Клинические рекомендации

Другие кисты челюстей (аневризмальная киста, единая костная киста)

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: К09.2, К09.20, К09.21

Возрастная категория: дети

Год утверждения:

Разработчик клинической рекомендации:

- Стоматологическая ассоциация России

Оглавление

Список сокращений....3
Термины и определения....4
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию....4
1.1 Определение заболевания или состояния....4
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния....4
1.3 Особенности кодирования заболевания или состояния по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем....5
1.4 Клиническая картина заболевания или состояния....5
2. Диагностика заболевания или состояния, медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики....5
2.1 Жалобы и анамнез....6
2.2 Физикальное обследование....6
2.3 Лабораторная диагностические исследования....7
2.4 Инструментальные диагностические исследования....7
2.5 Иные диагностические исследования....7
3. Лечение, включая медикаментозную и не медикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения....8
3.1 Консервативное лечение....8
3.2 Хирургическое лечение....8
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации....9
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики....10
5.1 Профилактика....10
5.2 Диспансеризация....10
6. Организация оказания медицинской помощи....10
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)....11
Критерии оценки качества медицинской помощи....11
Список литературы....13
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций....15
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций....16
Приложение Б. Алгоритмы действий врача....18
Приложение В Информация для пациента....19

Список сокращений

МКБ 10 - международная классификация болезней 10-го пересмотра

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

ЗЧС - зубочелюстная система

ЗЧА - зубочелюстные аномалии

ЦНС - центральная нервная система

ЗЗ - зачаток зуба

ЭОД - электроодонтодиагностика

Термины и определения

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

Неэпителиальная киста - ненеопластическое костное поражение.

Аневризмальная киста (единая костная киста, солитарная костная киста, однокамерная костная киста) - киста, расположенная на нижней челюсти в области интактных зубов, характеризуется быстрым нарастанием деформации, выбухающей в вестибулярную сторону.

Травматическая киста (простая костная киста, геморрагическая киста, безоболочечная киста) - киста, расположенная на нижней челюсти в области интактных зубов, не сопровождается деформацией челюсти, встречается во время интенсивного роста скелета.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию

1.1 Определение заболевания или состояния

Аневризмальная киста (единая костная киста, солитарная костная киста, однокамерная костная киста) - киста, расположенная на нижней челюсти в области интактных зубов, характеризуется быстрым нарастанием деформации, выбухающей в вестибулярную сторону. [3]

Травматическая киста (простая костная киста, геморрагическая киста, безоболочечная киста) - киста, расположенная на нижней челюсти в области интактных зубов, не сопровождается деформацией челюсти, встречается во время интенсивного роста скелета. [3]

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния

Аневризмальная киста – заболевание приобретенное. Формирование кисты происходит чаще всего в возрасте 12 - 15 лет. Полость кисты выстлана оболочкой из фиброзной ткани без эпителия, содержащей остеобласты и остеокластические клетки.

Травматическая киста - заболевание приобретенное. Формирование кисты происходит в период интенсивного роста скелета в возрасте 12 - 14 лет. Киста не имеет оболочки и жидкостного содержимого, при этом костные трабекулы свободно

располагаются в полости. В отдельных случаях киста выполнена геморрагическим содержимым. [1, 3]

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

Международная классификация стоматологических болезней МКБ-10

К09.2 Другие кисты челюстей

К09.20 Аневризмальная костная киста

К09.21 Единая костная киста

1.4 Клиническая картина заболевания или состояния

Первоначально аневризмальная киста развивается бессимптомно. Первыми признаками заболевания почти у половины больных служат жалобы на зубную боль. У другой половины больных новообразование обнаруживается случайно при рентгенографии, производимой с целью выявления другой патологии, и реже при жалобах на безболезненную деформацию кости. При пальпации патологического очага выраженная деформация челюсти в виде веретенообразного вздутия кости. В большинстве случаев отдельные участки опухоли податливы при надавливании. Истонченная кость, покрывающая опухоль, имеет гладковыпуклую, куполообразную форму. Слизистая оболочка не изменена, зубы могут быть подвижны.

Первым симптомом травматической кисты является боль в интактных зубах, локализующихся в области кисты. Деформации тела нижней челюсти не отмечено. [1, 3]

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

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

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

Следует учитывать особенности диагностических мероприятий у детей:

- различный уровень объективности получаемой при расспросе информации от ребенка и третьих лиц (родители по-разному интерпретируют жалобы и анамнез);
- субъективность ощущений ребенка при проведении диагностических тестов;
- различный уровень взаимодействия врача, пациента и родителей;

- невозможность проведения сложных диагностических манипуляций из-за возрастных и психо - эмоциональных особенностей ребенка.

