

Клинические рекомендации
«Перикоронит»

**Кодирование по Международной статистической классификации
болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10): K05.22; K05.32**

Возрастная категория: Взрослые

Год утверждения (частота пересмотра): 2024 год (пересмотр каждые 5 лет)

Оглавление

Список сокращений	3
Термины и определения.....	3
1. Краткая информация	3
1.1 Определение	3
1.2 Этиология и патогенез.....	3
1.3 Эпидемиология	4
1.4 Кодирование по МКБ-10	4
1.5 Классификация.....	4
1.6 Клиническая картина.....	4
2. Диагностика	6
2.1 Острый перикоронит.....	6
2.1.1 Жалобы и анамнез.....	6
2.1.2 Физикальное обследование	6
2.1.3 Лабораторная диагностика	7
2.1.4 Инструментальная диагностика	7
2.1.5 Иная диагностика.....	7
2.2 Хронический перикоронит.....	7
2.2.1 Жалобы и анамнез.....	7
2.2.2 Физикальное обследование	7
2.2.3 Лабораторная диагностика	8
2.2.4 Инструментальная диагностика	8
2.2.5 Иная диагностика.....	8
3. Лечение.....	8
3.1 Острый перикоронит.....	8
3.1.1 Консервативное лечение.....	8
3.1.2 Хирургическое лечение.....	9
3.1.3 Иное лечение	10
3.2 Хронический перикоронит.....	10
3.2.1 Консервативное лечение.....	10
3.2.2 Хирургическое лечение.....	11
3.2.3 Иное лечение	12
4. Реабилитация	12
5. Профилактика и диспансерное наблюдение.....	12
6. Организация медицинской помощи.....	12
7. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/синдрома	12
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	14
Список литературы.....	15
Приложение А 1. Состав Рабочей группы.....	17
Приложение А2. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата	18
Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	19
Информация для пациента.....	21

Список сокращений

КР – клинические рекомендации;

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра;

НПВС – нестероидные противовоспалительные средства

Термины и определения

«Капюшон» на зубе — это часть десны, которая частично закрывает коронку прорезающегося моляра.

Ретенция зуба – это стоматологическое заболевание, при котором зачаток зуба не прорезывается полностью из кости или десны.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Перикоронит – это воспаление мягких тканей, окружающих коронку зуба при его неполном или затрудненном прорезывании, чаще развивается в области нижнего третьего моляра.

1.2 Этиология и патогенез

Заболевание развивается вследствие:

- затрудненного, длительного прорезывания зуба;
- постоянного травмирования мягких тканей десны, покрывающих прорезывающийся зуб;
- проникновения в десневые ткани болезнетворных бактерий, вызывающих гнойное воспаление;
- скопления в десневом капюшоне остатков пищи, что способствует размножению вредных микроорганизмов.

Прорезывание зубов – длительный физиологический процесс, который может продолжаться месяцы или годы. В ходе естественного движения зуб разрывает костные структуры, травмирует капиллярную сеть и нервные окончания, что объясняет болевые ощущения при прорезывании зубов. При этом возникают отек десны, а также ее повреждение зубами противоположной челюсти при жевании и смыкании челюстей. В месте нависания краев слизистой оболочки над частично прорезывающимся зубом образуется десневой карман, в котором скапливается зубной налет и остатки пищи. Последние служат питательной средой для размножения патогенных микроорганизмов и развития воспаления.

1.3 Эпидемиология

В настоящее время перикоронит является распространенным заболеванием зубочелюстной системы. В общей структуре оказания медицинской помощи больным в стоматологических медицинских организациях это заболевание встречается до 60-80% случаев прорезывания третьего моляра на нижней челюсти. Перикоронит при несвоевременном или неправильном лечении может стать причиной развития периостита, абсцессов и флегмон в прилегающих окологлазничных мягких тканях, остеомиелита.

1.4 Кодирование по МКБ-10

В классификации по МКБ-10 перикоронит включен в рубрику K05 Гингивит и болезни пародонта.

K05.22 - Острый перикоронит

K05.32 - Хронический перикоронит

1.5 Классификация

По характеру воспаления перикоронит делят на:

- острый;
- хронический.

