Клинические рекомендации

**Кисты, образовавшиеся в процессе формирования зубов (фолликулярная киста, одонтогенная киста, образовавшаяся в процессе формирования зубов)**

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: К09.00, К09.03, К09.09

Возрастная категория: дети

Год утверждения:

Разработчик клинической рекомендации:

1. Стоматологическая ассоциация России

**Оглавление**

[Список сокращений 4](#__RefHeading___Toc10497_2770555280)

[Термины и определения 5](#__RefHeading___Toc10499_2770555280)

[1. Краткая информация по заболеванию или состоянию 6](#__RefHeading___Toc10501_2770555280)

[1.1 Определение заболевания или состояния 6](#__RefHeading___Toc10503_2770555280)

[1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния 6](#__RefHeading___Toc10505_2770555280)

[1.3 Эпидемиология заболевания или состояния 6](#__RefHeading___Toc10507_2770555280)

[1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 6](#__RefHeading___Toc10509_2770555280)

[1.5.1. Классификация заболевания или состояния 6](#__RefHeading___Toc10511_2770555280)

[1.6 Клиническая картина заболевания или состояния 7](#__RefHeading___Toc10513_2770555280)

[2. Диагностика заболевания или состояния, медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики 7](#__RefHeading___Toc10515_2770555280)

[2.1 Жалобы и анамнез 8](#__RefHeading___Toc10517_2770555280)

[2.1.1 При сборе анамнеза необходимо учитывать: 8](#__RefHeading___Toc10519_2770555280)

[2.2 Физикальное обследование 8](#__RefHeading___Toc10521_2770555280)

[2.3 Лабораторные диагностические исследования 9](#__RefHeading___Toc10523_2770555280)

[2.4 Инструментальные диагностические исследования 9](#__RefHeading___Toc10525_2770555280)

[2.5 Иные диагностические исследования 10](#__RefHeading___Toc10527_2770555280)

[2.5.1. фото- и видеосъемка с помощью внутриротовой видеокамеры 10](#__RefHeading___Toc10529_2770555280)

[3. Лечение, включая медикаментозную и не медикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения 10](#__RefHeading___Toc10531_2770555280)

[3.1 Консервативное лечение 10](#__RefHeading___Toc10533_2770555280)

[3.2 Хирургическое лечение 10](#__RefHeading___Toc10535_2770555280)

[3.2.1. Алгоритм и особенности проведения хирургического вмешательства 11](#__RefHeading___Toc10537_2770555280)

[3.2.2. Осложнения во время операции и послеоперационном периоде 11](#__RefHeading___Toc10539_2770555280)

[4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации 12](#__RefHeading___Toc10541_2770555280)

[5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики 12](#__RefHeading___Toc10543_2770555280)

[5.1 Профилактика 12](#__RefHeading___Toc10545_2770555280)

[5.2 Диспансеризация 13](#__RefHeading___Toc10547_2770555280)

[6. Организация оказания медицинской помощи 13](#__RefHeading___Toc10549_2770555280)

[7. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания 13](#__RefHeading___Toc10551_2770555280)

[Критерии оценки качества медицинской помощи 14](#__RefHeading___Toc10553_2770555280)

[Список литературы 16](#__RefHeading___Toc10555_2770555280)

[Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций 17](#__RefHeading___Toc10557_2770555280)

[Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций 18](#__RefHeading___Toc10559_2770555280)

[Приложение В Информация для пациента 21](#__RefHeading___Toc10561_2770555280)

# Список сокращений

МКБ 10 - международная классификация болезней 10-го пересмотра

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

ЗЧС - зубочелюстная система

ЗЧА - зубочелюстные аномалии

ЦНС - центральная нервная система

ЭО - эмалевый орган

ЗЗ - зачаток зуба

СКЗ - сверхкомплектный зуб

ЭОД - электроодонтодиагностика

# Термины и определения

**Киста -** опухолеподобное, полостное, доброкачественного характера образование, локализующееся в костных или мягких тканях, имеющее жидкое или полужидкое содержимое. Внутренняя поверхность оболочки кисты выстлана многослойным плоским эпителием, снаружи покрыта слоем фиброзной, соединительной ткани.

**Зубной зачаток -** обособленное тканевое образование, из которого в эмбриогенезе формируется зуб; состоит из зубного (эмалевого) органа, зубного сосочка и зубного мешочка.

**Эмалевый орган** - часть зубного зачатка состоящая из эпителиальных клеток.

**Зубной сосочек -** часть зубного зачатка в виде компактного скопления мезенхимных кле­ток, окруженных эмалевым органом.

