

Клинические рекомендации

АЛЬВЕОЛИТ

Код по МКБ- 10: K10.3

Возрастная категория: дети/взрослые

Год утверждения (частота пересмотра): 2019 года

Профессиональные некоммерческие медицинские организации-разработчики:

- Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая ассоциация России»

Оглавление

<i>Список сокращений</i>	<i>4</i>
<i>Термины и определения.....</i>	<i>5</i>
<i>1 Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)</i>	<i>6</i>
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	7
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	8
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	8
<i>2 Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики</i>	<i>9</i>
2.1 Жалобы и анамнез	9
2.2 Физикальное обследование	9
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	11
2.4 Инструментальные диагностические исследования	12
2.5 Иные диагностические исследования.....	12
<i>3 Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения</i>	<i>12</i>
3.1 Консервативное лечение.....	14
3.2 Хирургическое лечение	16
3.3 Иное лечение.....	17
<i>4 Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов.....</i>	<i>18</i>
<i>5 Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....</i>	<i>18</i>
<i>6 Организация оказания медицинской помощи</i>	<i>18</i>
<i>7 Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)</i>	<i>19</i>
<i>8 Критерии оценки качества медицинской помощи</i>	<i>20</i>
<i>Список литературы.....</i>	<i>22</i>
<i>Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....</i>	<i>24</i>
<i>Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций</i>	<i>25</i>
<i>Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата</i>	<i>29</i>
<i>Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....</i>	<i>31</i>
<i>Приложение В. Информация для пациентов</i>	<i>32</i>

<i>Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях</i>	<i>36</i>
--	-----------

Список сокращений

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем Всемирной организации здравоохранения десятого пересмотра.

УВЧ - ультравысокочастотная терапия

СВЧ – сверхвысокочастотная

НПВС - нестероидные противовоспалительные средства

МРУ и УС – место рабочее универсальное и установка стоматологическая

СПИД – синдром приобретённого иммунодефицита

Термины и определения

Доказательная медицина – подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, а такие доказательства подвергаются поиску, сравнению, обобщению и широкому распространению для использования в интересах пациентов.

Заболевание - возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

Инструментальная диагностика – диагностика с использованием для обследования больного различных приборов, аппаратов и инструментов.

Лабораторная диагностика — совокупность методов, направленных на анализ исследуемого материала с помощью различного специализированного оборудования.

Медицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником и иным работником, имеющим право на осуществление медицинской деятельности, по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную или исследовательскую направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.

Уровень достоверности доказательств – отражает степень уверенности в том, что найденный эффект от применения медицинского вмешательства является истинным.

Уровень убедительности рекомендаций – отражает не только степень уверенности в достоверности эффекта вмешательства, но и степень уверенности в том, что следование рекомендациям принесет больше пользы, чем вреда в конкретной ситуации.

Хирургическое лечение — метод лечения заболеваний путём разъединения и соединения тканей в ходе хирургической операции.

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

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Альвеолит – воспаление лунки, развивающееся как осложнение после удаления зуба. В Международной классификации болезней X пересмотра упоминаются 2 аналога термину «альвеолит» - «сухая лунка» и «альвеолярный остеоит». В зарубежной литературе встречаются разные термины (обозначающие данное состояние), такие как «фибринолитический альвеолит», «альвеоалгия», «септическая лунка» и др. [1] Основная причина возникновения заболевания - отсутствие сформированного физиологического сгустка или его выпадение, что приводит к инфицированию лунки. Распаду кровяного сгустка содействует фибринолиз, происходящий за счет деятельности ряда бактерий, в частности, трепанем. Развитию альвеолита также способствуют следующие факторы: патогенная микрофлора, находящаяся в периодонтальных тканях, а также травма, связанная с атипичным, сложным удалением зуба. Наряду с этим определенное значение имеет механическое повреждение кровяного сгустка в результате нарушения больными лечебного режима, а также низкая общая резистентность организма пациента.

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

По данным литературы, представлены несколько теорий на тему этиологических факторов альвеолита. [2] Последние включают в себя бактериальные инфекции, травмы и биохимические факторы. Проведенные исследования доказали повышенную фибринолитическую активность и активацию превращения плазминогена в плазмин в присутствии тканевых активаторов в сухих лунках. Эта фибринолитическая активность, как полагают, влияет на целостность кровяного сгустка, образующегося в лунке после удаления зуба. [3]

Также отмечено, что усиление фибринолиза не приведет к растворению тромба до начала второго дня после операции, так как тромб содержит антиплазмин, который должен быть нейтрализован, перед тем как может произойти растворение сгустка. Исследователями указано, что повышение фибринолитической активности в сухой лунке вызвано увеличением высвобождения тканевых активаторов из костной ткани альвеолы вследствие травмы или инфекции. [4, 5] В экспериментальных работах показано, что эти тканевые активаторы могут выделять брадикинины и кининогены – ферменты, которые принимают активное участие в генерации боли. Также обнаружено, что плазмин-подобная активность в сухих лунках не встречалась в ситуациях с нормальным удалением. Самыми первыми из лунок при альвеолите выделяются *Treponema denticola*, которые обладают способностью размножаться и лизировать тромбы, не вызывая клинических симптомов, характерных для инфекционного процесса, таких как покраснение, отек или образование гноя. [6]

Анализ отечественной и зарубежной литературы позволил выделить следующие факторы риска возникновения альвеолита:

1. Пол.

У женщин возникновения синдрома сухой лунки отмечено чаще, чем у мужчин. Среди женщин, принимающих оральные контрацептивы, сухая лунка встречалась в 3 раза чаще по сравнению с женщинами, которые их не принимали.

2. Травма.

