травма. [2]

Выраженность воспалительной реакции зависит от вирулентности микрофлоры, уровня иммунологической реактивности организма, локализации воспалительного процесса. [4] Необходимо иметь ввиду возрастную иммунодефицит, который наблюдают у детей. [5, 11]

В роли возбудителя гнойно — воспалительного заболевания в ЧЛЮ чаще всего (около 90%) выступают стафилококки в виде монокультуры, в 25 - 30 % случаев в ассоциации со стрептококками, а также с другой микрофлорой (энтерококки, диплококки, грамположительные и грамотрицательные палочки). Достаточно часто возбудителями заболевания являются стрептококки. Кроме того. В воспалительных очагах в ЧЛЮ нередко обнаруживают грибы Candida, спирохеты, анаэробную микрофлору. При наличии в очаге

воспаления анаэробов у пациентов развиваются гнилостно — некротические процессы, иногда с признаками газообразования. [4, 12]

По этиологии различают периоститы:

- одонтогенные, которые развиваются в результате осложненного кариеса; инфекция контактно проникает в губчатую кость челюстной кости и транзитом после нарушения микроциркуляции распространяется под надкостницу;
- периоститы вследствие травматических воздействий на челюстную кость;
- периоститы могут развиваться при некоторых видах костных опухолей. [1]

Иногда периостит возникает вследствие неэффективного консервативного лечения зубов, эндодонтического лечения при недостаточной антисептической обработке корней зубов, выведения большого количества пломбировочного материала за верхушечное отверстие корня зуба. Нередко периостальная реакция развивается на следующий день после удаления зуба в результате нарушения демаркации и равновесия между патологическим очагом у верхушки корня зуба и здоровой костной тканью. [6]

Патогенез одонтогенных воспалительных заболеваний.

Патогенные, слабопатогенные, непатогенные микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности через полость зуба попадают в апикальный периодонт. Распространяясь далее по лимфатическим путям, они оказываются в регионарных лимфатических узлах. Где может происходить их фиксация и уничтожение путем фагоцитоза. В то же время, обладая антигенными свойствами, они иницируют и стимулируют (Т — и Б — лимфоциты) образование антител. Первые антитела — иммуноглобулины класса М, далее происходит образование иммуноглобулинов других классов.

В случае постоянного поступления инфекции и прочих антигенов из периодонта в организм пациента количество антител в крови многократно увеличивается, что приводит к сенсибилизации организма. Повторное и систематическое внедрение микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности (антигенов) в организм пациента ведет к образованию комплексов «антиген — антитело», которые фиксируются на поверхности тучных клеток, базофилов, клеток эндотелия сосудов. Макрофаги, обладая повышенной фагоцитарной активностью к микробным антителам и комплексам «антиген — антитело», присутствующим в инфекционном очаге, фагоцитируют их с разрушением базофилов тучных клеток и высвобождением вазоактивных аминов. Это сопровождается признаками воспаления: боль, отек, гиперемия. Морфологически развиваются признаки экссудативного геморрагического воспаления с инфильтрацией мягких тканей полиморфно — ядерными лейкоцитами, внутрисосудистым свертыванием крови, нарушением микроциркуляции, стазом и

микронекрозом тканей. Выраженность и характер этой воспалительной реакции зависят не только от уровня сенсibilизации организма, но и от вирулентности (патогенности) возбудителей, а также от анатомических особенностей тканей, где развивается воспалительный процесс.

Воспаление, возникающее в организме в ответ на внедрение микроорганизмов, направлено на их уничтожение или ограничение зоны их распространения в тканях путем построения вокруг «входных ворот» инфекции защитного соединительнотканного вала (капсулы). Этот вал затрудняет проникновение микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности за пределы очага воспаления. После образования защитного вала (капсулы) в периодонте возникает равновесие между макро — и микроорганизмами. Организм не может самостоятельно предотвратить длительное и постоянное поступление инфекции через канал корня зуба в периодонт. С другой стороны, очаг инфекции не может исчезнуть сам по себе без лечения или удаления зуба. Таким образом, в организме ребенка формируется очаг хронической одонтогенной инфекции.

Возникновение острого одонтогенного воспаления происходит при определенных условиях:

- повышение вирулентности или концентрации микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности в одонтогенном очаге за счет obturации корневого канала либо полости зуба остатками пищи и пломбировочными материалами; в результате нарушаются или прекращаются пути дренирования одонтогенного очага; поэтому большее количество антигенов (экзо — и эндотоксинов) проникает через барьерный соединительнотканый вал в организм, где происходит иммунопатологическая картина. Клинически это проявляется признаками острого воспаления. При obturации корневого канала создаются благоприятные условия для развития анаэробной микрофлоры, которая более вирулентна и патогенна;
- механическое повреждение защитного барьерного соединительнотканного вала при эндодонтическом лечении зуба, выходе инструмента за верхушку корня зуба и проталкивании за верхушку корня зуба пломбировочного материала; повреждение защитного вала хронического одонтогенного очага инфекции с развитием острого воспаления возможно при механической перегрузки периодонта вследствие травмы, нерационального терапевтического лечения (восстановления анатомической формы зуба в помощью пломбировочных материалов), приема твердой пищи;
- изменение иммунологической реактивности организма из — за переохлаждения, перегревания, стресса, перенесенной вирусной инфекции; что ведет к ослаблению барьерной функции тканей вокруг одонтогенного очага и проникновению микробных и

тканевых антигенов далеко за его пределы по протяжению, лимфогенно, а также в сосудистое русло с развитием острой воспалительной реакции. [4]

Острый серозный периостит — возникает в результате распространения инфекции из пульпы или периодонта на окружающую зуб костную ткань, а затем и на надкостницу.

Возможны следующие пути распространения инфекции:

- одонтогенный (зуб — кость — периост)
- гематогенный (преимущественно венозный)
- лимфогенный. [1, 15]

Периост растущих костей находится в состоянии физиологического напряжения и бурно реагирует на любое раздражение: воспалительный процесс быстро распространяется по костно — мозговым пространствам на периост, сосуды слизистой оболочки полости рта и мягких тканей, формируя обширный очаг перифокального воспаления.

При остром серозном периостите происходит отек и клеточная инфильтрация периоста (утолщен, рыхл, волокна его разделены серозным выпотом). При дальнейшем развитии процесса серозное воспаление переходит в гнойное. [1, 3]

Острый гнойный периостит — возникает при отсутствии или неадекватном лечении острого серозного периостита, когда серозное воспаление переходит в гнойное.

Гнойный экссудат скапливается под периостом с образованием поднадкостничных абсцессов. В надкостнице одновременно происходят два разнонаправленных процесса: гибель надкостницы, ее расплавление и дальнейшее лакунарное рассасывание с образованием узур; экссудат проникает под слизистую оболочку. Корковое костное вещество в месте соприкосновения с гнойным экссудатом частично подвергается разрушению; одновременно вокруг патологического очага начинается активное образование молодой слоистой кости.

Чем активнее воспаление, тем больше выражены деструктивные процессы, и наоборот, чем спокойнее протекает заболевание, тем более выражены пролиферативные и остеопластические процессы. [1, 3]

Хронический периостит — как самостоятельное заболевание может развиваться при хроническом периодонтите, после острого периостита либо может быть следствием травмы кости (в ответ на механическое раздражение надкостницы).

Возрастное физиологическое напряжение костеобразовательных процессов, происходящих в надкостнице, легко усиливается при ее патологическом раздражении.

Хронический одонтогенный воспалительный процесс, развивающийся в периодонте или костной ткани челюсти, является источником раздражения камбиального слоя периоста, который начинает продуцировать избыток молодой кости, располагающейся на поверхности челюсти в виде слоев с различной степенью оссификации.

Различают:

- **простой периостит** — при котором вновь образованная кость после адекватного лечения подвергается обратному развитию;
- **оссифицирующий периостит** — при котором оссификация кости, начавшаяся на ранних стадиях воспалительного процесса, заканчивается формированием гиперостозов. [1,3]

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

К10.2 Воспалительные заболевания челюстей

1.4 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

1. по клиническому течению:



2. по этиологии:

- одонтогенный
- травматический
- при некоторых видах костных опухолей. [1, 2, 10]

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

Особенности клинической картины при острых воспалительных заболеваниях ЧЛЮ у детей:

- преобладание общих симптомов воспалительного заболевания (гипертермия, головная боль, тошнота и рвота центрального происхождения, судороги, жидкий стул) над местными (боль, гиперемия, отек);

- частое опережение общих симптомов заболевания над местными, что может быть причиной диагностических ошибок, так как местные признаки воспаления (боль в зубе, отек, лимфаденит) выражены слабо и не воспринимаются врачом во внимание;
- прогрессирование и распространение воспаления в тканях за счет несовершенства тканевых барьеров и хорошего кровоснабжения;
- быстрый переход от одной клинической стадии заболевания к другой;
- частое и клинически более выраженное вовлечение в воспалительный процесс регионарных лимфатических узлов;
- клинически более яркое и бурное течение заболевания (как местное, так и общее) по сравнению со взрослыми;
- быстро нарастающая гипертермия при прогрессировании воспалительного заболевания;
- более выраженные, по сравнению со взрослыми, качественные и количественные изменения со стороны периферической крови (лейкоцитоз, СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево) — все эти особенности и симптомы, как правило, тем более выражены, чем меньше возраст ребенка;
- преобладание некоторых нозологических форм воспаления ЧЛЮ у детей в разные возрастные периоды (с 7 — 8 лет идет рост одонтогенной инфекции, что связано с увеличением интенсивности поражения зубов (временных) кариесом и его осложненными формами). [4]

Особенности клинического течения воспалительных заболеваний ЧЛЮ у детей во многом обусловлены анатомо — физиологическими особенностями детского организма.