**Зубной мешочек** – часть зубного зачатка состоящая из мезенхимальных клеток, окружающих эмалевый орган и образующие оболочку зубного зачатка.

**Зубосодержащая (фолликулярная) киста -** развивается из эмалевого органа непрорезавшегося зуба, преимущественно третьего моляра или клыка.

**Одонтогенная киста -** возникает в результате спонтанной пролиферации одонтогенных эпителиальных остатков, сохранившихся внутри челюстей и десен.

**Эпителиальные кисты -** различают кистыэволюционного (пороки развития челюстей и зачатков зубов) и воспалительного генеза (от молочных и постоянных зубов).

**Десневая киста** - киста, развивающаяся из зубообразующей пластинки (служит основой для формирования молочных и постоянных зубов) в результате нарушения ее пролиферации.

**Узелок Бона (киста новорожденного)** - эпителиальные кисты у детей до 3 - х месяцев, расположенные на щечных и язычных поверхностях альвеолярного отростка верхней и/или нижней челюсти. Представляют собой остатки тканей слизистых желез.

**Фолликул -** полость, в которой происходит закладка и развитие зуба.

**Третий моляр (“зуб мудрости”) -** зуб постоянного зубного ряда, расположенный за вторым моляром. “Зубом мудрости” он называется из - за того, что прорезывание происходит в старшем школьном или еще более позднем периоде жизни человека.

**Клык -** третий от центральной линии по счету зуб зубного ряда, расположенный сразу за резцами.

**Ретенция -** задержка прорезывания сформированного зуба.

**Дистопия** - неправильное положение зуба, возникающее в процессе его прорезывания.

**Сверхкомплектный зуб** - это стоматологическая аномалия, которая определяется как присутствие зуба или любой ткани зуба сверх набора 20 молочных и 32 постоянных зубов.

# 1. Краткая информация по заболеванию или состоянию

## 1.1 Определение заболевания или состояния

**Фолликулярная киста** – это внутрикостное полостное ретенционное образование, которое обусловлено нарушением развития зубного фолликула.

**Одонтогенные кисты, образовавшиеся в процессе формирования зубов:**

**Десневая киста** - киста, развивающаяся из зубообразующей пластинки (служит основой для формирования молочных и постоянных зубов) в результате нарушения ее пролиферации.

**Узелок Бона (киста новорожденного)** - эпителиальные кисты у детей до 3 - х месяцев, расположенные на щечных и язычных поверхностях альвеолярного отростка верхней и/или нижней челюсти. Представляют собой остатки тканей слизистых желез. [1, 5]

## 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния

Фолликулярная киста – заболевание врожденное. Формирование кисты происходит после дифференцировки твердых тканей зачатка зуба вследствие кистозной дегенерации эпителия эмалевого органа, окружающего коронку зуба.

Десневая киста, киста новорожденного, узелок Бона - заболевание врожденное.Развитие кисты происходит из зубообразующей пластинки в результате нарушения ее пролиферации. [1, 5]

## 1.3 Эпидемиология заболевания или состояния

Распространенность фолликулярных кист составляет 8% от общего числа больных с кистами челюстей. [2]

## 1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

*Международная классификация стоматологических болезней МКБ-10*

К09.0 Кисты, образовавшиеся в процессе формирования зубов

К09.03 Фолликулярная киста

К09.09 Одонтогенная киста, образовавшаяся в процессе формирования зубов неуточненная

## Классификация заболевания или состояния

* + дентальная - одонтогенная киста, окружающая непрорезавшийся зуб (обычно содержит коронку нормально сформированного зуба);
  + киста прорезывания - фолликулярная киста, представленная расширением пространства около коронки прорезывающегося (молочного или постоянного) зуба у детей.
  + десневая - эпителиальная киста, расположенная на слизистой оболочке верхней или нижней челюсти, заполнена кератином. [1]

## 1.6 Клиническая картина заболевания или состояния

При наличии узелка Бона родители ребенка обращают внимание на образование округлой формы, диаметром 1 - 3мм, с гладкой поверхностью, белесоватого цвета.

При наличии фолликулярной кисты клиническая картина определяется видом, локализацией, размерами кисты, наличием или отсутствием осложнений в виде нагноения кисты, патологического перелома челюстей.