По виду поражения капюшона слизистой:

- язвенный;
- катаральный;
- гнойный.

1.6 Клиническая картина

Катаральная форма острого перикоронита

Общее состояние	Удовлетворительное, температура тела нормальная
Жалобы	Боль при жевании в области прорезывающегося нижнего третьего моляра
Внешний осмотр	Отека окологлазничных тканей нет. Открывание рта свободное, в полном объеме
Пальпация	Могут определяться увеличенные и болезненные лимфатические узлы в поднижнечелюстной области.
Осмотр рта	Нависающий край десны гиперемирован, отечен. Видны только один или несколько бугров зуба. В некоторых случаях вся коронка зуба находится под «капюшоном», из-под которого выделяется серозный экссудат, пальпация десны над «капюшоном» болезненная.

Рентгенограмма	На рентгенограмме боковой проекции нижней челюсти патологические изменения отсутствуют. Можно судить о положении зуба в окружающих тканях.
Исход	Протекает благоприятно и при своевременном лечении быстро купируется.

Гнойная форма острого перикоронита

Общее состояние	Общее состояние больного ухудшается, температура тела повышается до 37, 5—38, 0°С.
Жалобы	Сильная постоянная боль за вторым моляром, усиливающаяся при жевании, иррадирующая в ухо, висок. Появляется боль при глотании.
Внешний осмотр	Открытие рта затрудненное, ограниченное, болезненное (воспалительная контрактура легкой степени до 3-4 см). Различают три степени воспалительной контрактуры. При первой степени открытие рта слабо ограничено и возможно в пределах 3—4 см между режущими поверхностями верхних и нижних центральных зубов; при второй — отмечается ограничение открывания рта в пределах 1—1, 5 см; при третьей — рот открывается менее чем на 1 см.
Пальпация	Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны при пальпации.
Осмотр рта	Слизистая оболочка вокруг нижнего третьего моляра и непосредственно «капюшона» гиперемирована, отечна. Гиперемия и отек слизистой оболочки распространяются на небно-язычные дужки, щеки, мягкое небо. Пальпация «капюшона» болезненна, из-под него выделяется гнойный экссудат.
Рентгенограмма	На нижней челюсти в боковой проекции может наблюдаться зона деструкции костной ткани с нечетким контуром в области зачатка или корней нижнего третьего моляра.
Исход	При своевременном лечении благоприятный. При распространении гнойной инфекции возможны осложнения от язвенного гингивита до окологлазничных флегмон.

Хронический перикоронит характеризуется повторными воспалительными изменениями слизистой оболочки вокруг непрорезавшегося нижнего третьего моляра.

Общее состояние	Общее состояние удовлетворительное.
Жалобы	Затрудненное жевание на стороне поражения, болезненность «капюшона» над нижним третьим моляром, неприятный запах изо рта.
Внешний осмотр	Десна над «капюшоном» изъязвлена, имеются рубцовые изменения, может выделяться экссудат. Открытие рта затрудненное, ограниченное, болезненное.

Пальпация	Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны при пальпации.
Осмотр рта	Слизистая оболочка вокруг «капюшона» гиперемирована, отечна, болезненная при пальпации.
Рентгенограмма	Очаг разрежения имеет четкую полулунную форму. Деструкция кости от коронки зуба распространяется вдоль корня.
Исход	При своевременном лечении - благоприятный. При распространении гнойной инфекции возможны осложнения от язвенного гингивита до околочелюстных флегмон.

2. Диагностика

2.1 Острый перикоронит

2.1.1 Жалобы и анамнез

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

Целенаправленно выявляют жалобы на боли и дискомфорт в области нижнего третьего моляра, в ретромоллярной области, их характер, сроки появления, когда пациент обратил внимание на появление дискомфорта. Выясняют - осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта.

2.1.2 Физикальное обследование

Критерии и признаки, определяющие модель пациента:

- боль при жевании;
- гиперемия и отек слизистой оболочки в области нижних третьих моляров и ретромоллярной области;
- наличие экссудата: серозного при катаральной форме, гнойного при гнойной форме;
- увеличение регионарных лимфатических узлов;
- возможно затруднение открывания рта;
- повышение температуры тела, недомогание;
- изменение конфигурации лица за счет коллатерального отека мягких тканей в области причинного зуба.

