



**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRINING  
BUYRUG‘I**

20 24 yil “09-” sentabr

№ 290

Toshkent sh.

**Davolash profilaktika muassasalari uchun Milliy klinik protokol va Milliy klinik standartlarni tasdiqlash hamda tibbiyot amaliyotiga joriy etish to‘g‘risida**

O‘zbekiston Respublikasi Prezidenti huzurida 2024-yil 5-fevralda bo‘lib o‘tgan 9-son yig‘ilish bayonida berilgan xalqaro tajriba asosida 300 ta klinik protokol va standartlarni ishlab chiqish topshirig‘i ijrosini ta‘minlash maqsadida, **buyuraman:**

1. Davolash profilaktika muassasalarida ko‘rsatiladigan ambulator, statsionar yordam xususiyatlari hamda tibbiy yordam ko‘rsatish hajmidan kelib chiqib 38 ta tibbiyot yo‘nalishlaridan 110 ta nozologiyalari bo‘yicha xorijiy tajriba asosida ishlab chiqilgan Milliy klinik protokollar **ro‘yxati 1-ilovaga;**

2. Sog‘liqni saqlash vazirligining joriy yil 29-martdagi 107-son hamda 14-iyundagi 195-son buyruqlari bilan tasdiqlangan 31 ta tibbiyot yo‘nalishlaridan 71 ta nozologiyalar bo‘yicha Milliy klinik protokollarga muvofiq ishlab chiqilgan Milliy klinik standartlar **ro‘yxati 2-ilovaga muvofiq tasdiqlansin.**

3. Tibbiy yordamni tashkillashtirish departamenti (U.Gaziyeva), Onalik va bolalikni muhofaza qilish boshqarmasi (F.A.Fozilova), Xususiy tibbiyot va tibbiy turizmni rivojlantirish bo‘limi (Sh.Gulyamov), Tibbiy sug‘urta boshqarmasi (Sh.Almardanov), Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish bo‘limi (S.Ubaydullayeva), Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari, Tibbiyot oliy ta‘lim muassasalari rahbarlari, Sog‘liqni saqlash vazirligining Bosh mutaxassis (konsultant)lari:

mazkur buyruqning 1- va 2-ilovalaridagi Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni barcha davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalariga yetkazilishi ta‘minlansin.

4. Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish bo‘limi (S.Ubaydullayeva), Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari, Tibbiyot oliy ta‘lim muassasalari rahbarlari, Sog‘liqni saqlash vazirligining Bosh mutaxassis (konsultant)lari,

Barcha davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalarida ko‘rsatiladigan ambulator va statsionar yordam xususiyatlari hamda tibbiy yordam ko‘rsatish hajmidan kelib chiqib 3 oy muddatda 1-ilovadagi 38 ta tibbiyot

yo'nalishlaridan 110 ta nozologiyalari bo'yicha ishlab chiqilgan Milliy klinik protokollarga muvofiq Milliy klinik standartlari ishlab chiqilsin va tasdiqlansin;

**2025-yil 10-yanvarga qadar** mazkur buyruqning ilovalarida keltirilgan nozologiyalar bo'yicha ishlab chiqilgan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni barcha davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalarining amaliyotiga bosqichma-bosqich joriy qilinsin, **bunda:**

Sog'liqni saqlash vazirining 2024-yil 23-fevraldagi 52-son buyrug'idagi Metodologiyaning ikkinchi bosqichiga muvofiq mazkur buyruq bilan tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarning mazmun mohiyati yuzasidan onlayn/oflayn o'quv-seminarlar, master-klasslar o'tkazilsin;

Metodologiyaning uchinchi bosqichiga muvofiq mazkur buyruq bilan tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarga bo'yicha tashxislash va davolash jarayonini olib borishni yo'lga qo'yish maqsadida baholash va monitoringni o'tkazish orqali amaliy yordam ko'rsatish ishlari olib borilsin.

5. Fan-ta'lim va innovatsiyalar boshqarmasi (O'.Ismailov) tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni 2025-2026 o'quv yilidan boshlab O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tizimidagi tibbiy oliy ta'lim muassasalarining bakalavriat, magistratura, klinik ordinatura bosqichlari, shuningdek shifokorlarni qayta tayyorlash va malakasini oshirish bo'yicha o'quv dasturlariga kiritilgan holda ta'lim jarayonini tashkil qilinishini ta'minlasin.

6. Qoraqalpog'iston Respublikasi sog'liqni saqlash vaziri, viloyatlar va Toshkent shahar sog'liqni saqlash boshqarmalari boshliqlariga mazkur buyruq bilan tasdiqlangan nozologiyalar bo'yicha Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalarida amaliyotga joriy etilishini nazorat qilish vazifasi yuklatilsin.

7. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tasarrufidagi barcha davolash-profilaktika muassasalari hamda respublika tibbiyot oliy ta'lim muassasalari rahbarlari Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni ishlab chiqish, amaliyotga joriy qilish yuzasidan o'quv seminarlar o'tkazish va monitoring jarayonlariga jalb etilgan mutaxassislariga yetarli shart-sharoit yaratish, qonunchilikda belgilangan tartibda rag'batlantirib borish choralari ko'rsin.

8. Nazorat inspeksiyasi (A.Alijonov) rejali va rejadan tashqari tekshirishlarda tasdiqlangan nozologiyalar bo'yicha Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarning tibbiyot amaliyotiga joriy etilishi hamda ularga rioya qilinishi ustidan nazorat o'rnatish vazifasi yuklatilsin.

9. Raqamli texnologiyalarni joriy etish va muvofiqlashtirish bo'limi (N.Eshnazarov) tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni vazirlikning rasmiy veb-saytiga joylashtirish choralari ko'rsin.

10. Matbuot xizmati bo'limi (F.Sanayev) tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni mazmun mohiyatini ommaviy axborot vositalari orqali targ'ibot qilishni ta'minlasin.

11. Mazkur buyruq qabul qilinishi munosabati bilan Sog'liqni saqlash vazirining 2023-yil 13-dekabrda "Davolash profilaktika muassasalari uchun klinik protokollar va standartlarni tasdiqlash to'g'risida"gi 322-son buyrug'i o'z kuchini yoqotgan deb topilsin.

12. O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirining 2021-yil 30-noyabrda "Davolash-profilaktika muassasalari uchun klinik bayonnomalar hamda kasalliklarni tashxislash va davolash standartlarini tasdiqlash to'g'risida"gi 273-son buyrug'ining tegishli ilovalaridagi nozologiyalari mazkur buyruqning 3-ilovasidagi klinik protokollar va standartlari nozologiyalarining ro'yhati joriy yilning 20-noyabridan boshlab o'z kuchini yoqotgan deb topilsin.

13. Mazkur buyruq ijrosining nazorati vazir o'rinbosari F.Sharipov zimmasiga yuklansin.

**Vazir v.b.**



**A.Xudayarov**

Приложение 1  
к приказу № 290  
от «9» сентября 2024 года  
Министерства здравоохранения  
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО  
НОЗОЛОГИИ « БОЛЕЗНИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ »**

**Ташкент 2024**

«СОГЛАСОВАНО»  
Ректор Ташкентского государственного  
стоматологического института  
Н. Қ. Айдаров  
\_\_\_\_\_ год

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ПО НОЗОЛОГИИ « БОЛЕЗНИ  
ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ »**

ТАШКЕНТ 2024

## **СОДЕРЖАНИЕ**

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПОКАЗАНИЙ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРОРЕЗЫВАНИИ ЗУБОВ.....	5
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРОРЕЗЫВАНИИ ЗУБОВ.....	19
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРОРЕЗЫВАНИИ ЗУБОВ .....	34

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ПОКАЗАНИЙ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К  
ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ НОЗОЛОГИИ  
«БОЛЕЗНИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ»**

**Ташкент 2024**

**1. Введение: Болезни прорезывания зубов** – это ретенция, полуретенция и дистопия зубов пациентов с показанием удалению или ортодонтическому лечению зубов.

1) коды МКБ -10:

<b>Код</b>	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=10003">https://mkb-10.com/index.php?pid=10003</a>
<b>K00</b>	<b>Нарушения развития и прорезывания зубов</b>
<b>K01.0</b>	<b>Ретенированные зубы</b>
<b>K01.1</b>	<b>Импактные зубы</b>

**Дата разработки и пересмотра протокола:** 2024 год, дата пересмотра 2027 год или при появлении новых основных доказательств. Все изменения, внесенные в представленной рекомендации, будут опубликованы в соответствующих документах

**Учреждение ответственное за настоящий клинический протокол и и разработку стандартов :** Ташкентский Государственный Стоматологический Институт (ТГСИ)

**В разработку клинического протокола и стандарта внесли свой вклад:**

Члены рабочей группы в области стоматологии по организации процедуры:

1. Шомуродов К.Э. – проректор по науке и инновациям ТГСИ, профессор.
2. Хасанов А.И. - доцент кафедры детской челюстно-лицевой хирургии ТГСИ.
3. Азимов А.М.- заведующий кафедрой «Хирургической стоматологии и дентальной имплантологии» ТГСИ, доцент.

**Список авторов:**

**Мукимов О.А.-** кафедра «Хирургической стоматологии и дентальной имплантологии» ТГСИ, доцент.

**Маннанов Ж.Ж.-** кафедра «Хирургической стоматологии и дентальной имплантологии» ТГСИ, ассистент.

**Дусмухамедов Ш.М.-** кафедра «Хирургической стоматологии и дентальной имплантологии» ТГСИ, ассистент.

**Рецензенты:**

**Абдуллаев Ш.Ю. -** профессор, заведующий кафедрой Заболевания и травмы лица.

**Джонибекова Розия Наджмиддинова –** заведующая кафедрой челюстно-лицевой хирургии Таджикского государственного медицинского университета «Абу Али ибн Сина», к.м.н., доцент

Клинический протокол был обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформальной договоренности на итоговом заседании рабочей группы с участием профессоров и преподавателей высших учебных заведений, членов Ассоциации стоматологов Узбекистана, организаторов здравоохранения и главных врачей-стоматологов регионов. Учреждения системы стоматологического обслуживания в онлайн-формате Протокол № 2 от 7 апреля 2023 года.

Этот клинический протокол и стандарт был разработан Заместителем министра, доктор медицинских наук Шарипов Ф.Р., руководитель управления медицинского страхования Алмарданов Ш.Г., руководитель отдела разработки клинических протоколов и стандартов, доктор медицинских наук. Убайдуллаева С.А., главные специалисты отдела разработки

клинических протоколов и стандартов Нуримов Ш.Р., Джумаева Г.Т. с использованием организационных и методических методов

### Список сокращений

ТГСИ	Ташкентский государственный стоматологический институт
ЦРПКМРТ	Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников в Ташкенте

Пользователи протокола по данной нозологии

1. Челюстно-лицевой хирург;
2. Хирург-стоматолог;
3. Общий стоматолог;
4. Врачи неотложной и неотложной помощи
5. Организаторы здравоохранения;
6. Студенты, клинические руководители, аспиранты, преподаватели медицинских вузов;

**Категории пациентов:** Пациенты имеющие показания к удалению зуба

Таблица 1

### 9) Шкала степень достоверности

**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 рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных 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 нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для 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	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

**Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств**

УУР	Расшифровка
<b>A</b>	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
<b>B</b>	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)
<b>C</b>	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)

## 2. Основная часть

### 2.1. Введение

Клинические рекомендации (протокол лечения) по ретенции, полуретенции и дистопии зубов разработаны для решения следующих задач: - диагностика пациентов с показанием удаление зубов;

- унификация разработки базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация оказания медицинской помощи пациентам после удаления зубов;

- обеспечение оптимального объема, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинской организации. Область применения настоящих клинических рекомендаций - медицинские организации всех уровней и организационно-правовых форм, оказывающие медицинскую стоматологическую помощь.