Анатомические особенности:

- дентинные каналы молочных зубов короче и шире, чем у постоянных зубов, что способствует быстрому проникновению инфекции из кариозной полости в полость зуба с развитием воспаления в пульпе и далее в периодонте;
- корни временных и постоянных зубов часто находятся в стадии формирования, а корни временных зубов — в стадии резорбции, поэтому периодонтальная щель в данные

периоды не сформирована, вследствие чего внутризубной воспалительный процесс очень быстро переходит на кость и становится внутрикостным;

- костная ткань хорошо васкуляризована, гаверсовы и фолькманновские каналы широкие, что обеспечивает быстрое распространение инфекции по кости;
- минерализация кости у детей меньше, а органического вещества больше, чем у взрослых, губчатое вещество преобладает над компактным, костные балки и перекладины тонкие, из — за этого быстро разрушается костная ткань в случае воспаления;
- надкостница у детей толстая, мощная, хорошо васкуляризована, что необходимо для роста и питания подлежащей костной ткани, в то же время она рыхло связана с подлежащей костной тканью, что может приводить к широкой отслойке ее при развитии субпериостальных абсцессов и нарушению кровоснабжения подлежащей кости;
- мягкие ткани и жировая клетчатка у детей рыхлые, с низкими барьерными свойствами, обладают высокой гидрофильностью, что способствует обширным отекам и быстрому распространению воспаления.

Физиологические особенности:

- высокая интенсивность кровообращения в тканях (скорость кровотока, объемный кровоток) и хорошо развитые сосудистые анастомозы способствуют быстрому распространению инфекции гематогенным путем;
- недостаточная барьерная функция лимфоузлов (незаконченный фагоцитоз) ведет к частому воспалению, нагноению и дальнейшему распространению инфекции, в том числе и в кровеносное русло, с развитием интоксикации организма;
- незрелость паренхиматозных органов (печень, почки) способствует быстрой и выраженной интоксикации организма ребенка;
- низкий уровень иммунологической активности организма ребенка (до 7 лет) является причиной гиперэргических реакций, частого развития и прогрессирования воспаления;
- высокая проницаемость гематоэнцефалического барьера ведет к частому вовлечению в воспалительный процесс центральной нервной системы, что проявляется в виде

нарушения сна, головной боли, судорог, тошноты и рвоты центрального происхождения;

- несовершенство терморегуляции у детей часто ведет к гипертермическому синдрому. [4]

При **остром серозном одонтогенном периостите** воспалительный инфильтрат или сформировавшийся абсцесс расположен обычно на вестибулярной поверхности челюстных костей, распространяясь за пределы «причинного» зуба. Слизистая оболочка в области воспаленного периоста ярко гиперемирована и отечна, утолщенный периост болезненен при пальпации. Воспалительный инфильтрат и отек захватывают прилежащие мягкие ткани лица. В зависимости от локализации патологического очага наблюдают пастозность и увеличение в объеме мягких тканей лица, регионарный лимфаденит. [1,3]

В прилежащих мягких тканях отмечаются перифокальные изменения в виде коллатерального отека. [2]

При отсутствии признаков флюктуации при пальпации — состояние расценивают как пульпит или периодонтит с «периостальными явлениями». [4]

Степень нарушения общего состояния ребенка зависит от исходного состояния уровня соматического здоровья и состояния «причинного» зуба. При периостите от временного зуба ребенок страдает меньше, чем когда периостит возникает от постоянного. [9]

Острый периостит при пульпите — грозный симптом, указывающий на высокую вирулентность инфекционного агента и слабую сопротивляемость детского организма.

Острый серозный периостит у детей всегда сопровождается острым или обострение хронического периодонтита. В некоторых случаях воспалительный инфильтрат мягких тканей лица может сохраняться в течение нескольких дней и после удаления «причинного» зуба. [1,3]

Острый гнойный одонтогенный периостит чаще развивается в области молочных моляров или первого постоянного моляра нижней, реже — верхней челюсти; субпериостальный абсцесс расположен чаще по вестибулярной поверхности альвеолярного отростка.

У детей младшего возраста острый гнойный периостит развивается остро и быстро (в течение нескольких часов). Общее состояние ребенка средней тяжести или тяжелое;

температура тела достигает 38 — 38,5 °С; особенно выражена интоксикация у детей младшего возраста. [1, 5, 10]

Местно определяется отек мягких тканей лица и воспалительный инфильтрат. При локализации процесса на верхней челюсти отек распространяется на подглазничную область, область носогубной борозды, верхнюю губу, глазная щель сужена или закрыта. При периостите нижней челюсти отек тканей щеки распространяется на поднижнечелюстную область. В месте непосредственного соприкосновения мягких тканей лица с гнойным очагом выражены воспалительная инфильтрация и гиперемия кожных покровов, возможно развитие поднижнечелюстного лимфаденита и периаденита с дальнейшим формированием абсцесса или аденофлегмоны. Ребенок щадит больное место и ограничивает движения нижней челюсти. [1, 3, 7] Также возможно ограничение открывания рта за счет болезненного отека тканей щечной и подчелюстной областей. [9, 15]

При локализации абсцесса на небе лицо ребенка симметрично, открывание рта свободное. На небе, ближе к альвеолярному отростку, определяется выпячивание, покрытое гиперемированной слизистой оболочкой, при пальпации которого ощущается боль и флюктуация. [9]

Если корни временных зубов находятся в стадии рассасывания, периоститы не проявляются типичной клинической картиной. Инфильтрация тканей периоста происходит не в проекции переходной складки, а ближе к шейкам зубов. Поэтому абсцессы чаще бывают не субпериостальные, а поддесневые. Иногда они совсем не возникают, поскольку отток экссудата через широкие периодонтальные щели, корневые и остеомные (гаверсовы) каналы компенсирует возможность образования абсцесса. [9]

При **хроническом периостите** кость увеличена в объеме; пальпация патологического очага может быть слегка болезненна. Мягкие ткани, прилежащие к очагу поражения, могут быть умеренно отечны, инфильтрированы. Кожные покровы, как правило, не изменены.

При хроническом периодонтите и травме кости развивается первично — хронический периостит (патологический процесс не имеет острого начала в виде общей и местной гиперергической реакции). [1, 3, 7]

Первично — хроническому периоститу могут предшествовать обострения хронического периостита. Клинически это выражается легкими болями, незначительным повышением температуры тела и появлением припухлости в области верхней или нижней челюсти. Пальпаторно с первых дней заболевания определяется эластичный инфильтрат,

плотно спаянный с челюстью, слегка болезненный. Постепенно этот инфильтрат приобретает хорошо определяемые контуры. Становится плотнее. Болезненность при пальпации уменьшается, а затем исчезает полностью. [7]

Костное выбухание ограниченное, округлой формы, по клинической картине напоминает корневую кисту. Патологический очаг чаще расположен в области молочных моляров или первого постоянного моляра нижней челюсти; при травме — в области подбородка, скуловой кости, костей носа.

Хронический периостит наиболее выражен при продуктивных формах хронического одонтогенного остеомиелита; в этих случаях процесс занимает большую часть кости, иногда захватывая половину нижней челюсти; объем кости может увеличиваться в 3 — 4 раза за счет эндостального и периостального костеобразования. [1, 3]

При хроническом периостите помимо периостального новообразования кости происходит уплотнение костного рисунка, склероз кости. [8]

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

Главная задача при диагностике заключается в выявлении клинических признаков периостита, определении степени тяжести и выбора соответствующего метода лечения.

Диагностика мелкого преддверия полости рта включает сбор анамнеза, клинический осмотр и опрос ребенка.

Следует учитывать особенности диагностических мероприятий у детей:

- различный уровень объективности получаемой при расспросе информации от ребенка и третьих лиц (родители по-разному интерпретируют жалобы и анамнез);
- субъективность ощущений ребенка при проведении диагностических тестов;
- различный уровень взаимодействия врача, пациента и родителей;
- невозможность проведения сложных диагностических манипуляций из-за возрастных и психо - эмоциональных особенностей ребенка.[2]

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

2.1 Жалобы и анамнез

2.1.1 При сборе анамнеза необходимо учитывать:

- возраст ребенка;
- наличие сопутствующей патологии;
- жалобы пациента;
- давность и динамику заболевания;
- наличие травмы в прошлом и в настоящее время;
- наличие вредных привычек, наличие соматических заболеваний и аллергических реакций (обязательно должна быть заполнена анкета о здоровье ребенка);
- наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
- наличие и регулярность индивидуальной гигиены полости рта;
- предыдущие обращения к стоматологу – как вел себя ребенок, как и в каком объеме проводилось лечение, применялось ли ранее местное обезболивание;
- наличие или отсутствие ортодонтического лечения. [2]

2.1.2 Жалобы при периостите зависят от стадии воспалительного процесса

При **остром серозном периостите** ребенок беспокоен, капризный, плохо спит, аппетит снижен, температура тела поднимается до субфебрильных цифр. [1, 3, 9] Отмечаются жалобы на боль в области зуба, отказ от еды, пастозность и увеличение в объеме мягких тканей лица (зависящий от локализации патологического очага), регионарный лимфаденит. [1, 9]

При **остром гнойном периостите** общее состояние ребенка средней тяжести или тяжелое; температура тела достигает 38 — 38,5 °С; особенно выражена интоксикация у детей младшего возраста. [1, 5, 10] Ребенок может жаловаться на боль в области зубов, головную боль, родители могут отмечать наличие отека и асимметрию лица, нарушение сна, аппетита. [4, 9]

При локализации периостита на нижней челюсти:

- асимметрия лица вследствие отека тканей надчелюстной и поднижнечелюстной областей (иногда отек распространяется на подглазничную область, даже на нижнее веко на стороне поражения, что обычно наблюдается у детей младшего возраста) с неизменной над ними кожей или с незначительной гиперемией ее в случаях, когда диагностика и лечение затягиваются или проводится самолечение;
- возможное ограничение открывания рта за счет болезненного отека тканей щечной и подчелюстной областей;

- сглаженная переходная складка с вестибулярной стороны, так как путь распространения гнойного экссудата в эту сторону короче, чем в язычную, а корни временных зубов расположены ближе к наружной кортикальной пластинке.

При локализации периостита на верхней челюсти:

- лицо ассиметрично за счет отека тканей щечной, подглазничной области и половины верхней губы, распространяющегося на веко на стороне поражения;
- определяется сглаженность носогубной складки. [9]

При **хроническом периостите** общее состояние детей обычно не нарушено, жалобы будут на асимметрию лица или наличие «наростов» (утолщений) на кости, периодически возникающие боли в ранее леченых зубах. [4]

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

2.2 Физикальное обследование

Медицинские услуги для физикального обследования в соответствии с номенклатурой медицинских услуг представлены в Приложении А3.2 (табл. 1).

При физикальном обследовании устанавливается наличие «причинного зуба», локализация воспалительного процесса, глубина преддверия, способность ребенка выполнять просьбы врача. В зависимости от клинической картины и стадии воспаления выбирают метод лечения.