При внешнем осмотре челюстно-лицевой области обращают внимание на конфигурацию лица, наличие коллатерального отека. Может возникнуть отечность в области угла нижней челюсти на стороне причинного зуба, проводят пальпацию поднижнечелюстных лимфатических узлов, жевательных мышц, слюнных желез и височно-нижнечелюстного сустава. Оценивают степень открывания рта и болезненность.

При осмотре полости рта оценивают состояние зубных рядов. Детально обследуют область третьих моляров, правильное или неправильное их расположение в альвеолярной части челюсти; достаточно или недостаточно места для их прорезывания и их взаимодействие с зубами-антагонистами.

Оценивают состояние слизистой оболочки вокруг нижнего третьего моляра, который может быть покрыт гиперемизованным и отечным «капюшоном».

Определяют гигиенический и пародонтологический индексы.

2.1.3 Лабораторная диагностика

Не проводится.

2.1.4 Инструментальная диагностика

Не проводится.

2.1.5 Иная диагностика

- **Рекомендовано** рентгенологическое исследование.

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: для визуализации всей костной ткани, определения точного положения зуба мудрости, его размера и формы.

2.2 Хронический перикоронит

2.2.1 Жалобы и анамнез

При сборе анамнеза заболевания уточняют, когда появились первые симптомы, лечился ли ранее по поводу данного заболевания, выясняют характер проводимого лечения, его объем (со слов больного), результат (стойкое улучшение, временное улучшение, без улучшения или ухудшение). Выясняют, осуществляет ли больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта. Обращают внимание на гигиенические навыки пациента по уходу за полостью рта: когда, сколько раз в день чистит зубы, способ чистки, какие пасты и щетки использует, как часто их меняет. Для контроля качества чистки зубов используют индикаторы зубного налета и индексы гигиены.

2.2.2 Физикальное обследование

Критерии и признаки, определяющие модель пациента

- боль при жевании;
- гиперемия и отек слизистой оболочки в области нижних третьих моляров и ретромолярной области;
- выделение гнойного содержимого;
- увеличение регионарных лимфатических узлов;
- затруднение открывания рта;

- повышение температуры тела, недомогание;
- изменение конфигурации лица за счет коллатерального отека мягких тканей в области причинного зуба.

Осмотр начинают с внешнего осмотра и пальпации регионарных лимфатических узлов, слюнных желез, жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, свободно или затруднено открывание рта.

При осмотре полости рта обращают внимание на положение зуба с учетом возможности дальнейшего его сохранения.

Оценивают состояние слизистой оболочки, ее цвет, степень отека, степень увлажнения, наличие морфологических элементов поражения, характер слюны.

Проводят оценку состояния твердых тканей зубов.

2.2.3 Лабораторная диагностика

Не проводится.

2.2.4 Инструментальная диагностика

Не проводится

2.2.5 Иная диагностика

- Рекомендовано рентгенологическое исследование.

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: для визуализации всей костной ткани, определения точного положения зуба мудрости, его размера и формы.

3. Лечение

3.1 Острый перикоронит

3.1.1 Консервативное лечение

При лечении острого перикоронита (катаральная форма) достаточна только обработка пространства под «капюшоном» антисептическими растворами из шприца с затупленной иглой и наложение антисептических, болеутоляющих и кровоостанавливающих повязок или приподнимание и ретротранспозиция «капюшона» кзади полоской марли, смоченной йодоформной жидкостью.

По показаниям назначают антибактериальные, противовоспалительные и антигистаминные средства.

Органотропные средства. В случаях применения антибиотиков назначают органотропные средства, нормализующие микрофлору кишечника.

Антисептические средства используются в виде полоскания, ванночек (применяют 7-10 дней).

Противомикробные препараты для системного применения назначают при перикороните, сопровождающимся соматической патологией, агрессивным течением.

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) в хирургической практике назначают как противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее действие и антиагрегантное.