Операцию по удалению ретенированных, полуретенированных и дистопированных зубов проводят при острых и хронических воспалениях, переломах зубов, челюстей, переломах альвеолярного отростка, по ортодонтическим, по ортопедическим показаниям а так же одонтогенных опухолях.

[https://www.bsmu.by/upload/docs/kafedri/k\\_stom\\_hir/stud/m2.pdf](https://www.bsmu.by/upload/docs/kafedri/k_stom_hir/stud/m2.pdf)

### 2.2. Описание:

1. Ретенированным называется зуб, находящийся в толще костной ткани челюсти, не прорезавшийся в обычные сроки.
2. Полуретенированным называется зуб, не полностью прорезавшийся через костную ткань или слизистую оболочку.
3. Дистопированными называются зубы, расположенные вне зубной дуги, как прорезавшиеся, так и ретенированные и полуретенированные  
[https://www.bsmu.by/upload/docs/kafedri/k\\_stom\\_hir/stud/m2.pdf](https://www.bsmu.by/upload/docs/kafedri/k_stom_hir/stud/m2.pdf)

### **К07.3 Аномалии положения зубов**

#### **К01.0 Аномалии соотношений зубных дуг**

**Классификация болезней прорезывания зубов по Т. Г. Робустовой (2000 г.) следующая:**

1. Затрудненное прорезывание зуба.
2. Неправильное положение зуба (смещение, возникшее в результате прорезывания) (дистопированный зуб).
3. Неполное прорезывание зуба через костную ткань челюсти или слизистую оболочку (полуретенированный зуб).
4. Задержка прорезывания полностью сформированного зуба через компактную пластинку челюсти (ретенированный зуб).

**Классификация болезней прорезывания зубов по А. Г. Шаргородскому (2000 г.) выглядит следующим образом:**

1. Ретенированным называется зуб, находящийся в толще костной ткани челюсти, не прорезавшийся в обычные сроки.
2. Полуретенированным называется зуб, не полностью прорезавшийся через костную ткань или слизистую оболочку.
3. Дистопированными называются зубы, расположенные вне зубной дуги, как прорезавшиеся, так и ретенированные и полуретенированные.

Аномальное положение зубного зачатка, а также различные эндогенные и экзогенные патологические воздействия на зубочелюстную систему могут явиться причиной аномалии положения сформировавшегося зуба, а также приводить к задержке его прорезывания.

**По выраженности угла наклона ретенированных зубов выделяют 3 степени:**

I степень наклона продольных осей комплектных ретенированных зубов к горизонтальной линии (передних) или к окклюзионной плоскости (боковых): – до 105°;

II степень – от 105° до 120°;

III степень – более 120°.

Уровни расположения ретенированных зубов в альвеолярном отростке верхней челюсти определяют, проведя 2 горизонтальные линии: через точки ANS и Pr (простион – наиболее передняя точка альвеолярного гребня верхней челюсти в медианном сечении при ориентации черепа по франкфуртской горизонтали). Пространство между этими линиями делят по горизонтали на 4 равные части (поля).

Глубину (уровень) расположения ретенированных зубов определяют по нахождению режущих краев резцов и бугров клыков в одном из названных полей. Наиболее неблагоприятным для прогноза ортодонтического лечения является положение ретенированных зубов на двух верхних уровнях. При необходимости выполняют

компьютерную томографию. На компьютерных томограммах проводят детализацию расположения ретенированных зубов.

**Классификация дистопии** в зависимости от характера смещения выделяют:

- аномалии положения зубов в сагиттальной и трансверзальной плоскости (вестибулярное и оральное, мезиальное и дистальное положение дистопированных зубов)
- аномалии положения зубов в вертикальной плоскости (супрапозиция верхних и нижних зубов, инфрапозиция верхних нижних зубов)
- тортопозиция и транспозиция

[https://www.bsmu.by/upload/docs/kafedri/k\\_stom\\_hir/stud/m2.pdf](https://www.bsmu.by/upload/docs/kafedri/k_stom_hir/stud/m2.pdf)

### **Этиология**

Наличие ретенированных зубов может быть обусловлено эмбриологическими особенностями. Зубы могут оставаться ретенированными вследствие чрезмерно толстых стенок зубного мешочка вокруг коронки прорезающегося зуба, плотной ткани десны и слабой ростковой силы. Эти обстоятельства препятствуют полноценному прорезыванию зуба, в результате чего он остается ретенированным или полуретенированным.

К эмбриологическим предпосылкам ретенции также следует отнести неправильное положение оси зубного зачатка, приводящее к его столкновению с соседним, ранее уже прорезавшимся зубом. В этом случае правильнее говорить не о ретенированном, а об импактном зубе – т. е. зубе, прорезывание которого нарушено в связи с препятствием со стороны соседнего зуба, и следствием которого явилась ретенция.

Существует теория, что в процессе эволюционного развития, в связи с сокращением в рационе человека грубой животной и растительной пищи, а, следовательно, и меньшей жевательной нагрузки, отмечается редукция челюстей за счет уменьшения дистального отдела альвеолярной кости. Это обуславливает дефицит пространства для зубов, которые прорезываются позже остальных (в частности, для зубов мудрости), и может служить причиной их ретенции.

### **3. Диагностика: методы, подходы и процедуры**

Диагностика полуретенированного зуба незатруднительна: при стоматологическом осмотре над десной выявляется верхушка зуба, контуры зуба определяются при пальпации, коронка обнаруживается при зондировании. Ретенированный зуб может быть достоверно обнаружен только с помощью прицельной рентгенографии или ортопантомографии; в некоторых случаях требуется проведение компьютерной томографии. Полуретенированный зуб с отложениями зубного налёта или камня может быть ошибочно принят за корень зуба, пораженный кариесом.

#### **3.1. Диагностические критерии**

Диагностика направлена на установление диагноза, соответствующей модели пациента, определение причины заболевания, исключение осложнений, определение возможности начала лечения и планирование возможного лечения «причинного» зуба.

Для этого в медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/У) собираются жалобы и анамнез, осмотр полости рта и зубов, радиовизиографическое исследование, ортопантомограмма или 3D-рентгенография, а также результаты других необходимых исследований.

**Диагностические критерии** (описание достоверных симптомов заболевания в зависимости от тяжести процесса с указанием по возможности уровня доказательности) осуществляются путем сбора жалоб и анамнеза, клинического обследования и дополнительных методов обследования при удалении зубов.

[https://diseases.medelement.com/search?searched\\_data=diseases&q=&mq=&tq=&diseases\\_filter\\_type=section\\_medicine&diseases\\_content\\_type=10&ion\\_medicine=544746821495980557&category\\_mkb=0&parent\\_category\\_mkb=0](https://diseases.medelement.com/search?searched_data=diseases&q=&mq=&tq=&diseases_filter_type=section_medicine&diseases_content_type=10&ion_medicine=544746821495980557&category_mkb=0&parent_category_mkb=0)

Полную диагностику проводит хирург-стоматолог, при необходимости с привлечением других врачей-стоматологов. В зависимости от диагноза составляется план удаления зуба.

Кроме того, диагностика должна быть направлена на выявление факторов, препятствующих немедленному началу амбулаторного лечения. К таким факторам могут относиться:

- наличие непереносимости препаратов и материалов, используемых для лечения;
- сопутствующие заболевания, затрудняющие лечение;
- острые воспалительные заболевания органов и тканей полости рта;
- опасное для жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания (в том числе инфаркта миокарда, острых цереброваскулярных изменений), эти и другие тяжелые общесоматические заболевания должны пройти не менее 6 месяцев до обращения за стоматологической помощью;
- отказ пациента от лечения.

[https://diseases.medelement.com/search?searched\\_data=diseases&q=&mq=&tq=&diseases\\_filter\\_type=section\\_medicine&diseases\\_content\\_type=10&ion\\_medicine=544746821495980557&category\\_mkb=0&parent\\_category\\_mkb=0](https://diseases.medelement.com/search?searched_data=diseases&q=&mq=&tq=&diseases_filter_type=section_medicine&diseases_content_type=10&ion_medicine=544746821495980557&category_mkb=0&parent_category_mkb=0)

**Жалобы** Рекомендуется выяснить у пациента предъясняет ли он какие-либо жалобы, связанные с наличием ретенированного/импактного зуба. В случае если предъясняет, то уточнить характер жалоб (жалобы на боль, жалобы на дискомфорт, жалобы связанные с эстетической и/или функциональной составляющей, жалобы связанные с изменением чувствительности тканей полости рта и ЧЛЮ, др.), давность их появления, интенсивность, степень выраженности.

**Анамнез:** При сборе анамнеза определяют наличие или отсутствие жалоб, аллергоанамнеза, острых и хронических соматических заболеваний. Определяется, соблюдает ли пациент надлежащий уход за полостью рта. Жалобы подробно излагаются, а также характер боли и дискомфорта в области причинного зуба. Определяют длительность начала заболевания, предшествующее лечение или его отсутствие.

Основная причина удаления зуба – неспособность выполнять свои функциональные задачи. Существует множество факторов, вызывающих появление этого возбудителя в полости рта:

- нелеченный или осложненный кариес;
- что, коронка зуба полностью эрозирована;
- увеличивается из-за нагрузки антагонистов;
- что, он стоит косо вокруг своей оси или относительно дуги альвеолы.

<файл:///C:/Users/user/Downloads/Telegram%20Desktop/53873576.pdf>

#### *Физикальное обследование*

Схема физикального обследования при наличии ретенированных и импактных зубов не отличается от стандартной схемы физикального обследования при первичном осмотре пациента на амбулаторном приеме у врача стоматолога и включает в себя: внешний осмотр (собственно осмотр, пальпацию), осмотр полости рта (собственно осмотр преддверия и полости рта, пальпацию).

Рекомендуется провести внешний осмотр: оценить состояние, цвет кожных покровов, определить наличие/отсутствие патологических элементов на коже лица и шеи, определить наличие/отсутствие изменений конфигурации лица и шеи, оценить степень открывания рта; провести пальпацию в области участков изменения конфигурация лица и шеи, провести пальпацию лимфатических узлов чло и шеи, провести пальпацию кожных покровов в проекции точек выхода ветвей тройничного нерва. При осмотре полости рта провести осмотр и пальпацию в области преддверия и полости рта: оценить состояние слизистой оболочки преддверия и полости рта, включая слизистую оболочку твердого, мягкого неба, языка, щек, подъязычной области, цвет, наличие патологических элементов, степень увлажненности, оценить состояние зубных рядов, альвеолярного отростка/части челюстей. При обнаружении импактного зуба оценить степень его прорезывания, направление, постараться определить препятствие к дальнейшему прорезыванию

*Лабораторные диагностические исследования*

В процессе диагностики у пациента ретенированного/импактного зуба проведение лабораторных методов исследования не обязательно, так как характерные изменения при лабораторном обследовании отсутствуют.

· Рекомендуется провести предварительную лабораторную диагностику в случае, если принято решение о хирургическом лечении (удалении ретенированного/импактного зуба). Рекомендуется сдача анализов крови: общего, ВИЧ, Гепатит В, С, сифилис. Решение о проведении дополнительных лабораторных исследований и их вида принимается при наличии у пациента сопутствующей патологии или иных состояний, являющихся относительными противопоказаниями к хирургическому лечению

#### *Инструментальные диагностические исследования*

Проводится на этапе физикального обследования и включает в себя перкуссию и зондирование.