При кистах небольшого размера жалобы могут отсутствовать. Появление жалоб обычно связано с возникновением деформации челюсти, подвижностью зубов, патологическим переломом. Жалобы могут быть на обострение воспалительных явлений, нагноение кист, “припухание” десны, общее недомогание, ощущение “инородного” тела, затруднение носового дыхания. Жалобы на чувство тяжести в средней зоне лица, головную боль на стороне поражения характерны для нагноившейся кисты, прорастающей в верхнечелюстную пазуху. В ряде случаев беспокоит чувство онемения или покалывания в области угла рта, участков слизистой оболочки альвеолярного отростка. Эти жалобы связаны с компрессией кистой ствола нижнего альвеолярного нерва. [1, 5]

# 2. Диагностика заболевания или состояния, медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

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

Диагностика десневой кисты включает тщательный опрос родителей и осмотр ребенка.

Диагностика фолликулярной кисты включает сбор анамнеза, клинический осмотр, опрос ребенка (по достижении 4 - летнего возраста) и дополнительные методы обследования.

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.

## 2.1 Жалобы и анамнез

### 2.1.1 При сборе анамнеза необходимо учитывать:

* возраст ребенка;
* наличие сопутствующей патологии;
* жалобы пациента;
* давность и динамика 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. [3]

## 2.2 Физикальное обследование

При физикальном обследовании устанавливается наличие припухлости, увеличение регионарных лимфатических узлов, выбухания кортикальной пластинки, подвижность зубов, изменения слизистой оболочки. В зависимости от клинической картины 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, языка, уздечки языка, дна полости рта (выявление явлений воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта, выявления рубцов уздечки языка 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. [3]

## 2.3 Лабораторные диагностические исследования

После выявления фолликулярных кист при подозрении на малигнизацию проводится цитологическое исследование пунктата. [1]

## 2.4 Инструментальные диагностические исследования

Для выявления фолликулярных кист используют:

* прицельную рентгенографию;
* боковой снимок;
* внутриротовой снимок “на прикус”;
* снимок околоносовых пазух;
* снимок черепа в прямой проекции;
* передний снимок нижней челюсти
* обзорную рентгенографию;
* компьютерную томографию;
* ЭОД. [1]

**Уровень убедительности B (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, визуализировать результаты исследования на экране, обсудить их с пациентом и его представителями, произвести фотографирование непосредственно в полости рта.

**Уровень убедительности B (уровень достоверности доказательств – 2)**

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

Существует три основных вида оперативных вмешательств по поводу одонтогенных кист челюстей:

* цистотомия;
* цистэктомия (закрытый и открытый способ ведения костной раны);
* цистотомия [1]

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

## 3.1 Консервативное лечение

При наличии десневой кисты у новорожденного рекомендовано наблюдение за образованием, самостоятельная резорбция кисты происходит до 3 месяцев жизни ребенка.

Консервативное методы лечения при фолликулярных кистах не предусмотрены [1, 5, 6].

**Уровень убедительности B (уровень достоверности доказательств – 2)**

## 3.2 Хирургическое лечение

Существует несколько видов операций:

* цистотомия;
* цистэктомия;
* цистостомия [1]

**Уровень убедительности B (уровень достоверности доказательств – 2)**

**Комментарии.**

### 3.2.1. Алгоритм и особенности проведения хирургического вмешательства

*Перед проведением вмешательства проводится анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая). 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 проведения анестезии для предотвращения травматических повреждений слизистой оболочки полости рта.*
* цистостомия - рассечение стенки кисты с целью эвакуации ее содержимого. Эту операцию производят по экстренным показаниям при остром гнойно - воспалительном процессе. После стихания острых воспалительных явлений края раны сближаются (срастаются), отток содержимого кисты прекращается, то есть вновь включаются механизмы роста кисты или образуется свищевой ход;
* цистэктомия - удаление всей эпителиально - соединительной выстилки (оболочки кисты) костной полости. Операция завершается сближением краев раны слизистой оболочки альвеолярного отростка (закрытый способ ведения костной раны) либо костную полость заполняют тампоном (открытый способ);
* цистотомия - удаление (иссечение) части стенки кисты и создание условий для длительного сообщения (с полостью рта, полостью носа, верхнечелюстной пазухой), устраняющего основной механизм роста кисты - повышении гидростатического давления. [1]

### 3.2.2. Осложнения во время операции и послеоперационном периоде

* возникновение кровотечения из нижней альвеолярной артерии;
* повреждение нижнего альвеолярного нерва и, как следствие, возникновении парестезии в послеоперационном периоде;
* при проведении операции на верхней челюсти - перфорация дна гайморовой пазухи;
* перелом инструмента;
* перелом нижней челюсти [1].