- **Рекомендованы физиотерапевтические процедуры**

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Назначают тепловые процедуры: ванночки, полоскание полости рта, ингаляции; физические методы лечения: УВЧ, микроволновую терапию по 5-7 процедур, излучение гелий-неонового или инфракрасного лазера (5-7 сеансов). При отечности окологлазничных мягких тканей, лимфадените показано светолечение инфракрасной лампой, лазерное воздействие, наружные мазевые повязки. После стихания воспалительных явлений необходимо с учетом клинических и рентгенологических данных решить вопрос о сохранении нижнего третьего моляра.

3.1.2 Хирургическое лечение

- **Рекомендовано** проведение операции иссечения нависающего края десны «капюшона».

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

Иссечение капюшона целесообразно проводить в отсутствие острых воспалительных явлений. При острых воспалительных явлениях в области нижнего третьего моляра лечение заключается в создании максимального оттока гноя из-под капюшона путем промывания промежутка между нависающей слизистой оболочкой и коронкой зуба антисептическими растворами. Иссечение капюшона производят через 2-3 дня после стихания острых явлений. Зуб сохраняют при правильном расположении в кости и прорезывание его после лечебных мероприятий не вызывает сомнений.

Основные этапы иссечения капюшона:

1. Медикаментозная обработка операционного поля антисептическим раствором.
2. Обезболивание (как правило, это местная анестезия).
3. Иссечение П-образного участка слизистой оболочки, покрывающей коронку нижнего третьего моляра.
4. Гемостаз.

Комментарии: при повторяющихся обострениях, выраженном болевом синдроме, распространении гнойного процесса на окружающие ткани.

- **Рекомендовано** проведение операции удаления причинного зуба.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

Под проводниковой (мандибулярной или торусальной) и инфильтрационной анестезией в ретромолярной ямке над нижним третьим моляром до середины второго моляра делают разрез, который продляют вниз до переходной складки, после чего отслаивают с помощью распатора слизисто-надкостничный лоскут. Если коронка зуба видна из кости, то удаляют с помощью прямого элеватора или щипцов.

Если зуб находится в толще кости, то с помощью бормашины (на малых оборотах с охлаждающим стерильным физиологическим раствором), снимают костную ткань над зубом, затем удаляют с помощью прямого элеватора. Если зуб находится в горизонтальном положении, то отпиливают коронку зуба от его корней, а затем прямым элеватором извлекают из альвеолы последовательно частями.

С помощью фрезы сглаживают края лунки. Проводят ревизию мягких тканей десны с иссечением патологических тканей.

Слизисто-надкостничный лоскут мобилизуют, укладывают на место и ушивают узловыми, сближающими швами.

Комментарии: при неправильном положении зуба, недостатке места в альвеолярной части челюсти, деструкции костной ткани у шейки зуба и по ходу корня, рецидивах воспалительного процесса.

3.1.3 Иное лечение

Не проводится.

3.2 Хронический перикоронит

3.2.1 Консервативное лечение

Органотропные средства. В случаях применения антибиотиков назначают органотропные средства, нормализующие микрофлору кишечника.

Антисептические средства используются в виде полоскания, ванночек (применяют 7-10 дней).

Противомикробные препараты для системного применения назначают при перикороните, сопровождающимся соматической патологией, агрессивным течением.

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) в хирургической практике назначают как противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее действие и антиагрегантное.

- **Рекомендованы** физиотерапевтические процедуры.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Назначают тепловые процедуры: ванночки, полоскание рта, ингаляции; физические методы лечения: УВЧ, микроволновую терапию по 5-7 процедур, излучение гелий-неонового или инфракрасного лазера (5-7 сеансов).

3.2.2 Хирургическое лечение

- **Рекомендовано** проведение операции иссечения нависающего края десны «капюшона»

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

Основные этапы иссечения капюшона:

1. Медикаментозная обработка операционного поля антисептическим раствором.
2. Обезболивание (как правило, это местная анестезия).
3. Иссечение П-образного участка слизистой оболочки, покрывающей коронку нижнего третьего моляра.
4. Гемостаз.

Комментарии: Иссечение капюшона целесообразно проводить в отсутствие острых воспалительных явлений.