Травма может привести к сдавлению костной ткани, ткани, выстилающей лунку, а также к сдавлению и возможному тромбозу ниже лежащих сосудов, резко снижая уровень кровоснабжения. Также происходит снижение резистентности тканей и инфицирование раны анаэробами. Обнаружена связь между повреждением клеток и альвеолярной кости с высвобождением тканевых активаторов и их фибринолитической активностью.

3. Курение.

Частота возникновения альвеолита у курильщиков значительно выше, чем у некурящих (6,4% против 1,4% соответственно).

4. Перикоронариты.

У 14,1% больных с ранее существовавшими перикоронаритами развился альвеолит по сравнению с 6,6% пациентов без этого состояния, со значительным снижением частоты в случаях, когда назначался профилактический курс лечения антибиотиками.

5. Оставшиеся фрагменты корня или костной ткани в лунке.

Оставшиеся фрагменты корня или осколки костной ткани могут нарушать заживление лунки и способствовать возникновению альвеолита. [7, 8]

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Альвеолит является одним из наиболее распространенных и часто встречающихся осложнений после операции удаления зуба. По данным ряда исследователей, послеоперационный альвеолит (локальный остеоит) развивается в 2-3% случаев после простого удаления зубов и в 20% после экстракции атипично расположенных зубов. В зарубежной литературе отмечается до 45% осложнений после сложных удалений. При этом, у 24,2% пациентов с альвеолитом патологический процесс развивается на верхней челюсти и у 75,8% - на нижней. Альвеолит чаще встречается у женщин (57,1%), чем у мужчин (42,9%). Большинство исследователей выделяют в этиологии развития альвеолита инфекционный и травматический фактор. [9, 10]

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

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В классификации ВОЗ (10-й пересмотр) альвеолит включен в рубрику K10.3

K10.3 Альвеолит челюстей

Сухая лунка

Альвеолярный остеит.

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

Альвеолит, как правило, начинается через 1-3 дня после удаления зуба и может продолжаться от 5 до 10 дней. Сроки течения альвеолита зависят от таких факторов, как своевременность обращения пациента за врачебной помощью, точное выполнение пациентом назначений и рекомендаций лечащего врача, наличие или отсутствие сопутствующих заболеваний, общая резистентность организма больного. Основным клиническим проявлением является сильная пульсирующая боль, которая развивается на 1-3 сутки после экстракции. Больные жалуются на неприятный привкус и запах изо рта. При внешнем осмотре конфигурация лица, как правило, не нарушена, кожа чистая. При пальпации регионарных лимфатических узлов может отмечаться их увеличение, болезненность. Затрудненное и болезненное открывание рта встречается редко, преимущественно после сложного удаления нижних третьих моляров. При осмотре полости рта: лунка лишена кровяного сгустка, может быть заполнена остатками пищи, кость обнажена или местами покрыта жёлто - серым налётом. Отмечается отечность окружающей десны, болезненность лунки при пальпации, гнойного отделяемого из лунки нет. Повышение температуры тела встречается редко. Болевой синдром может быть очень выраженным, плохо купируется анальгетиками, что приводит к потере сна и влияет на качество жизни пациента. [11]

При дальнейшем развитии воспалительного процесса боль усиливается, становится постоянной, иррадирует в ухо, висок, шею, соответствующую половину головы. Ухудшается общее состояние пациента, появляются недомогание, субфебрильная температура тела. Прием пищи из-за боли затруднен. Стенки лунки покрываются серым налётом с неприятным гнилостным запахом. Слизистая оболочка вокруг альвеолы гипемирована, отечна, болезненна при пальпации. Появляется болезненность при пальпации по переходной складке, отечность мягких тканей соответствующей половины лица. [12]

При отсутствии адекватного лечения или самолечении могут развиваться такие осложнения, как периостит и остеомиелит челюсти, абсцесс окружающих мягких тканей, лимфаденит.

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

Диагностика альвеолита производится путем сбора жалоб и анамнеза, клинического

осмотра и дополнительных методов обследования.

Главная задача при диагностике заключается в определении модели, распространенности, тяжести и характера течения альвеолита, выявлении эндогенных и экзогенных факторов. Проведение тщательной диагностики осуществляется врачом-стоматологом-хирургом и врачом-челюстно-лицевым хирургом с привлечением при необходимости других специалистов стоматологического профиля и врача-оториноларинголога. В зависимости от поставленного диагноза составляется комплексный план лечения пациента.

Сложившаяся клиническая практика (GCP)

2.1 Жалобы и анамнез

- не прекращающаяся резкая боль, возникающая после периода благополучия через 1-3 дня после операции в области альвеолы удаленного зуба, иррадиирующая по челюсти, в ухо, висок, шею;
- лунка удаленного зуба зияет, покрыта серым налетом, кровяной сгусток частично или полностью некротизирован или отсутствует, слизистая оболочка гиперемирована, отечна, лунка болезненная при пальпации;
- интенсивная постоянная боль с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва, гнилостный запах изо рта;
- увеличенные регионарные лимфатические узлы;
- возможное повышение температуры тела, повышение артериального давления слабость и недомогание;
- возможное изменение конфигурации лица за счет отека мягких тканей на стороне удаленного зуба;
- после удаления нижних третьих (реже вторых) моляров болезненное, ограниченное открывание рта.

При сборе анамнеза выясняют наличие и характер жалоб, давность возникновения заболевания и его течение, связь с ранее проведенным вмешательством, проведенное ранее лечение или его отсутствие, аллергологический анамнез, наличие острых и хронических соматических заболеваний.

Выясняют, как осуществляет больной надлежащий гигиенический уход за полостью рта. Обращают внимание на отек мягких тканей, его локализацию и распространение.