· Рекомендуется, по возможности, при наличии импактного зуба или при подозрении на наличие ретенированного зуба проводить инструментальную перкуссию «причинного» и соседних зубов для оценки наличия/отсутствия болезненных или иных ощущений при перкуссии. Для выявления наличия/отсутствия патологических карманов в области импактного зуба рекомендуется проводить зондирование зубо-десневой борозды

При диагностике у пациента ретенированного/импактного зуба основным дополнительным методом обследования являются лучевые методы диагностики. Как правило, это внутриротовая контактная рентгенография, ортопантомография и/или конусно-лучевая компьютерная томография.

· Рекомендуется, при наличии технической и иных возможностей, проведение конусно-лучевой компьютерной томографии, при отсутствии возможностей – ортопантомография, внутриротовая контактная рентгенография. Лучевые методы диагностики позволяют определить наличие/отсутствие ретенированного/импактного зуба, его расположение относительно соседних зубов, расположение относительно отделов челюстей и важных анатомических образований (верхне-челюстной синус, полость носа, нижне-челюстной канал и др).

### **Тактика лечения на амбулаторном уровне:**

Цели лечения:

устранение воспалений;

устранение признаков интоксикации;

предотвратить осложнения.

<https://erz.by/statia/utverzhdny-28-klinicheskikh-protokolov-po-stomatologicheskomu-profilyu>

#### *Комплексное стоматологическое лечение*

Комплексное лечение может быть направлено на удаление ретенированного/импактного зуба или на обеспечение условий для его правильного прорезывания при участии врача стоматолога-хирурга и врача-стоматолога-ортодонта и/или, при необходимости, врача стоматолога иной специализации.

Рекомендуется за 40-60 минут перед хирургическим вмешательством минимум однократное назначение пациенту суточной дозы антибиотика широкого спектра действия с целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений. Хирургическое вмешательство рекомендовано проводить в условиях амбулаторного хирургического отделения под местным и/или комбинированным обезболиванием (по показаниям). Показания для проведения хирургического вмешательства в условиях стационара см. ниже. Проведение хирургической операции требует соблюдения правил асептики и антисептики стандартных для проведения хирургических операций в полости рта (использование стерильных инструментов, материалов, белья, обработка кожных покровов, полости рта и тд.). В начале хирургической операции рекомендуется создавать адекватный доступ к операционной области путем рассечения мягкой тканей полости рта в области планируемой операции, отслаивания слизисто-надкостничного лоскута. Для сегментирования зуба и его

фрагментарного удаления или для проведения остеотомии в области ретеннированного/импактного зуба с целью его дальнейшего удаления или ортодонтического вытяжения рекомендовано использовать вращающиеся инструменты (хирургические наконечники, фрезы, физиодиспенсер и др.) и/или пьезоэлектрический аппарат, люксаторы, элеваторы, периотомы, щипцы. Любое препарирование тканей зуба или костной ткани рекомендовано осуществлять с охлаждением стерильным раствором NaCl 0,9%. После проведения операционного приема в случае проведения остеотомии в области зуба и его дальнейшего вытяжения, при необходимости, рекомендуется накладывать сближающие/направляющие швы на слизистую оболочку; в случае удаления ретеннированного/импактного зуба, в зависимости от операционной области и местных условий полости рта рекомендуется накладывать сближающие/направляющие швы на слизистую оболочку, за исключением случая удаления нижних третьих моляров, при удалении которых, с целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений, не рекомендуется проводить герметичное закрытие раны, рекомендуется накладывать сближающие/направляющие швы, оставляя место для введения в лунку/рыхлой тампонады/прикрытия устья лунки йодоформной турундой и ее периодической заменой (1 раз в 3-5 дней или чаще) до полной эпителизации стенок лунки и прекращения жалоб пациента связанных с лункой удаленного зуба. После хирургической операции рекомендуется проводить рентгенологический контроль (конусно-лучевая компьютерная томография или ортопантомография или внутриротовая дентальная рентгенография). После хирургической операции при отсутствии абсолютных противопоказаний рекомендуется назначение лекарственных препаратов: комплекса антибактериальной и противовоспалительной терапии.

#### **Лекарственное лечение.**

Для местной анестезии применяют анестетики амидной группы, менее сложные эфиры. Медикаментозное лечение после удаления зуба заключается в назначении антибактериальных препаратов следующих групп: полусинтетические пенициллины (амоксциллин), цефалоспорины второго-третьего поколения, макролиды, фторхинолоны, линкомициамиды, тетрациклины; антигистаминные препараты; препараты кальция; обезболивающие; витамины (мультивитамины, витамин С).

#### **Антисептики**

Антисептические средства применяют в качестве активного полоскания против простейших, грамположительных и грамотрицательных бактерий, вирусов (применяют до 14 дней). Гипертонический раствор (сода, соль) также используется для полоскания рта.

**Местная анестезия** в основном применяют амидные анестетики (лидокаин) и менее сложные эфиры (новокаин).

Для каждого хирургического вмешательства анестетик подбирается пациенту согласно инструкции с учетом функционального состояния организма пациента, анамнеза аллергии, наличия сопутствующих заболеваний и срока их компенсации, объема вмешательства.

#### **Антимикробные средства**

Обострение распространения воспалительного процесса на мягкие ткани челюстнолицевой области, приводящее к развитию абсцесса или флегмоны, считается строгим показанием к применению этих препаратов. Его также назначают для профилактики общей интоксикации и осложнений после операции.

#### **Нестероидные противовоспалительные препараты**

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) представляют собой преимущественно производные слабых органических кислот. К основным фармакодинамическим эффектам НПВС относятся противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее и антиагрегантное действие. Назначение препаратов после операции связано с их анальгетическим действием и выраженным противовоспалительным действием в первые послеоперационные сутки.

[www.msmsu.ru](http://www.msmsu.ru)

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Местные анестетики	2%лидокаин гидрохлорид 2%Суперкаин форте 4% артикаин гидрохлори Ультракаин* Септанест	2-6 мл для проводниковой и местной анестезии	
антибиотики	<b>Ампинцилин, Цефазолин, Цефтраксин</b> порошок для приготовления раствора для инъекций 500 мг и 1000 мг	После пробы!!! расчета 50 мг/кг (однократно) до разреза кожных покровов; после операции по 0,5-1 г каждые 6-8 часов в течение суток после операции с целью лечения и профилактики воспалительных осложнений	<a href="http://www.medlibrary.ru">www.medlibrary.ru</a>
<b>Нестероидные противовоспалительные средства</b>	<b>Парацетамол</b> 200 мг или 500 мг. или другие таблетки НПВС 500мг; суспензия для приема внутрь 120 мг/5 мл или ректально 125 мг, 250 мг, 0,1 г	Взрослым и детям старше 12 лет с массой тела более 40 кг: разовая доза - 500 мг – 1,0 г (1-2 таблетки) до 4 раз в сутки. Максимальная разовая доза – 1,0 г. Интервал между приемами не менее 4 часов. Максимальная суточная доза - 4,0 г. Детям от 6 до 12 лет: разовая доза – 250 мг – 500 мг по 250 мг – 500 мг до 3-4 раз в сутки. Интервал между приемами не менее 4 часов. Максимальная суточная доза - 1,5 г - 2,0 г.	<a href="https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-prichin-razvitiya-odontogenno-go-periostitachelyustnyh-kostey-u-detey/viewer">https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-prichin-razvitiya-odontogenno-go-periostitachelyustnyh-kostey-u-detey/viewer</a>
	<b>Нимесил</b> порошок	по 1 пакету 2 раза в день. Содержимое пакетика растворяют в воде комнатной температуры, потребуется примерно 100 мл воды- 5 дней.	<a href="https://www.asna.ru/product/nimesil/instruction/?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F">https://www.asna.ru/product/nimesil/instruction/?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F</a>
	<b>Кетопрофен</b> раствор для инъекций 100 мг/2мл по 2 мл	суточная доза при в/в составляет 200-300 мг (не должна превышать 300 мг), далее пероральное применение пролонгированные капсулы 150мг 1	<a href="https://e-stomatology.ru/director/protokols">https://e-stomatology.ru/director/protokols</a>

	или перорально 150мг пролонгированный 100мг.	р/д, капс. таб. 100 мг 2 р/д Длительность лечения при в/в не должна превышать 48 часов. Длительность общего применения не должна превышать 5-7 дней, с противовоспалительной, жаропонижающей и болеутоляющей целью.	<a href="https://e-stomatology.ru/director/protokols/protokol_periostit.doc">/protokol _periostit.do c</a>
<b>Гемостатические средства</b>	<b>Этамзилат</b> раствор для инъекций 12,5% - 2 мл	4-6 мл 12,5 % раствора в сутки. Детям, вводят однократно внутривенно или внутримышечно по 0,5-2 мл с учетом массы тела (10-15 мг/кг). При опасности послеоперационного кровотечения вводят с профилактической целью	<a href="https://e-stomatology.ru/director/protokols/protokol_periostit.doc">https://e- stomatology .ru/director/ protokols /protokol _periostit.do c</a>
<b>Шовный материал</b>	<b>Полипропилен 4,0---5,0 Викрил 4,0—5,0</b>	Полипропилен — монофиламентный нерассасывающийся материал, оптимальный для наложения швов. Vicryl (Викрил) - Нить стерильная хирургическая, синтетическая, рассасывающаяся, плетеная, изготовленная из сополимера на основе полиглактина 910 (гликолид 90%, лактид 10%), с покрытием, облегчающим проведение нити через ткани (из сополимера гликолида, лактида и стеарата кальция)	<a href="https://dental-first.ru/catalog/stomatologicheskie-materialy/shovnyy-materialy/shovnyy-materialy-polipropilen/">https://dental = first.ru/catalo g/stomatologi cheskie- materialy/sho vnye- materialy/sho vnye- materialy- polipropilen/ https://dental = first.ru/catalo g/vicryl- w9361-0-0- 75sm-igla-kol- rezh-31mm- 1-2-12sht/</a>

<https://www.vnmu.edu.ua/downloads/childstomat/20121219-114227.doc>

Список дополнительных препаратов (при 100% вероятности применения):

<https://tadykijot.uz/index.php/oral/article/view/7121>

<b>Фармакотерапевтическая группа</b>	<b>Название препарата МЗН.</b>	<b>Способ применения</b>	<b>Уровень достоверности</b>	<b>Ссылки</b>
<b>Растворитель</b>	<b>Натрия хлорид 0,9% раствор</b>	<b>м/о, т/я</b>	<b>В</b>	<a href="https://e-stomatology.ru/director/protokols/protokol_periostit.doc">https://e- stomatology.ru/director/protokols/protokol_periostit.doc</a>
<b>витамины</b>	<b>Поливитам</b>	<b>пить, м/о,</b>	<b>С</b>	<a href="https://e-">https://e-</a>

	<b>инные препараты</b>	<b>т/и</b>		<b>stomatology.ru/director/protocols/protokol_periostit.doc</b>
<b>Антисептические препараты</b>	<b>Дермаксидин</b>	<b>полоскать</b>	<b>С</b>	<b>https://tadykijot.uz/index.php/oral/article/view/7121</b>

### **3.3. Другие виды лечения:**

Другие виды амбулаторного лечения включают в себя:

лечение «причинного» зуба.

Другие виды неотложной помощи: нет.

2% лидокаина гидрохлорид

2% Суперкаин форте

4% артикаина гидрохлорид Ультракаин\* Септанест:

Удаление зуба, «вызвавшего» воспаление – когда рентгенологическим исследованием подтверждена невозможность лечения зубов;

Показатели эффективности лечения:

- устранение клинических симптомов заболевания;
- отсутствие воспалительных осложнений (отсутствие позднего абсцесса с развитием остита, а также остеомиелита и флегмоны).
- полностью открывая рот, жуя.