- **Рекомендовано** проведение операции удаления причинного зуба.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

Под проводниковой (мандибулярной или торусальной) и инфильтрационной анестезией в ретромолярной ямке над нижним третьим моляром до середины второго моляра делают разрез, который продляют вниз до переходной складки, после чего отслаивают с помощью распатора слизисто-надкостничный лоскут. Если коронка зуба видна из кости, то удаляют с помощью прямого элеватора или щипцов.

Если зуб находится в толще кости, то с помощью бормашины (на малых оборотах с охлаждающим стерильным физиологическим раствором), снимают костную ткань над зубом, затем удаляют с помощью прямого элеватора. Если зуб находится в горизонтальном положении, то отпиливают коронку зуба от его корней, а затем прямым элеватором извлекают из альвеолы последовательно частями.

С помощью фрезы сглаживают края лунки. Проводят ревизию мягких тканей десны с иссечением патологических тканей.

Слизисто-надкостничный лоскут мобилизуют, укладывают на место и ушивают узловыми, сближающими швами.

Комментарии: при неправильном положении зуба, недостатке места в альвеолярной части челюсти, деструкции костной ткани у шейки зуба и по ходу корня, рецидивах воспалительного процесса.

3.2.3 Иное лечение

Не проводится.

4. Реабилитация

Не проводится.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

Пациенту после операции удаления нижнего третьего моляра в обязательном порядке явиться на следующий день для осмотра к врачу-стоматологу. В случае сохранения зуба посещение назначают минимум один раз в полгода для проведения профилактических осмотров и гигиенических мероприятий.

6. Организация медицинской помощи

Лечение пациентов с перикоронитом проводится в стоматологических медицинских организациях в амбулаторно-поликлинических условиях.

Оказание помощи больным с перикоронитом осуществляется врачами-стоматологами-хирургами и врачами-стоматологами общей практики или зубными врачами. В процессе оказания помощи принимают участие врачи-физиотерапевты и средний медицинский персонал.

7. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/синдрома

Наименование исхода	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Компенсация функции	70	Восстановление внешнего вида слизистой оболочки десневого края	После лечения	Оказание медицинской помощи по протоколу перикоронита
Стабилизация	15	Отсутствие отрицательной динамики	После лечения	Оказание медицинской помощи по

				протоколу перикоронита
Развитие осложнений	10	Появление новых поражений или осложнений, несмотря на проводимое лечение (например, рецидив, аллергические реакции)	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	5	Воспалительный процесс распространяется на клетчатку и надкостницу позадиомолярной ямки, который может привести к любым осложнениям по тяжести (периостит, флегмона), требующим в обязательном порядке удаление нижнего третьего моляра.	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

Критерии оценки качества медицинской помощи

1.	Событийные (смысловые, содержательные, процессные) критерии качества		
	Проводилось ли при постановке диагноза: сбор жалоб и анамнеза, визуальный осмотр, пальпация челюстно-лицевой области, перкуссия зубов, определение прикуса, пародонтальных и индексов гигиены, степени подвижности зубов	Да	Нет
	Соответствует ли план лечения поставленному диагнозу	Да	Нет
	Проводились ли мероприятия по устранению факторов, обусловивших возникновение заболевания	Да	Нет
	Обучение гигиене рта	Да	Нет
2.	Временные критерии качества		
	Отсутствие осложнений после хирургических вмешательств	Да	Нет
	Динамическое наблюдение каждые полгода	Да	Нет
	Профилактическая гигиена рта 2 раза в год	Да	Нет
3.	Результативные критерии качества		
	Восстановление функций зубочелюстной системы	Да	Нет
	Улучшение качества жизни	Да	Нет
4.	Правильность и полнота заполнения медицинской документации		
	Правильность и полнота заполнения медицинской документации	Да	Нет