Рекомендуется медицинское вмешательство. [8,10,11,21]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

2.2 Физикальное обследование

Рекомендуется визуальное исследование, внешний осмотр челюстно-лицевой области,

осмотр с помощью дополнительных инструментов

При внешнем осмотре челюстно-лицевой области обращают внимание на конфигурацию и симметрию лица. При альвеолите может отмечаться отек мягких тканей области, соответствующей удаленному зубу. Кожные покровы чистые, могут пальпироваться увеличенные поднижнечелюстные лимфатические узлы. Проводят электроодонтометрию или холодовую пробу соседних с лункой зубов, пальпацию жевательных мышц, слюнных желез и височно-нижнечелюстного сустава. Оценивают степень открывания рта и болезненность.

При осмотре рта оценивают состояние зубных рядов. Детально выясняют причину воспалительных явлений, появление боли в альвеоле удаленного зуба.

Оценивают воспалительные изменения слизистой оболочки по переходной складке.

Определяют гигиенический и пародонтологический индексы.

Рекомендуется медицинское вмешательство. [8,10,11,21]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Рекомендуется проводить дополнительные методы обследования - рентгенологическое исследование, лабораторные исследование крови, функциональные. При необходимости микробиологические и морфологические исследования.[22]

Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической

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
B01.065.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта первичный	1
B01.067.001	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	1

	рентгенография	
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; «по потребности» - если не обязательно (на усмотрение лечащего врача) [10]

Рекомендуется медицинское вмешательство. [8,10]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Первостепенное значение для подтверждения альвеолита имеет выбор методов лабораторного исследования, позволяющих не только заподозрить заболевание, но и определить характер течения, особенности патогенеза и исход воспаления. Лабораторные показатели при альвеолите неспецифичны. Общий (клинический) анализ крови показывает увеличение скорости оседания эритроцитов и гипергаммаглобулинемию, что является характерным признаком, но специфичность его крайне низка, это лишает его диагностического значения. Продукты жизнедеятельности микроорганизмов, проникая по системе лимфатических сосудов в регионарные лимфоузлы, в последующем фиксируются иммунокомпетентными клетками, что сопровождается выработкой антител и сенсibilизацией организма, а сенсibilизация приводит к ослаблению защитных реакций. С помощью кожных проб с микробными аллергенами, а также лабораторных тестов у больных альвеолитом выявили наличие сенсibilизации организма к патогенной микрофлоре. У больных альвеолитом при различной тяжести течения патологического процесса зарегистрировано снижение показателей фагоцитарной активности нейтрофильных гранулоцитов крови, активности лизоцима в сыворотке крови и слюне, а также ослабление бактерицидных свойств кожи [8,21,24].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

2.4 Инструментальные диагностические исследования

При инструментальном обследовании между костной стенкой альвеолы и гипертрофическими разрастаниями можно обнаружить щелевидное пространство.

Из инструментальных методов исследования рекомендуется назначать прицельную рентгенографию зубной лунки. На рентгеновских снимках в остром периоде видны лишь узорчатые края альвеолы. Может наблюдаться неудалённый фрагмент корня зуба.

Рекомендуется медицинское вмешательство. [8,10]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

2.5 Иные диагностические исследования

Для исключения неodontогенной природы альвеолита необходимо обратиться к помощи смежных специалистов: врача-челюстно-лицевого хирурга, врача-терапевта, врача-педиатра, врача-инфекциониста.

Рекомендуется медицинское вмешательство. [8,10]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 3)

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

Стандартная схема лечения альвеолита предполагает комплекс мероприятий, включающих в себя хирургическое вмешательство – кюретаж лунки, общую (антибактериальную, противовоспалительную, десенсибилизирующую терапию, физиолечение) и местную терапию (антисептическая обработка лунки и введение различных лекарственных препаратов) и в среднем занимает обычно 5-10 дней. При своевременном обращении пациента за врачебной помощью, в первые дни развития альвеолита, после такого лечения боль в альвеоле не возобновляется и воспалительный процесс начинает стихать спустя 2-3 дня. При позднем обращении пациента к врачу или наличии сопутствующей общесоматической патологии воспаление лунки может длиться до 10 дней.

Рекомендуется медицинское вмешательство. [11,21]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Возможно применение протеолитических ферментов для очистки лунки от некротизированных тканей. Далее добиваются по возможности формирования кровяного сгустка. При формировании сгустка в него можно внести смесь бензокаина и антибиотика. При наличии «сухой лунки» в лунку вводят губку или турунду, пропитанную анестетиками и антисептиками и дезинфицирующими средствами (например, бензокаин + бинт йодоформный марлевый (турунда), Альвостаз-губка с йодоформом). Также применяют различные пасты с

антибиотиками.

Рекомендуется медицинское вмешательство. [11,21]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

При своевременном обращении пациента за врачебной помощью в первые дни развития альвеолита, после такого лечения боль в альвеоле не возобновляется и воспалительный процесс начинает стихать спустя 2-3 дня. При позднем обращении пациента к врачу или наличии сопутствующей общесоматической патологии воспаление лунки может длиться до 10 дней.

Для очищения альвеолы от некротического распада используют протеолитические ферменты. Полоску марли, обильно смоченную раствором кристаллического трипсина или химотрипсина, помещают в альвеолу. Действуя на денатурированные белки и расщепляя омертвевшую ткань, они очищают раневую поверхность, ослабляют воспалительную реакцию.

Рекомендуется медицинское вмешательство. [11,21]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Для уменьшения болевых ощущений применяют блокаду местными анестетиками. В мягкие ткани, окружающие воспаленную альвеолу, вводят 5-10 мл анестетика. Как правило, используются анестетики с пониженной (1-2%) концентрацией, без добавления эпинефрина, нагретые до температуры тела. При иррадиации болей по ходу ветвей тройничного нерва возможно выполнение блокад по типу проводниковой анестезии. Если боль и воспалительные явления сохраняются, через 2 дня блокаду повторяют.