[www.ukrdental.com](http://www.ukrdental.com)

[www.stomat-burg.ru/statc](http://www.stomat-burg.ru/statc)

[www.rusdent.com](http://www.rusdent.com)

#### **Дальнейшее лечение:**

· физиотерапевтическое лечение (УЗИ, электрофорез);

дальнейшее лечение проводится амбулаторно в течение 5-7 дней (зависит от состояния пациента) у хирурга-стоматолога, челюстно-лицевого хирурга и врача-стоматолога общей практики (при отсутствии специального штатного подразделения хирурга-стоматолога);

#### **Показатели эффективности лечения:**

- устранение клинических симптомов заболевания;
- отсутствие воспалительных осложнений (поздний абсцесс с развитием остита, а также отсутствие остеомиелита и флегмоны).
- восстановление функции полного открытия рта, жевания, глотания.

[www.ukrdental.com](http://www.ukrdental.com)

[www.stomat-burg.ru/statc](http://www.stomat-burg.ru/statc)

[www.rusdent.com](http://www.rusdent.com)

Для оценки эффективности лечения и безопасности методов диагностики пациентам приглашают на повторный осмотр в течение 3 недель, а при сохранении и лечении зуба применяют объективную и субъективную оценку результатов лечения, рентгенологическое исследование, чтобы убедиться, что нет хронического процесса.

### **Инструкция по госпитализации в зависимости от вида медицинской помощи:**

Указания по срочной госпитализации:

- \* повышение температуры тела;
- \* боль и отек мягких тканей;
- \* гладкость переходного слоя;
- \* слизистая оболочка переходной складки полости рта гиперемирована, отечна, напряжена;
- \* жевательная функция нарушена;

Указания по плановой госпитализации: нет

#### **Тактика лечения на стационарном уровне:**

Рекомендации по плановой госпитализации: нет.

Тактика лечения на стационарном уровне: Если удаление зуба осложнено одонтогенным остеомиелитом и флегмоной, необходима госпитализация.

<https://studfile.net/preview/5346587/page:2/>

#### **Вопросы организации протокола:**

Проблемы сотрудничества со сторонниками:нет.

Информация об экспертах (местных и зарубежных экспертах);

Переработка протокола: через 3 года (при внедрении новых методов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации);

#### **Список использованной литературы:**

1. <https://mkb-10.com/index.php?pid=12554>
2. <https://www.vnmu.edu.ua/downloads/childstomat/20121219-114227.doc>
3. [https://e-stomatology.ru/director/protokols/protokol\\_periostit.doc](https://e-stomatology.ru/director/protokols/protokol_periostit.doc)
4. <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-prichin-razvitiya-odontogennogo-periostita-chelyustnyh-kostey-u-detey/viewer>
5. <https://www.vnmu.edu.ua/downloads/childstomat/20121219-114227.doc>
6. [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/697\\_1#doc\\_a2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/697_1#doc_a2)
7. <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-prichin-razvitiya-odontogennogo-periostita-chelyustnyh-kostey-u-detey/viewer>
8. <https://tadykijot.uz/index.php/oral/article/view/7121>
9. <https://proprikus.ru/blog/lechenie/periostitis/>
10. [https://inlibrary.uz/index.php/doctors\\_herald/article/view/4584](https://inlibrary.uz/index.php/doctors_herald/article/view/4584)
11. <https://inlibrary.uz/index.php/dental-implantology/article/view/16882>
12. <https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/21697>
13. <https://studfile.net/preview/5346587/page:2/>
14. [https://e-stomatology.ru/director/protokols/protokol\\_periostit.doc](https://e-stomatology.ru/director/protokols/protokol_periostit.doc)
15. <https://www.dissercat.com/content/kompleksnoe-lechenie-ostrykh-gnoinykh-odontogennykh-p>
16. [файл:///C:/Users/user/Downloads/Telegram%20Desktop/ZwwAGjUcEQ7neZI0iDF%20\(2\).pdf](файл:///C:/Users/user/Downloads/Telegram%20Desktop/ZwwAGjUcEQ7neZI0iDF%20(2).pdf)
17. <https://erz.by/statia/utverzhdeny-28-klinicheskikh-protokolov-po-stomatologicheskomu-profilyu>

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ К  
ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ НОЗОЛОГИИ  
«БОЛЕЗНИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ ».**

**Ташкент 2024**

## Введение:

По данным Всемирной организации здравоохранения, удаление зуба считается операцией. Рекомендации, представленные в клиническом протоколе, основаны на общепринятых стандартах оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в удалении зубов.

<b>Код</b>	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=10003">https://mkb-10.com/index.php?pid=10003</a>
<b>K00</b>	<b>Нарушения развития и прорезывания зубов</b>
<b>K01.0</b>	<b>Ретенированные зубы</b>
<b>K01.1</b>	<b>Импактные зубы</b>

**1.2. Дата разработки и пересмотра протокола:** 2024 г., с датой пересмотра в 2027 г. или когда станут доступны новые ключевые доказательства. Все изменения представленных рекомендаций будут опубликованы в соответствующих документах.

**1.3. Учреждение, ответственное за разработку национального клинического протокола:** Ташкентский государственный стоматологический институт (ТГСИ)

**Следующие члены внесли свой вклад в разработку клинического протокола и стандарта: В создание рабочей группы в области стоматологии:**

**В разработку клинического протокола и стандарта внесли свой вклад:**

Члены рабочей группы в области стоматологии по организации процедуры:

1. Шомуродов К.Э. – проректор по науке и инновациям ТГСИ, профессор.

2. Хасанов А.И. - доцент кафедры детской челюстно-лицевой хирургии ТГСИ.

3. Азимов А.М.- заведующий кафедрой «Хирургической стоматологии и дентальной имплантологии» ТГСИ, доцент.

## Список авторов:

**Мукимов О.А.**- кафедра «Хирургической стоматологии и дентальной имплантологии» ТГСИ, доцент.

**Маннанов Ж.Ж.**- кафедра «Хирургической стоматологии и дентальной имплантологии» ТГСИ, ассистент.

**Дусмухамедов Ш.М.**- кафедра «Хирургической стоматологии и дентальной имплантологии» ТГСИ, ассистент.

## Рецензенты:

**Абдуллаев Ш.Ю.** профессор, заведующий кафедрой Заболевания и травмы лица.

**Джонибекова Розия Наджмиддинова** – заведующая кафедрой челюстно-лицевой хирургии Таджикского государственного медицинского университета «Абу Али ибн Сина», к.м.н., доцент

Клинический протокол был обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформальной договоренности на итоговом заседании рабочей группы с участием профессоров и преподавателей высших учебных заведений, членов Ассоциации стоматологов Узбекистана, организаторов здравоохранения и главных врачей-стоматологов регионов. Заявление № 2 от 7 апреля 2023 года учреждений системы стоматологического обслуживания в онлайн-формате.

Настоящий клинический протокол и стандарт подготовили заместитель министра Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, доктор медицинских наук Шарипов Ф., начальник отдела медицинского страхования Алмарданов Ш., начальник отдела разработки клинических протоколов и стандарт. Стандарты, медицинские разработаны при участии доктора наук С.Убайдуллаевой, Ш.Нуримова, С.Усмонова и Г.Джумаевой, главных специалистов отдела разработки клинических протоколов и стандартов.

Условные сокращения

МКБ-10	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
ЦРПКМРТ	Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников в Ташкенте
УДД	Уровень достоверности доказательств
УУР	Уровень уверенности рекомендаций

#### Пользователи протокола:

1. Челюстно-лицевой хирург.
2. Хирург-стоматолог
3. Стоматолог общего профиля
4. Врачи неотложной помощи и скорой помощи;
5. Врачи-лаборанты;
6. Организаторы здравоохранения;
7. Преподаватели стоматологических факультетов медицинских вузов
8. Студенты, магистры, клинические руководители медицинских вузов.

**Категория пациентов:** Пациенты, имеющие показания к удалению зуба

#### Шкала уровня уверенности:

**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 рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных 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 нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая

<b>5</b>	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов
----------	--

**Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств**

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

**Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств**

<b>УУР</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>A</b>	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
<b>B</b>	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)
<b>C</b>	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)

## **ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ**

### **ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ УДАЛЕНИЯ ЗУБА**

Прежде чем приступить к операции удаления зуба, необходимо представить и учесть анатомические условия (толщину, эластичность стенок клетки корня зуба, ориентацию, длину, состояние кости между корнями и т. д.) в этой области. удаленного зуба. Альвеолярная стенка толстая в области коренных, премоляров и коренных зубов нижней челюсти. В верхней челюсти, наоборот, костная стенка с небной стороны толстая. С помощью ранее использованного рентгеновского изображения можно определить корни зубов, состояние костных стенок между ними, ориентацию сохранившихся зубов по отношению к соседним зубам и дугу альвеолярного отростка.

Для удаления зубов используются специальные инструменты – щипцы и элеваторы.

Зубные щипцы в зависимости от строения корневой и коронковой части зуба и их расположения в кости челюсти бывают разные. Тем не менее, в устройстве всех них заложен один принцип. Существует зажимная часть, которая зажимает зубы и корни, часть ручки, которая используется вручную, и ось, соединяющая части инструмента между собой. Внутренняя часть щечек щипца имеет форму крючка, а по длине покрыта бороздками, которые обеспечивают отсутствие скольжения зубца по зубу и корню. Внутренняя поверхность рукояточной части покрыта гладкой внешней поверхностью с шероховатыми (вогнутыми и рифлеными) линиями, которые обеспечивают отсутствие скольжения щипца. Ось между зажимной частью и рукояткой щипцов, применяющихся для удаления зубов верхней челюсти, расположена продольно, а в некоторых случаях лежит параллельно, под острым углом.

Резцы и корни верхней челюсти удаляются с помощью прямых элеваторов. Оси рукоятки оси зажимной части этих элеваторов направлены в одну сторону.

рабочая часть щипцов используемых при удалении премоляров верхней челюсти располагаются под острым углом

Щечки щипцов используемых для удаления зубов с сохранившимися коронками не смыкаются. Ручка имеет S-образную форму для удобства захвата. Зубы с правой и левой стороны можно удалить в одними щипцами. Поскольку третий большой коренной зуб верхней челюсти находится внутри рта, для его извлечения используются специальные щипцы. Отличается от других щипцов тем, что между стержнем и зажимом имеется переход, концы зажима тупые и не соприкасаются.

Для корней зубов, потерявшие коронковую часть на верхней челюсти, имеются специальные штыковидные щипцы для их извлечения. У них также есть переходная часть между осью и щечками. Их зажимная часть заостренная, узкая и соединена между собой. Поэтому все корни можно удалить с их помощью.

Для удаления зубов нижней челюсти клювы загибают по плоскости. Щечки и рукоять этих щипцов образуют прямой угол. Рабочая часть вертикальная, обе рукояти находятся параллельно друг другу. По форме рабочая часть щипцов бывает по форме коронковой части зубов.

Щипцы для удаления жевательных зубов имеют S-образную форму и отличаются размером рабочей части для больших и малых коренных зубов верхней челюсти.

При удалении больших корневых зубов щечки щипцов одновременно должны захватить все три корня. На наружной щечной стороне шпик должен доходить и фиксироваться между двумя корнями. Эти щипцы бывают право- и левосторонние. Щечки щипцов для удаления нижних резцов сужены и не смыкаются. У щипцов для удаления клыков и премоляров форма такая же, но отличается шириной щечек.

У щипцов для удаления моляров нижней челюсти щечки широкие с шипиками, которые предназначены для фиксации между корнями с обеих сторон.