1. Внешний осмотр

- возможно нарушение конфигурации лица за счет врожденных заболеваний, сопутствующей общесоматической патологии, нарушении прикуса;
- наличие травматического повреждения кожи, губ (ссадины, гематомы).

2. Внутриротовое обследование

- осмотр слизистой оболочки полости рта, преддверия полости рта, дна полости рта (выявление явлений воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта, выявления рубцов уздечки нижней губы после ранее проведенных операций);
- изменение коронковых частей зубов (изменение цвета зуба, наличие отлома коронки, трещины в твердых тканях, положение зуба в зубном ряду);

- обнаружение и исследование кариозной полости (расположение, глубина, наличие сообщения с полостью зуба, болезненность при зондировании, наличие грануляционной ткани);
- оценка состояния всех имеющихся зубов (при осмотре зуба выявляется перелом коронки различной степени, изменение положения зуба в зубном ряду, что говорит о перенесенной травме).

Целенаправленно выявляют:

- неадекватное психоэмоциональное состояние пациента перед лечением;
- острые поражения слизистой оболочки рта и красной каймы губ;
- острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;
- заболевания тканей пародонта в стадии обострения;
- неудовлетворительное гигиеническое состояние рта;
- отказ от лечения. [2]

При **остром серозном периостите** в полости рта присутствует «причинный» зуб с глубокой кариозной полостью или пломбой, болезненный при перкуссии, иногда подвижный. Слизистая оболочка переходной складки гиперемированна, отечна, при пальпации болезненна. [4, 9]

Острый гнойный периостит. При осмотре: в полости рта имеется «причинный» зуб с глубокой кариозной полостью или пломбой, подвижный и резкоболезненный при перкуссии (безболезненной для рядом стоящих зубов); слизистая оболочка полости рта гиперемирована, отечна, в пределах 2 — 3 зубов; в области расположения поднадкостничного абсцесса переходная складка выбухает, болезненна при пальпации. При значительном скоплении гнойного экссудата и частичном разрушении надкостницы определяют флюктуацию. Локализуется субпериостальный абсцесс чаще всего с вестибулярной стороны, реже — с небной или язычной. Пальпаторно определяются регионарное увеличение лимфатических узлов, слабоболезненных при пальпации, не спаянных с окружающими тканями. [1, 4, 7, 15]

Хронический периостит характеризуется асимметрией лица за счет утолщения челюсти. Кожа над ней в цвете не изменена. Пальпация безболезненна. Увеличены лимфатические узлы на стороне поражения. В полости рта есть «причинный» зуб, чаще под пломбой, безболезненный или слабоболезненный при перкуссии. Альвеолярный отросток в области зуба утолщен, при пальпации плотный и безболезненный. Слизистая оболочка цианотична или без изменений. [4]

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Для выявления стадии патологии надкостницы и мягких тканей полости рта, оценки состояния организма ребенка проводятся дополнительные лабораторные методы диагностики:

- общий анализ крови;
- пункция патологического очага и микробиологическое исследование материала;
- посев отделяемого на чувствительность к антибиотикам;
- проведение инцизионной биопсии;
- морфологическое исследование надкостницы.

При **остром серозном периостите** можно провести морфологическое исследование (выявляется гиперемия сосудов, отек и клеточную инфильтрацию периоста (утолщен, рыхл, волокна его разделены серозным выпотом)). [1, 3]

При **остром гнойном периостите**: в анализе крови характерно ускорение СОЭ до 20 — 30 мм/ч и выше, лейкоцитоз до $15 — 20 \cdot 10^9/л$; в первые 1 — 2 дня возможны незначительные изменения формулы белой крови, свойственные воспалительным заболеваниям. [1, 3] У детей дошкольного возраста наблюдаются изменения эритроцитарного профиля — повышение численности эритроцитов, величины гематокрита, среднего объема эритроцита, анизоцитоза, концентрации гемоглобина в эритроците. Характер изменения эритроцитарного профиля свидетельствует о высокой нагрузке на процессы эритро — и гемоглобинопоэза и носит адаптационно — приспособительный характер. Характер изменений эритроцитарного профиля косвенно свидетельствует о риске развития анемии и наличия фонового иммунодефицита у детей с острым гнойным периоститом. [14]

При затруднении при постановке диагноза необходимо проведение пункции патологического очага (для выявления содержимого), а так же дальнейшего проведения посева на чувствительность к антибактериальным препаратам. [5, 12, 17]

При **хроническом периостите** в ряде случаев (для исключения периостита, развивающегося при остеогенной саркоме) прибегают к инцизионной биопсии. [1, 3]

2.4 Инструментальные диагностические исследования

Для оценки состояния тканей пародонт и костной ткани проводится:

- рентгенологическое обследование (прицельная рентгенограмма, панорамная рентгенограмма, ортопантограмма);
- компьютерная томография (на томографии устранены структурные наложения костей лица, характерные для рентгенограмм). [1]

Специфической рентгенологической картины острого серозного периостита нет, поэтому прицельная рентгенография дает информацию о состоянии периодонта «причинного» зуба.

При остром гнойном периостите рентгенологическое исследование во временном прикусе имеет ограниченные показания, так как оно лишь выявляет «причинный» зуб, а в постоянном прикусе решает судьбу зуба — лечить или удалять его.

Рентгенологически при простом хроническом периостите определяется тень периостального утолщения кости по краю челюсти, а при оссифицирующем (продолжительность заболевания 2 — 3 мес) — участок вновь образованной кости, где можно различить отдельные слои, иногда — вертикальную исчерченность. Необходимо использовать КТ в режиме 3D, для более точной диагностики и планирования оперативного вмешательства. [1, 9, 20]

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

2.5 Иные диагностические исследования

2.5.1. фото- и видеосъемка с помощью внутриротовой видеокамеры

Позволяет обнаружить, оценить патологические изменения слизистой оболочки полости рта, тканей преддверия полости рта, визуализировать результаты исследования на экране, обсудить их с пациентом и его представителями, произвести фотографирование непосредственно в полости рта.

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

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

Лечение воспалительных заболеваний полости рта должно быть комплексным и может включать:

- консервативное лечение (терапевтическое)

- хирургическое лечение (удаление «причинного» зуба, периостотомия)
- медикаментозная терапия (антибактериальная, детоксикационная, симптоматическая, гипосенсибилизирующая, противовоспалительная, иммунотерапия, общеукрепляющая, витаминотерапия)
- местное лечение (мазевые повязки, промывание ран антисептиками, физиотерапия) [5, 18].

Процесс лечения завершается рекомендациями по срокам повторного обращения, профилактике возможных осложнений и возможной реабилитации пациента.

При проведении комплексной терапии следует исходить из индивидуальных особенностей ребенка и видоизменять лечение в зависимости от степени выраженности общих и местных проявлений. При назначении лечения необходимо учитывать характер и вид возбудителя, его устойчивость к антибиотикам, общее состояние больного и его возраст, характер местного процесса, его локализацию и стадию развития.

При определении возможности и целесообразности сохранения временного или постоянного зуба с обострившимся хроническим периодонтитом учитывают не только возраст ребенка и сроки прорезывания постоянного зуба, но и характер воспаления, интенсивность резорбции корней, вероятность поражения и гибели зачатков постоянных зубов. [5]

Лечение зубов с обострением хронического периодонтита заключается в удалении некротического распада или остатков пломбы из полости зуба и корневого канала, создание условий для оттока экссудата из периапикального пространства. В постоянных зубах дополнительно можно провести резекцию верхушки корня. Лечение хронических периодонтитов в стадии обострения, кроме оперативного, может быть и комбинированным.

Консервативное лечение предусматривает:

- устранение причин воспаления;
- определение наиболее рационального пути оттока экссудата;
- определение рациональной физиотерапии;
- общеукрепляющее лечение.

Комбинированное лечение у детей в основном проводится на однокорневых зубах фронтальной группы. Показания для комбинированного лечения (консервативного и оперативного) обострившегося хронического периодонтита: хорошее общее состояние организма ребенка, показатели неспецифической реактивности в пределах нормы.

Периодонтитные зубы, не подлежащие консервативному лечению (атипичные непроходимые каналы корня зуба, сохранение болевого синдрома в отдаленные сроки после терапевтического лечения, формирование свища) — удаляют. [6]

3.1 Консервативное лечение

3.1.1. Терапевтическое лечение

При серозном периостите постоянные однокорневые зубы можно лечить как обострившийся хронический периодонтит консервативными методами, но обязательно в сочетании в периостотомией. [6]

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

3.2 Хирургическое лечение

При лечении острых одонтогенных периоститов необходимо руководствоваться положениями:

1. лечение нужно начинать как можно раньше, то есть сразу после постановки диагноза;
2. при острых серозных периоститах «причинные» временные зубы удаляются, когда до их смены осталось меньше 1 — 1,5 года;
3. при серозных периоститах от временных зубов после удаления «причинного» зуба проводят периостотомию, что способствует обратному развитию воспалительного процесса;
4. при гнойных периоститах временные зубы обычно удаляют и проводят вскрытие поднадкостничного абсцесса;
5. удаление постоянного многокорневого зуба проводят при условии значительного разрежения межкорневой перегородки и котной ткани вокруг его корней (по данным рентгенограммы); если «причинный» зуб решили сохранить, необходимо сразу обеспечить отток экссудата через корневые каналы;
6. основанием для госпитализации ребенка в стационар являются значительное нарушение общего состояния, выраженные местные клинические признаки периостита и наличие в анамнезе аллергологических реакций или сопутствующих хронических заболеваний;
7. поскольку острый периостит переходит в острый остеомиелит у детей в короткие сроки, при сомнительном диагнозе следует отдать предпочтение лечению заболевания в условиях стационара. [9]

Отсроченное удаление «причинного» зуба возможно при тяжелом общем состоянии больного, а подлежащий удалению зуб разрушен.

Сохранению подлежат постоянные однокорневые сформированные зубы при условии пломбирования корневого канала на всем протяжении. После стихания воспаления проводится резекция верхушки корня. [1]

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

3.2.1. Алгоритм и особенности проведения периостотомии

Перед проведением периостотомии определяются границы вмешательства

Проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная). Перед проведением инфильтрационной анестезии место вкола иглы обрабатывается аппликационным анестетиком.