Рекомендуется медицинское вмешательство. [11,21]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Применяют один из видов физического лечения или их комбинацию: флюктуоризацию, микроволновую терапию, магнитотерапию при патологии полости рта и зубов, локальное ультрафиолетовое облучение, лучи гелий-неонового лазера. Рекомендуют 4-6 раз в день ротовые ванночки теплым (40-42 градусов С) раствором антисептиков и дезинфицирующих средств. Внутрь назначают сульфаниламидные препараты, антибиотики, анальгетики, витамины.

Рекомендуется медицинское вмешательство. [11,21]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Местное воздействие на воспалительный очаг (обработка альвеолы антисептиками и дезинфицирующими средствами, блокады и смена повязки) проводят ежедневно или через день до полного прекращения боли. Через 2 недели десна приобретает нормальную окраску, исчезает отек, альвеола заполняется грануляционной тканью, начинается ее эпителизация. В дальнейшем процесс заживления альвеолы идет так же, как при отсутствии осложнения. Когда в стенках альвеолы развивается гнойно-некротический воспалительный процесс, то, несмотря

на активное лечение альвеолита, боль и воспалительные явления не прекращаются. Это свидетельствует о развитии более тяжелого осложнения - ограниченного остеомиелита челюсти.

Рекомендуется медицинское вмешательство. [11,21]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

3.1 Консервативное лечение

Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи

Немедикаментозная помощь при альвеолите предполагает проведение немедленных мероприятий, направленных на устранение или снижение воспаления (первичная хирургическая обработка раны). После выполненного местного обезболивания переходят к обработке раны. Для местного обезболивания преимущественно используются местные анестетики либо без добавки эпинефрина**, либо с минимальным его количеством. Использование высоких доз эпинефрина приводит к нарастанию тканевой гипоксии с возможным усилением воспалительного компонента за счет активизации анаэробных патогенов.

Рекомендуется медицинское вмешательство. [8,10]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

С помощью шприца с ирригационной иглой струей теплого раствора антисептиков и дезинфицирующих средств (водорода пероксид**, повидон-йод**, хлоргексидин**, этакридин, перманганат калия**) вымывают из альвеолы частицы распавшегося сгустка крови, остатки пищи.

Рекомендуется медицинское вмешательство. [8,10,11,21]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

При последующих визитах (каждый день или через день) проводится необходимая антисептическая обработка лунки, замена турунды или лекарственных препаратов в лунке до стихания воспалительного процесса.

Возможно применение протеолитических ферментов для очистки лунки от некротизированных тканей. Далее добиваются по возможности формирования кровяного сгустка. При формировании сгустка в него можно внести смесь бензокаина и антибиотика. При наличии «сухой лунки» в лунку вводят губку или турунду, пропитанную анестетиками и антисептиками и дезинфицирующими средствами (например, бензокаин + бинт йодоформный марлевый (турунда), Альвостаз-губка с йодоформом). Также применяют различные пасты с антибиотиками.

Рекомендуется медицинское вмешательство. [11,21]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

При работе с лункой проводят аппликационную, инфильтрационную или проводниковую анестезию. Преимущественно используют анестетики амидного ряда, реже местные анестетики - эфиры аминобензойной кислоты.

Для каждого оперативного вмешательства выбирают тот местный анестетик, который показан больному с точки зрения функционального состояния его организма, наличия сопутствующих заболеваний и степени их компенсации, характера предстоящего вмешательства. Лекарственное лечение альвеолита заключается в назначении антибактериальных препаратов как местно, так и системно (широкого спектра действия): комбинаций пенициллинов, в том числе с ингибиторами бета-лактамаз, производных хинолона, цефалоспоринов второго, третьего поколения, макролидов.

Для снижения отёка тканей назначаются антигистаминные препараты для системного применения (дифенгидрамин**, хлоропирамин**, мебгидролин, цетиризин** (зиртек), лоратадин** (klaritin) и др.);

Вспомогательная терапия может включать назначение:

- препаратов кальция;
- витаминов (поливитамины, аскорбиновая кислота (включая комбинации с другими препаратами) по 2 или 3 г в сутки);
- нестероидных противовоспалительных препаратов.

При перевязках проводят антисептическую обработку лунки (водорода пероксид**, хлоргексидин**, нитрофурал**, перманганат калия**).

Перевязки проводят с использованием турунд, пропитанных антисептиками и дезинфицирующими средствами (трийодметан, трибромфенолята висмута и висмута оксида комплекс), либо в случае непереносимости — хлоргексидином**, антибиотиком или растительным маслом. При осмотре и опросе определяют степень стихания воспалительных явлений и в зависимости от этого назначают дополнительное лечение.

Антибактериальные препараты для системного применения

Эти препараты назначают по строгим показаниям при прогрессировании воспалительного процесса, который ведет к развитию острого остеомиелита челюсти и осложнения после хирургического вмешательства. Также назначаются при явлениях общей интоксикации, осложнениях после хирургического вмешательства.

Нестероидные противовоспалительные препараты

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) в большинстве своем — производные слабых органических кислот. К основным фармакодинамическим эффектам НПВП относятся противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее действие и

антиагрегантное.

Назначение препаратов в хирургической практике обусловлено их преимущественным анальгезирующим действием в первые сутки после хирургического вмешательства и выраженным противовоспалительным и противоотечным действием на 2–3 сутки после операции.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

3.2 Хирургическое лечение

После выполненного местного обезболивания переходят к обработке раны. Для местного обезболивания преимущественно используются местные анестетики либо без добавки эпинефрина**, либо с минимальным его количеством. Использование высоких доз эпинефрина приводит к нарастанию тканевой гипоксии с возможным усилением воспалительного компонента за счет активизации анаэробных патогенов.