При ограниченном открывании рта для удаления зубов используются щипцы изогнутые по плоскости. За счет открывания рукоятей в горизонтальной плоскости щечки короткие и идеально подходят при затрудненном открывании рта.

Для удаления корней зубов нижней челюсти используются щипцы со смыкающимися щечками.

Обычно при удалении зубов щипцы держат в правой руке. Есть два способа положения щипцов в руках. В первом методе рукояти с внешней стороны прижимаются к ладони II и III пальцами; IV и V пальцы находятся между ручками щипцов. Большой палец располагается с наружной стороны между ручками и замочком. После фиксации на зуб IV и V пальцы перемещают на наружную сторону для лучшей фиксации инструмента на зубе.

**Элеваторы.** Элеваторы используются для удаления зубов и их корней. Они также состоят из трех частей: рабочей части, соединительной части и рукоятки.

Существует множество типов элеваторов, в основном используются 3 вида: прямые, угловые и штыковидные. Рабочая часть (щечка), переходная часть прямого элеватора находится на одной линии с ручкой. Одна сторона щечки выпуклая, серповидная, а другая вогнутая, гребневидная, кончик тонкий и гладкий. Его рукоятка имеет грушевидную форму, сужается по длине и становится тоньше к переходной части. Прямой элеватор в основном используется для удаления корней третьих моляров нижней челюсти и в некоторых случаях корней других моляров, отделенных друг от друга. Поскольку им очень неудобно пользоваться, его практически не используют для удаления зубов верхней челюсти. Рабочая часть (щечка) углового элеватора загнута по ребру, которое образует с поперечной частью угол 120°. Зубец не очень большой, одна сторона выпуклая, другая слегка вогнутая, имеет продольно-линейные границы. Угловой элеватор применяется для извлечения корней зубов нижней челюсти. Штыковидный элеватор (элеватор Леклюза) изогнут в виде копыта, а рабочая часть (щечка) напоминает наконечник древнего боевого оружия. (он сужается и становится тоньше к кончику). С одной стороны щечка прямая а другая вогнутая Круглая рукоятка крепится перпендикулярно рабочей части. Этот элеватор преимущественно удаляет зуб мудрости на нижней челюсти.

<https://minzdrav.gov.by/ru/dlya-specialistov/standarty-obsledovaniya-i-lecheniya/stomatologiya.php>

**Положение пациента и хирурга во время удаления зуба** один из главных факторов успешного завершения операции.

Обычно операцию по удалению зуба проводят, когда пациент сидит или в состоянии полулежа на стоматологическом кресле. Когда пациент сидит в кресле, операционное поле должно быть хорошо видно и доступно хирургу. Если пациент высоко или слишком низко ляжет, хирургу будет сложно провести операцию по удалению зуба. Поэтому хирург должен расположить пациента в соответствии с ростом, и, конечно же, подголовник должен быть удобно закреплен на пациенте.

При удалении зубов верхней челюсти пациента располагают со слегка наклоненным назад головой. Хирург сидит перед пациентом, с правой стороны .

При удалении зубов нижней челюсти больного следует усадить в кресло, причем нижняя челюсть должна находиться на одном уровне с локтем хирурга. Кресло настраивают для вертикальной посадки пациента. Подушку слегка выдвигают вперед, следят, чтобы голова больного слегка выступала вперед. Для удаления зубов слева и спереди челюсти хирург располагается спереди пациента, сзади справа от пациента при удалении малых и больших коренных зубов с правой стороны.

#### **Методы, подходы, диагностика и лечение**

- 1) цель проведения процедуры или вмешательства;
  - 2) противопоказания к процедуре или вмешательству;
  - 3) инструкции по процедуре или вмешательству;
- боль распространяется на челюсть, боль при глотании);  
Общая слабость; боль во время жевания;  
кожа не изменена, болезненные лимфоузлы;  
может быть трудно открыть рот;
- 4) требования к специалисту, выполняющему процедуру или вмешательство;

5) перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий при подготовке к процедуре или вмешательству (отдельный перечень: основные (обязательные) и дополнительные обследования, интерпретация результатов обследования).

<https://erz.by/statia/utverzhdeny-28-klinicheskikh-protokolov-po-stomatologicheskomu-profilyu>

#### Требования к диагностике амбулаторно-поликлинических условиях

Код	Наименование медицинской услуги	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта	1
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта	1
A01.07.003	Пальпация органов полости рта	1
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области	1
A02.30.001	Термометрия общая	По потребности
V01.064.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	1
V01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	1
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти	1
A02.07.006	Определение прикуса	1
A02.07.007	Перкуссия зубов	1
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	1
A06.07.004	Ортопантомография	по потребности
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	по потребности
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	1
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов	1
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда	1
A02.07.008	Определение степени патологической подвижности зубов	1
A12.07.003	Определение индексов гигиены рта	1
A12.07.004	Определение пародонтальных индексов	По потребности

\* «1» - если 1 раз; «согласно алгоритму» - если обязательно несколько раз (2 и более); «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача)

[https://e-stomatology.ru/director/protokols/protokol\\_periostit.doc](https://e-stomatology.ru/director/protokols/protokol_periostit.doc)

#### 4. Тактика лечения на амбулаторном уровне.

##### Алгоритм удаления зуба.

1. Проводится рентгенологическое исследование перед удалением зуба.
2. Препарат для анестезии подбирают с учетом аллергологического анамнеза и наличия сопутствующей патологии. При необходимости – проводят медикаментозную подготовку пациента или применяют общие методы обезболивания. Проводят местную анестезию: аппликационную, инфильтрационную или проводниковую.

3. Проводят отделение круговой связки от шейки зуба или при помощи гладилки, узкого распатора или скальпеля.

[https://elestom.ru/handbook/safe\\_and\\_requirements/recommendations/rules/klinicheskie-rekomendatsii-protokoly-lecheniya-pri-diagnoze-periostit.php](https://elestom.ru/handbook/safe_and_requirements/recommendations/rules/klinicheskie-rekomendatsii-protokoly-lecheniya-pri-diagnoze-periostit.php)

#### **Сложное удаление зуба.**

4. При удалении многокорневых зубов при помощи бормашины, физиодиспенсера или долота проводится сепарация корней. При недостаточной визуализации разрушенных корней зуба необходимо провести отслаивание слизисто-надкостничного лоскута.

5. С помощью щипцов или элеватора проводится люксация, ротация корня зуба.

6. При разрушении зуба ниже уровня десны и безуспешности применения элеватора, с помощью бормашины, физиодиспенсера или долота создается зазор между корнем зуба и альвеолой, куда помещается рабочая часть элеватора.

7. Экстракция зуба.

8. Кюретаж, ревизия лунки, удаление патологических тканей.

9. При удалении верхних премоляров и моляров проводится носоротовая проба для исключения перфорации верхнечелюстного синуса.

10. Сглаживание острых краев лунки, при необходимости.

11. Гемостаз.

12. Формирование кровяного сгустка.

13. При отсутствии кровяного сгустка – заполнение лунки медикаментозными препаратами, соответственно материально-техническому обеспечению медицинской организации.

14. При необходимости – укладка остеопластического материала в лунку.

15. Наложение швов на края десны.

16. Рентгенологический контроль при необходимости.

**Сложное удаление корня зуба полностью покрытого эпителизированной десной.**  
[https://elestom.ru/handbook/safe\\_and\\_requirements/recommendations/rules/klinicheskie-rekomendatsii-protokoly-lecheniya-pri-diagnoze-periostit.php](https://elestom.ru/handbook/safe_and_requirements/recommendations/rules/klinicheskie-rekomendatsii-protokoly-lecheniya-pri-diagnoze-periostit.php)

4. С помощью скальпеля проводится разрез десны по альвеолярному гребню в проекции корня зуба (угловой, трапециевидной и др. формы).

Отслаивается слизисто-надкостничный лоскут.

5. С помощью бормашины, физиодиспенсера или долота проводится освобождение поверхности корня от окружающей костной ткани для создания доступа к корню удаляемого зуба.

6. При помощи элеватора, корневого крючка проводится люксация, вывихивание корня.

7. Экстракция корня зуба.

8. Кюретаж, ревизия лунки зуба, удаление патологических тканей.

9. При удалении верхних премоляров и моляров проводится носоротовая проба для исключения перфорации верхнечелюстного синуса.

10. Гемостаз.

11. При необходимости – укладывается медикаментозный материал (гемостатическая губка, губка с содержанием антибактериальных или противовоспалительных препаратов, остеопластический материал и др.)

12. Слизисто-надкостничный лоскут возвращается на место.

13. Наложение швов.

14. Рентгенологический контроль при необходимости.

### **Удаление ретинированных зубов**

Полностью сформированный зуб остается в челюстной кости, не прорезываясь на свое место. Это состояние связано с заболеваниями и травмами челюстной системы. Отсутствие зуба обычно не доставляет беспокойства. Показаниями к хирургическому лечению являются в случаях:

- при неправильном расположении (дистоция)
- отсутствии для него места в зубном ряду
- деструкции шейки зуба
- выраженной клинической симптоматике (боли и воспаления)
- развитии осложнений.

Операция удаления ретинированного зуба отличается повышенной травматичностью, поскольку связана с необходимостью отслаивания слизисто-надкостничного лоскута, освобождения зуба от кости при помощи бора и последующего вывихивания щипцами и элеваторами, наложения швов на слизистую оболочку. При обнажении корней соседних зубов требуется обязательная резекция верхушки корня с ретроградным пломбированием. В послеоперационном периоде назначается профилактический прием антибиотиков, антисептические полоскания полости рта. Заживление раны после такого удаления может осложняться альвеолитом.

При отсутствии прямых показаний для удаления ретинированного зуба и наличии для него свободного места в зубном ряду первым этапом проводится хирургическое лечение - иссечение десны или части кости, а затем ортодонтическое лечение - перемещение зуба в правильное положение с помощью брекетов или кнопок.

#### **Этапы удаления:**

1. Рентгенологическое исследование определит участок, в котором расположена альвеолярная обструкция зуба.
2. Слизистая оболочка под зубом отделяется от кости широким разрезом
3. Кость вокруг зуба удаляется с помощью штифта (или бора).
4. Зуб удаляется с помощью элеватора.
5. На слизистую оболочку накладывают швы.

Для атравматичного удаления зубов можно использовать специальный песохирургический аппарат.

Наблюдение за пациентом после удаления зуба с учетом сложности операции:

1. Приложить холод к мягким тканям пораженного участка, чтобы предотвратить кровотечение и послеоперационный отек.
2. Давать необходимые рекомендации больному в послеоперационном периоде: предупреждение о возможных послеоперационных осложнениях (боль, отек мягких тканей, повышение температуры тела и т.п.); принимать пищу; прием обезболивающих, противовоспалительных и/или антибактериальных препаратов; физическая активность; необходимость повторного медицинского осмотра; для восстановления зуба необходима консультация ортопеда. Для атравматического удаления зуба можно использовать специальный песохирургический аппарат.

Наблюдение за пациентом после удаления зуба с учетом сложности операции:

1. Приложить холод к мягким тканям пораженного участка, чтобы предотвратить кровотечение и послеоперационный отек.

2. Давать необходимые рекомендации больному в послеоперационном периоде: предупреждение о возможных послеоперационных осложнениях (боль, отек мягких тканей, повышение температуры тела и т.п.); принимать пищу; прием обезболивающих, противовоспалительных и/или антибактериальных препаратов; физическая активность; необходимость повторных медицинских осмотров; необходимость обращения к ортопеду для восстановления зуба.