Особенности применения анестезии у детей:

- *используются анестетики с низким содержанием вазоконстриктора или без вазоконстриктора;*
- *перед проведением инъекции желательно применение средств для аппликационной анестезии в виде гелей;*
- *если местная анестезия проводится впервые необходимо дать понятные объяснения ребенку по поводу будущих ощущений (что онемение тканей будет временным и не представляет для него опасности), так как дети часто пугаются непривычных ощущений;*
- *необходимо дать рекомендации родителям по поведению после проведения анестезии для предотвращения травматических повреждений слизистой оболочки полости рта.*

При проведении периостотомии доступ должен быть произведен таким образом. Чтобы путь к гнойному очагу был наиболее короток, а возможность повреждения органов во время операции наименее вероятна. Таким образом послеоперационный рубец будет менее грубым, условия для оттока экссудата — лучшие.

После проведения анестезии скальпелем рассекают слизистую оболочку и надкостницу, далее ткани раздвигают с помощью серповидной гладилки или кровоостанавливающего зажима и, получив экссудат, рану дренируют ленточным дренажем из перчаточной резины.

При вскрытии абсцессов на небной поверхности из — за отсутствия подслизистого слоя иссекают участок слизистой оболочки с надкостницей для предотвращения преждевременного слипания краев раны. [1]

1. При проведении периостотомии при остром серозном периостите из раны получают серозный экссудат или застойную кровь, поэтому вскрытый очаг можно не дренировать. [6]
2. При остром гнойном периостите обязательно удаление «причинного» зуба и вскрытие субпериостального абсцесса. После вскрытия гнойного очага проводят эвакуацию содержимого, диализ раны антисептическими растворами и дренирование. Вскрытие периостального абсцесса проводят через горизонтальный разрез по переходной складке в проекции корней «причинного» зуба. Длина разреза должна соответствовать размерам инфильтрата. Надкостницу следует только рассекать (до кости), но не отслаивать, так как это нарушает питание подлежащей кости. Рану промывают и дренируют резиновой полоской. [6, 16]
3. При хроническом периостите обязательна ликвидация источника инфекции, зубы, явившиеся причиной хронического воспаления, подлежат удалению. [6]
4. При хроническом периостите, при превращении вновь построенного молодого вещества в зрелую склерозированную кость (гиперостоз) — ее удаляют по косметическим показаниям. [1]

Показаниями для госпитализации в стационар являются:

- общее тяжелое состояние ребенка;
- наличие сопутствующей соматической патологии;
- возраст до 5 лет;
- отсутствие положительной динамики в течение 24 ч после радикально оказанной медицинской помощи в условиях поликлиники;
- отсутствие возможностей для эффективного оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (выходные, праздничные дни и т.п.). [4]

3.2.2. Осложнения во время операции и послеоперационном периоде

- Перелом «причинного» зуба.
- Кровотечение во время операции и после ее завершения.
- При проведении разрезов на верхней челюсти врач должен соблюдать осторожность: у детей раннего возраста верхнечелюстная кость имеет тонкую наружную кортикальную пластинку, которая при остром воспалении становится легкоранимой, грубое вмешательство (глубокое продвижение скальпеля) может привести к травме зачатков постоянных зубов или к вскрытию верхнечелюстной пазухи. [1]

- В период сменного прикуса и развития периостита от временных нижних моляров периостотомию на нижней челюсти надо проводить ниже переходной складки, так как между корнями зубов находится ментальное отверстие, через которое выходят сосуды и нервы.
- Самостоятельное выпадение дренажа. [4]

3.3 Медикаментозная терапия

3.3.1 Антибактериальная терапия

Основные принципы применения антибиотиков сформулированные А. Флемингом:

1. Выбор антибиотика в соответствии с чувствительностью микроорганизма.
2. Высокая концентрация антибиотика в крови и очаге воспаления.
3. Проведение лечения до полного подавления инфекции, малые дозы антибиотиков приводят к привыканию. [5]

Рациональная антибактериальная терапия основана на идентификации микроорганизмов и определении их чувствительности к препаратам. До получения антибиотикограммы назначают препараты широкого спектра действия — ампициллин (40 — 90 мг/кг/сут, 2 — 3 р/д), амоксициллин/клавулат (40 — 90 мг/кг/сут, 2 — 3 р/д), оксациллин, линкомицин, эритромицин, цефазолин, цефалексин, цефтриаксон в возрастной дозировке и рассчитанные по весу ребенка не менее 10 дней. С целью профилактики вторичной грибковой инфекции — леворин, флуконазол, натамицин.

При присоединении анаэробной микрофлоры — метронидазол внутрь. [1]

Необходимо учитывать опасность комбинации антибиотиков обладающих ототоксическим, гепатотоксическим и нефротоксическим действием (стрептомицин, канамицин, антибиотики неомицинового ряда). Нежелательные последствия имеет назначение аминогликозидов, хлорамфенкола, сульфаниламидов, до 8 лет не назначаются тетрациклин, доксициклин; а до 18 лет — фторхинолоны (норфлоксацин, офлоксацин, циплофлоксацин, пефлоксацин).

Как правило, амбулаторно, антибиотики назначают перорально. В стационарах назначают внутримышечное введение, при тяжелых состояниях — внутривенное. [1, 13]

3.3.2 Детоксикационная и симптоматическая терапия

Интоксикация возникает вследствие накопления токсинов бактериального происхождения и в результате резорбции продуктов распада тканей, поврежденных в результате жизнедеятельности возбудителя заболевания.

Назначается обильное питье, а при тяжелом течении — внутривенное введение в возрастных дозировках кристаллоидов (раствора Рингера, Ацесоль, трисоль), коллоидных растворов, 0,9% раствора хлорида натрия, 5% раствора глюкозы — до исчезновения симптомов интоксикации.

Симптоматическая терапия заключается в борьбе с болью и повышенной температурой (парацетомол, анальгин, нурофен, ибупрофен, нимессил). [1]

3.3.3 Гипосенсибилизирующая терапия

Назначаются препараты, оказывающие антигистаминное, а так же антисеротониновое действие: препараты кальция внутрь, а в тяжелых случаях — внутримышечно, тавегил, кларетин, клемастин, ларатадин в возрастных дозировках. [1]

3.3.4 Противовоспалительная терапия

Проводится в сочетании с препаратами, уменьшающими проницаемость сосудистой стенки и принимающих участие в окислительно — восстановительных процессах: аскорбиновая кислота, тиамин, глюконат кальция. Кортикостероидные препараты назначают только по жизненным показаниям. [1]

3.3.5 Иммунотерапия

Включает иммунозаместительную терапию, иммуностимуляцию и выведение ингибирующих иммунологическую реактивность факторов. Иммунотерапию проводят по строгим показаниям, главным образом при длительно текущих, хронических заболеваниях.

Пассивное иммунозаместительное воздействие представляет собой введение в организм ребенка готовых антител (антитоксической сыворотки, антистафилококковых сывороток, выделенных из них иммуноглобулинов, препаратов гамма — глобулинов).

К числу иммунотерапевтических воздействий относят также выведение иммунных комплексов и ингибирующих факторов, которые связывают антитела, введенные с заместительной целью, или блокируют эффект иммунокорректирующих препаратов. Проводят гемодиализ, гемосорбцию, иммуносорбцию, плазма — и лимфоферез.

Фармакологические препараты, влияющие на работу иммунной системы, разделяют на иммуностимуляторы, иммунодепрессанты, иммуномодуляторы. Иммуномодуляторы делят на синтетические (декарис, диуцефон) и естественные (вакцины и эндотоксины). Эти препараты различно воздействуют на активность обоих звеньев иммунитета и систему фагоцитирующих клеток (метилурацил, делагил, нуклеинат натрия стимулируют активность Т — хелперов фагоцитоз, декарис — Т — супрессоров).

Новое направление в иммунокоррекции появилось с открытием гормонов и медиаторов, вырабатываемых самой иммунной системой для регуляции и созревания иммунокомпетентных клеток. К ним относятся тимические факторы (тактивин, тималин, тимоптин, тимоген), костномозговые факторы (миелопид, стимулятор антителопродуцентов), интерлейкины (лимфокины, монокины). [1]

3.3.6 Общеукрепляющее лечение

Повышение защитных сил организма ребенка осуществляется посредством регулярного введения плазмы. Сывороточного альбумина, антистафилококкового гамма — глобулина. Это одновременно и пластический материал, и полноценное питание, биологический стимулятор и готовые антитела. Все эти препараты оказывают также хорошее дезинтоксическое действие.

С целью повышения эффективности антибактериальной терапии, стимуляции защитных сил организма, усиления репаративных процессов используют галаскорбин. Пентоксил и метацил, а также бактериальный полисахарид — продигиозан (не оказывает антибактериального действия, но вызывает перестройку ряда систем организма: стимулирует фагоцитарную функцию, активизирует факторы гуморального иммунитета, усиливает деятельность гипофизарно — надпочечниковой системы). [1]

3.3.7 Витаминотерапия

Гнойная инфекция вызывает выраженный авитаминоз. Особенно резко проявляется недостаточность витаминов С и В. Практикуется назначение витаминов перорально, в тяжелых случаях — парентерально, что положительно влияет на улучшение тканевого дыхания, снижает проницаемость сосудистых стенок, улучшает условия репарации тканей, снижает уровень интоксикации организма. [1]

3.4 Местное лечение

Для местного лечения гнойных ран в 1 фазе раневого процесса рекомендованы средства с выраженным дегидратационным, некролитическим, антибактериальным, обезболивающим действием. Особенно эффективны мази на гидрофильной основе: Левомеколь, Левосин, 10% мазь мафенид — ацетата, 5% диоксидиновая и йодопириновая мази, пенные аэрозоли (Диоксизоль, Сульйодовизоль).

Для промывания ран и дренажей используют различные растворы антисептиков (0,02 — 0,05% раствор хлоргексидина, хлорофиллипт, эктерицид, димексид, перманганат калия, перекись водорода); для очищения ран — протеолитические ферменты (химотрипсин, химопсин, трипсин).

Во второй фазе раневого процесса (пролиферации и регенерации) эффективны мазь Вишневского, винилин, облепиховое масло, сок и масло шиповника, каланхоэ, метилурациловая мазь, различные аэрозоли: Винизоль, Олазоль, Левовинизоль, пенные аэрозоли: Сульйодовизоль, Диоксизоль, Гипозоль.

В третьей фазе раневого процесса (формирования и перестройки рубца) для местного применения, как правило, используют кератопластические процедуры (электрофорез йодида кальция, ферментов) для предотвращения образования гипертрофических и келоидных рубцов.