Рекомендуется медицинское вмешательство. [8,10]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

С помощью шприца с ирригационной иглой струей теплого раствора антисептиков и дезинфицирующих средств (водорода пероксид**, повидон-йод**, хлоргексидин**, этакридин, перманганат калия**) вымывают из альвеолы частицы распавшегося сгустка крови, остатки пищи.

Рекомендуется медицинское вмешательство. [8,10,11,21]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Затем острой хирургической ложечкой удаляют из нее остатки разложившегося сгустка крови, грануляционную ткань, осколки кости, зуба. В первые дни развития альвеолита можно ограничиться тщательным промыванием лунки антисептическими растворами и не проводить кюретаж лунки, который, по их мнению, усиливает болевой синдром из-за нанесения лунке дополнительной травмы.

Рекомендуется медицинское вмешательство. [11,21]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Послеоперационный уход:

антибактериальные препараты: комбинации пенициллинов, в том числе с ингибиторами бета-лактамаз, производные хинолона, цефалоспорины второго, третьего поколения, макролиды, линкозамины, тетрациклины;

нестероидные противовоспалительные препараты;

антигистаминные препараты для системного применения;

антисептические ротовые ванночки;

соблюдать гигиену рта;

препараты кальция;

витамины;

в день хирургического вмешательства воздержаться на 2-3 часа от приема пищи, избегать тепловых воздействий области воспаления, ограничить физические нагрузки.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

3.3 Иное лечение

При альвеолите для более быстрого прекращения воспалительных явлений и чтобы сократить сроки заживления инфицированной лунки на 2 - 3 сутки после оперативных вмешательств на кости назначают физические методы лечения: инфракрасное облучение лампой «Соллюкс», теплые ванночки из антисептических и дезодорирующих растворов, УВЧ, СВЧ, флюктуоризацию, лазерную терапию гелий-неоновыми лучами, магнитотерапию.

Требования к лекарственной помощи при амбулаторно-поликлиническом лечении

Наименование группы	Частота назначения
Антибактериальные препараты: комбинации пенициллинов, в том числе с ингибиторами бета-лактамаз, производные хинолона, цефалоспорины второго, третьего поколения, макролиды, линкозамиды, тетрациклины, сульфаниламиды, производные нитроимидазола и др., антисептики и дезинфицирующие средства (водорода пероксид**, повидон-йод**, хлоргексидин**, перманганат калия**, нитрофурацилин (фурацилин)).	По потребности
Препараты для местной анестезии	По потребности
Антигистаминные препараты для системного применения	По потребности
Нестероидные противовоспалительные препараты	По потребности
Гормоны для системного применения (исключая половые гормоны и инсулины)	По потребности
Витамины	По потребности
Препараты кальция	По потребности

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

4 Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных

лечебных факторов

Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Необходимо наблюдение за пациентом до полного стихания воспалительного процесса (стойкое нарушение трудоспособности), в среднем от 4 до 6 дней. Не перегревать организм. Исключить физические нагрузки.

GCP -Good Clinical Practice

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

Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Пациенту рекомендуют явиться на осмотр на следующий день после лечебных мероприятий. Последующие перевязки назначают каждый день или через день, в зависимости от течения воспалительного процесса. Следующие этапы лечения назначают индивидуально. Требуется проведение 2 раза в год профилактических осмотров и гигиенических мероприятий.

Требования к диетическим назначениям и ограничениям

После завершения хирургической процедуры не рекомендовано принимать пищу в течение двух часов. В день оперативного вмешательства следует избегать приема грубой, горячей пищи и не жевать на прооперированной стороне, не греть ее.

Форма информированного добровольного согласия пациента при выполнении Протокола. См. Приложение 2.

Дополнительная информация для пациента и членов его семьи

Подробные рекомендации приведены в алгоритмах к каждому виду вмешательства

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 3)

6 Организация оказания медицинской помощи

Лечение пациентов с альвеолитом проводится в стоматологических медицинских организациях в условиях первичной специализированной медико-санитарной помощи. Как правило, для оказания помощи привлекается врач-хирург-стоматолог или врач-челюстно-лицевой хирург. Перечень оборудования, стоматологических материалов и инструментов, необходимых для работы врача, представлены в Приложении 1.

В процессе оказания помощи принимает участие врач-физиотерапевт и средний медицинский персонал. Лечение пациентов с отягощенным аллергологическим анамнезом и с сопутствующей общесоматической патологией проводится челюстно-лицевыми хирургами в условиях стационара. При необходимости обеспечивается наблюдение врача-анестезиолога-реаниматолога, консультации врачей других специальностей в зависимости от общих

заболеваний пациента.

Перед медицинским вмешательством следует получить информированное добровольное согласие пациента (Приложение 2).

GCP -Good Clinical Practice

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

Для развития болезни необходимо сочетание факторов риска и непосредственных причин заболевания. Часто трудно выделить причину болезни, так как причин может быть несколько, и они взаимосвязаны. Непосредственная причина заболевания (этиологические факторы) прямо воздействует на организм, вызывая в нем патологические изменения. Этиологические факторы могут быть бактериальными, физическими, химическими и т. д.

Факторы риска заболеваний — это факторы, отрицательно влияющие на здоровье. Они благоприятствуют возникновению и развитию болезней, вызывают патологические изменения в организме. Всемирной организацией здравоохранения было выделено более 200 факторов, которые оказывают самое значительное влияние на современного человека. Среди них выделяют физические, химические, биологические, социальные, психологические, генетические факторы. Различают факторы риска первичные и вторичные.