**Стандарт оснащения стоматологического хирургического отделения (кабинета).**

[https://elestom.ru/handbook/safe\\_and\\_requirements/recommendations/rules/klinicheskie-rekomendatsii-protokoly-lecheniya-pri-diagnoze-periostitis.php](https://elestom.ru/handbook/safe_and_requirements/recommendations/rules/klinicheskie-rekomendatsii-protokoly-lecheniya-pri-diagnoze-periostitis.php)

N	Наименование	Количество, шт.
1.	Автоклав (стерилизатор паровой) при отсутствии центральной стерилизационной	1 на отделение (кабинет)
2.	Аквадистиллятор (медицинский) при отсутствии центральной стерилизационной	1 на отделение (кабинет)
3.	Автоклав для наконечников (стерилизатор паровой настольный)	1 на кабинет
4.	Аппарат для снятия зубных отложений ультра-звуковой (скейлер) при отсутствии в МРУ и УС	1 на кабинет
5.	Аспиратор (отсасыватель) хирургический при отсутствии в МРУ и УС	1 на рабочее место врача
6.	Биксы (коробка стерилизационная для хранения стерильных инструментов и материала)	по требованию
7.	Бормашина стоматологическая портативная при отсутствии МРУ и УС с микро мотором	1 на кабинет
8.	Бормашина стоматологическая портативная с физиодиспенсером	1 на отделение
9.	Боры стоматологические для прямого и углового наконечника	по требованию не менее 10 наименований по 2 каждого наименования
10.	Диатермокоагулятор хирургический, стоматологический при отсутствии в МРУ и УС	1 на кабинет
11.	Долота и остеотомы медицинские в ассортименте	по требованию не менее 2 наименований по 2 каждого
12.	Зажим кровоостанавливающий в ассортименте	не менее 3 наименований на рабочее место врача
13.	Инъектор стоматологический, для карпульной анестезии	не менее 5 на рабочее место врача
14.	Инъектор стоматологический универсальный, дозирующий, для карпульной анестезии	не менее 2 на кабинет

15.	Изделия одноразового применения: - шприцы и иглы для инъекций, - скальпели в ассортименте, - маски, - перчатки смотровые, диагностические, хирургические, - бумажные нагрудные салфетки для пациентов, - полотенца для рук в контейнере, - салфетки гигиенические, - медицинское белье для медицинского персонала, - перевязочные средства, - слюноотсосы, - стаканы пластиковые	по требованию
16.	Камеры для хранения стерильных инструментов (при отсутствии системы пакетирования)	1 на кабинет
17.	Корцанг прямой	не менее 5 на кабинет
18.	Кресло стоматологическое при отсутствии в МПУ и УС	1 на 2 должности врача при двухсменной работе
19.	Крючки хирургические, зубчатые разных размеров	не менее 5 на кабинет
20.	Кюрета хирургическая разных размеров	по требованию не менее 5
21.	Лампа (облучатель) бактерицидная для помещений	по требованию
22.	Лампа (облучатель) бактерицидная для помещений передвижная	по требованию
23.	Ложки хирургические (костные), разных размеров	не менее 5 на рабочее место врача
24.	Лупа бинокулярная для врача	по требованию не менее 1 на кабинет
25.	Машина упаковочная (аппарат для предстерилизационной упаковки инструментария) при отсутствии центральной стерилизационной	1 на отделение
26.	Место рабочее (комплект оборудования) для врача-стоматолога : Установка стоматологическая (УС), включающая блок врача-стоматолога (бормашина), кресло стоматологическое, гидроблок стоматологический, светильник операционный стоматологический (данные части могут быть закреплены на единой несущей станине либо крепиться взаимно либо отдельно к несущим конструкциям (стене, мебели)) или Место рабочее универсальное врача-стоматолога (МПУ), включающее УС, оснащенную турбиной, микромотором, диатермокоагулятором, ультразвуковым скалером, пылесосом, негатоскопом	1 комплект на 2 врачебные должности при двухсменном рабочем дне
27.	Микромотор стоматологический с оптикой или без оптики при отсутствии в МПУ и УС	1 на кабинет
28.	Набор аппаратов, инструментов, медикаментов, методических материалов и документов для оказания экстренной медицинской помощи при состояниях,	1 на кабинет

	угрожающих жизни (укладка-аптечка для оказания экстренной помощи при общесоматических осложнениях в условиях стоматологических кабинетов)	
29.	Набор инструментов, игл и шовного материала	по требованию не менее 2 видов
30.	Набор инструментов для осмотра рта (базовый): - лоток медицинский стоматологический, - зеркало стоматологическое, - зонд стоматологический угловой, - пинцет зубохирургический, - экскаваторы зубные, - гладилка широкая двухсторонняя	по требованию
31.	Набор инструментов для трахеотомии	1 на поликлинику
32.	Набор медикаментов для индивидуальной профилактики парентеральных инфекций (аптечка "анти-СПИД")	1 на кабинет
33.	Набор реактивов для контроля (индикаторы) дезинфекции и стерилизации	по требованию
34.	Наконечник механический прямой для микромотора при отсутствии в комплекте МРУ и УС	не менее 2 на рабочее место
35.	Наконечник механический угловой для микромотора при отсутствии в комплекте МРУ и УС	не менее 2 на рабочее место
36.	Негатоскоп при отсутствии в комплекте МРУ и УС	1 на кабинет
37.	Ножницы в ассортименте	по требованию не менее 5 на кабинет
38.	Отсасыватель слюны при отсутствии в комплекте МРУ и УС	1 на рабочее место врача
39.	Очиститель ультразвуковой (устройство ультразвуковой очистки и дезинфекции инструментов и изделий)	1 на кабинет
40.	Пинцеты анатомические разных размеров	по требованию не менее 5 на кабинет
41.	Прибор (установка) для утилизации шприцев и игл при отсутствии централизованной утилизации	по требованию
42.	Программное обеспечение диагностического процесса, видеоархива и ведения компьютерной истории болезни, программа учета	1 на рабочее место врача
43.	Расходные стоматологические материалы и медикаментозные средства: - лечебные, - анестетики, - антисептические препараты	по требованию
44.	Радиовизиограф или рентген дентальный при отсутствии рентгенкабинета или договора на лучевую диагностику	1 на отделение
45.	Распаторы стоматологические	по требованию, не менее 2
46.	Светильник стоматологический при отсутствии в комплекте МРУ и УС	1 на рабочее место врача

47.	Система индивидуального кондиционирования и увлажнения воздуха в лечебных помещениях	согласно СанПиНа
48.	Скальпели (держатели) и одноразовые лезвия в ассортименте	не менее 3
49.	Средства индивидуальной защиты от ионизирующего излучения при наличии источника излучения	по требованию в соответствии с СанПиН
50.	Средства и емкости-контейнеры для дезинфекции инструментов	по требованию
51.	Стерилизатор суховоздушный при отсутствии центральной стерилизационной	1 на кабинет
52.	Стол письменный для врача	1 на рабочее место врача
53.	Столик стоматологический	1 на рабочее место врача
54.	Стул для ассистента врача при отсутствии в комплекте МРУ и УС	1 на рабочее место ассистента
55.	Стул для врача-стоматолога при отсутствии в комплекте МРУ и УС	1 на рабочее место врача
56.	Шкаф медицинский для хранения расходных материалов	не менее 1 на кабинет
57.	Шкаф медицинский для медикаментов	не менее 1 на кабинет
58.	Шкаф для медицинской одежды и белья	по требованию
59.	Штатив медицинский для длительных инфузионных вливаний	1 на кабинет
60.	Щипцы стоматологические для удаления зубов и корней зубов на верхней и нижней челюстях в ассортименте	по требованию, не менее 25 на рабочее место врача
61.	Щитки защитные (от механического повреждения глаз) для врача и ассистента	по требованию не менее 2
62.	Элеваторы стоматологические для удаления корней зубов на верхней и нижней челюстях в ассортименте	по требованию, не менее 15 на рабочее место врача
63.	Наборы диагностические для проведения тестов на выявление новообразований (скрининг) и контроля за лечением новообразований	не менее 1 на кабинет

### ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ АССОРТИМЕНТ

1. Одноразовый шпатель
2. Дезинфицирующие салфетки
3. Йодоформная турунда
4. Гемостатическая губка
5. Крючок Фарабефа
6. Периотом
7. Держатель языка
8. Ронжиры (костные кусачки)
9. Зажим гемостатический
10. Экран защитный
11. Турбинный наконечник
12. Бумага артикуляционная
13. Фартук для пациента

#### 14. Валики стандартные ватные

[https://elestom.ru/handbook/safe\\_and\\_requirements/recommendations/rules/klinicheskie-rekomendatsii-protokoly-lecheniya-pri-diagnoze-periostitis.php](https://elestom.ru/handbook/safe_and_requirements/recommendations/rules/klinicheskie-rekomendatsii-protokoly-lecheniya-pri-diagnoze-periostitis.php)

Описание процесса подготовки пациента к вмешательству, а также непосредственную методику проведения вмешательства;

#### **Послеоперационный уход:**

антибактериальные препараты: пенициллины, фторхинолоны, цефалоспорины, макролиды, линкозамиды, тетрациклины; нестероидные противовоспалительные средства; антисептические ванночки для рта; полоскание полости рта гипертоническим раствором (сода, водный раствор соли); препараты кальция; витамины; в день операции отказаться от еды на 2-3 часа, не перегревать организм, ограничить физическую активность.

#### **5. Исходя из вида медицинской помощи, распишите указания о госпитализации полностью:**

- 1) Если у пациента случился инсульт в течение следующих 6 месяцев.
- 2) При наличии у больного заболеваний крови
- 3) Когда у пациента заболевание сердца.
- 4) Когда у пациента психическое заболевание
- 5) Когда пациентка находится в 1 и 3 триместре беременности.

<https://minzdrav.gov.by/ru/dlya-specialistov/standarty-obsledovaniya-i-lecheniya/stomatologiya.php>

#### **6. Тактика лечения на стационарном уровне:**

У пациентов с любым системным заболеванием вышеперечисленные этапы удаления зубов выполняются под общей анестезией в специальных стационарах согласно инструкции.

<https://minzdrav.gov.by/ru/dlya-specialistov/standarty-obsledovaniya-i-lecheniya/stomatologiya.php>

#### **4. Вопросы организации протокола:**

- 4.1 Проблемы в сотрудничестве :нет.
- 4.2. Информация об экспертах (местных и зарубежных экспертах);

Рецензенты:

**Абдуллаев Ш.Ю.** - профессор, заведующий кафедрой Заболевания и травмы лица.

**Джонибекова Розия Наджмиддинова** – заведующая кафедрой челюстно-лицевой хирургии Таджикского государственного медицинского университета «Абу Али ибн Сина», к.м.н., доцент

- 4.3. Переработка протокола: через 3 года (при внедрении новых методов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации);

#### **4.4. Список использованной литературы:**

1. <https://mkb-10.com/index.php?pid=12554>
2. <https://www.vnmu.edu.ua/downloads/childstomat/20121219-114227.doc>
3. [https://e-stomatology.ru/director/protokols/protokol\\_periostit.doc](https://e-stomatology.ru/director/protokols/protokol_periostit.doc)

4. <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-prichin-razvitiya-odontogenного-periostita-chelyustnyh-kostey-u-detey/viewer>
5. <https://www.vnmu.edu.ua/downloads/childstomat/20121219-114227.doc>
6. [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/697\\_1#doc\\_a2](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/697_1#doc_a2)
7. <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-prichin-razvitiya-odontogenного-periostita-chelyustnyh-kostey-u-detey/viewer>
8. <https://tadykijot.uz/index.php/oral/article/view/7121>
9. <https://proprikus.ru/blog/lechenie/periostitis/>
10. [https://inlibrary.uz/index.php/doctors\\_herald/article/view/4584](https://inlibrary.uz/index.php/doctors_herald/article/view/4584)
11. <https://inlibrary.uz/index.php/dental-implantology/article/view/16882>
12. <https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/21697>
13. <https://studfile.net/preview/5346587/page:2/>
14. [https://e-stomatology.ru/director/protokols/protokol\\_periostit.doc](https://e-stomatology.ru/director/protokols/protokol_periostit.doc)
15. <https://www.dissercat.com/content/kompleksnoe-lechenie-ostrykh-gnoinykh-odontogennykh->  
p

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ  
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НОЗОЛОГИИ  
«БОЛЕЗНИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ»**

**Ташкент 2024**

- 1. Введение

- 1) Код(ы) МКБ-10:

Код	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=10003">https://mkb-10.com/index.php?pid=10003</a>
К00	<b>Нарушения развития и прорезывания зубов</b>
К01.0	<b>Ретеннированные зубы</b>
К01.1	<b>Импактные зубы</b>

**Основная часть**

В текущее время всемирная стоматологическая практика достоверно доказывает, что сохранение здоровья зубов и тканей периодонта, а также улучшение существующего состояния полости рта можно провести путем внедрения в повседневную практику методов профилактики стоматологических заболеваний.