Больным с гнойными процессами проводят физиотерапевтические процедуры: УВЧ, УФО, электрофорез с линкомицином, гипербарическую оксигенацию, магнитотерапию, лазеротерапию (лучи импульсных лазеров с длиной волны 0,85 — 0,95 мкм, мощностью 3 — 4 Вт, частотой импульсов 80, 150, 300 Гц, экспозицией 2 — 3 мин на поле или лучи лазеров постоянной генерации с длиной волны 0,63 мкм, плотностью потока мощности 100 — 200 Вт/см² и экспозицией 2 — 3 мин на поле). [1]

При **остром серозном периостите** назначают НПВС в возрастных дозах, глюконат кальция, гипосенсибилизирующие препараты перорально, обильное питье, возможно местное назначение физиотерапевтических процедур (полоскание полости рта, сухое тепло, УФО), мазевые повязки противовоспалительно — рассасывающего действия.

При **остром гнойном периостите** помимо антибактериальной терапии проводят противовоспалительную (аскорутин, глюконат кальция), гипосенсибилизирующую терапию. Обязательно назначение анальгетиков, обильное питье.

При выраженном воспалительном инфильтрате мягких тканей и периадените назначают физиотерапию (гелий - неоновый лазер, токи УВЧ) и наружные мазевые повязки

противовоспалительного, рассасывающего действия на гидрофильной основе (левомеколь, левизоль).

При **хроническом периостите** хорошие результаты получены при использовании физиотерапевтических процедур в виде гелий — неоновых лазера и электрофореза йодида калия. [1]

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

После проведения операции удаления зуба и периостотомии:

- ребенку дают обезболивающее и рекомендуют съесть мороженое (лизать языком), просят соблюдать режим молчания и щадящую диету в первые сутки после операции;
- на вторые сутки после операции необходимо прийти на осмотр к врачу — стоматологу хирургу и снять дренаж, после еды проводить антисептическую обработку послеоперационной области (раствором хлоргексидина (0,05%) или мирамистина);
- через 3 месяца можно начинать ортодонтическое лечение (ортодонтическое лечение зависит от вида ЗЧА, возникшей у ребенка. Работа ортодонта направлена на постановку челюстей в правильное соотношение (прикус), стимуляцию роста нижней челюсти, нормализацию окклюзии, постановку отдельных зубов в правильное положение, восстановление тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта). [2]

Реабилитация детей после воспалительных заболеваний ЧЛЮ включает:

1. при вторичной адентии — протезирование;
2. при деформациях челюстей — удаление гиперостозов по косметическим показаниям;
3. при дефектах челюстей — реконструктивно — пластические операции с использованием в качестве дополнительного материала для трансплантатов консервированной и искусственной кости.

Сроки реабилитации пациентов зависят от степени функциональных, анатомических и эстетических нарушений и возраста ребенка. [1]

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

5.1 Профилактика

Пути улучшения помощи детям с воспалительными процессами в челюстно — лицевой области следует искать в улучшении охвата и качества санации, ранней диагностике и прерывании острой одонтогенной инфекции, оперативной мобилизации всех ресурсов при развивающихся гнойных формах воспаления. [1, 5, 19]

5.2 Диспансеризация

Дети с воспалительными заболеваниями челюстей должны быть поставлены на диспансерный учет, необходимо проведение санации полости рта, профилактика и лечение зубо — челюстных аномалий, далее осуществляется профилактический осмотр каждые 3 месяца. [1]

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

6. Организация медицинской помощи

Вид медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь.

Условия оказания медицинской помощи: амбулаторно.

Лечение пациентов детского возраста с диагнозом “Воспалительные заболевания челюстей” проводится в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля, детской стоматологической поликлинике (отделении), хирургическом отделении детской поликлиники (отделения), в отделениях и кабинетах детской хирургической стоматологии многопрофильных лечебно-профилактических учреждений, стоматологическом кабинете образовательной организации, а также в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь детям со стоматологическими заболеваниями. Как правило, лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

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

Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Детям после проведения операции по поводу лечения воспалительных заболеваний челюстей рекомендуется первые 2 часа после хирургического вмешательства не полоскать полость рта, не есть, в течение дня не употреблять горячую пищу во избежание появления

болевых ощущений, а также не выполнять тяжелые физические упражнения. Прикладывать холод наружно в щеке. На вторые сутки после вмешательства необходимо посещение стоматолога - хирурга для осмотра послеоперационной области, снятия дренажа, а также соблюдение ребенком щадящего режима индивидуальной гигиены полости рта и проведение антисептической обработки послеоперационной области после каждого приема пищи. После оперативного вмешательства на 10 дней ребенку назначается антибактериальная терапия. Родители ребенка должны быть предупреждены о необходимости немедленного обращения при появлении признаков воспалительного процесса. Через 7 — 10 дней можно начинать (или продолжать) терапевтическую санацию полости рта. Далее ребенок направляется на консультацию к врачу-ортодонту для исправления образовавшейся ЗЧА. Рекомендуется посещать стоматолога 4 раза в год.

Критерии оценки качества медицинской помощи

Группа заболеваний или состояний: **Воспалительные заболевания челюстей**

Код/коды по МКБ-10 K10.2

Формы, виды и условия оказания медицинской помощи:

- обращение в поликлинику с целью консультации;
- лечение воспалительных заболеваний в поликлинике;
- лечение в условиях стационара под общим обезболиванием.

№	Критерии качества	Оценка выполнения	
1.	Событийные (смысловые, содержательные, процессуальные) критерии качества		
1.1	<u>Проводилось ли при постановке диагноза:</u>		
1.1.1	сбор анамнеза, выявление причинных факторов заболевания	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.1.2	внешний осмотр	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.1.3	осмотр полости рта	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.1.4	выявление «причинного» зуба	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.1.5	рентгенологическое обследование	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.2	<u>Проводилось ли в ходе лечебных мероприятий:</u>		
1.2.1	местное или общее обезболивание	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.2.2	удаление «причинного» зуба	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

1.2.3	разрез в пределах слизистой оболочки	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.2.4	рассечение надкостницы	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.2.5	мобилизация краев раны	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.2.6	постановка дренажа	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.2.7	гемостаз	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
1.2.8	назначение повторного приема	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
2.	Временные критерии качества		
2.1	Устранение воспалительного процесса	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
2.2	Сохранность целостности костной ткани	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
2.3	Проведение контрольного осмотра	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
2.4	Введение лекарственных препаратов, обладающих анальгезирующим эффектом	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
2.5	Назначение даты повторного приема	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
2.6	Наличие рекомендаций о необходимости санации полости рта	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
3.	Результативные критерии качества		
3.1	Устранение воспалительного процесса	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
3.2	Улучшение самочувствия ребенка	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
3.3	Улучшение общего состояния ребенка	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
3.4	Наличие рекомендаций о необходимости профилактического осмотра 4 раза в год	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
4.	Дополнительные критерии		
4.1	Правильность и полнота заполнения медицинской документации	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
4.2	Отсутствие осложнений после проведения местной анестезии	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

4.3	Отсутствие послеоперационного отека	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
4.4	Отсутствие послеоперационных осложнений	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
4.5	Отсутствие послеоперационного рубца, либо его минимальный размер	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
4.6	Наличие рекомендаций о способах устранения ЗЧА	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

Список литературы

1. Дьякова С.В. Стоматология детская. Хирургия. - М.: Медицина, 2009; 384 с.
2. Янушевич О. О., Кисельникова Л. П., Топольницкий О. З. Детская стоматология: учебник – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2020; 744 с.
3. Топольницкий О. З. Стоматология детского возраста: учебник в 3 ч. Ч.2. Хирургия. - М.: ГЕОТАР — Медиа, 2016; 320 с.
4. Корсак А. К. Детская хирургическая стоматология. - Минск:Вышэйшая школа, 2013; 527 с.
5. Рогинский В. В. Воспалительные заболевания в челюстно — лицевой области у детей. - М.: Детстомиздат, 1998; 272 с.
6. Зеленский В. А., Мухорамов Ф. С. Детская хирургическая стоматология и челюстно — лицевая хирургия. - М.: ГЕОТАР — Медиа, 2008; 208 с.
7. Виноградова Т. Ф. Стоматология детского возраста. М.: Медицина, 1987; 528 с.
8. Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология. - М.: Медицина, 2003; 504 с.
9. Харьков Л. В., Яковенко Л. Н., Чехова И. Л. Хирургическая стоматология и челюстно — лицевая хирургия детского возраста. - М.: Книга плюс, 2005; 470 с.
10. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно — лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Киев: Червона Рута — Турс, 2012;1010 с.
11. Кулаков А. А., Робустова Т. Г., Неробеев А. И. Хирургическая стоматология и челюстно - лицевая хирургия. Национальное руководство - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010, 928 с.
12. Мохначева С. Б. Сравнительная характеристика микрофлоры гнойных очагов при одонтогенной инфекции челюстно — лицевой области у детей.// Формирование здоровья населения и совершенствование медицинской помощи: Материалы международной конференции в рамках недели международного научного и образовательного сотрудничества, посвященной 90 — летию ИГМА, 23 — 27 октября 2024г. - Ижевск

13. Кабанова С. А. Антибактериальная терапия гнойно — воспалительных заболеваний челюстно — лицевой области у детей.// Смоленский медицинский альманах - №3 — 2020, с. 103 - 106.
14. Мамедов С. М. Эритроцитарный профиль у детей дошкольного возраста с острым гнойным одонтогенным периоститом// Молодой ученый - №43 — 2019, с 29 - 32.
15. Камалова Ф. Р. Особенности развития. Течения и лечения периостита челюстей у детей (обзор литературы)// Биология и интегративная медицина - №5 (64) — 2023, с. 89 — 97.
16. Lin Z., Fateh A., Salem D. M., Intini G. Periosteum: biology and applications in craniofacial bone regeneration// J Dent Res – №93 (2) - feb 2014, 19 - 16
17. Комелягин Д. Ю., Петухов А. В., Дубин С. А. Острые воспалительные заболевания в челюстно — лицевой области и шеи у детей: анализ лечебной деятельности стационарного лечения // Материалы всероссийского стоматологического форума Дентал Ревю — 2015 г.
18. Nitzjati N., Tserakhova T., Pohodenko – Chudakava I. Analytical review of literature. Prevalence of acute infectious and inflammatory diseases of jaw in cheldren and general principles of complex treatment: Semantic Sholar – 12.12.2020
19. Железный П. А., Колыбекин М. В., Изюмов А. О. Характеристика одонтогенных и неодонтогенных воспалительных процессов челюстно — лицевой области в дестком возрасте// Институт стоматологии — №2 (79) — 2018 с. 63 — 65.
20. Кугушев А. Ю.. Лопатин А. В.. Ясонов С. А., Рогожин Д. В. Продуктивный периостит нижней челюсти у детей — Голова и шея. Российский журнал - №8 (3) — 2020, с. 16 — 24.