Первичные: нездоровый образ жизни (курение, употребление алкоголя, несбалансированное питание, стрессовые ситуации, постоянное психоэмоциональное напряжение, гиподинамия, плохие материально-бытовые условия, употребление наркотиков, неблагоприятный моральный климат в семье, низкий культурный и образовательный уровень); неблагоприятная наследственность (наследственная предрасположенность к различным заболеваниям, генетический риск — предрасположенность к наследственным болезням); неблагоприятное состояние окружающей среды (загрязнение воздуха канцерогенами и другими вредными веществами, загрязнение воды, загрязнение почвы, резкая смена атмосферных параметров, повышение радиационных, магнитных и других излучений); неудовлетворительную работу служб здравоохранения (низкое качество медицинской помощи, несвоевременность оказания медицинской помощи, труднодоступность медицинской помощи).

Вторичные: заболевания, которые отягощают течение других заболеваний (сахарный диабет, атеросклероз, артериальная гипертензия и т. д.).

На течение заболевания и эффективность его лечения помимо распространенности процесса, морфологической и молекулярно-генетических характеристик существенное влияние оказывают сопутствующие патологии, адекватность сопроводительной терапии, социальная адаптация пациента, наличие или отсутствие ежедневной физической нагрузки. [10, 21, 23]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 3).

8 Критерии оценки качества медицинской помощи Клиническим рекомендациям «Альвеолит»

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

Список литературы

1. Бородулина И.И., Ланцова Е.С. Состояние гемомикроциркуляции десны при развитии альвеолита после операции удаления зуба [Электронный ресурс]/И.И. Бородулина, Е.С. Ланцова// Сибирский медицинский журнал.- 2010.-№1-Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sostoyanie-gemomikrotsirkulyatsii-desny-pri-razviti-alveolita-posle-operatsii-udaleniya-zuba> (ссылка действительна на 11.10.17г.).
2. Houston J.P., McCollum J., Pietz D., et al. Alveolar osteitis: a review of its etiology, prevention, and treatment modalities / J.P. Houston, J. McCollum, D. Pietz // Gen. Dent.-2002.-Vol.50,№5.-P.457-463
3. Ефимов, Ю.В. Способ профилактики и лечения альвеолитов/Ю.В.Ефимов // Актуальные вопросы стоматологии: сборник научных трудов.- Волгоград, 2010.- С. 141-144.
4. Blum, I.R. Contemporary views on dry socket (alveolar osteitis): a clinical appraisal of standardization, aetiopathogenesis and management: a critical review/ I.R.Blum // Int.J.Oral.Maxillofac.Surg.-2002.-Vol.31, №3.-P.309-317.
5. Akota I., Alvsaker B., Bjornland T. The effect of locally applied gauze drain impregnate with chlortetracycline ointment in mandibular third-molar surgery/ I. Akota , B. Alvsaker, T. Bjornland // Acta Odontol. Scand.-1998.-Vol.56, №1.-P.25-29.
6. Кузина, М.И., Костюченко, Б.М. Раны и раневая инфекция: Руководство для врачей / М.И.Кузина, Б.М.Костюченко.- М.: Медицина, 1990. - С.38-82.
7. Измайлова З.М., Сёмкин В.А., Вагнер В.Д. Современные подходы к экспертизе при проведении операции удаления зуба / З.М.Измайлова, В.А. Сёмкин, В.Д. Вагнер // Клиническая стоматология.-2017.- №2.- С. 40-43.
8. Кулаков А.А., Робустова Т.Г., Неробеев А.И. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: национальное руководство / А.А.Кулаков, Т.Г.Робустова, А.И.Неробеев.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.-928с.
9. Трифонов, Б.В., Овчинников, И.В. Эволюция методов лечения альвеолитов челюстей [Электронный ресурс] / Б.В. Трифонов, И.В. Овчинников // Научные ведомости.-2011.-№16 – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/v/evolyutsiya-metodov-lecheniya-alveolitov-chelyustey>
10. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология: учебник / Т.Г.Робустова.-М.: Медицина, 2010.-688с.
11. Пропедевтика стоматологических заболеваний: учебник / О.О. Янушевич, Э.А. Базилян, А.А. Чунихин [и др.].- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.-800с.
12. Андреищев, А.Р. Осложнения, связанные с нижними третьими молярами (патогенез, клиника, лечение): автореф. дис. ...канд.мед.наук.- СПб., 2005.-25с.
Беланов, Г.Н. Комплексное лечение больных альвеолитами с использованием биогенных

- материалов с антимикробным эффектом: автореф. дис. ... канд.мед.наук. –Самара, 2009.- 24с.
13. Carvalho, P.S., Mariano, R.C., Okamoto, T. Treatment of Fibrinolytic Alveolitis with Rifamycin B Diethylamide Associated with Gelfoam: A Histological Study/ P.S. Carvalho, R.C. Mariano, T. Okamoto // Braz. Dent. J.–1997.- Vol.8, №1.-P.3-8.
 14. Родионов Н.Т., Андреева Е.П., Доброродова С.В., Столетняя Т.П. Профилактика лечения альвеолита [Электронный ресурс] / Н.Т. Родионов, Е.П. Андреева, С.В. Доброродова Т.П. Столетняя // Вестник Смоленский медицинской академии.-2010.-№2-Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/v/profilaktika-i-lechenie-alveolita>
 15. Сирак, С.В., Слетов, А.А., Карданова, К.Х. Лечение альвеолита с использованием антибактериальных и гемостатических средств [Электронный ресурс] / С.В. Сирак, А.А. Слетов, К.Х. Карданова // Медицинский вестник Северного Кавказа.- 2011.-№2 - Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/lechenie-alveolita-s-ispolzovaniem-antibakterialnyh-i-gemostaticheskikh-sredstv>
 16. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии: учебное пособие / А.А. Тимофеев.- М.:Медицина, 2007.-696с.
 17. Шлегель, Ю.В., Гартман, Р.В. Новое слово в лечении альвеолита [Электронный ресурс] / Ю.В. Шлегель, Р.В. Гартман // Здоровье и образование в XXI веке.-2007.-№4 – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/v/novoe-slovo-v-lechenii-alveolitov>
 18. Иорданишвили, А.К. Профилактика и лечение осложнений, возникших после операции удаления зуба / А.К. Иорданишвили // Стоматология.-2001.-№1.-С.16-18.
 19. Bloomer, C.R. Alveolar osteitis prevention by immediate placement of medicated packing./ C.R.Bloomer // Oral.Surg.Oral.Med.Oral.Pathol.Oral.Radiol.Endod.- 2000.- Vol.90, №3.-P.282-284.
 20. Delilbasi C., Saracoglu U., Keskin A. Effects of 0,2% chlorhexidine gluconate and amoxicillin plus clavulanic acid on the prevention of alveolar osteitis following mandibular third molar extraction / C. Delilbasi, U. Saracoglu, A. Keskin // Oral.Surg.Oral.Med.Oral.Pathol.Oral.Radiol.Endod. -2002.-Vol.94,№3.-P.301-304.
 21. Хирургия полости рта: учебник / Э.А. Базилян [и др.].- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.-640с.
 22. Безрукова В.М., Робустова Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, том 1. Москва, «Медицина», 2000 г.
 23. Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе «Альвеолит» от 25 сентября 2018 года
 24. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А Тимофеев.-Киев, 2002.-1022с.