Мировая стоматологическая практика в настоящее время достоверно доказывает, что, внедряя в повседневную практику методы профилактики стоматологических заболеваний, можно сохранить здоровье зубов и тканей периодонта и улучшить сложившуюся ситуацию в полости рта. Место удаленного зуба обычно вторично заживает. После удаления зуба десна с противоположных сторон лунки соединяется. Через 3-4 дня из свертываемой крови в лунке образуется грануляционная ткань, которая через 14-15 дней превращается в грануляционную ткань и начинает окостеневать. Процесс окостенения занимает 1-4 месяца. Одновременно с этим процессом происходит рассасывание костной ткани края лунки.

Если лунка не заполнится кровяным сгустком в момент удаления зуба, грануляционная ткань образуется из самой кости и заполняет полость от основания вверх. Постепенно по мере приближения десны грануляционная ткань в лунке переходит в остеоидную ткань и окостеневает. Процесс заживления значительно затягивается, если в процессе удаления зуба происходит серьезное повреждение окружающих тканей.

<https://diseases.medelement.com/disease/>

<https://mrtpetrograd.ru/stati/zabolevaniya/gnoynyy-periostitis>

**Реабилитация** — это восстановление здоровья, функционального состояния и трудоспособности, нарушенных болезнями, травмами или физическими, химическими и социальными факторами. Цель реабилитации — эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов к бытовым и трудовым процессам, в общество; восстановление личностных свойств человека.

· Рекомендуется после хирургического вмешательства назначение комплекса антибактериальной и противовоспалительной терапии. Динамическое наблюдение у лечащего врача до этапа заживления послеоперационной раны, при необходимости, дополнительное динамическое наблюдение у специалистов смежных специальностей. Ограничение физической активности в течение 10-14 дней, возможно более, за исключением ограниченной аэробной нагрузки. Ограничение на прием горячего душа или

иных мероприятий, способных повышать температуру тела, в течение 10-14 дней, возможно более. Полноценное питание, сон. Соблюдение правил личной гигиены [2-6].

Возможные местные осложнения при удалении зуба

1. Перелом коронки и корня при удалении зуба, травмы соседних зубов
2. Травмы десен и мягких тканей полости рта при удалении зуба
3. Перелом альвеолярного отростка при удалении зуба
4. Вывихивание и перелом нижней челюсти при удалении зуба
5. Перфорация дна полости верхнечелюстной пазухи при удалении зуба
6. Вдавливание корня в мягкие ткани и полость верхнечелюстной пазухи при удалении зуба
7. Невропатия нижнего альвеолярного нерва

Поздние осложнения после удаления зуба

- 1) альвеолит
- 2) вторичное кровотечение
- 3) остеомиелит лунки

**Альвеолит** - это воспаление лунки после удаления зуба. Его причиной является отсутствие образования сгустка крови или выпадение сгустка крови. Альвеолит обычно начинается через 1-3 дня после удаления зуба и длится от 5 до 10 дней. Продолжительность альвеолита зависит от таких факторов, как своевременность обращения больного за медицинской помощью, правильное выполнение пациентом назначений и рекомендаций лечащего врача, наличие или отсутствие сопутствующих заболеваний, общая сопротивляемость организма больного. Основными клиническими проявлениями являются сильная боль и неприятный запах изо рта, которые развиваются через 1-3 дня.

При наружном осмотре не наблюдается асимметрия лица и гиперемия кожи.

**Вторичное кровотечение** - вторичное кровотечение может наблюдаться даже через неделю после операции. Обычно это связано с инфекционным или воспалительным процессом. Пациент испытывает общее недомогание и сильную головную боль.

**Остеомиелит лунки** - у пациента наблюдается общая слабость. Полость лунки пустая, а стенки будут поражены. При перкуссии боковые здоровые зубы также болезненны. Наблюдается гиперемия и отек слизистых, а надкостница утолщена. Мягкие ткани вокруг челюсти набухают, лимфатические узлы увеличиваются в размерах и становятся жесткими и болезненными.

[/https://bogibek.narod.ru/kitob-Moshe/fiftisixth.pdf](https://bogibek.narod.ru/kitob-Moshe/fiftisixth.pdf)

## 2.1 Методы профилактики:

Профилактика – это система государственных, социальных, гигиенических и медицинских мер, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья и предупреждение заболеваний. В системе профилактики существует два звена одного профилактического процесса: первичная профилактика и вторичная профилактика.

Основные задачи первичной профилактики местных осложнений при удалении зуба:

1. Удостоверение отделения круговой связки зуба и десны

2. Осуществление местного обезболивания ротового полости (по методу Берше Дубова). Достаточное освещение, обеспечивающее правильное расположение рабочей части щипцов и удостоверится отсутствие зажимов мягких тканей.
3. При планировании удаления корня щипцами проводят отделение десны и надкостницы от альвеолярного отростка и тела челюсти.
4. Удерживайте окружающие ткани пальцами, чтобы щипцы или элеватор не выскользнули при удалении зуба или корня. Если повреждены десна и мягкие ткани, останавливают кровотечение, сильно сдавленные мягкие ткани отрезают и сжав оставшиеся ткани, накладывают шов.

**Вторичная профилактика** обеспечивает раннее выявление заболевания, предупреждения рецидивов, прогрессирования и возможных осложнений. Вторичная профилактика проводится у детей, которые уже страдают каким-либо заболеванием. На этом этапе перед врачами стоят следующие задачи: уменьшение количества осложнений кариеса (пульпитов, периодонтитов), уменьшение роста кариеса и т. д.

Вторичная профилактика является частью программы реабилитации.

Реабилитация включает в себя мероприятия по лечению и профилактике заболеваний. И если средства и методы первичной и вторичной профилактики могут быть одинаковыми, то критерии оценки эффективности вторичной профилактики отличаются от первичной.

Изменение интенсивности роста кариеса за определенный период времени является достаточно информативным показателем для оценки профилактического эффекта комплекса мероприятий вторичной профилактики.

Если патологический процесс стабилизировался, уменьшилась его выраженность и т. д., вторичную профилактику можно считать эффективной.

<https://stomcomforta.ru/info/profilaktika-kariesa-u-vzroslyh-i-detey>

<https://king-smile.ru/article/profilaktika-kariesa-5-pravil/>

**Третичная профилактика** направлена на выздоровление, предотвращение перехода заболевания в более тяжелую форму или стадию, предупреждение обострений в его течении, снижение временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности.

Существует классификация профилактических мер, принятая ВОЗ в 1972 г., согласно которой следует различать 3 группы мер.

Первичная профилактика включает в себя:

- а) санитарное просвещение по гигиене полости рта;
- б) медицинское наблюдение за населением;
- в) нормализация питания;
- г) улучшение условий труда.

Специальная профилактика включает в себя:

- а) фторирование питьевой воды;
- б) местное применение препаратов фтора;
- в) личная гигиена полости рта.

Вторичная профилактика включает в себя:

- а) ранняя диагностика;

б) лечение кариеса зубов современными методами.

Санация полости рта является основной частью профилактического стоматологического осмотра.

JV.medlibrary.ru

[https://e-stomatology.ru/директор/протоколы/protocol\\_periostit.document](https://e-stomatology.ru/директор/протоколы/protocol_periostit.document)

Различают этиотропную (этиологическую) и патогенетическую профилактику кариеса зубов. Этиотропная профилактика кариеса зубов включает борьбу с микрофлорой полости рта, уменьшение ее количества и изменение качественного состава, устранение отходов микрофлоры - мягкого налета, улучшение самоочищения зубов и проведение профессиональной гигиены полости рта.

Существуют более широкие мероприятия по патогенетически обоснованному повышению устойчивости тканей зуба к воздействию кариесогенных факторов. К ним относятся воздействие общего и местного фторирования и других средств реминерализации, а также биологически активных веществ.

С точки зрения национального планирования целью эпидемиологических исследований является определение распространенности и тяжести заболеваний или их сочетания среди населения региона или страны в целом. Например, обобщение опыта фторирования питьевой воды в разных странах показало, что данная мера профилактики кариеса рекомендуется только для участков с высокой или очень высокой интенсивностью поражения. В регионах с низкой интенсивностью кариеса его профилактика не является задачей национального значения. При других заболеваниях, таких как заболевания пародонта, которые наиболее интенсивны для этого региона, планируются профилактические меры (согласно эпидемиологическим исследованиям).

Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации.

<https://jarrohlik.tomonidan/tafsilotlar.php?&lang=ru&year=2022&number=4&number=2>

Требования к уходу за больными и вспомогательным процедурам

После терапевтических мероприятий пациенту рекомендуется прийти на прием на следующий день для осмотра, затем в зависимости от необходимости перевязок или следующего этапа лечения график посещения определяется индивидуально в зависимости от течения воспалительного процесса.

Требования к диетическим рецептам и ограничениям

Не рекомендуется принимать пищу в течение двух часов после хирургической операции. В день операции нельзя есть твердую, горячую пищу, жевать и нагревать прооперированную сторону. Подробные рекомендации приведены в алгоритмах для каждого вида вмешательства.

Правила изменения и отмены требований при реализации протокола

Если наряду с удалением зуба обнаруживаются признаки других заболеваний, пациенту оказывается медицинская помощь в соответствии с требованиями:

- а) соответствующий раздел настоящих клинических рекомендаций (протокол лечения);
- б) клинические рекомендации протокола лечения при выявленном заболевании или синдроме.

Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

Если наряду с удалением зуба обнаруживаются признаки других заболеваний, пациенту оказывается медицинская помощь в соответствии с требованиями:

- а) соответствующий раздел настоящих клинических рекомендаций (протокол лечения);
- б) клинические рекомендации протокола лечения при выявленном заболевании или синдроме.

<https://ctoma.ru/stati/profilaktika-kariesa>  
<https://denteyaclinic.ru/article/profilaktika-kariesa/>  
<https://diseases.medelement.com/disease>

Организационные аспекты протокола:

1) сведения об отсутствии конфликта интересов;

Форма сознательного добровольного согласия пациента на выполнение протокола. Дополнительная информация для пациента и членов его семьи. Подробные рекомендации приведены в алгоритмах для каждого типа вмешательства. Правила изменения требований и отмены требований протокола при реализации протокола. Если наряду с периоститом обнаруживаются и другие признаки заболевания, пациенту оказывается медицинская помощь в соответствии с требованиями:

а) раздел настоящих клинических рекомендаций (протокол лечения), соответствующий периоститу;

б) клинические рекомендации протокола лечения при выявленном заболевании или синдроме

2) экспертные данные (специалисты республики и зарубежных стран);

Мониторинг ведется на всей территории Узбекистана.