Список литературы

1. Артюшкевич А.С. Воспалительные заболевания и травмы челюстно-лицевой области. Минск, Беларусь, 2001 г.
2. Аснина С.А. Сравнительная характеристика послеоперационного течения у больных после удаления ретенированных третьих моляров/ С.А. Аснина, Н.В.Шишкова, Л.Г. Мазур, Н.М. Лазарихина, А.Ю. Дробышев// Стоматология для всех/-2015.-№3.-С.24-26.
3. Афанасьев А.А. Хирургическая стоматология/В.В. Афанасьев.-Изд-во «ГЭОТАР-МЕДИА», 2015.-880с.11ё
4. В.М. Безрукова, Т. Г. Робустова Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, том 1. Москва, «Медицина», 2000 г.
5. Васильев Г.А., Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология.-1981.
6. Кулаков А.А., Робустова Т.Г., Неробеев А.И. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: национальное руководство.-2010.
7. Леус П.А., Горегляд А.А., Чудакова И.О. Заболевание зубов и полости рта.-1998.
8. Нагих, А.В. Эффективность электрохирургии в лечении перикоронита и гиперпластических образований слизистой оболочки полости рта: дисс. ...канд. Мед. наук: 14.00.21 / Нагих А.В.- Омск, 2007.- 124 с.
9. Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 56034-2014"Клинические рекомендации (протоколы лечения). Общие положения"(утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии Российской Федерации от 04.06.2014 г. N 503-ст).-М:Стандартформ, 2014.-17с.
10. 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.
11. Постановление Правительства Российской Федерации «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» от 05ноября 1997 г. № 1387 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).
12. Приказ Миинздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» от 07.12.2011 г.№1496н.
13. Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» от 27. декабря 2011 г. № 1664н.
14. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология.-2001.
15. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология.-2010.
16. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии.-2007.

17. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст. 6724).
18. Шалумов А.З. Лечение контрактуры височно-нижнечелюстного сустава, развившейся вследствие сочетанной черепно-лицевой травмы/ А.З. Шалумов, А.Э. Талыпов //Нейрохирургия, № 1, 2015.-№1.-С.87-89.
19. Шевела Т.В., Чижик Т. А. Хирургические методы лечения хронического перикоронита на амбулаторном приеме / //Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области.- 2016.- № 1 (12).-Том 1.- С.52-54.

Состав Рабочей группы

Председатель:

Китаева Е.Ю. – главный внештатный стоматолог Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики, главный врач государственного учреждения «Государственная региональная стоматологическая поликлиника имени В.М. Арестова».

Члены:

Голубова А.С. – заведующая Бендерским отделением государственного учреждения «Государственная региональная стоматологическая поликлиника имени В.М. Арестова»;

Фукс А.П. – заместитель главного врача государственного учреждения «Государственная региональная стоматологическая поликлиника имени В.М. Арестова»;

Черников О.А. – врач-стоматолог-ортопед государственного унитарного предприятия «Республиканская стоматология».

Конфликт интересов: конфликт интересов отсутствует.

Экспертизу проекта клинических рекомендаций провел эксперт по клиническому направлению (специальности) «Стоматология» **Вишнякова Т.Е.** – заместитель главного врача по лечебной работе государственного унитарного предприятия «Республиканская стоматология».

Конфликт интересов: конфликт интересов отсутствует.

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

Настоящие клинические рекомендации несут рекомендательный характер для организаторов здравоохранения и практикующих специалистов соответствующего клинического направления. Виды и объем медицинской помощи населению Приднестровской Молдавской Республики, в соответствии с данными клиническими рекомендациями, могут быть обеспечены за счет средств и в пределах лимитов финансирования, предусмотренных законами о республиканском бюджете, при наличии источников финансирования, а также других поступлений, не запрещенных действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики,