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

После проведения хирургического лечения необходимо:

* после вмешательства ребенку рекомендуется сразу приложить холод на кожные покровы в проекции послеоперационной области;
* если операция проходила в амбулаторных условиях детям дают обезболивающее и рекомендуют съесть мороженое (лизать языком), просят соблюдать охранительный режим молчания в первые сутки после операции. Следует избегать физических нагрузок в первую неделю после операции;
* детям и родителям разъясняют правила и режим антисептической обработки послеоперационной области и способы проведения гигиенических процедур полости рта;
* назначается повторные осмотр через 7 дней. [3, 4]

**Уровень убедительности B (уровень достоверности доказательств – 2)**

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

## 5.1 Профилактика

Исходя из современных представлений о возникновении и диагностики кист, образовавшихся в процессе формирования зубов, профилактика должна осуществляться по нескольким направлениям:

* исключение патологических экзогенных и эндогенных факторов, влияющих на женщину во время беременности;
* своевременная диагностика кист врачами - стоматологами при проведении плановых профилактических осмотров;
* организация врачом стоматологом - терапевтом консультации врача стоматолога - хирурга для детей с подозрением на наличие кист;
* своевременное выявление врачами стоматологами - терапевтами детей с патологией ЗЧС и ЗЧА и направление их на консультацию к врачу ортодонту;
* при необходимости, организация врачом стоматологом - терапевтом совместной консультации пациента несколькими специалистами (врачом челюстно - лицевым хирургом, врачом стоматологом - хирургом, врачом ортодонтом). [3, 4]

## 5.2 Диспансеризация

Дети с десневыми кистами нуждаются в диспансерном наблюдении только при изменении размера или цвета образования.

Дети с фолликулярными кистами должны быть поставлены на диспансерный учет и осмотр их должен осуществляться на каждом этапе лечения и восстановления и 1 раз в год в послеоперационном периоде. [3, 4]

**Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)**

# 6. Организация оказания медицинской помощи

Показания для плановой госпитализации в медицинскую организацию:

1. малый размер кисты;
2. отсутствие воспалительного процесса;
3. необходимость дополнительного обследования ребенка.

Показания для экстренной госпитализации в медицинскую организацию:

1. большой размер кисты;
2. угроза перелома челюсти;
3. острый воспалительный процесс;
4. состояния, угрожающие жизни ребенка.

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

1. отсутствие воспалительных процессов;
2. удовлетворительное состояние и самочувствие ребенка;
3. эпителизация послеоперационной раны;
4. отсутствие осложнений.

# 7. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

**Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации**

Детям после проведения операции по поводу удаления фолликулярных кист рекомендуется первые 2 часа после хирургического вмешательства не полоскать полость рта, не есть, далее в течение дня не употреблять горячую пищу во избежание появления болевых ощущений, а также не выполнять тяжелые физические упражнения. Начиная со второго дня после операции после еды, 3 раза в день следует проводить обработку послеоперационной области антисептическими растворами. Через 7 дней необходимо явиться на перевязку и осмотр к оперирующему врачу. План дальнейших перевязок и осмотров врач определяет индивидуально для каждого пациента. Далее, при необходимости, ребенок направляется на консультацию к врачу-ортодонту для определения показаний к восстановлению и/или исправлению имеющейся ЗЧА. Рекомендуется посещать врача стоматолога 2 раза в год.

После проведенного вмешательства в первые сутки рекомендуется ребенку соблюдать охранительный режим и есть мороженое. Родители ребенка должны быть предупреждены о необходимости немедленного обращения при появлении признаков воспалительного процесса. [3, 4]

# Критерии оценки качества медицинской помощи

Группа заболеваний или состояний:Кисты, образовавшиеся в процессе формирования зубов

Код/коды по МКБ-10 К09.00, К09.03, К09.09

Формы, виды и условия оказания медицинской помощи:

* обращение в поликлинику с целью консультации;
* плановое лечение в поликлинике;
* лечение в условиях стационара под общим обезболиванием.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Критерии качества** | **Уровень достоверности доказательств** | **Уровень убедительности рекомендаций** |
| **1.** | **Событийные (смысловые, содержательные, процессуальные) критерии качества** |  | |
| 1.1 | Проводилось ли при постановке диагноза: |  | |
| 1.1.1 | сбор анамнеза, выявление причинных факторов заболевания | 2 | Б |
| 1.1.2 | внешний осмотр | 2 | B |
| 1.1.3 | осмотр полости рта | 2 | B |
| 1.1.4 | определение подвижности зубов | 2 | Б |
| 1.1.5 | рентгенологическое обследование | 1 | А |
| 1.2 | Проводилось ли в ходе лечебных мероприятий: |  | |
| 1.2.1 | местное или общее обезболивание | 2 | В |
| 1.2.2 | вскрытие полости кисты | 2 | A |
| 1.2.3 | удаление оболочки кисты | 2 | Б |
| 1.2.4 | мобилизация краев раны | 3 | Б |
| 1.2.5 | накладывание швов или тампонада йодоформным тампоном | 2 | Б |
| 1.2.6 | гемостаз | 2 | Б |
| 1.2.7 | назначение повторного приема | 1 | А |
| **2.** | **Временные критерии качества** |  | |
| 2.1 | Устранение кисты | 2 | Б |
| 2.2 | Сохранность целостности сосудов и нервов | 2 | Б |
| 2.3 | Проведение контрольного осмотра | 1 | А |
| 2.4 | Введение лекарственных препаратов, обладающих анальгезирующим эффектом | 2 | Б |
| 2.5 | Повторные перевязки | 2 | Б |
| 2.6 | Наличие рекомендаций о необходимости работы с ортодонтом | 2 | Б |
| **3.** | **Результативные критерии качества** |  | |
| 3.1 | Восстановление костной ткани | 1 | А |
| 3.2 | Устранение воспалительных процессов | 2 | Б |
| 3.3 | Устранение патологических переломов | 2 | Б |
| 3.4 | Наличие рекомендаций о необходимости профилактического осмотра 2 раза в год | 1 | А |
| **4.** | **Дополнительные критерии** |  | |
| 4.1 | Правильность и полнота заполнения медицинской документации | 1 | А |
| 4.2 | Отсутствие осложнений после проведения местной анестезии | 1 | А |
| 4.3 | Отсутствие послеоперационного отека | 2 | Б |
| 4.4 | Отсутствие послеоперационных осложнений | 2 | Б |
| 4.5 | Отсутствие послеоперационного рубца, либо его минимальный размер | 2 | Б |
| 4.6 | Наличие рекомендаций о способах устранения ЗЧА | 2 | Б |

# Список литературы

1. Соловьев М. М., Семенов Г. М., Галецкий Д. В. Оперативное лечение одонтогенных кист: руководство для врачей - С - П.: СпецЛит, 2004; 129 с.
2. Афанасьев В. В. Хирургическая стоматология: учебник - М. ГЭОТАР-Медиа, 2011; 880 с.
3. Янушевич О. О., Кисельникова Л. П., Топольницкий О. З. Детская стоматология: учебник – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2017; с.538 - 544.
4. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста. - М.: Медицина, 2003; 639 с.
5. Мак — Дональд Р., Эйвери Д. Стоматология детей и подростков. - М.: Медицинское информационное агенство, 2003; 766 с.
6. Камерон А., Уидмера Р. Справочник по детской стоматологии - М.: МЕДпресс - информ, 2003; с. 239 - 245.

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

**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 Панаетовна** - 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 31.08.72
* Врачи-стоматологи-терапевты 31.08.73
* Врачи - стоматологи - хирурги 31.08.74
* Врачи-стоматологи детские 31.08.76
* Врачи-ортодонты 31.08.77

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

|  |  |
| --- | --- |
| **УДД** | **Расшифровка** |
| 1 | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета - анализа |
| 2 | Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандоминизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандоминизированных клинических исследований, с применением мета - анализа |
| 3 | Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или рандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая |
| 5 | Имеются лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **УДД** | **Расшифровка** |
| 1 | Систематический обзор РКИ с применением мета - анализа |
| 2 | Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета - анализа |
| 3 | Нерандоминизированные сравнительные исследования, в т. ч. когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай - контроль» |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов |

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

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

**Порядок обновления клинических рекомендаций** – пересмотр 1 раз в 3 года, 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, на не чаще 1 раза в 6 месяцев.

**Приложение Б. Алгоритмы действий врача**

Пациент, с подозрением на кисту

Диагностика

Осмотр

Опрос

Диагноз подтвержден?

Поиск других причин или снятие диагноза

Нет Да

Лечение

Консервативное лечение

Есть ли показания к хирургическому лечению?

Проведение хирургического вмешательства

Да Нет

Диспансерное наблюдение

Реабилитация

Достигнут ли положительный результат?

Нет Да

Есть ли рецидив заболевания?

Да Нет

# Приложение В Информация для пациента

* 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;
* в первые сутки после операции рекомендовано соблюдать охранительный режим.