Приложение А1. Состав рабочей группы

Першина Александра Николаевна - штатный врач отделения хирургической стоматологии (детского), врач хирург - стоматолог;

Топольницкий Орест Зиновьевич - д. м. н., профессор, заслуженный врач России, заведующий кафедрой ДЧЛХ МГМСУ им. А. И. Евдокимова, врач челюстно - лицевой хирург;

Черняев Сергей Евгеньевич - к. м. н., заведующий отделением хирургической стоматологии (детского), врач хирург - стоматолог;

Гургенадзе Анна Панаеовна - к. м. н., доцент, заведующая учебной частью кафедры ДЧЛХ МГМСУ им. А. И. Евдокимова

Конфликт интересов: отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

- Врачи-стоматологи общей практики
- Врачи-стоматологи-терапевты
- Врачи - стоматологи - хирурги
- Врачи-стоматологи детские
- Врачи-ортодонты
- Врачи — челюстно — лицевые хирурги

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

<u>УДД</u>	<u>Расшифровка</u>
<u>1.</u>	<u>Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета — анализа</u>
<u>2.</u>	<u>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</u>
<u>3.</u>	<u>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</u>
<u>4.</u>	<u>Несравнительные исследования, описание клинического случая</u>
<u>5.</u>	<u>Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов</u>

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

<u>УДД</u>	<u>Расшифровка</u>
<u>1.</u>	<u>Систематические обзоры рандомизированных клинических исследований с применением мета — анализа</u>

2.	<u>Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета — анализа</u>
3.	<u>Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования</u>
4.	<u>Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай — контроль»</u>
5.	<u>Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов</u>

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

<u>УРР</u>	<u>Расшифровка</u>
<u>А</u>	<u>Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными. Все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются обоснованными)</u>
<u>В</u>	<u>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)</u>
<u>С</u>	<u>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)</u>

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 утвержденным КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

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

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2003 г. №620 «Об утверждении протоколов «Ведения детей, страдающих стоматологическими заболеваниями».

2. Приказ Министеррства здравоохранения Российской Федерации от 13 ноября 2012 г. №910н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями».

Приложение А3.1. Форма добровольного информированного согласия пациента при выполнении протокола

Приложение к медицинской карте №

Пациент

ФИО

получая разъяснения по поводу диагноза воспалительные заболевания челюстей, получив информацию:

об особенностях течения заболевания

вероятной длительности лечения

о вероятном прогнозе _____

Пациенту предложен план обследования и лечения, включающий

Пациенту предложено оперативное вмешательство

по методике

Примерная стоимость лечения составляет около

Пациенту известен преискурант, принятый в клинике.

Таким образом, пациент получил разъяснения о цели лечения и информацию о планируемых методах диагностики и лечения.

Пациент извещен о необходимости подготовки к лечению:

Пациент извещен о необходимости в ходе лечения

получил указания и рекомендации по уходу за полостью рта.

Пациент извещен, что несоблюдение им рекомендаций врача может отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Пациент получил информацию, о типичных осложнениях, связанных с данным заболеванием, с необходимыми диагностическими процедурами и с лечением.

Пациент извещен о вероятном течении заболевания и его осложнениях при отказе от лечения. Пациент имел возможность задать любые интересующие его вопросы касательно состояния его здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы.

Пациент получил информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Бесею провел врач _____ (подпись врача)

«___» _____ 20__ г.

Пациент согласился с предложенным планом лечения, в чем расписался собственноручно _____ (подпись пациента)

или расписался его законный представитель _____ (подпись законного представителя)

или

что удостоверяют присутствующие при беседе _____ (подпись врача)

_____ (подпись свидетеля)

Пациент не согласился с планом лечения (отказался от предложенного вида оперативного вмешательства), в чем расписался собственноручно _____

(подпись пациента)

или расписался его законный представитель _____

(подпись законного представителя)

или

что удостоверяют присутствующие при беседе _____ (подпись врача)

_____ (подпись свидетеля)

Пациент изъявил желание:

- дополнительно к предложенному лечению пройти обследование

- получить дополнительную медицинскую услугу

- вместо предложенной операции получить

Пациент получил информацию об указанном методе обследования/лечения.

Поскольку данный метод обследования/лечения также показан пациенту, он внесен в план лечения.

«___» _____ 20__ г.

_____ (подпись пациента)

_____ (подпись врача)

Поскольку данный метод обследования/лечения не показан пациенту, он не внесен в план лечения.

«___» _____ 20__ г.

_____ (подпись пациента)

_____ (подпись врача)

**Приложение А3.2. Перечень медицинских услуг для диагностики и лечения
воспалительных заболеваний челюстей**

(из приказа Министерства Здравоохранения РФ от 13 октября 2017 г. №804 — н «Об
утверждении номенклатуры медицинских услуг»)

Таблица 1. Сбор жалоб. Анамнеза, физикальное обследование

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
V01.064.003	Прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога детского первичный
V01.064.004	Прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога детского повторный
V04.064.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога детского
V04.064.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога детского
V01.065.007	Прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога первичный
V01.065.008	Прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога повторный
V04.065.005	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача - стоматолога
V04.065.006	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога
V01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога — хирурга первичный
V01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача — стоматолога — хирурга повторный
V01.068.001	Прием (осмотр, консультация) врача — челюстно — лицевого — хирурга первичный
V01.068.002	Прием (осмотр, консультация) врача — челюстно — лицевого — хирурга повторный
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта

A01.07.005	Внешний осмотр челюстно — лицевой области
A01.07.003	Пальпация органов полости рта
A01.07.006	Пальпация челюстно — лицевой области

Таблица 2. Лабораторная диагностика

V03.016.002	Общий анализ крови
A11.07.008	Пункция кисты полости рта
A26.07.003	Микробиологическое исследование абсцессов на неспорообразующие анаэробные микроорганизмы
A26.07.005	Микробиологическое исследование абсцессов на аэробные и факультативно — анаэробные микроорганизмы
A11.07.026	Взятие образца биологического материала из очагов поражения органов рта
A08.07.002	Паталого — анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей полости рта

Таблица 3. Инструментальная диагностика

<u>Код медицинской услуги</u>	<u>Наименование медицинской услуги</u>
A02.07.001	Осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов
A02.07.002	Исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда
A02.07.003	Исследование зубодесневых карманов с помощью парадонтологического зонда
A02.07.006	Определение прикуса
A02.07.007	Перкуссия зубов

A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов
A06.07.007	Внутриротовая рентгенография в прикус
A06.07.010	Радиовизиография челюстно — лицевой области

Таблица 4. Иная диагностика

<u>Код медицинской услуги</u>	<u>Наименование медицинской услуги</u>
A06.01.002	Рентгенография мягких тканей лица
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография
A06.07.004	Ортопантомография
A06.07.013	Компьютерная томография челюстно — лицевой области

Таблица 5. Консервативное лечение

<u>Код медицинской услуги</u>	<u>Наименование медицинской услуги</u>
A16.07.082.001	Распломбировка корневого канала
A16.07.010	Экстирпация пульпы
A16.07.030	Инструментальная и медикаментозная обработка корневого канала
A16.07.030.003	Временное пломбирование лекарственным препаратом корневого канала
A16.07.008	Пломбирование корневого канала зуба
A16.07.002.009	Наложение временной пломбы
A16.07.091	Снятие временной пломбы
A16.07.002	Восстановление зуба пломбой

Таблица 6. Оперативное лечение

<u>Код медицинской услуги</u>	<u>Наименование медицинской услуги</u>
V01.003.004.004	Аппликационная анестезия
V01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия
	Проводниковая анестезия
A16.07.001.001	Удаление временного зуба
A16.07.01.002	Удаление постоянного зуба
A16.07.01.003	Удаление зуба сложное с разъединением корней
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага в полости рта
A16.07.012	Вскрытие и дренирование одонтогенного абсцесса в полости рта
A16.07.008	Резекция верхушки корня
A15.01.003	Наложение повязки при операции в челюстно — лицевой области
A15.07.002	Наложение повязки при операция в полости рта
A16.07.058	Лечение перикоронита (промывание, рассечение и/или иссечение капюшона)

Таблица 7. Иное лечение

<u>Код медицинской услуги</u>	<u>Наименование медицинской услуги</u>
A13.30.007.001	Обучение гигиене полости рта у ребенка
A14.07.008	Обучение гигиене полости рта и зубов индивидуальное, подбор средств и предметов гигиены полости рта

A24.01.003	Применение пузыря со льдом
A25.07.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов
A25.07.002	Назначение диетического питания при заболеваниях полости рта и зубов
A25.07.003	Назначение лечебно — оздоровительного режима при заболеваниях полости рта и зубов
A22.07.003	Лазерная физиотерапия ЧЛЮ
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов
A17.07.005	Магнитотерапия при патологии полости рта и зубов

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Воспалительные заболевания челюстей

Нозологическая форма: острый серозный периостит

Код по МКБ — 10: K10.2

1. Диагностические мероприятия:

- сбор жалоб и анамнеза
- внешний осмотр челюстно — лицевой области
- осмотр полости рта с помощью инструментов
- диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации

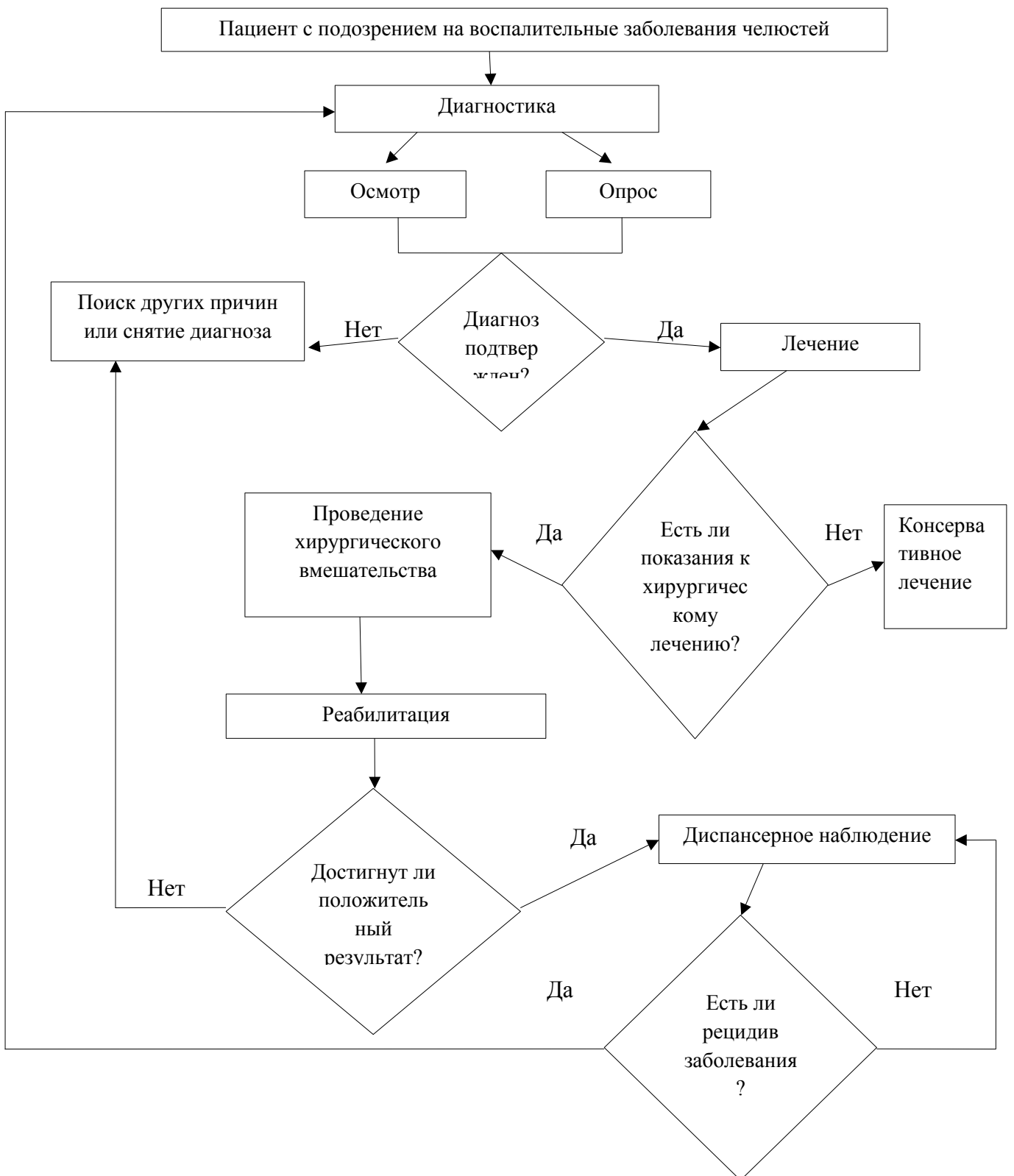
2. Лечение воспалительных заболеваний челюстей может включать:

- консервативное лечение (терапевтическое)
- хирургическое лечение (удаление «причинного» зуба, периостотомия)
- медикаментозная терапия (антибактериальная, детоксикационная, симптоматическая, гипосенсибилизирующая, противовоспалительная)
- местное лечение (мазевые повязки, промывание ран антисептиками, физиотерапия)

3. Рекомендации

После проведения операции удаления зуба и периостотомии:

- ребенку дают обезболивающее и рекомендуют съесть мороженое (лизать языком), просят соблюдать режим молчания и щадящую диету в первые сутки после операции;
- на вторые сутки после операции необходимо прийти на осмотр к врачу — стоматологу хирургу, после еды проводить антисептическую обработку послеоперационной области (раствором хлоргексидина (0,05%) или мирамистина);
- через 3 месяца можно начинать ортодонтическое лечение (ортодонтическое лечение зависит от вида ЗЧА, возникшей у ребенка. Работа ортодонта направлена на постановку челюстей в правильное соотношение (прикус), стимуляцию роста нижней челюсти, нормализацию окклюзии, постановку отдельных зубов в правильное положение, восстановление тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта).



Воспалительные заболевания челюстей

Нозологическая форма: острый гнойный периостит

Код по МКБ — 10: K10.2

1. Диагностические мероприятия:

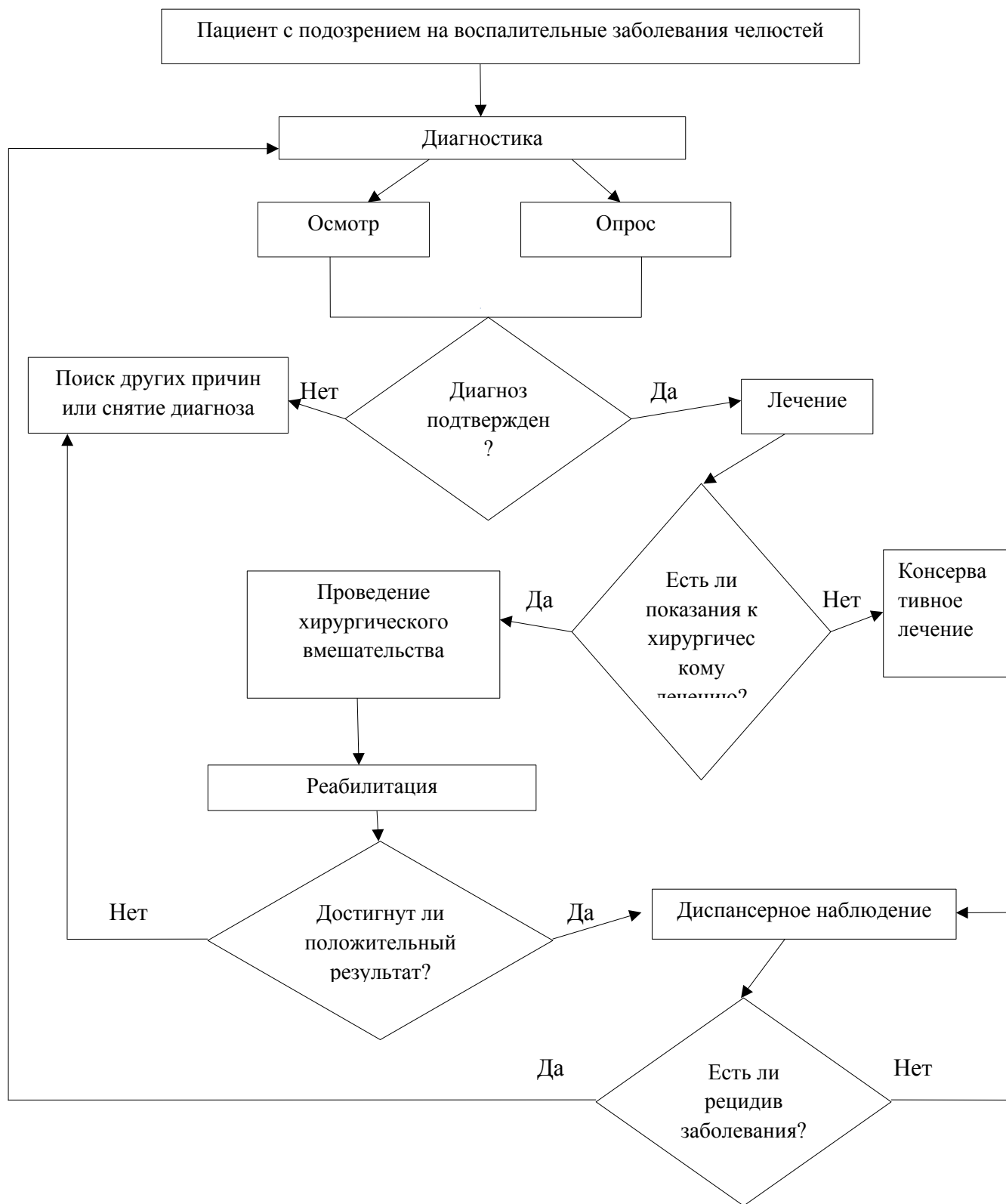
- сбор жалоб и анамнеза
- внешний осмотр челюстно — лицевой области
- осмотр полости рта с помощью инструментов
- диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации

2. Лечение воспалительных заболеваний челюстей может включать:

- консервативное лечение (терапевтическое)
- хирургическое лечение (удаление «причинного» зуба, периостотомия)
- медикаментозная терапия (антибактериальная, детоксикационная, симптоматическая, гипосенсибилизирующая, противовоспалительная, иммунотерапия, общеукрепляющая, витаминотерапия)
- местное лечение (мазевые повязки, промывание ран антисептиками, физиотерапия).

3. Рекомендации после удаления зуба и проведения периостотомии:

- ребенку дают обезболивающее и рекомендуют съесть мороженое (лизать языком), просят соблюдать режим молчания и щадящую диету в первые сутки после операции;
- на вторые сутки после операции необходимо прийти на осмотр к врачу — стоматологу хирургу и снять дренаж, после еды проводить антисептическую обработку послеоперационной области (раствором хлоргексидина (0,05%) или мирамистина);
- через 3 месяца можно начинать ортодонтическое лечение (ортодонтическое лечение зависит от вида ЗЧА, возникшей у ребенка. Работа ортодонта направлена на постановку челюстей в правильное соотношение (прикус), стимуляцию роста нижней челюсти, нормализацию окклюзии, постановку отдельных зубов в правильное положение, восстановление тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта).