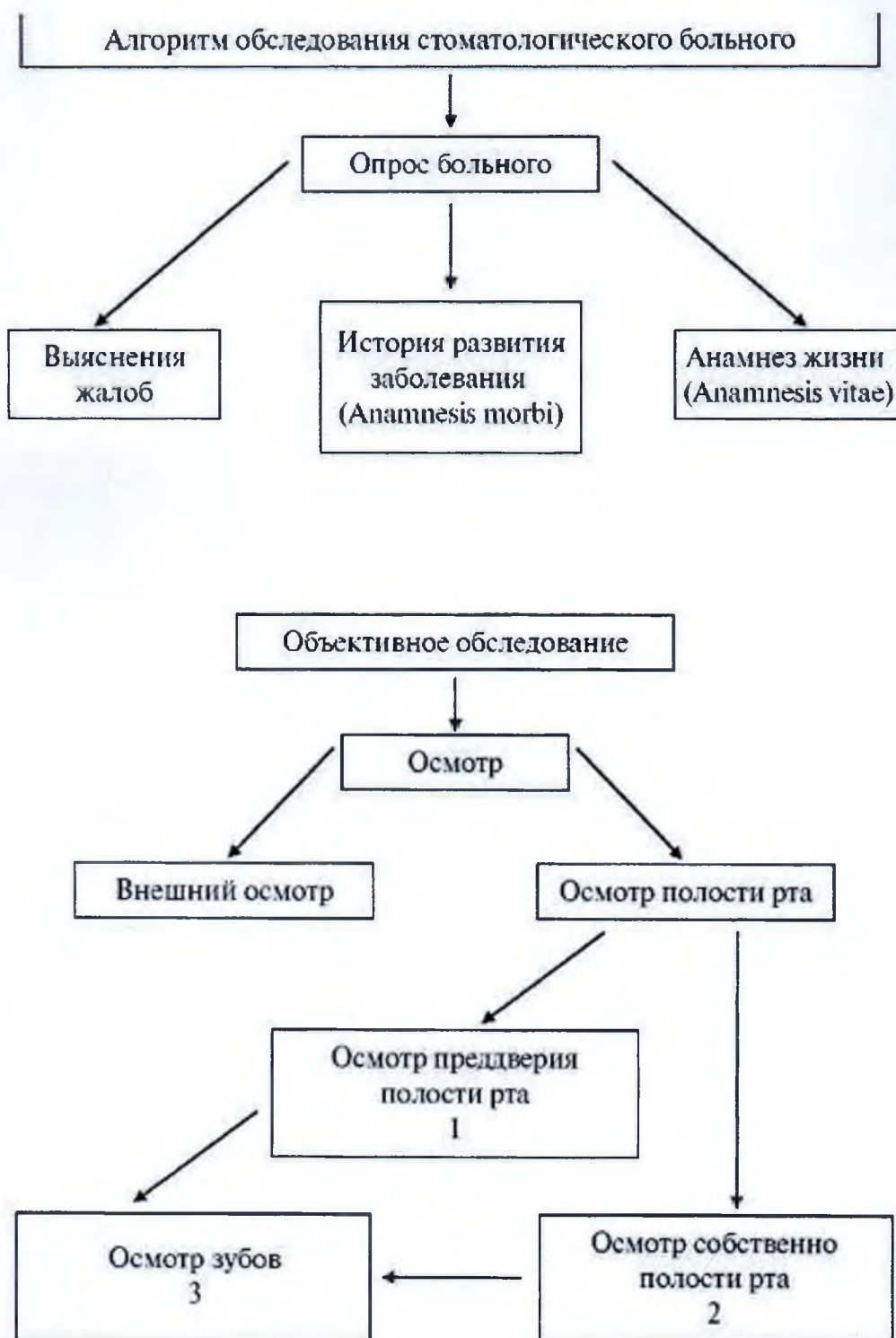
Объем диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяет лечащий врач, в соответствии с требованиями к объему исследований при определенных заболеваниях, состояниях, с учетом возможностей лечебно-профилактических организаций по предоставлению определенных видов исследований и лечения.

Актуализация данных клинических рекомендаций будет проводиться не реже, чем один раз в пять лет. Принятие решения об обновлении будет принято на основании предложений, представленных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями с учетом результатов комплексной оценки лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также результатов клинической апробации.