2.1 Жалобы и анамнез

2.1.1 При сборе анамнеза необходимо учитывать:

- возраст ребенка;
- наличие сопутствующей патологии;
- жалобы пациента;
- давность и динамика заболевания;
- наличие травмы в прошлом и в настоящее время;
- наличие вредных привычек наличие соматических заболеваний и аллергических реакций, обязательно должна быть заполнена анкета о здоровье ребенка;
- наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
- наличие и регулярность индивидуальной гигиены полости рта;
- предыдущие обращения к стоматологу – как вел себя ребенок, как и в каком объеме проводилось лечение, применялось ли ранее местное обезболивание;
- наличие или отсутствие ортодонтического лечения. [5]

2.2 Физикальное обследование

При физикальном обследовании устанавливается наличие припухлости, увеличение регионарных лимфатических узлов, выбухания кортикальной пластинки, подвижность зубов, изменения слизистой оболочки. В зависимости от клинической картины выбирают метод лечения.

1. внешний осмотр

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

2. внутриротовое обследование

- осмотр слизистой оболочки полости рта, языка, уздечки языка, дна полости рта (выявление явлений воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта, выявления рубцов уздечки языка после ранее проведенных операций);

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

Целенаправленно выявляют:

- неадекватное психоэмоциональное состояние пациента перед лечением;
- острые поражения слизистой оболочки рта и красной каймы губ;
- острые воспалительные заболевания органов и тканей рта;
- заболевания тканей пародонта в стадии обострения;
- неудовлетворительное гигиеническое состояние рта;
- отказ от лечения. [5]

2.3 Лабораторная диагностические исследования

После выявления и дифференциальной диагностики не эпителиальных кист и при подозрении на малигнизацию проводится цитологическое исследование пунктата. [3]

2.4 Инструментальные диагностические исследования

Для выявления не эпителиальных кист используют:

- прицельную рентгенографию;
- боковой снимок;
- обзорную рентгенографию;
- компьютерную томографию;
- ЭОД. [1, 3]

Рентгенологически аневризмальная киста выявляется в виде очага просветления в кости челюсти округлой или чаще овальной формы, иногда с более или менее выраженной “ячеистостью”. Картина дефекта кости однородная, границы со всех сторон четкие. Кортикальный слой кости значительно истончен и вздут.

Простая костная киста рентгенологически в толще кости определялась как однокамерная полость без деформации и нарушения непрерывности коркового слоя. Границы полости нечеткие. [1]

2.5 Иные диагностические исследования

2.5.1. фото- и видеосъемка с помощью внутриротовой видеокамеры

Позволяет обнаружить, оценить патологические изменения слизистой оболочки полости рта, визуализировать результаты исследования на экране, обсудить их с пациентом и его представителями, произвести фотографирование непосредственно в полости рта. [5]

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

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

Существует два основных вида оперативных вмешательств по поводу не эпителиальных кист челюстей:

- цистэктомия (закрытый и открытый способ ведения костной раны);
- цистэктомия с одномоментной костной пластикой (при значительном истончении кости челюсти) [1]

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

3.1 Консервативное лечение

Консервативное методы лечения при неэпитлиальных кистах не предусмотрены.

3.2 Хирургическое лечение

Существует несколько видов операций:

- цистэктомия (закрытый и открытый способ ведения костной раны);
- цистэктомия с одномоментной костной пластикой (при значительном истончении кости челюсти) [1]

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии.

3.2.1. Алгоритм и особенности проведения хирургического вмешательства

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

Особенности применения анестезии у детей:

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

- цистэктомия - удаление всей эпителиально - соединительной выстилки (оболочки кисты) костной полости. Операция завершается сближением краев раны слизистой оболочки альвеолярного отростка (закрытый способ ведения костной раны) либо костную полость заполняют тампоном (открытый способ);
- цистэктомия с одномоментной костной пластикой (при значительном истончении кости челюсти) позволяет предотвратить возможные осложнения при обширном поражении челюсти [1, 2]

3.2.2. Осложнения во время операции и послеоперационном периоде

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

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

После проведения хирургического лечения необходимо:

- после вмешательства ребенку рекомендуется сразу приложить холод на кожные покровы в проекции послеоперационной области;
- если операция проходила в амбулаторных условиях детям дают обезболивающее и рекомендуют съесть мороженое (лизать языком), просят соблюдать охранительный