Этот документ определяет перечень медицинских организаций, подлежащих контролю, ежегодно учреждением, ответственным за мониторинг. Медицинская организация уведомляется в письменной форме о включении протокола в список мониторинга. Мониторинг включает:

- сбор информации: о ведении пациентов с периоститом в стоматологических медицинских организациях;

- анализ полученных данных;

- подготовка отчета по результатам анализа;

- Предоставление отчета команде разработчиков протокола.

Исходные данные для мониторинга:

- медицинская документация-медицинская карта стоматологического пациента (форма 043/у);

- тарифы на медицинские услуги;

- тарифы на стоматологические материалы и лекарства.

При необходимости при соблюдении протокола могут использоваться и другие документы.

В стоматологических медицинских организациях, определяемых контрольным списком, карта пациента по лечению больных периоститом, соответствующая моделям пациентов в настоящем протоколе, составляется каждые полгода на основании медицинской документации.

**КАРТА ПАЦИЕНТА**

История болезни № \_\_\_\_\_  
 Наименование учреждения  
 Дата: начало наблюдения \_  
 Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
 окончание наблюдения \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ возраст \_\_\_\_\_  
 Диагноз \_\_\_\_\_  
 Сопутствующие заболевания: \_\_\_\_\_  
 Модель пациента: \_\_\_\_\_  
 Объем оказанной нелекарственной медицинской помощи:  
 Лекарственная помощь (указать применяемый препарат):  
 Осложнения лекарственной терапии (указать проявления):  
 Наименование препарата, их вызвавшего:  
 Исход (по классификатору исходов):  
 Информация о пациенте передана в учреждение, мониторирующее Протокол:  
 (название учреждения) (дата)  
 Подпись лица, ответственного за мониторирование протокола в медицинском учреждении:

учреждении:

Код	Наименование медицинской услуги	Частота предоставления	Кратность выполнения
A01.07.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии полости рта		
A01.07.002	Визуальное исследование при патологии полости рта		
A01.07.003	Пальпация органов полости рта		
A01.07.006	Пальпация челюстно-лицевой области		
V01.064.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный		
V01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный		
A01.07.007	Определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти		
A02.07.006	Определение прикуса		
A02.07.007	Перкуссия зубов		
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография		
A06.07.004	Ортопантомография		
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области		

A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений		
A02.07.001	Осмотр рта с помощью дополнительных инструментов		
A02.07.003	Исследование пародонтальных карманов с помощью пародонтологического зонда		
A11.03.001	Биопсия кости		
A11.30.005	Зондирование свищей		
Код	Наименование медицинской услуги	Частота предоставления	Кратность выполнения
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта		
A15.07.002	Наложение повязки при операциях на органах полости рта		
A16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани		
A16.07.001	Удаление зуба		
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов		
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов		
A17.07.005	Магнитотерапия при патологии полости рта и зубов		
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта		
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов		
A17.07.009	Воздействие электрическими полями (КВЧ) при патологии полости рта и зубов		
A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов		
A17.07.011	Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов		
A17.07.012	Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов		

A17.07.013	Воздействие магнитными полями при патологии полости рта и зубов		
B01.003.004.004	Аппликационная анестезия		
B01.003.004.002	Проводниковая анестезия		
B01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия		
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта		
B01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный		
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных средств в челюстно-лицевую область		
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления		
A25.07.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях рта и зубов		

<http://reabilinfo.ru/medicinskaya-reabilitaciya/>

[http://goukkemk.ru/uploads/libray/e-books/koshkalda\\_osnovi\\_fizioterapii/rehabilitation.htm](http://goukkemk.ru/uploads/libray/e-books/koshkalda_osnovi_fizioterapii/rehabilitation.htm)

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

#### ПРИНЦИПЫ РАНДОМИЗАЦИИ

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

#### ПОРЯДОК ОЦЕНКИ И ДОКУМЕНТИРОВАНИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ И РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ

Информация о побочных эффектах и осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения больных, регистрируется в карте пациента (Приложение 4).

#### ПОРЯДОК ИСКЛЮЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА ИЗ МОНИТОРИРОВАНИЯ

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

#### ПРОМЕЖУТОЧНАЯ ОЦЕНКА И ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРОТОКОЛ

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

Внесение изменений в Протокол проводится в случае получения информации:

а) о наличии в Протоколе требований, наносящих урон здоровью пациентов,

б) при получении убедительных данных о необходимости изменений требований Протокола обязательного уровня.

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

#### **ПАРАМЕТРЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПРОТОКОЛА**

Для оценки качества жизни пациента с периоститом, соответствующей моделям Протокола, используют аналоговую шкалу.

**ОЦЕНКА СТОИМОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОТОКОЛА И ЦЕНЫ КАЧЕСТВА.** Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

#### **СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ**

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

#### **ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ ОТЧЕТА**

В ежегодный отчет о результатах мониторингования включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, предложения по актуализации Протокола. Отчет представляется в Стоматологическую Ассоциацию Узбекистана учреждением, ответственным за мониторингование данного Протокола. Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой

печати. Пересмотра протокола протокола через 3 лет после его разработки или при наличии новых методов с уровнем доказательности; Список использованной литературы (необходимы ссылки на перечисленные источники в тексте протокола)

#### **8. Участники организации протокола:**

- 1) Проблемы сотрудничества со сторонниками: нет.
- 2) Информация об экспертах (местных и зарубежных экспертах);

#### **Рецензенты:**

**Абдуллаев Ш.Ю.** - профессор, заведующий кафедрой Заболевания и травмы лица.

**Джонибекова Розия Наджмиддинова** – заведующая кафедрой челюстно-лицевой хирургии Таджикского государственного медицинского университета «Абу Али ибн Сина», к.м.н., доцент

- 3) Переработка протокола: через 3 года (при внедрении новых методов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации);

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Азимов М.И. Дусмухамедова Х.К. Орал хирургия асослари: учебное пособие. Илм зиё-2021. С.113-172.
2. Харьков Л.В., Яковенко Л.Н., Чехова И.Л. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста /Под ред.Л.В.Харькова. - М.: «Книга плюс». 2013- 470 с.
3. Супиев Т.К., Зыкеева С.К. Лекции по стоматологии детского возраста: учеб. пособие – Алматы: Стomлит, 2016. – 616с.
4. Зеленский В.А., Мухорамов Ф.С., Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 216с.
5. Стоматология детская. Хирургия: учебник/ ред. С. В. Дьякова. - М.: Медицина, 2019. - 384 с.
6. Афанасьев В.В. Хирургическая стоматология - М., ГЭОТАР-Медиа., 2011,- С.468-479.
7. Кулаков А.А. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 928 с.
8. Шаргородский А.Г. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи (руководство для врачей) М.: ГЭОТАР-МЕД, 2012 - 528 с.
9. Суханов А.Е. Комплексное лечение острых гнойных одонтогенных периоститов челюстей: автореф. дисс. на соискание учен.степени канд. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / А.Е. Суханов - Санкт-Петербург, 2011. -27 с.
- 10.Oral and Maxillofacial Pathology Brad W. Neville, Douglas D. Damm, Jerry E. Bouquot,Carl M., Allen Saunders, 2008.
11. Principles of Oral and Maxillofacial Surgery U. J. Moore, Wiley-Blackwell 2011. 12. Operative Oral and Maxillofacial Surgery John Langdon, Mohan Patel, Peter Brennan, Edited by Robert A. Ord, Hodder Arnold, 2011.
- 13.Current Therapy in Oral and Maxillofacial Surgery Shahrokh C. Bagheri,R. Bryan Bell, Husain Ali Khan, Saunders, 2011.
14. Oral and Maxillofacial Diseases Crispian Scully, Stephen Flint, Stephen R. Porter, Khursheed Moos, Jose V. Bagan, 2010.
- 15.<https://www.dissercat.com/content/kompleksnoe-lechenie-ostrykh-gnoinykh-odontogennykh-p>
- 16.[https://e-stomatology.ru/director/protokols/protokol\\_periostit.doc](https://e-stomatology.ru/director/protokols/protokol_periostit.doc)
- 17.[https://elestom.ru/handbook/safe\\_and\\_requirements/recommendations/rules/klinicheskie-rekomendatsii-protokoly-lecheniya-pri-diagnoze-periostit.php](https://elestom.ru/handbook/safe_and_requirements/recommendations/rules/klinicheskie-rekomendatsii-protokoly-lecheniya-pri-diagnoze-periostit.php)
18. 19.<https://ctoma.ru/bolezni/periostit>
- 20.[Dissertasiya na temu "lechenie odontogenogo periostita chelyustey u lyudey pojilogo i starcheskogo vozrasta", skachat besplatno avtoreferat po spetsialnosti vak RF 14.01.30 - gerontologiya i geriatriya \(dissercat.com\)](https://www.dissercat.com/content/kompleksnoe-lechenie-ostrykh-gnoinykh-odontogennykh-p)
- 21.[Dissertasiya na temu "Kompleksnoe lechenie ostrix gnoynix odontogennix periostitov chelyustey", skachat besplatno avtoreferat po spetsialnosti vak RF 14.00.21 - stomatologiya \(dissercat.com\)](https://www.dissercat.com/content/kompleksnoe-lechenie-ostrykh-gnoinykh-odontogennykh-p)
- 22.<https://www.surgery.by/details.php?&lang=ru&year=2022&issue=4&number=2>
- 23.<https://mkb-10.com/index.php?pid=12554>
- 24.<https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/>

25. <https://diseases.medelement.com/disease/>
26. <https://mrtpetrograd.ru/stati/zabolevaniya/gnoynny-periostit>
27. <https://dental-press.ru/ru/storage/download/134222>
28. <https://hnj.science/produktivnyj-periostit-nizhnej-chelyusti-u-detej/>
29. [https://hnj.science/wp-content/uploads/2023/06/Cover\\_2-%D0%A0ril.pdf](https://hnj.science/wp-content/uploads/2023/06/Cover_2-%D0%A0ril.pdf)
30. [www. medlibrary. ru](http://www.medlibrary.ru);
31. <https://studfile.net/preview/2704926/page:17>
32. <https://mitino-center.ru/stati/periostit/>
33. <https://klinikabudzdorov.ru/diseases/gnoynny-periostit/>
34. <https://ctoma.ru/bolezni/periostit>
35. <https://www.startsmile.ru/terapevticheskaya-stomatologiya/bolezni-zubov/periostit/>
36. <https://cajmns.centralasianstudies.org/index.php/CAJMNS/article/view/1645>
37. <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-prichin-razvitiya-odontogennogo-periostita-chelyustnyh-kostey-u-detey/viewe>
38. <https://www.vnmu.edu.ua/downloads/childstomat/20121219-114227.doc46..>
39. <https://fdclinic.ru/aboutfd/statii/gnoynny-periostit/>
40. <https://tadqiqot.uz/index.php/oral/article/view/7163>
41. <https://cyberleninka.ru/article/n/ostrye-odontogennye-vospalitelnye-zabolevaniya-varianty-techeniya-razlichnyh-klinicheskikh-form>
42. [https://inlibrary.uz/index.php/doctors\\_herald/article/view/4584](https://inlibrary.uz/index.php/doctors_herald/article/view/4584)
43. <https://www.dissercat.com/content/kompleksnoe-lechenie-ostrykh-gnoinykh-odontogennykh->  
p
44. [www. medline. ru](http://www.medline.ru)