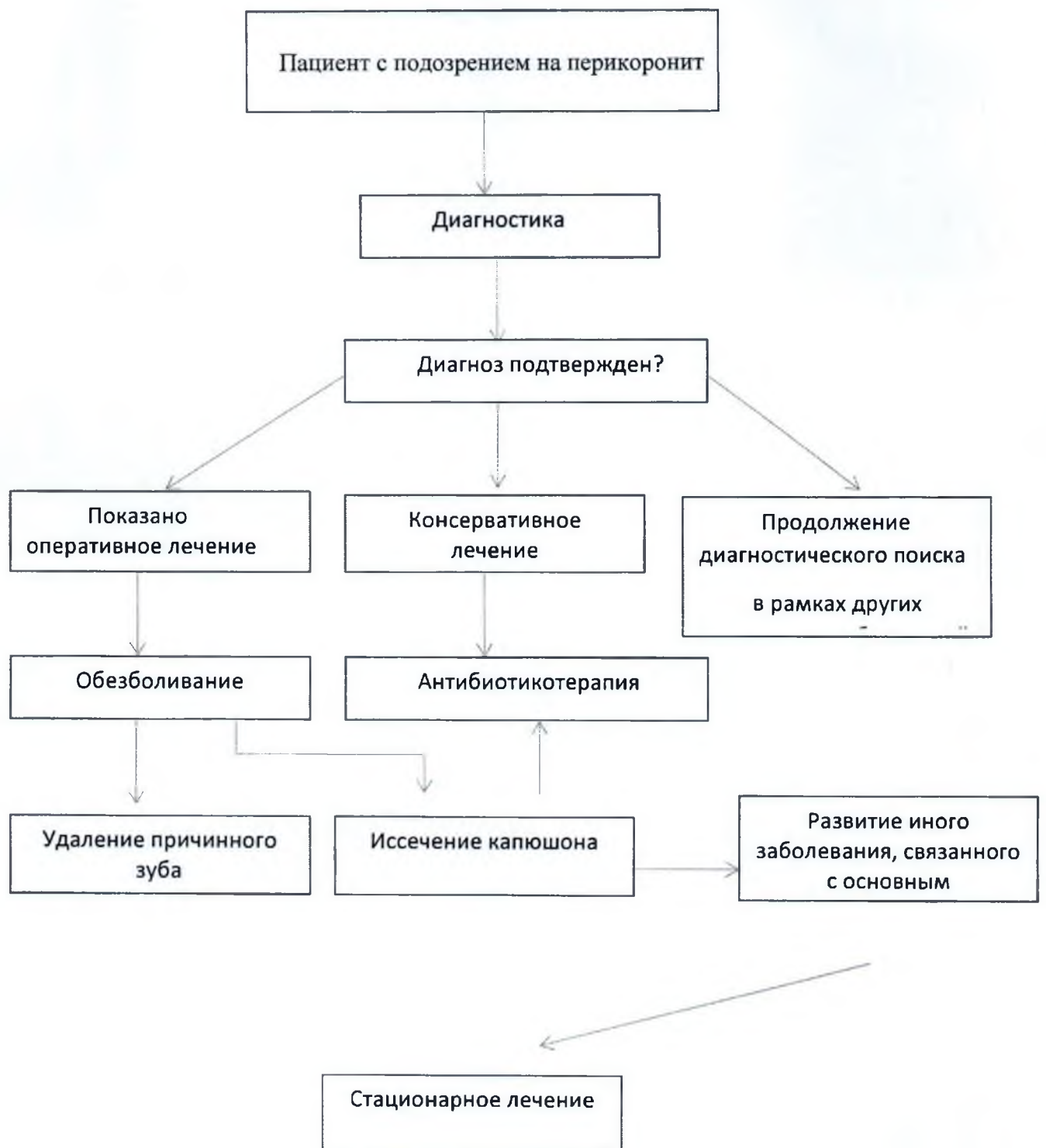
Настоящие клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативных правовых актов:

1. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года № 29-3 «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1) в действующей редакции;
2. Постановление Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 31 января 2020 года № 16 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи» (САЗ 20-6);
3. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 6 мая 2021 года № 363 «Об утверждении Порядка разработки и применения клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи» (регистрационный № 10285 от 3 июня 2021 года) (САЗ 21-22).

Алгоритмы действий врача



Алгоритм ведения пациента



Информация для пациента

После завершения хирургической процедуры:

- воздержаться от приема пищи в течение 2-3 часов после операции;
- не принимать горячую ванну, не посещать сауну в день операции, избегать перегревания организма;
- ограничить физические нагрузки;
- не прикладывать согревающие компрессы;
- воздержаться от приема алкоголя и курения;
- ротовые ванночки с антисептическим раствором 3 раза в день по 3-5 минут;
- медикаментозное лечение: через трое суток для ускорения заживления можно использовать кератопластические препараты;
- при возникновении припухлости, сильной боли или других необычных ощущений обязательно обратиться в клинику для осмотра ранее назначенного времени.