режим молчания в первые сутки после операции. Следует избегать физических нагрузок в первую неделю после операции;

- детям и родителям разъясняют правила и режим антисептической обработки послеоперационной области и способы проведения гигиенических процедур полости рта;
- назначается повторный осмотр через 7 дней. [3, 4]

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

5.1 Профилактика

Исходя из современных представлений о возникновении и диагностики неэпетелиальных кист профилактика должна осуществляться по нескольким направлениям:

- исключение патологических экзогенных и эндогенных факторов, влияющих на ребенка в подростковом возрасте;
- своевременная диагностика кист врачами - стоматологами при проведении плановых профилактических осмотров;
- организация врачом стоматологом - терапевтом консультации врача стоматолога - хирурга для детей с подозрением на наличие кист;
- своевременное выявление врачами стоматологами - терапевтами детей с патологией ЗЧС и ЗЧА и направление их на консультацию к врачу ортодонту;
- при необходимости, организация врачом стоматологом - терапевтом совместной консультации пациента несколькими специалистами (врачом челюстно - лицевым хирургом, врачом стоматологом - хирургом). [1, 3]

5.2 Диспансеризация

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

Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств – 2)

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

1) малый размер кисты;
2) отсутствие воспалительного процесса;

3) необходимость дополнительного обследования ребенка.

Показания для экстренной госпитализации в медицинскую организацию:

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

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

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

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

Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

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

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

Критерии оценки качества медицинской помощи

Группа заболеваний или состояний: Другие кисты челюстей

Код/коды по МКБ-10 К09.2, К09.20, К09.21

Формы, виды и условия оказания медицинской помощи:

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

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1.	**Событийные (смысловые, содержательные, процессуальные) критерии качества**		
1.1	Проводилось ли при постановке диагноза:		
1.1.1	сбор анамнеза, выявление причинных факторов заболевания	2	Б
1.1.2	внешний осмотр	2	В
1.1.3	осмотр полости рта	2	В
1.1.4	определение подвижности зубов	2	Б
1.1.5	рентгенологическое обследование	1	А
1.2	Проводилось ли в ходе лечебных мероприятий:		
1.2.1	местное или общее обезболивание	2	В
1.2.2	вскрытие полости кисты	2	А
1.2.3	удаление оболочки кисты	2	Б
1.2.4	мобилизация краев раны	3	Б
1.2.5	накладывание швов или тампонада йодоформным тампоном	2	Б
1.2.6	гемостаз	2	Б
1.2.7	назначение повторного приема	1	А

2.	**Временные критерии качества**		
2.1	Устранение кисты	2	Б
2.2	Сохранность целостности сосудов и нервов	2	Б
2.3	Проведение контрольного осмотра	1	А
2.4	Введение лекарственных препаратов, обладающих анальгезирующим эффектом	2	Б
2.5	Повторные перевязки	2	Б
2.6	Наличие рекомендаций о необходимости работы с ортодонтом	2	Б
3.	**Результативные критерии качества**		
3.1	Восстановление костной ткани	1	А
3.2	Устранение воспалительных процессов	2	Б
3.3	Устранение патологических переломов	2	Б
3.4	Наличие рекомендаций о необходимости профилактического осмотра 2 раза в год	1	А
4.	**Дополнительные критерии**		
4.1	Правильность и полнота заполнения медицинской документации	1	А
4.2	Отсутствие осложнений после проведения местной анестезии	1	А
4.3	Отсутствие послеоперационного отека	2	Б
4.4	Отсутствие послеоперационных осложнений	2	Б
4.5	Отсутствие послеоперационного рубца, либо его минимальный размер	2	Б
4.6	Наличие рекомендаций о способах устранения ЗЧА	2	Б

Список литературы

1. Колесов А. А., Воробьев Ю. И., Каспарова Н. Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. - М.: Медицина, 1989; 304 с.

2. Афанасьев В. В. Хирургическая стоматология: учебник - М. ГЭОТАР-Медиа, 2011; 880 с.

3. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста. - М.: Медицина, 2003; 639 с.

4. Корсак А. К.Поликлиническая и госпитальная детская хирургическая стоматология. - Минск:Вышэйшая школа, 2016; 526 с.

5. Янушевич О. О., Кисельникова Л. П., Топольницкий О. З. Детская стоматология: учебник – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2017; с.744.