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

Члены Рабочей группы:

Базикян Эрнест Арамович Заведующий кафедрой хирургии полости рта МГМСУ им. А.И.

Евдокимова, Заслуженный врач Российской Федерации; профессор, доктор медицинских наук

Журули Григорий Нугзарович Профессор кафедры хирургии полости рта МГМСУ им. А.И.

Евдокимова, доктор медицинских наук

Клиновская Анна Сергеевна Доцент кафедры хирургии полости рта МГМСУ им. А.И.

Евдокимова, кандидат медицинских наук

Конфликт интересов отсутствует

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врач-стоматолог;
2. врач-стоматолог-ортопед;
3. врач-стоматолог-терапевт;
4. врач-стоматолог-хирург;
5. врач - челюстно-лицевой хирург.

Таблица П1 – 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

Таблица П2 – Уровни убедительности рекомендаций

Уровень убедительности	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	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))).
--	--

Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года или при появлении новой информации о тактике ведения пациентов с данным заболеванием. Решение об обновлении принимает МЗ РФ на основе предложений, представленных медицинскими некоммерческими профессиональными организациями. Сформированные предложения должны учитывать результаты комплексной оценки лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также результаты клинической апробации.

Критерии и методология мониторинга и оценки эффективности выполнения протокола

Мониторинг проводится на всей территории Российской Федерации.

Перечень медицинских организаций, в которых проводится мониторинг данного документа, определяется ежегодно учреждением, ответственным за мониторинг. Медицинская организация информируется о включении в перечень по мониторингу протокола письменно. Мониторинг включает в себя:

- сбор информации: о ведении пациентов с альвеолитом в стоматологических медицинских организациях;
- анализ полученных данных;
- составление отчета о результатах проведенного анализа;
- представление отчета группе разработчиков Протокола.

Исходными данными при мониторинге являются:

- медицинская документация — медицинская карта стоматологического больного (форма 043/у);
- тарифы на медицинские услуги;
- тарифы на стоматологические материалы и лекарственные средства.

По необходимости при мониторинге Протокола могут быть использованы иные документы.

В стоматологических медицинских организациях, определенных перечнем по мониторингу, раз в полгода на основании медицинской документации составляется карта пациента о лечении пациентов с альвеолитом, соответствующих моделям пациента в данном протоколе.

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 3).

Порядок исключения пациента из мониторингования

Пациент считается включенным в мониторингование при заполнении на него карты пациента. Исключение из мониторингования проводится в случае невозможности продолжения заполнения карты (например, неявка на врачебный прием). В этом случае карта направляется в учреждение, ответственное за мониторингование, 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 мониторинговании.

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 России.

Параметры оценки качества жизни при выполнении протокола

Для оценки качества жизни пациента с альвеолитом, соответствующей моделям Протокола, используют аналоговую шкалу (Приложение 4).

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 организации.

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 России учреждением, ответственным за мониторинг данного Протокола. Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати.

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

В настоящих клинических рекомендациях (протоколе лечения) использованы ссылки на следующие документы:

- Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ.
- Постановление Правительства Российской Федерации «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» от 05.ноября 1997 г. № 1387 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 46, ст. 5312).
- Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» от 7 декабря 2011 г. №1496н.
- Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» от 27 декабря 2011 г. № 1664н.

Клинические рекомендации (протокол лечения) «Альвеолит» разработаны для решения следующих задач:

- установление единых требований к порядку диагностики и лечения больных с альвеолитом;
- унификация разработки базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным с альвеолитом;
- обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинской организации.

Область распространения настоящих клинических рекомендаций — медицинские организации всех уровней и организационно-правовых форм, оказывающие медицинскую стоматологическую помощь.