Воспалительные заболевания челюстей

Нозологическая форма: простой хронический периостит

Код по МКБ — 10: K10.2

1. Диагностические мероприятия:

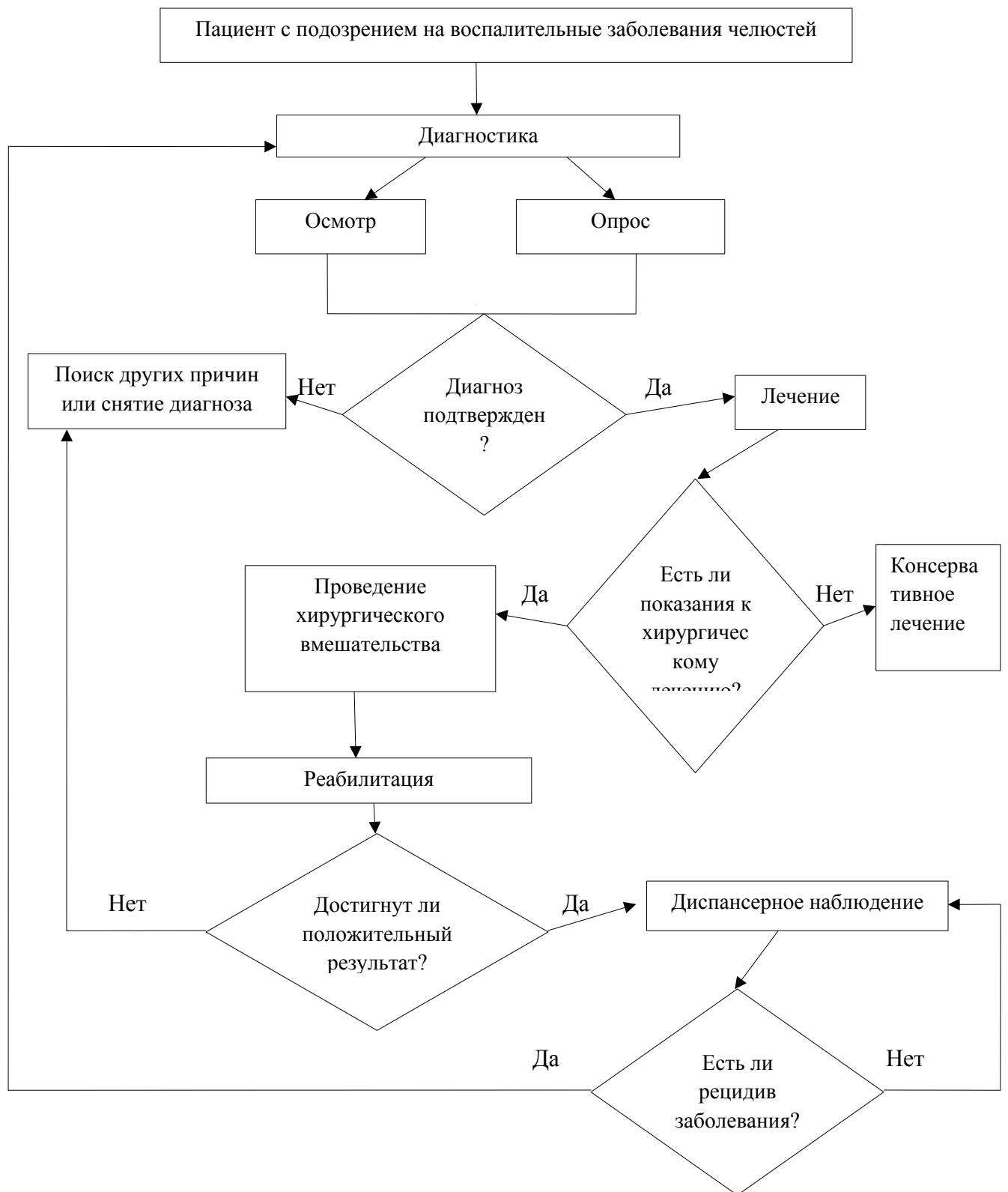
- сбор жалоб и анамнеза
- внешний осмотр челюстно — лицевой области
- осмотр полости рта с помощью инструментов
- диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации

2. Лечение воспалительных заболеваний челюстей может включать:

- консервативное лечение (терапевтическое)
- хирургическое лечение (удаление «причинного» зуба)
- медикаментозная терапия (антибактериальная, детоксикационная, симптоматическая, гипосенсибилизирующая, противовоспалительная, иммунотерапия, общеукрепляющая, витаминотерапия)
- местное лечение (мазевые повязки, промывание ран антисептиками, физиотерапия).

3. Рекомендации после удаления зуба:

- ребенку дают обезболивающее и рекомендуют съесть мороженое (лизать языком), просят соблюдать режим молчания и щадящую диету в первые сутки после операции;
- на вторые сутки после операции необходимо прийти на осмотр к врачу — стоматологу хирургу, после еды проводить антисептическую обработку послеоперационной области (раствором хлоргексидина (0,05%) или мирамистина);
- через 3 месяца можно начинать ортодонтическое лечение (ортодонтическое лечение зависит от вида ЗЧА, возникшей у ребенка. Работа ортодонта направлена на постановку челюстей в правильное соотношение (прикус), стимуляцию роста нижней челюсти, нормализацию окклюзии, постановку отдельных зубов в правильное положение, восстановление тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта).



Воспалительные заболевания челюстей

Нозологическая форма: хронический оссифицирующий периостит

Код по МКБ — 10: K10.2

1. Диагностические мероприятия:

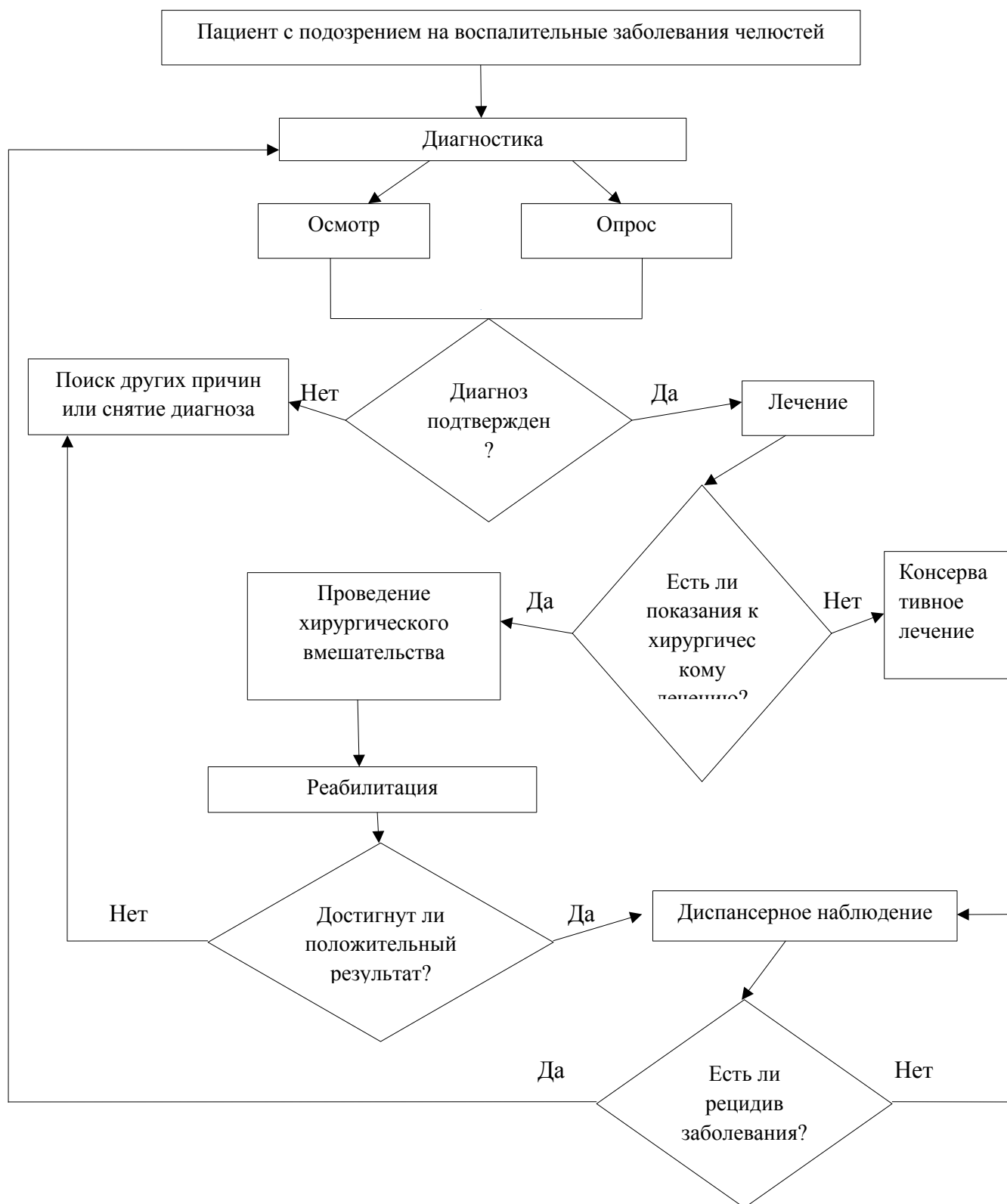
- сбор жалоб и анамнеза
- внешний осмотр челюстно — лицевой области
- осмотр полости рта с помощью инструментов
- диагностика состояния зубочелюстной системы с помощью методов и средств лучевой визуализации

2. Лечение воспалительных заболеваний челюстей может включать:

- консервативное лечение (терапевтическое)
- хирургическое лечение (удаление «причинного» зуба, удаление гиперостозов)
- медикаментозная терапия (антибактериальная, детоксикационная, симптоматическая, гипосенсибилизирующая, противовоспалительная, иммунотерапия, общеукрепляющая, витаминотерапия)
- местное лечение (мазевые повязки, промывание ран антисептиками, физиотерапия).

3. Рекомендации после удаления зуба и проведения периостотомии:

- ребенку дают обезболивающее и рекомендуют съесть мороженое (лизать языком), просят соблюдать режим молчания и щадящую диету в первые сутки после операции;
- на вторые сутки после операции необходимо прийти на осмотр к врачу — челюстно — лицевому — хирургу, после еды проводить антисептическую обработку послеоперационной области (раствором хлоргексидина (0,05%) или мирамистина);
- через 3 месяца можно начинать ортодонтическое лечение (ортодонтическое лечение зависит от вида ЗЧА, возникшей у ребенка. Работа ортодонта направлена на постановку челюстей в правильное соотношение (прикус), стимуляцию роста нижней челюсти, нормализацию окклюзии, постановку отдельных зубов в правильное положение, восстановление тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта).



Приложение В. Информация для пациента

Дополнительная информация для пациента и его законных представителей

- необходимо предупредить родителей ребенка о обязательности соблюдения рекомендаций врача и сроков обращения, а также о необходимости срочного обращения к врачу при наличии признаков ухудшения общего состояния ребенка, симптомов появления, распространения воспалительного процесса и отсутствии положительного результата после оказанной стоматологической помощи;
- после оказания помощи детям рекомендуется ограничение жевания, употребления жесткой пищи для снижения риска травматизации слизистой оболочки полости рта;
- требования к диетическим назначениям и ограничениям.