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

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

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

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

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

Конфликт интересов: отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

- Врачи-стоматологи общей практики 31.08.72
- Врачи-стоматологи-терапевты 31.08.73
- Врачи - стоматологи - хирурги 31.08.74
- Врачи-стоматологи детские 31.08.76
- Врачи-ортодонты 31.08.77

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

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

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

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета - анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета - анализа

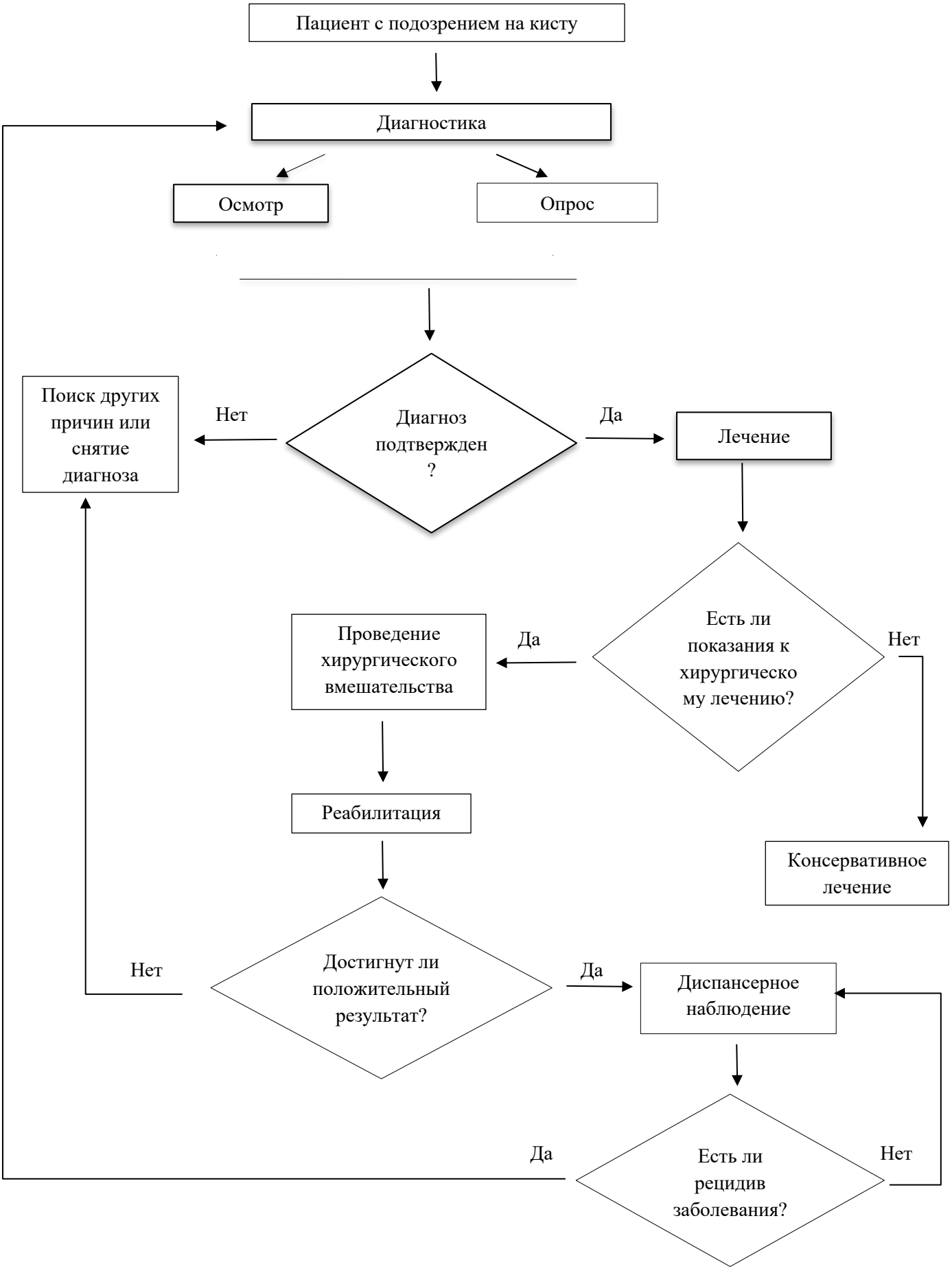
3	Нерандоминизированные сравнительные исследования, в т. ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай - контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

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

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

Порядок обновления клинических рекомендаций – пересмотр 1 раз в 3 года, при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР, на не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В Информация для пациента

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