В настоящем документе используется шкала убедительности доказательств данных:

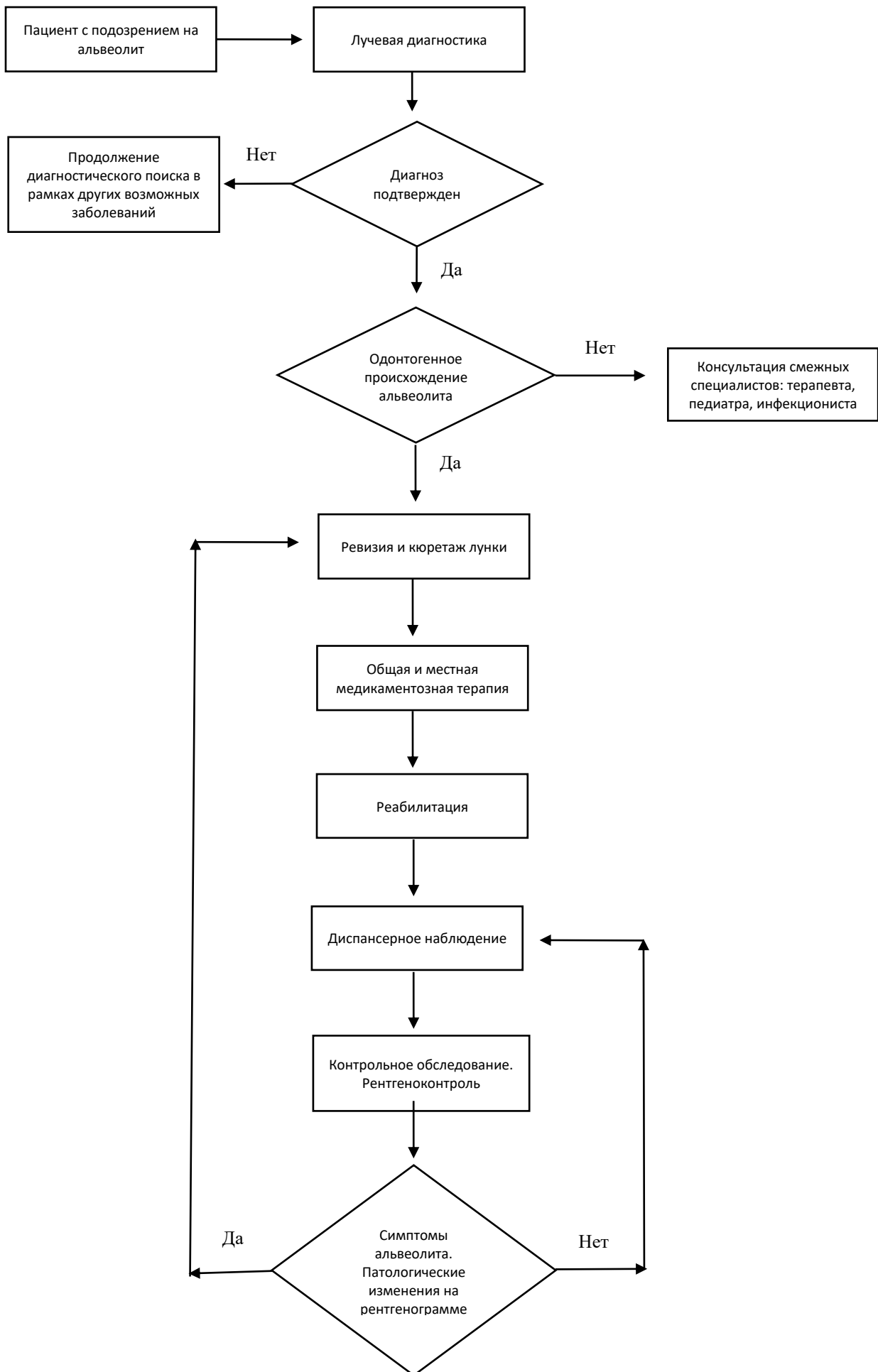
- А) Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению.
- В) Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение.
- С) Достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендаций, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств.
- Д) Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения в определенных условиях данного лекарственного средства, материала, метода, технологии.
- Е) Веские отрицательные доказательства: имеются достаточно убедительные доказательства того, чтобы исключить лекарственное средство, метод, методику из рекомендаций.

Доказательства разделяются на несколько уровней:

- А. Доказательства, полученные в проспективных, но не рандомизированных исследованиях.
- В. Доказательства, полученные в больших проспективных, но не рандомизированных исследованиях.
- С. Доказательства, полученные в ретроспективных не рандомизированных исследованиях на большой группе.
- Д. Доказательства, полученные в исследованиях на ограниченном числе больных.
- Е. Доказательства, полученные на отдельных больных.

Ведение клинических рекомендаций (протокола лечения) «Альвеолит» осуществляется в ГБОУ ВПО «МГМСУ им А.И. Евдокимова» Минздрава России. Система ведения предусматривает взаимодействие со всеми заинтересованными организациями.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В.

Информация для пациентов

Приложение 2

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (Приказ Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» от 20 декабря 2012 г. N№1177н)

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина)

" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

_____.

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20

Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"__" _____ г.

(дата оформления)

Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15

лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.

12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

13. Медицинский массаж.

14. Лечебная физкультура.

Форма информированного добровольного согласия пациента на

(приложение к медицинской карте № _____)

вид медицинского вмешательства

Пациент (законный представитель пациента) информирован о результатах обследования, диагнозе, о цели медицинского вмешательства и его последствиях, применяемых и альтернативных методах лечения, предполагаемых результатах лечения, ознакомлен с комплексным планом лечения, который может меняться в процессе лечения, предупрежден о возможных осложнениях во время и после лечения и дает добровольное согласие на медицинское вмешательство.

При этом пациент понимает, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество оказываемой медицинской помощи. Повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья.

ФИО пациента (законный представитель пациента) _____

ФИО врача _____

« _____ » _____ 20 ____ г.

КАРТА ПАЦИЕНТА

История болезни № _____

Наименование

учреждения

окончание

наблюдения

Дата: начало наблюдения

Ф.И.О.

возраст

Диагноз основной

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:

Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Приложение 4

Анкета пациента

ФИО _____ Дата заполнения _____

Как Вы оцениваете Ваше общее самочувствие на сегодняшний день?

Отметьте, пожалуйста, на шкале значение, соответствующее состоянию Вашего здоровья.

